

## Rainer Müller (1996): Zur Humanisierung der Krankenhausarbeit

1. Die derzeitige Modernisierungsphase des Krankenhauses wird z.Zt. vornehmlich über monetäre Ökonomiekriterien beschritten. Plakativ zugespitzt hat diesen Trend der Geschäftsführer einer Krankenhausgesellschaft: "Es ist zu befürchten, daß mit dem KHNG 97 eine "ALDisierung" bei den Krankenhäusern eingeleitet wird, die zur Vereinheitlichung und Standardisierung des Leistungsangebots führt. Krankenhausketten mit Filialnetz werden die Folgen sein".
2. Strategien und Konzepte zur Humanisierung des Arbeitslebens beschreiben dagegen einen Modernisierungspfad über eine Reformulierung des Arbeitsbegriffs, d.h. über eine explizite Auseinandersetzung um das Verständnis von Arbeit als Lebenssinn. Programme zur Humanisierung des Arbeitslebens haben die menschengerechte, sozialverträgliche und ökologische Gestaltung von Arbeit und Technik, von Mensch - Mensch, Maschine - Mensch und Natur zum Gegenstand.
3. Krankenhausarbeit ist sehr personal-, also arbeitsintensiv. 70 % der Krankenhausbetriebskosten sind Personalkosten.

Im Krankenhaus wird abhängige Erwerbsarbeit geleistet. Die Formen und Typen der Erwerbsarbeit zeigen eine große Vielfalt, nicht nur zwischen den Bereichen Pflege, Verwaltung, Medizin und sonstige Serviceleistungen, sondern sind breit differenziert auch in den genannten einzelnen Sektoren.

Bei 70 % Personalkosten besteht ein immenses Risiko darin, Rationalisierung schlichtweg als Arbeitsverdichtung und Personalabbau zu betreiben, ohne - wie in der Industrie derzeit gängig - auch nach anderen Wegen zu suchen: Partizipation (Qualitätszirkel, Gesundheitszirkel, Gruppenarbeit, Projekt-Teams, Mitarbeiterbefragungen, System innerbetrieblicher Verbesserungs-Vorschläge etc. etc. als Medium zur Produktivitätsverbesserung, Arbeitsablaufoptimierung, Minimierung von konfliktbedingten Friktionen.

4. Medizin, Pflege und Verwaltung haben eine je spezifische professionelle bzw. berufliche Arbeitskultur entwickelt.

Die Arbeitskultur zeigt sich in spezifischen Arbeitsgegenständen, Arbeitsinhalten, Arbeitsmethoden und -zielen sowie Erfolgskriterien. Die unterschiedliche berufliche Sozialisation in den drei Sektoren bilden je eigenständige Muster der Arbeitskultur aus (Qualifikation, Normen, Routinen, Umgang mit Dilemmata, kommunikative Arbeitsbeziehungen zu den anderen beruflichen Akteuren und zum Klientel, Karrieremuster, Habitus usw.).

5. Pflege und Medizin leisten personale Dienstleistungsarbeit. Die Arbeitsabläufe, in denen der Patient unmittelbar einbezogen ist, gelten als typische Beispiele für personenbezogenen Dienstleistungen. Am und mit Menschen werden Leistungen vollbracht, die sich auf seine körperliche und/oder geistig seelische Sphäre beziehen und zu physischen bzw. psychischen Veränderungen führen.

Produktion und Nutzen (Verbrauch der Dienstleistung) geschehen in ein und demselben Akt. Sie laufen räumlich und zeitlich synchron (uno actu-Prinzip) ab. Da diese Arbeit für und an Personen erbracht wird, gelten personenbezogene Dienstleistungen als nicht industrialisierbar. Der Erfolg der Leistung in der unmittelbaren sozialen Beziehung von Leistungsgeber und Leistungsnehmer hängt von der aktiven Mitwirkung des nachfragenden Konsumenten ab. Die personenbezogene Dienstleistung erfordert eine "Zwischenmenschlichkeit", eine Personalisierung von Arbeit.

6. Die personale Dienstleistungsarbeit der Ärzte ist in Diagnostik und Therapie hoch technisiert. Techniklogiken bestimmen den Arbeitsvollzug. Hieraus entsteht eine Paradoxie insofern, als Patienten zu "Objekten" werden, obwohl im Verständnis des uno actu-Prinzips ihre aktive Kooperation für den Heilungserfolg notwendig ist.
7. Die Arbeit im Krankenhaus ist stark geprägt von der in der Gesellschaft noch vorherrschenden geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung. Die Genderfrage, Beziehung Frau - Mann, stellt sich hier deutlicher als in anderen Betrieben. Die Spannung zwischen Medizin und Pflege ist Ausdruck hierfür. Etwa 75 % der Beschäftigten im Krankenhaus sind Frauen. Die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung hat sich im Krankenhaus insofern niedergeschlagen, als es zu einer Abspaltung der konkret Hand anlegenden heilenden und versorgenden Arbeit aus der Medizin in die hausarbeitsnahe Form der Krankenpflege durch Frauen gekommen ist. Auch aus dieser Paradoxie erwachsen Kooperations- und Kommunikationsstörungen. Dies wiederum ist vorrangige Quelle für Streß aller beteiligten Akteure.

Es ist fraglich, ob es auf Dauer ausreicht, das "Helfer-Syndrom" zu funktionalisieren, d.h. intrinsische Motivationen der Beschäftigten als grenzenlose Ressource für Belastungsverdichtungen zu definieren. Geld ist als Kompensationsmöglichkeit nicht vorhanden und auch subjektiv nicht hinreichend. Die einzige Chance liegt in einer systematischen Personalentwicklung, in Humanisierungsmaßnahmen, in Mitarbeiter-Beteiligung.

8. Das Krankenhaus ist ein "Frauenarbeitsplatz". 75 % des Krankenhauspersonals sind Frauen; nur 10 % des Personal wird von Ärzten/Ärztinnen gestellt. Obwohl auch für Männer geltend, stellt sich für berufstätige Frauen die Vereinbarkeit von Familie, Kinder und Erwerbsarbeit in der Berufskarriere wie auch im täglichen Zeitmanagement stärker als ein z.T. nicht lösbares Problem. Diese sogenannte Doppelrolle ist Quelle von Streß, Überlastung und Erkrankung. Z.T. geht auf diese Situation die hohe Fluktuation im weiblichen Pflegepersonal zurück.
9. Die Relevanz des Themas Krankenhausarbeit ergibt sich auch aus den quantitativen Dimensionen. In der alten Bundesrepublik waren etwa 15 Mio. Patienten und nicht ganz 1 Mio. Beschäftigte an der Dienstleistungsarbeit im Krankenhaus beteiligt.
10. Unter qualitativen Gesichtspunkten ist Krankenhausarbeit arbeits-,

gesundheits- und bildungspolitisch relevant, da das Krankenhaus in den letzten Jahren einen enormen Schub an Technisierung (Informations- und Kommunikationstechnologie, diagnostische und therapeutische Techniken), erfahren hat und die technologische Modernisierung noch in vollem Gange ist.

Technisierung ist eigentlich nichts Negatives. Die Problematik resultiert u.a. daraus, daß es für die in der Medizin entwickelten und praktisch angewendete Großtechnologie häufig keine Qualitätsstandards gibt und keine hinreichend langen Erprobungsphasen.

11. Das Krankenhaus unterliegt massiv einer Verwissenschaftlichung seiner Wissens Ebenen und professionellen Handlungsmuster. Dies gilt nicht nur für die Medizin, sondern nun auch für die Pflege wie auch für die Verwaltung. Die Ökonomisierung von Krankenhausarbeit kann ebenso als eine Verwissenschaftlichung angesehen werden. Allerdings ist zu bedenken, daß im Vergleich mit der industriellen Produktion die Verwissenschaftlichung nicht unmittelbar aus ökonomischen Rationalitäten, sondern wesentlich durch professionelle medizinisch-ärztliche Intentionen im Sinne eines vorgeblichen technischen Fortschritt der Medizin bestimmt wird.
12. Inwieweit Kriterien der Menschengerechtigkeit sowohl für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und damit für die Qualität der Krankenversorgung berücksichtigt werden, wird von den arbeitspolitischen Auseinandersetzungen, die regulatorischen Eingriffen des Staates und ebenso von der wissenschaftlichen Bearbeitung des Themas in der Medizinsoziologie/-Gesundheitswissenschaft wie auch Arbeitswissenschaft abhängen. Nicht zuletzt wird die Frage auch darüber entschieden, welches Verständnis von Produktivität der Dienstleistungsarbeit in öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhaus entwickelt und akzeptiert wird. D.h. welchen Konsens die Verhandlungspartner Krankenkasse versus Krankenhausträger über die Produktivität und den Nutzen von Krankenhaus finden.

Die Kassen gehen jetzt zunehmend dazu über, nicht mehr über Interna und Details der Krankenhaus-Budgets zu verhandeln, sondern nur noch komplette Gesamtbudgets zu vereinbaren. Deren praktische Realisierung ist dann Aufgabe der Krankenhäuser. Hierin liegen Probleme (eine inhaltliche Diskussion ist nicht mehr möglich über unabdingbare therapeutische Erfordernisse, über Effizienz, Therapieerfolge etc.) aber auch Chancen: größere Autonomie der Krankenhäuser. Dies erfordert allerdings bei den Verantwortlichen im Krankenhaus einiges mehr an Planung, Controlling und Zukunftskonzepten.

13. Die kooperative bzw. kommunikative Arbeitsdimension im Verhältnis von pflegerischen und ärztlichen Produzenten mit den Patienten-"Konsumenten" wird der Fixpunkt für die Beurteilung der Humanität im Krankenhaus aus der Sicht der Arbeitskräfte und Patienten sein. Bemühungen um ganzheitliche Krankenpflege bzw. integrative, patientenzentrierte Behandlungskonzepte basieren auf dieser Einsicht.
14. Gemessen an der Nähe am Patienten lassen sich drei Arbeitsabläufe im Krankenhaus unterscheiden:

- a. Arbeitsabläufe, in die der Patient unmittelbar einbezogen ist,
  - b. Arbeitsabläufe, die als Ergebnis eine direkte Leistung für den Patienten haben, ihn aber nicht einbeziehen,
  - c. Arbeitsabläufe, die in den patientenfernen Versorgungs- und Verwaltungsbereichen geschehen.
15. In der Theorie der personalen Dienstleistung gilt die Kooperation zwischen den Partnern als das Hauptmerkmal zur Definition dieses Arbeitstyps. Die Qualität der Leistung hängt entscheidend davon ab, ob es in der Interaktion gelingt, "menschliche Beziehungen" (Gefühlsarbeit) herzustellen.
  16. Gefühlsarbeit als Faktizität und von Relevanz, selbst in der hochtechnisierten Medizin, ist ein wenig beachteter Beziehungsaspekt in der Krankenhausarbeit. Diese Dimension der Arbeit wird in modernen arbeitswissenschaftlichen Studien zunehmend thematisiert. Sie eröffnet Anschlußmöglichkeiten und Kritikfähigkeiten in Verbindung mit den Konzepten der sozialen Unterstützung wie auch der Streßforschung. Analyse und Gestaltung von Krankenhausarbeit als Beziehungsarbeit können in diesen Theoremen analysiert und damit auch für menschengerechte Gestaltung von Arbeit herangezogen werden.
  17. Die Arbeitswissenschaft mit den Teildisziplinen Soziologie, Psychologie, Ingenieurwissenschaft und Medizin hat sich bislang wenig mit Krankenhausarbeit beschäftigt.
  18. Die Selbstwahrnehmung der Medizin als Wissenssystem und Handlungssystem, erst recht der Pflege, gegenüber den Belastungen, Gesundheitsrisiken und arbeitsbedingten Erkrankungen in und durch Krankenhausarbeit zeigt ein erstaunlich niedriges Niveau. Dies erstaunt, wenn man den Ärzten ein professionelles Risikobewußtsein gegenüber Krankheitsgefährdungen unterstellt. Eine Arbeitsmedizin der Krankenhausarbeit steckt bislang noch in den Kinderschuhen.
  19. Die Risikosituation in der Krankenhausarbeit zeigt alle Dimensionen von Gefährdung und Gefahr, wie sie sowohl in der industriellen Arbeit vorhanden, wie auch in der psychologischen Streßforschung bearbeitet werden. Sie reichen von den physikalisch-chemischen, biologischen zu den psychischen und sozialen Belastungen und Beanspruchungen.
  20. Basierend auf diesem Belastungs-Beanspruchungskonzept hat den vergangenen 20 Jahren das Forschungsförderungsprogramm der Bundesregierung zur Humanisierung des Arbeitslebens (später Arbeit- und Technikprogramm genannt) zahlreiche innovative Erkenntnisse und konkrete Gestaltungen produziert. Es wurden drei Zielbereiche angesteuert:
    - a. Gewährleistung umfassenderen Gesundheitsschutzes auf der Basis eines ausgeweiteten, auch physische Beeinträchtigungen ohne Krankheitswert, psychische und soziale Beeinträchtigungen einbeziehende Gesundheitsverständnisse, um Abbau bzw. Vermeidung von Belastungen zu erreichen,

b. Gewährleistung der Möglichkeiten der Entwicklung von Qualifikationen und Handlungsfähigkeiten (bzw. die Verhinderung ihrer Beeinträchtigung) durch humane Gestaltung der Anforderungen, durch Aufhebung überzogener Arbeitsteilung und durch Personalentwicklung,

c. Gewährleistung von Gestaltungs- und Mitwirkungschancen durch Partizipation der Beschäftigten.

Das Programm umfaßte vier Maßnahmenbereiche:

1) Erarbeitung von Schutzdaten, Richtwerten, Mindestanforderungen an Maschinen, Anlagen und Arbeitsstätten,

2) Entwicklung von menschengerechten Arbeitstechnologie,

3) Erarbeitung von beispielhaften Vorschlägen und Modellen für die Arbeitsorganisation und die Gestaltung von Arbeitsplätzen,

4) Verbreitung und Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Betriebs-erfahrungen. Dadurch sollte es zu einer Verringerung der Gefährdungen, der physischen und psychischen Über- und Unterforderung und zu einer Verbesserung des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz sowie zu einer größeren Entfaltung für Qualifikationsmöglichkeiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch technisch-organisatorische Maßnahmen kommen.

21. In neuerer Zeit sind diese HdA-Ansätze durch Konzepte zur Gesundheitsförderung in Verbindung mit Organisationsentwicklung und Projektmanagement weiterentwickelt worden. Gesundheitsförderung wird als eine Intervention in soziale Systeme, hier System Krankenhaus, verstanden. Diese Intervention zielt auf eine Veränderung durch Entwicklung von Personen und den organisationalen Strukturen. Es geht also um das Lernen von Individuen wie auch von Organisationen. In Wien wurde ein WHO-Modellprojekt "Gesundheit und Krankenhaus" nach dieser Konzeption durchgeführt. Methodisch wurde mit Projektmanagement nach der Philosophie der systemischen Organisationsberatung auf verschiedenen Ebenen operiert:

a. Entwicklung neuer gesundheitsförderlicher Dienstleistungen für Patienten und Patientinnen,

b. stärkere Beachtung und geplante Förderung von Gesundheitsprozessen im Rahmen der kurativen medizinischen und pflegerischen Betreuung,

c. Umgestaltung des Krankenhauses in eine gesündere Arbeits- und Lebenswelt für Personal, Patienten und Besucher durch Einbeziehung der Gesundheitsaspekte in alle Entscheidungsprozesse des Krankenhauses,

d. Wahrnehmung der Rolle eines Vorreiters, Vorbilds und Anwalts für Gesundheitsförderung im Bezirk.

Es wurden für die Intervention und Kooperation Infrastrukturen geschaffen. Wichtig war die Bildung eines Gremiums mit verantwortlichen Personen, die verbindliche Entscheidungen treffen können. Weiter mußte eine Kommunikationsstruktur aufgebaut werden, in die alle Betroffenen eingebunden waren und drittens wurden Arbeitsgruppen für spezielle Aufgaben eingerichtet.

Diese Konzeptionen stehen in einem engen Verhältnis zu den Bemühungen um die Qualitätssicherung bzw. Qualitätsverbesserung im Krankenhaus.

21. Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement basieren zentral auf einem neuen Verständnis von Humankapital. Es geht darum, die Fähigkeiten und Fertigkeiten, Motive und Sinnbedarfe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Entfaltung der Produktivität des Arbeitsvermögens freizulegen. Veränderungen in der Struktur des "Humankapitals" sind von erheblicher Bedeutung für die aktuelle und zukünftige Gestaltung der betrieblichen Arbeitsprozesse. Genannt seien a) massiver Wandel der Altersstruktur bei Erwerbstätigen, b) kontinuierlicher Anstieg des durchschnittlichen schulischen und beruflichen Bildungsniveaus, c) Veränderung der Erwerbsbeteiligung und Berufsperspektive von Frauen, d) sogenannter Wertewandel, d.h. der Bedeutungsgewinn inhaltlicher und immaterieller Ansprüche an Arbeits- und Betriebsbedingungen. Damit hängen zunehmende Sensibilisierung in Bezug auf Gesundheitsrisiken und Bedrohung auch in der Arbeitswelt zusammen.

In der Managementdebatte wird aktuell das Humankapital als wichtiger Produktionsfaktor wiederentdeckt.