

Tarifvertrag für Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung an der Charité Berlin

Von Matthias Neumann

veröffentlicht am 27. Sep 2016

Online: <https://care-revolution.org/aktuelles/tarifvertrag-an-der-charite-berlin>

Die Charité ist ein gemeinsamer Betrieb der Berliner Universitätskliniken. Hier erkämpften die Beschäftigten im Mai 2016 einen Tarifvertrag über eine Mindestpersonalbemessung auf den Pflegestationen. Dieser Tarifvertrag ist über Jahre gegen anhaltenden Widerstand durchgesetzt worden und wird, so sieht es momentan aus, zum Vorbild für Arbeitskämpfe in anderen Krankenhäusern. An der Auseinandersetzung, die an der Charité geführt wurde, ist vieles neu und besonders. Dies soll im Folgenden dargestellt werden.

Dass ein Arbeitskampf geführt wird mit dem Ziel, mehr Pflegekräfte auf den Stationen einzusetzen, ist ungewöhnlich und ist eine Reaktion auf den massiven Arbeitsdruck, dem Pflegende im Krankenhaus ausgesetzt sind. Diese Belastung ist nicht durch den Arbeitsinhalt erzeugt, sondern durch den Rahmen, in dem das Pflegepersonal seine Arbeit tut. Und dieser Rahmen ist mit der Einführung von Fallpauschalen 2004 massiv zulasten der Pfleger_innen verändert worden. Fallpauschalen bedeuten, dass jedem Krankheits- und Verletzungsfall über das DRG (Diagnosis Related Group)-System ein Aufwand zugeordnet wird, gemäß dem das Krankenhaus eine Vergütung erhält. Während die Einstellung zusätzlicher Ärzt_innen zusätzliche abrechenbare Leistungen, beispielsweise Operationen, nach sich zieht, stellen Pflegekräfte in diesem System einen reinen Kostenfaktor dar; es rentiert sich, ihre Arbeit so umfassend wie möglich zu verdichten und zu rationalisieren.

Die ins Unerträgliche wachsende Arbeitsbelastung der Pfleger_innen thematisierte die Gewerkschaft ver.di im April 2011 mit der Kampagne „Der Druck muss raus“ für bessere Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern. Dabei zielte die Gewerkschaft auf eine gesetzliche Regelung von Mindeststandards bei der Besetzung der Stationen mit Pflegekräften ab (<https://www.gesundheit-soziales.verdi.de/der-druck-muss-raus>). Auf diese Weise sollte eine Allgemeingültigkeit der Mindestbesetzung erreicht werden, so dass Krankenhausunternehmen nicht durch den Einsatz von weniger Pflegekräften Kostenvorteile erzielen. Die Betriebsgruppe der Charité entschied sich, nicht auf die Durchsetzung einer gesetzlichen Regelung zu warten, sondern einen Tarifvertrag zur Mindestbesetzung der Stationen anzustreben. Damit ließ sich im Unterschied zu einer Kampagne für ein Gesetz auch das Mittel des Arbeitskampfes ein. Kern der Forderungen an der Charité war ein Personalschlüssel auf den Stationen von einer Pflegekraft zu fünf Patient_innen, auf Intensivstationen war das Ziel ein Verhältnis von 1 zu 2.

Vom Start der Kampagne „Der Druck muss raus“ bis zur Aufnahme von Tarifverhandlungen dauerte es dann drei Jahre, in denen die Leitung der Charité systematisch Verhandlungen verzögerte und verweigerte. Im April 2016 setzten die Charité-Beschäftigten einen Tarifvertrag zu Gesundheitsschutz und Mindestbesetzung durch. Mit großer Mehrheit (knapp 90 Prozent) stimmten die Gewerkschaftsmitglieder dem Vertrag zu (<http://www.mehr-krankhauspersonal.de/1795>). Für Intensivstationen (1:1 bis 1:3) und für die Kinderklinik (1:6,5) wurden Personalschlüssel festgelegt. Für die „Normalpflegestationen“, drei Viertel der Stationen der Charité, wurde dies nicht erreicht. Jedoch gibt es Orientierungswerte, deren Einhaltung ein paritätisch besetzter Gesundheitsausschuss und eine neutrale Ombuds-

person sicherstellen sollen. Die Sperrung von Betten ist möglich, wenn die festgelegten Mindeststandards bei den Arbeitsbedingungen nicht eingehalten werden. Dies hätte finanzielle Einbußen für das Unternehmen zur Folge. Dieser Vertrag, weiterhin ein Kompromiss, läuft zunächst bis Juni 2017.

Schon das Ergebnis der jahrelangen Auseinandersetzung ist bemerkenswert und Neuland. Darüber hinaus ist jedoch vieles an der Auseinandersetzung selbst auch lehr- und hilfreich für Care-Aktive innerhalb und außerhalb der Krankenhäuser. Drei Bereiche scheinen mir besonders wichtig zu sein:

1. Es zeigte sich, dass der neoliberale Umbau der Krankenhausfinanzierung, der die Pfleger_innen den Auswirkungen des Kostendrucks aussetzt, die Krankenhausbetriebe in Arbeitskämpfen angreifbarer macht. Im Streik 2011, in dem die schrittweise Wiederangleichung der Löhne an den Tarifvertrag des öffentlichen Diensts durchgesetzt wurde, erzwangen die Streikenden die Schließung von 40 Stationen mit knapp der Hälfte der Betten an der Charité, gleichzeitig fielen 90% der Operationen aus.¹ Mit dieser Strategie nutzten sie den Umstand, dass dem Krankenhaus nach dem Prinzip der Fallpauschalen durch jede ausgefallene Operation und jede_n aus Bettenmangel nicht aufgenommene_n Patient_in Einnahmen entgehen. In diesem fünftägigen Streik erlitt die Charité Verluste von ca. 5.5 Millionen €². Gleichzeitig ermöglichten die Stationsschließungen mehr Pflegenden eine Streikteilnahme, da der Notdienst eingeschränkt werden konnte und Pfleger_innen aus dem Dilemma herauskamen, neben ihren Interessen als Lohnabhängige für das Wohl der von ihnen betreuten Menschen verantwortlich zu sein. Dass vergleichsweise kurze Streiks wie 2011 und 2015 oder bereits die glaubwürdige Ankündigung eines Streiks wie 2014 solche Wirkung erzielen, zeigt vermutlich zweierlei: Zum einen macht das System der Fallpauschalen die Krankenhausbetriebe tatsächlich angreifbar, zum anderen musste das Management davon ausgehen, dass die Belegschaft auch einen längeren Ausstand geschlossen durchhalten würde.
2. Die Krankenhausbeschäftigten waren während der Streiks und auch bei Auseinandersetzungen unterhalb dieser Schwelle in einem Maß einbezogen, das für eine DGB-Gewerkschaft ungewöhnlich intensiv ist. Exemplarisch lässt sich das an drei Beispielen zeigen. Über die Annahme des Tarifvertrags 2014 wurde auf einer öffentlichen Mitgliederversammlung entschieden, auch das Ergebnis der Tarifverhandlungen 2016 legte die Tarifkommission den organisierten Beschäftigten zur Urabstimmung vor. Dies ist längst nicht überall üblich. Während des Streiks 2015 spielten Tarifberater_innen aus der Belegschaft eine wichtige Rolle, die den Informationsfluss zwischen Stationen und Streikleitung herstellten. Aktive auf den Stationen hatten aber auch für den Tarifvertrag 2014 eine zentrale Bedeutung und haben diese auch jetzt wieder. Denn die Rückmeldung, ob die Regelungen zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen führen und ob das Management sie überhaupt einhält, können nur die auf den Stationen Arbeitenden als „Expert_innen in eigener Sache“ geben. Deswegen schätzt Carsten Becker, Vorsitzender der ver.di-Betriebsgruppe, den Tarifvertrag als aktivierend ein: „Wir können uns

¹ Wolf, Luigi: Patienten wegstreiken. Arbeitskämpfe an der Charité. In: Luxemburg 1/2013, S. 12-17

² Latza, Jan; Kirsten Schubert: Pflegenotstand in der Fabrik Krankenhaus. In: analyse&kritik 587/2013

jeden Tag dafür einsetzen, unsere Arbeitsbedingungen zu verbessern.“³ Diesen alltäglichen Kampf gegen die Überlastung der Pflegenden unterstützte die Betriebsgruppe schon zuvor mit der „Aktion Notruf“. Hier wurden Stationsteams aufgefordert und dabei unterstützt, Überlastung und Qualitätseinbußen bei der Pflege anzuzeigen und Maßnahmen zur Behebung der Missstände einzufordern. Die Zusammenarbeit mit dem Personalrat gibt den Stationsbeschäftigten ein realistisches Drohpotential in die Hand: Während sie ankündigen, über den Arbeitsvertrag hinausgehende Leistungen zu verweigern, kann der Personalrat die Zustimmung zu Überstunden verweigern. In der Folge kann dies zur Schließung von Stationen führen. Zusätzlich veröffentlichte ver.di im Juni 2015 sieben ausgewählte Notrufe und skandalisierte die Zustände an der Charité auch öffentlich (<http://www.mehr-krankenhauspersonal.de/1641>).

3. Der Wunsch, das Wohl der Patient_innen zu berücksichtigen, wurde von Gewerkschafter_innen häufig als Hemmnis für die Bereitschaft gesehen, in Krankenhäusern und anderen Bereichen entlohnter Sorgearbeit effektive Arbeitskämpfe durchzuführen. Dieses Problem gingen die Aktiven an der Charité auf unterschiedliche Weise an, indem sie deutlich machten, wie durch mangelndes und überlastetes Personal auch Würde und Sicherheit der Patient_innen gefährdet werden: Von Beginn an stellte die Betriebsgruppe den Kampf für mehr Personal auf den Stationen und das Motto „Mehr von uns ist besser für alle“ (<http://www.mehr-krankenhauspersonal.de>). Auch die Aktion Notruf stellte heraus, wie sich die Unterbesetzung einzelner Stationen auf Pfleger_innen und Pflegebedürftige gleichermaßen auswirkt. Dass solche Probleme an die Öffentlichkeit gebracht werden, ist ein Schritt, der nicht unterschätzt werden sollte. Hier mobilisiert eine Beschäftigtenvertretung gesellschaftliche Unterstützung, indem sie der Geschäftsleitung die Mitwirkung dabei verweigert, die Zustände im Krankenhaus als intakt darzustellen.

Neben diesem allgemeinen Bezug auf Patient_inneninteressen und die Interessen sorgender Angehöriger stellten Gewerkschafter_innen gemeinsam mit Care-Aktiven außerhalb der Charité diesen Bezug auf eine organisatorische Grundlage. Im Juli 2013 gründete sich das „Bündnis Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus“ (<https://www.facebook.com/verdi.charite.buendnis>). Das Bündnis stellt sich seit seiner Gründung hinter die ver.di-Forderungen nach einem Tarifvertrag, ist aber kein reines Solidaritätskomitee. Neben den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten geht es den Aktiven im Bündnis um Selbstsorge. Aktive unterstützen den Kampf der Pfleger_innen, weil sie selbst auf einer Station Betreuung und Zuspruch erfahren möchten, weil sie selbst keine Infektion durch einen Krankenhauskeim erleiden wollen. Sie unterstützen den Kampf für mehr Personal und gegen die Fallpauschalen, weil sie nicht mit der Pflege zu früh entlassener Angehöriger überfordert sein wollen. Auf diese Weise kommt hier ein Bündnis von Menschen in unterschiedlichen Sorgepositionen – entlohnt Sorgearbeitende, unentlohnt Sorgearbeitende, auf Sorge Angewiesene – zustande.

Ein solches Bündnis kann ein Vorbild für andere Initiativen im Netzwerk Care Revolution sein. Hierfür gibt es zum einen ganz pragmatische Gründe. Ein externes Unterstützer_innenbündnis kann vieles tun, was eine Gewerkschaft nicht darf oder was möglicherweise nicht in ihr durchsetzbar ist. Beispielsweise führte das Bündnis, als sich die Geschäftsleitung im März 2014 in die Schlichtung rettete, die zum

³ Johannes Supe: Interview mit Carsten Becker. Endlich gibt es Ansprüche an die Qualität. Junge Welt vom 30.4.2016

Streikauftakt geplante Demonstration als Solidaritätsveranstaltung dennoch durch. Und ein Unterstützungsbündnis, das sich aus einem umfassenden Verständnis von Bedürfnissen in der Sorge heraus konstituiert, ist ein Angebot an die vielen einzelnen, organisierten und unorganisierten Menschen, die sich aus Eigeninteresse für Veränderungen in den Krankenhäusern engagieren wollen. Allzu häufig fehlt es jedoch an greifbaren Konflikten und erreichbar scheinenden Kampfzielen. Beides ist hier gegeben.

Und nicht zuletzt kann ein Bündnis, das ausgehend von einer umfassenden Care-Perspektive agiert, den Gedanken der Care Revolution verbreiten: Menschen aus verschiedenen Care-Positionen können gemeinsam für ihre jeweiligen Interessen eintreten, wenn sie sich daran machen, die Bedingungen zu verschieben, unter denen Sorge beispielsweise im Krankenhaus stattfindet. Es steht zu erwarten, dass wir demnächst mehr Möglichkeiten erhalten, uns an solchen Bündnissen zu beteiligen. Denn das Beispiel der Charité steckt an. An den Vivantes-Kliniken in Berlin hat sich eine Tarifkommission gebildet, die einen ähnlichen Tarifvertrag wie an der Charité durchsetzen will (<https://gesundheit-soziales-bb.verdi.de/branchen-berufe/krankenhaeuser/vivantes/++co++0992d7cc-55a5-11e6-aef2-525400438ccf>). Am 01.11.2016 wird in Berlin die Auftaktkonferenz zu einer „Tarifbewegung TV Entlastung Berlin-Brandenburg“ stattfinden (<https://gesundheit-soziales-bb.verdi.de/themen/nachrichten/++co++9df913b8-531b-11e6-a6b5-525400ed87ba>). In Baden-Württemberg ist Entsprechendes geplant.