

Arbeitsverdichtung im Krankenhaussektor: Erfolgreiche gewerkschaftliche Strategien zur Personalbemessung

Nach jahrelangen Auseinandersetzungen an der Charité Berlin ist es ver.di im April 2016 erstmals gelungen, einen Tarifvertrag zur Entlastung der Krankenhausbeschäftigten abzuschließen. Zeitgleich hat die Pflegekräftegewerkschaft NYSNA in New York ebenso erfolgreich einen Arbeitskampf mit überraschenden Parallelen geführt. Der Beitrag untersucht, welche besonderen gewerkschaftspolitischen Strategien angewendet worden sind und trotz gänzlich unterschiedlicher Rahmenbedingungen mit Blick auf die jeweiligen Systeme der industriellen Beziehungen wie auch verschiedener Gesundheits- und Wohlfahrtssysteme in beiden Fällen zum Erfolg geführt haben.

JENNIE AUFFENBERG, NICK KRACHLER

1. Anglo-amerikanische Gewerkschaftsstrategien im deutschen Krankenhaussektor?

In den zurückliegenden Jahren wurde der Krankenhaussektor zunehmend vermarktlacht: Krankenhäuser wurden privatisiert, Wettbewerbsprinzipien etabliert und Servicebereiche ausgegliedert, Infrastrukturinvestitionen aus den laufenden Einnahmen finanziert. Erkennbare Folgen dieser Entwicklungen sind ein gestiegener Effizienzdruck und die Arbeitsverdichtung für die Beschäftigten. Gewerkschaften im Krankenhaussektor stehen vor der Herausforderung, negative Effekte für die Beschäftigten soweit wie möglich abzufedern.

Zu Beginn des Jahres 2016 haben Aktivitäten des Pflegepersonals an der Charité in Berlin für viel Aufsehen gesorgt. In deren Folge ist es ver.di erstmals gelungen, Regelungen zur Personalbemessung tariflich umzusetzen und damit den Arbeitsdruck für die Beschäftigten zu verringern.

Während ver.di an der Charité eine tarifliche Personalbemessung erstritten hat, haben ebenso erfolgreich Pflegekräfte in New York zusammen mit ihrer Gewerkschaft, der New York State Nurses Association (NYSNA), einen Arbeitskampf mit auffälligen Parallelen geführt. Beide Gewerkschaften erzielten Erfolge zum einen durch

die gezielte Nutzung und Entwicklung ihrer Ressourcen, die eine stärkere Ausrichtung auf aktivistische und konfrontative Handlungsformen beinhaltete; zum anderen durch ein entsprechendes Konflikt-Framing, das die Diskursperspektive über die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern erweitert hat: Finanz- und Kostenfragen der Versorgung wurden auch als gesellschaftspolitisch relevante Themen herausgearbeitet. Weiterhin wurde die Berufsethik der Pflegekräfte nicht weiter als „Pflicht zur Aufopferung“ ausgelegt, sondern als Verantwortung des Pflegepersonals, sich im Sinne guter Pflege auch für gute Arbeitsbedingungen zu engagieren. Durch den kombinierten Einsatz von Strategien, die zum einen gezielt auf Mitgliedergewinnung und damit die Stärkung gewerkschaftlicher Organisationsmacht (*Organizing*) und zum anderen auf die Anknüpfung an gesellschaftspolitische Themen wie auch die Kooperation mit betroffenen Akteurinnen und Akteuren gesetzt haben (*Social Movement Unionism, SMU*) konnten beide Gewerkschaften ihre Ziele durchsetzen.

Die Übertragbarkeit des *Organizing* auf die duale Struktur der deutschen Arbeitsbeziehungen wird vielfach kritisch gesehen, da hierzulande die tarifliche Ebene der betrieblichen bestimmte Themen der Mobilisierung entzieht (Frege 2000), wodurch eine Kumulation der Konflikte und das Konfliktpotenzial vermindert wird (Müller-Jentsch 1997). Des Weiteren wurde im *Organizing* die Gefahr gesehen, etablierte lokale Strukturen infrage zu stellen und mit seiner konflikthaften Ausrichtung sozialpartner- ▶

schaftliche Beziehungen zu belasten (Frege 2000; Prott 2013; Rehder 2008, 2014). Die IG Metall und ver.di bewerteten ihre Erfahrungen in Pilotprojekten mit Organizing-Ansätzen jedoch überwiegend positiv (Bremme et al. 2007; Wetzel 2013). Nachtwey/Thiel (2014) zeigten mit ihrer Studie über zwei Organizingprojekte im Krankenhaussektor, dass ver.di hier erfolgreich Elemente dieser Strategie einsetzen konnte. Organizing erfordert jedoch ein besonderes strategisches Handlungsvermögen in dem Sinne, dass politische Gelegenheitsstrukturen auf betrieblicher, überbetrieblicher, gesellschaftlicher und politischer Ebene rechtzeitig erkannt und ergriffen werden (Nachtwey/Wolf 2013). Auch Greer (2008) hat gezeigt, dass ver.di nicht institutionell auf traditionelle Strategien festgelegt ist, sondern neben dem Organizing auch die Strategie des SMU Anfang der 2000er Jahre im Krankenhaussektor eingesetzt hat.

In diesem Beitrag gehen wir der Frage nach, unter welchen Bedingungen sowohl ver.di in Berlin als auch NYSNA in New York erfolgreich die tarifliche Regelung der Personalbemessung mit demselben Strategiemix aus betrieblichem Organizing und SMU durchsetzen konnten. Unsere leitende Ausgangsüberlegung ist, dass über die Unterschiede verschiedener Kapitalismusvarianten, Wohlfahrtsstaats- und Systeme industrieller Beziehungen hinweg Vermarktlichungstendenzen dominant werden, die einen neuen Handlungsdruck für Beschäftigte und ihre Interessenvertretungen erzeugen – die aber umgekehrt auch neue Handlungsoptionen eröffnen. Wir geben zunächst einen Überblick über die vergleichbaren Vermarktlichungs- und Arbeitsverdichtungsprozesse in den beiden sonst sehr unterschiedlichen Ländern (Abschnitt 2). Anschließend führen wir theoretische Erklärungsansätze für die strategische Orientierung von Gewerkschaften auf (3) und stellen sodann unser Forschungsdesign und unsere Methode vor (4). Abschnitt 5 präsentiert und diskutiert unsere empirischen Forschungsbefunde. Abschnitt 6 zieht ein knappes Gesamtfazit.

2. Vermarktlichungsprozesse in Deutschland und den USA

Angesichts verschiedener Systeme der politischen Ökonomie, die sich in Bezug auf ihren Wohlfahrtsstaat (Esping-Andersen 1990), ihr Gesundheitssystem (Böhm et al. 2013) als auch hinsichtlich ihrer Arbeitsbeziehungen (Hall/Soskice 2001) stark unterscheiden, ist es zunächst überraschend, dass ver.di und NYSNA sehr ähnliche Strategien nutzten und jeweils Erfolg damit hatten. Allerdings zeigen sich auch vergleichbare Entwicklungen: Sowohl in Deutschland als auch in den USA haben in den vergangenen Jahrzehnten tief greifende Vermarktlichungsprozesse stattgefunden, die jeweils einen enormen Kostendruck auf

Anbieter und ihre Beschäftigten – und folglich einen ähnlichen Handlungsdruck für die Gewerkschaften – ausgeübt haben.

2.1 Gesundheitssystem und Vermarktlichung in den USA

Das amerikanische Gesundheitssystem basiert auf der privaten Krankenversicherung. Private Krankenversicherer finanzieren etwas mehr als 50% der Gesundheitsausgaben und der Großteil der Gesundheitsversorgung wird von privaten und gemeinnützigen Trägern angeboten. Der Vermarktlichungsprozess in den USA begann 1973 mit dem „Health Maintenance Organization (HMO) Act“, der zu verstärktem Wettbewerb und Kostendruck führte. Bei HMOs handelt es sich um ein Steuerungsmodell, in dem Versicherer privaten und gemeinnützigen Trägern begrenzte monatliche Prämien für ihre Versicherten zur Abdeckung aller gesundheitsbezogenen Kosten geben. Ferner werden in diesem „Managed Care“-System die Beziehungen zwischen Anbietern und Versicherern auf Vertragsbasis geregelt, um kostenreduzierende Anreize zu setzen. Auch die öffentlichen Versicherungsprogramme, Medicaid und Medicare, wurden in vielen Staaten zur Verwaltung an private Versicherer per Vertrag übergeben. Um für sich möglichst große Profitspannen und gleichzeitig Kostenersparnisse zu erreichen, haben HMOs den Anreiz, Preise für Gesundheitsdienstleistungen herunterzuhandeln (Field 2014; White 2007). Darüber hinaus hat 1983 auch die Einführung des Fallpauschalensystems (*diagnosis-related groups, DRGs*) maßgeblich zur Vermarktlichung des Sektors beigetragen. So haben private Krankenhäuser systematisch Bettenzahlen zum Nachteil der öffentlichen Krankenhäuser ausgebaut, wodurch sich der Wettbewerb erhöhte und viele öffentliche Krankenhäuser schließen mussten oder von privaten Trägern aufgekauft wurden (Lutz/Gee 1998). Die Einführung der DRGs hat außerdem Anreize für kürzere Verweildauern gesetzt. Diese sind gesunken, während die Zahl der behandelten Patienten seit 2000 angestiegen ist (U.S. Department of Health and Human Services 2008, 2010). Auch wenn sich die Anzahl der registrierten Pflegekräfte aufgrund des steigenden Bedarfs (Rice/Unruh 2016) stetig erhöht hat, so besteht weiterhin eine Unterversorgung von 400.000 bis 500.000 zugelassenen Pflegekräften. In der Folge führt dies zu einer Arbeitsverdichtung (Lafer 2005).

Ähnliche Vermarktlichungstrends existieren auch auf regionaler Ebene. Der New York State hat 1997 ebenfalls ein „Managed Care“-Programm aufgelegt, das die Vergütungsraten für Krankenhausleistungen deutlich gesenkt hat. Dies spiegelt sich in den Belegungsraten wider, die zwischen 1983 und 2004 von 82,8 auf 65,3% gefallen sind (Berger 2006). Der gestiegene Kostendruck führte in dieser Zeitspanne außerdem zur Schließung von 70 Krankenhäusern (ebd.) und weiteren 20 Krankenhäusern in den Folgejahren. Diese Schließungen haben für die verbliebenen Krankenhäuser zu einem starken Anstieg an Patientinnen und Patienten geführt und damit nochmals zur Arbeitsverdichtung für die Beschäftigten.

2.2 Gesundheitssystem und Vermarktlichung in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf der sozialen Krankenversicherung. Versicherungsbeiträge werden einkommensabhängig gezahlt und Gesundheitsdienstleistungen sowohl von öffentlichen, gemeinnützigen als auch privaten Trägern angeboten (Böhm et al. 2013). Änderungen im Vergütungssystem des Gesundheitssektors sowie fehlende Länderinvestitionen in die Krankenhausinfrastruktur sind die Haupttreiber der Vermarktlichung in Deutschland.

Die Entkopplung der Vergütung von Krankenhausdienstleistungen von ihren tatsächlichen Kosten begann bereits 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz. Im Jahr 2003 wurde ähnlich wie in den USA ein Fallpauschalensystem (DRGs) eingeführt, nach dem Krankenhäuser anhand vordefinierter Gebühren für bestimmte Behandlungsverfahren vergütet werden (Simon 2007). Nachdem es bereits eine Privatisierungswelle von Krankenhäusern nach der Wiedervereinigung aufgrund von Überkapazitäten gab (Schwierz 2010), haben die DRGs eine zweite Privatisierungswelle ausgelöst. Bereits 2004 waren 30 bis 50 % der Krankenhäuser nicht in der Lage, ihr operatives Geschäft zu finanzieren. Dies machte Privatisierungen für Kommunen und Länder attraktiv, da sie auf diese Weise Schulden reduzieren und zukünftige Investitionen vermeiden konnten (Deutsches Krankenhausinstitut 2005; Schulten 2006; Truger 2004). Die Tatsache, dass auch die Länder seit den 1990er Jahren ihrer Investitionsverpflichtung nicht ausreichend nachkommen, erhöht den Kostendruck auf die Krankenhäuser zusätzlich, da sie Infrastrukturinvestitionen nunmehr selber aus ihren laufenden Geschäftseinnahmen bestreiten müssen (Augurzyk et al. 2010).

Der gestiegene Kostendruck hat sich auch in Deutschland auf die Beschäftigten ausgewirkt (Braun et al. 2011; Greer et al. 2013). Nach Einführung der DRGs stieg die Fallzahl signifikant, während die Zahl der Pflegekräfte konstant blieb (Statistisches Bundesamt 2014). Somit müssen mehr Fälle in kürzerer Zeit behandelt werden. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hat Deutschland einen der schlechtesten Pflegeschlüssel. Während hierzulande 2010 eine Pflegekraft durchschnittlich für 9,9 Patienten zuständig war, hat eine Pflegekraft in England 7,3, in den Niederlanden 4,8 und in Norwegen 3,7 Patientinnen und Patienten betreut (Aiken 2012; Simon 2015).

Die beschriebenen Trends lassen sich auch an der Charité wiederfinden. Während deutschlandweit die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus von 1991 bis 2013 von 14 auf 7,5 Tage fiel (Statistisches Bundesamt 2014), wurden diese Werte an der Charité im Jahr 2015 mit nur 5,9 Tagen noch unterschritten (Der Tagesspiegel 2015). Von 2006 bis 2015 hat sich zudem die Anzahl der Beschäftigten an der Charité um 7 % verringert. Gleichzeitig ist die Zahl der behandelten Fälle um 18 % und der Case-mix um 23 % gestiegen (Interview 01, vgl. Abschnitt 4).

3. Theoretische Ansätze zur Erklärung gewerkschaftlicher Strategiewahlen im Krankenhaussektor

Im Folgenden wollen wir einschlägige theoretische Ansätze skizzieren, die wir zur Erklärung der gewerkschaftlichen Strategiewahlen im Kampf um verbindliche Personalbemessungsregelungen für Krankenhausbeschäftigte in Berlin und New York heranziehen werden.

Wie einleitend bereits erwähnt, gehen traditionelle Theorien der industriellen Beziehungen davon aus, dass Gewerkschaftsstrategien maßgeblich von den Institutionen der Arbeitsbeziehungen beeinflusst werden. Demnach konzentrieren sich gewerkschaftliche Akteure in der koordinierten Marktwirtschaft Deutschlands entsprechend der *Varieties of Capitalism*-Typologie (VoC) (Hall/Soskice 2001) traditionell auf ihre institutionelle Macht. Gewerkschaften in den USA hingegen greifen aus Ermangelung institutionalisierter Einflussmöglichkeiten eher auf Strategien zurück, die auf ihrer Organisationsmacht gründen (Brinkmann et al. 2008; Nachtwey/Thiel 2014). Für unsere Fälle, in denen jedoch – anders als die vorgenannte Theorie es erwarten ließe – gleiche Strategien gewählt wurden, sind prozessbasierte und akteurszentrierte Erklärungsansätze überzeugender.

So betrachtet die *Liberalisierungstheorie* in ihrer Fortentwicklung der VoC Liberalisierungsprozesse als transformativ und in der Lage, insbesondere Arrangements des Typs der koordinierten Marktwirtschaft zu erodieren. Dies führt dazu, dass sich koordinierte Marktwirtschaften dem Typus der liberalen Marktwirtschaften annähern (Glyn 2006; Howell 2006; Streeck 2009). Dabei ändern sich Institutionen nicht notwendigerweise formal, sondern verändern ihre Funktion (Baccaro/Howell 2011) oder werden neu interpretiert (Hauptmeier 2012; Wagner 2015). Liberalisierungsprozesse in den politischen Ökonomien können radikale Veränderungen bewirken. Als Beispiel hierfür gelten die Dualisierung des Arbeitsmarkts (Hassel 2014) und die umfassende vertikale Desintegration von Unternehmen in Deutschland (Doellgast/Greer 2007). Die beschriebenen ähnlichen Vermarktlichungsprozesse werfen das Problem der Arbeitsintensivierung auf, das wiederum einen Handlungsdruck erzeugt. Traditionelle Strategien wie das Co-Management, die dem makroinstitutionellen Arrangement entsprechen, werden diesem nicht gerecht. So schaffen Vermarktlichungsprozesse eine *makroinstitutionelle Gelegenheitsstruktur*, die die Wahl neuer Gewerkschaftsstrategien wie dem SMU im deutschen Kontext begünstigen kann. Für die Anwendung dieser Strategien müssen jedoch weitere Faktoren auf lokaler Ebene gegeben sein.

Da makroinstitutionelle Faktoren Arbeitsbeziehungen nicht vollständig determinieren, können sich innerhalb unterschiedlicher Länder beträchtliche Unterschiede in den Arbeitsbeziehungen (Locke 1992) und Gewerkschaftstraditionen (Lopez 2004) finden. Ob eine bestimmte Strategie gewählt wird und Erfolg hat, hängt in diesem Zusammenhang von ►

verschiedenen Determinanten auf Organisationsebene ab (Frege/Kelly 2003; Greer/Hauptmeier 2012). Soziale Bewegungen und Gewerkschaften können Probleme auf verschiedene Arten *artikulieren*, die sich unterschiedlich auf die Mobilisierung von Beteiligten auswirken. Probleme können identifiziert und bewertet (*diagnostic framing*), Lösungen für diese vorgeschlagen (*prognostic framing*) und durch das Aufführen von Handlungslogiken Beteiligte zum Handeln motiviert werden (*motivational framing*) (Benford/Snow 2000; Kuypers 2009). Ein Hindernis für die Mobilisierungsfähigkeit von Beschäftigten im Krankenhaussektor stellt das besondere Berufsethos dar. Streikaktivitäten werden in der Regel als ethisch verwerflich angesehen, da diese das Wohl der Patientinnen und Patienten gefährden (Chadwick/Thompson 2000). Ein verändertes Framing dieses Berufsethos kann sich positiv auf die Mobilisierung von Beschäftigten auswirken und damit sowohl Organisations- als auch Produktionsmacht erhöhen (Wolf 2015). Eng damit verbunden ist die Identität einer Gewerkschaft und ihre dementsprechende konfliktthafte oder kooperative Ausrichtung (Hunt et al. 1994). *Gewerkschaftsidentitäten* lassen sich im Spannungsfeld von drei Orientierungen verorten: erstens der Marktorientierung, in der Gewerkschaften sich auf die Regulierung der Lohnarbeit konzentrieren, zweitens der Gesellschaftsorientierung, in der Gewerkschaften zur Verbesserung der sozialen Sicherheit und des sozialen Zusammenhalts eintreten, sowie drittens der Klassenorientierung, die radikal-oppositionell, antikapitalistisch und militant die sozio-politische Mobilisierung und die Förderung von Klasseninteressen verfolgt (Hyman 2001).

Ihre Strategien wählen Gewerkschaften auf Grundlage dieser Orientierungen. Gewerkschaftsidentitäten im Sinne der Gesellschafts- und Klassenorientierung und eine entsprechende Artikulation des Arbeitskonflikts können Beschäftigte und weitere gesellschaftliche Akteure ansprechen und mobilisieren. So bergen ein verändertes Problem-Framing wie auch eine Veränderung der Gewerkschaftsidentität Potenzial für die Verfolgung neuer Strategien. Zuletzt sind gewerkschaftliche Strategien vom Aufbau und der Nutzung von Machtressourcen abhängig (Brinkmann et al. 2008; Schmalz/Dörre 2014). Für die Strategien des Organizing und SMU sind neben der Organisierung und Aktivierung von Beschäftigten (Organisationsmacht) die Kooperation mit zivilgesellschaftlichen Organisationen, der Zugang zu politischen Entscheidungsträgern und die Nutzung der Medien (gesellschaftliche Macht) von Bedeutung. Framingprozesse, Gewerkschaftsidentität und Ressourcenstruktur sind Determinanten von Gewerkschaftsstrategien, die in großem Maße von der (lokalen) Organisation beeinflussbar sind. Daher halten wir diese für besonders interessant für die gewerkschaftliche Praxis.

Da die Konzepte des Organizing und SMU häufig nicht klar voneinander getrennt werden und Organizing begrifflich-konzeptionell mehrdeutig ist (Dörre 2013), werden sie ebenfalls kurz erläutert. Der Hauptunterschied in den beiden Strategien besteht in ihrem Bezug auf arbeitsplatzbezogene oder gesellschaftspolitische Konflikte. „Organizing“

zielt im Kern auf Mitgliedergewinnung ab (Voss/Sherman 2000). In seiner Übertragung auf den deutschen Kontext wurde auch eine Koalitionsbildung zu diesem Modell gezählt (Dribbusch 2007). Im engen Sinn sieht Organizing aber keine intensive Bündnisarbeit vor bzw. wird sie, wenn überhaupt, eher instrumentell genutzt (Dörre 2013). Für das aus dem anglo-amerikanischen Kontext stammende Konzept des „Social Movement Unionism“ ist die strategische Bündnisarbeit zur Erhöhung der Konfliktfähigkeit hingegen essenziell. Zu den Kernelementen gehören

- ein lokaler Fokus,
- die Bildung breiter gesellschaftlicher Bündnisse,
- ein politisches Framing, das auf soziale Gerechtigkeit und gesellschaftliche Veränderung rekurriert,
- die Nutzung neuer Formen kollektiven Handelns und der Mitgliedergewinnung sowie eines emanzipatorischen Politikansatzes, durch den Beschäftigte an der Basis mobilisiert werden (Fairbrother 2008; Lopez 2004; Turner/Hurd 2001). Diese Strategie setzt eine klassenorientierte Gewerkschaftsidentität voraus (Fairbrother 2008).

Vor dem Hintergrund des oben beschriebenen theoretischen Rahmens argumentieren wir, dass ähnliche Prozesse der politischen Ökonomie zu makroinstitutionellen Gelegenheitsstrukturen führen, die die jeweiligen Institutionen der Arbeitsbeziehungen insoweit unterminieren, als ein ähnlicher Handlungsdruck entsteht, der den Einsatz von Organizing und SMU begünstigen kann. Es sind jedoch ähnliche Framingprozesse, (lokale) Gewerkschaftsidentitäten und Organisationsgeschichten sowie vergleichbare Ressourcenstrukturen nötig, um ähnliche Strategien in sonst völlig verschiedenen makroinstitutionellen Systemen hervorzubringen.

4. Forschungsdesign und Methoden

Um unsere Annahme zu prüfen, untersuchen wir in einem „most different systems design“ (Mill 1973; Przeworski/Teune 1970; Rohlfing 2012) zwei weitestgehend ähnliche Gewerkschaftsstrategien in zwei unterschiedlichen Ländern, die sich in ihrem Wohlfahrtsstaatstypus (Esping-Andersen 1990), Gesundheitssystem (Böhm et al. 2013), ökonomischen Produktionsprozessen und Arbeitsbeziehungen (Hall/Soskice 2001) unterscheiden. Die Nutzung vergleichbarer Strategien führen wir hauptsächlich auf ähnliche nationale Vermarktlichungsprozesse und Faktoren auf der Organisationsebene zurück.

Wir vergleichen die gewerkschaftlichen Strategien für eine tarifliche Regelung der Personalbemessung, die ver.di an der Charité von 2013 bis Anfang 2016 und NYSNA an mehreren Krankenhäusern in New York State von Ende 2012 bis Anfang 2016 verfolgt haben. Für unsere Untersuchung haben wir im Zeitraum von September 2015 bis Juni 2016 insgesamt zwölf Interviews mit 16 Personen durchge-

führt.¹ Zusätzlich stützen wir uns auf 60 Dokumente in der Analyse des deutschen Falls und 50 Dokumente im US-amerikanischen Fall. Zu diesen Dokumenten zählen Zeitungsartikel, Videos, Kollektivverträge, Pressemitteilungen und Beiträge in den sozialen Medien. Das Material haben wir nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse mithilfe eines deduktiv aufgestellten und induktiv ergänzten Kategoriensystems ausgewertet (Mayring 2008).

5. Fallstudien zu ver.di an der Charité Berlin und NYSNA in New York State

Die Ergebnisse der Fallstudien der gewerkschaftlichen Personalbemessungsstrategien von ver.di in Berlin und NYSNA in New York State erläutern wir im Folgenden strukturiert nach ihren Hauptdeterminanten. Neben den oben dargelegten Vermarktlichungsprozessen, die in beiden Fällen zu gesteigertem Kostendruck und Arbeitsintensivierung geführt haben, konnten wir als Voraussetzungen für die ähnlichen Strategiewahlen Parallelen im Framing des Selbstverständnisses und des Arbeitskonflikts, in der (lokalen) Gewerkschaftsidentität und Organisationsentwicklung sowie in der Ressourcenstruktur identifizieren. Anschließend werden wir die Ähnlichkeiten und Unterschiede der Strategien darlegen und schließlich deren Erfolg bewerten.

5.1 Framing

In beiden Fällen haben die Gewerkschaften ihren Konflikt nicht ausschließlich als Arbeitskampf, sondern erweitert als größeres gesellschaftspolitisches Problem artikuliert. NYSNA hat ihre Forderung der Personalbemessung als Kampf um soziale Gerechtigkeit formuliert, in dem es um Ungleichheit und das Fehlen universeller Krankenversicherung geht (Interview 10; NYSNA 2015). Ver.di führte den Arbeitsdruck im Krankenhaus allgemein auf das DRG-System zurück und problematisierte, dass Gesundheit ökonomisiert und wie eine Ware behandelt werde (Interviews 01, 02). Darüber hinaus nutzten beide Gewerkschaften das Patientenwohl als weiteren Frame für ihr Problem und brachten dieses argumentativ mit ihrer Forderung nach mehr Personal in Zusammenhang (Interviews 01, 02, 09, 10). Dieser Frame hat auch den Frame der Gewerkschaftsidentität beeinflusst. Wie Wolf (2015) gezeigt hat, ist es ver.di an der Charité gelungen, den Frame der Patientensicherheit zur Herausbildung einer konflikthaften kollektiven Identität der Pflegekräfte zu nutzen. Durch die Umformung in ein „Ethos fürsorglicher Praxis“ wurde das Berufsethos „widerständig“ artikuliert und hat somit nicht mehr restriktiv, sondern mobilisierend gewirkt. Wichtig war im deutschen Fall auch das Entdecken der eigenen Produktionsmacht, die sich darin zeigte, dass der Betrieb der Charité von nur 438 Streikenden maximal heruntergefahren wurde

(Wolf 2015). Dies bestätigen die Auswertungen der vorliegenden Studie und sie zeigen – auch für NYSNA –, dass die untersuchten Gewerkschaften die Verhandlungsmacht, Selbstermächtigung und Kampffähigkeit der Krankenpflegekräfte in den Mittelpunkt ihrer Rhetorik gestellt haben und damit ihre Mitglieder zum Streik und Protest ermutigen konnten (Interviews 01, 02, 07, 09).

5.2 Gewerkschaftsidentität und Organisationsentwicklung

Der Aspekt der (lokalen) Gewerkschaftsidentität und Organisationsentwicklung ist ebenso wie das Framing vor dem Hintergrund interessant, dass Gewerkschaften in diesem Bereich einen Handlungsspielraum (*agency*) haben. Beide Organisationen haben sich im Laufe der Jahre zu aktivistischen Organisationen entwickelt. So wurde NYSNA 1901 als Berufsverband gegründet und 2011 zur Gewerkschaft gewandelt (Interview 08). Im Vorfeld der organisationsinternen Gewerkschaftswahlen 2011 hatten reformorientierte Kandidatinnen und Kandidaten für mehr Militanz und Mitgliedermobilisierung geworben und neun von 13 Sitzen im Vorstand errungen (Brenner 2011). Infolgedessen stimmten NYSNA-Mitglieder dafür, ein Gewerkschaftsmodell der Verhandlung, Mobilisierung und Community-Organizing in ihren Statuten festzuschreiben. Im Dezember 2012 begann NYSNA mit ihren ersten Kampagnen gegen geplante Krankenhausschließungen nach dem Modell des SMU (Interview 09). Ver.di hingegen ist seit ihrer Gründung 2001 eine Gewerkschaft. Dennoch hat auch ver.di im Laufe der Arbeitskämpfe an der Charité ihr Handlungsrepertoire um stärker aktivistische und konfliktvolle Mittel erweitert. Seit 2006 hat ver.di dort durch Streiks für eine Rückkehr zum Arbeitgeberverband und bessere Bezahlung einen starken Kern von Aktiven aufgebaut und eine aktive Streikpraxis entwickelt. Zudem hat ver.di 2013 ein neues Streikkonzept für den Krankenhausesektor erstritten (Interview 01, 02, 04). Die Garantie und Organisation einer Mindestversorgung weicht darin der Verpflichtung, Streikaktivitäten innerhalb einer Frist von sieben bzw. drei Tagen anzukündigen, wenn die Streikbereitschaft so groß ist, dass der Betrieb einer Station bzw. die Versorgung einzelner Betten nicht aufrechterhalten werden kann. Die Klinikleitung ist dann wiederum in der Pflicht, die Bettenkapazitäten in entsprechendem Maß zu reduzieren oder ganze Stationen vorübergehend zu schließen, also institutionelle Maßnahmen zu ergreifen, die das Pflegepersonal von seiner Versorgungsverantwortung entlasten. ►

1 Zu den Befragten zählten involvierte Gewerkschaftssekretärinnen und -sekretäre, Interessenvertretungen und -aktive auf Betriebsebene, Organizer, Bündnismitglieder und eine US-amerikanische Policy- und Strategieforscherin. Fünf Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Mitgliedsgruppierungen des Bündnisses „Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus“ wurden im Rahmen eines Fokusgruppeninterviews befragt.

5.3 Ressourcenstruktur

Eng verbunden mit der Organisationsentwicklung und aus der Agency-Perspektive ebenso interessant sind weitere *betriebliche Machtressourcen*, die in beiden Fällen ebenfalls über Jahre hinweg aufgebaut wurden. So hat NYSNA seit 2012 durch Organizing *Beschäftigte* aktivieren können und zudem ein Netzwerk von Gewerkschaftsvertretungen und -delegierten aufgebaut und ihre Organisationsmacht ausgebaut (Interviews 08, 09). Gleichwohl geht ein großer Teil der Mobilisierung auch auf Initiative der Beschäftigten selbst zurück (Interview 08). Ebenso hat ver.di seit 2013 mit Unterstützung des Bündnisses „Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus“ durch persönliche Ansprache ein Kommunikationssystem von sogenannten Tarifberaterinnen und -beratern etabliert, über das Informationen von ver.di und Personalrat an die Mitglieder und Beschäftigten kommuniziert sowie Feedback von denselben zurückgemeldet wird (Interviews 01, 02, 04). Das Konzept der Tarifberater ist ebenfalls ein neues, das in der Auseinandersetzung an der Charité entstanden ist. Es handelt sich hier nicht um klassische Vertrauensleute – Tarifberater müssen nicht einmal Mitglieder sein –, sondern vielmehr um eine Kommunikations- und Organisationsstrategie. Diese hat letztlich zu erfolgreichen Streikaktivitäten geführt, die die Handlungsmacht der Pflegekräfte verdeutlicht haben.

Eine besonders wichtige Machtressource war die gesellschaftliche Macht in Form einer *Einbettung in zivilgesellschaftliche Netzwerke und Unterstützung durch zivilgesellschaftliche Organisationen* sowie der Zugang zu politischen Entscheidungsträgern und Medien. NYSNA hat das linksgerichtete Bündnis „The New York Campaign for Patient Safety“ mit anderen Gewerkschaften, Gesundheitsinteressenorganisationen, Bürger- und Graswurzel-Initiativen mit dem Ziel der Förderung sozialer Gerechtigkeit durch Personalbemessung gegründet (Interviews 07, 08, 09, 10). Das Bündnis wurde von NYSNA in einer Pressekonferenz mit einer ehemaligen Vertreterin der California Nurses Association am 9. Februar 2016 erstmals öffentlich vorgestellt. Bisher hat sich seine Arbeit auf die Erstellung von Berichten konzentriert, die die Vorteile einer gesetzlichen Personalbemessung unter Berücksichtigung relevanter wissenschaftlicher Forschung verdeutlichen. Gesellschaftliche Macht wurde darüber hinaus jedoch auch durch Community-Kampagnen gegen Krankenhausschließungen in Brooklyn aufgebaut (Interview 09). Für ver.di spielte die Bündnisarbeit eine zentrale und größere Rolle als für NYSNA. Ver.di an der Charité gründete das bereits genannte Bündnis „Berlinerinnen und Berliner für mehr Personal im Krankenhaus“. Dieses besteht aus Einzelpersonen linker und sozialistischer zivilgesellschaftlicher Organisationen, einer Patienteninitiative, der Partei Die Linke, Aktivistinnen und Aktivisten anderer Berliner Krankenhäuser sowie Einzelpersonen, die unter anderem dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ) und dem Marburger Bund zuzurechnen sind. Zu Anfang beschränkte sich das Bündnis auf die Unterstützung der Streiks an der Charité. Im Zeitver-

lauf hat es jedoch eine eigenständige politische Praxis entwickelt. So hat es beispielsweise mit der politischen Forderung, Personalbemessung im Rahmen von Qualitätsstandards im Landeskrankenhausplan zu verankern, dem Anliegen der Charité-Beschäftigten zusätzliche mediale und politische Aufmerksamkeit verschafft. Auch organisatorisch hat ver.di von der Unterstützung des Bündnisses profitiert (Interviews 01, 02, 03).

Der Zugang zu den politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern war in den beiden Untersuchungs-fällen unterschiedlich. In New York profitierte NYSNA von einer besonderen politischen Gelegenheitsstruktur. In New York City wurde 2014 erstmals nach 30 Jahren ein demokratischer Bürgermeister, Bill de Blasio, mit der Unterstützung der Gewerkschaften gewählt. De Blasio unterstützte 2013 die NYSNA-geführten Kampagnen gegen Krankenhausschließungen in Brooklyn, was er bereits als Stadtrat für Brooklyn 2007 getan hatte (Interview 09). Weitere Amtsträger in New York City unterstützen NYSNA ebenfalls (NYSNA 2015). Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang der Abgeordnete Richard Gottfried, der den „Safe Staffing for Quality Care Act“ in der Legislaturperiode 2013/2014 in die New York State Assembly einreichte. Des Weiteren konnte sich NYSNA auf eine lange Tradition der Kollektivvertragsverhandlungen mit mehreren Arbeitgebern stützen, die 1969 von der großen United Healthcare Workers East-Gewerkschaft 1199/SEIU begonnen wurde (Interviews 11, 12). Eine vergleichbare Gelegenheitsstruktur existierte auf lokalpolitischer Ebene in Berlin nicht. Zwar hatten auch die ver.di-Gewerkschafterinnen und -Gewerkschafter Kontakte zu den politischen Parteien des Berliner Senats; zum christdemokratischen Berliner Senator für Gesundheit, Mario Czaja, jedoch erst nach Streikankündigung. Dieser setzte allerdings ebenso wenig wie die Vertreterinnen und Vertreter der mitregierenden SPD die gewerkschaftlichen Forderungen bzw. des Bündnisses um (bspw. im Vorstand der Charité) (Interviews 01, 02, 03). Die im Vergleich zum New Yorker Fall schwächere Unterstützung durch politische Prominenz konnte ver.di jedoch durch eine stärkere Unterstützung durch das Bündnis ausgleichen.

Die mediale Präsenz war in beiden Fällen gut. Sowohl ver.di als auch NYSNA hatten eine breitgefächerte Kommunikationsstrategie zur Verbreitung ihrer Sichtweise und zum Aufbau zusätzlichen Drucks. Sie nutzten Pressemitteilungen und Pressekonferenzen, unterhielten Webseiten und Facebook-Profile. In Berlin berichtete die Lokalzeitung *Der Tagesspiegel* regelmäßig über die Auseinandersetzungen an der Charité, zusätzlich befördert durch das Bündnis, das sich als weiterer Akteur etablieren und bekanntmachen konnte (Interview 02). Der Streik an der Charité im Juni 2015 erhielt die größte mediale Aufmerksamkeit, nicht nur in den lokalen Medien, sondern auch überregional. In New York State berichteten lokale Fernsehsender über die Proteste NYSNAs. NYSNA erzielte überregionale Aufmerksamkeit durch Artikel in der *New York Times*, die ihre Streikandrohungen in 2011 und die Arbeitsverdichtung in der Pflege diskutierten (Interview 07).

5.4 Personalbemessungsstrategien

Sowohl ver.di als auch NYSNA haben auf den oben genannten Punkten aufbauend eine Bandbreite unterschiedlicher Strategien miteinander kombiniert. Drei Hauptpfeiler waren dabei auf betrieblicher Ebene von besonderer Bedeutung: Organisationsbezogene Strategien, Streik und Bündnisarbeit. Ergänzt wurden diese Strategien von Kampagnenarbeit auf staatlicher bzw. nationaler Ebene, die eine gesetzliche Personalbemessung verfolgte.

Wie bereits unter dem Aspekt der Ressourcenstruktur beschrieben, haben beide Gewerkschaften Mitglieder am Arbeitsplatz nach dem *Organizingkonzept* rekrutiert und aktiviert. Zudem haben sie *Kommunikationsstrukturen* aufgebaut – ein Netzwerk aus Krankenpflegevertretungen im Fall von NYSNA und die sogenannten Tarifberater in der Charité. Teil der arbeitsplatzbezogenen Strategien waren zudem Konzepte, durch die *Arbeitsüberlastungen an die Geschäftsführung kommuniziert* wurden, sogenannte „Protests of Assignment“ in New York (Interviews 08, 09) und das „Ultimatenkonzept“ oder auch „Notrufkonzept“ in Berlin. Das Notrufkonzept wies dabei noch eine Besonderheit auf: Die Überlastungsanzeige wurde geschlossen von ganzen Stationen eingereicht und an Forderungen zur Beseitigung innerhalb einer vorgegebenen Frist gekoppelt. Bei Untätigkeit bis zum Verstreichen der Frist wurden Konsequenzen angekündigt, wie z. B. das Einstellen freiwilliger Tätigkeiten. Durch diese Strategien wurde der Druck auf die Geschäftsführung erhöht (Interviews 01, 02, 04).

Die Organisierung, Aktivierung und Vernetzung der Mitglieder war Voraussetzung für weitere Taktiken. So haben beide Gewerkschaften auf dem Höhepunkt der Auseinandersetzung das Mittel des *Streiks* genutzt. Für NYSNA war die Androhung eines Streiks mit 90 % Zustimmung der Belegschaft ausreichend, um im Juni 2015 einen Vertragsabschluss mit 17 privaten Arbeitgebern zu erreichen (NYSNA 2016). Im deutschen Fall ging diesem eine rechtliche Auseinandersetzung voraus, in der ver.di erfolgreich vor dem Arbeitsgericht klären konnte, dass Personalbemessung im Sinne eines betrieblichen Gesundheitsschutzes im Rahmen von Tarifverträgen geregelt werden und dementsprechend auch für eine Personalbemessung gestreikt werden kann (Interviews 01, 02, 04). Ermöglicht wurden die Streiks und glaubhaften Streikandrohungen u. a. durch eine breite öffentliche Unterstützung, die vor allem durch die *Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Akteuren* entstanden ist. So hat NYSNA, wie oben bereits beschrieben, während des Arbeitskampfes bilateral mit verschiedenen Organisationen zusammengearbeitet (Interview 07, 09), inklusive der 1199/SEIU (NYSNA 2016), und ver.di hat ein Solidaritätsbündnis gegründet (Interviews 01, 02, 03).

Flankiert wurden die Strategien in beiden Fällen von Protesten, Flashmobs, Umfragen unter Beschäftigten zu ihrer Arbeitsbelastung und dem Lobbying von Politikerin-

nen und Politikern für eine gesetzliche Personalbemessung. Letzteres war im Falle NYSNAs wichtiger als für ver.di, da NYSNAs Zugang zum Bürgermeister und anderen Amtsträgern besser war. In Berlin hat ver.di erst mithilfe des Bündnisses und durch Streiks Zugang zum zuständigen Gesundheitssenator bekommen.

Auf Bundesebene bzw. auf Ebene des New York State wurden die lokalen Strategien um *Kampagnen zur Durchsetzung einer gesetzlichen Personalbemessung* ergänzt. So hat ver.di seit 2013 die Kampagne „Der Druck muss raus“ durchgeführt. NYSNA hat seit 2013 ihre 20-jährige „Safe staffing campaign“ von einer zuvor führungs- zu einer mitglieder-gesteuerten Kampagne erneuert (Interview 09) und im Februar 2016 zusammen mit zwölf anderen Organisationen das „New York Campaign for Patient Safety“-Bündnis gegründet.

5.5 Ergebnisse

In beiden Fällen wurden Fortschritte auf dem Weg zur *gesetzlichen Personalbemessung* gemacht. Die New York State Assembly hat den „Safe Staffing for Quality Care Act“ am 14. Juni 2016 verabschiedet, sodass nun der New York State Senate über den Gesetzentwurf entscheiden muss. In Deutschland hat ver.di es geschafft, das Thema der gesetzlichen Personalbemessung soweit auf die Tagesordnung zu setzen, dass es im November 2015 Gegenstand einer Anhörung im Bundestag war.

Messbare Erfolge gab es für beide Gewerkschaften auch auf der in diesem Beitrag im Fokus stehenden *kollektivvertraglichen* Ebene. So konnte NYSNA im Juni 2015 einen Tarifvertrag mit 17 Arbeitgebern aushandeln, der Personalbemessungsquoten regelt und zudem die Aufstockung der Krankenpflegekräfte um insgesamt 1.000 zusätzliche Vollzeitäquivalente bis 2017 vorsieht (NYSNA 2016). Teil der Vereinbarung waren zudem „Professional Practice Committees“, die paritätisch mit Gewerkschafts- und Managementvertretern besetzt werden, die Umsetzung der tariflichen Regelungen sicherstellen und im Falle von Problemen angesprochen werden können (Privat übermittelter Kollektivvertrag 2015 bis 2018). Ver.di hat ebenfalls im April 2016 einen Tarifvertrag abschließen können, der Personalbemessungsquoten und klare Regelungen für den Fall von Überlastungsanzeigen vorsieht. Erwähnenswert ist darüber hinaus, dass auch die nicht-medizinischen Dienstleistungen einbezogen wurden. Der Tarifvertrag von ver.di ist in seinen Details weitergehend als jener der NYSNA. Zudem strahlt der Tarifvertrag der Charité bereits auf andere Krankenhäuser aus. So fordern die Vivantes-Krankenhäuser in Berlin derzeit in ihrer Kampagne „ZusammenStehen“ wie auch das Universitätsklinikum in Schleswig-Holstein gleichfalls eine tarifliche Personalbemessung (Interviews 03, 05, 06). Im Saarland hat ver.di die Krankenhäuser im November 2016 zu Verhandlungen über einen „Tarifvertrag Entlastung“ nach Vorbild der Charité aufgerufen. ►

6. Fazit

Vor dem Hintergrund traditioneller Theorien der industriellen Beziehungen ist es zunächst überraschend, dass sich zwei Gewerkschaften, die in unterschiedlichen Ländern und in verschiedenen Kapitalismus- und Wohlfahrtssystemen agieren, in einem konkreten Konflikt für einen ähnlichen Strategiemix aus *Organizing* und *Social Movement Unionism (SMU)* entscheiden. Wir führen die ähnliche Strategiewahl in den beiden untersuchten Fällen darauf zurück, dass ver.di und NYSNA gleichgerichteten *Vermarktlichungsprozessen* gegenüberstanden, in deren Folge gleichgelagerte Problemlagen (Kostendruck und Arbeitsintensivierung) entstanden sind. Dass die gewählte Strategie in beiden Fällen auch erfolgreich umgesetzt werden konnte, bedurfte allerdings noch weiterer Voraussetzungen. Es erforderte den gezielten Aufbau von Organisationsmacht, die Entwicklung hin zu einer stärker aktivistisch und militant ausgerichteten Gewerkschaftsidentität und ein Konflikt-Framing, das das Ziel des Arbeitskampfes – den Abbau der Arbeitsverdichtung im Krankenhaussektor – in einen größeren gesellschaftspolitischen Kontext setzt, in dem sowohl die *wohlfahrtsstaatliche Verantwortung* adäquater Versorgungsstrukturen wie auch die *Verantwortung der Beschäftigten selbst*, sich hierfür zu engagieren, explizit thematisiert werden. Dieses Framing begünstigte den Aufbau zivilgesellschaftlicher Bündnisstrukturen. Unter Rückgriff auf unseren theoretischen Bezugspunkt prozessbasierter und akteurszentrierter Erklärungsansätze (vgl. Abschnitt 3) folgern wir, dass im Kontext der Vermarktlichung der Krankenhaussektoren die Wahl und der Erfolg der hier untersuchten Gewerkschaftsstrategien weniger von makroinstitutionellen, sondern vielmehr von lokalen, organisationsbezogenen Faktoren abhängig war, bei denen die Gewerkschaften einen (neuen) Handlungsspielraum hatten, den sie erkannt haben und für sich nutzen konnten. Die Übertragbarkeit dieses Ergebnisses auf private Sektoren oder andere Bereiche des öffentlichen Sektors, in denen beispielsweise das öffentliche Interesse geringer ist oder Beschäftigte ein anderes Selbstverständnis besitzen, wäre in weiteren Forschungsarbeiten zu untersuchen. ■

LITERATUR

- Aiken, L. H. S./Douglas M./Bruyneel, L./van den Heede, K./Sermeus, W.** (2012): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe, in: *International Journal of Nursing Studies* 50 (2), S. 143–153
- Augurzyk, B./Krolop, S./Schmidt, C. M.** (2010): Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, in: Klaubert, J. R./Gareadts, M./Friedrich, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2010*, Stuttgart, S. 13–24
- Baccaro, L./Howell, C.** (2011): A common neoliberal trajectory: The transformation of industrial relations in advanced capitalism, in: *Politics & Society* 39 (4), S. 521–563
- Benford, R. D./Snow, D. A.** (2000): Framing processes and social movements: An overview assessment, in: *Annual Review of Sociology* 26 (1), S. 611–639
- Berger, S.** (2006): A plan to stabilize and strengthen New York's health care system: A final report of the Commission of Health Care Facilities in the 21st century, December, New York
- Böhm, K./Schmid, A./Götze, R./Landwehr, C./Rothgang, H.** (2013): Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification, in: *Health Policy* 113 (3), S. 258–269
- Braun, B./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R.** (2011): Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008, artec-paper, Bremen
- Bremme, P./Fürniß, U./Meinecke, U.** (2007): Never work alone: Organizing – Ein Zukunftsmodell für Gewerkschaften, Hamburg
- Brenner, M.** (2011): Reformers sweep election in New York nurses union, labor notes (01), September, Detroit
- Brinkmann, U./Choi, H.-L./Dörre, K./Holst, H./Karakayali, S./Schmalstieg, C.** (2008): Strategic Unionism: Aus der Krise zur Erneuerung? Umriss eines Forschungsprogramms, Wiesbaden
- Chadwick, R./Thompson, A.** (2000): Professional ethics and labor disputes: Medicine and nursing in the United Kingdom, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 9 (4), S. 483–497
- Der Tagesspiegel** (2015): Immer weniger Pflegekräfte für immer mehr Patienten, <http://www.tagesspiegel.de/politik/notstand-in-den-krankenhaeusern-immer-weniger-pflegekraefte-fuer-immer-mehr-patienten/11955050.html>
- Deutsches Krankenhausinstitut** (2005): Krankenhausbarometer Umfrage 2005, Düsseldorf
- Doellgast, V./Greer, I.** (2007): Vertical disintegration and the disorganization of German industrial relations, in: *British Journal of Industrial Relations* 45 (1), S. 55–76
- Dörre, K.** (2013): Organizing – ein Konzept zur Erneuerung gewerkschaftlicher Organisationsmacht: Heinrich Böll Stiftung, Heimatkunde, <https://heimatkunde.boell.de>
- Dribbusch, H.** (2007): Das „Organizing-Modell“ – Entwicklung, Varianten und Umsetzung, in: Bremme, P./Fürniß, U./Meinecke, U. (Hrsg.): *Never work alone: Organizing – Ein Zukunftsmodell für Gewerkschaften*, Hamburg, S. 24–52
- Esping-Andersen, G.** (1990): *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge
- Fairbrother, P.** (2008): Social movement unionism or trade unions as social movements, in: *Employee Responsibilities and Rights Journal* 20 (3), S. 213–220
- Field, R. I.** (2014): *Mother of invention: How the Government created free-market health care*, Oxford/New York
- Frege, C.** (2000): Gewerkschaftsreformen in den USA. Eine kritische Analyse des „Organisierungsmodells“, in: *Industrielle Beziehungen* 7 (3), S. 260–280
- Frege, C./Kelly, J.** (2003): Union revitalization strategies in comparative perspective, in: *European Journal of Industrial Relations* 9 (7), S. 7–24
- Ganz, M.** (2000): Resources and resourcefulness: Strategic capacity in the unionization of Californian agriculture, 1959–1966, in: *The American Journal of Sociology* 105 (4), S. 1003–1062
- Gandin, S.** (2016): Beyond social movement unionism, *Jacobinmag* 2016/08, <https://www.jacobinmag.com/2016/08/>
- Glyn, A.** (2006): *Capitalism unleashed: Finance globalization and welfare*, Oxford
- Greer, I.** (2008): Social movement unionism and social partnership in Germany: The case of Hamburg's hospitals, in: *Industrial Relations* 47 (4), S. 602–624
- Greer, I./Hauptmeier, M. H.** (2012): Identity work: Sustaining transnational collective action at General Motors Europe, in: *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society* 51 (2), S. 275–299
- Greer, I./Schulten, T./Böhlke, N.** (2013): How does market making affect industrial relations? Evidence from eight German hospitals, in: *British Journal of Industrial Relations* 51 (2), S. 215–239
- Hall, P. A./Soskice, D.** (2001): An introduction to varieties of capitalism, in: Hall, P. A./Soskice, D. (Hrsg.): *Varieties of capitalism. The institutional foundations of comparative advantage*, New York, S. 1–71
- Hassel, A.** (2014): The paradox of liberalization – Understanding dualism and the recovery of the German political economy, in: *British Journal of Industrial Relations* 52 (1), S. 57–81
- Hauptmeier, M.** (2012): Institutions are what actors make of them – The changing construction of firm-level employment relations in Spain, in: *British Journal of Industrial Relations* 50 (4), S. 737–759
- Howell, C.** (2006): Varieties of capitalism: And then there was one?, in: *Comparative Politics* 36 (1), S. 103–124
- Hunt, S. A./Benford, R. D./Snow, D. A.** (1994): Identity fields: Framing processes and the social construction of movement identities, in: Laraña, E./Johnston, H./Gusfield, J. R. (Hrsg.): *New social movements: From ideology to identity*, Philadelphia, S. 185–208
- Hyman, R.** (2001): *Understanding European trade unionism*, London
- Kuypers, J. A.** (2009): Framing analysis, in: Kuypers, J. A. (Hrsg.): *Rhetorical criticism: Perspectives in action*, Lanham/Plymouth, S. 181–204
- Lafer, G.** (2005): Hospital speedups and the fiction of a nursing shortage, in: *Labor Studies Journal* 30 (1), S. 27–46
- Lévesque, C./Murray, G.** (2010): Understanding union power: Resources and capabilities for renewing union capacity, in: *Transfer: European Review of Labour and Research* 16 (3), S. 333–350

Locke, R. M. (1992): The demise of the national union in Italy: Lessons for comparative industrial relations theory, in: *Industrial & Labor Relations Review* 45 (2), S. 229–249

Lopez, S. H. (2004): *Reorganizing the rust belt: An inside study of the American labor movement*, Berkeley, California

Lutz, S./Gee, E. P. (1998): *Columbia/HCA. Healthcare on overdrive*, New York

Mayring, P. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse*, Weinheim/Basel

Mill, J. S. (1973): *A system of logic, ratiocinative and inductive*, New York

Müller-Jentsch, W. (1997): *Soziologie der industriellen Beziehungen: Eine Einführung*, Frankfurt a. M./New York

Nachtwey, O./Thiel, M. (2014): Chancen und Probleme pfadabhängiger Revitalisierung. Gewerkschaftliches Organizing im Krankenhauswesen, in: *Industrielle Beziehungen* 21 (3), S. 257–276

Nachtwey, O./Wolf, L. (2013): Strategisches Handlungsvermögen und gewerkschaftliche Erneuerung im deutschen Modell industrieller Beziehungen, in: Schmalz, S./Dörre, K. (Hrsg.): *Comeback der Gewerkschaften? Machtressourcen, innovative Praktiken, internationale Perspektiven*, Frankfurt a. M./New York, S. 104–123

NYSNA (New York State Nurses Association) (2015): *2015 Year in Review*, New York

NYSNA (2016): *A Historic Settlement*, New York

Prott, J. (2013): Organising als riskante gewerkschaftliche Erneuerungsstrategie, in: Kocsis, A./Sterkel, G./Wiedemuth, J. (Hrsg.): *Organisieren am Konflikt: Tarifauseinandersetzung und Mitgliederentwicklung im Dienstleistungssektor*, Hamburg, S. 235–254

Przeworski, A./Teune, H. (1970): *The logic of comparative social inquiry*, New York

Rehder, B. (2008): Revitalisierung der Gewerkschaften? Die Grundlagen amerikanischer Organisierungserfolge und ihre Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse, in: *Berliner Journal für Soziologie* 18 (3), S. 342–456

Rehder, B. (2014): Vom Korporatismus zur Kampagne? Organizing als Strategie der gewerkschaftlichen Erneuerung, in: Schroeder, W. (Hrsg.): *Handbuch Gewerkschaften in Deutschland*, Wiesbaden, S. 241–264

Rice, T. H./Unruh, L. (2016): *The economics of health reconsidered*, Chicago

Rohlfing, I. (2012): *Case studies and causal inference: An integrative framework*, Basingstoke

Schmalz, S./Dörre, K. (2014): Der Machtressourcenansatz: Ein Instrument zur Analyse gewerkschaftlichen Handlungsvermögens, in: *Industrielle Beziehungen* 21 (3), S. 217–237

Schulten, T. (2006): *Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals*, PIQUE Research Report, November, Düsseldorf

Schwierz, C. (2010): Expansion in markets with decreasing demand-for-profits in the German hospital industry, in: *Health Economics* (20) 6, S. 675–687

Simon, M. (2007): Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen, in: *Jahrbuch für kritische Medizin* 44, S. 41–63

Simon, M. (2015): *Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser: Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten*, Hannover

Statistisches Bundesamt (2014): *Gesundheit: Grunddaten Krankenhäuser*, Wiesbaden

Streck, W. (2009): *Re-forming capitalism: Institutional change in the German political economy*, Oxford

Truger, A. (2004): Rot-grüne Steuerreformen, Finanzpolitik und makroökonomische Performance – was ist schief gelaufen?, in: Heise, A./Hein, E./Truger, A. (Hrsg.): *Finanzpolitik in der Kontroverse*, Marburg, S. 169–208

Turner, L./Hurd, R. W. (2001): Building social movement unionism. The transformation of the American labor movement, in: Turner, L./Katz, H. C./Hurd, R. W. (Hrsg.): *Rekindling the movement. Labor's quest for relevance in the 21st century*, Ithaca et al., S. 9–26

U.S. Department of Health and Human Services (2008): *Discharges and days of care from the National Hospital Discharge Survey*, National Health Statistics Report (5), Hyattsville

U.S. Department of Health and Human Services (2010): *The registered nurse population: Findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses*, Hyattsville

Voss, K./Sherman, R. (2000): Breaking the iron law of oligarchy: Union revitalization in the American labor movement, in: *American Journal of Sociology* 106 (2), S. 303–349

Wagner, I. (2015): Rule enactment in a Pan-European labour market: Transnational posted work in the German construction sector, in: *British Journal of Industrial Relations* 53 (4), S. 692–710

Wetzel, D. (2013): *Organizing: Die Veränderung der gewerkschaftlichen Praxis durch das Prinzip Beteiligung*, Hamburg

White, J. (2007): Markets and medical care: The United States, 1993–2005, in: *The Milbank Quarterly* 85 (3), S. 395–448

Wolf, L. (Hrsg.) (2015): *Mehr von uns ist besser für alle: Die Streiks an der Berliner Charité und ihre Bedeutung für die Aufwertung von Care-Arbeit*, Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin

AUTOREN

JENNIE AUFFENBERG, Dipl.-Sozialwirtin, ist Doktorandin an der Bremen International Graduate School of Social Sciences an der Universität Bremen und Stipendiatin der Hans-Böckler-Stiftung. Arbeitsschwerpunkte: Gewerkschaftsstrategien im Gesundheitssektor, Arbeitsbeziehungen im internationalen Vergleich, Politische Ökonomie öffentlicher Dienste, Nicht-staatliche Marktregulierung.

@ auffenberg@bigsss.uni-bremen.de

NICK KRACHLER, MSc Political Sociology, ist Doktorand an der School of Industrial and Labor Relations der Cornell University im Fachbereich International and Comparative Labor. Arbeitsschwerpunkte: Gewerkschaftsstrategien im Gesundheitssektor, Determinanten der Arbeitsorganisation und Organisationsstrategie, Politische Ökonomie von Gesundheitssystemen und -märkten im internationalen Vergleich.

@ njk77@cornell.edu