

Rainer Müller (2001): Gestaltung von Krankenhausarbeit, Vortrag

Rahmenbedingungen von Krankenhausarbeit

Das Krankenhaus war in den letzten Jahrzehnten externen Anforderungen und Veränderungszwängen unterworfen wie kaum eine andere Branche. In ganz besonderem Maße waren hier auch Kliniken in der Öffentlichen Hand davon betroffen. Sie machten 1999 rund 37 % aller allgemeinen Krankenhäuser aus und hielten etwa die Hälfte aller Klinikbetten vor. Das Krankenhaus unterlag, wie auch andere Unternehmen, massiven Reorganisationsprozessen. Für solche Reorganisationsprozesse sind folgenden Dimensionen von Relevanz:

- die Ebene des Unternehmens und dessen Einbettung in unternehmensübergreifende nationale wie internationale Wettbewerbskontexte
- Ebene des Arbeitsprozesses und damit der Arbeitsorganisation
- Ebene der individuellen Arbeitskraft und deren leistungspolitische Einbindung.

Die Reorganisation des Krankenhauses lässt sich an folgenden Daten ablesen:

- Anstieg der Patientenzahlen von 14 auf 16,3 Mio. von 1991 bis 1999
- Seit 1999 wurden 159 Krankenhäuser geschlossen (nun stehen 2.252 Krankenhäuser zur Verfügung).
- Es wurden 100.000 Betten abgebaut (nun existieren 670.000 Betten).
- 12 % mehr Ärzte (insgesamt 120.000)
- 9 % mehr Pflegekräfte seit 1991 (nun 420.000)
- Behandlungsdauer von 14,3 auf 10,4 Tage reduziert (alte Länder)
- Behandlungsdauer von 16,1 auf 10,1 Tage reduziert (neue Länder)
- Krankenhaus macht 35 % der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung aus (87 Milliarden in 2000); davon entfallen 2 Drittel auf Personalkosten und 1 Drittel auf Sachkosten.
- Es wurden durch die Maßnahmen keine Einsparungen, also Kostensenkungen bei der GKV erzielt.

Bedenkt man die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs über Arbeitszeitrichtlinie (Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit) und die Entscheidung des Kieler Arbeitsgerichts zum Bereitschaftsdienst, dann ist mit Neueinstellungen von 15.000 Beschäftigten zu rechnen.

Laut Fachverband "Elektromedizinische Technik" ist z.Zt. ein Investitionsstau von Medizintechnik in Krankenhäusern von 10 bis 15 Milliarden Euro vorliegend.

Inlandsmarkt Medizintechnik 9,7 Milliarden (2000)
Export Medizintechnik 12,5 Milliarden.

Es wird damit gerechnet, dass es durch die Umstellung auf DRG-basiertes Fallpauschalensystem in 2004 zu einer massiven technischen Investition kommen wird.

Für das Krankenhaus lässt sich eine Übertragung der privatwirtschaftlichen Reorganisationskonzepte auf den Bereich des überwiegend öffentlich organisierten Gesundheitswesens beobachten. Als dominante Prinzipien der Restrukturierung werden Dezentralisierung und Vermarktlichung benannt. Unter Dezentralisierung versteht man die organisatorische Seite der Desintegration, die Verlagerung von Kompeten-

zen auf ausführende Stellen. Vermarktlichung bedeutet Koordination und Steuerung durch Markt und Konkurrenz der Leistungen bzw. der Produktion. Die Grenzen der Dezentralisierung und Vermarktlichung sind ebenfalls bereits beobachtbar; sie zeigen sich bei den Problemen der Koordination und Integration, bei der Bewältigung allgemeiner Aufgaben sowie bei den Problemen der Einbindung und der Motivation der Beschäftigten und dies nicht zuletzt mit einer Belegschaft, die altert. Hoffnungen werden auch für das Krankenhaus gesetzt auf Leanproduction, neue Managementstrategien, neue Organisationsstrukturen im Gegensatz zu den bislang weitgehend nach ärztlichen, pflegerischen und verwaltungsmäßigen Gesichtspunkten organisierten Krankenhaus mit entsprechender starker Integration informationstechnischer Systeme. Gemäß einer Studie des Wissenschaftszentrums Berlin zum Thema "Die Ökonomisierung des Krankenhauses" wird von dem wachsenden Einfluss ökonomischer Ziele auf Patienten bezogene Entscheidungen gesprochen. Gemäß dieser Studie haben die vielfältigen Veränderungsprozesse seit den 90er Jahren in den Krankenhäusern dazu geführt, dass es zu Verbesserungen der internen Ablauforganisation, zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements wie auch zu einer verbesserten sektorübergreifenden Kooperation und Patientenversorgung gekommen sei. Allerdings seien sehr problematische Entwicklungen zu beobachten, deren bedeutendste dürfte die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen sein (S. 79). Unter dem Eindruck der Budgetdeckelung und Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten wurden Entscheidungen über die Aufnahme, Versorgung und Verlegung bzw. Entlassung von Patienten zunehmend von ökonomischen Kalkülen durchdrungen" (S. 79) Die Ökonomisierung in ärztlich-pflegerischen Handlungsorientierungen mit den Konsequenzen für Bettenabbau, Stellenabbau, Verkauf von Krankenhäusern, Krankenhausschließungen habe seit 1993 zu einem prägendem Merkmal der Organisationskultur in Krankenhäusern, nämlich zu einer allgemeinen Arbeitsplatzunsicherheit, geführt.

Das Krankenhaus unterliegt eben nicht nur einer Ökonomisierung, sondern auch einer massiven Verwissenschaftlichung seiner Wissens Ebenen und professionellen Handlungsmuster. Im Vergleich mit der industriellen Produktion rührt die Verwissenschaftlichung jedoch nicht unmittelbar aus ökonomischer Rationalität, d.h. Steigerung von Effektivität und Effizienz, sondern wird wesentlich durch professionelle medizinisch-ärztliche und neuerdings auch pflegerische Intentionen im Sinne eines sogenannten technischen Fortschritts der Medizin bestimmt.

Krankenhausarbeit ist als Dienstleistungsarbeit anzusehen. Gemessen an der Nähe zum Patienten lassen sich drei Arbeitsabläufe im Krankenhaus unterscheiden:

1. Arbeitsabläufe, in die der Patient unmittelbar einbezogen ist,
2. Arbeitsabläufe, die als Ergebnis eine direkte Leistung für den Patienten haben, ihn aber nicht einbeziehen (z.B. Untersuchung von Blutwerten),
3. Arbeitsabläufe, die in den patientenfernen Versorgungs- und Verwaltungsbereichen geschehen (Finanzbuchhaltung, Instandhaltung).

Die Arbeitsabläufe, in die der Patient unmittelbar einbezogen ist, gelten als typische Beispiele für personenbezogene Dienstleistungen. Am 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). Da diese Arbeit für und an Personen erbracht wird, gelten personenbezogene Dienstleistungen als nicht industrialisierte.

sierbar. Der Erfolg der Leistung in der unmittelbaren sozialen Beziehung von "Leistungsgeber" und "Leistungsnehmer" hängt in den meisten Fällen von der aktiven Mitwirkung des nachfragenden Konsumenten ab. Eine ökonomische Klassifizierung mit den Begriffen Produzent und Konsument wird damit hinfällig, da der Konsument als kooperierender Faktor bzw. als Mitproduzent noch mehr als sonst aktiv beteiligt ist. Die personenbezogene Dienstleistung erfordert eine Zwischenmenschlichkeit, eine Personalisierung von Arbeit. Aus diesem Sachverhalt speist sich die Paradoxie der Medizin. Als Profession genießt die Medizin nämlich einerseits ein hohes Maß an Autonomie gegenüber den Patienten, gleichzeitig aber bleibt sie, insofern sie personenbezogene Dienstleistungen erbringt, immer auch auf dessen Kooperation angewiesen. Diese Paradoxie zeigt sich auch im Arbeitsprozess des Pflegepersonals. Aus dieser mehrfachen Paradoxie der Krankenhausarbeit rühren mangelnde Kooperation und gestörte Kommunikation zwischen Arzt, Pflegeperson und Patient. Diese Defizite wiederum stellen eine vorrangige Quelle für Stress aller Beteiligten und mangelhaften Heilungserfolg dar.

Für die Gestaltung von Krankenhausarbeit ist es notwendig. Krankenhaus als Betrieb zu konzipieren. Das hat zur Konsequenz,

1. Krankenhaus als einen sozialen Zusammenhang zu begreifen, als Betrieb mit unterschiedlichen Wertvorstellungen, Zielen und Interessen bei den verschiedenen Akteuren. Es geht im Krankenhaus also um die betriebliche Planung und Gestaltung technischer, organisatorischer wie eben auch sozialer Aspekte der Arbeit.
2. Wirtschaftlichkeitsüberlegungen spielen im Krankenhaus ebenfalls eine Rolle. Es finden vielfältige Formen technischer, organisatorischer und sozialer Rationalisierung statt. In dieser Perspektive wird personale Dienstleistung als durchaus industrialisierbar angesehen.
3. Krankenhaus als Betrieb anzusehen hat zur Konsequenz, dass die Arbeits- und Sozialordnung von Krankenhäusern mit ihren unterschiedlichen Typen in den Blick kommen.
4. Mit der Orientierung auf Arbeits- und Sozialordnung ist es möglich, die Vielfalt von Betriebsformen von Krankenhäusern zu analysieren. Die Betriebsvorstellungen der Krankenhausbetriebslehre und ebenfalls Organisationswissenschaften tragen nicht notwendig Befriedigendes zum Verständnis des Krankenhauses als sozialen Strukturzusammenhang bei; beschränkt sich erstere auf die Durchsetzung ökonomischer Ziele, so verbleibt die andere bei der Wahrnehmung von sozialen Strukturen an der Oberfläche und stellt auf Sozialtechnik ab und verfehlt die realen sozialen Prozesse auf der Mikroebene auch als informeller sozialer Zusammenhang in Betrieben charakterisiert.
5. Mit dieser Orientierung werden Arbeitsbelastungen, Stresssituationen, Überforderungen und die verschiedenen Aspekte der Personalplanung und Personalentwicklung wahrgenommen:

Im Krankenhaus gibt es neben den Haupt- und Nebenzielen der Organisation individuelle bzw. kollektive Interessen und Bedürfnisse der Organisationsmitglieder, gibt es Prozesse informeller Organisation und formeller Interessensaushandlung stillschweigende Kompromissbildung in Einzelfragen und langfristige Ausformung von Kompromissstrukturen. Das Krankenhaus weist gegenüber anderen Betrieben Besonderheiten auf, die unter der Perspektive von Arbeits- und Sozialordnung eher in den Blick kommen:

1. Grenzen von Wirtschaftlichkeitskalkülen
 Medizinisch-pflegerisch-ärztliche Ziele können ökonomischen, betriebswirtschaftlichen Kalkülen entgegenstehen. Ethische Prinzipien eines "guten" Krankenhausmanagements sind zu beachten, d.h. es geht nicht primär um die Erreichung wirtschaftlicher Ziele, sondern in erster Linie um qualitative Versorgungsziele. Die in der Gesundheitspolitik üblicherweise angenommene Auffassung, ökonomische und medizinische bzw. pflegerische Ziele stünden grundsätzlich nicht im Widerspruch und seien problemlos miteinander zu vereinbaren, verkennt die real existierenden Konflikte und Handlungsprobleme in Krankenhäusern.
2. Die Beschäftigungsstruktur im Krankenhaus ist durch kooperative und kommunikative Beziehungen verschiedener Berufsgruppen geprägt im Gegensatz zu anderen "normalen" Betrieben. Die professionellen Subsysteme innerhalb der Organisation Krankenhaus verfolgen eigenständige Ziele.
3. Innerhalb der Professionen gibt es erhebliche Differenzierungen, die für die Organisation der Krankenhausarbeit von erheblicher Bedeutung sind (Spezialisierungen, Arbeitsteilung).
4. Es existieren unterschiedliche Formen arbeitsrechtlicher Beziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenhausbeschäftigten.
5. Für das Krankenhaus gilt, dass Patienten als Mitglieder dieser Organisation für eine begrenzte Zeit in ihrer Autonomie relativ eingeschränkt sind, ihre Individualität und Identität in nicht geringem Maße abgeben müssen. Dies ist untypisch für andere Unternehmen aus dem Dienstleistungsbereich.
6. Im Krankenhaus existieren geschlechtsspezifische Ungleichgewichte in der Beschäftigtenstruktur. Es gibt Domänen männlichen Rollenverständnisses wie auch Domänen frauenspezifischer Qualifikationen.
7. Die Herstellung von Gesundheit bzw. die Begleitung und Betreuung bei Krankheit ist kein normales Produzieren. Patienten sind keine normalen "Arbeitsgegenstände", sondern es geht bei der Behandlung auch um die Beseitigung unbegründeter Ängste, um Trost, um Zuwendung, um die Hilfe in existenziellen Grenzsituationen. Die Situation von Patienten ist gekennzeichnet durch hohes Maß an Hilfsbedürftigkeit. Auch hieraus ergeben sich besondere Belastungen für die Beschäftigten.
8. Krankenhausarbeit ist als personale Dienstleistungsarbeit, als Beziehungsarbeit anzusehen.
9. Pflegepersonal, Ärzte und andere Krankenhausberufe arbeiten an der sogenannten "Krankheitsverlaufskurve" (arc of work). Strauß und Mitarbeiter unterscheiden beim Management dieser Krankheitsverlaufskurve folgende Typen und Formen von Arbeit:
 - Maschinenarbeit: Anforderungen aus dem Einsatz medizinischer Gerätschaften und Instrumente einschließlich informationstechnischer Systeme

- Sicherheitsarbeit: Sicherstellung einer wirksamen und gesundheitsgerechten somatischen Intervention. Die Arbeit bezieht sich auch auf den Einsatz medizinischer Geräte und Apparate, Vermeidung von Pannen und Bedienungsfehlern.
- Arbeit zur Herstellung von Behaglichkeit und Bequemlichkeit (comfort work): Hierzu gehört auch ein "Painmanagement" (Schmerzmanagement).
- Gefühlsarbeit (sentimental work): Hierzu gehört eine Vielzahl verschiedener Typen von Arbeit, insbesondere die interaktive Verständigung, das Gewinnen von Vertrauen des Patienten gegenüber dem medizinischen Personal, die unterstützende Leistung, in schwierigen Situationen die Fassung zu bewahren, Orientierungshilfen zu geben, mit den Beeinträchtigungen durch die Krankheit zurechtzukommen, den Patienten positiv in das Behandlungsgeschehen zu integrieren. Vertrauen muss auch zwischen professionellen Akteuren hergestellt werden.
- Artikulationsarbeit: Effiziente Integration von Handlungsanforderungen aus den speziellen Verlaufsstrukturen arbeitsteilig organisierten Krankheitsverlaufprozesses.

Zu nennen sind weiterhin: Fehlerarbeit, Körper- und Pflegearbeit, Informationsarbeit und Aushandlungsarbeit.

Die kurze Darstellung der Kontexte von Krankenhausarbeit und die kategoriale Entfaltung arbeitswissenschaftlicher bzw. gesundheitswissenschaftlicher Analyse sollen Handlungsmöglichkeiten eröffnen, die es möglich machen, das Krankenhaus als einen Betrieb anzusehen, in dem die Produktion von Gesundheit durchaus unter erfüllbaren Optimierungsbedingungen möglich ist.

Literatur

Müller, R.; Behrens, J. (1989): Krankenhausarbeit als Gegenstand von Medizinsoziologie und Arbeitswissenschaft, in: Deppe, H.-U.; Friedrich, H.; Müller, R. (Hg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung, Frankfurt a.M./New York 1989, S. 82-98

Simon, M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluß ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, ISSN-0948-048X, P01-205

Simon, M. (1997): Das Krankenhaus zwischen öffentlichem Versorgungsauftrag und einzelwirtschaftlicher Orientierung, in: Kritische Medizin im Argument, Jahrbuch 28, S. 33-54

Simon, M. (2000): Monistische Finanzierung der Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zu einem umstrittenen Reformvorhaben, in: Kritische Medizin im Argument, Jahrbuch 32, S. 58-81