

Der Nächste bitte...

Bemerkungen zur aktuellen Durchkapitalisierung des Lebens am Beispiel der Krankenhäuser

[Streifzüge](#) ^[1] 30/2004

von Lothar Galow-Bergemann

(Vorabdruck aus "Dead Men Working – Gebrauchsanweisung zur Arbeits- und Sozialkritik in Zeiten kapitalistischen Amoklaufs", hg. von Ernst Lohoff, Norbert Trenkle, Karl-Heinz Lewed, Maria Wölflingseder, das im Juni 2004 im Unrast Verlag erscheint.)

Der nachfolgende Text ist aus der Praxis des Autors als Gewerkschafter und Personalrat in einem Großklinikum entstanden. Er hat einen Beitrag zur innergewerkschaftlichen Debatte um die Positionierung zu den gegenwärtigen tief greifenden Veränderungen in der Krankenhauslandschaft der BRD zur Grundlage. [1](#) ^[2]

Was fällt jemandem ein, der zwar die Folgen seines Tuns kommen sieht (oder doch wenigstens einige davon), aber trotzdem felsenfest davon überzeugt ist, dass er "eigentlich" das Richtige tut? Er kennt nur eine einzige Herausforderung: das Richtige muss auch richtig "gemacht" werden. Alles erscheint nur noch als eine Frage des "Handlings". Schon immer hatten die Sachwalter des entfesselten Marktes ein vermeintliches Zaubermittel parat, wenn sie mit den Problemen, die ihnen ihr Libidoobjekt beschert hatte, nicht mehr weiter wussten. Sein Name: Management.

Verräterisch die Herkunft des Wortes, bedeutet doch lateinisch manus agere nichts anderes als "Hände führen". Die Leute müssen nur an der Hand genommen und richtig geführt werden, damit alles im Griff und unter Kontrolle bleibt. Eigentlich, so das zugrunde liegende Credo, würde alles zum Besten laufen, würde sich menschliches Verhalten nur möglichst naht- und bruchlos den als naturgesetzlich vorausgesetzten Erfordernissen der Kapitalverwertung anpassen.

Allein – die störende Realität war doch stets irgendwie peinlich und schmerzhaft. Die fortschreitende Minimierung menschlicher Inkompatibilitäten mit den Notwendigkeiten des Marktes blieb folglich ständige Aufgabe im Prozess der Durchkapitalisierung des Lebens. In Zeiten der Ich- AGs haben sich die Marktsubjekte zunehmend selber zu managen. Wie führen sich die Leute selber an der Hand oder besser – an der Nase herum? Diese geniale Fragestellung markiert die Geburtsstunde einer höheren Form des manus agere: Das Qualitätsmanagement erblickte das Licht der Welt.

Der Ozean der Ellenbogenkonkurrenz verträgt keine Inseln der Menschlichkeit

Aufgrund neu geschaffener gesetzlicher Regelungen hält diese Missgeburt nun auch in den Krankenhäusern der BRD flächendeckend Einzug. Krankenhäuser sind verpflichtet, "einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln." [2](#) ^[3] Häusern, die sich dem verweigern, drohen Abschlüsse bei den mit den Krankenkassen auszuhandelnden Budgetfestsetzungen.

Was verbirgt sich nun hinter diesem Begriff, der doch für nicht wenige Ohren erst einmal "gar nicht so schlecht" klingt? Zunächst tritt Qualitätsmanagement den Beschäftigten

nämlich recht demokratisch gegenüber, und das weckt noch allemal Sympathien. "Bitteschön, arbeiten wir gemeinsam an der Verbesserung unserer Leistungen – zum Wohle der Patienten und zur Steigerung unserer Arbeitszufriedenheit. Und das alles völlig hierarchiefrei und offen, von der Putzfrau bis zum Chefarzt, alle dürfen mitreden." Dass es in den Kliniken so manches zu verbessern gäbe, weiß aus eigener Erfahrung nicht nur die eine oder andere Patientin, besonders die dort Beschäftigten zweifeln daran keineswegs. An sachlich fundierten Verbesserungsvorschlägen aus Mitarbeiterkreisen mangelt es denn auch in keinem Krankenhaus. Die Crux ist nur, dass eine Verbesserung der Qualität von Patientenbetreuung in der Hauptsache auch eine bessere personelle Ausstattung erfordern würde. Dies aber würde die Ausgaben erheblich steigern, denn noch immer entfallen, sehr zum Leidwesen aller Rationalisierer, zirka 70 Prozent eines Klinikbudgets auf Personalkosten. Erklärtermaßen sind aber gerade Kostensenkungen der Sinn der ganzen Veranstaltung. Illusionen sind folglich fehl am Platz.

Es ist kein Zufall, dass Qualitätsmanagement im Krankenhaus gerade heute forciert wird. Dabei handelt es sich in gewisser Weise um die propagandistische Begleitmusik zum Programm der Durchkapitalisierung, das in den Kliniken aktuell vor allem mit Hilfe der Einführung so genannter Fallpauschalen durchgesetzt wird. Näheres dazu unten. Diese Durchkapitalisierung stößt in den Spitälern allerdings auf nicht geringe Widerstände. Denn dort hat sich bis heute – sowohl historisch als auch im fordistischen Sozialstaatskompromiss der Nachkriegsjahrzehnte begründet – so etwas wie "verwertungsfreie Zonen" am Leben erhalten. Alles andere als marktkonform ist beispielsweise der Grundsatz, dass ein schwer verletzter Neuzugang vorrangig zu behandeln sei und sich jede Frage danach kategorisch verbiete, ob es sich hierbei um ein mehr oder weniger "nützliches" Mitglied der Arbeitsgesellschaft handelt. Es wird vermutlich noch ein wenig dauern, bis in den Zentren kapitalistischer Verwertung ein solcher Grad der Barbarisierung erreicht ist, dass auch dieser Grundsatz auf dem Müllhaufen so genannter "Standort gefährdender Sozialromantik" landet. Auf anderen Gebieten sind wir da schon weiter. Wie nicht nur das Beispiel des Herren Mißfelder von der Jungen Union zeigt, der "85- Jährigen keine teuren Hüftgelenke mehr einbauen" will, rechnen sich hoffnungsfrohe Nachwuchskrisenverwalter mit mutigen Tabubrüchen dieser Art mittlerweile bereits Karrierechancen aus – und zwar ganz und gar nicht unberechtigt.

Die ökonomisch-politischen Rahmenbedingungen in der Krankenhauslandschaft wandeln sich seit geraumer Zeit. Wir haben es mit der Orientierung auf die fast vollständige Unterwerfung auch dieses Bereiches der Gesellschaft unter die Gesetzmäßigkeiten des freien Marktes zu tun. Die Studie einer Managementberatungsfirma aus dem Jahre 1999 beschreibt (wohl leider nicht unrealistisch) in einem fingierten Rückblick aus dem Jahr 2015 die Entwicklung der vor uns liegenden nächsten Jahre wie folgt:

"Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen machten bereits Anfang des neuen Jahrhunderts die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems in den bestehenden Strukturen unmöglich. Es kam zu einer Liberalisierung des Gesundheitswesens. Der Staat zog sich mehr und mehr zurück und sorgte für eine steuerfinanzierte Grundversorgung. Die Bevölkerungsschichten, die nicht in der Lage waren, für ihre eigene Krankenversicherung zu sorgen, wurden mit dieser Grundversorgung abgesichert.

Die Krankenversicherungen managen effizient den Einkaufsbereich, die Kosten und Leistungen der stationären Einrichtungen sind transparent, die gesetzlichen Krankenversicherungen wie es sie noch am Ende des letzten Jahrhunderts gegeben hat, bestehen in dieser Form nicht mehr.

Der Versicherungsnehmer entscheidet (über den Beitrag), welche Gesundheitsrisiken abgedeckt werden. Die Krankenversicherungen treten gegeneinander im Wettbewerb an.

Ausgelöst durch den zunehmend freien Wettbewerb und das Einkaufsmanagement der

Krankenversicherungen ist der Kampf um den , Kunden' Patient entbrannt. Investitionen in Gebäude, Infrastruktur und Ausstattung wurden für wesentliche Teile der öffentlich-rechtlichen stationären Einrichtungen notwendig, um mit den freigemeinnützigen und privaten Mitbewerbern konkurrieren zu können. Dort, wo das nicht möglich war, sind die Häuser inzwischen vom Markt verschwunden oder von anderen privaten oder freigemeinnützigen Gruppen übernommen worden.”³ ^[4]

Nach Einschätzung des “Gesundheitsexperten” von Rot-Grün, K.W. Lauterbach, wird als Folge der gegenwärtigen Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik ein großes Krankenhaussterben einsetzen. Von 2.242 Krankenhäusern seien 1.410 “über- flüssig” und von den gegenwärtig 559.651 Klinikbetten in der BRD sollen 231.651 von der “unsichtbaren Hand des Marktes” hinweggezaubert werden.⁴ ^[5] Dies alles bei steigenden Patientenzahlen. Des Rätsels Lösung liegt in der anvisierten radikalen Verkürzung der Verweildauer, also der Anzahl Tage, die ein Patient in der Klinik verbringt. Derzeit arbeiten noch ca. eine Million Menschen in diesem Bereich, es ist absehbar, was diese Entwicklung für die Arbeitsplätze bedeuten wird. “Die Präsidentin des Deutschen Pflegerates, Marie-Luise Müller, befürchtet, dass in den nächsten Jahren rund 100.000 Pflegekräfte arbeitslos werden könnten, wenn die Verweildauer in den Krankenhäusern um 50 Prozent sinken sollte... Für die Pflege besteht das Problem darin, dass sie in diesem System nur als Kostenfaktor bei der Berechnung von Kostengewichten auftaucht.”⁵ ^[6] Es würde im Übrigen nicht überraschen, sollte eben jener Lauterbach für seine unsterblichen Verdienste um die Ökonomisierung des Gesundheitswesens demnächst mit einer Stelle in dem auf Bundesebene neu entstehenden “Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit” in der Medizin belohnt werden. Durchkapitalisierung und Qualitätsmanagement sind nun einmal siamesische Zwillinge.

Dambruch, dein Name sei Fallpauschale

Einen starken Schub erhält die ganze Entwicklung derzeit mit der völligen Umstellung der Krankenhausfinanzierung. Weg vom Bedarfsdeckungsprinzip hin zum fallpauschalierten Vergütungssystem nach DRG (“Diagnosis Related Groups”, von Klinikbeschäftigten auch mit “Durchschleusen, Rausschmeißen, Gewinnmachen” übersetzt). Erhielten die Kliniken bisher für jeden Behandlungstag eines Patienten einen bestimmten Betrag, so gibt es künftig nur noch eine festgelegte Pauschale pro Fall. Das System befindet sich derzeit in der Einführungsphase, mit Jahresbeginn 2007 soll es vollständig durchgesetzt und wirksam sein.

Damit ist der Durchkapitalisierung eines weiteren großen Lebensbereiches, der Krankenversorgung, Tür und Tor geöffnet. Denn von nun an herrscht auch dort gnadenloser Wettbewerb: Sieger im Konkurrenzkampf der Kliniken um Marktpositionen wird sein, wer möglichst viele Patienten möglichst schnell durchschleust, wer den Krankenkassen zwar möglichst viele Diagnosen seiner Patienten präsentiert, es nichtsdestotrotz aber am besten versteht, die meisten “attraktiven Fälle” in möglichst geringer Zeit mit möglichst wenig Personalkosten durchzuziehen und sich um “unattraktive” Patienten zu drücken. Attraktiv ist dabei der junge, gesunde, privat versicherte Kurzlieger, der eben mal schnell und bei Unterschreitung der durchschnittlich üblichen Zeit seinen Blinddarm sanieren lässt, unattraktiv der ältere, multimorbide, lang liegende Kassenpatient, womöglich mit Diabetes, Herzproblemen und mangelnder häuslicher Versorgung.

Die zu erwartende radikale Senkung der durchschnittlichen Verweildauer in den nächsten Jahren wird nur zu einem geringen Teil wirklichen medizinischen Fortschritten wie etwa der minimal invasiven Chirurgie zu verdanken sein. In der Hauptsache wird es sich um die Folgen des entfesselten Marktes handeln. Was Patienten teils heute schon erleben und

worauf sie sich in Zukunft noch mehr einstellen sollten, macht der unter Chirurgen beliebte Sarkasmus von der so genannten "englischen Verlegung" deutlich: Da geht's hopplahopp und der Patient ist beim Verlassen des Hauses halt noch "ein bisschen blutig", so wie das englische Steak eben... Der Nächste bitte!

Absehbar sind dramatische Einbrüche in der Finanzierung ganzer Bereiche, so der Kinderversorgung und der Aidsbehandlung. [6](#) ^[7] Anhand besonders krasser Beispiele lässt sich erahnen, zu welchen ungeheuren Konsequenzen die Durchkapitalisierung der Operationssäle führen wird. Benötigt ein Patient drei Herzklappen, so kann man ihm die meistens mit einer Operation einbauen. Das Problem ist nur, dass die Klinik künftig genauso viel verdient, wenn sie ihm nur eine Herzklappe einsetzt. Das Vorgehen nach der Methode: "Herr Maier, jetzt versuchen wir's erstmal mit einer Klappe... Herr Maier, jetzt sollten wir doch noch eine zweite einsetzen... usw." könnte Herrn Maier also drei Operationen beschere und der Klinik den dreifachen Ertrag. [7](#) ^[8] Vergisst der Chirurg künftig bei der Entfernung einer Gallenblase einen Clip im Bauch und verletzt den Gallengang, so erhält die Klinik das Doppelte dessen, was sie bekommen hätte, wenn ihm diese Fehler nicht unterlaufen wären. Muss er gar den Gallengang nähen, darf die Klinik mit dem vierfachen Betrag rechnen. [8](#) ^[9] Bemüht sich ein Arzt künftig darum, einem Patienten den aufgrund von Durchblutungsstörungen gefährdeten Vorfuß mit konservativer Behandlung zu retten, so prellt er seine Klinik um ein stattliches Sümmchen, denn wäre er gleich zur Amputation geschritten, hätte das Haus den viereinhalbfachen Betrag einstecken können. [9](#) ^[10] Es ist absehbar, dass unter solchen Bedingungen in einem Umfeld ständig wachsenden ökonomischen Druckes früher oder später auch die letzten Dämme brechen werden.

"Ein weiteres Problem kommt hinzu: Da ein Krankenhaus mehr Geld einnehmen kann, wenn es schwerere Fälle abrechnet, ist es nahe liegend, jede Möglichkeit auszunutzen, um die Patienten zumindest auf dem Papier kränker zu machen als sie sind... Aber selbst wenn hierbei nicht betrogen wird, erfordert es doch eine ganz andere Sicht der Ärzte auf den Patienten. Die Vizepräsidentin der Nordwürttembergischen Ärztekammer hat dieses Problem treffend zusammengefasst: "Ärzte werden ausgebildet, um im Interesse des kranken Menschen zu beobachten, zu untersuchen und weiterzudenken. Im Zentrum steht für sie der Patient, und wahrlich nicht die Sammlung von Haupt- und Nebendiagnosen zur Gewinnoptimierung. (...) Wenn derzeit ein Klinikarzt 5 Minuten für den Patienten aufwenden kann und dann 20 Minuten Dokumentationsbögen ausfüllen muss, ist das im Sinne einer menschlichen Medizin eine absolute Fehlentwicklung." [10](#) ^[11] In den USA, wo bereits seit den 80er Jahren nach Fallpauschalen abgerechnet wird, wenn auch nicht in dieser Radikalität, wie es jetzt in der BRD Wirklichkeit werden soll, "hat dies dazu geführt, dass 60.000 Stellen von Ärzten und Schwestern abgebaut wurden. Stattdessen wurden 6.000 Verwaltungsstellen neu geschaffen sowie Computerprogramme und Hardware im Wert von mehreren hundert Millionen Dollar angeschafft." [11](#) ^[12]

Mit "Kundenorientierung" Fassadensanierung betreiben

Sein oder Nichtsein für die Kliniken und für diejenigen, die ihren Lebensunterhalt dort verdienen. Die Krankenschwester, die sich Zeit nimmt für ein einführendes Gespräch mit der Oma von Zimmer 19, der Arzt, der eine schonendere, aber langwierigere und finanziell weniger attraktive Therapie in Erwägung zieht, der Pfleger, der einen Sterbenden begleitet – sie alle werden mit ihrem menschlichen Verhalten letztendlich ihren eigenen Arbeitsplatz gefährden. Dementsprechend werden solche sympathischen Erscheinungen tendenziell immer weniger anzutreffen sein.

Geld als Maß aller Dinge – auch in den letzten Refugien der Humanität. Alle menschlichen

Beziehungen werden zur Ware und sämtliche Menschen zu Kunden, auch Patienten. Wohin die Entwicklung führt, ist vorgezeichnet: Weg vom bedürftigen Menschen hin zum möglichst rentablen Fall.

Ein wesentliches Ziel von Qualitätsmanagement ist es deshalb auch, die Umdefinition von PatientInnen und deren Angehörigen zu Kunden in den Köpfen der Klinikbeschäftigten zu verankern. Dabei wird geschickt an dem in diesen Kreisen durchaus verbreiteten Unbehagen an dem Begriff "Patient" angesetzt.¹² ^[13] Der leidende, unmündige Patient ist nicht das, was man sich eigentlich wünscht. Zu Recht wird die im Bild des Patienten enthaltene reduktionistische Sicht des Menschen kritisiert. Als scheinbare Alternative wird nun der Begriff "Kunde" ins Spiel gebracht. Aber diese Neubestimmung läuft nur auf eine noch radikalere Reduktion von Menschen hinaus. "Kundenbeziehungen" sind Geldbeziehungen. Der Kunde ist nur solange König, wie er zahlungskräftig ist. Und ist das in der Kundenvorstellung enthaltene Bild vom "kritischen Konsumenten" in Bezug auf das Gesundheitswesen nicht noch viel abstruser und realitätsfremder als beim Auto- und Apfelkauf? Was kann der "Kunde" Patient beurteilen? Ist er in der Lage, die Zusammenhänge im Krankenhaus zu verstehen, eine kritische Sicht auf die Umstände und die Art und Weise seiner Behandlung zu entwickeln, genügend qualifiziertes Personal einzufordern, das über genügend Zeit und Spielräume verfügt, um sich ihm in angemessener Weise zuwenden zu können? Natürlich nicht. Das wäre ja ein anderer, ein mündiger Patient. Aber genau darum geht es Qualitätsmanagement nicht. Der "Kunde" Patient kann beurteilen, ob die Brötchen frisch oder hart sind und ob die Räume hell und freundlich sind. Das soll er dann geboten bekommen – in der Hoffnung, damit im Kampf um Marktanteile bestehen zu können.

Nichts gegen frische Brötchen und helle Räume. Aber der "Kunde" Patient wird sich in aller Regel nicht auf gleicher Augenhöhe mit dem ihn umgebenden Fachpersonal und der Klinikmaschinerie befinden. Er wird in den seltensten Fällen Medizin studiert haben und schon gar nicht über klinische Erfahrung auf verschiedensten Spezialgebieten verfügen. Auch bekommt er es schlicht und ergreifend überhaupt nicht mit, wenn beispielsweise im OP und auf der Intensivstation ein nicht zu verantwortender Personalmangel herrscht, er kann höchstens im Nachhinein und in Betrachtung eventueller Symptome dergleichen mutmaßen... Was weiß er beispielsweise von jener Studie in einer schottischen Intensivstation, die einen unzweifelhaften Zusammenhang zwischen personeller Besetzung der Station und der Anzahl der Todesfälle unter den PatientInnen nachgewiesen hat? Die Einzeluntersuchung der schwerkranken Fälle zeigte, dass die Zahl der Todesfälle umso mehr über der möglichen Voraussage lag, je schlechter das aktuelle Verhältnis zwischen Belegung und Personalstand war. Bei guter Personalausstattung starben 17 Prozent der PatientInnen, im schlechtesten Fall 47 Prozent.¹³ ^[14] Und selbst wenn er von der Studie wüsste, was wüsste er über die Zustände in der Klinik, in der er behandelt wird? Und wenn er auch die kennen würde, wie könnte er sie ändern? Auf keinen Fall wäre ihm beispielsweise zu raten, diejenigen, die unter Verweis auf Budgetdeckelungen eine gute personelle Ausstattung von Intensivstationen verweigern, als potentielle Mörder zu bezeichnen. Das hätte vermutlich strafrechtliche Konsequenzen.

Selten wird auf den ersten Blick augenfälliger, wie wenig es mit selbstbestimmter Lebensweise, mit Lebensqualität zu tun hat, wenn Menschen in das Korsett eines Marktteilnehmers gepresst werden. Weil es auf der Hand liegt, dass "Kunden" im Krankenhaus per se nur sehr unzureichend beurteilen können, was für sie von eminenter, mitunter von Lebensbedeutung ist, wird deutlich, was die berühmte "Kundenorientierung" eigentlich nach sich zieht: Ablenkung von der Hauptsache, den Blick auf die Fassade richten, um nicht über die eigentlichen Probleme reden zu müssen. Demgegenüber müsste es gerade Ziel einer menschlichen Gesundheitsversorgung sein, sich der Unterordnung zwischenmenschlicher Beziehungen unter den Aspekt der Geldvermittlung

zu widersetzen.

In Ländern, in denen die Durchkapitalisierung des Gesundheitswesens schon weiter vorangeschritten ist, etwa in den USA oder in Großbritannien, sind die Ergebnisse dieser Entwicklung bereits zu besichtigen: Eine menschenverachtende Zwei- und Dreiklassen-Medizin mit heruntergekommenen Billigangeboten für die Armen und Luxusmedizin für diejenigen, die es sich leisten können. Aber die Aufhol- und Überholjagd des "alten Europa" findet auch auf diesem Gebiet statt. Während KassenpatientInnen auf lebenswichtige Herzoperationen immer länger warten müssen, während viele Kliniken ganz bewusst den Anteil von wenig qualifizierten Pflegekräften zwecks Kostensenkung erhöhen, während es zusehends vorkommt, dass ältere Menschen, die zu Hause keine Betreuung haben, aus den Kliniken "ins Nichts" entlassen werden, während Zeitungsmeldungen auftauchen, wonach Rettungshubschrauber von einer überbelegten Klinik nach der anderen abgewiesen wurden – während alledem können wir uns durch einen Klick auf www.medizin-plus.com davon überzeugen, dass es auch anders geht.

Hier wird dem verwöhnten Kunden nur vom Feinsten geboten: "medizinplus befindet sich im Zentrum des Klinikums Nürnberg, ist aber trotzdem nicht für , jedermann' zugänglich. Von dort haben Sie einen wundervollen Blick auf die romantische Nürnberger Altstadt und die berühmte Kaiserburg. Die geringe Anzahl der Patientenzimmer verschafft die ruhige Atmosphäre, die weniger an ein Krankenhaus als an ein Hotel erinnert..." Auf der Sonderstation, für die "keine Versorgungsverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen" bestehen, wird dem betuchten Patienten für saftige Preise alles geboten, wonach er sich sehnt: ein "gepflegtes Ambiente" mit "hochwertiger Ausstattung der Räume, angenehmen Teppichböden, Hotel-Atmosphäre und Lounge, Einzelzimmer mit Bad, TV und DVD". Und während der finanziell unattraktive Opa Schulze zwei Stockwerke darunter gerade viel zu früh ins Pflegeheim entsorgt wird, darf sich der verwöhnte Gast beim Anblick historischer Gemäuer an gedünsteter Heilbuttschnitte in Kräutersauce, Blattspinat und Butterkartoffeln "gemäß den Preisen der Speisekarte" laben oder sich für den geringen Aufpreis von 120 Euro pro Tag eine "Begleitperson" in seiner Suite halten. Keine Frage, dass auch eine stationseigene Sauna, "verschiedene Massagen", ein Sekretariatsservice ("Preis pro Tag, nach Aufwand") und ein Fitness- und Entspannungsraum zur Verfügung stehen. Ach ja, nicht zu vergessen "die Chefarztbehandlung in einer besonderen Umgebung... eine optimale medizinische Versorgung... das Beste, was wir Ihnen geben können". Ein "persönlicher Safe" versteht sich bei alledem von selbst.

Rahmenbedingungen sollen kritiklos akzeptiert werden

Lassen wir noch einmal die eingangs zitierte Studie über die Krankenhauslandschaft der BRD im Jahre 2015 zu Wort kommen: "Es fehlen in den staatlichen Krankenhäusern seit Jahren Finanzmittel, um ausreichend Ersatzinvestitionen vorzunehmen. Neue, zukunftsweisende Investitionen werden seit Jahren nicht mehr durchgeführt. Die Schere zwischen staatlichen Häusern auf der einen Seite sowie freigemeinnützigen und privaten Häusern auf der andern Seite hat sich weiter geöffnet." Und: "Art und Umfang der Grundversorgung liegen deutlich unter dem Leistungsniveau Ende der 90er Jahre... Es gibt nicht mehr die einst im Sozialgesetzbuch V definierten Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern es besteht freie Vertragsgestaltungsmöglichkeit"¹⁴ [15] – je nach Geldbeutel, versteht sich ...

Vor diesem Hintergrund wird der innere Zusammenhang zwischen der Auslieferung der Krankenhäuser an die Marktgesetze und der Einführung von "Qualitätsmanagement" und "Kundenorientierung" verständlich. Diese Begriffe dienen nicht selbstkritischer Reflexion, in dem Sinne, dass hinterfragt werden könnte, ob Fallpauschalierungen und von den

Krankenkassen verordnete Budgetdeckelungen für Kliniken¹⁵ ^[16] der richtige Weg sind, ob der Rückzug des Staates und der Kommunen aus einer gewissen Verantwortlichkeit gegenüber allen Einwohnern – auf den Punkt gebracht in dem bürokratisch-paternalistischen Begriff der “Daseinsfürsorge” – überhaupt verantwortbar ist oder nicht.

Qualitätsmanagement behandelt im Gegenteil gerade diese Fragen als “unzulässige Fragen”. Es fordert die kritiklose Akzeptanz der wirtschaftlich und politisch gesetzten Bedingungen als quasi unveränderliche Naturkonstanten. “Wir haben gar keine andere Chance, als uns alle so zu verhalten, wie der Markt es von uns verlangt.” Dieser Satz soll zum Glaubensbekenntnis aller werden. Der Gedanke an eine mögliche Alternative zur Subsummierung der Krankenversorgung unter die Gesetze des Marktes darf erst gar nicht aufkommen.

Qualitätsmanagement tritt mit dem Anspruch auf, als könnten all die voraussehbaren negativen Auswirkungen eines liberalisierten Krankenhausmarktes durch “richtiges” Handeln in den Kliniken selbst aufgefangen und quasi ungeschehen gemacht werden. Wie illusionär das ist, liegt auf der Hand. Es entbehrt allerdings nicht einer gewissen Ironie, dass die Ideologen des freien Marktes mit ihrer Erfindung des “Qualitätsmanagements” gleichzeitig ein ganz unfreiwilliges Eingeständnis machen: Irgendwie scheinen sie nämlich selbst nur ein begrenztes Vertrauen in ihr Allerheiligstes zu haben. Denn würde die von ihnen sonst bei jeder Gelegenheit gerühmte “invisible hand” des Marktes wirklich alles wie von selbst zum Besten regeln, bräuchte man sich kaum ein extra Handwerkszeug zulegen, welches ausgerechnet dazu dienen soll, Qualität herzustellen.

Managementkonzept: Gold raus aus den Köpfen – Angst rein

Mittels Qualitätsmanagement und Kundenorientierung sollen die Beschäftigten der Kliniken für den Verdrängungswettbewerb “fit gemacht” werden. Aus dem Munde des Managements hört sich das so an: “Wir müssen das Gold in den Köpfen unserer Mitarbeiter heben.” Jetzt wird deutlicher, was es mit dem eingangs beschriebenen demokratischen Habitus des Qualitätsmanagements auf sich hat: Will Durchkapitalisierung heute voranschreiten, braucht sie wahrhaftig die Mitarbeit eines jeden im Kampf um die Standortsicherung, möglichst die Selbstidentifizierung aller mit “ihrem” Betrieb, mit “ihrer” Klinik. Früher einmal hat es nach dem Befehlsprinzip funktioniert. Heute funktioniert es nur noch demokratisch. Besser wird es dadurch allerdings nicht. ¹⁶ ^[17]

Die Goldgrube in den Köpfen gilt es also zu heben. Womit sie anschließend aufzufüllen ist, ist auch kein Geheimnis: Mit Angst. Um die Arbeitsplätze. Wer nicht immer mehr “Leistung” aus sich herauspresst, verliert seine Existenzgrundlage. Intel-Chef Andrew Grove beschreibt das so: “Die wichtigste Aufgabe der Führungskräfte ist, eine Umgebung zu schaffen, in der die Mitarbeiter leidenschaftlich entschlossen sind, auf dem Markt erfolgreich zu sein. Furcht spielt eine große Rolle, diese Leidenschaft zu entwickeln und zu bewahren. Angst vor dem Wettbewerb, Angst vor einem Bankrott, Angst, einen Fehler zu machen, und Angst zu verlieren, können starke Motivationskräfte sein.” ¹⁷ ^[18]

Die Zeiten, in denen die PatientInnen und Beschäftigten im Gesundheitswesen zumindest von der bedingungslosen Durchsetzung solcher unbeschönigten Wahrheiten des Kapitalismus halbwegs verschont blieben, sind unwiderruflich vorbei. ¹⁸ ^[19] Von einem Vertreter der Sana ¹⁹ ^[20] bekamen die Mitarbeiter eines Stuttgarter Krankenhauses zu hören: “Das Wesentliche ist, auf dem Markt bestehen zu bleiben. Der Friedhof ist voll von Leuten, die geglaubt haben, dass sie unersetzlich sind. Glauben Sie mir, der persönliche Arbeitsplatz ist eine große Motivation.” Und so soll denn auch die oben beschriebene Luxusstation für Superreiche auf einmal mit anderen Augen gesehen werden. Denn ist es nicht so, dass dadurch mehr Geld in die Klinik kommt? Geld, das womöglich noch – und

sei es vorübergehend – den einen oder anderen Arbeitsplatz sichert? Muss man angesichts dieses Totschlagarguments nicht auch noch vor der himmelschreiendsten Zumutung die Augen verschließen?

Unentrinnbares Schicksal?

Gleich, ob sich Menschen als PatientInnen oder als Beschäftigte in den Kliniken befinden: Fallpauschalen, Qualitätsmanagement und Kundenorientierung sind Instrumente ihrer Zurichtung für die Notwendigkeiten der Kapitalverwertung. Sind wir dieser Entwicklung ausgeliefert?

Eine Frage, die mit Ja zu beantworten sich verbietet. Deren Beantwortung mit Nein jedoch zugegebenermaßen eine gehörige Portion Optimismus, um nicht zu sagen Voluntarismus voraussetzt. Hier soll nicht darüber spekuliert werden, ob es gelingen kann, eine menschliche, emanzipatorische Alternative gegen die weltweit um sich greifende Durchkapitalisierung des Lebens zu verwirklichen. Nur, so viel sollte klar sein: Eine isolierte Lösung wird es auch für das Gesundheitswesen nicht geben. Aus der Brandung der Barbarei werden keine Inseln der Glückseligkeit auftauchen.

Trotzdem gelten die Grundsätze “Wer sich nicht wehrt, lebt verkehrt” und “Nur wer nichts macht, macht auch keine Fehler”. Die Beschäftigten in den Kliniken, die dortigen GewerkschafterInnen und PersonalrätInnen werden sich zunächst auf Schadensbegrenzung konzentrieren müssen. Es wird darum gehen, zuallererst einmal ein Bewusstsein für die Gefahren zu schaffen, und schon das ist eine Riesenaufgabe. Der Kampf um die Köpfe darf dem Management nicht überlassen werden. Es gilt, sich mit Fragen wie diesen auseinander zu setzen: Ist der entfesselte Markt wirklich der Glücksbringer für Beschäftigte und PatientInnen, als der er hingestellt wird, oder macht er nicht eher eine solidarische, qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für alle Menschen unmöglich? Was ist wirkliche Qualität im Krankenhaus und was ist Augenwischerei oder oberflächliches Marketing? Lohnt es sich, um Alternativen zu kämpfen?

Sodann gilt es, alles zu tun, um den Gedanken von Solidarität und Solidargemeinschaft gegen die hereinbrechende Ideologie des “jeder gegen jeden” zu verteidigen. Wo immer möglich, gilt es, den Spieß umzudrehen: “Wo Qualität drauf steht, da muss auch Qualität drin sein.” Damit sind die Entscheidungsträger innerhalb der Häuser, aber auch die politisch Verantwortlichen zu konfrontieren. Für Fassadensanierung à la “hier noch ein Frühstücksbuffet und da noch ein Schnickschnack”, während gleichzeitig an allen Ecken das Personal fehlt, sollten sich die Beschäftigten nicht hergeben. Das beste Qualitätsmanagement wird es sein, die politischen Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit mit den wirklichen Verhältnissen in den Kliniken zu konfrontieren und für Besserung einzutreten. Die Zeit ist reif für die Bildung möglichst breiter soziale Netzwerke von Betroffenen. Ob Gewerkschaften, Kirchengemeinden, Arbeitslosen-, Anwohner- oder Patienteninitiativen – folgende Ansprüche dürfen nicht aufgegeben, müssen im Gegenteil unüberhörbar formuliert werden: Alle PatientInnen in allen Kliniken müssen gut versorgt werden. Alle Beschäftigten in allen Kliniken müssen unter ordentlichen Bedingungen arbeiten können, ohne Überlastungsstress und Überstundenschieberei und ohne schlechtes Gewissen gegenüber den PatientInnen.

Soweit, so immanent. So notwendig, so unzureichend. Denn auf Dauer wird selbst das beste “Kräfteverhältnis” die Gesetzmäßigkeiten der Ökonomie nicht aushebeln können. Angesagt ist eine Doppelstrategie, deren zweiter Teil allerdings erst noch zu entwickeln wäre. Einerseits die noch vorhandenen Spielräume der Politik ausloten und ausnutzen. Denn noch gibt es, um in der BRD zu bleiben, nicht unerhebliche Unterschiede zwischen relativ reichen Regionen – wie beispielsweise Stuttgart und München – und

bereits weitgehend ausgelaugten wie Berlin und Mecklenburg. Andererseits wird auch bei den gewerkschaftlichen Akteuren ein schmerzlicher Prozess der Loslösung von Illusionen über die Möglichkeiten der Politik einsetzen müssen, die doch immer nur am tendenziell versagenden Tropf der "Finanzierbarkeit" hängt. Möglicherweise hilft auch ein Blick nach Argentinien dabei, dass sich Zweifel an der allzu einfachen Losung "Geld ist genug da" verbreiten. Geld ist eben keine Naturkonstante. Es kann mit einem Crash von heute auf morgen verschwinden. Auf Dauer sollten wir deswegen aus wohlverstandener Eigeninteresse lieber nicht auf eine derart windige Luftnummer wie die "Finanzierbarkeit" unseres Lebens setzen.

Dies natürlich ist das schwierigste Kapitel von allen. Und trotzdem wird die Notwendigkeit einer "zweiten Linie" auch auf dem Feld der Gesundheitsversorgung immer drängender. Sie wäre aufzubauen hinter der "ersten Linie", der Forderung nach hinreichender monetärer Absicherung unserer Lebenszusammenhänge. Was könnte das konkret heißen, sich Gesundheits- und Krankenversorgung "anzueignen", ohne sich auf das Funktionieren von Wert-, Ware- und Geldbeziehungen zu verlassen? Es müsste eine Bewegung sein, die sich gleichermaßen aus dem Angewidertsein davon speist, dass Menschen zu Waren gemacht werden, als auch aus der Überzeugung, dass dieses System keine Zukunft mehr hat. Eine Bewegung, die sich dessen bewusst ist, dass die Degradierung der Menschen zu passiven Arbeitsgegenständen, mögen sie nun "Patienten" oder "Kunden" heißen, schon weit vor der Einführung von Fallpauschalen und Qualitätsmanagement begonnen hat, dass diese Zumutung ihre letztendliche Ursache in der waren- und wertförmigen Konstituiertheit der Gesellschaft hat.

Sicherlich gilt auch für eine solche, dringend notwendige "Aufhebungsbewegung", dass das Beginnen, und sei es nach der Methode "trial and error", allemal lohnender ist als das Achselzucken.

Anmerkungen

1 ^[21] Lothar Galow-Bergemann, "Qualitätsmanagement' – Der entfesselte Markt wirft seine Schatten voraus. Der Mensch oder das Geld im Mittelpunkt? Grundsätzliche Bemerkungen zur Einführung von Qualitätsmanagement in Krankenhäusern", *ver.di infodienst krankenhäuser* April 2001/Nr. 11.

2 ^[22] Sozialgesetzbuch V, §§135ff.

3 ^[23] Arthur Anderson, *Das Krankenhaus 2015 – Wege aus dem Paragraphenschlingel*, 1999.

4 ^[24] *Ärzte Zeitung* 2.10.02.

5 ^[25] *FAZ*, 26. Januar 2001.

6 ^[26] *Das Krankenhaus* 12/02, *Dt. Ärzteblatt* 10/03.

7 ^[27] *Das Krankenhaus* 9/02, S. 703.

8 ^[28] *Deutsches Ärzteblatt* 21/2002, S. 1105.

9 ^[29] Dohmen/Baitsch, *Hochrheinklinik Bad Säckingen, Die Kehrseite der Medaille* 24/5/03.

10 ^[30] Thomas Böhm, *Warum Privatisierung und Profitlogik die Gesundheitsversorgung verschlechtern und verteuern. – Referat auf dem Fachkongress "Gesundheit für alle –*

nicht nur für Reiche”, verdi, IGM und DGB Stuttgart, 02.02.2002.

11 ^[31] a.a.O.

12 ^[32] *patiens* (lat.) = ertragend, erdulend.

13 ^[33] Quelle: Deutsches Ärzteblatt, 17.11.2000.

14 ^[34] “Das Krankenhaus 2015 – Wege aus dem Paragraphenschlingel”, Arthur Anderson, 1999.

15 ^[35] Dass die Krankenkassen, die als Finanziers der Kliniken fungieren, ihrerseits ebenfalls dem mörderischen Konkurrenzdruck des Marktes ausgeliefert sind, sei hier nur am Rande erwähnt. “Zu welchen perfiden Methoden diese Entfaltung der Konkurrenz führt, geht aus einem Rundschreiben eines McDonalds Franchise- Nehmers an die , lieben Mitarbeiter’ mit der Überschrift: , Möglicher Wechsel der Krankenkasse’ hervor. Er schreibt: , Als gesunder junger Mensch haben Sie bei der BKK (also Betriebskrankenkasse) keine Nachteile. Sie erhalten ebenso wie bei der AOK im Normalfall die Leistung bei ihrem Arzt. Sollte Sie jedoch chronisch krank sein (Asthma, Rückenleiden, Krebs etc.) wechseln Sie bitte auf keinen Fall die Krankenkasse. Die AOK hat dann wesentlich bessere Leistungen. Wechseln Sie auf keinen Fall, wenn kranke Familienmitglieder bei Ihnen mitversichert sind. Sollten Sie bereits über 45 Jahre alt sein, würde ich an Ihrer Stelle auch nicht mehr von der AOK wechseln.’ Das Schreiben endet mit den Worten: , Wenn Sie kein Interesse am Wechseln der Krankenkasse haben, vernichten Sie diese Unterlagen und den Briefumschlag. Werfen Sie alles weg.” Thomas Böhm, “Warum Privatisierung und Profitlogik die Gesundheitsversorgung verschlechtern und verteuern.” Referat auf dem Fachkongress “Gesundheit für alle – nicht nur für Reiche”, verdi, IGM und DGB Stuttgart, 02.02.2002.

16 ^[36] Ein Vorgang, der, nebenbei bemerkt, zum Nachdenken darüber anregen sollte, was Demokratie heute noch mit der Befreiung aus allen Verhältnissen zu tun haben kann, “in denen der Mensch ein erniedrigtes, ein geknechtetes, ein verlassenes, ein verächtliches Wesen ist” (Karl Marx).

17 ^[37] Zitiert nach: Klaus Pickshaus, Motivationsfaktor Angst?, Mitbestimmung 7/2002, S. 46f.

18 ^[38] Dabei zeigt der Umstand, dass dies erst jetzt geschieht und auch, zumindest hierzulande, in gewisser Hinsicht noch in den Anfängen steckt, dass wir es mitnichten mit einer bereits voll und ganz durchkapitalisierten Welt zu tun haben. Wenn denn der unscharfe Begriff der “Globalisierung” einen wirklichen Sachverhalt benennt, so wohl den, dass wir gegenwärtig in einer Phase der versuchten Durchsetzung der Kapitalverwertung in möglichst alle Lebensbereiche hinein, auch in die buchstäblich unmöglichen, leben. Ein Unterfangen, das freilich ebenso katastrophale Folgen nach sich ziehen wird, wie es letztendlich doch erfolglos bleiben muss.

19 ^[39] Sana Kliniken GmbH, 1976 von den privaten Krankenkassen gegründete Gesellschaft mit dem Ziel der Umgestaltung und Privatisierung der Krankenhauslandschaft in der BRD, mittlerweile zum größten privaten Krankenhausbetreiber in der BRD aufgestiegen; www.sana.de