

Daniel Behruzi*

Kampfmethode Ultimatum. Von disziplinierender Kollegialität zu widerständiger Solidarität – Fallbeispiele aus dem Gesundheitswesen **

Zusammenfassung

Was ist Solidarität im Krankenhaus? Im Alltag äußert sie sich darin, dass Pflegekräfte die eigenen Schutzrechte ignorieren, um Patientinnen und Patienten, aber auch ihre Kolleginnen und Kollegen „nicht hängen zu lassen“. Der Beitrag handelt von dem Versuch, aus dieser disziplinierenden Form der Kollegialität eine „Kampf-Solidarität“ zu entwickeln: Teams fordern ultimativ Maßnahmen zur Entlastung und drohen damit, andernfalls freiwillige Leistungen wie das Einspringen außerhalb des Dienstplans zu verweigern. Sie nutzen ihre gestiegene Produktionsmacht, da die Abläufe im Krankenhaus regelhaft darauf basieren, dass sich Pflegekräfte über ihre arbeitsvertraglichen Pflichten hinaus engagieren. Der Beitrag untersucht diese neue Kampfform der Ultimaten anhand von sechs Fallstudien, basierend unter anderem auf Experteninterviews mit Pflegekräften, Gewerkschaftssekretär/innen und betrieblichen Interessenvertreter/innen. Theoretisch knüpft er an Solidaritätskonzeptionen von Bayertz (1998) und den Machtressourcenansatz an. Er kommt zu dem Schluss, dass die Ultimaten dazu führen können, die – wie es ein Krankenpfleger und ver.di-Aktivist ausdrückt – im Klinikalltag „auf den Kopf gestellte“ Solidarität „wieder auf die Füße“ (SWB04, 30-32)¹ zu stellen. Es entwickelt sich eine Kampf-Solidarität, die die Durchsetzungsfähigkeit in Arbeitskämpfen, aber auch die Bereitschaft zu widerständigem Alltagsverhalten stärkt.

Schlagwörter: Solidarität, Machtressourcen, Gesundheitswesen, Arbeitskampf

* Dr. Daniel Behruzi, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Technischen Universität Darmstadt, Institut für Soziologie, Dolivostr.15, 64293 Darmstadt. E-Mail: behruzi@ifs.tu-darmstadt.de

** Artikel eingegangen: 15.05.2018, revidierte Fassung akzeptiert nach doppelt-blindem Begutachtungsverfahren: 12.09.2018

1 Die Interview-Codes beginnen mit der Bezeichnung der Region (S=Saarland, SW=Baden-Württemberg; C=Berlin); in der Mitte steht B für Beschäftigter und V für Gewerkschaftssekretär/in; am Ende sind die Codes durchnummeriert. Die Zahlen nach dem Komma bezeichnen den Absatz des transkribierten Interviews in MaxQDA.

The Ultimatum method of industrial action. From disciplinary collegiality to resistant solidarity—case studies in the health care sector

Abstract

What is solidarity in hospitals? In everyday life, it expresses itself in the fact that nursing staff ignore their own protective rights in order not to “let down” patients as well as colleagues. This contribution examines the attempt to develop “employee solidarity” in the face of the disciplinary nature of collegiality: Teams ultimately demand measures for relief or otherwise threaten to refuse to work hours not laid down in the staff roster. Here, the workforces’ bargaining power is enhanced by the fact that hospitals regularly depend upon the engagement of nursing staff beyond their contractual obligations. To this end, the article applies Bayertz’ (1998) concept of solidarity and the power resources approach. It comes to the conclusion that ultimatums can have the effect—as posited by a nurse and trade union officer—to put solidarity, which is “turned upside down” in everyday life in hospitals, “back on its feet” (SWB04, 30-32). Such a form of solidarity has the advantage that it strengthens the assertiveness of industrial action as well as increases employees’ willingness to resist in their everyday working life. The contribution examines this new ultimatum method of industrial action by drawing on research findings taken from six case studies. This involved interviews with nursing staff, trade union secretaries and works council members.

Keywords: Solidarity, power resources, health sector, industrial disputes (JEL: I5, J5)

1. Einleitung²

„Unbefristete Streiks an Uniklinika Essen und Düsseldorf“ (Bibliomed Pflege vom 6. August 2018); „Ver.di droht mit langem Streik an Uniklinik Homburg“ (Kirch, 2018). Das sind zwei aktuelle Schlagzeilen, die noch vor einigen Jahren für unmöglich gehalten worden wären. Sie dokumentieren: Die Industriellen Beziehungen im Gesundheitswesen sind in Bewegung geraten. Bis nach der Jahrhundertwende waren Arbeitskämpfe in dieser Branche de facto nicht existent. Sie beschränkten sich auf eine zumeist symbolische Beteiligung von Krankenhausbeschäftigten an den Tarifrunden des öffentlichen Dienstes, dessen Tarifwerk die Arbeitsbedingungen weit über die kommunalen Krankenhäuser und landeseigenen Unikliniken hinaus prägte. Ein Grund für die weitgehende Absenz von Arbeitskonflikten im Gesundheitswesen lag in dessen Organisations- und Eigentumsverhältnissen: Anders als in der Privatindustrie fällt ein Großteil der Krankenhäuser unter staatliche oder freigemeinnützige Trägerschaften, die keine Profitabsichten verfolgen. In konfessionellen Häusern gelten Tarifverhandlungen und Streikrecht bis heute als mit dem kirchlichen Selbstordnungsrecht unvereinbar (Bingener, 2012). Diese Grundkonstellation besteht trotz der Expansion privater Träger und marktwirtschaftlich getriebener Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung (siehe Abschnitt 2.3) fort. Dennoch ist eine zunehmende Konvergenz der Konfliktkonstellationen im Krankenhausbereich mit denen in der Privatwirtschaft festzustellen. Wie ist das zu erklären? Was hat sich geändert?

² Ich danke Maurice Laßhof und Lukas Zappino für ihre Kritik und Unterstützung.

Dieser Beitrag ist Teil einer Suchbewegung, die sich den Ursachen für diese Entwicklung annähert. Er hat nicht den Anspruch, eine umfassende Analyse der Verhältnisse und Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen zu liefern. Viele relevante Aspekte können nicht systematisch aufgearbeitet werden. Das Forschungsinteresse liegt in den neuen Kampfkonstellationen und -methoden, die sich in jüngster Zeit entwickelt haben. Dass Krankenhausbetten und ganze Stationen durch Streiks geschlossen werden müssen – zuletzt beispielsweise an der Uniklinik Essen (Simon, 2018) – ist ein Novum, dessen Hintergründe es zu untersuchen gilt. Der spezielle Fokus dieses Beitrags liegt allerdings auf einer neuartigen Kampfform, die unterhalb der Schwelle formaler Arbeitskämpfe angesiedelt ist – dem sogenannten Ultimatum. Mit dieser Methode wehren sich einzelne Teams gegen Überlastung – zumeist aus der Krankenhauspflege, in Einzelfällen aber auch aus anderen Beschäftigtengruppen. Sie drohen damit, ab einem bestimmten Zeitpunkt Leistungen zu unterlassen, zu denen sie per Arbeitsvertrag nicht verpflichtet sind. So lehnen sie es beispielsweise ab, außerhalb des Dienstplans einzuspringen, während unbezahlter Pausen zu arbeiten, Überstunden zu machen, zusätzliche Verantwortlichkeiten oder ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen. Dies drohen sie für den Fall an, dass die Geschäftsleitung bis zum genannten Datum konkrete Forderungen nicht erfüllt, die zu einer Entlastung führen sollen. Da die Abläufe in den Krankenhäusern aufgrund der dünnen Personaldecke auf solchen freiwilligen Leistungen der Pflegekräfte basieren, übt die Verweigerungsdrohung einen gehörigen Druck auf die Klinikleitung aus. Die Pflegeteams sind so in vielen Fällen in der Lage, Zugeständnisse und Verbesserungen durchzusetzen.

In der Literatur wird vielfach beschrieben, wie der „Pflegethos“ (Senghaas-Knobloch, 2008) Pflegekräfte dazu bringt, ihre Gesundheit aufs Spiel zu setzen, weil sie ihre Patient/innen nicht im Stich lassen wollen. Der Fokus des vorliegenden Beitrags liegt jedoch auf einem anderen Faktor: der alltäglichen Kollegialität, der „Solidarität“ mit den anderen Mitgliedern des Teams. Sie spielt unseren Erkenntnissen zufolge eine mindestens ebenso wichtige Rolle dabei, dass Beschäftigte ihre Rechte nicht wahrnehmen und „freiwillig“ gesetzliche, einzel- und tarifvertragliche Grenzen überschreiten. Die zentrale These ist, dass diese disziplinierende Kollegialität im Zuge der neuen Kampfmethoden in eine widerständige „Kampf-Solidarität“ transformiert werden kann.

Empirische Basis sind sechs Fallstudien: Untersucht werden jeweils zwei Stationen aus Krankenhäusern im Saarland, im Raum Stuttgart und in Berlin. Diese Regionen wurden auf Grundlage von Vorgesprächen und vorhandenem Feldwissen als diejenigen identifiziert, in denen die Ultimatum-Methode am häufigsten angewandt wird. Die Fallbeispiele wurden mit Blick auf größtmögliche Vergleichbarkeit ausgewählt: Es handelt sich bei allen um große öffentliche Krankenhäuser, in denen ver.di vergleichsweise gut organisiert ist. Andere Fälle, zum Beispiel aus der Altenpflege, wurden aus Gründen der Vergleichbarkeit nicht berücksichtigt.

Die Untersuchung basiert auf einem Dutzend informeller Gespräche sowie 13 leitfadengestützten Interviews mit Expertinnen und Experten, aber auch auf der Auswertung von Flugblättern, Betriebszeitungen, Vereinbarungen, Broschüren und Dokumentationen. Mittels informeller Vorgespräche wurden das Terrain sondiert, die Fallbeispiele ausgewählt und ein Leitfaden entwickelt. In jeder Untersuchungsregion wurden mit jeweils den zuständigen ver.di-Sekretären und an den Ultimaten beteiligten Pflegekräften sowie Betriebs- und

Personalräten problemzentrierte Experteninterviews (Mayring, 2002, S. 67) geführt. Ebenso mit einer Funktionärin der ver.di-Bundesverwaltung, um eine überregionale Betrachtung der Geschehnisse zu ermöglichen. Die Experteninterviews beschreiben und bewerten Sachverhalte also aus unterschiedlichen Perspektiven. Sie wurden mit Hilfe des Softwareprogramms MaxQDA einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen, die sich an Mayring (1994; 2002, S. 114-121) sowie den Einführungen von Cropley (2002, S. 127-136) und Lamnek (2005, S. 517-531) orientiert.

Ein Kritikpunkt am Fallstudien-Ansatz ist das mögliche Fehlen externer Validität (Cropley, 2002, S. 96). Um diese zu gewährleisten, sollten die Untersuchungsobjekte so gewählt sein, dass sie „hinsichtlich einer gleich oder ähnlich strukturierten größeren Menge von Phänomenen als typische Fälle oder besonders prägnante oder aussagefähige Beispiele gelten“ (Hartfiel & Hillmann, 1972, S. 160). Letzteres gilt auch für die hier versammelten Fallstudien. Sie zielen nicht auf Repräsentativität, sondern sind Teil einer Suchstrategie, die Hinweise auf die Erklärung neuartiger Phänomene liefern soll.

In den Abschnitten 2.1 und 2.2 werden zunächst theoretische Vorüberlegungen zu Solidaritätskonzeptionen und zum Machtressourcenansatz angestellt, die als analytische Folien dienen. In Abschnitt 2.3 werden Prozesse der Ökonomisierung und der Indirekten Steuerung dargestellt, die als Grundlage für die Entstehung neuer Kampfformen gelten können. In Abschnitt 3 folgen die Fallerzählungen. Die Erkenntnisse zu Prozessen und Akteuren werden in Abschnitt 4 verdichtet und systematisch zusammengefasst. In Abschnitt 5 erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse, bevor in Abschnitt 6 ein Fazit gezogen wird.

2. Theoretische Vorüberlegungen

2.1 Solidarität

Schon seit Durkheim (1992 [1893]) spielt das Thema Solidarität in der Soziologie eine zentrale Rolle. Dennoch existiert kein fest umrissenes analytisches Konzept. Vielmehr „wird in einzelnen Analysen auf sehr unterschiedliche und zum Teil widersprüchliche Solidaritätsbegriffe zurückgegriffen“, wie Tranow (2012, S. 13) in seinem Versuch einer handlungstheoretischen Fundierung des Begriffs betont. Es gilt daher zunächst, den diesem Beitrag zugrundeliegenden Solidaritätsbegriff darzustellen, ohne dabei den Anspruch einer umfassenden Diskussion der Thematik erheben zu wollen.

Bayertz (1998) unterscheidet (neben weiteren) zwischen zwei Typen von Solidarität: „Gemeinschafts-Solidarität“ bezieht sich auf wechselseitige Bindungen und Verpflichtungen innerhalb partikularer Gemeinschaften. „Kampf-Solidarität“ hingegen definiert er als „die Bereitschaft eines Individuums oder einer Gruppe [...], einem anderen Individuum oder einer anderen Gruppe bei der Durchsetzung seiner oder ihrer Rechte zu helfen“ (Bayertz, 1998, S. 49). Sie ist nicht nur, wie auch andere Formen der Solidarität, exklusiv, insofern Individuen oder Gruppen mit anderen Zielen und Interessen ausgeschlossen werden. Sie ist auch konflikthaft, da das gemeinsame Handeln in der Regel erst dadurch notwendig wird, dass „zur Realisierung der gemeinsamen Ziele und Interessen Widerstände überwunden werden müssen; und zwar vor allem Widerstände anderer Gruppen, die konkurrierende Interessen vertreten“ (Bayertz, 1998, S. 41).

Historisch erwächst Kampf-Solidarität auf Basis gemeinsamer (Klassen-) Interessen, „im Wissen um die gleichartige Betroffenheit durch die soziale Konfiguration des Industriekapitalismus“ (Tenfeld, 1998, S. 197). Sie unterscheidet sich von Wohltätigkeit dadurch, dass „eine grundsätzliche Gleichheit zwischen den Beteiligten existiert, die zu der *gegenseitigen* Erwartung von Hilfe im Bedarfsfall berechtigt“ (Bayertz, 1998, S. 41, Hervorhebung im Original), sie ist also latent reziprok, basiert aber „auf Freiwilligkeit, nicht auf Zwang“ (Scherr, 2013, S. 265). Ein bloßes gemeinsames „materielles Interesse“ ist indes nicht hinreichend. Anders als im *rational choice* Ansatz (Hechter, 1988) besitzt Solidarität für Bayertz auch eine „uneliminierbare moralische Dimension“, da sie der Durchsetzung legitimer, „gerechter Ziele“ dient (Bayertz, 1998, S. 44-45, Hervorhebung im Original). Auch Wildt (1998, S. 211) erklärt mit Bezug auf Honneth (1992) und Van Parijs (1995, 1996), „dass zur Solidarität erstens eine besondere Form von moralischer Motivation oder Altruismus gehört und zweitens ein Bezug auf Kooperation oder jedenfalls auf Wechselseitigkeit“.

Mit Tranow (2012, S. 36) gehe ich davon aus, dass soziologisch interessierende Solidarität stets einen Handlungsbezug aufweist und nicht allein Gefühlsregungen beschreibt. Laut Billmann & Held (2013, S. 24) ist Solidarität allerdings „nicht nur eine Handlung, sondern auch eine Haltung, und manchmal auch nur ein Gefühl der Verbundenheit“. Sie beruht nicht nur auf Interessen, sondern auch auf Identitäten (Baum, 1975).

„Kampf-Solidarität“ ist von einer im betrieblichen Alltag gelebten Kollegialität zu unterscheiden. Analog zu Thomes (1998) Differenzierung zwischen funktionaler und normativer Integration basiert Alltagskollegialität auf der Notwendigkeit von Kooperation im Arbeitsprozess, also auf „Verschiedenheit“, während „Kampf-Solidarität“ auf „Gemeinsamkeiten“ fußt – in diesem Fall dem kollektiven Ziel besserer Arbeitsbedingungen. Hürtgen (2013) differenziert in Bezug auf Kollegialität zwischen einer „menschlichen“ und einer „leistungsbezogenen“ Dimension. Windisch (2017, S. 141) spricht von „Alltagskooperation“ als der „Art und Weise, wie eine Belegschaft bzw. ein Team die gestellten Arbeitsaufgaben gemeinsam bewältigt und welche Arbeitsstile, Routinen, Umgangsformen und Stimmungen dabei vorherrschen [...]. Dabei entwickelt sich eine eingespielte Vertrautheit zwischen den Kolleg/innen und ein Gespür für die Stimmungslage der anderen.“

Diese Alltagskooperation spielt in Krankenhäusern wie in vielen anderen Betrieben eine große Rolle. Sie enthält Elemente von Solidarität, wie die latente Reziprozität und den moralisch verpflichtenden Charakter kollegialen Verhaltens. Von der „Kampf-Solidarität“ unterscheidet sie sich jedoch dadurch, dass die für diese postulierte „Zweipoligkeit“ (Bayertz, 1998, S. 41) fehlt: Laut Bayertz ist „Kampf-Solidarität“ zum einen durch den *positiven* Bezug auf bestimmte Ziele und Interessen und zum anderen durch das „charakteristische Engagement gegen einen Gegner“ als „*negativen* Bezugspunkt“ gekennzeichnet. Im betrieblichen Kontext ist das in der Regel das Management bzw. der Arbeitgeber. Im Krankenhausalltag geht es hingegen um die kooperative Bewältigung gemeinsamer Aufgaben wie der Patientenversorgung. Wenn sich Beschäftigte in diesem Rahmen füreinander einsetzen und sich kollegial verhalten, ist das nicht mit Solidarität gleichzusetzen. Ich bezeichne dieses Phänomen stattdessen als Kollegialität.

Die Entstehung von Solidarität unter den Beschäftigten wird laut Kröll (2013) durch den Strukturwandel unter neoliberalen Vorzeichen seit Mitte der 1970er-Jahre erschwert.

Auch Scherr (2013) betont, dass die Solidarisierung von Beschäftigten im postmodernen Kapitalismus voraussetzungsvoll ist. Das gilt umso mehr für die Krankenhäuser, wo zusätzliche Hürden zu überwinden sind. So stehen Arbeitskämpfe in diesem Bereich, die notwendigerweise die Versorgung der Patientinnen und Patienten beeinträchtigen, unter besonderem Rechtfertigungsdruck. Beschäftigte im Gesundheitswesen müssen noch stärker als ihre Kolleg/innen in der Privatindustrie darstellen, dass ihre Ziele „unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit als legitim gelten können“ (Bayertz, 1998, S. 44-45). Und sie müssen die Gefährdung von Menschen ausschließen, zum Beispiel durch sogenannte Notdienst-Vereinbarungen mit dem Arbeitgeber.

Hinzu kommt ein unter Begriffen wie „Zuneigungsgefangenschaft“ (Folbre, 2001) und „Pflegeethos“ (Senghaas-Knobloch, 2008) diskutiertes Dilemma von Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen: „Häufig haben sie zu den Kranken [...] persönliche Bindungen aufgebaut. Pflichtbewusstsein und Solidarität ihnen gegenüber führen dazu, dass die Beschäftigten trotz Personalkürzungen und anderer Kostensenkungsmaßnahmen eine gute Versorgung sicherstellen müssen und wollen. Verhandlungen mit Arbeitgebern über Löhne und Arbeitsbedingungen gestalten sich deshalb schwierig und die langfristigen Beziehungen erschweren es, zur Not die Reißleine zu ziehen und die Arbeit niederzulegen oder sich einen neuen Job zu suchen“ (Hipp & Kelle, 2015, S. 34).

Bischoff (1992, S. 168) kritisierte das „typische Denken“ in der weiblich geprägten Krankenpflege aus feministischer Sicht bereits Anfang der 1990er-Jahre so: „Nicht die Strukturen werden verändert, sondern die einzelne Schwester soll die Strukturen kompensieren. Woher die Probleme kommen, wo die Ursachen der Inhumanität liegen, ob man sie lieber verhütet als ausgleicht, ist für eine solche Krankenpflege keine Frage. Die Gesellschaft wird akzeptiert, wie sie ist: sie ist ja auch gar nicht so wichtig, denn auf den Einzelnen kommt es an, auf die ewige Ich-Du-Beziehung.“

Die meisten Autor/innen kommen aufgrund solcher Rollen(selbst)-Zuschreibungen in Bezug auf die kollektive Interessenartikulation von Pflegekräften zu pessimistischen Perspektiven. So vermutet beispielsweise Rieder (1999, S. 119), „dass es für Krankenschwestern schwierig sein wird, ihre berufliche Identität jenseits der beschriebenen ‚Kippbilder‘ (liebend versus herzlos und mütterlich versus genussüchtig) auszubilden. Dies würde eine Überschreitung oder das Ignorieren der angelegten Identitätsangebote voraussetzen.“

Doch es ist nicht allein die Einstellung zur „Pflege als Berufung“ (Voges, 2002), die Loyalität zu den Patientinnen und Patienten, die Pflegekräfte dazu bringt, ihre eigenen Rechte und Arbeitsschutzgesetze zu ignorieren (Becker, 2016). Es ist auch und vor allem die Loyalität zu den Kolleginnen und Kollegen, die Pflegekräfte regelmäßig dazu veranlasst, außerhalb des Dienstplans einzuspringen, Überstunden zu leisten oder gesetzlich vorgeschriebene Pausenzeiten nicht einzuhalten. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit Letzterem.

2.2 Machtressourcen

Ein theoretischer Bezugspunkt des vorliegenden Beitrags ist der Machtressourcenansatz, der nach den Quellen von Arbeitermacht fragt, wobei der Begriff Arbeiter im Sinne von Lohn- und Gehaltsabhängige verstanden wird. Er „unterstellt ein Interesse mehr oder minder heterogener Arbeiter- und Angestelltengruppen, Asymmetrien in den Austauschbezie-

hungen von Kapital und Arbeit durch kollektive Mobilisierungen besonderer Machtressourcen zu korrigieren“ (Dörre, 2011, S. 276). Wright (2000, S. 962) und Silver (2005, S. 30-44) unterscheiden zwischen struktureller Macht (*structural power*) und Organisationsmacht (*associational power*). Erstere erwächst aus der Stellung der Beschäftigten(gruppen) im ökonomischen System und wird in zwei Unterformen unterteilt: Marktmacht (*marketplace bargaining power*) und Produktionsmacht (*workplace bargaining power*).

Marktmacht ist primäre Verhandlungsmacht und kann aus verschiedenen Gründen entstehen, zum Beispiel dadurch, dass die Betroffenen über seltene oder besonders nachgefragte Qualifikationen verfügen. Auch ein Fachkräftemangel – wie er für die Gesundheitsberufe und speziell für die Pflege konstatiert wird (SpiegelOnline, 2018) – vermindert die Ersetzbarkeit von Lohnabhängigen und erhöht damit ihre Marktmacht. Der Begriff der Produktionsmacht bezieht sich auf den Produktionsprozess, kann aber auch auf Tätigkeiten im Bereich der Reproduktion bezogen werden. Es ist bemerkenswert, dass es zuletzt insbesondere in Bereichen der Reproduktion – inklusive der Krankenhäuser – zu größeren Arbeitskonflikten gekommen ist (Artus, Birke, Kerber-Clasen & Menz, 2017). Der Jenaer Arbeitskreis Strategic Unionism (2013, S. 349) führt das unter anderem darauf zurück, dass Reproduktionsarbeit zunehmend warenförmig organisiert ist: „Aus der Kommodifizierung dieser Tätigkeiten erwächst den (oftmals weiblichen) Beschäftigten Reproduktionsmacht. Deren Anwendung in Streiks [...] greift in den Reproduktionsprozess der Ware Arbeitskraft ein.“

Arbeitskonflikte gehen in der Regel mit einem Anwachsen von Organisationsmacht einher. Entscheidendes Kriterium zur Messung von Organisationsmacht ist die „Macht der Zahl“ (Marx, 1972 [1867], S. 196), also der Grad gewerkschaftlicher Organisierung. Allerdings lässt sich die Organisationsmacht nicht allein aus der Zahl der Mitglieder bestimmen, schon allein, weil es sich um eine „rein formale Kategorie“ handelt, die als solche „nichts über die Intensität der Bindung der Mitglieder an die Organisation“ aussagt. „Der Organisationsgrad misst ausschließlich die Fähigkeit einer Organisation zur Beschaffung *formalisierter Unterstützungsverpflichtungen*“ (Streeck, 1979, S. 72, Hervorhebung im Original). Die Größe von Organisationsmacht hängt ebenso von der Mobilisierungsfähigkeit ab (Müller-Jentsch, 1997, S. 119). Auch wenn diese überwiegend latent bleibt (Dörre, 2011, S. 275), so muss die Fähigkeit zur Mobilisierung doch vorhanden sein – zumindest in den Augen des Verhandlungspartners.

Eine weitere Machtressource ist die institutionelle Macht, die Visser bereits in den 1990er-Jahren konzipiert und in den Gewerkschaftsdiskurs eingeführt hat (Visser, 1995; Ebbinghaus & Visser, 1999). Als „sekundäre Machtform“ (Brinkmann & Nachtwey, 2010, S. 21) entsteht institutionelle Macht „als Resultat von Aushandlungen und Konflikten, die auf struktureller Macht und Organisationsmacht beruhen. Ihre Besonderheit wurzelt in dem Faktum, dass Institutionen soziale Basiskompromisse über ökonomische Konjunkturen und kurzzeitige Veränderungen gesellschaftlicher Kräfteverhältnisse hinweg festschreiben und teilweise gesetzlich fixieren können. [...] Auf diese Weise präformiert institutionelle Macht die Aushandlungsprozeduren und Handlungsstrategien von kollektiven Akteuren wie Betriebsräten und Gewerkschaften“ (Brinkmann, Choi, Detje, Dörre, Holst, Karakayali & Schmalstieg, 2008, S. 25).

Zusätzlich zu den genannten Machtquellen konzeptualisiert der Arbeitskreis Strategic Unionism (2013) die gesellschaftliche Macht, die er in Kooperationsmacht und Diskurs-

macht unterteilt. „Kooperationsmacht meint vor allem, über Netzwerke zu anderen gesellschaftlichen Akteuren zu verfügen und diese für Mobilisierungen und Kampagnen aktivieren bzw. sich an deren Aktionen beteiligen zu können“ (Arbeitskreis Strategic Unionism, 2013, S. 360). Bei der diskursiven Macht, die auf Haug (2009) zurückgeht, kommt hingegen „zum Ausdruck, erfolgreich in öffentliche Debatten bzw. historisch gegebene hegemoniale Grundstrukturen von Öffentlichkeit intervenieren zu können“ (Urban, 2010, S. 444).

Der öffentliche Druck – der „vor allem über die Skandalisierung von Ungerechtigkeiten“ (Arbeitskreis Strategic Unionism, 2013, S. 361) entwickelt wird – spielt gerade bei Arbeitskonflikten in Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge eine große Rolle. Wie bereits erwähnt stehen Arbeitskämpfe in Krankenhäusern unter einem besonderen Rechtfertigungsdruck, da sie die Patientenversorgung einschränken und potenziell gefährden. Zudem ist die direkte ökonomische Wirkung, die Aktionen von Krankenhausbeschäftigten entfalten können, geringer als im Produktionssektor. Die Gewinnung der öffentlichen Meinung, also die Entwicklung von Diskursmacht, ist daher ein bedeutender – wenn nicht der entscheidende – Erfolgsfaktor für Arbeitskämpfe in diesem Bereich. Das wird bei der Analyse der Fallstudien zu berücksichtigen sein.

Macht ist nur als relationale Größe zu begreifen. Wie groß die Macht von Beschäftigten ist, hängt also nicht nur von den ihnen selbst zur Verfügung stehenden Machtquellen ab, sondern auch von den Ressourcen ihres Gegenübers (Brookes, 2018; Schmalz, Ludwig & Webster 2018). Grundsätzlich ließe sich gegen die Applikation des Machtressourcenansatzes für den vorliegenden Beitrag einwenden, dass dieser bislang eher auf die Verhältnisse in kapitalistischen Wirtschaftsbetrieben gemünzt zu sein scheint als auf einen weiterhin größtenteils öffentlich oder freigemeinnützig organisierten Bereich der Daseinsvorsorge. Traditionell sind die Arbeitsbeziehungen im Krankenhaus weniger konfliktär und antagonistisch geprägt. Doch die Verhältnisse ändern sich und gleichen sich zusehends an diejenigen in der Industrie an. Der Preiswettbewerb zwingt Klinikleitungen – unabhängig von der Trägerschaft – zu permanenten Rationalisierungsanstrengungen, die wegen des hohen Personalkostenanteils vor allem die Beschäftigten treffen. Klinikleitungen agieren gegenüber Gewerkschaften und Betriebsräten zunehmend wie „normale“ Arbeitgeber und machen auch vor Methoden des „Union Busting“ (Behrens & Dribbusch, 2014) nicht halt. Das gilt insbesondere für private Betreiber (ver.di, 2018a), doch selbst die landeseigenen Universitätskliniken in Baden-Württemberg bedienten sich Ende 2017 einer einschlägigen Kanzlei, um Streiks zu unterbinden (ver.di, 2017e). Auch in den Krankenhäusern geht es daher zunehmend um machtpolitische Aushandlungsprozesse, die mit dem Machtressourcenansatz untersucht werden können. Allerdings sind nicht alle Machtquellen im untersuchten Feld gleichermaßen relevant, weshalb die gewonnenen Erkenntnisse im Fazit nur in Bezug auf einzelne Aspekte des Ansatzes diskutiert werden.

2.3 Ökonomisierung und Indirekte Steuerung

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 leitete einen Prozess der Ökonomisierung des Krankenhauswesens ein (Simon, 2016). Zehn Jahre später wurde das Finanzierungssystem grundlegend umgestellt. Das seit 1972 über Jahrzehnte geltende Prinzip der Selbstkostendeckung – die Betriebsausgaben der Krankenhäuser wurden von den Versicherungen unter Maßgabe wirtschaftlichen Handelns vollständig refinanziert – wurde durch ein System von

Festpreisen (Diagnosis Related Groups, DRG) abgelöst (Rosenbrock & Gerlinger, 2014). Dieses hat eine „neue Herrschaft der Zahlen“ (Marrs, 2007) im Krankenhaus etabliert.

Das ging mit einer deutlichen Ausweitung des Anteils privater Träger am Krankenhausmarkt einher. So hat sich die Zahl der von Privatkliniken betriebenen Betten seit der Jahrhundertwende auf rund 93.000 (2016) in etwa verdoppelt. Ihre Kapazitäten sind damit zwar immer noch deutlich geringer als die öffentlicher und freigemeinnütziger Betreiber, die Reichweite und der Marktanteil privater Konzerne wächst aber kontinuierlich (Statistisches Bundesamt 2018, S. 15). Diese Entwicklung lässt sich als Verschiebung von Marktgrenzen fassen. Auf Mesoebene, also bezogen auf die Branche insgesamt, werden Marktgrenzen durch Preiswettbewerb und Privatisierung „auf bislang dekommodifiziertes Terrain“ (Brinkmann, 2011, S. 43) verschoben. Auf betrieblicher Mikroebene findet dies seine Entsprechung in veränderten Formen der Unternehmenssteuerung, die alle Bereiche und Beschäftigten unmittelbar dem Druck des Marktes aussetzen.

Denn die Standardisierung von Krankenhausleistungen ermöglicht es, Kliniken mittels betriebswirtschaftlicher Benchmarks zu vergleichen und in Konkurrenz zueinander zu setzen (Vogd, 2006). Die DRG-Werte richten sich nach Durchschnittskosten, was dazu führt, „dass die Krankenhäuser ihre realen Fallkosten aufgrund eines stipulierten Produktivitätsfortschritts fortwährend absenken und damit die Voraussetzung für eine kostenneutrale Ausweitung der Behandlungstätigkeit schaffen“ (Bode, 2010, S. 194). Dieser „Kellertrep-peneffekt“ (Simon, 2013, S. 1785) übt einen permanenten Rationalisierungsdruck aus, auf den die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren mit Personalabbau – insbesondere im Bereich der (nicht oder kaum erlösrelevanten) Pflege und der Servicetätigkeiten – sowie mit einer Ausweitung der Fallzahlen reagiert haben. Zugleich haben sich die durchschnittlichen Liegezeiten infolge des medizinischen Fortschritts sowie ökonomischer Anreize sukzessive verkürzt und die Fallschwere hat im Durchschnitt zugenommen. All das führt dazu, dass die Belastung der Pflegekräfte in Deutschland auch im internationalen Vergleich extrem hoch ist: Während eine Pflegefachkraft hierzulande für durchschnittlich 13 Patientinnen und Patienten zuständig ist, sind es in den Niederlanden sieben, in den USA 5,3 (Simon & Mehmecke, 2017).

Vor diesem Hintergrund basiert die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser zunehmend darauf, dass Pflegekräfte und andere Beschäftigte Leistungen über ihre arbeitsvertraglichen Pflichten hinaus erbringen. Laut DGB-Index Gute Arbeit muss nur weniger als ein Drittel der Beschäftigten in der Regel keine Überstunden leisten, zwei von drei Beschäftigten sind dazu also gezwungen (Roth, 2011). Die Gewerkschaft ver.di hat in einer nicht-wissenschaftlichen Erhebung im Mai 2016 ermittelt, dass die Beschäftigten der Krankenhäuser einen „Überstundenberg“ von insgesamt 35,7 Millionen Stunden vor sich her schieben (ver.di, 2016). Laut einer Online-Befragung von gut 3.500 Pflegekräften aus demselben Jahr ist das Einspringen außerhalb des regulären Dienstplans in der Krankenhauspflege allgegenwärtig: Nur vier Prozent der Pflegekräfte geben an, nie in ihrer Freizeit um die kurzfristige Übernahme von Schichten gebeten zu werden (DBfK, 2016). Hinzu kommen veränderte Aufgabenteilungen zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus. „Rationalisierungsstrategien in Form vertikaler Verlagerungen“ (Becker, 2014, S. 45) zielen darauf ab, Tätigkeiten aufzuspalten und auf geringer qualifizierte (und schlechter entlohnte) Beschäftigtengruppen zu übertragen. Examinierte Pflegekräfte geben zwar Tätigkeiten wie die Essensausgabe an

Service- und Hilfspersonal ab, weshalb manche examinierte Pflegekräfte dies zunächst begrüßen. Die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten führt aber dazu, dass sich die Mehrheit durch die veränderte Aufgabenteilung insgesamt stärker belastet fühlt als zuvor (Bräutigam, Evans, Hilbert & Öz, 2014, S. 52).

Dass Pflegekräfte im Krankenhaus regelmäßig Aufgaben erfüllen, zu denen sie laut Arbeitsvertrag nicht verpflichtet sind, hat aus Sicht von Gewerkschaften und Interessenvertretungen auch einen potenziell positiven Effekt: Mit „Dienst nach Vorschrift“ kann der laufende Betrieb empfindlich beeinträchtigt werden, was effektive Formen von Widerständigkeit unterhalb des Streiks ermöglicht. Inwieweit Pflegekräfte von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, ist Gegenstand dieses Beitrags.

Zugleich ist die Ökonomisierung auch ein Hindernis für einzelbetrieblichen Widerstand. Die einzelnen Kliniken stehen unter hohem Konkurrenzdruck, manchen droht die Insolvenz. Die Leitung dieser Kliniken hat daher oft geringe finanzielle Spielräume. Beschäftigte haben Angst, den eigenen Betrieb und Arbeitsplatz durch Aktionen zu gefährden – insbesondere indem sie den Ruf des Krankenhauses schädigen könnten. Das ist wohl der Grund dafür, dass sich die Streiks für Entlastung und auch viele der Ultimativen auf große Universitätskliniken konzentrieren, die als weniger insolvenzgefährdet gelten (BV11, 4).

Nicht nur bei der Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen, auch in Bezug auf die Steuerungsformen von Arbeit manifestieren sich aus der Industrie bekannte Entwicklungen zunehmend auch im Gesundheitswesen. Auch hier etabliert sich „eine weitgehend enthierarchisierte Struktur der Anweisung und Kontrolle, verbunden mit Formen erweiterter Selbstorganisation und Arbeitsautonomie auf der ausführenden Ebene“ (Hirsch-Kreinsen, 2010, S. 453). Zwar war die Selbstorganisation der Stationsteams im Krankenhaus immer schon von großer Bedeutung, sie findet heute aber unter anderen, ökonomisierten Rahmenbedingungen statt. Es gelingt dem Management Marrs (2007) zufolge zwar kaum, die Erlös- und Gewinnoptimierung für die Pflegenden orientierungs- und motivationswirksam zu machen, weil deren ethisch-moralische Ansprüche mit der Ökonomisierung in Konflikt geraten. Dennoch wirkt die „Indirekte Steuerung“ (Peters & Sauer, 2005; Siemens & Frenzel, 2016) auch hier: Den Stationsteams wird die Verantwortung dafür übertragen, dass die Patientinnen und Patienten rund um die Uhr versorgt werden – unter Rahmenbedingungen, auf welche die Pflegekräfte keinen Einfluss haben. Das trifft insbesondere auf den Personaleinsatz zu. Dieser gilt als unternehmerische Angelegenheit und entzieht sich daher weitgehend der betrieblichen Mitbestimmung. Eine gesetzliche Personalbemessung, auf die sich Beschäftigte und Interessenvertretungen berufen könnten, gibt es mit Ausnahme weniger Krankenhausbereiche nicht.

Die Kombination beider Entwicklungen – der Ökonomisierung und der Etablierung neuer Steuerungsformen – bildet den Ausgangspunkt und Rahmen für die Veränderungen der Industriellen Beziehungen im Gesundheitswesen.

3 Falldarstellungen

Die Strategie der Ultimativen ist Teil eines erweiterten Handlungsrepertoires von Gewerkschaften im Krankenhauswesen. Dazu zählen auch die Streiks für mehr Personal und Entlastung, die zuletzt in mehreren Kliniken stattgefunden haben. Dass die Personalbesetzung