



ROTE Spritze

Zeitung der DKP Trier & SDAJ Trier für die Beschäftigten des Saarburger Krankenhauses



Als neulich mal wieder eine Krankenschwester aus triftigen Gründen kündigte war auf dem Flur ein einseitiges Gespräch, fast schon ein Monolog, zu hören. Ein Chefarzt erklärte der Krankenpflegerin die Welt, wusste sehr sicher, dass es doch nirgendwo besser ist, dass sie doch hier schon sehr gutes Geld verdiene und (seiner Mimik zu entnehmen wohl am wichtigsten) dass sie doch hier die Chance habe ein starkes Team mitgestalten zu können. Wenn sie jedoch jetzt gehe, werde sie die Leute im Stich lassen.

Keine große Besonderheit dieser Vortrag, haben viele nicht sogar schon mal ähnliches von Vorgesetzten gehört? Diese Form der Argumentation, Leute zum Einspringen oder Mehrarbeit im Krankenhaus zu motivieren, ist nicht selten. In vielen Fällen gibt es Varianten zu hören

wie: „Aber deine Kolleg*in ist alleine, wenn du nicht kommst“ oder „Aber du musst auch an die Patient*innen denken“ oder „Wir können den Herrn Müller aber jetzt nicht einfach so liegen lassen“ oder „Aber der Krankenhausbetrieb muss auch weiter laufen“. Häufig gibt es seitens der mehrheitlich männlichen Ärzteschaft während der Visite von Patient*innen Hinweise an die Krankenschwester, um was sie sich „zu kümmern“ habe in Kombination mit einem zynischen Lob, dass sie das „sehr gut mache“ oder „eine ganz Fleißige sei“. Dabei habt würde sich vermutlich bereits schon um den Wunsch der Patient*in „gekümmert“ (z.B. oftmals ein anderes Kissen etc.) oder schon dreimal die Angehörigen angerufen, aber es wurde einfach niemand erreicht.

Wer hat nicht schon mal so etwas erlebt und dem

Vorgesetzten/Arzt am liebsten etwas schlagfertiges gesagt oder einfach mal alles stehen und liegen gelassen und gesagt: „Mach doch selber!“. Doch die Mehrheit wird freundlich geblieben sein, hat vielleicht sogar gelächelt und die Arbeit gemacht. Kurze Zeit später wusste man wahrscheinlich gar nicht mehr genau, was an der Situation so wütend gemacht hatte und mehrheitlich Frauen haben sich auf eine gewisse Art und Weise erniedrigt gefühlt? Zu Unrecht! Denn hinter diesem Handeln steht ein manipulatives, komplexes System aus Unterdrückung der Frau, Aufbau von emotionalem Druck durch Vermittlung von schlechtem Gewissen und Verschiebung von Schuldzuweisungen.

Oftmals sind es diese sich ständig wiederholenden Kleinigkeiten, die der harten Arbeit noch ein Scheißhäubchen aufsetzen und die Unlust jeden Tag dorthin zu gehen weiter steigen lassen. Auch wenn meist männlichen Ärzten dieses Verhalten in vielen Situationen gar nicht als Strategie bewusst ist, vielleicht sogar nicht als falsch, sondern im Gegenteil als „gut gemeint“ empfunden wird, ist dies eine Form der Unterdrückung und Abwertung der Arbeit anderer Menschen. Menschen müssen nicht wortwörtlich Sklaven auf einer saudischen Großbaustelle oder Zwangsprostituierte sein, um in Unterdrückung zu leben. In den meisten Berufsgruppen im Krankenhaus (Pflege, Reinigung, Transportdienste, Wäscherei, assistierende Bereiche) arbeiten überwiegend Frauen, deren Arbeit von den akademischen Berufsgruppen als weniger wichtig bewertet wird. Sind diese Arbeiten wirklich so unwichtig? Was

➔Fortsetzung auf Seite 2

➔ Fortsetzung von Seite 1

würde denn passieren, wenn von heute auf Morgen keine Wäsche mehr gewaschen wird oder keine Patient*innen mehr aus ihrem eigenen Stuhlgang gehoben werden?

Nein, es handelt sich hierbei um grundlegend wichtige, sogenannte Fürsorge-Arbeiten, ohne die nichts funktionieren würde. Leider wird von vielen Menschen angenommen, dass diese Arbeiten in den weiblichen Aufgabenbereich gehören, da es „schon immer“ „natürliche“ Fähigkeiten der Frauen waren. Dieser blöde und ungerechte Mechanismus existiert jedoch nicht nur im Krankenhaus oder Pflegeheim, sondern ist in unserer Gesellschaft fest verankert. Es wird von hierarchisch höher gestellten Menschen, meist Männern, davon ausgegangen, dass Frauen diese angeblich unwichtigeren Fürsorge-Arbeiten machen sollen. Belegt wird dies dann auch oft damit, dass Frauen ja auch Kinder kriegen und deswegen besser geeignet sind für Fürsorge. Außerdem wäre es Verschwendung, wenn Frauen viel Zeit und Ausbildung in „wichtige Positionen“ investieren und dann schwanger werden.

Die Folge hieraus ist, dass ein System existiert, indem selbst Frauen oft denken, dass es so sein muss und Männer wahrscheinlich wirklich besser geeignet wären in bestimmten Positionen. Das ist jedoch wissenschaftlich bewiesener Schwachsinn und hilft einfach nur Hierarchien und Machtgefälle aufrecht zu erhalten.

Das blöd zu finden und sich dagegen wehren zu wollen heißt Feminismus! Ein Begriff, vor dem sich viele Männer fürchten, insbesondere dann wenn mehrere Frauen sich zusammenschließen. Denn dann könnte es sogar schnell gefährlich werden für das Machtverhältnis. Um dies zu verhindern wird mehr oder weniger offen davon geredet, dass



die Krankenschwester „ihre Tage hat“, „zickig ist“ oder „ihr mal wieder gezeigt werden muss, wer hier der Chef ist“, wenn sich mal eine Pflegekraft wagt zu beschweren oder Widerrede zu leisten. Eine beschissene Situation also, in der Frauen sich schnell isoliert fühlen und eine Ohnmacht erleben, die viele Männer niemals in ihrem Leben erfahren werden. Betrachten wir uns nun den ärztlichen Monolog vom Anfang erneut, lassen sich hier klassische Strategien der Frauenunterdrückung erkennen. Der männliche Arzt, welcher um einiges mehr Geld als die Frau verdient, maßt sich ganz väterlich an zu wissen, was die „richtige“ Entscheidung für die Krankenschwester ist. Die eigentlichen Gründe, Lebensvorstellungen und Bedürfnisse der Mitarbeiterin, welche zur Kündigung führten, interessierten ihn gar nicht. Stattdessen nutzte er eine zusätzliche Strategie, welche im Krankenhaus sehr gerne verwendet wird: Gezielte Ausnutzung von schlechtem Gewissen und Schuldzuweisungen. Dies ist im Gesundheitswesen möglich durch die Besonderheit, dass eine falsche oder ausbleibende Patient*innenversorgung direkt in Zusammenhang mit potentiellen Gesundheitsschädigungen oder tödlichen Folgen

steht.

Ein ausgeprägtes Verantwortungsgefühl für Patient*innen ist wichtig und sollte alle im Krankenhaus verbinden. Es darf jedoch nicht ausgenutzt werden um Probleme kurzfristig zu lösen, die durch Profitgier und neoliberale Politik verursacht wurden.

Mangel an Personal, unzähligen Überstunden, Lohnunterschieden und stetig steigenden Anforderungen kann nur gemeinsam entgegengetreten werden. Unterdrückende Strukturen können nur durch gemeinsame feministische Kämpfe aufgebrochen werden. Es muss eine grundsätzliche gesellschaftliche Veränderung her, ohne DRG-Fallpauschalen, ohne Profitdruck auf das Gesundheitssystem, ohne männliche Bevormundung. Die einzige Möglichkeit diese Ziele zu erreichen besteht in einem solidarischen Zusammenschluss, indem man füreinander da ist und gemeinsam Verbesserungen erkämpft. Denn allein machen sie dich ein, gemeinsam sind wir stark. Tretet in die Gewerkschaft ein, kommt zum ver.di Betriebsgruppentreffen, sprecht ver.di Vertrauensleute an. Ob ihr Mitglied seid oder nicht.

MENTALE GESUNDHEIT UND PSYCHOTHERAPIE IN KUBA

Kubas Gesundheitssystem ist weltweit berühmt. In den 60 Jahren der Revolution ist es dem sozialistischen Land gelungen, eine der höchsten Ärztedichten weltweit zu erreichen, die Kindersterblichkeit auf das Niveau der sogenannten Industrienationen zu senken und die Lebenserwartung seiner Bevölkerung signifikant zu erhöhen. Kuba hat beeindruckende Forschungsergebnisse im Bereich der Krebstherapie vorzuweisen und entsendet im Sinne des Internationalismus medizinische Brigaden in alle Länder, die Hilfe benötigen.

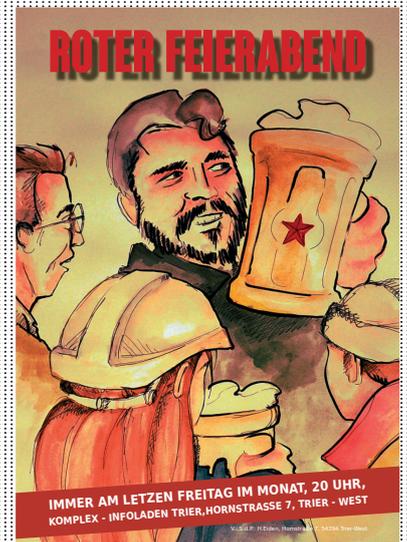
Als ich auf die Insel reiste, um ein halbes Jahr an der CUJAE zu studieren und am Proyecto Tamara Bunke teilzunehmen, wusste ich um diese Erfolge im Bereich der somatischen Medizin und fragte mich gleichzeitig, wie es um die Versorgung der Bevölkerung bezüglich der psychischen Gesundheit steht. Ist Psychotherapie hier für alle frei zugänglich wie die anderen Leistungen des Gesundheitssystems? Mit welchen Methoden und Konzepten arbeiten die Kolleg*innen? Da ich das Glück hatte, mit einigen Psycholog*innen aus verschiedenen Kontexten hier sprechen zu dürfen, weiß ich nun: Kuba braucht den Vergleich mit dem psychotherapeutisch verhältnismäßig gut versorgten

Deutschland keineswegs zu scheuen!

Wie wird man Psycholog*in in Kuba und welche Aufgaben erfüllen Psycholog*innen in der kubanischen Gesellschaft?

Psychologie kann man in Kuba ganz regulär in Vollzeit studieren, es werden aber auch Veranstaltungen für Menschen, die bereits einer beruflichen Tätigkeit nachgehen und sich umschulen lassen möchten, an den Wochenenden angeboten. Die Anzahl der zugelassenen Studienanfänger*innen hängt vom Bedarf der Bevölkerung ab und wird Jahr für Jahr neu festgelegt. Somit wird sichergestellt, dass jede/r Absolvent*in einen Arbeitsplatz erhält und die Versorgung der Bevölkerung gewährleistet ist. Nach dem Grundstudium erfolgt eine Spezialisierung auf klinische, pädagogische, organisatorische oder soziale Psychologie. Während des Studiums absolvieren die Studierenden verschiedene Praktika, um einen vertieften Einblick in ihre spätere Arbeit gewinnen zu können. Die Studierenden der Universität von Havanna veranstalten jedes Jahr eigenverantwortlich einen internationalen Studierendenkongress, an dem sie vier Tage lang eigene Forschungsergebnisse präsentieren und den Austausch mit Kolleg*innen suchen.

Die Absolvent*innen des Psychologiestudiums in Kuba arbeiten später in ganz verschiedenen Bereichen: sie forschen an den staatlichen Einrichtungen gemeinsam mit Soziolog*innen zu aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen, entwickeln Programme zur Gesundheitsförderung, engagieren sich in den zahlreichen Bildungseinrichtungen des Landes oder beraten Institutionen. Fast jede Organisation und jeder Betrieb in Kuba beschäftigt eine



ROTER FEIERABEND

Stress auf der Arbeit, wieder viel zu viele Überstunden gemacht und den Chef interessiert mal wieder nicht wie es Dir geht?

Wir kennen das!

Und was hilft besser gegen all den Scheiß auf der Arbeit als ein Bier unter Gleichgesinnten. Daher laden wir Dich zu unserem Roten Feierabend ein!

Egal ob Du dich über den Job auskotzen oder einfach nur in entspannter Atmosphäre ein kühles Bier genießen willst, du bist herzlich eingeladen.

Immer am letzten Freitag im Monat um 20 Uhr im Komplex - Infoladen Trier

eigene Psychologin, die die Mitarbeiter*innen nach humanistischen Kriterien auswählt, die Unternehmungsführung berät und arbeitsbedingte Risikofaktoren untersucht.

Fast jede Organisation und jeder Betrieb in Kuba beschäftigt eine eigene Psychologin

Laut Vivian Vega Cruz, der Familientherapeutin und Vize-dekanin der psychologischen Fakultät der Universität in Havanna, liegen die derzeitigen Forschungsschwerpunkte der akademischen Psychologie bei den Themen Medienpädagogik, Kommunikation in der Familie, psychische Störungen bei Kindern und den Ursachen und Folgen des demographischen Wandels. Man beobachtet z.B., dass es durch die neuen Technologien über Internet und Smartphones weniger direkte Kommunikation in den Familien gebe. Dies sei für Kuba ein ganz neues Phänomen. Früher habe es kaum Möglichkeiten gegeben, beispielsweise exzessiv Videospiele oder Fernsehsendungen zu konsumieren. Durch das Internet gebe es nun einen sehr plötzlichen Anstieg, der zu dementsprechenden Veränderungen in den Familien führe. Diese Entwicklung mit ihren potentiellen Chancen und Risiken werde deshalb genau untersucht.

Psychotherapie in der Praxis

Wer sich für die Spezialisierung in klinischer Psychologie entscheidet, absolviert seinen zweijährigen Arbeitsdienst, den sogenannten servicio social, in einer der klinischen Einrichtungen, beispielsweise in einem der Centros de la Salud Mental (Zentrum für mentale Gesundheit), und behandelt Patient*innen unter der Betreuung von erfahrenen Vorgesetzten. Eine institutionalisierte Psychotherapie Weiterbildung wie in Deutschland

gibt es nicht. Bei uns müssen Weiterbildungskandidat*innen eine festgelegte Anzahl von Lehrtherapie-, Supervisions- und Seminarstunden absolvieren und privat finanzieren, während sie in vielen Fällen minimale Löhne beziehen. In Kuba wird niemandem der Zugang zu diesem Beruf verwehrt, weil er nicht das nötige Kapital aufbringen kann, jedoch liegt es stärker in der Verantwortung der einzelnen Praktizierenden, die Methoden der Psychotherapie zu erlernen, sich fortzubilden und das eigene Tun immer wieder kritisch zu reflektieren.

Die Gesundheitsversorgung findet in Kuba auf drei Ebenen statt. Die erste Anlaufstelle für alle Patient*innen ist der sogenannte Familienarzt bzw. eine Poliklinik in jeder Gemeinde. Auf der nächsthöheren Ebene befinden sich die Krankenhäuser, an denen sowohl stationäre als auch ambulante Behandlungen stattfinden. Zuletzt sind die spezialisierten Zentren zu nennen, die Patient*innen im Falle komplizierterer Störungsbilder oder Krankheitsverläufe aufsuchen. Auf allen drei Ebenen der Gesundheitsversorgung sind Psycholog*innen tätig und behandeln Patient*innen.

Psychotherapie als Heilverfahren steht allen kostenfrei zur Verfügung

Psychotherapie als Heilverfahren ist an das Ministerium für öffentliche Gesundheit MINSAP angegliedert, sie steht allen kostenfrei zur Verfügung. Dies ist besonders hervorzuheben, da in vielen Ländern der Welt, von denen die Mehrzahl ökonomisch deutlich besser dasteht als Kuba, das unter der bis heute andauernden Blockade durch die USA leidet, Psychotherapie von den Patient*innen selbst bezahlt werden muss und keine Leistung der Krankenversicherung darstellt. In Deutschland ist dies

glücklicherweise der Fall, jedoch auch mit Einschränkungen verbunden, wie weiter unten deutlich werden wird.

Wie auch im Fall körperlicher Erkrankungen legt Kuba den Fokus auf die Prävention psychischer Störungen und die Gesundheitsförderung. In den Gemeinden gibt es dazu niedrigschwellige Angebote, die sogar Hausbesuche einschließen. Da sich psychisch Erkrankte oft ihrer Symptome schämen oder ihnen der Antrieb fehlt, um eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, ist dies eine sinnvolle Maßnahme. Psychologische Beratung und Psychotherapie werden außerdem in zahlreichen sozialen Einrichtungen, wie z.B. in Altenheimen und den Casas de la Mujer y la Familia (Frauenbildungs- und Beratungszentren), angeboten. Auch die Casa Comunitarias (Gemeindezentren) arbeiten in diesem Sinne. Sie bieten in den Gemeinden kreative Kurse oder Veranstaltungen zur Suchtprävention an.

Laut Vivian Vega Cruz sei eine psychische Erkrankung früher wie ein Stigma gewesen, weshalb auch die Psychotherapie verpönt gewesen sei. Dies habe sich durch eine verbesserte Aufklärung deutlich verändert. Das Thema mentale Gesundheit ist in der Öffentlichkeit sehr präsent, z.B. hat der kubanische Psychologe und Autor des Buches „Descubriendo

The logo for the Deutsche Kommunistische Partei (DKP) Trier, featuring the letters 'DKP' in a bold, red, sans-serif font. To the right of the letters is a red hammer and sickle symbol, a traditional emblem of communist parties.

Kontakt & Impressum:

Deutsche Kommunistische Partei Trier
Hornstraße 7,
54294 Trier-West

Mail: dkp-trier@riseup.net

Web: dkptrier.wordpress.com

V.i.S.d.P.: H. Eiden,
Hornstraße 7, 54294 Trier-West



la Psicología“ („Die Psychologie entdecken“) Dr. Manuel Calviño eine eigene TV-Sendung, jede*r kann in jeder beliebigen Buchhandlung Selbsthilfe- und Fachbücher zu unglaublich geringen Preisen kaufen und in der Tagespresse werden ebenfalls immer wieder Artikel hierzu veröffentlicht.

Wer in Kuba unter einer psychischen Erkrankung leidet, sucht seine Familienärztin auf und lässt sich an eine Psychotherapeutin überweisen. Diese führt die Diagnostik durch und entscheidet gemeinsam mit der Patientin über die Behandlungsoptionen. Sofern eine Psychotherapie notwendig ist, kann diese direkt im Anschluss begonnen werden. In Deutschland müssen Patient*innen häufig mehrere Monate auf einen freien Therapieplatz warten, was die Symptomatik nicht selten verschlimmert, zu Beziehungskonflikten oder drohendem Arbeitsplatzverlust führt und stationäre Behandlungen nötig macht.

Während in Deutschland von den Krankenkassen bisher lediglich drei psychotherapeutische Verfahren bezahlt werden, so dass die systemische und die humanistische Psychotherapie noch nicht von Kassenpatient*innen in Anspruch genommen werden können, haben diese in Kuba einen festen Platz in der Gesundheitsversorgung. Während des

Studiums werden die fünf bekanntesten Verfahren (Verhaltenstherapie, psychodynamische und psychoanalytische Psychotherapie, humanistische und systemische Psychotherapie) gleichermaßen gelehrt. Auch dies ist in Deutschland anders: die verschiedenen Verfahren konkurrieren oftmals miteinander um Ressourcen und Einfluss. Nahezu alle Lehrstühle der klinischen Psychologie sind von Vertreter*innen der Verhaltenstherapie besetzt, so dass Studierende mancher Universitäten fast ausschließliche dieses Verfahren kennenlernen.

Besonders außergewöhnlich ist, dass es in Kuba keine Begrenzung des Stundenkontingents gibt

Die Verhaltenstherapie ist gut erforscht und zeigt eine hohe Wirksamkeit in relativ kurzen Zeiträumen. Aus diesem Grund wird sie weltweit von Gesundheitsökonomen als kostengünstigste Behandlungsmöglichkeit favorisiert. Da jedoch nicht alle Patient*innen von der Verhaltenstherapie profitieren können, kämpfen Psychotherapeut*innen im Sinne der Verfahrensvielfalt auf der ganzen Welt um den Erhalt ihrer jeweiligen Therapie-schule. In Kuba hat sich dagegen ein reger Dialog zwischen den verschiedenen Verfahren entwickelt, so dass diese voneinander lernen und gemeinsam am Ziel einer vielfältigen und kompetenten Versorgung psychisch

Erkrankter arbeiten. Dementsprechend lernen die Studierenden während ihrer Ausbildung alle Verfahren kennen und entscheiden dann am Ende ihres Studiums, welches sie zukünftig anwenden möchten.

Stationäre Krankenbehandlungen finden in den Psychiatrien des Landes statt. In jeder Provinzhauptstadt gibt es eine psychiatrische Klinik, für seltenere Erkrankungen werden in Havanna Behandlungsmöglichkeiten einschließlich günstiger Unterbringungsmöglichkeiten für die begleitenden Angehörigen vorgehalten.

Ambulante Psychotherapie wird in Kuba nicht in privaten Praxen sondern in den verschiedenen gemeindenahen Gesundheitszentren durchgeführt. Patient*innen durchlaufen hier die Diagnostik und erhalten eine Behandlung, die in meist wöchentlicher Frequenz stattfindet. Einzel- und Gruppentherapie sind gleichermaßen vertreten, während in Deutschland die überaus wirksame Gruppenpsychotherapie leider immer noch eher die Ausnahme in der ambulanten Versorgung darstellt.

Besonders außergewöhnlich ist, dass es in Kuba keine Begrenzung des Stundenkontingents gibt. Dies bedeutet, das Psychotherapeut*in und Patient*in gemeinsam darüber entscheiden, wie lang die Behandlung fortgesetzt werden soll. In Deutschland beginnt dagegen jede Behandlung mit einer Beantragung der benötigten Stunden bei der Krankenkasse. Psychotherapien in Deutschland dauern zwischen 12 und 60 Stunden, was bei wöchentlicher Frequenz einen Behandlungszeitraum von etwa ein- einhalb Jahren bedeutet. In besonders zu begründenden Fällen kann die Psychotherapie auf 100 Stunden verlängert werden. Damit steht Deutschland im

internationalen Vergleich sehr gut da: in vielen Ländern stellt Psychotherapie überhaupt keine Krankenkassenleistung dar und muss privat finanziert werden oder die Stundenkontingente sind so gering, dass damit allenfalls sehr leichte Erkrankungen behandelt werden können. In den USA beispielsweise sind Psychotherapien von fünf Stunden Dauer keine Seltenheit, was der Schwere des Leidens und dem Chronifizierungsgrad vieler Erkrankungen nicht gerecht werden kann. Psychotherapie gründet sich in ihrer Wirksamkeit unabhängig vom angewandten Verfahren auf der sich entwickelnden Beziehung zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in. Dass diese sich erst mit der Zeit vertiefen kann, um eine nachhaltige Verbesserung für die Patientin oder den Patienten zu erreichen, ist bekannt und spiegelt sich in der Gestaltung der Rahmenbedingungen des kubanischen Gesundheitssystem wieder. So sind hier auch psychoanalytische Behandlungen, die sehr große Stundenkontingente benötigen, möglich, wenn auch viele Patient*innen in Kuba kürzere Behandlungen bevorzugen.

Sicherlich ist die Versorgung der kubanischen Bevölkerung bezüglich der psychischen Gesundheit keineswegs perfekt. Verglichen mit dem ökonomisch starken Deutschland, das sein Gesundheitssystem zum großen Teil privatisiert und dem Primat der Gewinnmaximierung unterordnet, fallen durchaus auch Nachteile auf. Die Weiterbildung von Psychotherapeut*innen ist deutlich kürzer und somit weniger umfangreich, dafür aber auch kostenlos. Die Bereitschaft der Patient*innen sich auf längerfristige Therapieprozesse einzulassen, scheint eher gering, obwohl das kubanische Gesundheitssystem diese Möglichkeit vorhält. Ein möglicher Grund hierfür könnte im Vorherrschen

eines medizinisch-biologisch geprägten Krankheitsmodells liegen, das die Verantwortung für eine Veränderung der Symptomatik beim Behandler sieht. Dieses Phänomen ist keineswegs spezifisch für Kuba sondern in vielen Teilen der Welt anzutreffen. Aufklärungskampagnen darüber, dass psychische Erkrankungen neben biologischen vor allem seelische und

Arbeitsbedingungen des Kapitalismus nicht mehr standhalten können und erkranken. Stattdessen leistet sich das Land trotz überaus knapper Ressourcen eine qualitativ hochwertige und umfassende Versorgung auch im Bereich Psychotherapie.



soziale Ursachen haben, können zur Veränderung der individuellen Krankheitsmodelle und Behandlungserwartungen führen. Als überaus positiv ist am kubanischen Gesundheitssystem hervorzuheben, dass die verschiedenen Therapieschulen hier nicht miteinander konkurrieren sondern sich gegenseitig befruchten, es quasi keine Wartezeiten für den Beginn einer Psychotherapie gibt und über die Länge der Behandlung einzig Psychotherapeut*in und Patient*in entscheiden.

Daran wird deutlich, dass für das sozialistische Kuba der Erhalt und die nachhaltige Förderung der psychischen Gesundheit seiner Bevölkerung im Vordergrund stehen. Hier profitiert kein Unternehmen davon, dass Menschen den inhumanen

*Dies ist ein Artikel von Corinna vom 'Proyecto Tamara Bunke'. Corinna ist mit einigen Freund*innen und Mitgliedern von SDAJ und DKP nach Kuba gereist, um vom Alltag, Errungenschaften und Problemen auf der sozialistischen Karibikinsel zu berichten. Das nach der deutsch-argentinischen Revolutionärin (die gemeinsam mit Che Guevara in Bolivien kämpfte) benannte Projekt ist zu finden unter: berichteavhanna.de*

Danke für die Druckerlaubnis an die Autorin!



KRANKENHAUSDICHTE IN DEUTSCHLAND — IST WENIGER MEHR?

Mitte Juli sorgte eine von der berüchtigt-berühmten Bertelsmann Stiftung (siehe Kasten) in Auftrag gegebene Studie für Aufsehen. Inhalt der Untersuchung ist die „Simulation einer Zielstruktur der Krankenhausversorgung im Jahr 2030“, zunächst zwar beschränkt auf den Modellraum Köln-Leverkusen, die Schlussfolgerungen der Stiftung sind allerdings auf ganz Deutschland bezogen.

Und diese Schlussfolgerungen haben es in sich: Ergebnis ist, dass eine Reduzierung der Krankenhausanzahl von derzeit 1400 (Reha-Kliniken werden nicht mitgerechnet) um mehr als die Hälfte auf knapp 600 die Versorgung der Patienten verbessern würde. Vorgeschlagen wird eine zweistufige Krankenhausstruktur, bestehend aus Grundversorgern mit im Schnitt 600 Betten und Maximalversorgern mit durchschnittlich 1300 Betten. Dem Saarburger Krankenhaus mit seinen derzeit 221 Betten wäre somit ohne massive Vergrößerung die Existenzberechtigung entzogen. Der von der Stiftung zitierte „Krankenhausexperte“ Uwe Preusker gesteht ein, dass die vorgeschlagene Reduzierung zunächst drastisch klinge, betont sodann

aber, dass den Berechnungen in der Studie sogar „zurückhaltende Annahmen“ in Bezug auf die medizinisch erforderliche Leistungsmenge oder die Verweildauer (in Deutschland von 19,9 Tagen 1975 auf mittlerweile 7,6 Tage gesunken) zugrunde lägen. Doch was ist an den durchaus wohlklingenden Argumenten der „Experten“ – Qualität statt Quantität, ständige Facharztbereitschaft, bessere technische Ausstattung, gesicherte Notfallversorgung – wirklich dran? Sollte die Bertelsmann Stiftung

ausnahmsweise tatsächlich die Interessen der Bevölkerung, Patienten wie Krankenhausangestellte, vertreten?

Die Antwort ist „Nein“. Was die Studie macht, ähnelt letztlich einer Art Taschenspielertrick. Die Aufmerksamkeit wird auf tatsächlich wünschenswerte Ziele gelenkt, sei es die schnelle Erreichbarkeit von Fachärzten, eine gute Notfallversorgung oder die Routine behandelnder Ärzte (es ist erwiesen, dass die Zahl der Eingriffe einen Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat). Anschließend wird ein Schuldiger präsentiert, der diesen Zielen angeblich im Wege stünde: die kleinen Krankenhäuser. Doch was klammheimlich unter den Tisch fällt: wo ist der Zusammenhang? Werden an kleinen Häusern Operationen vorgenommen, die fachgerechter in einem größeren Krankenhaus durchgeführt werden könnten, ist dies ein zu behebender Missetand. Ebenso unzureichende Strukturen, um auf Notfälle zu reagieren. Doch die Schließung von Häusern der Grund- und Regelversorgung löst keines dieser Probleme. Entscheidend wäre vielmehr, die materielle und personelle Ausstattung

Bertelsmann-Stiftung

Die Stiftung hält die Mehrheit der Anteile am größten deutschen Medienunternehmen, dem Bertelsmann-Konzern, dem wir Qualität formate wie RTL, Stern oder die Brigitte verdanken. Gegründet und bis heute geführt von der Milliardärsfamilie Mohn, dient die Stiftung nicht nur dazu, den Staat um Steuern in riesigen Summen zu betrügen, sondern auch Politik und Gesellschaft im Sinne der Reichen zu beeinflussen. Nicht im Geringsten demokratisch legitimiert, dafür aber mit ungeheuren Mitteln ausgestattet, wirkt die Stiftung auf allen Ebenen, von Bildung über Wissenschaft bis zur Gesetzgebung, um Privatisierung und Stellenabbau voranzutreiben und die „Prinzipien unternehmerischen Handelns“ zu propagieren. In dieser Funktion sichert sie die Meinungshoheit einer kleinen Minderheit an Profiteuren des jetzigen Gesellschaftssystems und versucht zu verhindern, dass die Masse der Bevölkerung ihre Interessen erkennt und am Ende noch nach „nichtunternehmerischen“ Prinzipien handelt.

kleiner Häuser und die Zusammenarbeit dieser mit Maximal- und Spezialversorgern zu verbessern, insbesondere auch die dafür notwendige Infrastruktur bereitzustellen. Dass die Schließung eines Krankenhauses im Einzelfall gerechtfertigt sein kann, ändert nichts an der Bedeutung möglichst wohnortnaher Gesundheitsversorgung. Im Interesse der Bevölkerung wäre eine alle Einrichtungen einer Region umfassende Planung des Versorgungsbedarfs. Doch was ist das Interesse der Verfechter der Bertelsmann-Studie?

Um das herauszufinden, muss die Entwicklung im deutschen Gesundheitssektor in den letzten 30 Jahren betrachtet werden. Anfang der 1990er-Jahre hat ein gewisser Horst Seehofer (CSU) als Gesundheitsminister einen radikalen Umbau der Krankenhausstruktur in Deutschland vorangetrieben. Zentrale Pfeiler: Mehr Konkurrenz unter den Trägern, Vermarktlichung des Krankenhausbetriebes und vor allem: Senkung der Kosten. Denn als paritätisch von den Arbeitgebern mitfinanzierte Versicherung, bedeuten hohe Ausgaben im Gesundheitsbereich auch höhere Kosten für die Unternehmen, damit geringere Profite und damit eine Gefahr für den „Wirtschaftsstandort Deutschland“. Die von Seehofer initiierten Maßnahmen waren vielfältig, von der Verschärfung der Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium bis zur Begrenzung der Erhöhung von Krankenhausbudgets. Der entscheidende Schritt war aber die mit der Einführung des DRG-Systems verbundene Möglichkeit für Krankenhausträger, Profit zu machen. Formell nicht auf Profitgenerierung ausgerichtet, können Häuser dennoch Gewinne erwirtschaften, wenn sie unter den für eine bestimmte Behandlung vorgesehenen Kosten bleiben. Als Gewinnhebel Nummer

eins haben sich sehr schnell die Personalkosten herausgestellt: Arbeitsbedingungen und Bezahlung vor allem des nichtmedizinischen Personals haben sich drastisch verschlechtert. Motor dieser Entwicklung waren private Träger. Ihr Marktanteil ist nach Einführung des DRG-Systems allein zwischen 2002 und 2013 um 11% auf fast 35% gestiegen. Doch was hat das alles mit der Schließung von kleinen Häusern zu tun?

Auf den ersten Blick wirkt widersprüchlich, dass vor allem kleine Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten privatisiert wurden. Der Anteil privater Träger liegt in diesem Bereich mit 38% überdurchschnittlich hoch, knapp übertroffen nur von den kommunalen Trägern (40%). Plädieren die Bertelsmänner also für die Schließung unzähliger privater Krankenhäuser? Das wäre ein voreiliger Trugschluss. Denn obwohl die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den letzten 25 Jahren kontinuierlich gesunken ist, stieg sowohl die relative als auch die absolute Zahl privater Träger. Das hat einen einfachen Grund: Es wird kein Krankenhaus, sei es noch so klein, geschlossen, wenn es Gewinn erzielt. Das wissen auch die „Experten“ der Bertelsmann Stiftung. Nun ist es aber so, dass fast alle (auch kleinen) privaten Häuser schwarze Zahlen schreiben, natürlich auf Kosten der Gesundheit von Patienten und Beschäftigten, aber das interessiert aus betriebswirtschaftlicher Sicht ja nicht. Demgegenüber sind viele kommunal geführten kleinen Krankenhäusern tief in den roten Zahlen, nicht zuletzt weil der Widerstand gegen gewinnorientierte Rationalisierungsmaßnahmen hier in der Regel größer ist. In diesem Kontext wird die beabsichtigte Wirkung der Studie deutlich: Es geht um nichts anderes, als den Privatisierungsdruck zu erhöhen. Die Existenz

eines Krankenhauses, das auf staatliche Unterstützung angewiesen ist, mussten kommunale Träger bisher nur gegen den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit rechtfertigen, nun kommt noch der hin zu, dass sie am Ende sogar das Leben von Patienten gefährdet. Den gleichen Vorwurf müsste man natürlich auch den kleinen privaten Häusern, die Gewinn erzielen, machen, aber ihnen ist ja sozusagen die Absolution des Marktes erteilt: was Gewinn erzielt, kann nicht schlecht sein. Dass es in Wirklichkeit gerade die perfiden Marktmechanismen sind, welche die völlige Überlastung des Krankenhauspersonals und die Verwandlung von Patienten in hustende Goldgruben verursacht und damit täglich tötet – darüber verliert die Studie so wieso kein Wort.

Und zuletzt sei noch betont, dass es nichts als widerliche Heuchelei ist, wenn sich nun ausgerechnet Politiker wie Gesundheitsminister Spahn gegen die Pläne der Bertelsmänner wenden („Für viele ist das Krankenhaus ein Stück Heimat“). Es war und ist maßgeblich seine Partei, welche die Verringerung der Krankenhausanzahl in Deutschland, geringere Verweildauern und die Senkung der Bettenanzahl vorantreibt. Die Studie ist nur ein kleines Puzzlestück in dem langfristigen Plan, die deutsche Krankenhauslandschaft auf dem Rücken von Patienten, Angestellten und Beitragszahlern auf maximale Profitmacherei auszurichten. Im Widerstand hiergegen sollte sich daher nach anderen Bündnispartnern umgesehen werden, als jenen, die in Regierungsverantwortung diesen Plan ausgeführt haben.