

Kalle Kunkel

Kampf gegen die Burnout-Gesellschaft in Zeiten der Digitalisierung

Der Tarifkonflikt an der Charité um Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung

Am 22. Juni 2015 trat die Belegschaft der Berliner Charité in einen zehntägigen Streik. In dieser Tarifauseinandersetzung ging ver.di an der Charité direkt gegen die massive Arbeitsverdichtung vor, die nicht nur in den Krankenhäusern zunehmend die Arbeit prägt. Das ist die Folge von Managementstrategien in vielen Kliniken, die sich in vielen Branchen in den letzten Jahren im Zuge der Digitalisierung durchgesetzt haben. Insofern weist dieser Tarifkampf an der Charité nicht nur über die Charité hinaus, sondern auch über den Krankenhaussektor.

Dieser Beitrag skizziert zunächst, wie indirekte Steuerung und Digitalisierung zu Leistungssteigerung und Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern geführt haben. Im Anschluss wird die Tarifauseinandersetzung zu einer personellen Mindestbesetzung und zum Gesundheitsschutz an der Charité dargestellt und analysiert.

Digitalisierung und Indirekte Steuerung

Innovationen – insbesondere auch durch die Digitalisierung – prägen die Gesundheitsversorgung und die Arbeitsbedingungen in der Branche. Neue Geräte und Verfahren kommen immer schneller auf den Markt. »Etwa die Hälfte aller Leistungen, die heute erbracht werden, wurden in den letzten zwei Jahren entwickelt«, stellte ver.di bereits 2006 in dem Buch »Innovationskraft Mensch« fest (Bsirske/Paschke 2006: 7). Und die Innovationsdynamik hat sich durch die Digitalisierung weiter erhöht (vgl. Roth 2015 sowie den Beitrag von Ines Roth/Nadine Müller in diesem Band). Die Diagnostik wird ständig verbessert – auch durch Big Data. Eine neue Generation von Herzschrittmachern kann Daten auf zentrale Rechner senden, Problemsituationen beim Patienten erkennen und darauf reagieren. Die Folgen sind für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wahrnehmbar – und diese betreffen nicht nur den Datenschutz (Stichworte: elektronische Patientenakte, eCard etc.). Der Austausch von Patientendaten gewinnt stärkere Bedeutung.

In Teilsektoren – vor allem in den Krankenhäusern – werden immer mehr Leistungen erbracht, die Fallzahlen steigen. Die Zahl der Beschäftigten bleibt zurück (vgl. Roth 2011: 13 ff.). Zudem kommen neue Aufgaben, andere Ar-

Digitalisierung und Arbeitsgestaltung

beitsplätze und neue Qualifikationsanforderungen auf die in der Medizin, Pflege und Therapie Beschäftigten zu (vgl. Weisbrod-Frey 2015).

Darüber hinaus sollen Leistungen der Krankenhäuser zunehmend gleichartig und in großer Menge – ähnlich wie in einem Industriebetrieb – erstellt werden. Damit wird Digitalisierung im Gesundheitssektor an ein Management gekoppelt, das für das Ziel steht, Rendite zu erzielen. Es verändern sich damit auch Trägerstrukturen im Krankenhausbereich. Gewinnerwartungen locken Konzerne, die oft schneller als die meisten öffentlichen und freigemeinnützigen Träger in neue Technik investieren können (vgl. Weisbrod-Frey 2015).

So haben die Beschäftigten in den Krankenhäusern – wie in vielen anderen Branchen auch – mit einer Managementstrategie zu kämpfen, die unter dem Stichwort »indirekte Steuerung« zusammengefasst werden kann. Diese Form der ergebnisorientierten Steuerung hat im Zuge der Digitalisierung oder auch Computerisierung immens an Bedeutung zugenommen (vgl. Müller 2010: 194ff.). Kern der indirekten Steuerung ist es, von den Beschäftigten nicht mehr nur die Erbringung der vertraglich geschuldeten Arbeitsleistung zu verlangen, sondern sie direkt für das Erreichen der unternehmerischen, insbesondere der Renditeziele in die Verantwortung zu nehmen. Hierfür wird häufig formal der Handlungsspielraum der Beschäftigten erweitert. Zugleich werden sie jedoch auf durch Kennzahlen definierte Ziele des Unternehmens festgelegt, die sie mit vorgegebenen (Personal-)Ressourcen erreichen müssen. Wie viele personelle Ressourcen für die Erreichung der Ziele zur Verfügung stehen, wird budgetär gesteuert, indem die personelle Ausstattung an die Erlöse der budgetären Einheiten gekoppelt wird. »Macht was ihr wollt, aber seid profitabel«, fasst Dieter Sauer diese Management-Philosophie zusammen (Sauer 2013: 22; Müller 2010: 198, Fn. 111). Zugleich wird die budgetäre Verantwortung dezentralisiert. Jede einzelne Abteilung wird zur eigenständig abrechenbaren Budgeteinheit (Profitcenter), die ihre Dienstleistungen virtuell an die anderen Abteilungen verkauft und ihre Kosten unter Androhung des Outsourcings an den Kosten auf dem freien Markt messen muss. Unternehmensintern organisiert ein kontinuierlicher Benchmarkingprozess einen beständigen Druck zur Kostenreduzierung. Abweichungen nach unten gelten als Optimierung, während Abweichungen nach oben negativ sanktioniert werden.

Diese Form der Steuerung will erreichen, dass die abhängig Beschäftigten die unternehmerische Verantwortung für ihren Arbeitsbereich selbst tragen. Das ist die Grundlage für einen Prozess der permanenten Selbstoptimierung sowohl des Einzelnen als auch der Teams und führt in ein System der »Maßlosigkeit« (Sauer 2013). Grundlage für die Arbeitsorganisation ist nicht mehr,

was für die zu leistende Arbeit an Ressourcen benötigt wird. Vielmehr wird über das Benchmarking ein permanentes »Race to the bottom« organisiert, in dem endlose Leistungssteigerungen durchgesetzt werden sollen.

DRGs als System der indirekten Steuerung

Die Grundlage für diese Managementstrategie wurde in den deutschen Krankenhäusern mit der flächendeckenden Einführung des Fallpauschalen-Systems der »Diagnosis Related Groups« (DRGs) als Preissystem in den Jahren 2003/04 gelegt.

Entwickelt wurden die DRGs in den USA in einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung um die Kosten des Gesundheitswesens, in dem insbesondere die Ärzte unter Legitimationsdruck für die Behandlungskosten in den Krankenhäusern gerieten. Vor diesem Hintergrund wurde ein System entwickelt, das es ermöglichen sollte, die Kosten- und Qualitätskontrolle für die Behandlung in den Krankenhäusern im Sinne v. a. einer höheren Kostentransparenz analog zur Produktionssteuerung in modernen Fabriken zu organisieren (Samuel et al. 2005).

Dafür musste jedoch das Verständnis vom Prozess der Behandlung selbst verändert werden. Es wurde transformiert von einem individuellen Verhältnis zwischen Gesundheitsprofessionellen und Patient zu einem Produkt mit einer objektivierbaren und damit vergleichbaren Kostenstruktur. Dieser Schritt machte es überhaupt erst möglich, das Management in den Krankenhäusern analog zum Fabrikmanagement zu organisieren. Der Patient mit einer bestimmten Diagnose wird so zu einem Produkt, das möglichst ressourcen- und damit kosteneffizient behandelt werden soll. Denn nun ist er nur noch eine (abrechenbare) Leistung, was auch digital erfasst wird. Diese digitale Dokumentation ist eine zusätzliche Belastung für das Personal, das nun einen nicht geringen Teil der Arbeitszeit mit der Dokumentation am Computer verbringen muss. Die Leistungen sind in das jeweilige digitale System – ob SAP oder eigene Systeme – einzugeben und werden in Minutenwerte umgerechnet. Aufgrund des Zusatzaufwands wird jedoch in der Praxis nicht alles erfasst. Das bedeutet, dass es für die nicht erfasste Leistung auch kein Geld gibt und dafür also auch keine entsprechenden Ressourcen – sprich: Personal – »eingekauft« werden können. Ein Beispiel: Für einen Patienten mit besonders hohem Pflegeaufwand (so genannte PKMS-Patienten) können die Krankenhäuser zusätzliche Entgelte abrechnen. Um als PKMS-Patient eingestuft zu werden, müssen durch Erfassung entsprechender Tätigkeiten PKMS-Punkte dokumentiert werden. Stirbt der Patient, bevor genügend PKMS-Punkte dokumentiert wurden, können die zusätzlichen Entgelte jedoch nicht abgerechnet werden. Pflegekräfte wägen deshalb gerade bei schwerkranken –

Digitalisierung und Arbeitsgestaltung

und damit sehr pflegebedürftigen – PatientInnen ab, ob sie den Aufwand der zusätzlichen Dokumentation betreiben wollen.

German DRGs

Das DRG-System wurde in den Jahren 2003/2004 in Deutschland als Preissystem zur Finanzierung der Betriebskosten in den Krankenhäusern eingeführt, nachdem bereits 1996/1997 die Pflegepersonal-Regelung (PPR) abgeschafft wurde, mit der Vorgaben für die Besetzung der Normalstationen gemacht wurden. Damit wurde in Deutschland endgültig ein System der Wettbewerbssteuerung für die Krankenhäuser eingeführt. Von nun an haben die einzelnen Diagnosen einen konkreten Preis, der mit ihnen zu erzielen ist – Krankheit wird zur Ware.

Über ein bundesweites Benchmarkingsystem werden einheitliche Kostenstrukturen für die einzelnen Diagnosen festgelegt. Krankenhäuser, die unterhalb dieser Kosten bleiben, können Gewinne erwirtschaften. Krankenhäuser, deren Kosten höher liegen, machen Verluste und sind langfristig von Insolvenz bedroht. Das System schafft so einen permanenten Anreiz, insbesondere Personalkosten zu reduzieren. Zugleich hat man sich bewusst dafür entschieden, in dem System nicht den wirklichen Pflegebedarf, sondern ausschließlich die unter Wettbewerbsdruck beständig reduzierten tatsächlichen Personalkosten zu vergleichen (Simon 2014: 41).

Dieses System wird in den einzelnen Krankenhäusern weiter fortgesetzt. Hier werden die Abteilungen als einzelne Budgeteinheiten betrachtet, die beständig sowohl in Bezug auf ihre Erlöse als auch auf ihre Kostenstrukturen miteinander verglichen werden. Die Steuerung des Personals selbst erfolgt weitgehend budgetär. Dabei wird das Personalbudget als ein bestimmter Anteil am Gesamterlös definiert. Wie hoch dieser Anteil real ist, bestimmt sich de facto nicht am realen Pflegebedarf der PatientInnen auf den einzelnen Stationen, sondern aus dem Verhandlungsgeschick der lokalen pflegerischen Leitung und ihrer Durchsetzungskraft. Das bedeutet, dass nicht der vorhandene Pflegebedarf entscheidend ist für die Personalausstattung, sondern die Erlössituation der Station und die Durchsetzungsfähigkeit der pflegerischen Leitung. Dieses System schafft einen permanenten Anreiz zur Personaleinsparung.

Für die Krankenhäuser setzt das System jedoch nicht nur Anreize, Personal zu reduzieren, sondern zugleich, immer mehr PatientInnen mit immer schwereren Krankheiten zu behandeln, weil je nach »Fallschwere« mehr Erlöse generiert werden können. Dies sorgt für eine zusätzliche Arbeitsverdichtung.

Die konkreten Auswirkungen des Umbaus

Mit Abschaffung der PPR 1996/1997 und Einführung der DRGs setzte ein massiver Personalabbau in den deutschen Krankenhäusern ein. Trotz eines Pflegestellenförderprogramms in den Jahren 2009 bis 2011 liegt die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst heute ca. 40 000 unter dem Bestand von 1995. Zugleich sind die Zahl der behandelten Fälle und die Schwere der Fälle seit Einführung der DRGs kontinuierlich angestiegen.

Die Beschäftigten wiederum werden unter Druck gesetzt, den systematischen Entzug von Ressourcen durch permanente Selbstoptimierung und »Prozessoptimierung« im Team zu kompensieren. Sie sägen damit jedoch an dem Ast, auf dem sie sitzen. Denn indem sie das System mit immer geringerer Besetzung am Laufen halten, setzen sie zugleich immer neue niedrigere Standards, von denen aus die nächste »Optimierungswelle« vorbereitet wird.

Dabei ist der Bereich der Sorgearbeit besonders prädestiniert für die Anrufung der Eigenverantwortung im Rahmen der indirekten Steuerung. Denn in der Pflege besteht eine hohe Identifikation mit der Arbeit und affektive Bindung an sie – also an die Versorgung hilfsbedürftiger Menschen. Die DRGs haben so ein System der fiskalischen Erpressung der Pflegekräfte etabliert, in dem das Patientenwohl als beständige moralische Anrufung die Überschreitung der eigenen Belastungsgrenzen einfordert.

Ein patriarchaler Blick auf Sorgearbeit

Mit dieser veränderten Sicht auf die Patienten setzt sich ein patriarchales Paradigma in Bezug auf die gesellschaftliche Stellung von Sorgearbeit – aber auch im Verständnis von Körperlichkeit und Genesung – insgesamt durch. Oder anders formuliert: »Viele Herausforderungen der Digitalisierung stellen sich im Gesundheitswesen besonders deutlich: weil es dort einerseits um bestmögliche Hilfe für Leben und Gesundheit geht, und andererseits um höchst-sensible Daten.

Und es geht auch um das Selbstverständnis der helfenden Berufe. Technische Verbesserungen müssen immer auch im Kontext ihrer Rückwirkung auf das Bild vom Menschen und der Medizin gesehen werden.« (Weisbrod-Frey 2015) Denn mit der gewollten Übernahme der Effizienzvorstellungen aus dem Fabrikkontext wird die Bedeutung von Beziehungsarbeit für den Genesungsprozess systematisch abgewertet. Der pflegewissenschaftlich vielfach nachgewiesene Zusammenhang von menschlicher Zuwendung, die sich gerade in einer »Zeitverausgabungslogik« (F. Haug) niederschlägt, wird in diesem Effizienzverständnis schon deshalb strukturell unterbewertet, weil er kaum in numerischen Kennziffern zum Ausdruck gebracht werden kann. Die Unterrepräsentation dieser Tätigkeiten in einem System, das Kosten-Nutzen-

Digitalisierung und Arbeitsgestaltung

Effekte erfassen soll, reproduziert implizit auch ein mechanistisches Körperkonzept.¹ Abgebildet werden können dagegen v. a. die Tätigkeiten, die analog zu Produktionsverfahren erfassbar sind, vornehmlich also Operationen oder maschinelle Prozeduren. Es ist also keineswegs ein systemfremder Nebeneffekt, wenn durch die Einführung der DRGs Anreize für den Einsatz von (kostspieligen) so genannten invasiven Verfahren (OPs) geschaffen wurden, wohingegen jene Bereiche, die einer »Zeitverausgabungslogik« folgen (Pflege, Therapeutische Behandlung, etc.) unter massivem Kostendruck stehen, auf den mit Personalabbau und Outsourcing geantwortet wird.

Die vermeintliche Transparenz, die die Einführung der DRGs und der digitalen Dokumentation mit sich bringt, geht also einher mit der Unsichtbarmachung von vor allem jener Tätigkeiten, die sich gegen die Abbildung in den fabrikentlehnten Effizienzkatégorien sperren oder aufgrund des Zusatzaufwandes nicht erfasst werden.

»Der Druck muss raus«

Vor dem Hintergrund der sich beständig verschlechternden Arbeitssituation in den Krankenhäusern startete ver.di im Jahr 2010 dort eine Kampagne für bessere Arbeitsbedingungen. Strategisch orientiert die Kampagne auf die Durchsetzung einer gesetzlichen Personalbemessung. Mit einem so genannten Personalcheck – durchgeführt an über 200 Krankenhäusern bundesweit – ermittelte ver.di durch Befragungen der Beschäftigten, dass insgesamt zirka 162 000 Stellen an deutschen Krankenhäusern fehlen, davon allein 70 000 in der Pflege. Der Kampagne ist es gelungen, das Thema Personalnot in den Krankenhäusern in der öffentlichen Debatte zu verankern. Darüber hinaus hat ver.di erreicht, dass LINKE, SPD und Grüne die Forderung nach einer gesetzlichen Personalbemessung aufgegriffen haben. Die Forderung wird jedoch von der Großen Koalition nicht umgesetzt. Die Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform kann sich nicht zu einer gesetzlichen Personalbemessung durchringen. Lediglich die Einrichtung einer Arbeitsgruppe wurde beschlossen, in der überprüft werden soll, ob die Pflege angemessen in die DRGs abgebildet ist und wie sie ggf. besser abgebildet werden kann. ver.di wird sich in die AG einbringen.

Gesundheitsschutz unter den Bedingungen der indirekten Steuerung

Unter den Bedingungen der indirekten Steuerung unterlaufen Beschäftigte von sich aus Regelungen (z. B. zu Arbeitszeit, Überstunden, Pausen, Krankheit), die zu ihrem Schutz geschaffen wurden. Denn eine Beschränkung der eigenen Ar-

1 Vgl. zur Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses Maio 2014.

beitsleistung gefährdet nicht nur die Erreichung von Arbeitsergebnissen, sondern provoziert auch Konflikte in den Teams, an die die Erreichung dieser Ziele delegiert wurde. »Es war ja auch früher nicht so, dass alle Arbeit geschafft war, wenn die Arbeitszeit vorbei war. Aber die Arbeit, die liegenblieb, blieb beim Arbeitgeber liegen. (...) Jetzt finden wir uns offenbar unter Bedingungen wieder, in denen die liegengebliebene Arbeit unser Problem ist, so dass, wenn einer sich an die vertragliche Arbeitszeit hält, die anderen sich gezwungen sehen, »seine Arbeit mitzumachen.« (Peters 2005) Diese Form der »interessierten Selbstgefährdung« (Peters) stellt die Gewerkschaften, v. a. aber die betrieblichen Interessenvertretungen vor große Herausforderungen. Sie müssen die Schutzrechte der Beschäftigten scheinbar gegen diese selbst durchsetzen.

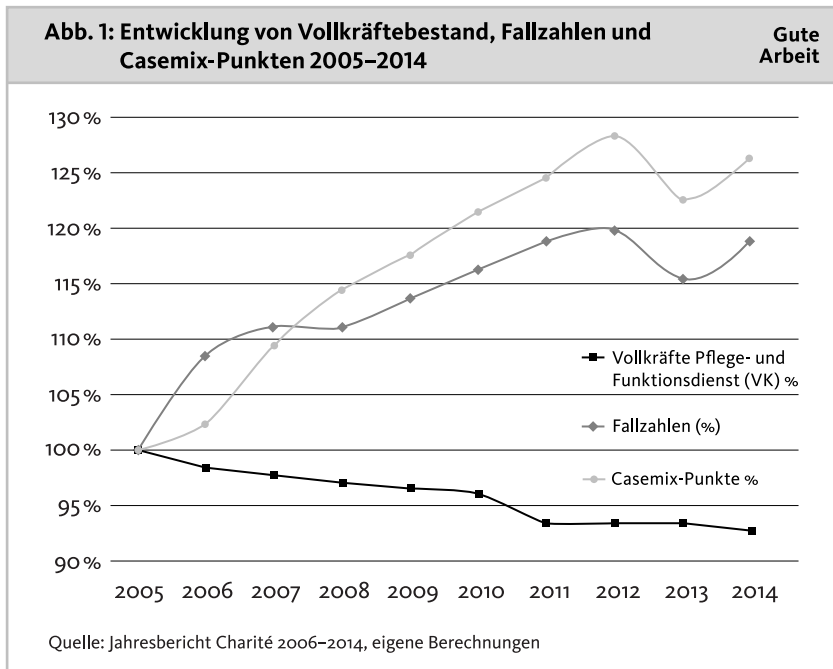
Vor diesem Hintergrund hat sich die ver.di-Tarifkommission an der Charité entschieden, das Verhältnis von Arbeitsaufwand und dem dafür eingesetzten Personal direkt zum Tarifthema zu machen. In diesem Sinne entwickelte die Tarifkommission Forderungen zur Mindestbesetzung in Form von Pflegekraft-PatientInnen-Quoten. Die konkreten Quotenvorgaben wurden an Hand bereits bestehender gesetzlicher Regelungen z. B. im US-Bundesstaat Kalifornien erarbeitet. Hinzugezogen wurden dafür außerdem Empfehlungen von pflegerischen Fachgesellschaften und wissenschaftliche Studien zur Bedeutung der Personalbesetzung in der Pflege für die Arbeitssituation der Beschäftigten und den »Patientenoutcome«.

Auf dem langen Weg zur Mindestbesetzung per Tarifvertrag an der Charité

Bereits im Rahmen der »Der Druck muss raus«-Kampagne (vgl. Kiank 2013) wurde auch über tarifliche Strategien zur Belastungsreduzierung und für Gesundheitsschutz diskutiert. Von der ver.di-Betriebsgruppe an der Charité wurden diese Diskussionen ab 2012 aufgegriffen. Denn an der Charité zeigt sich die bundesweite Entwicklung wie unter einem Brennglas:

- Seit 2005 wurden an der Charité über 1200 Vollkräfte abgebaut (minus 11 Prozent), davon fast 300 Vollkräfte im Pflege- und Funktionsdienst (minus 7 Prozent).
- In der gleichen Zeit hat sich die Zahl der stationär behandelten Fälle um 18 Prozent erhöht. Noch aufschlussreicher ist jedoch der Anstieg der so genannten Casemixpunkte, da hier der medizinische Aufwand und damit zumindest indirekt die erhöhte Pflegebedürftigkeit der PatientInnen erfasst wird: Deren Zahl nahm im selben Zeitraum um 26 Prozent zu.

Bereits 2011 konnten mit einem effektiv geführten Streik massive Lohnsteigerungen durchgesetzt werden. Es ging aber auch um mehr als Löhne. Dieser Streik hat der ver.di-Betriebsgruppe an der Charité zwei Dinge deutlich gemacht:



Erstens: Es ist möglich, auch im Krankenhaus effektiv zu streiken. Für den Streik hatte ver.di eine neuartige Notdienstvereinbarung zum Ausschluss von Patientengefährdung mit der Charité vereinbart. Im Gegensatz zu den in Krankenhäusern üblichen Notdienstvereinbarungen blieb diese nicht bei einer Verpflichtung zur Aufrechterhaltung der Nachtdienstbesetzungen auf den Stationen stehen. Stattdessen sah sie vor, dass ver.di mit bestimmten Ankündigungsfristen die Streikbereitschaft auf den Stationen an den Charité-Vorstand übermittelt. Dieser war dann verpflichtet, je nach Ausmaß der Streikbereitschaft entweder einzelne Betten oder die ganze Station zu schließen. Damit konnte zumindest in Teilen die Selbstbeschränkung überwunden werden, die Arbeitskämpfe in Krankenhäusern oftmals prägt, und es war möglich, die stationäre Pflege massiv in den Streik einzubeziehen. Die KollegInnen lernten zugleich ihre Stärke kennen, denn es gelang ihnen, über ein Drittel der Bettenkapazitäten an der Charité zu bestreiken und den Arbeitgeber so massiv ökonomisch unter Druck zu setzen.

Zweitens: Bereits während der Streiks wurde deutlich: Zwar war die massive Lohnungerechtigkeit für viele KollegInnen ein wichtiges Thema. Aber die Arbeitsbelastung und die unzumutbaren Bedingungen, unter denen die

Patienten versorgt werden müssen, waren für viele KollegInnen ein noch gravierenderes Problem. Dies kam in dem zentralen Streikslogan zum Ausdruck: »Nicht der Streik gefährdet die Patienten, sondern der Normalzustand.«

Die juristische Dimension

Mit den Streikforderungen betrat ver.di an der Charité zwar kein völliges Neuland, aber doch ein weitgehend unerschlossenes Terrain, was auch innerhalb von ver.di zu Diskussionen über die rechtliche Zulässigkeit solcher Streiks führte. Ein Gutachten des wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages, in Auftrag gegeben vom gesundheitspolitischen Sprecher der Linken, brachte erste Klarheit in dieser Frage, indem es feststellte, dass »Fragen der Personalbemessung zu den tarifvertraglich regelbaren Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen (...) zählen« (Bug 2013: 9).

Der Charité-Vorstand bestritt die Rechtmäßigkeit der Forderung trotzdem prinzipiell. Auch nachdem er 2013 mit einer Warnstreikdrohung an den Verhandlungstisch gezwungen worden war, wurden die Verhandlungen von Seiten der Charité nur unter dem Vorbehalt aufgenommen, dass die Charité auf ihrem juristischen Standpunkt beharrte, die Forderung nach Mindestbesetzungsregelungen sei nicht tariffähig, und verweigerte entsprechend ernsthafte Verhandlungen zu diesem Gegenstand. Diese Blockade konnte erst durch einen unbefristeten Streik und die juristische Auseinandersetzung um einen Antrag auf Einstweilige Verfügung gegen den Streik überwunden werden.

»Die unternehmerische Freiheit hört dort auf, wo der Gesundheitsschutz der Beschäftigten anfängt.«

Kommentar des Richters am Berliner Arbeitsgericht im Verfahren um die einstweilige Verfügung gegen den Streik an der Charité

In ihrem Antrag auf einstweilige Verfügung versuchte die Charité, die ungeteilte unternehmerische Hoheit über das Verhältnis von Personaleinsatz und Arbeitsaufwand mit einem Umweg über den Entgelt- sowie den Manteltarifvertrag zu verteidigen. In diesem sei abschließend das Verhältnis von Arbeitsleistung der Beschäftigten zu Gegenleistung durch den Arbeitgeber (Gehalt, Urlaub, Zuschläge etc.) vereinbart. Durch diesen Vertrag seien die Personalkosten des Arbeitgebers bestimmt. Die Charité leitete daraus eine Friedenspflicht für alle Forderungen ab, die zu einer Erhöhung der absoluten Personalkosten führen könnten.

Das Landesarbeitsgericht wies diese Argumentation in seinem Urteil vom 24. Juni 2015 zurück und stellte fest, dass Regelungen im Mantel- und Entgelttarifvertrag – insbesondere zu Urlaub und Zuschlägen – nicht die Belas-

Digitalisierung und Arbeitsgestaltung

tungssituation im Sinne der Arbeitsintensität regeln. Das Gericht ging jedoch noch weiter. Es hielt ausdrücklich fest, dass es für die Gewerkschaft »einen durch einen Arbeitskampf durchsetzbaren Einfluss auf die Arbeitsintensität gibt, der insbesondere auch nicht darauf beschränkt ist, eine (noch) weitere Arbeitsverdichtung zu verhindern, sondern es auch ermöglicht, Entlastungsregelungen zu verlangen« (60 Ga 8517/15). Das Landesarbeitsgericht Berlin hat damit festgestellt, dass betriebliche Normen zur Reduzierung der Arbeitsbelastung tarifvertraglich vereinbart und somit auch mit dem Mittel des Streiks durchgesetzt werden können.

Die Bedeutung der Öffentlichkeit – »Mehr von uns ist besser für alle«

Bereits in der Urteilsbegründung des Landesarbeitsgerichts scheint die Bedeutung der öffentlichen Meinung zu dem Konflikt durch. Auch beim Richter waren die Ergebnisse des ver.di-Nachdienstchecks² offensichtlich angekommen. So stellte er fest, dass Pflegekräfte und Ärzte insbesondere im Nachdienst nicht individuell in der Lage wären, ihre Arbeitsleistung auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, ohne eine Gefährdung der PatientInnen zu riskieren.

Ein Streik in einem zentralen Bereich der Daseinsvorsorge und zu einer juristisch umstrittenen Frage wird nicht nur im Betrieb und im Gerichtssaal gewonnen, sondern auch in der Öffentlichkeit. ver.di hat die Auseinandersetzung an der Charité von Beginn an als öffentliche Auseinandersetzung angelegt. Bereits im zentralen Slogan der Kampagne kommt die Verbindung von öffentlicher Bedeutung und Beschäftigteninteressen zum Ausdruck: »Mehr von uns ist besser für alle«. Eine gute Gesundheitsversorgung braucht gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten. Um diese Botschaft zu transportieren, hat sich die ver.di-Betriebsgruppe für eine offensive Öffentlichkeitskampagne entschieden und sie frühzeitig vorbereitet.

Dafür war vor allem eine frühzeitige Vorbereitung mit den KollegInnen wichtig. Damit sie in der Kampagne selbst das Wort ergreifen konnten, suchte die Gewerkschaft schon weit vor dem Öffentlichwerden der Auseinandersetzung mit den KollegInnen das Gespräch, vor allem, indem der Streik angekündigt wurde. Wer ist bereit und in der Lage, in der Öffentlichkeit zu sprechen? Worauf muss bei Gesprächen mit der Presse geachtet werden? Welche Befürchtungen gibt es, gerade zu einem so sensiblen Bereich in der Öffentlichkeit zu sprechen? All diese Fragen wurden mit den KollegInnen im Vorfeld erörtert. In der Außenwirkung war klar: Die ver.di, das sind die KollegIn-

2 Eine bundesweite Aktion, mit der ver.di in der Nacht vom 5. auf den 6. März in 237 Kliniken die Arbeitssituation im Nachdienst erfasst hat (ver.di Infodienst Krankenhäuser 2015).

nen im Betrieb, die sich zusammenschließen, um für eine Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen zu kämpfen, die zugleich die Genesungsbedingungen ihrer Patienten sind. Ebenfalls im Vorfeld wurde eine Broschüre erstellt, in der zahlreiche so genannte »Notrufe« von ganzen Pflgeteams gesammelt und der Presse als Hintergrundmaterial zur Verfügung gestellt wurden. Sie waren in den vorangegangenen zwei Jahren schriftlich an den Charité-Vorstand gesendet worden. Mit dieser Vorbereitung liefen die Versuche des Charité-Vorstands, den Streik öffentlich zu diskreditieren ins Leere.

Untermuert wurde die öffentliche Bedeutung des Konflikts durch die Arbeit des Bündnisses »Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus«. Da das Bündnis bereits seit Beginn der Tarifaueinandersetzung kontinuierlich arbeitete, war ein gute Vertrauensgrundlage gegeben, um gemeinsam und auf Augenhöhe an der öffentlichen Wahrnehmbarkeit der Auseinandersetzung zu arbeiten, die ohne die Arbeit des Bündnisses nicht so vielfältig ausgefallen wäre.

Wichtig für die öffentliche Wirkung war auch die oben beschriebene Notdienstvereinbarung. Sie gab der Charité die Möglichkeit, sich frühzeitig auf die Reduzierung des Leistungsgeschehens einzustellen und Patienten entsprechend abzubestellen. Das ermöglichte die hohe Streikbeteiligung der stationären Pflege. Damit liefen auch die Bemühungen der Charité ins Leere, das Patientenwohl gegen den Streik in Stellung zu bringen.

Streiken für eine Herzensangelegenheit

Der Kampf um mehr Personal ist im Krankenhaus quasi die Mutter aller Konflikte. In dieser Auseinandersetzung kulminieren Fragen nach Anerkennung, Überlastung und eine über Jahre entwickelte Wut über die Hartnäckigkeit, mit der das Management offensichtliche Probleme ignoriert und auszusitzen versucht. Es ist also verständlich, dass dieser Konflikt emotional hoch besetzt ist.

Zugleich stößt eine isolierte Tarifaueinandersetzung an die Grenzen des Systems der Refinanzierung. Schon deshalb wurde der Konflikt von ver.di an der Charité immer als Teil der politischen Auseinandersetzung um eine gesetzliche Personalbemessung und deren Finanzierung betrachtet. Ein Streik zu dieser Frage bringt jedoch trotzdem die Herausforderung mit sich, dass bei den Streikenden hohe Erwartungen geweckt werden, was sie mit dem Streik erreichen wollen. Zugleich birgt der Regelungsgegenstand selbst zahlreiche Tücken. Es kann keine einheitlichen betrieblichen Normen geben, mit denen die Belastungen der verschiedenen Berufsgruppen erfasst werden.

Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen hat die Tarifkommission ein System der transparenten und engmaschigen Rückkopplung mit den Be-

Digitalisierung und Arbeitsgestaltung

schäftigten entwickelt: die »Tarifberater«. Jeder Arbeitsbereich ist aufgefordert, einen Verantwortlichen zu benennen. Diese Verantwortlichen werden regelmäßig zu den Tarifkommissionssitzungen hinzugezogen, um den Stand der Verhandlungen zum einen fachlich zu bewerten. Zum anderen aber auch, um die »roten Linien« möglicher Kompromissbildungen frühzeitig mit der Belegschaft rückzukoppeln. In dem Maße, wie der Streik näher rückte, bekamen die Tarifberater Zulauf. Sie trafen sich regelmäßig mit 50–60 KollegInnen, um den Stand der Tarifverhandlungen zu beraten.

Diese Rückkopplungsmöglichkeit hatte für die Verhandlungen zwei wesentliche Funktionen. Zum einen konnte die Tarifkommission sich darüber austauschen, wo Fallstricke in den Verhandlungen lauern. Zum anderen konnte so mit den KollegInnen, die den Streik wesentlich getragen haben und denen damit auch eine wichtige Multiplikatorenrolle zukam, sehr frühzeitig mögliche Kompromissbildungen diskutiert und in ihrer Bedeutung für die einzelnen Bereiche bewertet werden.

Das vorläufige Ergebnis

Nach zehn Tagen Streik konnte mit der Charité eine erste Lösung am Verhandlungstisch erzielt werden. Sie wurde in einem Eckpunktepapier festgehalten. Als Kernsatz für die Personalsteuerung haben sich die Parteien darauf verständigt, dass das Personal den Patienten und ihren Anforderungen folgt. Damit wird ein Kontrapunkt gesetzt zur bisherigen Logik der rein budgetären Planung.

Für alle Beschäftigtenbereiche wird ein System etabliert, über das Belastungen angezeigt werden können. Der Arbeitgeber wird verpflichtet, Maßnahmen zur Entlastung einzuleiten und diese mit einem konkreten Zeitplan zu hinterlegen. Die Umsetzung der Maßnahmen und ihre Wirksamkeit müssen nachgehalten werden.

Für alle pflegerischen Bereiche werden mit unterschiedlichen Methoden Personalmindeststandards definiert, die zu einer Entlastung führen. Eine Unterschreitung der Standards kann von den Beschäftigten als Überlastungssituation angezeigt werden. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, auf zwei Wegen zu reagieren:

Entweder indem dem Bereich Personal zugeführt wird, oder indem die Arbeitsleistung in dem Bereich reduziert wird. Die pflegerische Leitung soll per Tarifvertrag das ausdrückliche Recht erhalten, in Absprache mit der ärztlichen Leitung Betten zu sperren. Für die Überwachung der Vorgaben wird ein Gesundheitsausschuss gebildet.

Der Arbeitgeber wird verpflichtet, gegenüber den Arbeitsbereichen regelmäßig die den Soll/Ist-Stand der Personalmindeststandards sowie den

Stand von klassischen Belastungskennziffern (Krankenstand, Saldostunden) zu kommunizieren.

Fazit

Mit der Umsetzung der Eckpunktevereinbarung würden erstmals Personalstandards per Tarifvertrag für ein Krankenhaus festgelegt. Die Härte der Auseinandersetzung und die schwierigen Verhandlungen haben jedoch auch gezeigt, dass der Gesetzgeber weiter in der Pflicht ist, in diesem sensiblen Bereich der Daseinsvorsorge gesetzliche Qualitätsstandards zur Personalausstattung verbindlich einzuführen.

Der Tarifvertrag wird keinen Automatismus zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen liefern. Er wird den Beschäftigten v. a. verbesserte Instrumente an die Hand geben, um für bestimmte Arbeitsstandards zu kämpfen.

Hierzu gehört – und das ist in seiner Wirkung nicht zu unterschätzen – dass Standards definiert werden, die sich unmittelbar auf das Verhältnis von zu leistender Arbeit und Personalbestand beziehen und deren Unterschreitung als Belastungssituation definiert wird. Auch dass der Arbeitgeber verpflichtet wird, die Informationen zu den Belastungsindikatoren transparent zu machen, verbessert die Durchsetzungsmöglichkeiten der Beschäftigten – Wissen ist Macht. Es liegt noch ein langer Weg vor uns. Aber: Ein erster Schritt ist getan. Und das sind bekanntlich die schwersten!³

Literatur

- Bsirske, Frank/Paschke, Ellen (Hg.) (2006): *Innovationskraft Mensch*. Hamburg
- Bug, Arnold (2013): *Personalbemessung in Krankenhäusern als Regelungsgegenstand von Tarifverträgen*. Berlin.
- Kiank, Cordula (2013): *Kampagne »Der Druck muss raus!« – das Ergebnis des ver.di-Personalchecks*, in: *ver.di Infodienst Krankenhäuser*, Ausgabe 61 – Juni 2013, 19.
- Maio, Giovanni (2014): *Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft*. Berlin.
- Müller, Nadine (2010): *Reglementierte Kreativität, Arbeitsteilung und Eigentum im computerisierten Kapitalismus*. Berlin.
- Peters, Jürgen (2005): *Wie Krokodile Vertrauen schaffen. Die neue Selbständigkeit im Unternehmen: Arbeiten ohne Ende?* <http://www.cogito-institut.de/Pages/Krokodil.aspx> (zuletzt eingesehen: 5.8.2015)
- Roth, Ines (2011): *Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten*, hrsg. von ver.di-Bereich Innovation und Gute Arbeit. Berlin; <http://innovation-gute-arbeit.verdi.de/gute-arbeit/materialienund-studien>

3 Der beschriebene Tarifkonflikt war bei Redaktionsschluss dieses Bandes noch nicht beendet. Der aktuelle Stand kann beim Autor bzw. beim ver.di-Fachbereich Berlin/Brandenburg nachgefragt werden: <http://gesundheit-soziales-bb.verdi.de/>

Digitalisierung und Arbeitsgestaltung

- Roth, Ines (2015): ver.di-Innovationsbarometer 2015. Ausgewählte Ergebnisse, hrsg. vom ver.di-Bereich Innovation und Gute Arbeit. Berlin; <http://innovation-gute-arbeit.verdi.de/innovation/innovationsbarometer>
- Samuel, Sajay/Dirsmith, Mark W./McElroy, Barbara (2005): Monetized medicine: from the physical to the fiscal. In: *Accounting, Organizations and Society* 30, 249–278.
- Sauer, Dieter (2013): *Die organisatorische Revolution*. Hamburg.
- Simon, Michael (2014): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Hannover.
- Weisbrod-Frey, Herbert (2015): Digitalisierung im Gesundheitswesen, in: ver.di-Bereich Innovation und Gute Arbeit (Hg.): *Gute Arbeit und Digitalisierung*. Berlin.
- ver.di Infodienst Krankenhäuser (2015): ver.di-»Nachtdienst-Check« zeigt gefährliche Versorgungslücken, Ausgabe 69, 8.