

Michael Quetting

Wellenbrecher für kollektive Selbstorganisation



Ein Interview im Sommer 2023

Eine Vorbemerkung

Im Sommer 2023 wurde der Gesundheits- und Krankenpfleger Michael Quetting, vormals Gewerkschaftssekretär und ver.di-Pflegebeauftragter für das Saarland und Rheinland-Pfalz, von Dr. Stephan Peter vom Netzwerk Wirtschaftsdemokratie für eine Publikation „Transformation und Beteiligung: Saarländische Praktiker berichten“ interviewt. In der Broschüre berichten Personen aus dem Saarland, die sich „maßgeblich für mehr Mitarbeiterbeteiligung, Belegschaftsbetriebe, Genossenschaften eingesetzt haben“ (Newsletter Wirtschaftsdemokratie, Ausgabe 14 - 09/2023, S. 3). Quetting gilt als einer, der „explizit die genossenschaftliche Rechtsform als geeignet für Krankenhäuser in Arbeitnehmerhand“ vorschlug.



In dieser Veröffentlichung werden auch interviewt: Günther Gerd (Betriebsratsvorsitzender, Hunger-Streikender, Betriebsbesetzer bei der Burbacher Drahtzieherei Georg Heckel Anfang der 1980er Jahre), Herbert Deister (Saar-Bezirksleiter der Gewerkschaft Holz und Kunststoff (GHK) er setzte 1986 zusammen mit der Belegschaft ein Mitarbeiter-Beteiligungsmodell bei der Fenster- und Fassaden-Firma Petri in Bexbach durch.), Mahmut Celik (langjähriger Betriebsratsvorsitzender der Brebacher Gießerei Halberg Guss. Infolge der Insolvenz 2009/10 war Celik wesentlich mit dabei, ein Netzwerk und Konzept für Mitarbeiterbeteiligung bei Halberg Guss voranzutreiben.), Werner Schaeffer (Über Jahrzehnte hinweg Anwohner, Ombudsmann, Mentor, und Aktivist in der Wohnungsbaugenossenschaft Albrecht Herold - Alte Schmelze-G, St. Ingbert), Claudia Henke (Sozialwissenschaftlerin, Beraterin. Entwicklerin kooperativer sozialer Innovationen, z.B. ein genossenschaftliches Unternehmens-Nachfolgemodell, um Arbeitsplätze und Know-how zu sichern. Sie ist Co-Founder und Co-Vorstand der Plattform Co-operatives Germany e.G.), Dr. Simone Peter (Präsidentin des Bundesverbands Erneuerbare Energie e.V. (BEE). Davor Co-Vorsitzende der Partei Bündnis 90/Die Grünen, Abgeordnete im saarländischen Landtag, und Saar-Ministerin für Umwelt, Energie und Verkehr.) und John Clay (Arbeitsmarkt-Analyst für den U.S.-Bundesstaat Minnesota, Schriftsteller, Künstler, Aktivist.)

In dem ungewöhnlich langen Interview berichtet Quetting von Kämpfen im Gesundheitsbereich und speziell in der Pflege. Er schildert seine Sicht und beschreibt Methoden, wie es gelang nachhaltigen Widerstand und gewerkschaftliches Engagement zu entwickeln. Er benennt das Wesen der Krise im Gesundheitswesen und lässt uns teilhaben an der systematischen Entwicklung von Widerstand. Seiner Meinung nach erlebten wir dabei viele Ansätze emanzipatorischer gesellschaftlicher Entwicklung, an der es anzuknüpfen gilt. Das Modell des Verbundklinikums Saar in demokratischer Kontrolle wird vorgestellt und ganz bewusst immer wieder die Eigentumsfrage gestellt. Schließlich geht es noch um spezieller Probleme bei katholischen Trägern, da Dr. Peter hier Ansätze für eine Synthese von Genossenschaft und Gewerkschaft sieht. Für Quetting geht es dabei um die Frage, wie sich Beschäftigte selbst ermächtigen können, um auf die Produktionsweise Einfluss zu nehmen.

Wellenbrecher für kollektive Selbstorganisation

Dr. Stephan Peter: *Michael, als ver.di-Beauftragter hast Du mal die Beschäftigten in der Pflege und anderen so- genannten systemrelevanten Bereichen als potentielle Wellenbrecher bezeichnet. Welle auf Welle bricht über die Beschäftigten herein und sie drohen zu ertrinken. Welche Wellen?*

Michael Quetting: Das ist ein Bild, das ich bemüht habe. Eine Krise nach der anderen trifft uns abhängig Beschäftigte mit voller Wucht wie Flutwellen. Aktuell beschäftigt uns der Krieg in der Ukraine und andere geopolitische Konflikte. Ich meine mit den Wellen zum Beispiel die Wirtschafts- und Finanzkrise oder auch die Corona-Pandemie, die Klimakatastrophe, Energiekrise, die Lieferkettenproblematik wie überhaupt die Inflation.

Konkret erleben wir das als prekäre Beschäftigung, Abbau der Daseinsvorsorge, Krise der Demokratie, neue Bedeutung von Sorgearbeit und einigem mehr. Alle Lebensbereiche werden immer mehr dem Markt untergeordnet, angeblich werde dieser das als „unsichtbare Hand“ alles richten. Wenn dann dieser Markt versagt, dann muss der Staat doch kompensieren und eingreifen. Nur so kann ein Kollaps überhaupt verhindert werden.



Wenn man sich diese Situation vor Augen hält, so stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten, dies zu ändern. Wie kann man diese Logik, diese Wellen, brechen? Was ist

das schwächste Glied, um eine Gegentendenz aufzubauen, um mit Gegenwellen diese Wellen zu brechen. Das ist die Frage nach dem Thema und die Frage nach dem Subjekt.

Nun haben wir es im Gesundheitsbereich und speziell in der Pflege mit sehr wichtigen Klassenkämpfen zu tun. Die Widersprüche verlangen objektiv nach einer Lösung und deshalb ist es möglich, Erfolge zu erreichen. Eine Hegemonie scheint erreichbar, ja ist in bestimmten Momenten schon erreicht worden.

Wir haben die Subjekte in den Betrieben, die das umsetzen. Wir haben einen hohen Konsens in der Zivilgesellschaft. Die Pflegeperson wird immer mehr zum Subjekt der Kämpfe um die Sorge. Objektiv verfügt sie über spezielle organisatorische Fähigkeiten und kollektive Fertigkeiten im Sozialraum Pflege. Die Ansprüche der Pflegekräfte sind Ansprüche aller abhängig Beschäftigten. Deutlich wurde das unter anderem auch in den Bündnissen, die wir rund um die Auseinandersetzung schmieden und stärken konnten.



Um einen nachhaltigen Widerstand und gewerkschaftliches Engagement entwickeln zu können, ist das Verhältnis zwischen Kollektivität und Individualität entscheidend. Die Kämpfe für Entlastung zeichnen sich dadurch aus, dass wir als Gewerkschaft versuchen, Kollektive bzw. Teams zu aktivieren. Hier ist eine Besonderheit der Arbeit in der Pflege von Vorteil: Pflegepersonen sind

gewöhnt, in Teams zu arbeiten; sie müssen gut organisiert sein und mit vielen anderen Gruppen und Personen kommunizieren. Diese, ich nenne sie „ursprüngliche Solidarität“, ist schon ein wichtiger Schritt hin zur Vernetzung und zu der Erkenntnis, dass es sinnvoll ist, sich in einer Interessengemeinschaft solidarisch zu verbinden. Helfen zu wollen und Solidarität gehören zusammen.

Wir haben im Saarland eine sogenannte Ultimatumstrategie entwickelt: Teams fordern ultimativ Maßnahmen zur Entlastung ein und drohen damit, andernfalls freiwillige Leistungen – wie das Einspringen außerhalb des Dienstplans – zu verweigern. Das erfordert nicht nur die intensive Einbeziehung der einzelnen Individuen innerhalb der beteiligten Abteilungen und geschützte Gesprächssituationen in den Teams, sondern greift einen strukturellen Missstand auf, denn die Erfahrung zeigt, dass ein reibungsloser Ablauf im Krankenhaus darauf angewiesen ist, dass sich Pflegekräfte über ihre arbeitsvertraglichen Pflichten hinaus engagieren. Hier ansetzend versucht die Methode der Ultimaten, die gestiegene Produktionsmacht der Pflegenden zu nut-

zen, um aus der disziplinierenden Form der Kollegialität eine Solidarität zu entwickeln.

Dr. Stephan Peter: *Wie wirken neue Organisations- und Steuerungskonzepte im Gesundheitssystem auf viele Beschäftigte? Was bedeutet das für die Belastung, was macht das mit ihnen?*

Michael Quetting: Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich seit der ersten Hälfte der 1990er-Jahre in einem tiefgreifenden Umbruch. Er vollzieht sich vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Diskussionen um eine vermeintliche Kostenexplosion im Gesundheitssystem, die Ende der 1980er-Jahre begonnen haben. Mit dem Argument der Kostensenkung wurden in der Folge wettbewerbsorientierte Strukturreformen implementiert, der Abbau von Leistungen durchgesetzt sowie Privatisierungen in der Gesundheitsversorgung vorangetrieben.



Eine der wichtigsten Entwicklungen in diesem Zusammenhang ist die Umstellung der Krankenhausfinanzierung von Tagessätzen auf ein System der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) zu Beginn der 2000er-Jahre. Das DRG-System wird als ein Anreizsystem gesehen, um Maßnahmen zur Kostensenkung und Rationalisierung in der Organisation der Gesundheitsversorgung anzuregen. Es verändert jedoch nicht nur die Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kliniken. Auch die (Arbeits-)Bedingungen der Krankenpflege werden wesentlich durch diese Umstellung geprägt. Betriebswirtschaftliche Logiken sowie wettbewerbliche Regulierungen sollen hierdurch gestärkt, um die ökonomische Orientierung aller Akteure in den Krankenhäusern durchzusetzen.

Unter dem Wettbewerbs- und Kostendruck fahren die Krankenhäuser so seit Jahren mit der Gesundheit ihres Personals „auf Verschleiß“. Beschäftigte in Krankenhäusern haben überdurchschnittlich viel Stress in der Arbeit, sind mehr krank, leiden öfter unter psychischen Krankheiten und scheiden früher aus dem Erwerbsleben aus als der Durchschnitt aller Erwerbstätigen.



Darüber wird die Motivation der Beschäftigten verschlissen. Die helfende Motivation der Beschäftigten wird systematisch ausgenutzt. Beschäftigte stellen eher ihre eigene Gesundheit zurück, als Kranke unversorgt zu lassen. Das wird in der Personalplanung rücksichtslos dafür genutzt, weniger Personal zu beschäftigen als notwendig ist. Ein normaler Krankheitsausfall führt in vielen Bereichen zu Notbe-

stand.



setzungen. Unbezahlte Bereitschaften sind in fast allen Krankenhäusern üblich, unbezahlte Anteile der Arbeitszeit werden größer. Wer im Krankenhaus nachts und am Wochenende Dienst macht, erhält weniger Zuschläge als Beschäftigte in anderen Branchen.

Kostensenkungs- und Wettbewerbsdruck treibt die Arbeitsteilung enorm voran. Immer mehr Tätigkeiten werden auf Hilfskräfte verlagert. Entstanden sind Tätigkeitsbilder, die mehr dem tayloristischen Bild vom Handgriff am Fließband als der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team entsprechen. Dies entspricht weder dem Patientenwohl noch dem Beschäftigteninteresse. Viele Beschäftigte können die Kranken nicht mehr in dem Maße versorgen, wie das ihrem beruflichen Selbstverständnis entspricht und es entstehen Lücken in der sicheren Versorgung der Patienten.



Krankenversorgung ist ein kooperativer Prozess, bei dem verschiedene Beschäftigten- und Berufsgruppen wie ein Räderwerk ineinander greifen müssen. Dem steht eine wachsende Zersplitterung der Belegschaften in Kernfirma und ausgegliederte Firmen gegenüber. Krankenhäuser lagern Tätigkeitsbilder, Gewerke oder Berufe aus dem Krankenhausbetrieb aus und verlagern sie in ausgegliederte Firmen. Motivation ist die Tarifflicht, kurz Lohnsenkung. Deswegen fordert ver.di, die Servicegesellschaften aufzulösen und wieder einzugliedern. Outsourcing muss verboten werden.

Der Pflegedienst gehört zu den hauptsächlichen Verlierern im DRG-System. Ein enormer Stellenabbau war die direkte Folge. Im DRG-System lohnt sich Stellenabbau und Unterbesetzung. Kliniken, die ihre Personalbesetzung über das Durchschnittsniveau heben, müssen dies aus anderen Erlösanteilen querfinanzieren oder sie laufen Gefahr Verluste zu erleiden.

Die daraus resultierende Abwärtsspirale wurde zwar 2020 mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen durchbrochen. Im Pflegedienst der Krankenhäuser herrscht jedoch bereits so lange chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung, dass immer mehr Pflegekräfte aus den Kliniken in andere Bereiche abgewandert oder ins Ausland ausgewandert sind, ihre Arbeitszeit zum Schutz ihrer Gesundheit reduziert haben oder vorzeitig berentet werden mussten. In der Folge haben Krankenhäuser mittlerweile erhebliche Probleme, qualifiziertes Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt zu finden.

Zudem wurde durch die über Jahrzehnte anhaltende Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung des Pflegepersonals das Ansehen des Pflegeberufes so weit beschädigt, dass es zunehmend schwerer geworden ist qualifizierte und motivierte Schulabgängerinnen und -abgänger für eine Ausbildung in der Kranken- oder Kinderkrankenpflege zu gewinnen.

Es hat gegenwärtig nicht den Anschein, dass sich an dieser Lage in den nächsten Jahren etwas Grundlegendes ändern wird. Der durch das DRG- System angerichtete Schaden im Pflegedienst ist mittlerweile so groß und so weit fortgeschritten, dass eine kurzfristige Lösung nicht zu erwarten ist.

Dr. Stephan Peter: *Wellenbrecher können Widerstand leisten. Und je mehr Wellenbrecher, desto effektiver. Wie schafft man das – was können die Beschäftigten tun?*

Michael Quetting: Die Personalnot und die daraus entstehende Überlastung der Beschäftigten ist das drängendste Problem im Gesundheitswesen. Es ist daher nur folgerichtig, dass die Auseinandersetzung um mehr Personal und Entlastung in der Arbeit der Gewerkschaft ver.di einen sehr hohen Stellenwert eingenommen hat. Mit vielfältigen Aktionen, Protesten und auch Streiks haben wir die öffentliche und politische Debatte geprägt. Niemand stellt mehr in Frage, dass die Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen überlastet sind und für eine gute Versorgung dringend mehr Personal nötig ist. Dafür streiten wir auf drei Schienen: gegenüber den politisch Verantwortlichen, mit betrieblichen Aktionen und mit den Mitteln der Tarifpolitik, inklusive Arbeitskämpfen. Nebenbei erwähnt, die Erarbeitung dieser „Drei-Schienen-Strategie“ trägt sehr stark eine saarländische Handschrift.

Wir experimentieren seit etwa 2008 unter schwierigen Bedingungen mit neuen Arbeitskämpftaktiken. Dabei hat ver.di gezielt und auch mit erheblichen materiellen Mitteln die Methode „Machtaufbau durch Organizing“ erfolgreich eingesetzt. Diese Kämpfe sind mit dem neoliberalen Umbau verbunden und reflektieren grundlegende Veränderungen der Geschlechterbeziehungen. Der Kampf für bessere Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen ist



gewerkschaftliche Politik nicht nur gegen schlechte Bezahlung in sogenannten Frauenberufen, sondern auch für die gesellschaftliche Anerkennung von Care-Arbeit. Dabei besteht die begründete Hoffnung, dass wir Ansätze einer emanzipatorischen gesellschaftlichen Entwicklung erleben und diese gerade ausprobieren und weiterentwickeln.



Die Proteste erreichten ihren ersten Höhepunkt im September 2008 mit einer Großdemonstration von 130.000 Krankenhausbeschäftigten in Berlin. Im Vorfeld hatten wir an der Saar eine „Pflege-Tor-Tour“ von Pflegeeinrichtung zu Pflegeeinrichtung durchgeführt und erstmalig in der Geschichte direkt an der Saarschleife unter der Cloef eine Kundgebung mit Sperrung der Bundeswasserstraße und Verbindung der Kranken- mit der Langzeitpflege über die Saar.

In einem bundesweiten „Personalcheck“ stellte ver.di in den Kliniken einen Fehlbefund von 162.000 Beschäftigten fest, allein im Saarland zählten wir 3.350 fehlende Stellen in den Krankenhäusern. Auf Vorschlag der Kolleg*innen aus dem Saarland fand im Juni 2015 die bislang größte Protestaktion im deutschen Gesundheitswesen vor fast allen Krankenhäusern statt: Unter dem Motto „162.000 für 162.000“ hielten die Beschäftigten auf Kundgebungen vor ihren Häusern gleichzeitig um 13 Uhr für jede einzelne fehlende Stelle eine Ziffer in die Höhe. Die Proteste gegen den Stellenmangel reichten von der Nordsee bis zum Alpenrand, von Saarbrücken bis Görlitz und machten deutlich, dass praktisch alle Krankenhäuser aller Träger – öffentliche, private und kirchliche – mit diesem Problem konfrontiert sind.

In den folgenden Jahren forderten die Kolleg*innen der Berliner Charité eine Personalbemessung nach Tarifvertrag. Entwickelt wurde das Konzept des Betten- und Stationsstreiks, das es den Pflegepersonen auf Normalstation erstmals ermöglichte, mit gutem Gewissen zu streiken. Patientengefährdung wurde ausgeschlossen.



2015 hat ver.di in Zusammenarbeit mit der Peter-Imandt-Gesellschaft auf einem Symposium in Völklingen die Berliner Erfahrungen ausgewertet und die Idee geboren, 21 saarländische Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft zu einem Entlastungstarifvertrag aufzufordern. Das setzten wir 2016 in einem Plan mit insgesamt neun „Hürden“ unter dem Slogan „Pflegestreik Saar“ um. Im Januar 2017 kamen 184 Delegierte aus 184 Teams der 21 Kliniken zu einer Streikkonferenz zusammen und beschlossen, eine große Demonstration in Saarbrücken am 8. März, dem Internationalen Frauentag, zu veranstalten. Das war schon die zweite Großdemo mit über 5.000 Pflegepersonen.

Verschiedene Streiks folgten in den unterschiedlichen Kliniken. Dabei gelang es erstmalig in Deutschland, ein katholisches Krankenhaus zu bestreiken, an verschiedenen Stellen kam es auch zu Verhandlungen und knapp 2.000 Pflegepersonen konnten als Mitstreiter*innen für die Gewerkschaft gewonnen werden.



Das führte allerdings nicht dazu, in den konfessionellen Häusern durchsetzungsmächtig zu werden. Im Vorfeld hatte ver.di erklärt, nur dann einen Tarifvertrag Entlastung zu unterzeichnen, wenn mindestens elf Krankenhäuser dazu gezwungen werden könnten, weil ansonsten die kommunalen Krankenhäuser durch die Mehrkosten vom Markt verdrängt worden wären.



2017 und 2018 gelang es an einigen deutschen Kliniken, Entlastungstarifverträge durchzusetzen, es fehlte in der Regel aber an Sanktionsmechanismen, wenn der Notstand nicht beseitigt wurde.

Als Konsequenz aus den bisherigen Auseinandersetzungen an der Saar entschied sich ver.di, den Kampf auf die landeseigene Universitätsklinik zu konzentrieren. Dadurch ließ

sich zusätzlicher Druck auf die politisch Verantwortlichen ausüben und die Unterstützung aus der Zivilgesellschaft war am besten zu organisieren. Mit den DGB-Gewerkschaften schlossen wir einen Pflege-Beistandspakt. Im Herbst 2018 konnte am Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) erstmals in der Bundesrepublik ein Durchbruch erzielt werden: Der vereinbarte Vertrag legt fest, dass Beschäftigte, die in unterbesetzten Schichten arbeiten müssen, „Belastungstage“ gutgeschrieben bekommen. Ab einer bestimmten Zahl von Belastungstagen entsteht ein individueller Anspruch auf einen zusätzlichen freien Tag. Erstmals gibt es damit deutlich spürbare Sanktionen, die zur Einhaltung der



Schichtbesetzungen „motivieren“. Dies wurde in einer „Schuldrechtlichen Vereinbarung“ niedergeschrieben.

2019 war ich als Pflegebeauftragter an der Unimedizin in Mainz bei dem Kampf für einen noch besseren Entlastungstarifvertrag beteiligt. Am Mainzer Uniklinikum wendete der Vorstand durch Zugeständnisse im Dezember 2019 in buchstäblich letzter Minute einen Arbeitskampf ab, der weite Teile des Klinikbetriebs lahmgelegt hätte. Mit der Tarifvereinbarung werden in über 100 Stationen und Bereichen Sollbesetzungen für alle Schichten festgelegt. Beschäftigten, die in unterbesetzten Schichten arbeiten müssen, wird ein Freizeitausgleich von zunächst fünf Prozent gutgeschrieben. Diese Quote steigt schrittweise an, auf 20 Prozent im Jahr 2024. Dann erhalten die Beschäftigten also bei fünf Überlastungsschichten einen zusätzlichen freien Tag. Die Gutschriften müssen nicht beantragt werden, sie werden automatisch einem Arbeitszeitkonto gutgeschrieben.

Das Klinikum hat infolge der Vereinbarung netto Personal aufgebaut, die zusätzlichen Freischichten sind eine wertvolle Entlastung, Die Belegschaft ist im Zuge der Auseinandersetzung aktiver und



und selbstbewusster geworden. Und selbst die Klinikleitung sieht positive Effekte. Im August 2022 erklärte der kaufmännische Direktor, Christian Elsner, in der Frankfurter Rundschau: „Ohne Entlastungstarifvertrag könnten wir nicht mehr Leistung bringen, sondern weniger. Wir haben dadurch mehr neue Mitarbeitende gewinnen können, als wir Tage verloren haben, die zusätzlich freigenommen wurden.“

Manchmal – wie bei Charité und Vivantes in Berlin 2021 und an den sechs nordrhein-westfälischen Unikliniken 2022 – waren wochenlange Streiks nötig, um positive Ergebnisse durchzusetzen. Jede dieser Auseinandersetzungen war erfolgreich.

Die Tarifbewegungen für Entlastung wirken auf verschiedenen Ebenen: Erstens setzen die Belegschaften ein Vorbild und zeigen, dass sich Klinikbeschäftigte Respekt verschaffen und gewerkschaftliche Durchsetzungsmacht aufbauen können. Zweitens erzeugen Klinikstreiks große öffentliche Aufmerksamkeit. Sie haben den merklichen Effekt, die politisch Verantwortlichen zum Handeln zu bewegen. Wir konnten drittens die Tarifergebnisse mit jeder Bewegung inhaltlich weiterentwickeln und teils neue, teils bessere Regelungen als zuvor durchsetzen. Und nicht zuletzt führten viertens alle diese Bewegungen zur – oft massiven – Erhöhung des gewerkschaftlichen Organisationsgrads und zur Stärkung der Aktivenstrukturen.

Unsere Tarfkämpfe für Entlastung im Krankenhaus haben inhaltlich und methodisch Maßstäbe gesetzt und gehören aktuell zu den innovativsten Praktiken der deutschen Gewerkschaftsbewegung. Sie werden weit über die Gesundheitsbranche hinaus wahrgenommen und sowohl in der Wissenschaft als auch in der Gewerkschaftsbewegung breit diskutiert. Das war sehr konkrete Wellenbrecherarbeit.



Dr. Stephan Peter: *In den letzten Jahren gab es Debatten und Proteste zur medizinischen und pflegerischen Daseinsvorsorge im Saarland. Gewichtiger Hintergrund waren Krankenhausschließungen und -umstrukturierungen durch die jeweiligen Träger im Land. Welche Krankenhäuser und welche Träger? Was waren die Begründungen - lassen sich die an einem Beispiel nochmal zusammenfassen?*

Michael Quetting: Eine erfreuliche Besonderheit im Saarland ist, dass private Betreiber im Land recht unbedeutend sind. Bundesweit sind es mittlerweile schon 36 Prozent Private. Seit 2013 zählt man die Akutbetten der Berusklinik zum Krankenhausplan. 2022 wurden die Kliniken in Orscholz und Blieskastel nach jahrelangem Kampf mit dem Gesundheitsministerium mit den Abteilungen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ebenfalls in den Plan aufgenommen. Trotzdem zeichnet sich unsere Land dadurch aus, dass der Anteil der öffentlichen Träger gut zehn Prozentpunkte über dem Bundesschnitt liegen. Bestimmend sind die frei gemeinnützigen Kliniken.

Aber alle Kliniken leiden unter den gleichen Rahmenbedingungen und alle haben mit den Folgen der Corona-Pandemie zu kämpfen, weswegen weitere Verwerfungen zu erwarten sind. Ganz aktuell hat es das Evangelische Krankenhaus in Saarbrücken ge-

troffen, es musste schneller schließen als der Träger plante, weil kein Personal mehr da war. Das Stadtkrankenhaus in Saarbrücken, so konnten wir lesen, hatte in den Jahren 2019 bis 2021 ein Defizit von 7,8 Millionen Euro angehäuft.

Die Schließung des Krankenhauses in Dudweiler ist für 2025 angekündigt, völlig unklar ist die Zukunft der zwei Diakoniehäuser in Neunkirchen. Hinter uns liegen seit der Jahrtausendwende die Schließungen des DRK-Krankenhauses in Saarbrücken, des St. Michael Krankenhauses in Völklingen, das St. Josef Krankenhaus Neunkirchen und die Kinderklinik Kohlhof verwandelten sich zur neuen Marienhausklinik St. Josef Kohlhof, Wadern machte wie schon die Dillinger Klinik zu. Und Ende 2021 wurde dann auch das Krankenhaus in Ottweiler aufgegeben.



Es kam auch zu unterschiedlichen Protesten der Bevölkerung. Die Schließung der Klinik in Lebach wurde erst einmal verhindert. Sehr aktiv war und ist die Bürgerinitiative in Wadern, die eine Nordsaarlandklinik fordern. Jetzt scheint wenigstens eine deutliche Verbesserung der ambulanten Versorgung in Sicht zu sein.

Die Firma aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH hatte schon 2017 in einem Gutachten für die Entwicklung bis 2025 behauptet, es würden für das Saarland lediglich fünf Krankenhäuser ausreichen. Weiterhin wird die Schließung von Krankenhäusern vom Bund mit Steuergeld gefördert. Dazu kommt, dass die Finanzierung unserer Kliniken besorgniserregende Folgen hat. Ausgerechnet die Krankenhäuser, die unter Höchstlast Corona-Patienten versorgt haben, sind jetzt akut von der Insolvenz bedroht. Deshalb brauchen wir umgehend eine veränderte Krankenhauspolitik, wir benötigen eine solidarische Finanzierung.

Nachdem die Corona-Zeit die saarländischen Kliniken schon gebeutelt hat, stehen die Kliniken angesichts steigender Energiekosten und der hohen Inflation vor weiteren großen Herausforderungen.

Die Krankenhaus-Schließungen erfolgen durchweg aus wirtschaftlicher Not ohne Rücksicht auf die Versorgungssituation. Der Krankenhausplan des Landes wird so entwertet. Er ist eben kein Plan, da lediglich die Ökonomie entscheidet.

Um erfolgreich gegen diese Schließungen vorzugehen braucht es neben überzeugenden Konzepten auch den Schulterschluss zwischen der Zivilgesellschaft und den Beschäftigten in den Kliniken.

Dr. Stephan Peter: *ver.di und Du als ver.di Pflegebeauftragter haben Vorschläge zum Umbau der Krankenhauslandschaft an der Saar zum Wohle der Bevölkerung*

und der Beschäftigten gemacht: ein Verbundklinikum Saar in demokratischer Kontrolle. Kannst Du dessen Kernideen kurz vorstellen?

Michael Quetting: 2014 hat das Referat Gesundheitspolitik in der ver.di Region Saar Trier den Vorschlag für ein Verbundklinikum Saar in öffentlicher Hand unterbreitet. Damit fordert ver.di eine grundsätzliche Änderung der Vorgehensweise in der aktuellen Gesundheitspolitik.

Ohne einen gesellschaftsrechtlichen Zusammenschluss unter funktionierender demokratischer Kontrolle wird die aus Sicht von ver.di erforderliche gesellschaftspolitische Kooperation keinen Erfolg zeitigen können. Nur ein Verbund, unter dem sowohl die kommunalen Krankenhäuser, die SHG-Gruppe, das Knappschaftsklinikum Saar, die Krankenhäuser der Caritas, der Diakonie, der Marienhäuser, des Deutschen Roten Kreuzes als auch die Universitätskliniken in Homburg zusammengeführt werden müssen, wird mögliche profitorientierte Übernahmepläne privater Betreiber wirklich verhindern können.

Nur so kann auch in Zukunft sichergestellt werden, dass alle Menschen völlig unabhängig von ihrer sozialen oder gesundheitlichen Situation Zugang zu allen erforderlichen Gesundheitsleistungen im Bereich des Verbundklinikums haben.

Wir möchten einen Aufsichtsrat bilden, der in der Lage sein muss, die heute noch mit unterschiedlichen Partikularinteressen ausgestatteten Akteure des Gesundheitswesens zu vereinen. Von diesem Aufsichtsrat, der sich aus Vertretern der Anteilseigner, der Arbeitnehmervertreter, der Krankenkassen, der im Landtag vertretenen Parteien, der Gewerkschaften, der Berufsverbände und der Arbeitskammer zusammensetzen und eine paritätische Besetzung gewährleisten muss, kann die Konkurrenzsituation zwischen den Krankenhäusern, auch zwischen den Maximalversorgern Uniklinik und Klinikum Saarbrücken, zwischen Kostenträger Krankenkassen und Krankenhäusern, zwischen Patienteninteressen und gesellschaftlicher Steuerung aufgelöst werden.

Eine wirksame Mitbestimmung des Betriebsrates muss auf allen Ebenen sichergestellt werden, weswegen in einem Tarifvertrag nach § 3 BetrVG für den Gesamtbetriebsrat Mitbestimmungstatbestände bei Entscheidungen des Klinikums und die Einrichtung eines Wirtschaftsausschusses verbindlich geregelt werden müssen. Die Mitbestimmung darf über Tendenzeinrede nicht eingeschränkt werden.

Durch die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen würden enorme Synergieeffekte frei werden. Anstatt sich gegenseitig bürokratisch zu kontrollieren, würde man gemeinsam unbezweifelbar erkennbare medizinische Notwendigkeiten im Interesse der Versicherten umsetzen können.



Durch die Kooperation zwischen Gewerkschaften, Betriebsräten und Arbeitskammer mit den Anteilseignern und den politischen Vertretern würden die Interessen der Beschäftigten gewahrt.

Dr. Stephan Peter: *Verschiedentlich hast Du Krankenhaus-Betreibern damit gedroht, ver.di könne ein Krankenhaus in Eigenregie der Beschäftigten - als Genossenschaft - unterstützen. Ver.di hat sich immer wieder, auch außerhalb des Gesundheitssektors, vor zehn Jahren bei Schlecker, der Genossenschaftsidee gegenüber aufgeschlossen gezeigt. Auch heute bleibt der Eindruck, ver.di schließt sich nicht nahtlos der SPD-Landesregierung an, was Ideen zur Mitbestimmung und Transformation angeht, sondern verfolgt einen unabhängigeren Kurs. Kannst Du das aus Deiner Sicht kommentieren?*

Michael Quetting: Mit dem Konzept für ein Verbundklinikum Saar in öffentlicher Hand und demokratischer Kontrolle habe ich ganz bewusst die Eigentumsfrage aufgeworfen. Vergegenwärtigen wir uns einmal die Geschichte. Vor fast 800 Jahren sammelten die Bergleute in ihren Büchsenvereinen Gelder unter ihresgleichen und schufen die Knappschaft. All das was wir heute an Krankenversicherung und an Einrichtungen des Gesundheitswesens haben, ist von unseren Vorfahren in harten Kämpfen errungen worden. Wir haben nichts geschenkt bekommen.



Die Vorhaltung von Krankenhäusern als ein wesentliches Element der Daseinsvorsorge ist keineswegs ein „Gnadenakt“ des Staates, der zur politischen Disposition steht

oder etwa wirtschaftlichen Nützlichkeitsabwägungen unterliegen könnte. Die Verpflichtungen sind klar definiert: Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Krankenhausversorgung liegt bei den Landkreisen und kreisfreien Städten und zwar zeitlich stets und inhaltlich unabhängig von der Trägerschaft der Einrichtungen. Geben anderweitige Rechtsträger stationäre Versorgungsaufträge ganz oder teilweise an den Staat zurück, so fällt die Verpflichtung zur Trägerschaft diesen zuständigen Gebietskörperschaften anheim.

Mit der staatlichen Verpflichtung zur Gestaltung gleicher Lebensverhältnisse ist es nicht in Einklang zu bringen, wenn sozialstaatliche Einrichtungen wie Krankenhäuser von der wirtschaftlichen Potenz abhängen.

Wem gehören die Krankenhäuser? Wer hat sie gebaut? Wer bezahlt? Wer unterhalten? Wer hat dort drin gearbeitet? Sie gehören uns. Wer sie uns wegnehmen will, bestiehlt uns. Privat kommt aus dem lateinischen und heißt wörtlich „beraubt“. Und genau so ist es. Es findet ein Raubzug statt.



Wer hat denn da das Recht, einfach ein Krankenhaus zu verkaufen oder zu schließen? Deswegen finde ich es wichtig, dass man darüber nachdenkt, wem gehört das Haus eigentlich. Das ist auch das Besondere an dem Vorschlag für ein Verbundklinikum, wir haben angefangen, die Eigentumsfrage aufzuwerfen, durchaus noch gesetzeskonform.

Wenn jetzt öffentliche Gelder in die Krankenhäuser fließen, so sollen z.B. 85 Mio. nach Neunkirchen fließen, kann man mir denn dann erklären, warum das neue Haus dort nicht auch uns gehören sollte? So habe ich z.B. auch in Neunkirchen eine Rekommunalisierung vorgeschlagen. Gegen den Widerstand der Beschäftigten und großer Teile der Neunkircher Bevölkerung wurde dort kommunales Eigentum an die Kreuzbacher Diakonie verkauft, dabei kümmerte man sich nicht darum, dass die Beschäftigten ihren Tarifvertrag verloren und sie nun dem kirchlichen Arbeitsrecht untergeordnet waren. Jahre zuvor war das Kreis Krankenhaus in Ottweiler an die Marienhausgruppe verkauft wurden. Stadt, Kreis und Land haben sich durch ihre Politik des Verkaufs öffentlichen Eigentums selbst in eine Sackgasse gebracht. Sie wurden von einem Akteur in der Gesundheitspolitik zu einem traurigen Zuschauer. Die Nichteinbeziehung der Beschäftigten und ihrer Gewerkschaft ver.di und Interessenvertretung ist arrogant, selbstgefällig und unverschämt und zum Nachteil aller.

Vorstellbar ist auch eine Beteiligung der Beschäftigten bzw. auch der Bürger, denkbar ist auch eine Genossenschaft. Die Beschäftigten können sehr wohl ein Krankenhaus leiten. Ich meine, wer nicht in die Leitung gehört, ist der BWLer. Wir brauchen zur Leitung die Medizin und die Pflege. Ich sage immer gerne im Scherz in Anspielung auf die Situation im OP-Saal, wenn in einer lebensbedrohlichen Situation eine Defibrillation durchgeführt wird: Ökonom, weg vom Tisch!

All das gibt es auch schon so in einer Klinik im brandenburgischen Spremberg. Dort sind seit 1998 die Beschäftigten Mehrheitsgesellschafter der dortigen Klinik und die

Kommune hält die übrigen Anteile. Darüber lohnt es doch zu diskutieren. Wirtschaftsdemokratie-Fragen sind wichtig bei der Lösung derzeitiger Krisen.

Wenn Du mich, lieber Stephan, jetzt noch nach Transformation und Mitbestimmung befragst, dann höre ich gar nicht auf zu reden. Vielleicht nur soviel:

Mitbestimmen heißt aktiv mitgestalten. Die Betriebsverfassung ist dafür die wesentliche Bewegungsform in den Betrieben, und das seit mehr als 100 Jahren. Interessenvertretungen gestalten für Beschäftigte ihre Arbeitsbedingungen. Allerdings reicht dieser zur Verfügung stehende Werkzeugkoffer nicht aus und entspricht auch nicht der heutigen Zeit des Umbruchs und der permanenten Veränderungen.

Digitalisierung, Internationalisierung, demografischer Wandel, sozial-ökologische Transformation heißen die großen Herausforderungen unserer Zeit. Deshalb braucht es nach dem Stillstand der vergangenen Jahrzehnte Bewegung in Mitbestimmungsfragen wie eben auch in Fragen der Wirtschaftsdemokratie.

Dr. Stephan Peter: *Im Saarland ist ein beträchtlicher Teil der Krankenhäuser in katholischer Hand. Kirche und Gewerkschaft müssten in einer Zeit kapitalistischer Ellenbogen-Mentalität eigentlich an einem Strang ziehen. Ließen sich deiner Meinung nach in einem Belegschaftsbetrieb oder Genossenschaft der kirchliche Weg, konsensuale Konfliktlösung, und der gewerkschaftliche Ansatz, Betriebsrat und Tarifvertrag, miteinander verbinden?*

Michael Quetting: Dies ist nun wirklich ein sehr spannendes und nicht widerspruchsfreies Gebiet. Ja, wir müssten mehr an einem Strang ziehen. Und, wir ziehen ja auch gelegentlich an einem gemeinsamen Strang und dann sogar in die gleiche Richtung.

Innerhalb der kirchlichen Einrichtungen zählt aber der sogenannte Dritte Weg, es gilt folglich nicht das Betriebsverfassungsgesetz und in der Regel gibt es keine Tarifverträge. Das ist ein großes Problem. Die Kirchenoberen sagen, man dürfe nicht streiken, da man gegen Gott nicht streiken könne, die Beschäftigten heißen Dienstnehmer und die Chefs Dienstgeber.

Im Laufe der langen Wachstumsphase des westdeutschen Kapitalismus bildete sich ein sozialpartnerschaftliches Verhältnis von Kapital und Arbeit heraus, das auf den Ausgleich der Interessen gerichtet war und sich in der Kopplung von Lohn- und Produktivitätsfortschritten ausdrückte. Dies funktioniert nicht mehr. Die Sozialpartnerschaft wurde doch aufgekündigt, die „Arbeitgeber“ setzen auf eine anhaltende Konfrontation. Wir haben es mit einem grundlegenden Angriff auf die Grundlagen der sozialen Regulierung zu tun. Tarifvertragssystem, Rechte der Belegschaften und der Betriebsräte, solidarische Sozialsysteme, ein Steuersystem, das auch die Unternehmen und Reichen besteuert, öffentliche Daseinsvorsorge – all das steht auf der Abschlusliste, weil es zum Hindernis für die Kapitalexpansion geworden ist. Es ist eine Illusion, zum Sozialstaat der 70er Jahre zurückkehren zu können, da die Veränderung der Produktionsweise diesem Regulationsmodell längst den Boden entzogen hat.

Damit wird die Notwendigkeit einer strategischen Neuausrichtung der Gewerkschaften und anderer Organisationen der Arbeiterbewegung immer offensichtlicher. Es gilt,

eine Bewegungsform finden, wie Konflikte ausgetragen werden können. Im Kern werden mit Leitungsformen wie der Indirekten Steuerung ja auch Potentiale bei den Beschäftigten gehoben, selbstbewusst auf die Produktionsweise Einfluss zu nehmen. Ich denke, dass aktuell in den Krisen, Menschen sich selbst ermächtigen werden und in diesem Prozess immer deutlicher die Hemmnisse in den vorhandenen Strukturen erkennen. Zumindest ist das nicht auszuschließen.



Zurück zur Kirche. Hier sehe ich das Hauptproblem darin, dass die Gewerkschaft ungenügend verankert ist. Das liegt daran, dass wir dort keine Tarifverträge haben und weil viele Kolleg*innen meinen, wer bei der Kirche beschäftigt ist, dürfe nicht in der Gewerkschaft sein. Und ganz ehrlich, man sieht es auch nicht gern, wenn wir in den kirchlichen Einrichtungen auftauchen. Natürlich haben wir dort Zugangsrecht, aber, wenn mich dann immer die Pflegedienstleitung begleitet, wenn ich auf Station will, dann gelingt es mir auch nicht Mitstreiterinnen zu gewinnen.

Mich hat dieser Zustand sehr geärgert. Es gab bis 2017 in Deutschland kein Beispiel für einen Streik in einer katholischen Einrichtung. Das würde nicht gehen, hieß es überall und die Rechtsvertreter der Kirche drohten, sie würden dies zu verhindern wissen. Das hat meinen Ehrgeiz angespornt und mit einem halben Jahr sehr intensiver Betreuung haben wir im Saarland bewiesen, man kann in einem katholischen Krankenhaus streiken. Wir haben intensiv drei Kolleg*innen für diese Arbeit abgestellt, wir mussten meistens nachts arbeiten. Und dann gelang es uns, die Mehrheit des Pflegepersonals des Marienkrankenhauses in Ottweiler zu organisieren. Wir haben dann zu einem Streik aufgerufen als wir sicher waren, dass eine bestimmte Anzahl auch tatsächlich diesem Streikaufruf folgen wird. Das hat viel Mut von den Kolleg*innen verlangt, aber auch viel Geduld und Überzeugungskraft von uns.

Nun, wir haben bewiesen, dass man ein katholisches Krankenhaus bestreiken kann und danach weder entlassen noch erschossen wird. Du siehst, bestimmte Tabubrüche

muss man einfach nur wollen und dann organisieren. Wir haben zwei Tage gestreikt, allerdings waren wir nicht stark genug um unser Streikziel zu erreichen. Das hat die Kultur zwischen Kirchenoberen und Gewerkschaft verändert. Ich denke, da haben wir etwas auf den Weg gebracht und konnten bei unseren kirchlichen Freunden auch ein Nachdenken bewirken.



Ich habe 2011 auf dem Zukunftstag der Katholischen Arbeitnehmerbewegung acht Thesen bezüglich einer Zusammenarbeit entwickelt und dabei in Anspielung an die aktuelle Begrifflichkeit in der ökumenischen Diskussion, von einem „differenzierten Konsens der Arbeiterbewegung“ gesprochen.

Was wir brauchen sind gemeinsame Aufbrüche. Wir brauchen gemeinsame Aktionen. Dies können Kämpfe um höhere Löhne, für Entlastung, gegen die Verlängerung der Arbeitszeit, gegen Entlassung und Betriebsschließung oder gegen Privatisierung sein. Mindestlohn, Alters- und Gesundheitsschutz sowie der Erhalt der Arbeitskraft sind Themenfelder, die sich anbieten. Die Allianz für den freien Sonntag ist dafür ein gutes Beispiel. Die Zukunft beginnt mit gemeinsamen Aufbrüchen.



Die Zukunft beginnt mit gemeinsamen Aufbrüchen.

1,3 Millionen Kolleginnen und Kollegen arbeiten bei den Kirchen. Wir müssen uns oftmals in vor- demokratischen Arbeitsrechtsverhältnissen in den Kirchengemeinden, Krankenhäusern und Altenheimen der Caritas bewegen. Von diesen geht auch Druck auf die in Konkurrenz stehenden anderen Einrichtungen aus. Die Kirchenoberen berufen

sich auf die Kirchenautonomie und meinen, grundlegende Mitbestimmungsrechte nicht anwenden zu müssen. Das Aufbrechen arbeitsrechtlicher Parallelgesellschaften für die Beschäftigten kirchlicher Einrichtungen ist ein schwieriges aber dringend notwendiges Feld.

Deswegen sind die Beziehungen zwischen Gewerkschaften und Kirche nicht widerspruchsfrei. Vorurteilsfrei ist aber festzuhalten, dass die katholische Soziallehre eine Hilfe sein kann, um einen gemeinsamen Weg zur Ordnung der Gesellschaft auch zwischen Menschen verschiedener Weltanschauung zu finden. Das liegt daran, dass die katholische Soziallehre als Naturrechtslehre im System ihrer Prinzipien und Normen, obwohl eindeutig katholisch, keine spezifisch katholischen Aufbauelemente benutzt. Die Bedeutung der natürlichen Vernunftkenntnis für die Ordnung des gesellschaftspolitischen Lebens wird deutlich, wenn man objektiv feststellen kann, dass sowohl Grundsatzprogramm des DGBs als auch die ver.di-Grundsatzerklärung „Unser Selbstverständnis – unsere Werte – unsere Leitbilder“ in der Entfaltung ihrer Sozialprinzipien und in der Beurteilung gesellschaftlicher Grundtatsachen zu Ergebnissen kommen, die mit denen der katholischen Soziallehre übereinstimmen. Es handelt sich folglich um einen differenzierten Konsens.



Umso wichtiger erscheint es mir, besonders auf die gemeinsamen Wurzeln, gemeinsamen Erfahrungen und erst recht auf die gemeinsamen Aufgaben für die Zukunft zu verweisen. Ein Verbundklinikum Saar würde die kirchlichen Kompetenzen ganz bewusst nicht ausschließen. Da könnten wir viele Gemeinsamkeiten pflegen. Diese Gemeinsamkeiten erkenne ich im Sehen, Urteilen und Handeln. Dabei sollten sowohl Gewerkschaften wie die Kirchen sich von einer „Stellvertreterpolitik“ verabschieden.