

Arbeit und Gesundheit – Ein Widerspruch in der Gesundheitsbranche?

Manfred Rompf

BELASTUNGEN UND PERSONAL- ABBAU

Die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind – gemessen an den durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstagen – mit am stärksten belastet. Sie leiden überdurchschnittlich stark unter allgemeinen psychovegetativen Beschwerden. Pflegekräfte sind dabei besonders betroffen. Sie gelten somit als Risikogruppe für viele der sozialmedizinisch relevanten Erkrankungen, vor allem in Bezug auf kardiovaskuläre, psychosomatische und immunologische Erkrankungen. Die Arbeitsbelastung der im Gesundheitswesen Beschäftigten und die daraus resultierenden negativen Folgen für die Gesundheit sind mittlerweile gut belegbar. Zu den wesentlichen Belastungsfaktoren zählen – neben der Arbeitszeit, physischen und psychischen Belastungen sowie Belastungen durch Umgebungsgefahren – so genannte organisationsbedingte Belastungen.¹

In erster Linie gelten bei den Arbeitszeiten Schicht- und Nachtdienste als erhebliche Belastungsfaktoren. Hinzu kommen die Bereitschaftsdienste, die dazu führen, dass Beschäftigte in Krankenhäusern bis zu 32 Stunden ihren Arbeitsplatz „Krankenhaus“ nicht verlassen können. Verletzungen des Arbeitszeitgesetzes und der EU-Richtlinie zur Arbeitszeit gehören oftmals zum Alltag für die Beschäftigten. Die vorgeschriebenen Ruhezeiten, die täglichen und wöchentlichen Höchstarbeitszeiten werden missachtet.

Der pflegerische Tätigkeitsbereich ist – z. B. durch das Heben und Lagern von Patientinnen und Patienten – geprägt von erheblicher körperlicher Belastung. Untersuchungen zu körperlichen Belastungen von Pflegekräften beziehen sich daher überwiegend auf die Problematik der Wirbelsäu-

lenbelastung sowie Nacken- und Rückenbeschwerden.²

Die psychosozialen Belastungsfaktoren ergeben sich vornehmlich aus der ständigen Belastung mit körperlichen und psychischen Leiden der Patienten mit schweren Verletzungen, unheilbaren Krankheiten und der Auseinandersetzung mit dem Tod. Weitere Belastungsfaktoren stellen die mit hoher Konzentration auszuübenden Tätigkeiten im pflegerischen Handeln dar. Jeder Pflegefehler kann zu erheblichem Schaden bei einem Patienten führen, was unmittelbar haftungsrechtliche Probleme nach sich ziehen kann.

Die Beschäftigten im Krankenhaus sind hohen Gesundheitsgefährdungen durch den Umgang mit Chemikalien, Kernspintomographen, Laser- und Röntgengeräten ausgesetzt. Dies kann zu Hauterkrankungen und Allergien oder zu erhöhten Strahlenbelastungen führen. Eine weitere Gesundheitsgefährdung besteht im regelmäßigen Umgang bzw. Kontakt mit Körperflüssigkeiten bei gleichzeitig hohem Risiko von Stich- und Schnittverletzungen. Die Hauptgefahren hierbei sind Virusinfektionen wie Hepatitis B und C oder HIV.³

Seit 1993 gilt in den Krankenhäusern eine strenge „Budgetdeckelung“. Der Gesetzgeber hat in § 71 SGB V in Verbindung mit der Bundespflegesatzverordnung beschlossen, dass die Budgets der Krankenhäuser nur noch in Höhe der Steigerungsrate der Grundlohnsomme ansteigen dürfen. Dies bedeutet, dass die Personalkosten, die durch die Tarifsteigerungen entstehen, nicht refinanziert werden. In der Konsequenz führte dies zu einem ständigen Abbau von Beschäftigten bei gleichzeitiger Verdichtung der Arbeit und einer damit verbundenen höheren Arbeitsbelastung bei allen Berufsgruppen.

EU-RECHT UND TARIFPOLITIK

In Hessen versorgten 1996 rund 180 Krankenhäuser pro Jahr 1,1 Millionen Patienten. Diese Zahl stieg innerhalb von fünf Jahren um ca. 5 % auf 1,158 Millionen (2001). Die Verweildauer reduzierte sich im gleichen Zeitraum von 11 Tagen (1996) auf 9,6 Tage (2001). Die Anzahl der Krankenhausbetten hat sich ebenfalls weiter reduziert. Gab es 1996 noch 40.921 Planbetten, so waren es 2001 nur noch 37.092, also 3.829 weniger. Die Beschäftigtenzahl in Hessen ist ebenfalls rückläufig: 1996 waren in den Krankenhäusern noch 75.457 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, die Zahl reduzierte sich auf 72.171 im Jahr 2001.⁴

Die überlangen Arbeitszeiten in den Krankenhäusern lassen sich am deutlichsten am Beispiel der bestehenden Regelungen zum Bereitschaftsdienst aufzeigen. In

1 Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2001): Frauengesundheitsbericht, Bremen.

2 Bartholomeyczik, S. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus, in: Badura, B. (Hrsg.), System Krankenhaus, Weinheim und München.

3 Nolting, H. D. (2000): DAK BGW Krankenpflege-report 2000 – Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik, Berlin und Hamburg.

4 Hessische Krankenhausgesellschaft (2004): Zur Situation der Krankenhäuser in Hessen

Manfred Rompf, Vorsitzender ver.di Fachbereich 03 Hessen und Mitglied im Bundesfachbereichsvorstand; Betriebsratsvorsitzender in der Rehbergpark GmbH Zentrum für soziale Psychiatrie, Herborn.
E-mail: rompf.manfred@web.de

Übersicht 1: Forderungen der Tarifparteien zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und der EU-Richtlinie für Krankenhäuser

ver.di	Kommunaler Arbeitgeberverband
Verlängerung der täglichen Arbeitszeit:	Verlängerung der täglichen Arbeitszeit:
– mit Bereitschaftsdienst auf bis zu 13 Stunden (inklusive Pause)	– mit Bereitschaftsdienst über 13 Stunden, gestaffelt nach Belastungsstufen
– für besondere Bereiche mit geringer Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst über 13 Stunden aufgrund eines Landesbezirksvertrages unter folgenden Voraussetzungen: – eingehende Arbeitsplatzanalysen – Erarbeitung von Organisations- und Arbeitszeitmodellen – Gefährdungsanalyse gemäß § 5 ArbSchG – Maßnahmen zum Gesundheitsschutz	– aufgrund von Betriebs- oder Dienstvereinbarung bis zu 24 Stunden
Keine Verlängerung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit über 48 Stunden	Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit auch über 48 Stunden
Quelle: ver.di (2004): Tarifinfo, Aktueller Stand der Tarifverhandlungen zur Umsetzung EU-Richtlinie in Krankenhäusern, September 2004.	
	

den bisherigen Arbeitszeitgesetzen und den tariflichen Bestimmungen wurden für die Krankenhäuser großzügige Ausnahmeregelungen vereinbart. Dieser Entwicklung ist durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes ein Ende gesetzt worden. Mit seinem bahnbrechenden Urteil vom 03. 10. 2000 in der spanischen „Rechtsache SIMAP“ hat er den Grundsatz „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“ festgestellt. Das Bundesarbeitsgericht hat in seiner Entscheidung vom 18. 02. 2003 diesen Standpunkt übernommen. Ein halbes Jahr später hatte der Europäische Gerichtshof zum ersten Mal einen Fall aus der Bundesrepublik Deutschland zu entscheiden. In seinem Urteil vom 09. 09. 2003 in der „Rechtsache Jäger“ hat er mit aller Deutlichkeit klar gemacht: Auch in der Bundesrepublik Deutschland gilt das EU-Recht uneingeschränkt. Aus diesem Grund mussten auch hier die überlangen Arbeitszeiten im Bereitschaftsdienst reduziert werden. Daraufhin hat der Bundestag das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) geändert, das am 01. 01. 2004 in Kraft getreten ist. Dieses nunmehr geänderte Arbeitszeitgesetz trägt zwar im Ansatz dem Grundsatz „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“ Rechnung. Gleichzeitig wurden jedoch neue Flexibilisierungsmöglichkeiten geschaffen, sodass dem Grundanliegen der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes zuwider gehandelt wird.

Zur genaueren Ausgestaltung der tariflichen Umsetzung wurden die Tarifvertragspartner beauftragt. Folgende Grundsätze und Fakten, festgelegt durch die EU-Arbeitsrichtlinie und die Urteile des Europäischen Gerichtshofes, sind für die Tarifvertragsparteien zu beachten: Arbeitsbereitschaft, Bereitschaftsdienste, Zei-

ten der Inanspruchnahme in der Rufbereitschaft, Überstunden und Nebenbeschäftigung zählen zur täglichen bzw. wöchentlichen Arbeitszeit. Die wöchentliche Höchstarbeitszeit ist begrenzt auf durchschnittlich 48 Stunden. Die Einrechnung von Bereitschaftsdienst und Zeiten der Inanspruchnahme in der Rufbereitschaft bedeutet, dass zusätzlich zu der tariflichen Wochenarbeitszeit im Tarifgebiet West 9,5 Stunden, im Tarifgebiet Ost 8 Stunden Bereitschaftsdienst bzw. Inanspruchnahme in der Rufbereitschaft pro Woche im Schnitt geleistet werden darf.

Die *wöchentliche Arbeitszeit* kann laut § 7 Abs. 2a des ArbZG vom 01. 01. 2004 über diese 48 Stunden hinaus *ohne Ausgleich* mit schriftlicher Zustimmung des Beschäftigten verlängert werden, wenn dies auf Grundlage eines Tarifvertrages geschieht und in die Arbeitszeit in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt sowie besondere Regelungen zum Gesundheitsschutz getroffen wurden.

Die *tägliche Höchstarbeitszeit* ist laut Arbeitszeitgesetz auf 8 Stunden begrenzt. Sie kann dann auf 10 Stunden verlängert werden, wenn innerhalb von 6 Monaten (24 Wochen) wieder ein Ausgleich auf 8 Stunden stattfindet, oder durch einen Tarifvertrag auf über 10 Stunden, wenn in die Arbeitszeit in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt.⁵

Zu Beginn des Jahres 2004 trat die Gewerkschaft ver.di auf Bundesebene in Tarifverhandlungen mit dem Kommunalen Arbeitgeberverband ein zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und der EU-Richtlinie für Krankenhäuser.

Die Verhandlungen wurden im September 2004 ergebnislos unterbrochen. Die

Arbeitgeber beharrten auf einer weitgehenden Öffnung des Arbeitszeitgesetzes. Für die Gewerkschaft ver.di steht der Gesundheitsschutz der Beschäftigten im Vordergrund (*Übersicht 1*).

Am 22. September 2004 hat die Europäische Kommission einen Vorschlag zur Änderung der Richtlinie 2003/88/EG (Arbeitszeitrichtlinie) über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung vorgelegt. Damit wird zunächst das europäische Gesetzgebungsverfahren eingeleitet. Die bisherige Arbeitszeitrichtlinie wird dadurch weder unmittelbar geändert noch außer Kraft gesetzt. Im Kern schlägt die Europäische Kommission dem EU-Parlament folgendes vor:

- die Einführung „inaktiver Bereitschaftsdienstzeiten“;
- die Anhebung des Bezugszeitraums von 4 auf 12 Monate für die Ermittlung der durchschnittlichen wöchentlichen Höchst-arbeitszeit (48 Stunden);
- die Verlängerung der Ausgleichsruhezeit binnen einer Frist von 72 Stunden;
- die (geringere) Einschränkung der Opt-out Regelung, einer individuellen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Arbeitszeitverlängerung.

Die Gewerkschaft ver.di lehnt die Vorschläge der Europäischen Kommission zur Arbeitszeitrichtlinie ab, da sie zu weiteren Verschlechterungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes der Beschäftigten führen. Ganz besonders gilt dies für die vorgesehenen „inaktiven Bereitschaftsdienstzeiten“ (ver.di-Tarifinfo 09/2004). Die Urteile des Europäischen Gerichtshofes zum Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit (Rechtsachen SIMAP und Jäger) würden in ihr Gegenteil verkehrt: Sie hatten den Gesundheitsschutz verstärkt; dieser soll jetzt wieder eingeschränkt werden. Und vor dem Hintergrund, dass insbesondere im Gesundheitswesen schon in vielen Einrichtungen das geltende Arbeitszeitgesetz nur bedingt umgesetzt wird, ist der Vorschlag der Europäischen Kommission fernab von der betrieblichen Praxis. Bereits heute ist der Alltag im Gesundheitswesen durch Ableisten von Überstunden, fehlende Ge-

⁵ ver.di (2004): Von den DRG's zum Umbau der Gesundheitslandschaft?, Grundlagen, Erläuterungen, Strategien für betriebliche Interessenvertretungen, o. O., Juni 2004.

wahrung von gesetzlich vorgeschriebenen Pausen und Anrufen in der Freizeit geprägt.

Die Arbeitgeber forderten von ver.di, die Vorlage der Europäischen Kommission zur Grundlage der weiteren Tarifverhandlungen zu machen. Die Deutsche Krankenhausesellschaft (DKG) bewertet den EU-Richtungsvorschlag insgesamt positiv. Er stelle einen angemessenen Kompromiss zwischen den divergierenden Positionen dar und werde den Interessen der Betroffenen gleichermaßen gerecht. Besonders fordert die DKG eine weitgehende Opt-out-Regelung durch individuelle Vereinbarungen zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Darüber hinaus fordert die DKG den Gesetzgeber auf, die Vorschläge der EU-Kommission schnellstmöglichst zur Flexibilisierung in das ArbZG aufzunehmen.⁶

Am 09. 02. 2005 einigten sich die Arbeitgeber des Bundes und der Kommunen in Potsdam auf einen neuen Tarifvertrag Öffentlicher Dienst (TV ÖD). Dieser soll den BAT für die Angestellten und die bisherigen Tarifverträge für die Arbeiterinnen und Arbeiter des Öffentlichen Dienstes ab 01. 10. 2005 ersetzen. In diesem Zusammenhang wurden auch die festgefahrenen Tarifgespräche zum Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wieder aufgenommen und eine vorläufige Lösung gefunden: In dem von beiden Tarifparteien angenommenen Ergebnis der Sondierungsgespräche wird unter Punkt 8 ausgeführt, dass es einen Tarifvertrag zum Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen auf Basis der Sondierungsgespräche vom Sommer 2004 zwischen Gewerkschaft ver.di und Arbeitgeberseite geben soll. Opt-out gilt nur in den Bereichen, in denen auch unter Berücksichtigung von arbeitsorganisatorischen Maßnahmen ein entsprechender Bereitschaftsanfall erforderlich ist. Die Tarifgespräche sollen zügig aufgenommen und zu einem Ergebnis geführt werden.

GESUNDHEITSWESEN IM UMBAU

Die oben aufgeführten Problemstellungen zwischen Arbeits- und Gesundheitsschutz auf der einen und den realen Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern und sozialen Einrichtungen auf der anderen Seite werden sich in den nächsten Jahren weiter verschärfen. Hierzu tragen folgende Entwicklungen bei:

- der demographische Wandel, d.h. eine steigende Lebenserwartung der Bevölkerung bei sinkenden Geburtenraten. Der Altersdurchschnitt der Bevölkerung nimmt zu;
- die steigende Zahl chronisch kranker Menschen. Davon betroffen sind zunehmend jüngere Altersgruppen;
- die traditionellen familiären Hilfsysteme verlieren zunehmend an Bedeutung.⁷

In den Krankenhäusern gilt optional ab 2003 und verpflichtend ab 2004 ein neues Diagnose bezogenes Fallpauschalensystem (G-DRG)⁸. Dieses neue Finanzierungssystem wird die bisherige Krankenhausfinanzierung revolutionär verändern. Die bisherige Finanzierung durch tagesgleiche Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte wird ersetzt durch eine durchgängige Fallpauschalenfinanzierung für alle medizinischen Disziplinen mit Ausnahme der Psychiatrie.

Ziel ist es, dass die Krankenkassen für eine konkret festgelegte Leistung landesweit *einen* Preis bezahlen. Nach einer Übergangszeit sollen die Preise für die DRG in den Bundesländern gleich sein (landesweite „Baserate“). Das bedeutet, dass – unabhängig davon, in welchem Krankenhaus die Leistung erbracht wurde – *ein* Preis zu entrichten ist. Aus Erfahrungen in anderen Ländern wie den USA und Australien ergeben sich folgende Wirkungen: Anreiz zu schneller Entlassung der Patientinnen und Patienten, Anreiz zum Personalabbau, Anreiz zu einrichtungsbezogenen Qualitätsstandards, Anreiz zu Privatisierung und Einführung von Monistik „durch die Hintertür“ anstelle der bisherigen dualen Krankenhausfinanzierung.⁹ Dies wird dazu führen, dass sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland dramatisch verändert. Es wird erwartet, dass etwa 400 Krankenhäuser schließen und 100.000 bis 120.000 Krankenhausbetten abgebaut werden.

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 01. 01. 2004 werden neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen gestärkt. Insbesondere wird die Möglichkeit der „Integrierten Versorgung“ ermöglicht. Dies bedeutet, dass die bisherigen starren Mauern zwischen der ambulanten, stationären, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung durchlässiger werden. Ebenso werden die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung schwerstkranker Menschen geöffnet. Die Versor-

gung von chronisch Kranken wird durch die Einführung von „Disease Management Programmen“ verbessert, die die Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Versorgung fördern und es den Krankenkassen ermöglicht, eine zielgerichtete Behandlung chronisch Kranker besser zu steuern („Case Management“).

Diese Veränderungen an Struktur und Organisation des Gesundheitswesens haben erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, auf die diese bisher nur ungenügend vorbereitet sind. Die Veränderungsprozesse bieten den Beschäftigten aber auch die Chance einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten, was zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit beitragen kann. Die tarifvertraglichen Voraussetzungen für diese Veränderungen der Tätigkeitsfelder sind allerdings noch durch die Tarifvertragsparteien zu gestalten.

PFLEGEVERSICHERUNG

Eine wesentliche Grundlage der Finanzierung der stationären und ambulanten Pflege bildet die Pflegeversicherung. Ziel der Pflegeversicherung bei ihrer Einführung war, die Qualität der Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Gleichzeitig sollten durch die Sicherung der Finanzierung die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten verbessert werden.

Ein weiteres Ziel war der Wettbewerb der Einrichtungen um die Qualität der Leistungen. Übrig geblieben ist der Wettstreit um die Kosten und Preise. Der gesetzlich forcierte Konkurrenzkampf unter den Pflegeeinrichtungen findet seine Auswirkungen in erster Linie im Personalbereich. Tariffucht der Arbeitgeber, die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen

⁶ Walger, M./Hurlebaus, T. (2005): Änderung der EU-Arbeitszeitrichtlinie: Eile tut Not, in: Das Krankenhaus 1, S. 5ff.

⁷ Steffen, M. (2004): Zukunft der Pflege. Anforderungen aus gewerkschaftlicher Sicht, in: Auswirkungen der DRG's in der Altenpflege und die Folgen für die Beschäftigten, Seminardokumentation ver.di.

⁸ Von den DRGs zum Umbau der Gesundheitslandschaft? Grundlagen, Erläuterungen, Strategien für betriebliche Interessenvertretungen; Broschüre, ver.di, Berlin 2004.

⁹ Monistik = Betriebskosten und Investitionskosten werden von den Krankenkassen finanziert. Duale Finanzierung = laufende Kosten erstattet die Krankenkasse über Pflegesätze, große Investitionen zahlen die Bundesländer.

und die zunehmende Beschäftigung von Hilfskräften sind offenkundige Anzeichen für die Kostensenkung im Personalbereich. Unzureichende Vorgaben hinsichtlich der Personalbemessung in der Altenpflege bieten zudem den nötigen Spielraum zum Nachteil der Beschäftigten und zum Nachteil der Pflegebedürftigen.

Die fehlende Personalbemessung in der Altenpflege ist Auslöser vieler Mängel. Auf Bundesebene sind diesbezüglich Aussagen im Heimgesetz, in der Heimpersonalverordnung und im Pflegeversicherungsgesetz getroffen. Die Konkretisierung bzw. die Verantwortung zur Umsetzung ist jedoch an die Bundesländer und an die Kostenträger (Pflegekassen und Sozialämter) delegiert.

Die inzwischen vorliegenden landesrechtlichen Vorgaben zur Personalbemessung sind mangelhaft. Sie ermöglichen es letztendlich den Einrichtungsträgern, bei der Personalbesetzung in unverantwortlicher Weise zum Nachteil der Pflegebedürftigen und der Beschäftigten zu sparen. Der Kostenträgerseite ist zu unterstellen,

dass sie an einer flächendeckenden Umsetzung eines Personalbemessungsverfahrens nicht interessiert ist, da damit in Budgetverhandlungen der Personalaufwand orientiert am Pflegebedarf belegt werden kann.

Bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung müssen Personalbedarfsfragen am tatsächlichen Bedarf diskutiert und umgesetzt werden. Damit würde den Rechten und dem Bedarf an angemessener Pflege für die Pflegebedürftigen Rechnung getragen und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten nachhaltig verbessert.

Ein weiteres Problem hinsichtlich der Einhaltung und Umsetzung der bestehenden Arbeitsschutzgesetze ergibt sich zum einen durch die ungenügende Fachaufsicht, zum anderen aber auch dadurch, dass in kleinen Einrichtungen kaum Personal- und Mitarbeitervertretungen beziehungsweise Betriebsräte vorhanden sind. Die beschriebene Situation in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wird sich in den nächsten Jahren noch verschärfen, da durch die Reduzierung der Kran-

kenhausverweildauer Patienten aus dem Krankenhaus in die Pflegeeinrichtungen verlegt werden, wenn sie keine so genannten „Krankenhausfälle“ mehr sind, aber weiterhin der pflegerischen Betreuung bedürfen.

Für die Gewerkschaft ver.di und die Personal- und Betriebsräte in den Krankenhäusern und sozialen Einrichtungen bedeutet dies, die Öffentlichkeit über die dramatischen Veränderungen im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten auf die Qualität der Betreuung zu informieren, um damit auf den Gesetzgeber einzuwirken, die realen Personalkosten über die DRG zu finanzieren. Bei Tarifverhandlungen muss – neben den konjunkturellen Steigerungsraten – der Arbeits- und Gesundheitsschutz für die Beschäftigten eine besondere Bedeutung erhalten. Die Personal- und Betriebsräte sind gehalten, in Dienst- und Betriebsvereinbarungen ihr Mitbestimmungsrecht bei der Gestaltung von Dienstplänen wahrzunehmen und durchzusetzen.

Gute Arbeit – Luxusthema für Schönwetterzeiten?

Klaus Pickshaus

HANDLUNGSDRUCK

Alle Lager bei den Arbeitgebern, in der Politik, in der Wissenschaft und in den Medien sind sich einig: Es gibt einen Richtungswechsel in der gewerkschaftlichen Interessenvertretung. Die „Zeit“ (11.11.04) beschreibt diesen Wechsel wie folgt: „Weniger Lohn, weniger Urlaub, weniger Einfluss – die Arbeitnehmer erleben eine epochale Entmachtung“. Der „stern“ resümiert in einer Titelgeschichte (Nr. 42, 7.10.2004): „Arbeit 2004: Länger, härter, schneller. Karstadt, Opel, VW & Co – werden wir verheizt?“ Schlechte Zeiten also für gute Arbeit. Insofern ist Dieter Sauer zuzustimmen: „Wer sich heute Gute Arbeit auf die Fahne schreibt meint eigentlich die schlechte Arbeit, gegen die es sich zu wehren gilt.“ (vgl. Dieter Sauer in diesem Heft). Die IG Metall hat sich „Gute Arbeit“ auf die Fahne geschrieben, denn auch Abwehr-

kämpfe brauchen eine langfristige Perspektive und positive, zukunftsorientierte Inhalte (www.igmetall.de/gutearbeit). Gute Arbeit als betriebs- und gesellschaftspolitischer Handlungsauftrag ist deshalb kein Luxusthema für Schönwetterzeiten, sondern kann in den aktuellen Auseinandersetzungen um Arbeitszeitverlängerung, Leistungsdruck und härtere Arbeitsbedingungen zusätzliche qualitative Argumente und Instrumente erschließen.

Das IG Metall-Projekt Gute Arbeit entwickelt hierfür unter anderem betriebspolitische und operative Arbeitshilfen. So konnten mit einem im November 2004 vorgelegten „Arbeitszeit-TÜV“ arbeitswissenschaftliche Kriterien und Instrumente für eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Arbeitszeiten zusammengetragen werden, die in den betrieblichen Konflikten die Position der Interessenvertretung stärken sollen ([\[gutearbeit/arbeitszeittuev.html\]\(http://gutearbeit/arbeitszeittuev.html\)\). Sie können zur Abwehr von Arbeitszeitverlängerung genutzt werden und darüber hinaus den Einstieg in eine umfassende Gefährdungsbeurteilung \(nach § 5 Arbeitsschutzgesetz\) eröffnen. Der Blick auf die Gesundheit kann gegen die dominierende Kosten- und Wettbewerbsdebatte die qualitativen Argumente einer eigenständigen gewerkschaftlichen Position zu Arbeitszeit und guter Arbeit erneut befördern.](http://www.igmetall.de/themen/</p></div><div data-bbox=)

Der betriebliche Handlungsdruck für bessere Arbeitsbedingungen, aber auch die Erwartungen der Betriebsräte haben nach

Klaus Pickshaus leitet beim Vorstand der IG Metall in Frankfurt das Projekt Gute Arbeit und das Ressort Arbeits- und Gesundheitsschutz.
e-mail: klaus.pickshaus@igmetall.de

Umfragen der IG Metall zugenommen. Deshalb muss das Feld gewerkschaftlicher Arbeitspolitik neu bestellt werden. Die Arbeitsschutzgesetzgebung bietet hierfür neue Chancen. Während die 90er Jahre eher als verlorenes Jahrzehnt für gewerkschaftliche Arbeitspolitik zu bilanzieren sind, hat sich mit den neuen Rechten und Instrumenten des Arbeitsschutzgesetzes die Ausgangslage verbessert. Der präventive, ganzheitliche und beteiligungsorientierte Charakter dieses Gesetzes mit dem Kerninstrument der Gefährdungsermittlung und -beurteilung schafft hierfür die Basis.

Die jüngste WSI-Betriebsrätebefragung kommt zum Ergebnis, dass nur ca. 16 % aller Betriebe eine umfassende Gefährdungsbeurteilung durchgeführt haben.¹ Die meisten Gefährdungsbeurteilungen beschränken sich auf die Erfassung klassischer Belastungen. Nur eine Minderheit der Betriebe verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der psychische Belastungen einbezieht. Und dies ist dann zumeist auf Initiative der Betriebsräte erfolgt. Die offensichtliche Diskrepanz zur tatsächlichen Nutzung dieser neuen Rechte im Betrieb kann nur durch konkrete Umsetzungshilfen und koordinierten Erfahrungstransfer der Gewerkschaften abgebaut werden. Auch wenn die gegenwärtige Bilanz der Umsetzung keineswegs positiv ausfällt, zeigen zahlreiche Erfahrungen, dass Erfolge dennoch möglich sind. Dies erfordert zualtererst Veränderungsbereitschaft in den Gewerkschaften selbst.

Voraussetzung ist eine Modernisierung und Neukonzeptionierung gewerkschaftlicher Arbeits- und Gesundheitsschutzpolitik. Frühere Arbeitssicherheitspolitik war oft einseitig auf Mängelbeseitigung orientiert („Reparaturmodell“) und technikdominiert. Der Auftrag des modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes richtet sich demgegenüber auf einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess hin zu einer menschengerechten Arbeitsgestaltung, was erhöhte qualitative Anforderungen an alle Akteure des Arbeitsschutzes – also auch an die Betriebsräte – richtet.² Insofern sind bei der Umsetzung mehrere Hürden zu überwinden. Veränderungs- und Reformbedarf besteht zweifelsohne auch bei den anderen Akteuren im Arbeitsschutz: den betrieblichen Fachkräften für Arbeitssicherheit, den Betriebsärzten sowie bei den überbetrieblichen Institutionen der Gewerbeaufsicht und den Berufsgenossenschaften.

AKTIONEN DER IG METALL

Die IG Metall hat versucht, diesem Paradigmenwechsel durch eine Modernisierung ihrer Arbeitsschutzpolitik Rechnung zu tragen. Entsprechende Qualifizierungsangebote für Betriebsräte und eine systematische Aktions- und Kampagnenplanung gehören zu den praktischen Schlussfolgerungen. Nach Erfahrungen der IG Metall ist dafür ein organisationspolitischer Rahmen erforderlich, der die Qualifizierung von Multiplikatoren, den Aufbau von betrieblichen und überbetrieblichen Kooperationsstrukturen (z. B. mit Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, staatlicher Arbeitsschutzverwaltung usw.), einen systematischen Erfahrungsaustausch sowie eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit gewährleistet. In mehreren Bezirken der IG Metall ist dies in Gestalt einer Aktion „Tatort Betrieb“ mit dem Schwerpunkt „Psychische Belastungen – Terror für die Seele“ erfolgt.

In Baden-Württemberg konnten im Rahmen dieser Aktion rund 500 Betriebsräte aus über 200 Betrieben als Multiplikatoren qualifiziert werden. Im Verlauf der Aktion (2001 bis März 2005) haben in ca. 50 Aktionsbetrieben Umsetzungsmaßnahmen zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen begonnen bzw. wurden Gefährdungsbeurteilungen bereits durchgeführt. In ungefähr der Hälfte dieser Betriebe konnten Betriebsvereinbarungen abgeschlossen werden; in den anderen wird dies vorbereitet. Dazu zählen auch einzelne Großunternehmen der Region mit mehreren Hunderttausend Beschäftigten.³

Die Aktionen zur Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes im IG Metall-Organisationsbereich haben unterschiedliche Zugänge sowie hemmende und fördernde Faktoren aufgezeigt:

Zu den Hauptthemnissen gehört die Blockade vieler Arbeitgeber aus Unkenntnis der Rechtslage und/oder aus Kostengründen. Die Empfehlungen der Arbeitgeberverbände laufen in der Regel darauf hinaus, das Thema psychischer Belastungen in der Arbeitswelt entweder zu leugnen, zu verharmlosen oder zu individualisieren, um eine ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung zu verhindern. Jüngstes Beispiel dafür ist die Veröffentlichung der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) „Positionen der Arbeitgeber zur Bedeutung psychischer Belastungen bei der Arbeit“ vom Herbst 2004

(www.bda-online.de). Eine solche Blockadehaltung erzeugt für die initiierten Betriebsräte einen massiven Gegendruck.

Um einen Einstieg in die Umsetzung zu bekommen, ist die Erschließung geeigneter betrieblicher Themen wie krankheitsbedingte Fehlzeiten, Zunahme von Arbeitsunfällen, Beschwerden von Beschäftigten oder auch das Drängen der Geschäftsleitungen nach Produktivitätssteigerungen möglich. In einem konsensualen Einstiegsprozess können „Win-win“-Situationen ausgelotet werden (besserer Gesundheitsschutz kann zu besseren betrieblichen Abläufen beitragen). Kooperationsworkshops zwischen Betriebsrat und Geschäftsleitung haben sich bewährt, um eine „gemeinsame Sprache“ (z. B. zum Verständnis von psychischen Belastungen) zu suchen.

Eine Umsetzung gelingt nicht als Einzelaktion der Arbeitsschützer, sondern verlangt eine einheitliche Meinungsbildung und Aufgabenbestimmung im Betriebsrat und einen entsprechenden Rückhalt in der Belegschaft durch breite Information. Die Sensibilisierung und Einbeziehung der Beschäftigten ist eine Schlüsselfrage für eine erfolgreiche Gefährdungsbeurteilung.

Als erprobte Instrumente und Vorgehensweisen haben sich aufgrund unserer Aktionserfahrungen folgende Schritte erwiesen:

- Die Auswahl von Pilotbereichen im Betrieb, in denen ein besonderer Problemdruck besteht, hat sich als Einstiegsszenario für eine Gefährdungsbeurteilung bewährt.
- Die Bildung von paritätischen Teams zur Bewertung der Gefährdungsermittlung und Maßnahmenfestlegung, wie sie etwa bei Alstom in Mannheim seit Beginn vereinbart wurden, ist ein erfolgreicher Weg der Nutzung des betrieblichen Sachverständigen des Betriebsrats, wie positive Beispiele zeigen (www.igmetall.de/gutearbeit).

1 Ahlers, E./Brussig, M. (2004): Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz - WSI-Betriebsrätebefragung 2004, in: WSI-Mitteilungen 11, S. 617–624 (S. 623).

2 Die neuen inhaltlichen Anforderungen sind ausführlich beschrieben in: Peters, J./Schmitthenner, H. (Hrsg.) (2003): Gute Arbeit. Menschengerechte Arbeitsgestaltung als gewerkschaftliche Zukunftsaufgabe, Hamburg.

3 vgl. hierzu Satzer, R. (2005): Tatort Betrieb - eine Kampagne der IG Metall gegen psychische Fehlbelastungen, in: Gute Arbeit. Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung 1, S. 32–33 (S. 32ff.).

– Um eine Einbeziehung der Beschäftigten als „Experten ihrer eigenen Gesundheit“ zu gewährleisten, sind anonymisierte Mitarbeiterbefragungen geeignet, die auch Raum für „offene Antworten“ (Kritik, Vorschläge usw.) enthalten. Die Ergebnisse solcher Befragungen müssen im Betrieb veröffentlicht und mit den Beschäftigten in den Abteilungen besprochen werden. Eine ausführliche Information für die Beschäftigten (in der Sprache des ArbSchG „Unterrichtung und Unterweisung“) vor und nach der Ermittlung von Gefährdungen gehört zu den Essentials einer erfolgreichen Vorgehensweise.

– Nach der Befragungsauswertung sind Begehungen einzelner Bereiche durch die Teams sowie zusätzliche Feinanalysen einzelner Problembereiche erforderlich, bei denen auch eine Beratung durch externe Experten/ Expertinnen hilfreich sein kann.

In den Betrieben mit einer solchen „guten Praxis“ ist eine spürbare Verbesserung der Qualität der Arbeitsbedingungen zu registrieren.

MITBESTIMMUNG UND MENSCHENWÜRDE

Die Nutzung des Mitbestimmungsrechts nach § 87 Abs. 1, Ziffer 7 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) in Verbindung mit dem Arbeitsschutzgesetz kann dem Betriebsrat eine starke und initiiierende Rolle für einen kontinuierlichen Prozess menschengerechter Arbeitsgestaltung verleihen. Da dieses Mitbestimmungsrecht durch die BAG-Rechtsprechung (zuletzt vom 8. Juni 2004) als völlig gesichert gelten kann, geht der Vorwurf der Arbeitgeberverbände, die IG Metall wolle mit ihren Aktionen zum Gesundheitsschutz eine Ausweitung der Mitbestimmung erreichen, ins Leere. Die Nutzung dieses bestehenden Mitbestimmungsrechts einschließlich der Bereitschaft zur Anrufung der Einigungsstelle hat sich in vielen Betrieben als erfolgreicher und oftmals einzig aussichtsreicher Weg zur Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes erwiesen. Konfliktfähigkeit ist in der Regel eine notwendige Voraussetzung für Kooperation und Konsens im betrieblichen Gesundheitsschutz. In vielen Fällen stellt der Abschluss einer Betriebsvereinbarung einen verbindlichen Rahmen für die Vorgehensweise und Festlegung der Instrumente dar. Die Auswertung der WSI-Betriebsräteumfrage schlussfolgert zu Recht,

dass „das Prinzip der Freiwilligkeit bei der Umsetzung ... sich ... als nur bedingt tauglich“ erweist (s. Fußnote 1: Ahlers/Brussig 2004, S. 623). Diese Erkenntnis ist noch längst nicht in allen an Prävention interessierten Kreisen angekommen.

In der Anti-Mitbestimmungsoffensive von BDA/BDI wird die Beseitigung dieses Mitbestimmungsrechts im Betriebsverfassungsgesetz gefordert. Dies wird wie folgt begründet: „Die Mitbestimmung im Rahmen des Gesundheitsschutzes (§ 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG) entwickelt sich langsam zur Generalklausel. Dabei ist die Konkretisierung von Arbeitsschutzvorgaben nicht Sache des Betriebsrats, der so sachwidrig Kopplungsgeschäfte betreiben kann ...“. Die betriebliche Förderung solcher „Kopplungsgeschäfte“, mit anderen Worten: die breite Umsetzung von Maßnahmen menschengerechter Arbeitsgestaltung (§ 2 ArbSchG), bietet die beste Basis für eine Abwehr dieser Anti-Mitbestimmungskampagne, da der damit angestoßene kontinuierliche Verbesserungsprozess sich als „Innovationsspirale“ für Beschäftigte wie für das Unternehmen erweisen kann.

Die Partizipationsversprechen vieler neuer Managementkonzepte gegenüber den Beschäftigten stoßen auf die harten betrieblichen Realitäten einer Radikalisierung von Maßlosigkeit in der Arbeit. Deshalb erweisen sich neben dem Termin- und Zeitdruck „schlechtes Führungsverhalten“ und „schlechtes Betriebsklima“ als estrangige Faktoren von psychischen Belastungen (s. Fußnote 1: Ahlers/Brussig 2004, S. 618f.). Dieser Befund korrespondiert auch mit den Erhebungen der Unternehmensberatungsgesellschaft Gallup GmbH zum Engagement-Index, die den hohen Grad an Distanz zur Arbeit oder sogar von innerer Kündigung (insgesamt über 80 %) auf falsche Managementpolitik zurückführen. Im Widerspruch zur häufig proklamierten Unternehmenskultur zeigen sich hier Auswirkungen der Ökonomisierung der Arbeit und gleichzeitig einer Inhumanisierung von Arbeitsbeziehungen, die durch den Druck der Shareholder- und Kurzfristökonomie in vielen Unternehmen zugenommen haben. Im heute dominierenden Rationalisierungstyp werden Benchmarking-Kennziffern vielfach als Zumutungen an die Beschäftigten durchgestellt und kollidieren oftmals mit dem Erfahrungswissen und Arbeitsstolz vieler Beschäftigten – und zwar auf unterschiedlichen Hierarchieebenen. Da die Arbeitge-

ber durchaus ein Akzeptanzproblem haben und Konsensbildung in den Belegschaften nicht schlichtweg negieren können, erweisen sich Forderungen nach Transparenz und Kontrolle als großes politisches Konfliktpotenzial.

Menschenwürde in der Arbeit und Demokratie im Betrieb werden so zu wichtigen politischen Fragen einer betrieblichen „guten Arbeit“. Schon daran erweist sich die eminente Bedeutung der Mitbestimmungsrechte, die auch von den Betriebsräten genutzt werden müssen, um Schutz- und Kommunikationsräume für die Beschäftigten zu sichern und eine Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung der Arbeitsbedingungen zu erreichen. Ein „aufrechter Gang“ im Betrieb ist Bestandteil von guter Arbeit.

PROJEKT GUTE ARBEIT

Das Projekt „Gute Arbeit“ der IG Metall soll gewerkschaftlich und politisch eine neue Initiative zur humanen Gestaltung der Arbeitswelt auf den Weg bringen. Dies war die Forderung des Gewerkschaftstages 2003, auf deren Grundlage der Vorstand der IG Metall dann im März 2004 entschied, dass im Rahmen einer „Dachkampagne Arbeit und soziale Gerechtigkeit“ das Projekt „Gute Arbeit“ zu den wichtigsten Vorhaben der nächsten drei Jahre gehören solle.

Damit muss intern in der Betriebs- und Tarifpolitik das Ziel und Aufgabenfeld „menschengerechte Arbeitsgestaltung“ erneut aufgewertet werden. Sozialpolitisch kann insbesondere in der Auseinandersetzung um Reformen im Gesundheitswesen Prävention als Kernaufgabe deutlicher gemacht werden.

Im Projekt „Gute Arbeit“ werden vor allem drei inhaltliche Schwerpunkte bearbeitet. Sie sind unter folgende Leitsätze gestellt worden:

- „Der Arbeit ein gesundes Maß geben: Arbeitszeit und Leistungsdruck begrenzen“;
- „Alternsgerechte und lernförderliche Arbeitsgestaltung fördern“;
- „Prekäre Beschäftigung eindämmen – Belastungen und Risiken verringern“.

Schon aus diesem inhaltlichen Zuschnitt des Projekts „Gute Arbeit“ wird deutlich, dass eine neu definierte und revitalisierte Arbeitspolitik der Gewerkschaften sich nicht auf ein Politikfeld, etwa den Arbeits-

und Gesundheitsschutz, reduzieren lässt. Sie wird das klassische Arbeitsgestaltungs-feld, aber zum Beispiel auch die Qualifizierungs-, Leistungs- und Arbeitszeitpolitik mit umfassen müssen. Sie kann sich allerdings die neue Rechtsbasis und das innovative Instrumentarium des modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes zunutze machen.

Aus diesem mehrdimensionalen Aufgaben- und Handlungssetting ergibt sich die Notwendigkeit, „gute Arbeit“ als Querschnittsthema zu entwickeln und zu verankern. Je stärker dies praktisch gelingt, desto eher wird sicherlich auch die Definition und inhaltliche Füllung von „guter Arbeit“ präzisiert werden können, die als Ausgangshypothese – anknüpfend an ein tarifpolitisches Leitbild von „guter Arbeit“ in der IG Metall – im Projektplan wie folgt beschrieben wird: „Gute Arbeit“ umfasst neben den Entgeltbedingungen auch Arbeitszeitgestaltung, Schutz vor Leistungsüberforderung und einen nachhaltigen Umgang mit der menschlichen Leistungsfähigkeit. Sie setzt lernförderliche und altersgerechte Arbeitsgestaltung voraus und schließt einen ganzheitlichen, präventiv und beteiligungsorientierten Arbeits- und Gesundheitsschutz ein, der den unterschiedlichen Situationen und Belangen von Frauen wie von Männern Rechnung trägt. Ein Konzept von ‚guter Arbeit‘ muss die veränderten Erwerbs- und Lebensentwürfe von Frauen wie Männern berücksichtigen.“ Aus dieser Aufgabenstellung ergibt sich auch, dass den Gender-Aspekten im Projekt systematisch Rechnung getragen werden soll.

Die meisten Anknüpfungspunkte und den größten Vorlauf an gewerkschaftlichen Aktionserfahrungen bieten die Auseinandersetzung mit den Wirkungen der Ent-

grenzung der Arbeit. Arbeitsdruck und zunehmende psychische Belastungen als Folgen der neuen „vermarktlichen Leistungsregime“ stehen im Mittelpunkt von Präventionsaktivitäten z. B. in den Aktionen „Tatort Betrieb“, die durch das Projekt „Gute Arbeit“ verstetigt und ausgeweitet werden sollen.

Entscheidend wird sein, diesen Ansatz mit den aktuellen Widerstandskämpfen und konkreten betrieblichen Handlungsfeldern eng zu verknüpfen. Gegenwärtig konzentriert sich dies vor allem auf zwei Felder:

– Bei der Umsetzung der neuen Entgelt-rahmenabkommen (ERA) in der Metall- und Elektroindustrie kann die damit notwendige Belastungserhebung oder die Regelung von Zielvereinbarungen mit einer Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz verknüpft werden.

– In der Arbeitszeitpolitik kann – wie schon ausgeführt – die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Arbeitszeiten ein wichtiger Maßstab werden. Unser im Projekt entwickelter „Arbeitszeit-TÜV“ wird entsprechend breit für Arbeitszeitaltionen angeboten.

GEGENMACHT UND GUTE ZUKUNFT

»Gute Arbeit“ als Projekt der IG Metall stellt den ambitionierten Versuch dar, in einer Situation der Defensive die Argumente der Gesundheit und Ansprüche an eine menschenwürdige Arbeit offensiv zu entwickeln, um neue betriebliche Handlungschancen zu erschließen und gesellschaftliche Bündnispartner für eine breite Initiative einer humanen Gestaltung der Arbeitswelt zu gewinnen. Gegen den Mainstream, alle Initiativen nur noch unter

dem Blickwinkel ihres Wettbewerbsertrags zu bewerten, soll hier eine autonome Perspektive gestärkt werden, die auf den „Eigensinn von Arbeit“ (Sauer) setzt.

Das wettbewerbspolitische Paradigma – zumal unter den Bedingungen einer Kurzfristökonomie im Shareholder-Value-Regime – bietet keinen verlässlichen Begründungsrahmen für eine Initiative „Gute Arbeit“. Angesichts der vorherrschenden und vornehmlich auf Kostensenkung fokussierten Wettbewerbspolitiken ist eine gewerkschaftliche Initiative „Gute Arbeit“ eher als „gegendentenzielles Projekt“ zu konzipieren und zu praktizieren. Dieses Projekt bringt in erster Linie die gesundheitlichen, sozialen und arbeitsinhalten Interessen der Beschäftigten zur Geltung, bezieht aber aus den produktivitäts- und wettbewerbsfördernden Impulsen dennoch Bewegungsenergie. Sie erhebt sie aber nicht zum zentralen Bewertungs- und Rechtfertigungskriterium.⁴

Die Gewerkschaften müssen sich der Arbeitspolitik wieder annehmen. Die Erwartungen der Beschäftigten auf eine Gestaltung ihres betrieblichen Arbeitsalltags und auf ein gesundes Maß der Arbeit sind hoch. Gewerkschaftliche Interessenvertretungspolitik hat dies ernst zu nehmen – erst recht in einer Zeit gewerkschaftlicher Defensive. Für eine Wiederbegründung gewerkschaftlicher Gegenmacht besitzt das Feld der Arbeitsbedingungen – wie schon in den Anfängen der Gewerkschaftsbewegung – eine große Bedeutung.

⁴ Pickshaus, K./Urban, H.-J. (2003): Perspektiven gewerkschaftlicher Arbeitspolitik, in: Peters, J., Schmitthener, H. (Hrsg.), Gute Arbeit, Hamburg, S. 264–277.