Klaus Dallmer (Hrsg.)

MARKT ZERFRISST GESUNDHEITSWESEN!



Stimmen aus einem zornigen Bereich

INHALT

Worum geht's? 5

Lilian Kilian, Weinsberg
Krankenschwester Psychiatrie 11

Michael Quetting, Saarbrücken
ver.di-Pflegebeauftragter Süd-West 29

Jana Langer, Ulm
OP-Pflegerin 40

Thomas Böhm, Stuttgart
Chirurg a.D., »Krankenhaus statt Fabrik« 58

Denis Schatilow, Düsseldorf
Medizinisch-Technischer Radiologieassistent 76

Thomas Zmrzly, Düsseldorf
OP-Fachkrankenpfleger 86

Edyta Wystub, Essen
Medizinisch-Technische Radiologieassistentin 103

Nadja Rakowitz, Maintal
Geschäftsführerin des vereins demokratischer ärztinnen und ärzte 113

Andreas Weidner, Jena
Intensivkrankenpfleger 127

Ellen Ost, Jena
Fachkrankenpflegerin Nephrologie 144

Peter Hoffmann, München
Anästhesist und Oberarzt 153

Branka Ivanisevic, Neu-Isenburg
examinierte Altenpflegerin 176

Ulla Hedemann, Berlin
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin 187

Kalle Kunkel, Berlin
ver.di-Gewerkschaftssekretär in Pause 205

Anja Voigt, Berlin
Intensiv-Krankenpflegerin 215

Silvia Habekost, Berlin
Pflegekraft Anästhesie 221

Francesca Groba, Kiel
Krankenpflegerin a.D., ver.di-Organizerin 231

Anhang

Offener Brief von Personalvertretungen in Baden-Würtemberg 240
Zorniger Brief aus Jena 246
Blutige Entlassung 252
Krankenkassen sparen an den Patienten 254
Literaturempfehlung 256

MICHAEL QUETTING

Gewerkschaftssekretär a.D.
ver.di-Pflegebeauftragter in Rheinland-Pfalz und dem Saarland

interviewt am 5. Juni 2020

Du bist jetzt schon seit vielen Jahren für ver.di im Gesundheitsbereich tätig.

Ja, ich war bis zur Rente im Mai 2019 Gewerkschaftssekretär in der Region Saar -Trier für den Bereich »Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen« und bin jetzt ver.di-Pflegebeauftragter in Rheinland-Pfalz und dem Saarland.

Wie hast Du die Einführung der Fallpauschalen erlebt?

Die Fallpauschalen wurden 2003 eingeführt, aber bereits 1992 kam es in Lahnstein innerhalb weniger Monate zu einem großen politischen Kompromiss zwischen dem damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) und Rudolf Dreßler (SPD). Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 1. Januar 1993, auch »Lahnstein-Kompromiss« genannt, setzte auf Wettbewerb. Zuzahlungen kamen, Leistungen wurden gestrichen, ob rot-grün oder schwarz-gelb oder auch schwarz-rot, allen ging es um die Senkung des Arbeitgeberanteils der Sozialversicherungsbeiträge. Begleitet wurde das von der Propaganda, das Gesundheitssystem sei zu teuer - was nicht stimmt: die Kosten bewegen sich immer um die 12% vom Bruttoinlandsprodukt. Zusammen mit der Agenda 2010 ging es darum, die Lohnnebenkosten zu senken, um die Konkurrenz auf dem Weltmarkt auszustechen. Das australische System der Fallpauschalen (DRG, Diagnosis Related Groups) wurde gründlich übersteigert auf Deutschland übertragen - ab jetzt wurde die Krankheit bezahlt.

Wie wirkt sich das konkret aus?

Ich stelle Dir eine Diagnose für eine Krankheit, dafür sind z.B. 5.000 Euro an-

gesetzt - wenn ich Dich für 4.500 Euro behandle, hat das Krankenhaus 500 Euro gewonnen. Wenn es länger dauert, mehr kostet, entsteht Verlust. Geburt ist etwas ganz Dummes, man weiß nie, wie lange das dauert; deswegen wird oft eingeleitet, deswegen die vielen Kaiserschnitte. Die Kliniken sind gezwungen, sich auf die profitabelsten Krankheiten auszurichten: wenn ich es mir aussuchen kann, nehme ich die Krankheit, die Geld bringt. Man sucht nach Alleinstellungsmerkmalen. Durch diese Spezialisierung profitieren die Privatkliniken. Die Logik lautet: die Krankheit wird bezahlt. Es müsste andersrum sein, dass die Gesundheit bezahlt wird, das Gesundwerden.

Die besten Heilmethoden spielen also keine Rolle mehr?

Doch, natürlich kann das Wohl der Patienten nicht ganz vernachlässigt werden, aber es wird marktgerecht gestutzt. Warum gibt es in Deutschland wohl viel mehr Knie- und Hüftoperationen als in anderen Ländern? Über die Behandlung haben Ärzte und Ärztinnen wie auch die Pfleger und Pflegerinnen fast nichts mehr zu entscheiden, alles richtet sich nach der Krankenhausökonomie. Eine Krankenhausleiterin habe ich sagen hören: »Hoffentlich bekommen wir dieses Jahr noch zwei Frühchen, die bringen jeweils über 200.000 Euro, dann kommen wir in die schwarzen Zahlen«. Man wünscht sich schwerkranke Patienten!

Viele Ärzte sind permanent in Gewissenskonflikten, weil sie auf die kostenträchtigsten Behandlungsmethoden hinarbeiten müssen. Für ChefärztInnen gibt es Zielvereinbarungen und Prämien, sie können sich schlecht dem Druck entziehen - wenn die Kosten nicht eingefahren werden, gerät die Klinik in finanzielle Schieflage.

Es entsteht also ein enormer Konkurrenzdruck, immer mehr Krankenhäuser kommen in die roten Zahlen. Die Loreley-Kliniken in St. Goar und Oberwesel z.B. werden jetzt geschlossen, obwohl die Orthopädie in Oberwesel bundesweit hohes Ansehen hat - weil sie spezialisiert ist auf konservative Orthopädie und nicht auf Operationen. So schreibt sie rote Zahlen.

Der Druck wird natürlich an die Patienten und das Personal weitergegeben. Wenn man weiß, dass bei einer Krankheit nach 4 Tagen entlassen werden muss, schmeiße ich den Patienten raus, wenn sich das für seinen Gesundheitszustand irgendwie rechtfertigen lässt, sonst macht man minus. Dafür gibt es ein Ampelsystem. Wenn es orange zeigt, muss der Mensch entlassen werden. Das hat aber auch nur Sinn, wenn das Bett auch gleich wieder belegt werden

kann - darum muss die Patientenanzahl gesteigert werden. Die Krankenhäuser halten niedergelassene Ärzte an, die richtigen Patienten ins eigene Haus einzuweisen - da werden sie schon mal zu Tagungen eingeladen, bei denen es Geld für die Teilnahme gibt. Die Zuweiser werden unterschwellig beeinflusst. Wenn der Hausarzt Dir sagt, geh mal in dieses Krankenhaus mit Deiner Krankheit, dann machen die Patienten das.

Und da kommen sie dann in die unterbesetzten Abteilungen.

70 bis 80 Prozent der Kosten im Krankenhaus sind Personalkosten, also wird hauptsächlich hier gespart. Der Druck auf alle Beschäftigten ist enorm gewachsen. Besonders eingespart wurde aber das Pflegepersonal: Ärzte und Ärztinnen braucht man fürs DRG-System, die sitzen symbolisch gesagt an der Kasse, denn das Geld gibt es für die Operation - ob ich Dich hinterher pflege, ist uninteressant, dafür gibt's kein Geld. Also ist die Regel: Unterbesetzung, Arbeitshetze, Überarbeit - und das auch noch unterbezahlt. Viele fliehen aus dem Beruf. Darum müssen Abteilungen stillgelegt werden, Schwerkranke werden wegen Auslastung abgewiesen. Zehntausende Stellen sind unbesetzt. Der Arbeitsstress in den öffentlichen Krankenhäusern unterscheidet sich kaum von dem in den privaten. Arbeitsplätze werden vernichtet, und es wird ausgegliedert, um die Tarife zu unterlaufen und an den Löhnen zu sparen. Und nur in den reichen Bundesländern gibt es Zuschüsse. Krankenhausetat-Notlagen werden in den armen Bundesländern nicht ausgeglichen.

Mit der Corona-Epidemie ist diese Situation wieder verstärkt in den Blick der Öffentlichkeit geraten. Aber es wird ja schon seit Jahren gegen diese Zustände protestiert, und man hat den Eindruck, es ändert sich kaum etwas.

Es ändert sich schon etwas, aber alles muss mühevoll erkämpft werden. Es gab schon viele Aktionen, allein in Saarbrücken gab es zwei große Demonstration 2013 und eine noch größere 2017 mit 5.000 Leuten. An der Uniklinik des Saarlandes haben wir eine Schuldrechtliche Vereinbarung zur Entlastung erkämpft, einen sogenannten Entlastungstarifvertrag. Dafür hat das Personal gekämpft und auch gestreikt, hauptsächlich das Pflegepersonal. In Homburg war der große Streik im September 2018 in Vorbereitung, am 19. September sollte es losgehen. 450 Betten waren zur Sperrung angemeldet, acht Stationen geschlossen. Die Streikplanung war bis November aufgestellt, über 97 Prozent hatten sich

für den Streik ausgesprochen. Das war der gewaltige Druck, der dazu führte, dass man sich um 5:20 Uhr, also 40 Minuten vor dem Streikbeginn, einigte. Die Streikposten waren schon aufgezogen, als im Prinzip in der letzten Minute die Einigung erzielt wurde.

So ein Streik kostet die Klinik richtig Geld. Mittlerweile haben wir an 18 Krankenhäusern in Deutschland ähnliche Verträge erstreiten und erstreiken können. Ein Erfolg ist immerhin, dass das Pflegepersonal Anfang 2020 aus den Fallpauschalen rausgenommen wurde. Trotzdem gibt es weiter Pflegenotstand.

Seit Januar 2019 gelten ja Personaluntergrenzen, die der Gesundheitsminister wegen Corona jetzt wieder aufgehoben hat.

Die Untergrenze erklärte die schlechtest besetzten 25% des Durchschnitts der Besetzung, also Patienten pro Pflegekraft, zum Standard. Also die Notuntergrenze wurde zum Maßstab erhoben. Außer wo Sollzahlen unter viel Mühen erkämpft und tarifvertraglich festgelegt werden konnten, so z.B. in Homburg, Augsburg und Jena. Zusammen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Deutschen Pflegerat (DPR) haben wir ein Instrument zur Personalbemessung für die Pflege auf Grundlage der Pflegepersonalregelung (PPR) entwickelt – abgekürzt PPR 2.0. Ver.di erwartet, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn den Vorschlag aufnimmt und der Gesetzgeber ihn zügig verpflichtend und bundesweit einheitlich einführt. Wir warten auf die Antwort.

Medizinpersonal soll übermäßig mit der Eingruppierung der Fälle beschäftigt sein?

Die Arbeit der Kodierung muss gemacht werden, sonst gibt es ja kein Geld. Am wichtigsten ist es, dass die Einhaltung der erstattungsrelevanten Standards dokumentiert wird. Da darf man keinen »Fehler« machen: bei Beatmung gibt es z.B. wesentlich mehr Geld, wenn länger als 96 Stunden beatmet wird. Darauf achten die Kolleginnen des Medizincontrollings. Die Klinik muss die Leistung belegen, die Krankenkasse muss sie bestreiten. Dafür werden auf beiden Seiten Experten eingesetzt.

Es entstand ein sehr bürokratisches System mit einer eigens gegründeten Gesellschaft, der InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), die die Kostenträgerrechnung jedes Jahr anpasst und aktualisiert. Dabei senken die

spezialisierten Krankenhäuser, die viele gleichartige Operationen machen, den Kostendurchschnitt. Da sie sich jedes Jahr verbessern, entsteht ein Kellertreppeneffekt nach unten. Im Kampf aller gegen alle sind die Häuser gezwungen, billiger zu werden, bei Einkauf, Unterhalt und Personal. Deshalb wurden viele Bereiche ausgegliedert, besonders unmenschlich ist das bei der Krankenhausreinigung: Druck, Arbeitshetze und Niedriglöhne für die Reinigungskräfte - und katastrophal für die Krankenhaushygiene.

Für Medizincontrolling, Kodierung und EDV arbeiten heutzutage schätzungsweise 30.000 Leute, die dem Gesundheitsdienst entzogen sind. Das ist Verschwendung. Softwarefirmen entwickeln jedes Jahr Verbesserungen, die auf der einen Seite dem Krankenhaus helfen, kostenrelevanter zu dokumentieren, und auf der anderen Seite den Krankenkassen helfen, die Erstattung zu senken, also »Fehler« in der Dokumentation aufzudecken. Es wird gegenseitig aufgerüstet, wie beim Militär. Das ist vom medizinischen Standpunkt aus völlig widersinnig, liegt aber nicht an Unfähigkeit - das sind beiderseits sehr kluge Leute - sondern am System. Die Missstände sind niemandem moralisch vorzuwerfen, sie sind systembedingt. Moralische Vorwürfe könnten allenfalls diejenigen treffen, die dieses System beibehalten wollen.

Wie könnte eine Lösung aussehen?

Grundsätzlich müssen die Fallpauschalen weg, dann entfallen auch die Anreize für Profite mit den privaten Kliniken, und eine vernünftige Personalbemessung muss festgeschrieben werden.

Unterhalb dieser Schwelle haben wir für das Saarland aber ein Konzept für ein Verbundklinikum entwickelt, das die Partikularinteressen zusammenführt. Grundsätzlich gibt es ohnehin eine Tendenz zu größeren Verbunden, um Doppelstrukturen zu vermeiden und abzubauen. Viel Geld schütten die Fallpauschalen für die Apparatemedizin aus, also werden Kernspins angeschafft und Herzlabore aufgerüstet, auch wenn es in der näheren Umgebung mehrere gibt. Da treibt die Konkurrenz zu volkswirtschaftlich und medizinisch unsinnigen Doppelstrukturen.

Eine Verbundklinik aus kommunalen, Caritas- und evangelischen Häusern, des DRK-Krankenhauses, der Uniklinik und dem Knappschaftsklinikum, wie wir sie für das Saarland vorschlagen, wäre weiterhin im Marktsystem, hätte aber größere Marktmacht. Sie würde ermöglichen, die berühmten Synergie-

effekte zu nutzen und Doppelstrukturen abzuschaffen. Die Uniklinik hätte Steuerungsaufgaben, durch eine Verbundklinik ließe sich viel einsparen, das wäre ein mächtiges Unternehmen. Investitionen in die Apparatemedizin wären nicht in dem Umfang wie unter Konkurrenzbedingungen nötig.

Objektiv ist der Prozess der Konzentration, der Spezialisierung der Kliniken sinnvoll - wenn ich in die Klinik gehe, möchte ich mich von Erfahrenen operieren lassen und nicht von jemandem, der die OP nur einmal im Jahr macht. Die Frage ist aber, welche Größenordnung ist sinnvoll, und funktioniert das unter dem Gesichtspunkt der patientengerechten Versorgung oder des Gewinns. Die Kampagne zur Schließung kleinerer Krankenhäuser ist rein marktgesteuert und nicht patientengerecht.

Es müsste dann Zentren der Maximalversorgung geben, und die Häuser drum herum wären für die Grundversorgung zuständig, für innere Medizin, kleinere Operationen, Geriatrie - kurz alles, wo kein hochspezialisiertes Haus notwendig ist. Patienten mit Schlaganfällen und Herzinfarkten müssten aber schnell die spezialisierten Kliniken erreichen. Dann gibt es lokal vielleicht auch Polikliniken oder Tageskliniken, wo mal jemand über Nacht zur Beobachtung bleiben kann. Die großen, spezialisierten Häuser müssten von den kleinen Krankheiten und Mini-OPs entlastet werden, dafür gibt es dann wohnortnahe Versorgung, wo die Oma von der Familie besucht werden kann. Für eine sinnvolle Größenordnung und Aufgabenverteilung ist ein Plan notwendig. Pläne werden ja aufgestellt, aber es kommt drauf an, ob sie unter dem Gesichtspunkt der besten Gesundheitsversorgung oder der Marktorientierung aufgestellt werden. Sich richtig um die Patienten kümmern können die Krankenhausbeschäftigten nur, wenn der Druck raus ist.

Wie soll ein solches Verbundsystem denn die Privatkliniken einbinden?

Im Saarland gibt es bis auf eine kleine Ausnahme im psychosomatischen Bereich keine privaten Häuser. Jetzt will allerdings ein internationaler Konzern, Ameos, in Wadern Fuß fassen. Es geht im Saarland darum, Übernahmen zu verhindern. Sobald eine Klinik in Schwierigkeiten gerät, stehen die Privaten schon auf der Matte. Ameos macht es uns gerade vor. Die kommunalen und freigemeinnützigen Träger müssen sich einig sein, sonst haben wir keine Chance. Der Verbund könnte Sicherheit bieten. Selbst wenn die Fallpauschalen bleiben würden, hätten wir trotzdem manches erreicht.

Unser Konzept eines Verbundsystems würde auch die Krankenkassen im

Aufsichtsrat einbinden und damit das Gegeneinander beenden. Alle notwendigen Kosten würden bezahlt. Es müsste dann gemeinsam definiert werden, was sinnvoll ist. Ist es sinnvoll, die Beine zu brechen, damit jemand 5 cm größer wird? Gesundheitskonferenzen müssten so etwas entscheiden.

Die Planung der Versorgung, der Krankenhausverteilung ist Aufgabe des Staates, regionale Gesundheitskonferenzen müssten mitentscheiden. Die sollten besetzt sein mit Vertretern der Landes- und Kommunalpolitik, der Beschäftigten, der Gewerkschaften und der Krankenkassen. So kann man die Partikularinteressen zusammenführen. Der Aufsichtsrat des Verbundes muss paritätisch besetzt sein mit den Kommunalen Arbeitsgebern und den Vertretungen der Beschäftigten. Und nur ein Tarif, alle haben gleiche Rechte, einheitlich unter den TVöD; jetzt sind die kommunalen Häuser im TVöD, die Länderkrankenhäuser im TVL, die Privaten einzeln umkämpft. Zweimal gelang es uns, in kirchlichen Häusern zu streiken, wobei wir allerdings nicht gewonnen haben.

Jetzt werden im Rahmen des Nachtragshaushaltes im Saarland über 200 Millionen Euro für die saarländischen Krankenhäuser bereitgestellt. Das ist schon eine beachtliche Hausnummer und entspricht unseren Forderungen. Aber leider soll diese Geldausgabe nicht an Bedingungen geknüpft werden. Ver.di erwartet, dass ein Teil der 200 Millionen Euro auch bei den Beschäftigten ankommt. Die Beschäftigten haben noch nicht einmal eine Prämie für ihren besonderen Einsatz während der Coronakrise erhalten. Auch hier vermisse ich die Arbeit- und Dienstgeber an der Seite der Gewerkschaft. Dies ist einfach nur noch peinlich.

Jetzt werden wir fast täglich durch die Krankenhausträger mit überraschenden Nachrichten bedacht. Alle Vorschläge die gemacht werden, laufen darauf hinaus, einen möglichst großen Anteil am zur Verfügung stehenden Geld zu erhalten. Da wird mit gezinkten Karten gespielt und versucht, seine Marktposition zu verbessern. Dies geschieht in der Regel intransparent und zu Lasten der in den Krankenhäusern Beschäftigten. Zwar werden andere Akteure des Systems kritisiert, aber die menschenunwürdigen Mechanismen selbst werden nicht in Frage gestellt. Am Inhalt soll sich nichts ändern, aber die Fassade soll schöner werden. Aber wir brauchen keinen alten Wein in reparierten Schläuchen. Wir brauchen eine neue Gesundheitspolitik.

Der Umstand, dass die Pflege und anderes Personal zu Beginn der Krise ohne Schutzkleidung, Masken und Desinfektionsmittel den Kampf aufnehmen mussten, ist ein weiterer Beleg, dass sich was ändern muss. Deswegen müssen

die Gelder genutzt werden, um das Krankenhauswesen im Land umzubauen. Kernanliegen sollte dabei sein, die Personalnot, insbesondere in der Pflege, zu beseitigen. Das Land hat mit dem Krankenhausgesetz die Möglichkeit, Personalzahlen für die Abteilungen und Stationen vorzugeben. Im Saarland gibt es nur an der Uniklinik - dank der Entlastungsvereinbarung mit ver.di - Festlegungen, wie viel Personal in welcher Schicht vorzuhalten ist.

Dabei hat uns gerade Corona gelehrt, dass wir in der Gesundheitspolitik umsteuern müssen. Die Gesundheitspolitik darf nicht dem Markt überlassen werden. Gerade die Auseinandersetzungen um die Nordsaarlandklinik, um Lebach, Ottweiler und Neunkirchen, führen uns vor Augen, dass der Markt die Probleme nur verschärft. Da gibt es einen Plan, den Krankenhausplan, aber ob nun Marienhauskliniken oder Kreuznacher Diakonie oder auch die ctt: die Betreiber »versagen« und schreiben rote Zahlen, dann zucken die Politiker, die dieses System ja erfunden haben, mit den Schultern und sagen, da kann man ja nichts machen, der Markt richtet das. Und nun drängt mit AMEOS auch noch ein großer privater Betreiber in unsere saarländische Sphäre vor. Das wäre Grund genug, die Coronaglocken der Kirchen abends weiter läuten zu lassen, und zwar nicht nur im Nordsaarland. Die Daseinsvorsorge tritt immer mehr in den Hintergrund. So geht es nicht weiter. Wir müssen im Gesundheitssystem Ordnung schaffen, eine neue Logik. ver.di hat das in die Debatte geworfen mit dem Vorschlag nach einem Verbundklinikum in demokratischer Kontrolle.

Jetzt ist es an der Zeit, die prekären Arbeitsverhältnisse im Gesundheitswesen abzuschaffen, so müssen alle ausgegliederten Servicegesellschaften wieder zurückgeführt werden. Wir fordern ein Aussetzen des DRG-Systems und unterstützen den Vorschlag des Bundestagsabgeordneten Markus Tressel von den Grünen nach einem Krankenhausgipfel. Unseren Vorschlag für ein Verbundklinikum legen wir dort gerne zur Beratung vor.

Wie können die Beschäftigten das alles durchsetzen?

Streiks zu führen ist ja im Gesundheitswesen generell verdammt schwierig, auch wenn es positive Beispiele gibt. Man muss das sehr gründlich planen und vorbereiten. Eine Extra-Tarifrunde für das Gesundheitswesen gibt es ja nicht, nur die Tarifrunde für den öffentlichen Dienst. Viele Kolleginnen haben nun gerade in der Pandemie erhofft, die Arbeitgeber hätten ein Einsehen und ihr Beruf würde aufgewertet, schließlich hat man ja geklatscht. Aber alles deutet darauf hin, dass die Tarifrunde sehr schwierig wird. Die Arbeitgeber glauben,

dass man in dieser Situation sogar Verschlechterungen den Menschen zumuten könne. Klatschen war halt in der Zeit gut, in der es an Schutzkleidung und Ausrüstung fehlte, als man die Schutzgesetze außer Kraft setzte, jetzt tritt man dem Personal wieder in den Hintern, und im Krankenhaus gibt es noch nicht einmal die Corona-Prämie. Höhere Gehälter wären ja auch ein wichtiges Moment für die Konjunktur. Der Beruf muss attraktiver werden, in erster Linie wollen die Beschäftigten bessere Arbeitsbedingungen. Sonst fliehen die Menschen weiter aus den Krankenhausberufen. Wir von ver.di versuchen die Angelegenheit nach vorne zu treiben. Wir haben es mit einem dicken Brett zu tun.

Jetzt hätten wir die Möglichkeit, die Krise als Chance zu begreifen, um den Umbau vorzunehmen. Wer jetzt nur auf seinen eigenen Vorteil den Blick legt, wird sich bald selbst bei den Verlierern wiederfinden. Wir haben es in der Hand, jetzt den Notstand zu bekämpfen und eine andere Gesundheitspolitik einzuleiten, damit unsere Gesundheit nicht völlig zur Ware verkommt. Jetzt ist den Beschäftigten erzählt worden, sie seien systemrelevant, und nun erwarten sie, dass jetzt auch was kommt. Die Stimmung in der Prämienfrage ist aufgeladen. Viele Hoffnungen werden aber nicht in Erfüllung gehen. Diejenigen, die in der Pandemie ihr Leben für uns alle riskiert haben, von denen über 10.000 sich infiziert haben und von denen über 60 gestorben sind, die gehen mit Null raus. Für das marktorientierte System sind sie eben nicht relevant. Eine knallharte Tarifrunde mit deutlichen Lohnsteigerungen wäre jetzt nötig. Schließlich geht es immer um Macht und Stärke. Dafür kämpfe ich. Man gewinnt diese Auseinandersetzung nicht durch schöne Reden, sondern durch Handeln. Daran arbeiten wir. Sehr viele Kolleginnen und Kollegen erwarten, dass sie jetzt in den Kampf geführt werden. Aber, wird es eine Mehrheit sein, die das auch so sieht? Ich habe leise Zweifel, ob die Kampfbereitschaft der Masse der Beschäftigten außer in einzelnen Häusern schon so weit ist, schließlich sind nur 20% organisiert. Und draußen stehen bald die Arbeitslosen, streikt man dann?

Man darf auch nicht vergessen, in welchem gesellschaftlichen Umfeld das stattfindet: die IG Metall hat eine Null-Runde hingelegt. Und nach den Milliarden für die Wirtschaft wird Verzicht gepredigt werden wegen der Schulden. Wir sollen das bezahlen.

Ein Teil verantwortungsbewusster GewerkschafterInnen, bei den Mitgliedern wie bei den Hauptamtlichen, hat Angst, in eine Niederlage zu schlittern. Die Aktivierung der Basis ist das Problem. Es gibt Brandherde, aber ob sie sich bundesweit zum Flächenbrand entwickeln, ist nicht sicher. Trotzdem: es gibt

einen starken Vertrauensverlust in die Politik, nach den Erfahrungen, wie das mit Corona gelaufen ist; da ist Potential drin. Dass die Kosten der Pflege aus den Fallpauschalen raus sind, hat die Unzufriedenheit auch bei den ÄrztInnen verstärkt. Der Anteil derjenigen, die den Druck der Fallpauschalen abschaffen will, wächst.

Ich denke, man müsste es versuchen - wann, wenn nicht jetzt? Ich stehe für mutiges Vorangehen. Wir kennen die Zukunft nicht. Aber womöglich bringt ja auch die Gemengelage mit den anderen Krisenbereichen die Verhältnisse zum Tanzen. Die Wut könnte zu materieller Gewalt werden.

Die Frage ist letztlich, was lässt die Gesellschaft sich die medizinische Versorgung kosten? Der Gesundheitsbereich braucht eine gesellschaftliche Debatte, die ja anhand der Wirtschaftskrise und der kommenden Massenarbeitslosigkeit ohnehin auf uns zukommt: wir brauchen auch eine andere Produktion, gesellschaftlich sinnvolle Arbeit, z.B. Züge statt Autos, einen Umbau der Gesellschaft.

Und wie siehst Du die Unterstützung durch die Öffentlichkeit?

Durch Corona wird klar, dass die Finanzierung nach Marktgesetzen nicht weitergehen kann. Wegen der Corona-Epidemie wurden ja die OPs gesperrt. Der Staat hat das nur hinbekommen, weil 560 Euro fürs leere Bett gezahlt wurden. Das hat der Logik des Systems total widersprochen und hat gezeigt, dass der Markt das nicht regeln kann. Etwas für Notfälle vorzuhalten, das ist systemwidrig. Der staatliche Durchgriff konnte zwar die Betten freimachen, aber nicht die Personalkapazitäten hochfahren. Man konnte zwar Personal verlagern, aber selbst ich als gelernter Pfleger könnte niemanden beatmen, dafür haben die 5 Jahre gelernt.

Auch das Vorhalten von Schutzkleidung und Desinfektionsmitteln widerspricht der Marktlogik - und dass die Politik jetzt dafür sorgen will, dass das wieder mehr in Deutschland produziert wird, ist auch ein Eingriff in den freien Markt.

Den Lernprozess der Regierenden, dass das Fallpauschalensystem dem Bedarf eines menschlichen Gesundheitssystems nicht entspricht und beendet werden muss, müssen wir kräftig fördern.

Für das Gesundheitswesen gibt es die höchste Übereinstimmung in der Bevölkerung, dass der Markt die Probleme nicht lösen kann. Das ist ein hoh-

gesellschaftlicher Konsens, gefolgt vom Bereich Wohnen. Diese Verletzung der einfachsten Bedürfnisse durch die Marktorientierung ist unmenschlich. Wenn das so weitergeht, landen wir gesellschaftlich und wirtschaftlich in einer Sackgasse. Die politisch Verantwortlichen müssen zur Einsicht gedrängt werden, dass es so nicht weitergeht. Da gibt es ja viele Initiativen, die in diese Richtung arbeiten.

Aber die privaten Kliniken machen 6 Milliarden Umsatz und haben mächtige Verbündete und große Einflussmöglichkeiten auf die Politik.

Ja, wir brauchen mächtigen gesellschaftlichen Druck, am besten durch Streiks, aber auch die Kapitalseite hat Interesse an gesunden Beschäftigten. Als gewagte These vermute ich mal, dass es nicht im Gesamtinteresse des Gesamtkapitals ist, das DRG-System aufrechtzuerhalten - besonders wenn die Herrschenden sehen, dass der Grundkonsens für ihr kapitalistisches System immer mehr ins Wanken gerät. Dass sie das deutlicher sehen, dafür müssen wir sorgen.

KollegInnen aus den Krankenhäusern, GewerkschafterInnen und Mitglieder der Bündnisse gegen die Profite mit der Gesundheit berichten aus ihren Arbeitsbereichen. Sie geben einen tiefen Einblick in haarsträubende Zustände, zu denen die Unterwerfung des Gesundheitswesens unter die Marktzwänge geführt hat. Personalnot, Lohndumping, Tempozwang und Operationenwettlauf schnüren der Gesundheit von Personal und Patienten die Luft ab. Zentraler Hebel zur Durchsetzung des ökonomischen Drucks ist die Finanzierung über Fallpauschalen. Corona hat uns die Zustände in den Krankenhäusern wie unter einer Lupe gezeigt.

Die Beschäftigten des Gesundheitswesens haben vor einigen Jahren begonnen, sich massiv zu wehren. Volksentscheide gegen Gewinnprinzip und Personalnot sind trotz großer Zustimmung gestoppt worden. Die Beschäftigten und Teile der Öffentlichkeit nehmen neuen Anlauf, eine Befreiung der Gesundheit vom Profit durchzusetzen.

In ihren Kämpfen und Kampagnen entsteht bei denen, die die Bewegung ansaugt, unvorhergesehen ein positiver Nebeneffekt, sozusagen ein Kollateralnutzen:

»Und natürlich, wenn die Leute erleben, dass sie etwas durchsetzen können, da verändern sie sich. So können die Pflegekräfte erleben, dass sie tatsächlich systemrelevant sind, dass sie was erkämpfen können und die andere Seite nachgeben muss, und sie nicht immer nur in den Arsch getreten werden.« (Peter Hoffmann)

Das ist es, was die Zukunft baut.

Die Buchmacherei

ISBN 978-3-9822036-4-5