

Frank Bauer

Probleme der Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus

Erfahrungen aus der Evaluation eines Modellprojekts

Abstract

Gegenstand des Aufsatzes sind Erfahrungen aus der Evaluation eines Modellprojekts, das im Auftrag des Landes NRW ausgewählte Krankenhäuser bei der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes beraten hat. Neben den strukturellen Schwierigkeiten der Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus, die sich aus seiner komplexen Gesamtorganisation ergeben, sind hier vor allem Probleme der Ausgestaltung des Arbeitsbündnisses zwischen Berater und Klient von Interesse: Wie kann es der Beratung gelingen, in einem Handlungsfeld, welches ihr Auftraggeber nicht kontrolliert, dessen politischen Zielvorgaben zur Geltung zu bringen, auch wenn diese zumindest nicht unmittelbar im Interesse aller Beschäftigten im Krankenhaus liegen? Welche Schlußfolgerungen sind aus dieser Konstellation der "Beratung im Dreieck", die für öffentlich geförderte Beratungsprojekte nicht unüblich sein dürfte, zu ziehen? Der Text stellt einen Diskussionsbeitrag zu diesen Problemen dar.

1 Einleitung

Krankenhäuser sind äußerst komplexe Organisationen, was sich nicht nur, aber auch bei der Arbeitszeitgestaltung als Problem erweist. Ausdifferenzierte Funktionskreise, eine Vielzahl intern hierarchisch abgestufter Berufsgruppen und heterogene Typen der Arbeitsorganisation¹ müssen so organisiert werden, dass die Anforderungen der Patientenversorgung erfüllt werden können. Dabei sind die Standards der medizinischen Profession und die der Pflege ebenso einzuhalten wie die Ansprüche der Patienten auf eine humane "Hotelversorgung".

Krankenhäuser sind nicht nur durch die auf die Gesundheit der Patienten bezogene Zentralfunktion gekennzeichnet, sondern auch Arbeitsstätten, an denen Beschäftigte ihrem Beruf und Erwerb nachgehen. Demnach müssen jene auch den Mindestanforderungen des betrieblichen Gesundheitsschutzes und den Richtlinien der Gesundheitsförderung entsprechen. Letzteres ist schon alleine deshalb eine Schwierigkeit, weil Anforderungen der Notfallmedizin und der Rund-um-die-Uhr-Versorgung bewältigt werden müssen, was ohne Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit unmöglich ist. Zudem ist die professionelle Arbeitsorganisation vor allem der Mediziner, in deren Zentrum die einzelfallbezogene Krisenintervention steht, nur sehr schwer mit der Einhaltung geregelter Arbeitszeiten zu verbinden. Schließlich sind die Krankenhäuser seit dem Strukturreformgesetz (GSG) auch gezwungen, sich an die Prinzipien einer ökonomisch rationalen Mittelbewirtschaftung zu orientieren. Da

¹ In der Gegenüberstellung von bürokratischem Verwaltungshandeln und der professionellen Arbeitsorganisation der Mediziner zeigt sich dies besonders deutlich. Oevermann (1996, 82) betont den "strukturell scharfen Gegensatz zwischen professionalisiertem Handeln und bürokratischem Handeln," dem die "Differenz von Krisenbewältigung und Routine-Exekution" zugrunde liegt.

ein Großteil der Krankenhauskosten Personalkosten² sind, geht auch aus dieser Perspektive ein Anpassungsdruck auf die Arbeitszeitgestaltung aus.

Hinsichtlich des Gesundheitsschutzes ihrer Beschäftigten sind die Krankenhäuser durch das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) von 1994 unter Anpassungsdruck geraten. Es regelt erstmals die Arbeitszeit aller Beschäftigten im Gesundheitswesen einheitlich, also auch die von Pflegekräften und Ärzten³; es fordert Arbeitszeitgestaltung also gerade in den besonders prekären Bereichen der patientennahen, professionalisierten Therapie und der klinischen Betreuung. Das ArbZG legt unter anderem eine Begrenzung der täglichen Höchstarbeitszeiten (§ 3) fest, regelt die Ruhezeiten zwischen zwei Diensten (§ 5) und die Ruhepausen (§ 4) innerhalb der Dienste sowie die Nacht-, Feiertags- und Sonntagsarbeit (§§ 6, 9, 10). Angesichts der erwarteten Umsetzungsschwierigkeiten trat das ArbZG im Gesundheitswesen nicht schon zum 1.7.1994 in Kraft, sondern aufgrund einer Übergangsregelung (§26, ArbZG, Übergangsvorschrift für bestimmte Personengruppen) erst zum 1.1.1997. Aber auch nach diesem Zeitpunkt, so zeigte eine Untersuchung⁴, blieb die Umsetzung des Gesetzes im Gesundheitswesen aus der Perspektive der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung unbefriedigend.

Dieser Umstand hat das Land Nordrhein-Westfalen dazu bewogen, die Krankenhäuser bei der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zu unterstützen. Im Rahmen einer Strategie, die Elemente von Gestaltung und Kontrolle verbinden sollte, wurde ein großangelegtes Modellprojekt⁵ durchgeführt, um durch Beratung Handlungsoptionen zu eröffnen, die den Krankenhäusern trotz der vermuteten sachlichen Schwierigkeiten die Umsetzung des Gesetzes ermöglichen sollten. Diese Vorgehensweise hat ihre Grundlage im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). Es legt fest, dass den staatlichen Ämtern für Arbeitsschutz nicht nur die Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften, sondern auch eine Beratungsverpflichtung (§ 21, Abs. 1, Satz 2 ArbSchG) obliegt. Im Sinne dieser Verpflichtung wurde eine "weiche", nicht unmittelbar an "harten" Sanktionen, sondern an Gestaltung orientierte und auf Überzeugung⁶ setzende Umsetzung des ArbZG angestrebt.

Der eher gestaltenden als sanktionierenden Strategie entsprach auch die beteiligungsorientierte Anlage des Modellprojekts⁷: Zum einen sollte so an Beschäftigteninteressen an

2 67,3% der Krankenhauskosten sind Personalkosten (DKG 1997, 37f.).

3 Mit Ausnahme der Chefärztinnen und -ärzte, leitender Angestellter und der Dienststellenleiter und -leiterinnen.

4 Vorerhebung zum Programm "Arbeitsschutz im Gesundheitswesen" in mehr als 300 Krankenhäusern in NRW, 1997

5 Das Modellprojekt hatte den Titel: "Beschäftigungswirksame und sozialverträgliche Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus: Nachtschicht- und Schichtarbeit".

6 Dem liegen zwei Annahmen zugrunde: Einmal, dass es sachliche Umsetzungsschwierigkeiten gibt (Wenn die Umsetzungsverzögerung Resultat einer schlichten Weigerung wäre, die in keiner Weise als in der Sache begründet verstanden werden kann, müssten die zuständigen Behörden direkt zur Kontrolle und Sanktionierung übergehen); und zum zweiten, dass die Umsetzung des ArbZG sowohl im allgemeinen Interesse als auch im Interesse der Krankenhäuser und der dort beschäftigten Personen liegt (Nur das macht ein aus öffentlichen Gelder finanziertes, an der Überzeugung der verantwortlichen Akteure im Krankenhaus ansetzendes Modellprojekt sinnvoll).

7 Das Modellprojekt war partizipativ im Sinne eines "Gegenstromprinzips" angelegt: Die Krankenhäuser verpflichteten sich zur Bildung einer "Steuergruppe", die sich aus einer erweiterten Krankenhausleitung rekrutierte und eines "Mitarbeiterzirkels", der aus Mitarbeitern der ausgewählten Modellstation und Vertretern der angrenzenden funktionstherapeutischen und -diagnostischen Schnittstellen zusammengestellt wurde. Die Zirkel wurden moderiert von Krankenhausbeschäftigten, die nicht auf der ausgewählten Modellstation beschäftigt waren. Sie hatten eine Kurz-Ausbildung in Moderationstechniken durch die Unternehmensberatung erfahren. Die Berater nahmen an der Zirkelarbeit nicht teil, diese leisteten das Gros der Diagnose- und Lösungsentwicklungsarbeiten also als Laien in Fragen der sozialwissenschaftlichen Organisationstheorie und -praxis. Für die Zirkelarbeit war insgesamt eine Arbeitszeit von rund 20 Stunden angesetzt.

Arbeitsschutz angeknüpft werden; zum anderen sollte die aktive Beteiligung der Beschäftigten am Modellprojekt ermöglichen, dass "nachhaltig" und autonom Lernerfahrungen im Beratungsprozess berücksichtigt werden können.

Das Modellprojekt wurde von einer Unternehmensberatung durchgeführt. Die Teilnahme daran wurde öffentlich ausgeschrieben. Von 78 Bewerbern wurden schließlich 15 Modellkrankenhäuser ausgewählt. Die Teilnahme am Modellprojekt war freiwillig und mit einer Aussetzung der Kontrollen durch die staatlichen Ämter für Arbeitsschutz verbunden. Es wurde auf diese Weise ein Schonraum für die Arbeitszeitgestaltung bereitgestellt, um Problem diagnose und Lösungsentwicklung zu optimieren. Dies verdeutlicht, dass Arbeitszeitgestaltung im Sinne der Beförderung der bislang problematischen Umsetzung des ArbZG der zentrale Gegenstand des Modellprojekts war; andere Reformziele profitieren von einer Aussetzung der Kontrollen der Arbeitsschutzverwaltung nicht.

Den sachlichen Umsetzungsschwierigkeiten des ArbZG im Krankenhaus entsprechend war das Modellprojekt in verschiedene Arbeitsschwerpunkte unterteilt: Der Schwerpunkt "ärztliche Arbeitszeiten" bezieht sich auf die besonderen Schwierigkeiten der Einhaltung der täglichen Höchstarbeitszeiten sowie der Ruhezeiten zwischen zwei Diensten, insbesondere nach Bereitschaftsdiensten; der Schwerpunkt "Kernarbeitszeiten" rekurriert sozial auf den Pflegedienst und sachlich auf eine Arbeitsgestaltung⁸, die zum Ziel hat, möglichst viele Arbeiten, die ebensogut tagsüber geleistet werden könnten, aus Früh-, Spät- und Nachtschichten in eine Kernschicht am Tage zu verlagern. Dies soll bewirken, dass die problematischen Schichten personell ausgedünnt und die Tagesschichten korrespondierend dazu aufgestockt werden. Der Arbeitsschwerpunkt "Teilzeitarbeit" sollte vor allem im Pflegedienst die mit hohen Teilzeitquoten häufig verbundenen Übergabeprobleme bearbeiten, aber auch im ärztlichen Dienst die Teilzeitarbeit befördern: Auch hier wird das Interesse der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Belastungsreduktion deutlich.

Zu den unmittelbar auf Arbeitszeitgestaltung im Sinne der Umsetzung des ArbZG bezogenen Arbeitsschwerpunkten kamen noch zwei weitere hinzu, die eher auf eine Reform im Verwaltungsbereich ("Personalreferentensystem") und auf eine Erweiterung der Dienstleistungspalette ("horizontale Leistungsausweitung") bezogen waren und daher lediglich indirekt zu einer Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsschutzes beitragen können. Dies zeigt, dass dem Modellprojekt zusätzlich zur komplexen und riskanten Aufgabe der Arbeitszeitgestaltung in den neuralgischen Bereichen von ärztlichem Dienst, Pflege und therapeutischen/diagnostischen Funktionsabteilungen auch noch Aufgaben administrativer und ökonomischer Reformen zukommen sollten. Zudem sollte neben der Arbeitszeitgestaltung ein Prozess des Organisationslernens⁹ hin zum "Krankenhaus als lernender Organisation" in Gang gebracht werden. Die außerordentlich anspruchsvollen Ziele kommen auch in den Zielvorgaben des Projekts zum Ausdruck: Die zu entwickelnden Arbeitszeit- und Organisationsmodelle sollten 1.) kompatibel mit dem ArbZG, 2.) sozialverträglich, 3.) beschäftigungswirksam sowie 4.) kostenneutral sein und 5.) einen Beitrag zur Verbesserung der Patientenbetreuung leisten.

Im Folgenden sollen nun aus der Perspektive der Erfahrung der Evaluation des Modellprojekts, die das ISO (Köln) durchführte, einige grundlegende Strukturprobleme des Modellprojekts angesprochen werden, die sich aus der spezifischen Konstellation von Klient,

⁸ vgl. hierzu Priester 1997

⁹ Ingrid Drexel (1998, 52) weist darauf hin, dass allein der Umbau eines Unternehmens zur "lernenden Organisation" schon eine immense Aufgabe ist, sie spricht anschaulich von einem "gigantischen Prozess einer kontinuierlichen Restrukturierung der Unternehmen."

Berater und Handlungsfeld ergeben. Dieser Text versteht sich nicht als eine Art Kurzfassung der Evaluation oder als Endpunkt der im Evaluationsverlauf gemachten Erfahrungen, sondern eher als Diskussionsbeitrag am Anfang der weiteren Verarbeitung.

2 Fragen zum Zusammenhang “Auftraggeber - Klient - Auftrag”

Die scheinbar so trivialen Fragen: Wer ist Klient, wer ist Berater, was ist der Arbeitsauftrag und welche Krise¹⁰, die das Klientensystem mit eigenen Mitteln nicht lösen kann, soll die externe Beratung stellvertretend bewältigen helfen, sind für jeden Beratungsprozess zentrale Ausgangsbedingungen. Auch im vergleichsweise einfachen “Normalfall”, in dem das Management einer Unternehmung eine externe Beratung mit der Bearbeitung einer speziellen Problematik beauftragt, hat diese Initialphase der Kooperation eine Schlüsselstellung; hier konstituiert sich das “Arbeitsbündnis” zwischen Berater und Klient, das die weitere Zusammenarbeit strukturiert.

Auch im vorliegenden Fall ist die Frage nach dem Arbeitsbündnis von Interesse, gerade weil es einige Besonderheiten aufweist. Das Land NRW, in dessen Zuständigkeit die Umsetzung des ArbZG und die Kontrolle des betrieblichen Gesundheitsschutzes liegt, beauftragt ein privates Beratungsinstitut, damit es in Krankenhäusern Gestaltungsoptionen für die Umsetzung des ArbZG auslotet und Veränderungsprozesse initiiert. Das Beratungsinstitut berät also als sachverständiger Dritter, stellvertretend für das Land NRW bei der Entwicklung von Arbeitszeitmodellen. Im Rekurs auf das ArbSchG könnte man formulieren, die Krankenhäuser nehmen ihren Beratungsanspruch durch das Land wahr, indem sie am Modellprojekt teilnehmen, ohne allerdings die Auftraggeber der Beratung zu sein. Die Unternehmensberatung schließt mit den teilnehmenden Krankenhäusern einen Kooperationsvertrag, in dem diese sich verpflichten, bestimmte mit dem Projekt verbundene Kosten zu übernehmen, projektkonstitutive Gremien zu bilden und die sachlichen Rahmenbedingungen für die Beratertätigkeit bereitzustellen. Eine Problemstellung und die Umgrenzung des Beratungsbedarfes, eine Auflistung der Aktivitäten der Berater etc. sind im Kooperationsvertrag nicht enthalten. Dies verdeutlicht nochmals, dass die Krankenhäuser nicht die Klienten der Unternehmensberatung sind, aber ihre Kooperationsbereitschaft zusagen.

Aus dieser Ausgangslage ergibt sich eine Struktur, die das gesamte Modellprojekt charakterisiert: Das Land NRW möchte eine “weiche Umsetzung” des ArbZG befördern, bleibt aber zugleich die kontrollierende und sanktionierende Instanz, auch wenn ein Moratorium eingeräumt wird. Es legt fest, mit welchem Ziel die Krankenhäuser beraten werden sollen, nicht die Krankenhäuser. Stellvertretend für das Land agiert die Unternehmensberatung in einem Handlungsfeld¹¹, welches das Land nicht beherrscht und ist deshalb auf die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser besonders angewiesen. Deren Kooperationsbereitschaft ist aber alles andere als selbstverständlich, da bei vielen Akteuren in den Kranken-

10 Zum Konzept sozialwissenschaftlicher Beratung als stellvertretender Krisenlösung und zum Begriff des Arbeitsbündnisses siehe Oevermann 1990;1998

11 Problemverschärfend kommt noch hinzu, dass die Krankenhäuser, in denen die Berater agieren, potentielle Kunden der Unternehmensberatung sind. Die Unternehmensberatung - die nicht in erster Linie “Politikberater” ist - muß das Interesse haben, in den Krankenhäusern eine werbewirksame “Visitenkarte” zu hinterlassen. Dies ist ein durchaus legitimes Interesse, zugleich aber ein Sachverhalt, der bei der vorliegenden Akteurskonstellation zu berücksichtigen ist.

häusern das Gesetz als "nicht umsetzbar" gilt und beispielsweise "ärztliche Arbeitszeiten" als nicht kompatibel mit der Festlegung von Höchstarbeitszeiten gesehen werden.

In diesem Kontext erweist sich der Arbeitsauftrag als problematisch, der ja bereits einleitend als sehr umfangreich dargestellt wurde: Sowohl die Ausdehnung der Reforminteressen auf den Verwaltungsbereich und den krankenhausexternen Markt von Gesundheitsdienstleistungen als auch der Katalog der Zielvorstellungen und die Zusatzaufgabe der Organisationsentwicklung zeigen, dass das Projekt Anforderungen artikuliert, die realistisch in dieser Breite nicht zu erfüllen sind. Aus dieser Überfrachtung ergibt sich strukturell nicht nur die Gefahr einer *Überlastung* von Beratern und Krankenhausakteuren, sondern auch eine *Uneindeutigkeit im Arbeitsauftrag*; worin dieser eigentlich besteht, kann angesichts der Fülle von Zielen nur noch schwer bestimmt werden, auch die Relationen von Zweck und Mittel werden unklar. So ist beispielsweise die Frage zu stellen, ob das organisationelle Lernen primär der Bewältigung der manifesten Umsetzungsschwierigkeiten des ArbZG dienen soll oder einer prophylaktischen¹² Anpassung der Organisation Krankenhaus an zukünftige Anforderungen ohne unmittelbaren Problembezug in der Umsetzung des ArbZG.

Die hier skizzierte Ausgangslage hat uns bewogen, in der Evaluation Teilnahmemotive der Krankenhausleitungen ebenso zu thematisieren, wie divergierende Interessen verschiedener Akteursgruppen im Modellprojekt. Wichtige Ergebnisse sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden. Wie gelingt es in den Krankenhäusern, eine extern konturierte und politisch vorformulierte Zielvorgabe zur Geltung zu bringen? Welche besonderen Herausforderungen stellen sich einer sozialwissenschaftlichen Beratung in einem solchen Kontext? Wie beurteilen verschiedene Akteure in den Krankenhäusern den Projekterfolg und, wie bilanzieren sie den betriebenen Aufwand im Verhältnis zum Projektertrag?

3 Ergebnisse von Erhebungen in den Modellkrankenhäusern

3.1 Zum Teilnahmemotiv

Aus Interviews mit Vertretern aller Steuergruppen der beteiligten Modellkrankenhäuser ergab sich, dass lediglich in fünf Krankenhäusern ein spezifisches Interesse an der Entwicklung von Arbeitszeitmodellen bestand. In einer Vielzahl von Krankenhäusern trat demgegenüber die Orientierung an der Einrichtung von Kernarbeitszeiten, der Erhöhung der Teilzeitquoten und der Herstellung von gesetzeskonformen Arbeitszeiten in den Hintergrund. Dort dominierte eher das Interesse an einer stärkeren Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungs- und Optimierungsprozesse, an einer verbesserten Koordination der Arbeit zwischen den Berufsgruppen und einer Optimierung der Ablauforganisation sowie die Gelegenheit, sich mit Methoden des Qualitätsmanagement bekannt zu machen. Diese Angaben bestätigten die Beobachtungen, die zuvor im Rahmen der Begleitung von mehr als vierzig Steuergruppensitzungen gemacht wurden: Bei der Formulierung der Arbeitsaufträge durch die Steuergruppen war der explizite Bezug auf die Entwicklung und Implementation von Kernarbeitszeitmodellen, von Teilzeitarbeitsmodellen, auf eine Belastungsreduktion durch Überstundenabbau oder auf die Einhaltung von Ruhezeiten seitens der Ärzte in lediglich in fünf von fünfzehn Krankenhäusern gegeben. In den anderen Krankenhäusern war

¹² Icking (2000, 65) weist im Rekurs auf Wilke darauf hin, dass im Konzept der "lernenden Organisation" die Prophylaxe einen prominenten Stellenwert hat.

die Entwicklung von "flexibleren" Arbeitszeitmodellen entweder eine Zusatzaufgabe zur Ablaufoptimierung oder wurde gar nicht erwähnt. Interessanterweise wurde in einem Krankenhaus explizit als Teilnahmemotiv ausgewiesen, dem Land im Modellprojekt dokumentieren zu wollen, dass unter den konkreten Rahmenbedingungen des betreffenden Hauses das Gesetz nicht umsetzbar sei.

Nach dem Ende der Beraterpräsenz in den Krankenhäusern wurden alle Mitglieder der Steuergruppen und der Mitarbeiterzirkel nochmals schriftlich und standardisiert nach Ihren Eingangserwartungen gefragt. Die Totalerhebung hatte eine Bruttostichprobe von $n = 366$ Zielpersonen. Die Rücklaufquote betrug 44% ($n = 158$). Verglichen mit den üblichen Rücklaufquoten schriftlicher Unternehmensbefragungen kann dies als hervorragendes Ergebnis gewertet werden. Dies ist sicherlich auch der Tatsache geschuldet, dass alle Teilnehmer der Steuergruppen und Mitarbeiterzirkel befragt wurden, es sich also nicht um Zufallsauswahl handelte. Die Ergebnisse der Befragung bestätigten nochmals, dass die Arbeitszeitproblematik in den Erwartungen der Krankenhausakteure eine untergeordnete Rolle spielte, wie die Tabelle 1 zeigt. Nur 41% der Befragten beteiligten sich am Projekt in der "starken Erwartung", mit ihm sei eine Beratung bei der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes verbunden. Damit nahm diese Vorgabe Rang zehn aus sechzehn Vorgaben ein; andere unmittelbar die Arbeitszeitgestaltung betreffende Erwartungen waren noch seltener besetzt. Die Optimierung der Kooperation zwischen Berufsgruppen oder Stationen dagegen wurde von mehr als 80% der Befragten stark erwartet. Auch die Erwartung einer stärkeren Einbeziehung von Mitarbeitern in Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse wurde noch von 66% der Befragten als stark bezeichnet und nahm Rang fünf ein.

Die Ergebnisse zu den Teilnahmemotiven und Erwartungen belegen, dass hinsichtlich der Arbeitszeitgestaltung nicht unmittelbar an ein Problembewusstsein bei den Beschäftigten und Personalverantwortlichen angeknüpft werden kann. Sollen Reformvorhaben in diesem Bereich und im Sinne der Umsetzung des ArbZG realisiert werden, bedarf es geeigneter Maßnahmen, die über eine Anknüpfung an aktuell gegebene Interessen hinausgehen müssen. Solche Maßnahmen müssen eher darauf zielen, Problembewusstsein zu schaffen, Verbindungen zwischen wahrgenommenen Problemen und Arbeitszeitstrukturen herzustellen und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie durch eine Optimierung von Arbeitszeitstrukturen vorhandene Probleme gelöst werden können. Mit anderen Worten erfordert die spezifische Akteurs- und Rollenkonfiguration, dass die Berater im Feld Aktivitäten entfalten, die sich auf die Herstellung von Veränderungsmotiven konzentrieren und durch geeignete Expertenvorschläge zugleich die Richtung angeben, in der der Umsetzungsauftrag bezüglich des Arbeitszeitgesetzes eingeleitet werden kann.

Tab. 1: Allgemeine Erwartungen an das Modellprojekt

| Erwartung einer bzw. eines | Rang | Prozentsatz* |
|--|------|--------------|
| Optimierung der Kooperation der Berufsgruppen | 1 | 86 |
| Optimierung der Kooperation zwischen Stationen, Schnittstellen und Abteilungen | 2 | 85 |
| Erhöhung der Transparenz von vernetzten Arbeitsabläufen auf der Modellstation | 3 | 75 |
| Verbesserung der Patientenbetreuung | 4 | 67 |
| stärkeren Einbeziehung von Mitarbeitern in Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen | 5 | 66 |
| Abbaus von Arbeitsstress | 6 | 59 |
| Erhöhung der Produktivität der Stationsarbeit | 7 | 57 |
| besseren Bewältigung von Übergangsproblemen | 8 | 55 |
| Reduktion belastungsintensiver Arbeitszeiten | 9 | 50 |
| Umsetzung des ArbZG | 10 | 41 |
| Entwicklung persönlicher Fähigkeiten und Qualifikationen | 11 | 39 |
| besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf | 12 | 30 |
| Überstundenabbau | 13 | 26 |
| Reduktion der Bereitschaftsdienstbelastung | 14 | 17 |
| Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste | 15 | 15 |
| Freizeitausgleich für Überstunden | 16 | 13 |

* Prozentuierung der Anteile von Befragten, die das jeweilige Statement mit "stark erwartet" vollendet haben. Die Frageformulierung lautete folgendermaßen: "Sie haben sich am BASOK-Projekt als Teilnehmer/in eines Mitarbeiterzirkels (bzw. im Fragebogen für Steuergruppenmitglied) beteiligt. Können Sie uns bitte sagen, wie sie die im Folgenden aufgeführten Statements beurteilen?" Die Statements enthielten die in der Tabelle aufgeführten Formulierungen und konnten mit "stark erwartet", "kaum erwartet" und "nicht erwartet" vollendet werden.

3.2 Zur Vermittlung der Arbeitsaufträge der Steuergruppen in die Mitarbeiterzirkel

Gemäß der Anlage des Modellprojekts waren Steuergruppen und Mitarbeiterzirkel die zentralen, auf die Modellstationen bezogenen operativen Lernebenen, wobei den Mitarbeiterzirkeln das Gros der Arbeit bei der Problemdiagnose und Lösungsentwicklung zukam. Die Beziehung von Steuergruppe und Mitarbeiterzirkel ist von besonderer Bedeutung. Neben der Tatsache, dass in den Arbeitsaufträgen der Steuergruppen an die Mitarbeiterzirkel die

Entwicklung von Arbeitszeitmodellen im Sinne der ausgewählten Arbeitsschwerpunkte häufig keine explizite Erwähnung fand oder nur als Zusatzaufgabe zu arbeitsorganisatorischen Veränderungen formuliert wurde, ergaben sich an der "Schnittstelle Steuergruppe - Mitarbeiterzirkel" weitere Probleme; besonders auffällig waren dabei Probleme der Zirkel mit der Aufgabenstellung der Steuergruppen. Manche Zirkel teilten oder verstanden die Problemdefinition des Arbeitsauftrags nicht und wussten demzufolge nicht, woran sie arbeiten sollten. Andere hatten kein Interesse an den geforderten Veränderungsmaßnahmen oder erfuhren diese geradezu als Zumutung. So traf beispielsweise der Auftrag, Kernarbeitszeitmodelle zu entwickeln und einzurichten, regelmäßig auf Widerstand seitens der ausgewählten Modellstationen, so dass schließlich in keiner der Modellstationen ein Kernarbeitszeitmodell dauerhaft praktiziert wurde.

Hier wird das Problem der Themenkonsistenz besonders deutlich: Zwar können die Berater nicht gegen die Interessen und Bereitschaften agieren, die sie in den Krankenhäusern vorfinden, gleichwohl ist im Sinne des Arbeitsauftrages zu erwarten, dass sie die vorgegebenen Themen im Beratungsfeld "unterbringen". Das gilt für das Problem, in den Arbeitsaufträgen der Steuergruppen die politische Themenvorgabe zur Geltung zu bringen ebenso wie für die Durchsetzung dieser Themen in den Mitarbeiterzirkeln. Dabei hatte die Beratung dadurch, dass sie sich auf eine Begleitung der (Laien-)Moderatoren der Zirkel beschränkte, also die Arbeit der Zirkel selbst nicht begleitete, nur sehr geringe Steuerungs- und Einflußchancen auf diese. Die angesichts der schwierigen Ausgangssituation erforderliche ständige Herstellung von Themen- und Arbeitsauftragskonsistenz kann so nur schwer geleistet werden. Die Zirkel sind aufgrund vorliegender Interessen, aber auch durch die Unerfahrenheit in der Arbeitszeitgestaltung ständig in der Gefahr, thematisch "aus dem Ruder zu laufen", sie bedürfen unseres Erachtens sachverständiger Unterstützung in Form einer "kontrollierten Sequenzierung", die "Schritt für Schritt" nicht nur ineinandergreifende Diagnosemethoden und formale Prozeduren der Lösungsentwicklung bereitstellt, sondern auch in jeder Phase der Arbeit die Ausgangsproblematik vergegenwärtigt und praktisch bearbeitet.

Damit verbindet sich die Frage, ob der sachverständige Berater seine Expertise hauptsächlich auf die "Inszenierung von Kooperation" verwenden soll; oder ob angesichts der Tatsache, dass es hier es um das komplexe Problem einer Veränderung eingefahrener Arbeitszeitmuster im Bereich patientennaher Dienstleistungen geht, nicht eine praktisch vermittelte Expertise in sozialwissenschaftlicher Problemdiagnose und Lösungsentwicklung eher die Möglichkeit bietet, zielführend auf Arbeitszeitgestaltung im Sinne des Arbeitsschutzes im Gesundheitswesen hinzuwirken.

3.3 Perspektiven unterschiedlicher Akteursgruppen auf die Erfolge des Modellprojekts

Aufgrund der genannten Akteurskonstellationen und der Tatsache, dass neben der Arbeitszeitgestaltung in den neuralgischen Bereichen des ärztlichen Dienstes, der Pflege und den diagnostischen und therapeutischen Schnittstellen auch Fragen der Organisationsentwicklung behandelt wurden, die typischerweise eher den Verwaltungsbereich interessieren, ist von Interesse, wie verschiedene Beschäftigtengruppen in den Krankenhäuser den Projekterfolg einschätzen. Dabei wurde zwischen solchen Befragten differenziert, die "eher fern" von den patientenbezogenen Arbeitsabläufen stehen (z.B. Verwaltungsangestellte, Beschäftigte aus dem Bereich der Versorgung, Hygiene und Technik) und solchen, die sich "eher nah"

daran befinden (Ärzte, Angehörige des Pflegedienstes, Therapeuten etc.). Diese Differenzierung hat sich als trennscharf und erkenntnisfördernd erwiesen; insbesondere schärft sie den Blick für Differenzen zwischen den Steuergruppenmitgliedern und Mitarbeiterzirkelteilnehmern.

Tab. 2: Allgemeine Erfolge nach Nähe bzw. Ferne zum Stationsgeschehen

| Erfolge bei der bzw. beim | "Erfahrungsfern" | | "Erfahrungsnah" | |
|---|------------------|---------------|-----------------|---------------|
| | Rang | Prozent-satz* | Rang | Prozent-satz* |
| Erhöhung der Transparenz von vernetzten Arbeitsabläufen auf der Modellstation | 1 | 90 | 2 | 59 |
| stärkeren Einbeziehung von Mitarbeitern in Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse | 2 | 83 | 6 | 39 |
| Optimierung der Kooperation der Berufsgruppen | 3 | 83 | 1 | 61 |
| Optimierung der Kooperation zwischen Stationen, Schnittstellen und Abteilungen | 4 | 77 | 3 | 55 |
| besseren Bewältigung von Übergabeproblemen | 5 | 70 | 4 | 41 |
| Erhöhung der Produktivität der Stationsarbeit | 6 | 67 | 9 | 36 |
| Verbesserung der Patientenbetreuung | 7 | 60 | 7 | 39 |
| Reduktion belastungsintensiver Arbeitszeiten | 8 | 58 | 10 | 33 |
| Entwicklung persönlicher Fähigkeiten und Qualifikationen | 9 | 57 | 5 | 41 |
| Beratung zur Umsetzung des ArbZG | 10 | 45 | 8 | 39 |
| Überstundenabbau | 11 | 41 | 14 | 21 |
| Abbau von Arbeitsstress | 12 | 38 | 12 | 25 |
| Freizeitenausgleich für Überstunden | 13 | 35 | 13 | 24 |
| Freizeitenausgleich für Bereitschaftsdienste | 14 | 31 | 11 | 25 |
| besseren Vereinbarung von Familie und Beruf | 15 | 27 | 16 | 10 |
| Reduktion der Bereitschaftsdienstbelastung | 16 | 17 | 15 | 13 |

* Prozentuierung der Anteile von Befragten, die das jeweilige Statement mit "ist erfolgt" oder mit "ist teilweise erfolgt" vollendethaben

Im Unterschied zu den Befragten aus den "erfahrungsfernen" Bereichen, die alle Maßnahmen optimistisch beurteilen, sind die Beschäftigten, die nah an den Lösungsvorschlägen arbeiten, eher skeptisch (Tabelle 2). Sie sehen lediglich in drei Bereichen Teilerfolge, nämlich bei den kooperationsbezogenen Maßnahmen. Die Zustimmungsquoten zu den einzelnen Maßnahmen liegen bei den "Erfahrungsnahen" auf deutlich niedrigerem Niveau als bei den "Erfahrungsfernen"; dies gilt besonders bei der Beurteilung von Belastungs- (58% zu 33%), Stress- (38% zu 25%) und Überstundenabbau (41% zu 21%). Die aus der Modellmaßnahme folgenden positiven Effekte auf den Arbeitsalltag werden von den "Erfahrungsnahen" also

weitaus zurückhaltender eingeschätzt. Diese Differenzen sind in einem partizipativ angelegten Reformprojekt von großer Bedeutung; eine exklusive Konzentration auf Erfahrungen von Steuergruppenmitgliedern würde die Gefahr in sich bergen, dass die unmittelbare Erfahrung der Wirkungen von eingeführten Veränderungen auf den Arbeitsalltag nicht hinreichend berücksichtigt und die Perspektive auf Stellvertreterurteile verengt würde. Bei allen Differenzen wird gleichwohl deutlich, dass auch bei der Beurteilung von Projekterfolgen arbeitszeitbezogene Maßnahmen deutlich schlechter gegenüber den auf Kooperationsprobleme und sogar auf Personalentwicklung bezogenen Maßnahmen abschneiden.

Angesichts der partizipativen Anlage des Modellprojekts sind zudem die deutlichen Differenzen in der Frage einer stärkeren Einbindung von Beschäftigten in Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse relevant. Während hier 83% der "Erfahrungsfernen" einen Erfolg oder Teilerfolg sehen, ist dieser Anteil bei den "Erfahrungsnahen" mit 39% anteilmäßig weniger als halb so groß. Neben der Frage von Erfahrungsnähe und -ferne ist die Frage von Interesse, wie die Beschäftigten aus Steuergruppe und Mitarbeiterzirkel dies beurteilen. Die festgestellte Differenz bestätigt sich: Während 34% der Teilnehmer der Mitarbeiterzirkel davon ausgehen, eine stärkere Einbindung der Mitarbeiter in Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse sei zumindest teilweise erfolgt, ist dieser Anteil bei den Steuergruppenmitgliedern mit 83% anteilmäßig mehr als doppelt so groß. Geben zwei Drittel der Zirkelmitarbeiter an, eine stärkere Integration habe nicht stattgefunden, so meint dies nur ein knappes Fünftel der Steuergruppenmitglieder (Tabelle 3).

Tab. 3: Verstärkte Einbeziehung der Beschäftigten *

| Eine stärkere Einbindung der Beschäftigten in Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse ... | Steuergruppe | Mitarbeiterzirkel | insgesamt |
|--|--------------|-------------------|-----------|
| ist (teilweise) erfolgt | 83 | 34 | 51 |
| ist nicht erfolgt | 17 | 66 | 49 |

* nach Gremium (Angaben in Prozent)

Diese Differenzen deuten auf unterschiedliche Bezugssysteme für die Beurteilung von Beteiligung oder Partizipation hin. Bei den Steuergruppenmitgliedern kann man davon ausgehen, dass sie allein schon in der Existenz und der Durchführung von Mitarbeiterzirkeln eine verstärkte Einbeziehung der Mitarbeiter in Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse sehen. Aus dieser Perspektive gilt die Teilnahme an einem an Mitarbeiterbeteiligung ausgerichteten Modellprojekt alleine bereits als erweiterte Einbindung von Mitarbeitern in Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse. Dies gilt umso mehr, wenn zum ersten Mal Erfahrungen mit partizipativen Reformen gemacht werden. Diese Perspektive teilen die Mitarbeiterzirkel offenbar nicht. Auch darauf wiesen schon Intensivinterviews mit Teilnehmern der Mitarbeiterzirkel hin: In der überwiegenden Anzahl waren die Befragten dort skeptisch, ob die erarbeiteten Lösungsvorschläge tatsächlich Durchsetzungschancen hätten. Für die Zirkelteilnehmer ist Partizipation offensichtlich dann hinreichend realisiert, wenn die entwickelten Lösungsvorschläge auch tatsächlich umgesetzt werden bzw. ihre Umsetzung ernsthaft versucht wurde. Partizipation ist für sie kein Selbstzweck, sondern Voraussetzung und Mittel für die Einbeziehung der Handlungskompetenz möglichst vieler Akteure zum

Zwecke der Effektivierung und der Humanisierung der Arbeitsabläufe. Offensichtlich unterscheiden die Zirkelteilnehmer zwischen nur symbolischer (lippenbekenntnishaft bezugter) und tatsächlicher Partizipation.

3.4 Divergente Bilanzen verschiedener Akteure

Ähnlich divergent wie die Einschätzung einzelner Projekterfolge fiel auch die allgemeine Bilanzierung von Aufwand und Ertrag des Modellprojekts aus; auch hier fielen die Einschätzungen von Zirkelteilnehmern und Steuergruppenmitgliedern, von "Erfahrungsnahen" und "Erfahrungsfernen" deutlich verschieden aus. Letztere beurteilen anteilmäßig doppelt so häufig (33%) den Aufwand als uneingeschränkt gerechtfertigt als erstere (16%). Die Beschäftigten im erfahrungsnahen Bereich dagegen geben anteilmäßig dreimal häufiger (42% zu 13%) an, der Aufwand werde durch den Ertrag nicht gerechtfertigt. Diese Tendenz spiegelt sich leicht abgeschwächt auch in den Bilanzen der eher "erfahrungsnahen" Mitarbeiterzirkelteilnehmer im Vergleich zu den eher "erfahrungsfernen" Steuergruppenmitgliedern wider. Es fällt allerdings auf, dass auch das Urteil der Steuergruppe weniger positiv ist als das der Befragten im erfahrungsfernen Bereich: Während nur 70% der Steuergruppenmitglieder den Ertrag als mindestens teilweise befriedigend einschätzen, trifft dies für 88% der Beschäftigten im erfahrungsfernen Bereich zu. Auch die Steuergruppenmitglieder schätzen also die Effekte der Modellteilnahme seltener als gänzlich zufriedenstellend ein als noch distanziertere Beobachter. Betrachtet man die Bilanzierung nach einer groben Berufsgruppendifferenzierung, so bestätigt sich dies: Beinahe die Hälfte der Ärzte und gut ein Drittel der Befragten aus dem Pflegebereich beurteilen den Ertrag des Modellprojekts als unbefriedigend. Dem stehen auf Seiten der Beschäftigten aus dem Verwaltungsbereich nur 15% und bei den übrigen Berufsgruppen ein knappes Fünftel gegenüber. Festzuhalten ist allerdings auch, dass 19% der Ärzte den Ertrag des Modells als uneingeschränkt positiv beurteilen, während dies bei den Beschäftigten aus dem Pflegebereich nur für 14% zutrifft. Verwaltungsangestellte sehen dagegen beinahe zur Hälfte eine uneingeschränkte Effektivität des Arbeitsaufwandes im Vergleich zum Ertrag (Tabelle 4).

Die Perspektiven der Zirkelteilnehmer und Steuergruppenmitglieder, der "Erfahrungsnahen" und der "Erfahrungsfernen" unterscheiden sich in zentralen Aspekten erheblich. Auffällige Differenzen sind vor allem das Zustimmungsniveau zu einzelnen Projekterfolgen und die Bilanzierungen von Aufwand und Ertrag. Hier sind die Zirkelteilnehmer wesentlich zurückhaltender - beinahe enttäuscht. Dass diese zudem ein anderes Verständnis von Einbindung in Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse haben als Mitglieder der Krankenhausleitungen, war bereits klar geworden. Die Kritik bündelt sich bei der Umsetzung von Lösungsvorschlägen. Dies zog sich durch von Umsetzungskepsis einzelner Zirkelmitglieder während der Phase der Zirkelarbeit (Angst vor "Schubladeproduktion") bis hin zur bilanzierenden Betrachtung nach dem Abschluss der Beratung. Bei den Gründen, welche die nicht oder nur teilweise mit dem Verhältnis von Aufwand und Ertrag Zufriedenen für diese Beurteilung abgeben, dominieren die Umsetzungs- vor den Kooperations- und Sachproblemen. Auch bei dieser Bewertung unterscheiden sich "erfahrungsnahen" und "erfahrungsfernen" Akteure. Diese sehen merklich weniger als jene die Umsetzungsprobleme als die Hinderungsgründe, die den Ertrag des Modellprojektes in Frage stellen

Tab. 4: Aufwand und Ertrag nach Gremium, Nähe-Ferne und groben Berufsgruppen *

| | Beschäftigte insgesamt | Gremium | | Nähe zur Arbeit auf den Stationen/in den Abteilungen | |
|----------|------------------------|------------------------------------|---------------|---|---|
| | | Mitarbeiterzirkel | Steuergruppen | Beschäftigte, die eher nah am Stationsgeschehen arbeiten | Beschäftigte, die eher fern vom Stationsgeschehen arbeiten |
| ja | 20 | 15 | 29 | 16 | 22 |
| zum Teil | 45 | 48 | 41 | 41 | 55 |
| nein | 35 | 38 | 30 | 42 | 13 |
| | | grobe Berufsgruppendifferenzierung | | | |
| | Beschäftigte insgesamt | Ärzte | Pflege | Verwaltung | andere Berufsgruppen |
| ja | 20 | 19 | 14 | 46 | 21 |
| zum Teil | 46 | 32 | 48 | 39 | 61 |
| nein | 35 | 48 | 38 | 15 | 18 |

* Angaben in Prozent

4 Fazit

Beratungsprozesse, die mit öffentlichen Mitteln gefördert, einen politisch motivierten Auftrag in einem Feld durchführen sollen, das nicht wie selbstverständlich und unmittelbar das vorgegebene Gestaltungsinteresse teilt, sind mit besonderen Problemen konfrontiert. Diese Probleme müssen bei der Konzeption derartiger Projekte sorgfältig analysiert und berücksichtigt werden; es handelt sich um einen näher zu bestimmenden, besonderen Handlungstypus. Unter den im Vorfeld solcher Vorhaben zu klärenden Fragen sind folgende aufgrund unsere Erfahrungen besonders wichtig und prekär zugleich: Wie kann die unverzichtbare Kooperationsbereitschaft der Akteure im Beratungsfeld gesichert werden, ohne darauf zu verzichten, externe Gestaltungsanforderungen zur Geltung zu bringen? Welche gemeinsam mit den Akteuren im Feld durchzuführenden Zielbildungs- und Zielbindungsaktivitäten sind notwendig und konstitutive Voraussetzung für themenkonsistente und zielführende Projektarbeit? Auf welche Steuerungs- und Gestaltungschancen, die in der laufenden Beratungsarbeit je aktuell und im Sinne kontrollierter Sequenzierung Einflussnahme und Korrekturen ermöglichen, kann das Beraterteam nicht verzichten? Diese Fragen verbinden sich mit solchen, die ohnehin für Organisationsberatung konstitutiv sind: Wie wird das Verhältnis von Expertenintervention zur zu erhaltenden bzw. zu fördernden Autonomie im Klientensystem gewichtet? Wie positioniert sich der Berater in betrieblichen Herrschaftsstrukturen, die er unweigerlich vorfindet? In einem partizipativ angelegten Projekt sind auch die Fragen von

Relevanz, welche Aufgaben der Diagnose und Lösungsentwicklung Laien durchführen können, wo sie sachverständige Unterstützung benötigen, und welche Rolle eine externe Unternehmensberatung bei der Umsetzung von Lösungsvorschlägen einnimmt, die von Laien, aber unter ihrer Federführung entwickelt wurden.

Literatur

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1997): Zahlen, Daten, Fakten '97. Düsseldorf
- Drexel, Ingrid (1998): Das lernende Unternehmen aus industriesoziologischer Sicht; in: P. Dehnbostel, H.-H. Erbe, H. Novak (Hg.): Berufliche Bildung im lernenden Unternehmen. Zum Zusammenhang von betrieblicher Reorganisation, neuen Lernkonzepten und Persönlichkeitsentwicklung. Berlin, 49-63
- Icking, Maria (2000): Lernende Unternehmen oder Lernen in Unternehmen; in: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 96. Band, 65-79
- Oevermann, Ulrich (1990): Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung, unveröff. Manuskript, Frankfurt a.M.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns; in: Arno Combe, Werner Helsper (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a.M., 70-182
- Priester, Klaus (1997): Neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern. Entstehungsbedingungen - Umsetzungsprobleme - Vorschläge zur Optimierung. 3. Auflage, Frankfurt a.M.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Frank Bauer
Institut zur Erforschung sozialer Chancen
Kuenstr. 1B
D-50733 Köln

Schlagnworte: Arbeitszeitgestaltung, Beratung, Krankenhaus

Hinweis: Die Zeitschrift ARBEIT hat einen Preis für den besten Aufsatz ausgeschrieben. Am Ende des Heftes sind die Bedingungen beschrieben.