

Vernetzte Klinik

Neue Spannungen und neue Allianzen

Der Krankenhaussektor in Deutschland ist im digitalen Umbruch: Der digitale Reifegrad der Krankenhäuser soll bis 2025 durch staatliche Förderung von mehr als 4 Mrd. € gehoben werden. Es wird eine Infrastruktur etabliert, die mit neuen organisatorischen und technischen (Pfad-)Abhängigkeiten einhergeht. Wie verändert sich hierdurch die Steuerung und Kontrolle von Arbeit? Wie können Interessenvertretungen diesen neuen Pfadabhängigkeiten begegnen? Wo besteht gesetzlicher Handlungsbedarf? Dieser Beitrag widmet sich solchen Fragen auf der Grundlage einer umfassenden qualitativen Intensivfallstudie eines überdurchschnittlich digitalisierten Krankenhauses.

JULIA BRINGMANN, BENJAMIN HENRY PETERSEN, PHILIPP STAAB

1 Einleitung

Die Krankenhäuser in Deutschland gelten im europäischen Vergleich als unterdurchschnittlich digitalisiert (Stephani et al. 2019, S. 17). Dies soll sich nach dem Willen der Bundesregierung ändern, wie sich etwa an der erstmaligen Förderung der Digitalisierung der Krankenhäuser mit 4,3 Mrd. € zeigt (2021–2025). Im Zentrum steht dabei die Vernetzung von Informationssystemen mit Subsystemen über alle Stationen hinweg in einem umfassenden *Krankenhausinformationssystem* (KIS). Diese vernetzten Softwaresysteme neuer Qualität sollen einen bisher unerreichten Grad an Datendurchgängigkeit und -nutzung und in der Folge massive Effizienzgewinne ermöglichen.

Aus Beschäftigtenperspektive wirft der Einsatz solcher datenintensiven Softwaresysteme freilich Fragen nach deren Effekten für den Arbeitsprozess und die entsprechenden Reaktionen und Handlungsspielräume der betrieblichen Mitbestimmung auf. Als zahlenmäßig stärkste Beschäftigtengruppe, die zugleich intensiv in die Arbeit mit dem KIS eingebunden ist, betrifft dies insbesondere die Pflegefachkräfte. Unser Beitrag befasst sich daher mit drei Fragen: Erstens, ob und wie sich die betriebliche Kontrolle des Arbeitsprozesses in der akutstationären Pflege durch KIS wandelt, zweitens, ob und wie sich die Praxis der betrieblichen Mitbestimmung verändert, und drittens, welche Gestaltungsmöglichkeit sich hieraus für Interessenvertretungen ergibt.

Anhand der Daten einer Intensivfallstudie argumentieren wir dabei zum einen, dass der Arbeitsprozess der akutstationären Pflege trotz KIS weiterhin primär indirekt und unter Einbeziehung der Selbstorganisation der Beschäftigten gesteuert wird – bei partieller Verschränkung mit Marktanforderungen in Form erlösrelevanter Dokumentationsaufgaben. Zum anderen zeichnen wir an dem von uns untersuchten Fallbeispiel eine spezifische Konstellation für die betriebliche Mitbestimmung nach: In der Hoffnung auf Entlastung und Effizienzgewinne finden Mitarbeitervertretung und Management zu einer Effizienz-Allianz zusammen, die sich auf Erwartungen an die Softwareunternehmen gründet. Die relative Einigkeit zwischen Beschäftigtenvertretung und Management ermöglicht es, (potenzielle) Konflikte frühzeitiger zu bearbeiten. Sich früher einig zu werden, wird nötig, weil mit der Auswahl der Software und des Softwareanbieters organisatorische und technische (Pfad-)Abhängigkeiten entstehen können.

2 Fallbeschreibung und Methode

Empirisch basiert dieser Beitrag auf einer umfassenden qualitativen Intensivfallstudie eines überdurchschnittlich digitalisierten Krankenhauses in Deutschland. Die betreffende Klinik ist in konfessioneller Trägerschaft und Teil

eines Klinikverbundes. Das Klinikmanagement setzt sich aus dem Geschäftsführer, dem ärztlichen Direktor, der pflegerischen Direktorin, der kaufmännischen Direktorin und dem theologischen Direktor zusammen. Die Mitarbeitervertretungen auf lokaler Ebene und auf Verbundebene stehen der Gewerkschaft nahe. Der Regionalversorger bietet ein breites Leistungsspektrum an: von Notfallmedizin, Intensivmedizin, Kardiologie und innerer Medizin über Gynäkologie, Geriatrie, Onkologie bis hin zu mehreren chirurgischen Fachrichtungen.

Im Vergleich zu anderen Krankenhäusern zeigt sich der hohe digitale Reifegrad in der Etablierung eines grundlegenden Informationssystems auf allen Stationen unter Nutzung von Tablets und Pflegewägen, dessen Vernetzung mit Labor- und Radiologieinformationssystemen sowie die Implementierung weiterer, für die Pflege relevanter, Subsysteme wie etwa mit einem geschlossenen Medikationssystem und einer Kommunikationssoftware mit dem Rettungsdienst.¹ Ursächlich für die überdurchschnittliche Digitalisierung des Krankenhauses ist die Rolle des klinischen Managements als Treiber von hausinternen Digitalisierungsprojekten. Im Rahmen der Feldforschung wurden intensive teilnehmende Beobachtungen von jeweils elf Stunden Dauer auf drei unterschiedlichen Stationen mit 15 teilnarrativen Interviews kombiniert. Interviewt wurden Pflegefachkräfte und die Stationsleitungen. Die betriebliche Governance wurde auf Basis von Interviews mit der Pflegedirektion und der Interessenvertretung erhoben. Das gesammelte empirische Material wurde zunächst gesichtet, anonymisiert und anschließend inhaltsanalytisch (Mayring/Fenzl 2019) ausgewertet.²

unter Bedingungen direkter Kontrolle das Arbeitshandeln und die Arbeitsleistung unmittelbar überwacht und gegebenenfalls gesteuert werden, während bei der verantwortlichen Autonomie die subjektive Leistungs- und Kooperationsbereitschaft der Arbeitskräfte im Mittelpunkt steht (Marrs 2018, S. 477ff.). Letztere impliziert die Erweiterung der Handlungsspielräume der Beschäftigten (Friedman 1977, S. 49ff.). Der Einsatz von Technik im Arbeitsprozess kann dabei im Prinzip sowohl mit der Verschärfung direkter Kontrollformen (Nachtwey/Staab 2015) als auch mit der Erweiterung von Handlungsspielräumen einhergehen (Kirchner 2015).

Folgt man der Literatur zum Feld, dominiert in der Gesundheits- und Krankenpflege eine Kombination aus indirekter Steuerung und Selbstorganisation: Bei der indirekten Steuerung definieren Unternehmen – etwa über technische Ausstattung oder Zielvorgaben – lediglich den Rahmen des Arbeitsprozesses, während Beschäftigte in dessen Ausgestaltung relativ frei sind. Die Kontrolle ist also von einem hohen Maß an verantwortlicher Autonomie geprägt (Sauer 2018, S.188), wobei Beschäftigte direkt mit den Anforderungen des Marktes bzw. den Kund*innen konfrontiert werden (ebd., S.19of.).

Empirische Studien zur Krankenpflege bestätigen diese Analyse schon seit Längerem: So zeigten etwa Ackroyd/Bolton (1999, S.373f.) in einer aufwendigen Längsschnittstudie, dass das Management die Arbeitsleistung der Pflegefachkräfte über die Erhöhung des Patient*innendurchlaufs indirekt steuert. Die intrinsisch motivierten Pflegefachkräfte steigerten dabei ihre Arbeitsleistung, um ihrem Anspruch an eine gute Pflege trotz gestiegener Anzahl an Patient*innen gerecht zu werden (ebd.; ähnlich Wright et al. 2021, S.1445). Gerahmt wird dieses Steuerungsinstrument durch den generellen Trend zur Verkürzung von Liegezeiten (Kunkel 2021, S.633). Zusätzliche Anreize zur Verkürzung der Liegezeiten schaffen *Diagnosis Related Groups* (DRG), die im Rahmen der dualen Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland als Grundlage für die Übernahme von Betriebskosten durch Krankenkassen dienen (Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020, S.81f.; Sack 2019, S.256).

Bolton (2004, S.330) ergänzt, dass die Unvorhersehbarkeit der Interaktion mit Patient*innen als wesentli-

3 Vernetzte Klinik: Arbeitsprozess und Mitbestimmung

3.1 Kontrolle: Die Dosierung macht's

Autonomie und Fremdbestimmung im Arbeitsprozess sind zentrale Themen der Arbeits- und Industriesoziologie. Ihren Ausgangspunkt nimmt die historische Debatte um die Entwicklung des Arbeitsprozesses dabei vom so genannten Transformationsproblem: Das Management kann zwar Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt erwerben, die tatsächliche Verausgabung dieser Arbeitskraft gilt aber aufgrund divergierender Interessen zwischen Beschäftigten und Management als unsicher (Edwards 1979, S. 20ff.). Arbeitskontrolle soll dieses Problem lösen.

Als Ausgangspunkt für die Analyse der Pflegearbeit bietet sich die grundsätzliche, von Andrew Friedman (1977, S. 43) eingeführte Unterscheidung zwischen direkter Kontrolle und verantwortlicher Autonomie an. Direkte Kontrolle und verantwortliche Autonomie werden dabei als Pole eines Kontrollkontinuums verstanden, wobei

¹ Diese Betriebsfallstudie verfolgt ein doppeltes Interesse: Sie soll einerseits den aktuellen Arbeitsprozess und die betriebliche Mitbestimmung nach der Etablierung von umfassenden und vernetzten Informationssystemen erheben, andererseits retrospektiv die Prozesse während der Etablierung dieser Anwendungen rekonstruieren. Damit können erste Einblicke in Veränderungen gewonnen werden, wie sie Interessenvertretungen in weniger weit digitalisierten Krankenhäusern potenziell noch erleben – und mitgestalten – können.

² Zur besseren Lesbarkeit wurden die im Text wiedergegebenen Interviewauszüge sprachlich geglättet.

cher Bestandteil der Pflegearbeit eine detaillierte Vorgabe einzelner Arbeitsschritte ausschließt. Sind Arbeitsprozesse durch Flexibilität, „mangelnde Planbarkeit und Kontinuität, hohe Produktvariabilität bei geringen Stückzahlen“ (respektive Patient*innenzahlen) gekennzeichnet, dann sind (softwaregestützte) rigide Kontrollstrukturen zudem grundsätzlich schwerer zu etablieren als in einem Umfeld, das ohnehin durch „standardisierte Arbeitsabläufe und detaillierte Prozessvorgaben“ charakterisiert ist (Menz et al. 2019, S. 187).

Zwar verbreiten sich, wie Manzei (2009, S. 45f.) festhält, durch die digitale Pflegedokumentation betriebswirtschaftliche Anforderungen wie „Mess- und Kontrollverfahren des Accounting [oder] Abrechnungs- und Leistungsstandards“. Unklar bleibt allerdings, ob dies direkte technische Kontrolle impliziert. Technisch ermöglicht werden – so viel wird deutlich – personenbezogene Kontrollmöglichkeiten, weil (erlösrelevante) Tätigkeiten einzelnen Pflegefachkräften einfacher zugeordnet werden können (Rüb et al. 2021, S. 51). Die Möglichkeiten direkter Kontrolle müssen jedoch – wie eine Studie aus dem Vereinigten Königreich zeigt – nicht zwangsläufig ausgeschöpft werden; denn es existieren mit dem beruflichen Selbstverständnis effektivere Kontrollinstrumente (Timmons 2003, S. 148ff.). Zudem können Pflegefachkräfte Kontrollstrategien des Managements mitunter sanktionslos umgehen. Wie Manzei (2014, S. 229) zeigt, steigen in der Folge gar die Spielräume und Zwänge der Selbstorganisation.

In der Summe deutet der Forschungsstand zum Arbeitsprozess in der stationären Krankenpflege also auf eine verstärkte Marktzentrierung. Es ist allerdings einstweilen unklar, ob und gegebenenfalls wie die Möglichkeiten direkter persönlicher Kontrolle oder direkter Kontrolle durch Technik im Kontext neuer KIS ausgeschöpft oder die bestehende Bedeutung der verantwortlichen Autonomie ausgebaut wird.

3.2 Mitbestimmung: Neue Anforderungen, neue Ziele

In der Arena der betrieblichen Governance sollen Interessenvertretungen bei willkürlicher Kontrolle oder belastender Steuerung durch das Management ein Gegengewicht bilden: Betriebsräte, Personalräte und Mitarbeitervertretungen sind Hüter*innen der Gesetze und Verordnungen und wirken auf deren Einhaltung durch das Management hin (Überwachungsfunktion). Sie schließen mit dem Management über diese gesetzliche Lage hinausgehende Vereinbarungen und besitzen bei vielen betrieblichen Themen Initiativrechte (Gestaltungsfunktion) (Müller-Jentsch 2021, S. 79ff.; Streeck 2009, S. 40; ver.di 2022, S. 36). Überwachungs- und Gestaltungsfunktion können sich sowohl ergänzen als auch in einem Spannungsverhältnis zueinanderstehen: Im Zuge einer Verbesserung und Flexibilisierung der Tarifpolitik entstanden punktuell Tariflücken bei Regelungen zu Arbeitszeit und Entgelt. Diese Tariflücken können nicht mehr überwacht, sondern müs-

sen notwendigerweise betrieblich gefüllt werden (Müller-Jentsch 2021, S. 84ff.). In der Literatur diskutiert wird die Funktion der Interessenvertretung als Co-Manager, der seine – auch informelle – Gestaltungsfunktion ausreizt und „systematisch ‚win-win‘-Konstellationen zu erzeugen und zu nutzen sucht“ (ebd., S. 84), ohne aber vom Management vereinnahmt zu werden (Funder 2018, S. 499).

Die üblichen Aushandlungsphasen zwischen den Betriebsparteien sind Informationsbereitstellung, Gestaltung und Vereinbarung (Matuschek/Kleemann 2019, S. 194f.). Rechtlich sind beide Betriebsparteien zu einer „vertrauensvollen Zusammenarbeit“ verpflichtet, wie es im Betriebsverfassungs- und im Bundespersonalvertretungsgesetz, ebenso im Mitarbeitervertretungsgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland (MVG-EKD) heißt. In dem hier untersuchten Betrieb unterliegt die Interessenvertretung dem MVG-EKD. Mitarbeitervertretungen (MAVen) haben im Vergleich mit Betriebsräten und Personalräten eingeschränkte Handlungsoptionen, wie an den folgenden beiden Beispielen deutlich wird: MAVen in evangelischen Einrichtungen sollen bei strittigen Fragen etwa eine Einigung durch Aussprache anstreben und müssen innerhalb einer Zwei-Wochen-Frist Gegenargumente schriftlich vorbringen. Äußert sich eine MAV in diesem Zeitraum nicht, gilt dies als Zustimmung zum Sachverhalt. Hält sich die Geschäftsführung nicht an ein Urteil des Kirchengerichts, kann das Kirchengericht nur geringe Ordnungsgelder verhängen (Höchstbetrag: 5000 €). Wird das Ordnungsgeld nicht gezahlt, kann das Kirchengericht dies nicht sanktionieren (ver.di 2022, S. 38ff.).

Für die betriebliche Mitbestimmung erwachsen besondere Anforderungen aus der digitalen Transformation, die im Betrieb durch vier Aspekte gekennzeichnet ist: Einzelne Softwareanwendungen werden *dezentral* und *unter Zeitdruck* eingeführt. Sie rufen im Anschluss (gesamtbetriebliche) *Pfadabhängigkeiten* hervor, und die Vernetzung hin zu Softwareökosystemen wird *inkrementell* umgesetzt (Ittermann et al. 2019, S. 163ff.; Matuschek/Kleemann 2019, S. 194ff.; Rüb et al. 2021, S. 41, 48f.). Diese Komplexität trifft auf eine – in einigen Betrieben übliche – defizitäre Informationslage etwa darüber, welche Software wie, mit welchem Ziel und mit welchen Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation eingeführt wird (Matuschek/Kleemann 2018, S. 231f.). Es wird berichtet, dass das Management Digitalisierungsprojekte mitunter „als ‚Geheimprojekte‘ unter später Einbeziehung und (selbst bei einer vertrauensbasierten betrieblichen Mitbestimmungskultur) eher kuriosischer Information“ (Matuschek/Kleemann 2019, S. 202f.) verfolgt. Zugleich machen Interessenvertretungen nicht immer systematisch und umfassend von ihren Informationsrechten Gebrauch (Matuschek/Kleemann 2018, S. 231f.).

Von Betriebsräten aus der Industrie wird berichtet, dass die „Orientierungsphase“ (ebd., S. 234) der betrieblichen Mitbestimmung durch das Abschließen von Vereinbarungen zu einem sozialpartnerschaftlich orien-

tierten Kommunikationsprozess gekennzeichnet ist. So konnte Informationsasymmetrien, Handlungsdruck und Dezentralität der Digitalisierungsprojekte begegnet werden. Für weitergehende Vereinbarungen, die Probleme und den prozessorientierten Umgang antizipieren und regeln, fehlte Wissen über die unternehmerische Digitalisierungsstrategie ebenso wie über die Folgen der Anwendungen für die Mitarbeitenden (Matuschek/Kleemann 2019, S.194ff.).

Die Studienlage zu Mitbestimmung bei der Digitalisierung im Krankenhaus ist stark limitiert. Rüb et al. (2021, S.10) zeigen, dass die „(Früh-)Phase betrieblicher Digitalisierung“ branchenübergreifend „keine besonderen [...] Eskalationsdynamiken“ hervorruft. In Kliniken eines privaten Krankenhauskonzerns wurden auftretende Konflikte letztlich „aufgrund eines so wahrgenommenen doppelten Sachzwangs aus technischem Fortschritt und Wettbewerbsbedingungen“ (ebd., S.46) kooperativ bearbeitet. Die Studie beschreibt zudem, dass ein lokaler Betriebsrat bei der Einführung digitaler Anwendungen traditionell die Möglichkeiten der Verhaltenskontrolle mitbestimmt. Nachdem die Einführung des Krankenhausinformationssystems beinahe zu einem „vollständigen Zusammenbruch des Arbeitsprozesses“ (ebd., S.53) aufgrund der hohen Belastung der Mitarbeitenden geführt hatte, stellte sich der Betriebsrat nunmehr Fragen zur Arbeitsorganisation und erweiterte somit seinen thematischen Fokus über die Verhaltenskontrolle hinaus.

Insgesamt wird deutlich, dass sich durch den Einsatz von Software branchenübergreifend neue Anforderungen an die betriebliche Mitbestimmung stellen. Der Forschungsstand zu Mitbestimmung in Krankenhäusern ist jedoch karg und bezieht sich auf grundständig digitalisierte Krankenhäuser. Es bleibt offen, wie betriebliche Mitbestimmung nach der Orientierungsphase und bei umfassenden Softwaresystemen praktiziert wird, insbesondere wie ihre Akteure bisher ungelösten Herausforderungen, etwa Pfadabhängigkeiten, begegnen.

trolle der Einhaltung von Behandlungsstandards (sn15, Pos.189; sg12, Pos.507–527). Es wird von einem über die Jahre zunehmenden Patient*innendurchlauf berichtet, der die Arbeitsintensität erhöht (pi14, Pos.27; pn23, Pos.115–117).

Diese Ausgangssituation hat sich durch den Einsatz des umfassenden vernetzten Softwaresystems kaum verändert. Auf keiner der von uns untersuchten Stationen wird die eingesetzte Software als direkte Kontrolle wahrgenommen. Eine Pflegefachkraft auf der Intensivstation bringt dies folgendermaßen auf den Punkt: „Sie [die Software] kontrolliert nicht, sie dokumentiert meine Arbeit. Und sie hinterlegt meine Arbeit. Belegt meine Arbeit“ (pi14, Pos.81–91). Der Grad an Handlungsautonomie in der Interaktion mit Patient*innen und anderen Berufsgruppen bleibt bestehen (pn19, Pos.460).

Durch den Einsatz von Software haben sich freilich Arbeitsschritte verändert: Statt während der Visite ärztliche Anordnungen auf einem Zettel mitzuschreiben, werden diese nun (von einigen Pflegekräften) über ein Tablet in das KIS eingegeben (sg12, Pos.98). Auch die Veränderung der Vitalparameter, Medikamente und Maßnahmen werden via Tablet oder PC direkt im KIS statt in der sogenannten Papierkurve dokumentiert. Damit fällt weg, eine verlegte Papierkurve zu suchen, Handschriften von Kolleg*innen zu entziffern und nachts die Papierkurven für den kommenden Tag vorzuzeichnen (pn19, Pos.170–174). Manche Aspekte werden erst seit dem Einsatz von Software dokumentiert – in diesem Fall: angekreuzt –, etwa das Einlegen einer Wechseldruckmatratze, die Kühlung von reanimierten Patientent*innen oder die Erhebung eines erlösrelevanten Scores auf der Intensivstation (pi13, Pos.59, 61). Anmeldungen von Patient*innen für eine Leistung, beispielsweise eine Physiotherapie, werden statt über Vordrucke und Hauspost nun per Software getätig (sg12, Pos.531–539). Transporte von Betten und Patient*innen ebenso wie Laborbefundungen werden nicht mehr telefonisch, sondern ebenfalls digital bestellt (pn19, Pos.174). Das Anfertigen von Stellungnahmen bei vermeintlichen Pflegefehlern ist für die Stationsleitung weniger aufwändig geworden. Sie muss keine umfangreichen Akten aus dem Archiv anfordern und manuell sichten, sondern kann durch die digitale Dokumentation mit wenigen Klicks sehen, welche Pflegemaßnahmen durchgeführt oder vergessen wurden und eine Stellungnahme anfertigen (sg12, Pos.573–577).

Der Grad der Handlungsautonomie bleibt bestehen, obwohl die direkte Kontrolle der Dokumentation durch

³ Die Nachweise beziehen sich auf die Siglen der Transkripte der durchgeföhrten Interviews (vgl. Abschnitt 2). Der jeweils erste Buchstabe verweist auf die Funktion: „P“ steht für Pflegekraft, „S“ für Stationsleitung. Der zweite Buchstabe repräsentiert die Abteilung (G – Gefäßchirurgie, I – Intensivstation, N – Notaufnahme). „PD“ steht für Pflegedirektion, „MAV“ für Mitarbeitervertretung.

4 Allianz und Antagonismus

4.1 Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser?

In dem untersuchten Betriebsfall verfügen die Pflegefachkräfte über das übliche, relativ hohe Maß an Handlungsautonomie. Zwar müssen Anordnungen der Ärzt*innen „abgearbeitet“ werden. Innerhalb vorgegebener Pflegestandards entscheiden jedoch die Pflegefachkräfte über pflegespezifische Tätigkeiten und deren Reihenfolge (pn11, Pos.9–11, 20; pi14, Pos.7; sn15, Pos.154)³. Nur punktuell wird die Arbeit durch Kolleg*innen oder bei einer Häufung von Fehlern durch die Stationsleitung kontrolliert (pi13, Pos.106–115). Dies gilt auch für die Kon-

Stationsleitung und Controlling durch die eingesetzte Software technisch erleichtert wird. Die Stationsleitung auf der Normalstation kontrolliert eigenständig, aber wie zu analogen Zeiten nur punktuell die Vollständigkeit der Dokumentation (SG12, Pos. 507–527). Wird das Controlling auf Unstimmigkeiten bei der Dokumentation aufmerksam, wird die Stationsleitung informiert, die wiederum mit der verantwortlichen Pflegefachkraft das Gespräch sucht (SI13, Pos. 93–97). Weitere Sanktionen erfolgen nicht (SI21, Pos. 635–670).

Auf der durch Personalmangel und komplexe Tätigkeiten gekennzeichneten Intensivstation ist eine kontinuierliche detaillierte Kontrolle aller Prozesse durch die Stationsleitung schwerlich möglich (PI21, Pos. 613–621). Die direkte Kontrolle durch die Stationsleitung erfolgt erst, wenn das Wundmanagement (SI21, Pos. 620) oder das Controlling (SI13, Pos. 93–97) sie auf Fehler hinweist. Die Bedeutung der Wunddokumentation beschreibt die Leitung der Intensivstation wie folgt:

„Ist Größe und Tiefe der Wunden, weil das hat erlöstechnische Gründe. Also manche Wunden, die bringen dann mal schnell zehn-, zwölf-, fünfzehntausend Euro, wenn sie wirklich gut dokumentiert ist erst mal, wieso, weshalb, warum, wie ist sie entstanden, ne? [...] also es hat auch immer einen wirtschaftlichen Aspekt“

(SI21, Pos. 690–694; ähnlich SG12, Pos. 593–595).

Technisch vermittelte direkte Kontrolle der Dokumentation erfolgt auf der Notaufnahme auch durch Chefärzt*innen. Diese können über ein Display sehen, ob Patient*innen innerhalb der erlösrelevanten Zeitspanne von zehn Minuten pro Patient*in triagiert wurden, und die verantwortlichen Pflegefachkräfte dazu anhalten, innerhalb dieser Zeitspanne zu bleiben (PN19, Pos. 460–472). Auf allen untersuchten Stationen ist die persönliche, über Software vermittelte Kontrolle allerdings nicht sanktionsbewahrt und bleibt punktuell. Auf der Intensivstation wird die korrekte Dokumentation behandlungs- und teilweise auch erlösrelevanter Vitaldaten, wie etwa Beatmungsparameter, über das vernetzte Vitaldatenmonitoring sichergestellt. Es überträgt die Daten automatisch in die Patientenakte, wenngleich die Pflegefachkräfte jeden einzelnen Parameter am Computer als plausibel validieren müssen (PI14, Pos. 13–21). Die Dokumentation von Pflegemaßnahmen – wie beispielhaft an der Wunddokumentation gezeigt wurde – wird auf dieser Station als Zielvorgabe kommuniziert, die, wenn „wirklich gut dokumentiert“, für die Erlöse des Krankenhauses relevant ist (SI21, Pos. 690–700).

Erhöhter Dokumentationsaufwand wird von vielen Pflegekräften auf erweiterte Anforderungen seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MD) zurückgeführt (z.B. SN15, Pos. 96). Wir interpretieren dies als Verweis auf die bereits etablierte Verschränkung mit Marktanforderungen, in dessen Kontext die Dokumentation selbst zur Zielvorgabe wird. Möglicherweise bedarf die Dokumentation anders als die Versorgung von Pati-

ent*innen mehr direkter Kontrolle. Denn zu dokumentieren ist bei den hier interviewten Pflegekräften meist nicht Teil des beruflichen Selbstverständnisses (vgl. PN11, Pos. 101–112).

Trotz des Einsatzes eines umfassenden KIS zeigt sich in dem von uns untersuchten Fall ebenfalls die marktzentrierte Kontrolle als dominanter Prozesssteuerungsmodus. Zentral bleiben die indirekte Steuerung durch das Patient*innenaufkommen sowie die Bedeutung der Selbstorganisation. Durch den Einsatz eines umfassenden vernetzten Softwaresystems hat sich die Bedeutung der abrechnungsrelevanten Dokumentation und des Controllings aus Sicht der Pflegekräfte nicht verstärkt. Die Möglichkeiten direkter Kontrolle durch Technik oder direkter persönlicher Kontrolle ändern sich nicht grundlegend und werden weiterhin nur punktuell ausgeschöpft. Es wird auf der bestehenden Bedeutung der verantwortlichen Autonomie aufgebaut.

4.2 Allianz für eine frühzeitige Mitbestimmung

Die Mitbestimmung bei Softwareanwendungen in dem untersuchten Krankenhaus schließt an bestehende Kooperationsformen an: Die Mitarbeitervertretung und der Geschäftsführer pflegen grundsätzlich eine enge und konsensorientierte Arbeitsbeziehung bei gleichzeitiger Konfliktbereitschaft (MAV17, Pos. 45). Beide Seiten nutzen bei Konflikten die Möglichkeit, kurzfristig ein „kurzes Vier-Augen-Gespräch“ (MAV31, Pos. 176) zu führen. Die MAV legt ein (vorübergehendes) Veto ein, wenn der Datenschutz nicht gewahrt ist (MAV17, Pos. 225), und schreckt vor dem Anrufen des Kirchengerichts und der Einigungsstelle nicht zurück, droht damit jedoch selten (MAV31, Pos. 176). Die Drohung sei dann angebracht, wenn der direkte Austausch nicht trägt, weil der Geschäftsführer „wiederholt [etwas] vergessen“ (MAV31, Pos. 176) habe.

Die MAV konzentriert sich *bei Digitalisierungsprojekten* auf die Auswahl- und Planungsphase. Sie ist bei der Evaluierung bzw. Nachsteuerung von Projekten nicht involviert (MAV31, Pos. 354–368). Den Rahmen gibt eine Dienstvereinbarung, welche den Abstimmungsprozess regelt sowie Leistungskontrolle kategorisch ausschließt (MAV31, Pos. 45). Für die Mitbestimmungspraxis kennzeichnend ist eine „Zwei-Phasen-Mitbestimmung“ (MAV31, Pos. 55), die meist auf der Verbundebene angesiedelt ist (MAV31, Pos. 55).

Die erste Mitbestimmungsphase kennzeichnet die Einholung von umfassenden Informationen im Rahmen eines monatlichen Jour Fixe (MAV31, Pos. 55, 63–65). Die Geschäftsführung trifft dann über die Art der Anwendung eine Entscheidung, welche in einer MAV-Vollversammlung mitbestimmt wird. Zu dem monatlichen Jour Fixe hinzu tritt die Bildung einer Arbeitsgruppe zu der jeweiligen Anwendung, in welcher zwei Mitglieder der MAV vertreten sind und in der die Endauswahl des Anbieters bzw. die Pilotierung beraten und einvernehmlich

entschieden wird (MAV 31, Pos. 55–57). Die Arbeitsgruppe tritt in Funktion, nachdem die Geschäftsführung eine Vorauswahl an Softwareanbietern getroffen hat (MAV 31, Pos. 88). Die MAV zieht (auch) für die Arbeitsgruppen externe Sachverständige heran (MAV 31, Pos. 111–112; MAV 17, Pos. 212).

Nachdem sich Management und MAV einvernehmlich für ein Softwareprogramm entschieden haben, werden in einer zweiten Phase Regelungen zu Datenschutz, Leistungskontrolle und Schulungsaufwand getroffen (MAV 31, Pos. 89; MAV 17, Pos. 169). Einschätzungen und Regelungen zum Arbeitsschutz werden im Zuge dessen nicht erörtert und vereinbart. Sie obliegen dem Ausschuss für Arbeitsschutz (MAV 31, Pos. 132–137). Insgesamt nimmt die MAV nach der Informationsphase also erst eine gestaltende und dann eine überwachende Funktion wahr, bevor sie eine Vereinbarung trifft. Bei der Überlegung „was bedeutet das jetzt für den Mitarbeiter, wenn wir dieses Programm einführen“ (MAV 31, Pos. 89), greift sie vornehmlich auf den „persönlichen Erfahrungsschatz“ (MAV 17, Pos. 209) der MAV-Mitglieder zurück, die selbst aus den einzelnen Stationen und Berufsgruppen kommen (MAV 17, Pos. 208–211).

In dem hier untersuchten Fall zeigt sich einerseits bereits Bekanntes: Durch eine Rahmenvereinbarung und eine aktive und verstetigte Informationspolitik kann die Komplexität des Mitbestimmungsverfahrens bei Digitalisierungsprojekten (etwa Dezentralität, Zeitdruck, Geheimniskrämerei und Ausschluss von Leistungskontrolle) gemindert werden. Andererseits wird sichtbar, dass die Beschäftigtenvertretung ihren Gestaltungsraum über den rechtlich verbrieften Rahmen hinaus vergrößert und verstetigt, indem sie bei der Endauswahl der Softwareanbieter mitentscheidet.

Diese *frühzeitigeren* Mitbestimmung neuer Softwareanwendungen wird durch drei Faktoren entscheidend begünstigt: *Erstens* legt das Kirchenrecht eine dialog- und konsensbasierte Arbeitsbeziehung nahe (MAV 31, Pos. 178–196), die in diesem Haus gelebt wird. *Zweitens* eint beide Betriebsparteien die positive Einschätzung der Effizienz-Potenziale von umfassendem Softwareeinsatz. Für den Vorsitzenden der MAV besteht das Potenzial darin, mittelfristig Zeit im pflegerischen Arbeitsprozess freizusetzen. Wie er im Interview an zwei bereits umgesetzten Anwendungen veranschaulicht, sei das möglich, „wenn ich die Digitalisierung gut gestalte“ (MAV 31, Pos. 15). Umfassender Softwareeinsatz wirke bereits als linderndes Schmerzmittel gegen Personalreduktion und damit einhergehende Arbeitsverdichtung (MAV 31, Pos. 284). In dem Interview mit dem Pflegedirektor, der als klinischer Part des Managements Digitalisierungsprojekte vorantreibt und operativ leitet, wird hingegen deutlich, dass für ihn Digitalisierung erst einmal ein Wert an sich ist (PD 1, Pos. 15–17). Als weitere Ziele kommen die der Sicherheit und Entlastung hinzu: „Wie können wir die Prozesse beschleunigen, sicherer darstellen? Und natürlich Mitarbeiter, Arzt, Pfle-

ge entlasten.“ (PD 1, Pos. 33) Insgesamt verfolge der Pflegedirektor mit der Digitalisierung selbstverständlich „ganz viele“ (PD 1, Pos. 33) Ziele. Auch wenn die Ziele der Betriebsparteien zum Teil divergieren, zeigt sich hier eine hohe Konsensfähigkeit bezüglich der Effizienz-Potenziale der vorangetriebenen Implementierung von Software und ihrer Vernetzung im Haus – in diesem Fall eine Grundbedingung für die Praxis der frühzeitigeren Mitbestimmung.

Drittens eint sie die Kritik an Softwareanbietern und der Versuch des Umgangs mit der Abhängigkeit gegenüber jenen. Mit dem Einkauf von Software gehen arbeitsorganisatorische und technische Pfadabhängigkeiten einher, wie der Vorsitzende der MAV ausführt:

„So, die Anwender sagen immer alle ganz schnell, klar, alles kein Problem. Aber meistens sind das Problem echt die Schnittstellen. So, das ist natürlich MIST. Wenn ich die [Daten] wieder alle händisch einpflegen muss, das ist natürlich Worst Case, das hat echt gedauert“ (MAV 31, Pos. 371).

„Wir versuchen immer, die Mitarbeitersicht dann da drauf zu kriegen. Wird überhaupt eine Schulung angeboten? Für mich ist auch entscheidend, was ist denn das für eine Firma? Was kann die denn für einen Support liefern? Stehen wir hier mit dem Problem dann alleine, wenn es Probleme gibt, oder ist die so stark, dass die uns auch unterstützen kann? So, wenn das nur ein Zehn-Mann-Betrieb ist und die wollen ein Krankenhaus mit unserer Größe dann supporten, dann stelle ich das ein bisschen infrage, ob das die richtige Firma ist zum Beispiel.“ (MAV 31, Pos. 89)

Die Betriebsparteien eint insbesondere die Kritik, dass sich Softwareanbieter offene Schnittstellen extra vergüten lassen und dass gewünschte (nachträgliche) Anpassungen von Softwaresystemen mit Wartezeiten bis zu zwei Jahren einhergehen können (PD 1, Pos. 21–25; teilnehmende Beobachtung #1). Dass die Durchführung von Softwareimplementierung vorausschauender zu planen ist, auch arbeitsorganisatorische Folgen für die Beschäftigten abzuschätzen sind, ist eine Lernerfahrung für das Management und die MAV (PD 1, Pos. 36–37; MAV 31, Pos. 45; ähnlich: Rüb et al. 2021, S. 49ff.). Erst als unerwartet doch Probleme aufraten, wurde deutlich, dass es hier etwas zu regeln gibt (MAV 31, Pos. 45).⁴

4 Es ist festzuhalten, dass die Bedeutung von staatlicher finanzieller Förderung für die Mitbestimmungspraxis einen wichtigen Gegenstand zukünftiger Forschung darstellt (etwa Bußgelder bei nicht fristgerechter Umsetzung der geförderten Digitalisierungsprojekte im Kontext des Krankenhauszukunftsgesetzes).

5 Fazit

Der Beitrag zeigt anhand der Untersuchung eines überdurchschnittlich digitalisierten Krankenhauses in Deutschland, dass sich der Status quo betrieblicher Kontrolle im Arbeitsprozess durch den Einsatz eines datenintensiven, umfassenden Softwaresystems dort einstweilen nur wenig verändert. Offensichtlich wird auch die Persistenz markzentrierter Kontrolle als dominanter Prozesssteuerungsmodus. Die Pflegefachkräfte sind qua ihres beruflichen Selbstverständnisses intrinsisch motiviert, eine optimale Versorgung der Patient*innen zu gewährleisten, und rigide Kontrollstrukturen sind weder nötig noch zielführend, weil die Komplexität des Pflegealltags Eigenverantwortlichkeit und Spontaneität erfordert. Der Einsatz eines umfassenden KIS ändert daran nichts. Die Kontrolle des Arbeitsprozesses mit direktem Kontakt zu den Patient*innen wird weiterhin primär indirekt und unter Einbeziehung der Selbstorganisation der Pflegefachkräfte gesteuert. Die direkte Kontrolle der Dokumentationsleistung der Pflegekräfte erfolgt weiterhin nur vereinzelt, woran auch der Einsatz eines vernetzten Softwaresystems kaum etwas ändert.

In der Arena der betrieblichen Governance wird wiederum deutlich, dass vor dem Hintergrund des für das Feld typischen Fachkräftemangels und der entsprechenden Belastungen der Pflegenden eine auf Softwareanwendungen bezogene, handlungsfähige und verstetigte Effizienz-Allianz zwischen Management und Mitarbeitervertretung entsteht. Die Wahrnehmung der Softwareunternehmen als potenzielle Antagonisten stärkt diese betriebliche Allianz zusätzlich. Es zeigen sich „Interessensüberlappungen, die Bedingung für eine korporative Praxis“ sind (Ewen et al. 2022, S. 18), ein Umstand, der so auch für ähnlich geartete Felder wie Verwaltung, Lehre und Erziehung oder Teile des Handwerks gelten könnte, die ebenfalls vor der Herausforderung der Arbeitsentlastung bei gleichzeitigem Fachkräftemangel stehen. Die Kernfunktion der Effizienz-Allianz ist eine neue, frühzeitigere Bearbeitung von (potenziellen) Arbeitskonflikten: Die Mitbestimmung setzt bei der Endauswahl der Softwareprogramme ein, denn nur so kann der technischen und organisatorischen (Pfad-)Abhängigkeit gegenüber den Softwareanbietern begegnet werden.

In dem hier untersuchten Betrieb wird zudem eine Regulierungslücke deutlich, die gemeinnützige, privatwirtschaftliche und öffentliche Unternehmen aller Branchen betrifft (vgl. Rüb et al. 2021, S. 53): Denn der hier untersuchte Fall mit seiner funktionierenden Regelung zur Auswahl von Software in der Rahmendienstvereinbarung lässt darauf schließen, dass ein entsprechend gestaltetes gesetzliches Recht sinnvoll wäre. Es fehlt den Interessenvertretungen bislang das gesetzlich verbriegte Recht, bei der Auswahl der Software mitentscheiden zu dürfen. Aktuell dürfen Interessenvertretungen erst nach der entsprechenden Auswahl mitbestimmen, oder wie es die Mitarbeitervertretung ausdrückt: „Mitbestimmt muss das System selber werden. Das steht aber erst am Ende der ganzen Kette. Dann sind alle Entscheidungen schon gefallen.“ (MAV31, Pos. 55) Der hier untersuchte Fall legt nahe: Das Recht auf Mitentscheidung bei der Softwareauswahl wäre eine für Gremien notwendige Ressource, damit sie ihre gesetzlich vorgesehene Funktion als Hüter der Qualifizierung und Leistungskontrolle adäquat wahrnehmen können. Insbesondere aber könnte so die für beide Betriebsparteien zentrale Frage der Arbeitsbelastung – in den Aspekten der Schulung, der Einrichtung von Schnittstellen und des kontinuierlichen Supports durch die Softwareanbieter – frühzeitig abgestimmt werden.

Abschließend sei angemerkt, dass es uns nicht möglich war, die in diesem Krankenhaus operierenden Softwareunternehmen zu interviewen. Es bleibt Aufgabe für zukünftige Forschung und aktive Betriebsparteien, für den Krankenhaussektor herauszufinden, welches Potenzial für eine Einbindung der Softwareanbieter in antizipative Mitbestimmungspraxis besteht – und wie dies in einer Dienstvereinbarung festgehalten werden könnte. Im Einzelhandel wird dieser Weg beim Unternehmen H&M bereits gegangen, indem Management und Betriebsrat die Anforderungen an Softwareentwicklung und -anpassung (*requirements engineering*) kollaborativ erarbeiten (Köhnen/Nutzenberger 2020). ■

LITERATUR

- Ackroyd, S./ Bolton, S.** (1999): It is not Taylorism: Mechanisms of Work Intensification in the Provision of Gynaecological Services in a NHS Hospital, in: Work, Employment and Society 13 (2), S. 369–387
- Bolton, S. C.** (2004): A Simple Matter of Control? NHS Hospital Nurses an New Management, in: Journal of Management Studies 41 (2), S. 317–333
- Bündnis Krankenhaus statt Fabrik** (2020): Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen. 5., erw. u. komplett überarb. Neuaufl., Maintal
- Edwards, R.** (1979): Herrschaft im modernen Produktionsprozeß, Frankfurt a. M.
- Ewen, J. / Nies, S. / Seeliger, M.** (2022): Sozialpartnerschaft und arbeitspolitische Ordnungsbildung im Prozess der Digitalisierung. Eine Einführung, in: Dies. (Hrsg.): Sozialpartnerschaft im digitalisierten Kapitalismus. Hat der institutionalisierte Klassenkompromiss eine Zukunft?, Weinheim/Basel, S. 7–24
- Friedman, A.** (1977): Responsible Autonomy Versus Direct Control Over the Labour Process, in: Capital & Class 1 (1), S. 43–57
- Funder, M.** (2018): Quo vadis Betriebsrat? Entwicklungstrends der betrieblichen Mitbestimmung, in: WSI-Mitteilungen 71 (6), S. 497–504, https://www.wsi.de/data/wsimit_2018_06_funder.pdf
- Ittermann, P. / Ortmann, U. / Virgillito, A. / Walker, E.-M.** (2019): Hat die Digitalisierung disruptive Folgen für Einfacharbeit? Kritische Reflexion und empirische Befunde aus Produktion und Logistik, in: Industrielle Beziehungen 26 (2), S. 150–168
- Kirchner, S.** (2015): Konturen der digitalen Arbeitswelt, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 67 (4), S. 763–791
- Köhnen, H. / Nutzenberger, S.** (2020): Digitalisierung im Handel – beteiligungsorientiert gestalten, in: Schröder, L. (Hrsg.): Gute Arbeit, Frankfurt a. M., S. 177–191
- Kunkel, K.** (2021): Die politische Ökonomie des Fallpauschalensystems zur Krankenhausfinanzierung, in: PROKLA 51 (205), S. 631–651
- Manzei, A.** (2009): Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus, in: Pflege & Gesellschaft 14 (1), S. 38–53
- Manzei, A.** (2014): Über die neue Unmittelbarkeit des Marktes im Gesundheitswesen, in: Dies. / Schmiede, R. (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen, Wiesbaden, S. 219–239
- Marrs, K.** (2018): Herrschaft und Kontrolle in der Arbeit, in: Böhle, F. / Voß, G. G. / Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie, Wiesbaden, S. 473–502
- Matuschek, I. / Kleemann, F.** (2018): „Was man nicht kennt, kann man nicht regeln“. Betriebsvereinbarungen als Instrument der arbeitspolitischen Regulierung von Industrie 4.0 und Digitalisierung, in: WSI-Mitteilungen 71 (3), S. 227–234, https://www.wsi.de/data/wsimit_2018_03_matuschek.pdf
- Matuschek, I. / Kleemann, F.** (2019): Konzertierte Verunsicherung angesichts Industrie 4.0 – Herausforderungen für die betriebliche Sozialpartnerschaft, in: Industrielle Beziehungen 26 (2), S. 189–206
- Mayring, P. / Fenzl, T.** (2019): Qualitative Inhaltsanalyse, in: Baur, N. / Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden, S. 633–648
- Menz, W. / Nies, S. / Sauer, D.** (2019): Digitale Kontrolle und Vermarktlichung, in: PROKLA 49 (195), S. 181–200
- Müller-Jentsch, W.** (2021): Wirtschaftsordnung und Sozialverfassung als mitbestimmte Institutionen, Wiesbaden
- Nachtwey, O. / Staab, P.** (2015): Die Avantgarde des digitalen Kapitalismus, in: Mittelweg 36, die Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung 24 (6), S. 59–84

- Rüb, S. / Carls, K. / Kuhlmann, M. / Vogel, B. / Winter, S.** (2021): Digitalisierungskonflikte. Eine empirische Studie zu interessengesetzlichen Auseinandersetzungen und Aushandlungen betrieblicher Digitalisierungsprozesse. Hans-Böckler-Stiftung: Study Nr. 464, November 2021, Düsseldorf
- Sack, D.** (2019): Vom Staat zum Markt, Wiesbaden
- Sauer, D.** (2018): Vermarktlichung und Vernetzung der Unternehmens- und Betriebsorganisation, in: Böhle, F. / Voß, G. G. / Wachtler, G. (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie, Wiesbaden, S. 177–206
- Stephani, V. / Busse, R. / Geissler, A.** (2019): Benchmarking der Krankenhaus-IT. Deutschland im internationalen Vergleich, in: Kläuber, J. / Geraedts, M. / Friedrich, J. / Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2019, Berlin/Heidelberg, S. 17–32
- Streeck, W.** (2009): Re-forming Capitalism: Institutional Change in the German Political Economy, Oxford
- Timmons, S.** (2003): A Failed Panopticon: Surveillance of Nursing Practice via New Technology, in: New Technology, Work and Employment 18 (2), S. 143–153
- ver.di** (2022): Leitfaden für Mitarbeitervertretungen. In Evangelischer Kirche und Diakonie. 7., aktual. u. überarb. Aufl., Berlin, https://gesundheit-sozialesbildung.verdi.de/++file++5cdd1d8b2d9efb6381d20c89/download/2022_MAV-Leitfaden%20Ev_Kirche%20und%20Diakonie_7.%20Auflage.pdf
- Wright, A. L. / Irving, G. / Selvan Thevatas, K.** (2021): Professional Values and Managerialist Practices, in: Organization Studies 42 (9), S. 1435–1456

AUTOR*INNEN

JULIA BRINGMANN, M.A. Sozialwissenschaften, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Humboldt-Universität zu Berlin. Forschungsschwerpunkte: Arbeitssoziologie, Technikfolgenabschätzung, Transformation von Organisationen.

@ julia.bringmann@hu-berlin.de

BENJAMIN HENRY PETERSEN, M.A. Soziologie, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Humboldt-Universität zu Berlin. Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Techniksoziologie, Infrastrukturtheorie.

@ benjamin.henry.petersen@hu-berlin.de

PHILIPP STAAB, Prof. Dr., Professur Soziologie der Zukunft der Arbeit an der Humboldt-Universität zu Berlin. Forschungsschwerpunkte: Digitalisierung, Arbeits- und Industriesoziologie, Gesellschaftliche Transformation.

@ philipp.s.staab@hu-berlin.de