

Hans-Jürgen Burchardt

DAS PANDEMISCHE MANIFEST

Neun Schritte
in eine zukunftsfähige Gesellschaft

Das Virus ist geschlechtslos

Covid-19 brachte unser Gesundheitssystem fast an seine Grenzen. Als die Mehrheit der Bevölkerung von der »Triage« hörte, diesem traurigen, militärmedizinischen Versuch, menschliche Grausamkeiten rational zu fassen, waren viele erschüttert. Kaum jemand hatte vermutet, dass unser Gesundheitssystem so verletzlich sei. Erwies es sich – im internationalen Vergleich – dann doch als robuster als zeitweilig befürchtet, so schürte die Erschöpfung der personellen Ressourcen in den Krankenhäusern Angst und Hilflosigkeit. Immer klarer wurde, dass nicht das Wissen, die Technologie, die Geräte, Schutzkleidung oder Betten fehlten. Sondern der helfende, der pflegende Mensch. Es mangelte an Obhut, Schutz und professioneller Fürsorge. Zu häufig wurden die schlimmsten Befürchtungen im eigenen Umfeld ganz real. Jetzt muss dort, wo Zeit für eine Atempause ist, Bilanz gezogen werden.

Diese haben im Gesundheitssektor zu beginnen: Seit mehr als 40 Jahren finden in Deutschland Gesundheitsreformen statt. Das hinterließ tiefe Spuren. Lange stand der Staat in der Kritik, zu träge zu sein, Ressourcen zu binden, die der/die Einzelne selbst – für sich und zum Wohle aller – besser einsetzen könne. Reformziel war darum durchgängig eine immer weitergehende Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens. Finanziert wurde nur noch, was »sich rechnet«. Der fette Staat wurde abgehungert, staatliche Magersucht zum Schönheitsideal erklärt.

Seit Anfang der 1990er-Jahre wurde die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland um fast 20 Prozent und die Zahl der Krankenhausbetten um fast 30 Prozent verringert. Im gleichen Zeitraum wuchs der Anteil der Älteren um ein Drittel. Ihnen stehen heutzutage etwa zehn Prozent weniger medizinische Kräfte zur Verfügung, sodass die Kluft zwischen

den Patient*innen in den Kliniken und dem Pflegepersonal stetig gewachsen ist.

Wichtiger Hebel für diese Entwicklung sind die im Jahr 2003 von der Politik für die stationäre Behandlung verordneten Fallpauschalen (DRGs). Nach dieser Vorgabe werden nicht mehr die echten Kosten einer jeden Behandlung refinanziert (Selbstkostendeckungsprinzip), sondern für jeden Patienten und jede Patientin nach Fallgruppen festgelegte Pauschalen bezahlt. Seither orientiert sich die Maxime von Kliniken nicht mehr an den Bedürfnissen von Patient*innen, sondern an betriebswirtschaftlichen Erwägungen. Das bedeutet konkret: Je geringer der Kostenaufwand für eine Behandlung ist, desto höher der Gewinn. Erfordert ein/e Patient*in längere und intensivere Betreuung, schreibt das Krankenhaus rote Zahlen. Die Vorhaltung nicht unmittelbar genutzter Kapazitäten für den Notfall würde in den Ruin treiben. Das Gesundheitswesen verkam zu einer Gesundheitswirtschaft, die aus Krankenkassenbeiträgen der Solidargemeinschaft finanziert wird.

Der in den Fallpauschalen abgebildete Pflegekostenanteil muss nicht zwingend für die Pflege ausgegeben werden. Es kam zum kontinuierlichen Personalabbau und einer oft bis an die Erschöpfung reichenden Verdichtung der Arbeitszeit. Seither tragen die Pflegekräfte über niedrige Löhne und Zeitknappheit die Hauptlast dieser Ökonomisierung. Weitere vor- und nachgelagerte Dienstleistungen (Putzdienst, Küche, Wäsche) wurden oft komplett ausgegliedert und sind nicht selten noch härter von Einsparungen oder Lohndumping betroffen. Nach aktuellen Schätzungen fehlen in der stationären Versorgung in Deutschland zurzeit annähernd 56.000 Ärzt*innen und gut 140.000 nicht ärztliche Fachkräfte. Pessimistische Prognosen vermuten, dass dieser Mangel bis 2030 demografiebedingt auf eine Million Pflegekräfte anwachsen wird.

Die globalen Zahlen sind nicht besser: Nach Berechnungen des Weltbunds der Krankenschwestern und Krankenpfleger, des International Council of Nurses (ICN), gab es zu Beginn der Pandemie weltweit mit 27 Millionen Pfleger*innen sechs Millionen Pflegekräfte zu wenig. Bis 2030 werden weitere vier Millionen altersbedingt ausscheiden, sodass 30 Prozent zu wenig Pflegepersonal vorhanden sein wird. Dieser von Corona

aufgedeckte Pflegenotstand hat sich seit Langem aufgestaut und ist symptomatisch für unsere Gesellschaft. In unserer oft auf Arbeit, Produktion, Wachstum und Einkommen fokussierten Welt werden die sogenannten reproduktiven Tätigkeiten, also Betreuungs- und Pflegearbeiten, heute oft als Care-Arbeiten bezeichnet, kaum anerkannt. Sie werden gering geschätzt und entwertet, obwohl sie oft harte Knochen- und Nervenarbeit sind, arbeits- und zeitintensiv, anfordernd und nicht selten emotional belastend. Sie finden weder hinreichende materielle noch gesellschaftliche Anerkennung. Sie sind nicht immer, aber noch zu oft schlecht bezahlt oder sogar kostenlos (Hausarbeit und familiäre Kinder- und Altenbetreuung) und häufig zu wenig sozial abgesichert. Erst die Pandemie hat diese im Dunkeln liegenden – oder schlimmer: bewusst ignorierten – Bereiche aus unser aller Leben, die essenziell für unsere Gemeinschaft sind, ins Rampenlicht gezerrt. Seit Corona ist Care-Arbeit »systemrelevant«. Eine späte, doch umso wahrere Erkenntnis.

Auf der Bühne stehen aber nicht unsere üblichen Kinohelden. Pflegetätigkeiten werden mehrheitlich von Frauen ausgeübt. Auch in Deutschland sind weit über 80 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitswesen oder in Pflege- und Altersheimen weiblich. Unsere wahren »Coronahelden« sind meist Heldinnen.

Dritter Schritt: Die gesunde Gesellschaft durch Gemeinwohl für alle

Es sind unsere Postbot*innen, Polizist*innen, Pflegekräfte, Ärzt*innen, Supermarktmitarbeiter*innen, Busfahrer*innen und kommunalen Angestellten, die für die Wirtschaft oft nur kostengünstige Standortvorteile sind, in Wirklichkeit aber unsere gesellschaftlichen Grundfunktionen aufrechterhalten. Corona machte den Niedriglohnsektor buchstäblich über Nacht zum Garanten der kritischen Infrastruktur – und unseres Überlebens. Nach dem Klatschen und der Pandemie steht eine Bestandsaufnahme an, welche Arbeit uns wirklich wichtig ist. Die Nützlichkeit und Unverzichtbarkeit solcher gesellschaftlichen Leistungen muss sich als Erstes in den Einkommen widerspiegeln. Dank Corona wissen wir,

dass wir ganz gut auf manche Derivatehändler*innen verzichten können, aber auf keine einzige Pflegekraft im Krankenhaus. Daher empfehlen sich nicht nur höhere Mindestlöhne, sondern verbindliche Regelungen für Maximaleinkommen. Wer ist heute noch überzeugt, dass die Einkommensunterschiede zwischen einer Intensivkrankenschwester und einem Investmentbanker adäquat die Differenz der Arbeitsleistung widerspiegelt? Außer dem Banker natürlich. Warum die Argumentationskette nicht einfach umdrehen: Nicht die Höhe des Mindestlohns wird in Zukunft verhandelt, sondern die Frage, wie viel Geld aus Unternehmensgewinnen, Erbschaften, Zins- und Aktieneinnahmen an die Allgemeinheit zurückfließen soll.

Um gute Einkommen zu gewährleisten, müssen die Arbeitgeber*innen Pflege- und Betreuungsarbeit nicht mehr nach Gottes oder anderer Gnade entlohnen, sondern einheitliche Löhne zahlen, über deren Höhe politisch entschieden wird. Über anständige Löhne, angemessene berufliche Qualifikationsanforderungen, Aufstiegsmöglichkeiten und gesellschaftliche Anerkennung kann eine hohe Qualität sozialer Dienstleistungen gesichert werden. All dies würde zusätzlich die strukturelle Benachteiligung von Frauen merkbar abbauen. Dafür braucht es eine politische und kulturelle Aufwertung von systemrelevanten Tätigkeiten. Nicht nur während, sondern besonders nach der Krise.

»Gemeinwohl stärken« ist das oberste Gebot. Corona zeigt anhand des durch Spardiktate geschwächten Gesundheitssystems, dass unser Gemeinwohl nicht Kostenkalkulationen oder privatem Gewinnstreben überlassen werden darf. Sonst ist es nicht nur das Virus, sondern auch die Rechenschieber, die töten. Es bedarf einer breit aufgestellten öffentlichen Daseinsvorsorge, die das Gemeinwohl für alle sichert. Was ist damit gemeint? Eine soziale Infrastruktur, die in der Regel kostenlose oder gegen geringes Entgelt öffentliche, für alle gleichermaßen zugängliche, qualitativ hochwertige Güter und Dienstleistungen bereitstellt. Und zwar in den überlebenswichtigen Bereichen der Gesundheitsvorsorge, Wohnen, Wasser- und Elektrizitätsversorgung, (Weiter-)Bildung, Kinder-, Jugendlichen- und Altenbetreuung, (Nah-)Verkehr, Kommunikation sowie Sport und Kultur. Eine solche Daseinsvorsorge muss bedürfnisorientiert und nah am

Menschen sein. Das heißt, sie sollte primär von mit hinreichenden Mitteln ausgestatteten Kommunen getragen werden. Sie muss auf Mitbestimmung der Mitwirkenden (Beschäftigte, Ärzt*innen, Erzieher*innen) und Betroffenen (Patient*innen, Eltern) setzen, um Maßnahmen und Mitteleinsatz demokratisch und transparent zu gestalten. Sie darf nicht nur auf Angebotsmenge oder Rechtsansprüche abzielen, sondern muss auch hohe Qualitätsstandards im Auge haben und deren Einhaltung kontinuierlich prüfen. Dies geht nur mit anständig ausgebildeten und gut bezahlten Mitarbeitenden.

Und sie sollte ihrem Namen gerecht werden, also auch Vorsorge betreiben. Nicht nur monetäre Unterstützung für soziale und ökonomische Risikolagen ist bereitzuhalten. Sondern über Beratungen und Unterstützungsangebote müssen soziale Schieflagen präventiv verhindert oder frühzeitig eingegrenzt werden. Dies macht eine stärkere Vernetzung verschiedener Politikbereiche erforderlich. In Skandinavien zum Beispiel konzentriert sich die vorsorgende Gesundheitspolitik auf die Verflechtung von Bildungs-, Familien- und Arbeitsmarktpolitik. In Schweden wurden Familienzentren gegründet, die Anlaufstellen für Familien sind und in Fällen physischer oder psychischer Probleme der Kinder geeignete Hilfestellungen geben. Ebenso wird in den Schulen die Drogenprävention eng mit den Eltern oder auch den lokalen Sportvereinen verknüpft.

In der Krankenversorgung wären für eine solche politische Ausrichtung zügig verschiedene Maßnahmen umzusetzen: Als wichtigste Punkte sind sicherlich die Abschaffung der Fallpauschalen zu nennen und die Finanzierung der Krankenhäuser auf Basis ihrer tatsächlichen Kosten. Dies hat die deutsche Regierung weder in der Pandemiebekämpfung umgesetzt noch für die Zeit danach versprochen. Zusätzlich müssen die Personalausstattung der Kliniken sowie die Gehälter in der Pflege und in nicht medizinischen Sektoren deutlich aufgestockt werden. Mittelfristig ist die Rekommunalisierung der Krankenhäuser als Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge samt Rückführung von outgesourcten Tochterunternehmen anzustreben.

Danach sollte eine Neuausrichtung des Krankenwesens als Ganzes vorangetrieben werden. Heute liegt der Schwerpunkt der Krankenfürsorge in

der kurativen Medizin, also der Heilung. Die *Public-Health*-Forschung ist in vielen Studien aber seit Langem zu dem Ergebnis gekommen, dass die Verbesserung von Gesundheit und Lebenserwartung nicht nur durch medizinische Behandlung erzielt werden kann, sondern großteils auch über die Veränderung von Lebensbedingungen erreichbar ist: Ernährung, sanitäre Einrichtungen oder weniger belastende Arbeit. Dies kann aber nicht der/m Einzelnen überlassen werden. Eine Krankenversorgung, die ganzheitliche Ansätze umsetzt, muss verschiedene Politikbereiche wie Schulernährung, Arbeitsschutz etc. im Blick haben. Darüber kann langfristig Gesundheit für alle besser gefördert werden als über eine teure, hoch technisierte Medizinversorgung. Rudolf Virchows Postulat von der Sozialmedizin lässt grüßen. Über Prävention und ganzheitliche Therapien lassen sich auch Ressourcen einsparen. Sogar ein Ende der Ökonomisierung des Gesundheitssystems und der Ausbau einer breiten öffentlichen Daseinsvorsorge bergen Einsparpotenziale. Ökonomisierung bedeutet schließlich nicht immer billigere Leistung, sondern oft nur Umschichtung von Geld auf andere Leistungen, etwa zur Finanzierung neuer administrativer Bereiche. Statt unsinnige, kräftezehrende und teure Konkurrenz sollten im Gesundheitssystem vielmehr Kooperationen auf allen Ebenen gefördert werden.

So würde die Schwerpunktverlagerung von der Medizin zu einer wachsenden Bürokratisierung rückgängig gemacht werden, die immer mehr Arbeitsanteile des medizinischen Personals beansprucht und zum Stellenausbau für Controller*innen und andere mit Betriebswirtschaft befasste Angestellte geführt hat. In größeren Krankenhäusern sind gigantische Controllingabteilungen entstanden, welche den gesamten Datenfluss organisieren, überprüfen, evaluieren und »optimieren« und die Ärzt*innen auf Trab halten. Deutsche Ärzt*innen verwenden oft mehr als drei Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit mit administrativen Aufgaben wie Dokumentation. Mit medizinischer Arbeit verbringen sie rund vier Stunden, mit Patient*innen- und Angehörigengesprächen anderthalb Stunden. Fragen Sie einmal Ihren Arzt oder Ihre Ärztin, was er/sie davon hält! Über niedrigschwellige Abrechnungsmethoden und eine mehr auf Digitalisierung setzende Verwaltung könnte sowohl dieser bürokratische Moloch geschrumpft als auch die Patient*innenbetreuung verbessert werden.

Krankenhäuser sollten in Kategorien eingeteilt werden, vom kleinen 50-Betten-Haus der Grundversorgung bis hin zu universitären Einrichtungen mit allen Spezialabteilungen. Die Finanzierung darf nicht auf Fallpauschalen aufbauen, sondern geschieht entsprechend dem Auftrag beziehungsweise der Größe des Krankenhauses mit pauschalen Budgets. Bezahlt wird die Erfüllung des sozialen Auftrages, nicht eine konkrete medizinische Tat. Genauso sinnvoll wäre eine Beendigung der Trennung der stationären von der ambulanten medizinischen Versorgung, bei der die hausärztliche Medizin, die Allgemeinmedizin, ins Zentrum rücken muss. Um diese Basis herum gruppieren sich Pflegestützpunkte, Fachärzt*innen und stationäre Einrichtungen. Durch eine bessere Auslastung des Geräteparks würde verhindert, dass teure Geräte nur zur Amortisierung von Kosten eingesetzt werden. So könnten Doppeluntersuchungen vermieden und Milliarden eingespart werden.

Zusätzlich lässt sich der Wettbewerb zwischen den über 100 deutschen Krankenkassen über eine Bürgerversicherung für alle mit zusätzlichen Wahloptionen nach eigenem Gusto ablösen.

Und wenn wir schon einmal dabei sind: Durch ein angemessenes Grundeinkommen könnten bisher getrennt verwaltete Maßnahmen der sozialen Sicherung wie Kindergeld, Familienbeihilfen aller Art, Ausbildungsgelder, Sozialhilfe, Altersgrundversorgung, Wohngeld relativ unbürokratisch gebündelt und der dafür verantwortliche Verwaltungsapparat eingeschmolzen werden. Als erster Schritt sollte für die 2,8 Millionen Kinder und Jugendlichen, die in Deutschland von staatlichen Leistungen zur Existenzsicherung leben, eine Kindergrundsicherung eingeführt werden. Die bisher mit Verwaltungsaufgaben betreuten Mitarbeitenden der öffentlichen Dienste müssten trotzdem nicht um ihre berufliche Zukunft bangen: Verschiedene Berechnungen kalkulieren, dass durch den Aufbau einer öffentlichen sozialen und bedarfsorientierten Infrastruktur für gute Bildung, Gesundheitsversorgung, Pflege, Mobilität, Energieversorgung, Wohnen, Kultur, Sport und Internet in Deutschland bis zu zwei Millionen hochwertige, tariflich und sozial gut abgesicherte Arbeitsplätze geschaffen werden könnten.

Die ehrliche Gesellschaft durch Gemeinwohl von allen

Natürlich wird für eine solche Daseinsvorsorge eine Menge Geld in die Hand genommen werden müssen. Wo soll das alles herkommen? Mit dieser Frage begeben wir uns auf unwegsames Gelände. Aber es gibt gute Orientierungspunkte, um den richtigen Pfad nicht zu verlieren.

Beginnen wir am Anfang: Erfunden wurde der Wohlfahrtsstaat Ende des 19. Jahrhunderts von Otto von Bismarck. Der Kanzler begründete mit neuen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen in Deutschland weltweit das erste stattliche Sozialsystem und damit die bis heute erfolgreiche Geschichte des Sozialstaats. Die Sozialleistungen werden im Wesentlichen durch paritätische Beiträge der Arbeitnehmer*innen und ihrer Arbeitgeber*innen finanziert und richten sich danach, wie viele und wie hohe Beiträge gezahlt werden. Über diese leistungsorientierte Art von Sozialversicherungssystem verfügen in Europa neben Deutschland heute zum Beispiel Frankreich und Italien; zusätzlich ist es in Teile Lateinamerikas exportiert worden.

Bismarck hatte bei seinem Sozialversicherungsmodell weniger das Wohl der Menschen als die Absicherung der Wirtschaft durch die Befriedung und Versorgung der produktiv Arbeitenden im Auge. Er war seiner Zeit voraus und erkannte, dass sich beides mit Beginn der industriellen Revolution immer stärker gegenseitig bedingte. Die Umsetzung dieser Strategie erfüllte alle Wünsche ihres Erfinders: Deutschland – und immer mehr Teile Europas – wurden nicht nur für die Wirtschaft, sondern auch kulturell zu erwerbszentrierten Gesellschaften. Nicht Rohstoffe oder gutes Ackerland entscheiden seitdem über Unternehmensgewinne. Es ist die Arbeit! Dieselbe Arbeit, die auch das Einkommen und die soziale Absicherung festlegt, die die soziale Position begründet und der/m Einzelnen Selbstverwirklichung und gesellschaftliche Anerkennung verspricht. Gut für die Volkswirtschaft, die von wachsender Arbeitsproduktivität, Fleiß und Disziplin und von ungestörten Arbeitsprozessen profitiert. Von Nachteil für die, die im reproduktiven Bereich zum Beispiel der Pflege, Betreuung oder Reinigung arbeiten oder für Hausarbeit und Kindererzie-

hung zuständig sind. Also mehrheitlich für Frauen. Sie werden schlecht oder gar nicht bezahlt, sind meist über ihre Männer und oft zu wenig oder gar nicht abgesichert. Altersarmut hat darum meist ein weibliches Gesicht. Schlecht also für alle, die prekär beziehungsweise informell beschäftigt sind. Das betrifft nicht nur rund 30 Prozent der Erwerbstätigen Deutschlands und knapp 40 Prozent der Arbeitenden Europas, sondern ist nach Zahlen der Internationalen Arbeitsorganisation ILO eine soziale Katastrophe für weltweit deutlich mehr als die Hälfte aller Erwerbstätigen.

In Deutschland hat das Bismarck'sche Sozialversicherungsmodell lange erfolgreich funktioniert. Die monetäre Umverteilung durch das Steuer- und Transfersystem führte insgesamt dazu, dass die Nettoeinkommen deutlich gleichmäßiger verteilt waren als die Markteinkommen. Das Sozialversicherungssystem hat daran einen gewichtigen Anteil. Doch die Gewissheit und Stabilität dieses Systems sind seit mehr als zwei Jahrzehnten am Bröckeln. Die fiskalische Grundlage des Sozialstaates wird regelmäßig als chronisch krank beschrieben. Genau solche Positionen werden nach dem Ende der Pandemie wieder an Einfluss gewinnen; Forderungen nach Kürzungen sozialer Leistungen oder der Erhöhung des Renteneintrittsalters gewinnen jetzt schon an Lautstärke.

Es sind aber nicht immer noch mehr »Habenichtse« oder Faule, die in der sozialen Hängematte unsere bitter verdienten Brötchen genießen. Diese Hängematte hat es nie gegeben. Und falls doch, sind ihre Löcher so groß, dass sich niemand mehr in sie betten kann.

Es sind auch nicht die Migrant*innen, die unser Sozialsystem überlasten. Im Gegenteil: Verschiedene Studien belegen eindrücklich, dass der ausländische Bevölkerungsanteil unseren Sozialstaat seit Jahrzehnten entlastet, Migrant*innen über Beiträge und Steuern deutlich mehr einzahlen, als sie an sozialen Transferleistungen empfangen. Ohne diese Entlastung wären die Sozialbeiträge für uns alle bereits spürbar gestiegen. Es sind auch nicht explodierende Sozialausgaben, die uns drangsalieren. Diese sind in den letzten beiden Jahrzehnten entgegen allen Behauptungen stabil geblieben.

Der Grund, warum das Fundament unserer Daseinsvorsorge schwindet, ist vielmehr die abnehmende Zahl an Einzahler*innen. Die Last der Sozial-

abgaben wird von immer weniger Menschen geschultert. Dies wiederum ist dem Organisationsprinzip der Sozialversicherung geschuldet. Das Sozialstaatsprinzip ist direkt an die Dynamik auf dem Arbeitsmarkt gekoppelt. Die Referenz für Sozialversicherungen ist das vertraglich gesicherte und unbefristete Normalarbeitsverhältnis. Diese Arbeitsform wurde seit den 1990er-Jahren nicht nur in Deutschland über eine wachsende Deregulierung des Arbeitsmarktes aufgeweicht und teilweise durch prekäre oder atypische Beschäftigungsverhältnisse ersetzt. Nach einer Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD waren zwischen 1995 und 2010 drei Viertel aller Industrienationen von einer solchen Zunahme an prekären Beschäftigungen betroffen; besonders stark die Slowakei mit der Hälfte aller Arbeitsstellen, aber auch Österreich, die Niederlande und Deutschland.

So konnte der damalige Bundeskanzler Gerhard Schröder auf dem Weltwirtschaftsforum in Davos 2005 stolz und vollmundig verkünden: »Wir müssen und wir haben unseren Arbeitsmarkt liberalisiert. Wir haben einen der besten Niedriglohnssektoren aufgebaut, den es in Europa gibt.« Warum er liberalisieren musste, hat er – oder jemand anderes aus seiner Sozialdemokratischen Partei – bis heute noch nicht plausibel erläutern können. Was ebenfalls kaum erklärt wird, ist, dass mit dieser Politik dem deutschen Sozialsystem der Boden unter den Füßen weggezogen wird. Weniger sozialversicherte Arbeit, weniger Geld für Soziales.

Doch das ist noch nicht alles: Die sozialversicherten Anteile zur Finanzierung unseres Sozialsystems müssen bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze entrichtet werden, die im internationalen Vergleich vergleichsweise niedrig ist. Sie liegt bei der gesetzlichen Krankenversicherung zum Beispiel 2021 bei unter 60.000 Euro Einkommen. Überschreitet das Gehalt diese Grenze, steigen die Beiträge nicht weiter an, sondern bleiben konstant. Gutverdiener zahlen also nur einen Höchstbetrag. Mit anderen Worten: Wer viel verdient, zahlt im Verhältnis deutlich weniger ein. Vermögen und Erben werden beim Sozialversicherungsprinzip gar nicht berücksichtigt. Viele Reiche profitieren ebenso wie alle von den sozialen Diensten, leisten aber nur geringe oder keine Beiträge. Da ist noch viel Luft nach oben und genug da für eine breite Daseinsvorsorge.

Es ist die Trägheit oder die fehlende Bereitschaft der Politik, unsere Daseinsvorsorge ins 21. Jahrhundert zu überführen. Dabei liegen alle Optionen auf dem Tisch: Ein zukunftsfestes Finanzierungsmodell geht auf den Ökonomen William Beveridge zurück, der als Leiter einer Sachverständigenkommission dem britischen Parlament im November 1942 seinen Bericht zur Reform des Sozialversicherungssystems vorstellte. Er votierte für eine steuerfinanzierte Mindestsicherung für alle Staatsbürger*innen. Der Liberale wollte keine Daseinsvorsorge für alle, um sein Land grundlegend zu verändern. Der Vorschlag ist eher aus der Not geboren, eine möglichst effektive wie unbürokratische Gesamtversorgung der kriegsleidenden Bevölkerung und somit deren weitere Unterstützung für den Kampf gegen Hitlerdeutschland zu gewähren. Der Engländer setzte auf eine steuerfinanzierte Grundversorgung für alle, die durch private Eigenleistungen ergänzt werden konnte.

Ersteres funktionierte lange sehr gut und wurde zum Vorbild vieler Länder. Letzteres wurde der Heimat der universellen Gesundheitsversorgung schließlich zur Krux. Mit der wirtschaftlichen Liberalisierungspolitik Großbritanniens ab den 1980er-Jahren wurde das einst vorbildliche öffentliche Gesundheitssystem der Insel, der National Health Service, ausgeblutet und von privaten Anbietern kannibalisiert. Die Mehrheit der zahlreichen Coronaopfer in England sind nicht der britischen Covid-19-Mutante zum Opfer gefallen, sondern dem maroden staatlichen Gesundheitssystem. Dass solche Entwicklungen nicht naturgegeben, sondern ausschließlich politisch zu verantworten sind, zeigen die skandinavischen Länder. Deren an dem Beveridge-Modell ausgerichtete universelle Gesundheits- und Daseinsvorsorge wird nach Einschätzung aller Experten bis heute als international vorbildlich gewertet.

Der Sozialstaatsforscher Gøsta Esping-Andersen kam zu dem gleichen Befund. In seinem viel beachteten Vergleich *The Three Worlds of Welfare Capitalism* revolutionierte er die westliche Wohlfahrtsstaatenforschung. Dazu stellte er die Verhältnisse zwischen Staat und Markt in der Bereitstellung sozialer Leistungen nebeneinander, Modus und Qualität der Leistungen und die Wirkung der Sozialpolitik auf soziale Schichtung und gesellschaftliche Verteilung. Esping-Andersen stellte fest, dass weder

eine auf private Initiative beruhende Sozialpolitik (USA, Großbritannien, Australien, Schweiz) noch das Bismarck'sche Sozialversicherungsmodell (Deutschland, Frankreich, Österreich) ausreichend soziale Versorgung, Mobilität und Bürgerrechte für alle gewährt. Stattdessen reproduzieren und vertiefen sich soziale, geschlechtsspezifische und andere Ungleichheiten. Faire Chancengleichheit verbunden mit hoher Arbeitsproduktivität gewähren hingegen die Sozialstaaten, die ihre Leistungen primär aus Steuern finanzieren (Schweden, Norwegen, Dänemark, Finnland). Dieser Befund wurde seither durch zahllose Forschungen und Studien bestätigt.

Alle Erfahrungen zeigen also: Eine Politik, die ein breites Gemeinwohl gewährleisten will, erfordert heute die Umstellung unserer Sozialsysteme auf Steuerfinanzierung. Dieses Modell wollte die alliierte Besatzungsherrschaft (1945–1949) bereits nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland einführen. Die Initiative scheiterte allerdings an der konservativen Mehrheit des ersten deutschen Bundestags.

Corona schenkt uns nun die Chance auf einen sozialpolitischen Neustart! Steuergerechtigkeit und Sozialstaat bilden allerdings ein unaufhebbares Spannungsfeld, welches den demokratischen Staat schon immer beschäftigte. Es geht um nicht weniger als die prinzipielle Frage, ob mehr Freiheit weniger Gleichheit bedeutet oder mehr Gleichheit weniger Freiheit. Diese Frage ist nicht nur philosophischer Natur, sondern für unseren Rechts- und Wohlfahrtsstaat essenziell. Sie entscheidet über die Ausgestaltung unseres Sozialsystems, über unser Gemeinwohl.

Das Credo der Liberalen ist es, Gleichheit durch Freiheit zu schaffen. Also es der Leistung und Initiative der/s Einzelnen durch Chancengleichheit zu ermöglichen, gleichen Wohlstand für alle herzustellen. Dieses Postulat hat in den letzten Jahrzehnten die Politik der meisten westlichen Staaten geprägt und zu einer signifikanten Ökonomisierung und Privatisierung der Daseinsvorsorge geführt. Das Ergebnis kennen wir: Je mehr private Initiative in die soziale Infrastruktur einzieht, desto schlechter die soziale Versorgung für die Mehrheit und desto unattraktiver Care-Arbeit. Nicht die für die Gesellschaft überlebenswichtigen Tätigkeiten und Leistungen, sondern leistungsfreies Erben und Vermögen entscheiden heute weitgehend über Freiheitsgrade. Das alltägliche Abmühen vieler ist seit

Corona vielleicht »systemrelevant«, macht aber nicht frei. Im Gegenteil: Bekanntermaßen wütet das Virus in den Pflegeberufen wesentlich heftiger als in der Oberschicht.

Da sich die Freiheit selbst nicht hinreichend befreien kann, müssen wir ihr zu ihrem Recht verhelfen. Wir brauchen eine Politik, die Freiheit durch Gleichheit herstellt. Der frühere Bundesverfassungsrichter Ernst-Wolfgang Böckenförde wollte zwar soziale Grundrechte nicht im Grundgesetz verankert sehen. Er hat gleichwohl hervorgehoben, dass Freiheitsrechte ohne ihre sozialstaatliche Unterfütterung nichts wert sind. Für ihn ist ein Rechtsstaat, der es seinen Bürger*innen nicht ermöglicht, ihre verfassungsmäßig verbrieften Rechte aktiv wahrzunehmen, nicht nur kein Sozialstaat, sondern auch kein Rechtsstaat mehr. Nur ein solides Gemeinwohl für alle sichert darum über die Herstellung von Gleichheit langfristig Freiheit, Recht und Demokratie. Eine solche Daseinsvorsorge sollte über Steuern finanziert werden.

Dabei gibt es viel zu gewinnen und nur wenig zu verlieren: Der Umbau unseres Sozialstaats in ein steuerfinanziertes Sozialsystem bedeutet nicht, dass die persönliche Einkommenshöhe bei Arbeitslosigkeit oder bei Renten missachtet wird. Mit einer progressiven Besteuerung auf breiter Grundlage würden alle gerecht die Last schultern, aber auch alle eine breite Daseinsvorsorge genießen. Eine solche Basis würde leistungsgerechte Verteilung und sozialen Ausgleich gewähren.

Mit dem gleichzeitigen Ende des Ehegattensplittings würde in Deutschland Erwerbsarbeit für Frauen attraktiver. Die feminisierte Altersarmut könnte abgebaut und zukünftig vermieden werden. Skandinavien zeigt, dass dabei niemand enteignet wird oder schmachten muss: Für die Begüterten wäre die Abgabenlast (oder die Verringerung ihrer Freiheitsgrade) immer moderat, denn jede Steuer muss schließlich demokratisch legitimiert werden. Und wer sich dennoch etwas mehr Versorgung gönnen möchte, kann sich privat zusätzliche Leistungen dazukaufen oder sich ein Vermögenspolster anlegen.

Deutschland hat die Sozialpolitik erfunden und in die Welt gebracht. Das könnten wir als Verpflichtung interpretieren, jetzt den Wohlfahrtsstaat 2.0 auf den Weg zu bringen. Nicht nur bei uns, sondern auf euro-

päischer Ebene. Die Coronakrise wird oft mit den Erschütterungen des Zweiten Weltkriegs verglichen. Eine gute Zeit für einen Neuanfang. Machen wir die EU zu einer Sozial- und Steuerunion!

Die Leitplanken für den dritten Schritt sind offensichtlich:

- ◆ Zügige Reform des Gesundheitssystems: Abschaffung der Fallpauschalen, Aufstockung der Personalausstattung der Kliniken sowie der Gehälter; Rekommunalisierung der Krankenhäuser, Einführung einer einheitlichen Bürgerversicherung mit Wahloptionen
- ◆ Höhere Mindestlöhne, bessere Aufstiegsmöglichkeiten und gesellschaftliche Anerkennung für Betreuungs- und Pflegearbeit
- ◆ Politische und kulturelle Aufwertung von reproduktiven, also systemrelevanten Tätigkeiten
- ◆ Komplette und zeitnahe Umstellung unserer Sozialsysteme auf Steuerfinanzierung
- ◆ Aus- und Aufbau einer breiten, öffentlichen, bedarfsorientierten, kommunalen und qualitativ hochwertigen Infrastruktur für Bildung, Gesundheitsversorgung, Pflege, Mobilität, Energieversorgung, Wohnen, Kultur, Sport und Internet