

Peter Frör, Ingeborg Haag, Dagmar Kirsch:

Erfahrungen mit Mitbestimmungsformen in einem Großkrankenhaus

**Ergebnisse einer empirischen Untersuchung am Klinikum Steglitz
der Freien Universität Berlin***

Die Diskussion um die notwendige Reform der Krankenhausstrukturen wurde in den letzten Jahren hauptsächlich von zwei Positionen aus geführt:

- zum einen im Sinne einer intendierten Demokratisierung, gekennzeichnet durch Vorschläge zum Abbau starrer Hierarchien, und damit zu einer verstärkten Einbeziehung der Beschäftigten in Entscheidungs- und Leitungsprozesse,
- zum anderen bestimmt durch die Suche nach Möglichkeiten einer Eindämmung der Kostenexplosion.

Bei diesen Überlegungen zur Durchrationalisierung des Gesundheitswesens, und speziell der Krankenhäuser, wurde zumeist übersehen, daß Partizipation und Effizienzsteigerung kein Gegensatz sein müssen, sondern sich wechselseitig ergänzen oder bedingen können.

Die zunehmende Dysfunktionalität der Krankenhausstruktur, die durch die Reformmodelle der späten 60er Jahre aufgehoben werden sollte, resultierte vor allem aus der geänderten Morbiditätsstruktur, dem veränderten Gesundheitsbewußtsein, den Fortschritten der Therapie, sowie einer entsprechenden apparativen Ausstattung. Denn eine solche moderne Technologie konnte in einzelnen Bereichen unter Beibehaltung der engen handwerklich-manufakturmäßigen Formen der gesellschaftlichen Arbeit nur ungenügend angewandt werden. Erforderlich wurde immer dringender eine Änderung und Effektivierung der Arbeitsorganisation, im Sinne stärkerer Teilung und Intensivierung der Arbeit. Neue Kooperationsformen, verbunden mit einer Ablösung erstarrter Hierarchien, wurden so ein effizienzsteigerndes Erfordernis rationeller Betriebsführung. Dabei wurde von einzelnen Reformern die Möglichkeit gesehen, ihre Forderungen nach „Humanisierung der Arbeit“ und „Aufhebung der Entfremdung“ auch mit betriebswirtschaftlichen Gründen zu untermauern.

* Der Aufsatz verwendet die Ergebnisse einer Untersuchung, die von der „Sozialwissenschaftlichen Forschungsgruppe“ am Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin (der auch die Autoren angehörten) durchgeführt wurde. Der Schlußbericht vom Februar 1975 („Institutionelle und subjektive Bedingungen der Partizipation im Krankenhaus“) liegt in einer vorläufigen Fassung als hektographiertes Manuskript vor. Weil hier vorrangig Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt werden sollen, wird auf eine Auseinandersetzung mit der vorliegenden Literatur zur Partizipationsforschung ebenso verzichtet wie auf eine Darstellung der angewandten statistischen Methoden.

Charakteristika des Klinikum Steglitz

Diese Intention sollte auch ein Modell der institutionalisierten Partizipation im Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin verwirklichen. Hier konnten diese Bestrebungen aus mehreren Gründen praktische Folgen haben: einmal existierte ein überdurchschnittlich konfliktbereites Potential unter den Beschäftigten, vor allem im Krankenpflegebereich, das — bestärkt durch die Studentenbewegung — Druck in Richtung auf Reformen ausübte. Des weiteren konnten aufgrund des Zeitpunkts der Entstehung des Klinikum (Inbetriebnahme schrittweise seit 1968) personelle und organisatorische Neukonzeptionen verwirklicht werden, die der gerätetechnischen Ausstattung wie der baulichen Größe entsprachen. (Zum Untersuchungszeitpunkt war das Klinikum das größte seiner Art in Europa: 1102 von 1310 Betten eröffnet, 2650 Beschäftigte, ca. 300 Ärzte.) Gemäß der Funktion als Universitätskrankenhaus überlagern sich im Klinikum Steglitz allgemeine Krankenhausstrukturen mit den besonderen Anforderungen, die aus Lehre und Forschung erwachsen, insbesondere durch die Einbeziehung von klinisch-theoretischen Instituten, Poli- und Spezialkliniken.

Die Organisationsstruktur ist durch einen relativ fortgeschrittenen Grad der Rationalisierung gekennzeichnet. So sind alle nichtspezifischen medizinischen Funktionseinheiten sowie die nicht unmittelbar der Pflege dienenden Arbeitsprozesse aus den Einzelkliniken ausgegliedert und als selbständige Einheiten organisiert (abteilungsübergreifende Spezialisierung, beispielsweise die Bettenzentrale) und gleichzeitig alle nicht-medizinischen Dienstleistungen (Verwaltung, Wirtschaftsbetriebe, allgemeine Dienstleistungen) zentralisiert (beispielsweise ist die zentrale Aufnahme ein Teil der Patientengebundenen Verwaltung).

Durch die Zugehörigkeit zur Freien Universität ergaben sich über das Personalvertretungsgesetz hinausgehende Möglichkeiten der institutionalisierten Partizipation für die nichtwissenschaftlichen Beschäftigten („Andere Dienstkräfte“) an Beratungs- und Entscheidungsprozessen sowohl in der Leitung des Klinikums wie auf mittlerer Hierarchieebene. Da die auf Abteilungsebene eingerichteten Kollegialorgane nach kurzer Zeit scheiterten, beauftragte im Sommer 1973 die Gemeinsame Kommission, zu diesem Zeitpunkt das oberste Leitungsorgan des Klinikums, die obengenannte Forschungsgruppe, die Gründe für das Scheitern dieses Versuchs der institutionalisierten Partizipation näher zu untersuchen¹.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind, ungeachtet der spezifischen Besonderheiten des Klinikums, dadurch von Interesse, daß im Klinikum Tendenzen und Notwendigkeiten der Rationalisierung, die auf andere Krankenhäuser erst zukommen, bereits realisiert sind. Das betrifft die Organisation (Spezialisierung und Zentralisierung) ebenso wie neue Arbeitsformen (z. B. die Gruppenpflege) oder die Versuche zur Beteiligung der Beschäftigten.

Wenn die Untersuchung auch schwerpunktmäßig einen Beitrag zur Partizipationsforschung darstellt, glauben wir doch einige krankenhaushausrelevante Ergebnisse vorstellen zu können. Dabei werden zunächst die einzelnen Gremien vorgestellt, um dann — ausgehend von den Arbeits- und

Leistungsstrukturen — einige Bedingungen und Formen der Partizipation zu benennen.

I. Leitungs- und Beratungsgremien

Das auffälligste Charakteristikum des Klinikum Steglitz gegenüber traditionellen oder Reform-Krankenhäusern besteht in der abweichenden Leitungsstruktur.

Die Gemeinsame Kommission (GK)

Die während der Bauphase eingerichtete Direktion (Ärztlicher Direktor, Verwaltungsleiter, Oberin) wurde 1969 nach dem neu in Kraft tretenden Universitätsgesetz aufgelöst und an ihrer Stelle die Gemeinsame Kommission (GK) gebildet, die sich zusammensetzte aus 7 Hochschullehrern, 4 Wissenschaftlichen Mitarbeitern, 3 Studenten und 1 „Andere Dienstkraft“². Der Verwaltungsleiter war nicht Mitglied der GK und hatte auf den Sitzungen, die mit Ausnahme von Personalentscheidungen öffentlich tagten, lediglich ein Antragsrecht. In die Zuständigkeit der GK fielen sämtliche für die Belange der Krankenversorgung notwendigen Leitungsaufgaben.

Durch die Unterrepräsentation der anderen Dienstkräfte, die bei einer Gruppenstärke von über 2500 Mitarbeitern nur einen Vertreter hatten, kam es zu Protesten. Daraufhin wurden durch eine Satzungsregelung des Universitätspräsidenten 6 weitere andere Dienstkräfte als beratende Mitglieder in die GK aufgenommen, die später zusätzlich das „als-ob-Stimmrecht“ erhielten. Während der Sitzungen wurde über alle Fragen von der Gesamtheit der Mitglieder abgestimmt. Diese Abstimmungsergebnisse galten jedoch nur als Meinungsbild. Am Ende der Sitzungen stimmten die nach dem Universitätsgesetz stimmberechtigten 15 GK-Mitglieder darüber ab, ob die zuvor gefaßten Beschlüsse Gültigkeit haben sollten oder nicht.

Die Einführung dieses „als-ob-Stimmrechts“ in der GK war jedoch kontrovers. Der größte Teil der Hochschullehrer war dagegen und hat seine Einführung als einen der Gründe angegeben, warum sie später geschlossen ihr Mandat in der GK niedergelegt haben. Die an ihre Stelle nachrückenden Hochschullehrer haben das „als-ob-Stimmrecht“ bis Juni 1974 praktiziert.

Die Krankenpflegekommission (KK)

Die zweite wesentliche Differenz zum herkömmlichen Krankenhaus besteht in der Leitung des Krankenpflegebereichs. Zunächst war auch am Klinikum eine Oberin vorhanden, die dem Pflegebereich vorstand. 1970 kam es zu Auseinandersetzungen um ihre Stellung und Funktion, in deren Verlauf die Beschäftigten die Abschaffung der Oberinnenposition forderten. In einer geheimen Wahl entschieden sich 80 % für die heutige Form der kollegialen Leitung, die Krankenpflegekommission (KK). Die KK setzt sich zusammen aus 11 stimmberechtigten Mitgliedern: 5 Vertretern der Bettenhäuser, 3 Vertretern des Zentralen Operationsbereiches und 3 Vertretern der Polikliniken. Die KK ist der GK unterstellt und hat ihre Funktion in der Beratung, Information und Vorbereitung von Entscheidungen sowie

der Durchführung erteilter Aufträge. Ihre Beratungsaufgaben erstrecken sich auf folgende Bereiche:

- Fragen der Organisation des Pflegedienstes
- Fragen der Ausbildung sowie der Fort- und Weiterbildung
- Einstellung, Entlassung und Zuweisung des Pflegepersonals
- Anmeldung der personellen und sachlichen Mittel des Pflegebereichs.

Die Vorschläge der KK werden im allgemeinen von der GK übernommen.

Die Abteilungsräte

Parallel zur KK wurde von der GK versucht, Abteilungsräte in den nichtwissenschaftlichen Einrichtungen zu bilden. „Die bisherigen Entscheidungsempfänger und -ausführenden erhalten über ihre Vertreter in den Kollegialorganen ein Mitbestimmungsrecht bei der Einstellung und Entlassung von Kollegen, der Organisation des Arbeitsablaufs, der Fortbildung und anderem.“³ Die Kollegialorgane⁴ setzten sich zusammen aus dem Abteilungsleiter und — je nach Größe der Abteilung — aus 4 bis 14 Vertretern der Beschäftigten, wobei die Delegierten von den Beschäftigten mit $\frac{2}{3}$ -Mehrheit abgewählt werden konnten.

Die Aufgaben der Kollegialorgane waren:

- Vorschläge für die Einstellung/Entlassung von Mitarbeitern,
- Entwurf der Geschäftsverteilung,
- Vorschläge für den Einsatz von Vorarbeitern,
- Zuweisung anderer Aufgaben an einzelne Abteilungs-Mitarbeiter,
- Vorschläge für die Teilnahme an Fortbildungslehrgängen,
- Aufstellung des Urlaubsplans,
- Personal- und Sachmittelanforderungen,
- Anforderung von Investitionen,
- Rationalisierungsmaßnahmen und Einführung neuer Arbeitsmethoden.

Ziel und Zweck der Kollegialorgane wurden folgendermaßen bestimmt: „... Das Anliegen jeder Betriebsführung ... muß es sein, die kooperative Zusammenarbeit in und zwischen den einzelnen Leistungsbereichen sicherzustellen, um unrationelles Nebeneinanderherarbeiten zu vermeiden. Hierzu sind Kollegialorgane unbedingt erforderlich. ... Dazu gehört, daß sich die Krankenhausleitung bei den ihr vorbehaltenen Entscheidungen der Beratung der Mitarbeiter bedient und diese Beratungsfunktion fest institutionalisiert. ... Es ist unbestritten, daß die Mitbestimmung durch Kollegialorgane aus betriebswirtschaftlicher Sicht eine wichtige Voraussetzung dafür ist, um die personelle Kapazität zur Erfüllung der Arbeitszielsetzungen richtig zu nutzen. Die Hierarchie kann hierdurch nur in ihren negativen Auswüchsen beseitigt werden. ... Der wirtschaftliche Nutzen der durch Kollegialorgane möglicherweise qualitativ und quantitativ nivellierten Entscheidungen läßt sich kaum messen. ... Letztlich tragen Kollegialorgane auch dem sozialen Bedürfnis der Menschen Rechnung, durch ein größeres Maß an Mitwirkungs- und Mitbestimmungsmöglichkeit mehr Zufriedenheit bei der Arbeit zu finden.“⁵

Widerspruch gegen die Einführung der Kollegialorgane wurde insbesondere aus der Verwaltung laut, sowohl von seiten der Beschäftigten als auch der Abteilungsleiter: In der Patientengebundenen Verwaltung wurde

die Einführung eines Kollegialorgans von 75 % der dort Beschäftigten in geheimer Wahl abgelehnt. Als Kritikpunkte wurden die ungenügende rechtliche Absicherung — über eine Dienstanweisung und nicht über das Universitätsgesetz — und damit verbunden die ungenügende Durchsetzbarkeit der Empfehlungen gegenüber höheren Gremien angeführt. Darüber hinaus wurde die nötige Sachkenntnis der Mitarbeiter bezweifelt, und man meinte, aus Kostengründen diese Gremiensitzungen während der Dienstzeit nicht verantworten zu können.

Gründe für das Scheitern der Kollegialorgane

Von November 1972 bis März 1973 lösten sich die Kollegialorgane in den 4 Abteilungen auf. Die Ursache für das Scheitern war nicht die Ablehnung von Mitentscheidungsmöglichkeiten überhaupt, sondern die Tatsache, daß diese Form der institutionalisierten Partizipation nicht den Interessen und Bedürfnissen der Beschäftigten entsprach. Diese Interessen waren einmal offensiv auf eine stärkere Mitbeteiligung an der Organisation der Arbeitsabläufe am Arbeitsplatz etc. gerichtet. In einer mehr defensiven Ausprägung erwartete man von Kollegialorganen Schutz vor Repression, Abwehr von Willkürmaßnahmen von Vorgesetzten, sowie von Rationalisierungsmaßnahmen. Diese Forderungen konnten die Kollegialorgane aufgrund ihrer Konstruktion nicht erfüllen, da sie nur beraten konnten und keine Entscheidungsbefugnis hatten. Die Abteilungsleiter waren Mitglieder der Kollegialorgane und benutzten sie, um unangenehme Entscheidungen, z. B. Kündigungen und Umsetzungen, auf die Beschäftigten abzuwälzen. Durch die Rechtsnormen im Öffentlichen Dienst war es nicht möglich, Entscheidungen gegen den Vorgesetzten in den Kollegialorganen durchzusetzen; nach den ersten negativen Sanktionen nahm dementsprechend die Bereitschaft, sich zu exponieren, ab. Erschwerend kam hinzu, daß die Kollegialorgane nicht von den Beschäftigten selbst gefordert und durchgesetzt, sondern von der GK eingeführt worden waren, die sie aber in Konfliktfällen nicht genügend unterstützen konnte. Auch die Betriebsgruppen der Gewerkschaften erkannten die Bedeutung der Kollegialorgane nicht, so daß die Kollegialorgane — besonders in der Phase der Vorbereitung — von den Gewerkschaften nicht unterstützt wurden.

II. Partizipationsmöglichkeiten und -formen und ihre Determinanten

Im Zentrum unserer Untersuchung standen die Ursachen und Wirkungszusammenhänge von:

- Faktische Partizipation am Arbeitsplatz, d. h. den tatsächlichen Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten im Arbeitsprozeß,
 - Einstellung zur Partizipation am Arbeitsplatz, d. h. den Forderungen der Beschäftigten nach Einfluß- und Gestaltungsmöglichkeiten sowie dem Potential an Partizipation in den einzelnen Abteilungen,
 - Einstellung zur institutionalisierten Partizipation, d. h. den gewählten Leitungs- und Mitwirkungsorganen,
- im Hinblick auf die drei Dimensionen:

- Arbeitsstruktur, die in erster Linie charakterisiert wird durch das Arbeitsprinzip und den Arbeitsgegenstand,
- Leitungsstruktur,
- Einstellungen und Forderungen der Beschäftigten.

Um die Ergebnisse der Erhebung sinnvoll interpretieren zu können, ist es notwendig, zunächst die formalen Arbeits- und Leitungsstrukturen darzustellen und ihre Besonderheiten, verglichen mit den herkömmlichen Krankenhausstrukturen, herauszuarbeiten.

Arbeitsstruktur

Die zum Krankenpflegebereich gehörenden Abteilungen⁶ unterscheiden sich nicht nur in besonderer Weise durch ihren „Arbeitsgegenstand“ Patient von allen anderen Abteilungen. Dieser „Arbeitsgegenstand“ wurde und wird auch häufig gegen das Pflegepersonal benutzt, wenn dieses versucht(e), seine Bedürfnisse und Interessen einzubringen in die Gestaltung der Arbeits- und Entscheidungsprozesse. Die Scheinhaftigkeit dieses „Arguments“ wurde und wird im Klinikum Steglitz vielfach widerlegt sowohl durch die in den meisten Abteilungen praktizierten Partizipationsformen als auch durch Auseinandersetzungen mit der Hierarchie, wie sich z. B. in der Abschaffung der Oberin-Position zeigte⁷.

Durchgängiges Arbeitsprinzip der stationären Pflegeabteilungen ist die Gruppenpflege. Die Abteilungen gliedern sich in der Regel in vier Pflegegruppen, die jeweils relativ selbständig „ihre“ Patienten betreuen und von einer Gruppenschwester geleitet werden.

Die Gruppenpflege ermöglicht (1) die Rotation der Arbeit — d. h. jedes Gruppenmitglied verrichtet jede Arbeit —, dies wird auch weitgehend praktiziert, sowie (2) die Rotation der Leitung — d. h. ein Gruppenmitglied nach dem anderen übernimmt turnusmäßig die Gruppenleitung. Von dieser Möglichkeit hatte zum Zeitpunkt unserer Untersuchung keine Gruppe Gebrauch gemacht. Obwohl formell eine Wahl der Gruppenschwester erfolgt, wird in der Praxis sogar oft das Anciennitätsprinzip angewandt, d. h. bei mehreren Bewerberinnen wird die Dienstälteste genommen.

Zwar wird mit der Gruppenpflege⁸ ein breites Spektrum der Arbeitsqualifikation realisiert. Die in ihr angelegte Tendenz zur partiellen Aufhebung der Arbeitsteilung beschränkt sich aber auf eine Aufgabenebene — die medizinisch-therapeutische Betreuung des Patienten, und auf weitgehend eine Qualifikationsebene — die ausgebildete Pflegekraft. Denn durch die Ausgliederung pflegefremder Arbeiten ist — verglichen mit herkömmlichen Krankenhäusern — sehr wohl eine weitere Arbeitsteilung erfolgt.

Zudem wurde die größere Selbständigkeit und Vielfalt der Arbeit innerhalb der Abteilungen erkaufte durch den Verlust von Kontakten zu den anderen Abteilungen am Klinikum. Ob und inwieweit die hierdurch bewirkte Isolierung der einzelnen Abteilungen (kein arbeitsbedingter Kontakt mehr zu anderen Abteilungen) sowie die damit verbundene Verkürzung der Wahrnehmung langfristig die laut Aussage eines Dienstkräftevertreters intendierte „teilweise Beseitigung der Entfremdung in der Arbeit“⁹ wiederum aufhebt, ist nicht abzuschätzen.

Das Arbeitsprinzip in fast allen Abteilungen des Zentralen Operationsbereichs ist die in den meisten Krankenhäusern übliche monofunktionale

Teamarbeit, allerdings verstärkt durch die „klinikumstypische“ Differenzierung und Spezialisierung.

In den Polikliniken wird je nach Aufgabe als Arbeitsprinzip Gruppen- oder Einzelarbeit praktiziert. Die Arbeit ist stark durch die Charakteristika industrieller Arbeitsformen geprägt. Um den hieraus resultierenden einseitigen Belastungen und Monotonien entgegenzuwirken, wurde das Rotationsprinzip eingeführt: in einem 1/2-jährigen Turnus übernahmen die Beschäftigten jeweils andere spezielle Tätigkeitsfelder. Obwohl dieses Prinzip zeitweise gut funktionierte, wurde es z. T. ganz aufgegeben, z. T. wurde der Turnus auf ein Jahr verlängert.

Die Arbeitsstrukturen in den untersuchten Verwaltungs- und Wirtschaftsabteilungen entsprechen den allgemein im Öffentlichen Dienst anzutreffenden Strukturen, modifiziert durch Folgen der Zentralisierung und Spezialisierung. In und zwischen den Abteilungen variieren die Arbeitsstrukturen beträchtlich aufgrund der sehr unterschiedlichen Arbeitsgegenstände sowie der erheblichen Unterschiede in der Personalstruktur (Art und Höhe der fachlichen Qualifikation). Während in der Personalabteilung und Finanzabteilung (bei relativ gleichmäßiger und hoher Qualifikation der Beschäftigten) kooperative Arbeitsformen überwiegen, was auch in informellen Initiativen zum Ausdruck kommt, arbeiten die Beschäftigten der Patienten gebundenen Verwaltung sowie der Haus- und Grundstücksverwaltung (bei relativ inhomogener Personalstruktur) häufig vereinzelt.

Die Arbeitsgegenstände der Technischen Abteilung erfordern Teamarbeit oder Einzelarbeit. Dabei bringen die hohe Qualifikation und die starke Spezialisierung eine relativ große Selbständigkeit der Beschäftigten (überwiegend Fachhandwerker und -arbeiter aus der Industrie) mit sich. Unmittelbare Vorgesetzte sind wegen der Komplexität der Tätigkeitsbereiche und Spezialisierung der Arbeit auf die Kooperationsbereitschaft ihrer Untergebenen angewiesen.

Formale Leitungsstruktur

Im Pflegebereich beinhaltet die formale Leitungsstruktur eine mehrstufige Hierarchie: gemeinsames Leitungs- und Mitwirkungsorgan ist die KK, die unmittelbar der GK untergeordnet ist. Sie ersetzt die Oberin im herkömmlichen Krankenhaus. Jedem der drei Teilbereiche (Bettenhäuser, Polikliniken, Zentr. OP-Bereich) steht eine Leitende Schwester vor. Sie erfüllen in erster Linie Koordinations- und Verwaltungsaufgaben. Aus vielfältigen Gründen (Größe der Teilbereiche, Anzahl und Spezialisierung der Abteilungen) haben sie — vor allem in den Bettenhäusern — zur Mehrzahl der Beschäftigten kaum Kontakt und keinen unmittelbaren Einfluß. Vielmehr sind die einzelnen Abteilungen relativ autonom. Daher werden — neben den Ärzten — vor allem die Abteilungsschwestern vom Pflegepersonal als Vorgesetzte erlebt. Sie leisten in erster Linie die Koordination des Pflegedienstes (Dienstplangestaltung u. ä.) sowie die Verwaltung der Abteilung.

Einen wichtigen Indikator für das Ausmaß der Beteiligung der Pflegekräfte an der Leitung ihrer Abteilung und zugleich ein großes potentielles Konfliktfeld bildet die Dienstplangestaltung. Die Erstellung der Dienstpläne reicht im Klinikum von selbstverantwortlicher Erstellung durch die Pflegekräfte bis zur weitgehenden Alleinbestimmung durch die Abteilungs-

schwester. Dieses Faktum zeigt gleichzeitig deutlich, daß Ausmaß und Form der Partizipation nicht allein durch die Arbeitsstruktur erklärbar sind.

In der Verwaltung und den Wirtschaftsbetrieben besteht formal die im Öffentlichen Dienst übliche Leitungsstruktur. Faktisch haben jedoch die innerhalb der und zwischen den Abteilungen beträchtlich variierende Höhe und Gleichartigkeit bzw. Ungleichartigkeit der fachlichen Qualifikation der Beschäftigten erhebliche Unterschiede in der Art und Weise der Ausübung hierarchischer Macht sowie der Größe der Distanz Basis-Hierarchiespitze zur Folge. So haben z. B. die Personal- und die Finanzabteilung keine offen autoritäre Hierarchie. Machtpositionen werden vielmehr über subtilere Mittel und Mechanismen durchgesetzt. Demgegenüber ist in der Haus- und Grundstücksverwaltung die Distanz Basis-Hierarchiespitze so groß, daß nur noch durch die Schichtführer, die als Kontaktperson und Angelpunkt dienen, der notwendige Zusammenhang hergestellt ist. Diese geben einerseits eigenverantwortlich Weisungen, identifizieren sich andererseits aber teilweise mit der Basis und vertreten deren Interesse nach oben.

Bedingungen und Dimensionen der Partizipation

Die Faktorenanalyse ergab als einen grundlegenden Faktor die Dimension der abteilungsspezifischen Arbeitsstruktur. Sie weist für diejenigen Abteilungen die höchsten Werte aus, deren Arbeitsabläufe ein hohes Ausmaß an Kooperation der Beschäftigten erfordern, in denen das Bewußtsein der Dysfunktionalität hierarchischer Strukturen stark ausgeprägt ist und in denen das Verhalten der Beschäftigten durch hohe Kollegialität untereinander und ein dementsprechend großes Ausmaß gegenwärtiger oder vergangener Konflikte mit dem Vorgesetzten gekennzeichnet ist.

Einen zweiten grundlegenden Faktor stellt die Dimension der abteilungsspezifischen Leitungsstruktur dar. Auf dem einen Pol dieser Dimension liegen Abteilungen, in denen autoritative Leitungsformen vorherrschen: die Beschäftigten erleben ein hohes Maß an Sanktionen durch den Vorgesetzten, besitzen wenig faktische Partizipation und haben eine entsprechend schlechte Einstellung zum Vorgesetzten, mit dem sie häufig in Konflikt geraten. Am anderen Pol der Dimension sind Abteilungen einzuordnen, deren Vorgesetzter stark in die Arbeitsabläufe integriert ist, demzufolge seine Sanktionsmöglichkeiten kaum noch wahrnimmt und zu dem die Beschäftigten ein gutes Verhältnis haben. In Abteilungen mit solch einer „demokratisch-partizipativen“ Leitungsstruktur werden Konflikte weniger als etwas Negatives wahrgenommen und wird durchschnittlich ein hohes Maß an faktischer Partizipation realisiert, die sich organisatorisch in vorherrschender Teamarbeit niederschlägt.

Versucht man vor diesem Hintergrund die faktische Partizipation am Arbeitsplatz näher zu bestimmen, so ergeben sich im wesentlichen drei charakterisierende Dimensionen:

1. das Ausmaß an Kooperation zwischen den Beschäftigten,
2. der vorgegebene formale Rahmen der Arbeitsorganisation,
3. der Grad der Informiertheit der Beschäftigten einer Abteilung.

Die gemessenen Mittelwerte der faktischen Partizipation in den Abteilungen bzw. Teilbereichen bilden folgende Rangordnung:

Betten- häuser	Poli- kliniken	Finanz- abt.	Zentr. Op- Bereich	Personal- abt.	Techn. Abt.	Pat.geb. Verw.	Haus- und Grund- stücks- Verw.
-------------------	-------------------	-----------------	--------------------------	-------------------	----------------	-------------------	---

1. Das Ausmaß an Kooperation entwickelt sich aus dem Arbeitsgegenstand, dem Arbeitsablauf und der Abteilungsstruktur. Eine solche rein arbeits-technisch bestimmte Kooperation steht überwiegend unter dem Gesichtspunkt der Effizienz und bietet für sich genommen kaum Möglichkeiten, Interessen der Beschäftigten einzubringen.
2. Der formale Rahmen der Arbeitsorganisation wird durch die höheren Ebenen der Hierarchie vorgegeben, wie etwa durch die Einführung von Teamarbeit. Zwar wird er häufig zur Effizienzsteigerung benutzt, aber er bildet gleichzeitig einen wichtigen Ansatzpunkt, Interessen der Beschäftigten einzubringen, indem etwa durch ein gewähltes Leitungsgremium bei der Einführung neuer Arbeitsprinzipien die Forderungen und Erfahrungen der Beschäftigten ausreichend berücksichtigt werden, wie dies z. B. mit der Gruppenpflege geschehen ist. Daß allerdings solche organisatorischen Maßnahmen keinesfalls ausreichen, zeigt das Beispiel Teamarbeit. Zwar geht diese über die einfache, nur von der Effizienz bestimmte Kooperation hinaus, ist aber nicht zwangsläufig identisch mit adäquaten Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten im Arbeitsprozeß — also faktischer Partizipation —, wie die Rangfolge der Häufigkeiten, mit der im Klinikum Teamarbeit als Vorteil angegeben wurde, zeigt:

Betten- häuser	Poli- kliniken	Finanz- abt.	Techn. Abt.	Zentr. Op- Bereich	H + G Verw.	Pat.geb. Verw.	Personal- abt.
-------------------	-------------------	-----------------	----------------	--------------------------	----------------	-------------------	-------------------

3. Der Grad der Informiertheit der Beschäftigten auf Abteilungsebene ist einerseits abhängig vom Ausmaß der Kooperation — je stärker die Beschäftigten kooperieren, desto besser sind sie informiert —, andererseits ein Indiz für den Grad der Beteiligung an der Leitung ihrer Abteilung. Dies wird deutlich am Gegensatz zwischen den Pflegeabteilungen (in den Bettenhäusern), wo die Kommunikation/Information mit den Vorgesetzten institutionalisiert ist durch die tägliche „Übergabe“ und ergänzt wird durch „Meetings“, und den Verwaltungsabteilungen, wo institutionalisierte Gesprächskreise nur auf Abteilungs-/Referatsleiterebene existieren. Daß allerdings weitere Faktoren eine Rolle spielen können, zeigt die Finanzabteilung, wo durch die gemeinsame Arbeit von Beschäftigten und Vorgesetzten in einem Großraumbüro informelle Kommunikation stark begünstigt wird.

Einen positiven Einfluß auf die faktische Partizipation hat auch das in einer Abteilung vorhandene Potential an Partizipation. Wenn es auch in erster Linie langfristig als notwendiger innerbetrieblicher Katalysator wirkt, so wird doch kurzfristig desto häufiger mehr Einfluß auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen gefordert, je geringer die faktische Partizipation ist.

	Faktische Partizipation am Arbeitsplatz			
	niedrig	mittel	hoch	
„Gibt es Fragen, bei denen Sie nicht genügend Einfluß haben?“	ja	73,58	61,90	44,15
	nein	26,42	38,10	55,85
		100,00	100,00	100,00
		N = 299	N = 273	N = 342

Dem entspricht auch ein enger Zusammenhang zwischen faktischer Partizipation, dem Partizipationspotential und der Betriebszufriedenheit: je höher die faktische Partizipation ist, desto größer ist die Zufriedenheit; je höher das Partizipationspotential ist, desto geringer ist die Zufriedenheit (bei diesem Zusammenhang wurde die Höhe der faktischen Partizipation nicht berücksichtigt).

Das Potential an Partizipation in einer Abteilung seinerseits hängt eindeutig vom Ausmaß an Kooperation ab: mit der Kooperation nimmt auch das Potential zu. Ebenfalls eine starke Beziehung besteht zwischen einem hohen Partizipationspotential und Konflikten. Dieser Zusammenhang ist daraus zu erklären, daß das Partizipationspotential zum großen Teil Forderungen der Beschäftigten nach stärkerer Beteiligung an Entscheidungen und der Gestaltung von Arbeitsabläufen beinhaltet, die — werden sie von der Betriebshierarchie nicht aufgefangen durch die Verbesserung der faktischen Partizipation — früher oder später zu Konflikten führen. Zu diesem direkten Zusammenhang des Partizipationspotentials mit Konflikten treten vermittelte und erweiternde Beziehungen hinzu: so nehmen mit zunehmender Kooperation auch die Konflikte zu. Desgleichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Informiertheit und Konflikten. Eine über diese indirekten Bezüge hinausgehende direkte Einwirkung der faktischen Partizipation auf das Partizipationspotential konnten wir dagegen in unserer Untersuchung nicht feststellen, was dadurch bedingt ist, daß die individuelle Einstellung zur Partizipation am Arbeitsplatz vorwiegend auf der Ebene subjektiver gesellschaftlicher Orientierung angesiedelt ist.

Rangfolge der Mittelwerte des Partizipationspotentials:

Betten- häuser	Zentr. Op- Bereich	Poli- kliniken	H + G Verw.	Pat.geb. Verw.	Personal- abt.	Fin. abt.	Techn. Abt.
-------------------	--------------------------	-------------------	----------------	-------------------	-------------------	--------------	----------------

Speziell im Pflegebereich haben kooperative Betriebsstrukturen, homogene Tätigkeitsstrukturen (in den Bettenhäusern und dem Zentr. Operations-Bereich) und hohe fachliche Qualifikation (überwiegend Vollpflegekräfte) verstärkt durch Auseinandersetzungen mit der Hierarchie zu einem deutlich höheren Erwartungsniveau bezüglich Informationen und Beteiligung an Entscheidungen durch vorgesetzte Pflegekräfte sowie Ärzte geführt.

Konflikte auf Abteilungsebene werden im wesentlichen bestimmt durch: das Partizipationspotential, das Sanktionsverhalten des Vorgesetzten sowie den Grad der Informiertheit der Beschäftigten. Darüber hinaus ist es aber

für den Zusammenhang Konflikte — Partizipation wichtig, festzuhalten, daß Konflikte unabhängig vom gewünschten Führungsstil auftreten: zwar ist in Abteilungen, in denen ein Vorgesetzter mit der Eigenschaft gewünscht wird, die Beschäftigten verantwortlich an der Leitung zu beteiligen, ein hohes Konfliktniveau vorhanden, aber auch in einem Teil der Abteilungen, in denen ein autoritärer Führungsstil bevorzugt wird, ist ein hohes Konfliktniveau vorhanden. Auch Sanktionsmöglichkeiten, die u. a. gerade das Verhalten von autoritären Vorgesetzten kennzeichnen, wirken nicht konflikt-hemmend, sondern -fördernd.

Wie wenig ein hohes Ausmaß an Konflikten allein ausreicht, um die Beschäftigten zu mobilisieren, zeigt der Vergleich zweier Abteilungen mit hohen Konfliktwerten: in der einen Abteilung (Bettenhaus), in der gleichzeitig stark kooperiert wird, setzten sich die Beschäftigten aktiv mit dem Vorgesetzten auseinander. Die Beschäftigten der anderen Abteilung (Verwaltung), die überwiegend vereinzelt arbeiten, dagegen reagierten nur mit hoher Betriebsunzufriedenheit und Ängstlichkeit (auch der Befragung gegenüber).

Die skizzierten abteilungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen wirken nicht nur auf die Partizipation am Arbeitsplatz, sondern auch auf die Einstellung zur institutionalisierten Partizipation, d. h. zu den Leitungsgremien. So hatten jene Abteilungen, in denen die faktische Partizipation stark ausgeprägt ist, ein wesentlich größeres Potential an institutionalisierter Partizipation als die Abteilungen mit geringer Einflußnahme auf das Arbeitsgeschehen. Neben der faktischen Partizipation haben noch die Bewußtheit von Konflikten und die Einstellung zu den Gewerkschaften einen wesentlichen Einfluß auf die Einstellung zur institutionalisierten Partizipation.

Einstellungen und Forderungen der Beschäftigten

Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung ist, daß die Mehrzahl der Klinikumsbeschäftigten mehr Gestaltungs- und Mitentscheidungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz wie bei Personalentscheidungen fordern, als derzeit im Klinikum gegeben sind.

Vor dem Hintergrund eines ausgesprochenen „partizipationsfreundlichen Klimas“ — ca. 92 % der Beschäftigten sind der Meinung, daß „die Arbeitnehmer mitbestimmen sollen, wie der Arbeitsplatz eingerichtet und der Arbeitsablauf gestaltet werden soll“ — überrascht es nicht, wenn insgesamt ca. 57 % der Beschäftigten mehr Einfluß am Arbeitsplatz haben wollen, als sie im Klinikum haben.

Das Ausmaß an Partizipationsforderungen in Personalfragen läßt sich ablesen an der Antwort auf die Frage, welche Bedingungen erfüllt sein müßten, um Meinungsverschiedenheiten und Auseinandersetzungen mit dem unmittelbaren Vorgesetzten besser lösen zu können. Hierauf nannten ca. 63 % die Wahl des Vorgesetzten durch die Beschäftigten und ca. 60 % die Möglichkeit der Abwahl des Vorgesetzten (bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich). Zwischen der Forderung nach mehr Einfluß in Personalfragen und der Forderung nach mehr Einfluß in Sachfragen besteht zudem ein positiver Zusammenhang. Zu solchen offensiven Forderungen

der Beschäftigten treten noch defensive Forderungen hinzu. So wollen ca. 78 % der Beschäftigten das Recht haben, Dienstbesprechungen auch ohne den Vorgesetzten durchzuführen.

Allerdings ist eine Diskrepanz zwischen dieser positiven Einstellung zur Partizipation und dem realen Verhalten nicht auszuschließen. Eine volle Umsetzung der hohen Partizipationsforderungen in reales Verhalten ist vermutlich am ehesten bei stark personenbezogenen Konflikten zu erwarten. So versuchten während unserer Untersuchung die Beschäftigten einer Pflegeabteilung ihre Abteilungsschwester abzusetzen.

Der Wunsch nach Mitsprache beschränkt sich jedoch nicht auf den unmittelbaren Vorgesetzten, sondern richtet sich noch stärker auf die Leitungsgremien des Klinikums. Auf die Frage, welche Leitungsform eines Krankenhauses sie bevorzugen würden, nannten ca. 70 % der Beschäftigten ein von allen Gruppen gewähltes Gremium, 24 % ein Direktorium, bestehend aus dem Verwaltungsleiter, dem Ärztlichen Direktor und der Leitenden Pflegekraft, und nur 5 % einen Chefarzt. Diese ausgeprägte Forderung nach direkter Einflußnahme steht in krassem Widerspruch zur Realität der meisten Krankenhäuser, wo schon ein Direktorium (vgl. z. B. Hamburger Modell) als großer Fortschritt gilt. Stärker noch als beim nicht-pflegerischen Klinikumspersonal ist bei den Pflegekräften der Wunsch nach Mitwirkung ausgeprägt. So entschieden sich ca. 75 % der Pflegekräfte (gegenüber 70 % aller Befragten) für eine Krankenpflegekommission, nur 7 % würden einer Oberin den Vorzug geben.

Diese positive Einstellung zu Gremien wird aber keineswegs kritiklos geäußert. Beispielsweise bezeichnen ca. 40 % den Entscheidungsprozeß in der Krankenpflegekommission als schwerfällig. Derartige Kritik an einem bestehenden Gremium hat aber nichts zu tun mit einer negativen Einstellung zur Partizipation. So haben im Gegenteil diejenigen Beschäftigten, die „zu hohen Zeitaufwand“ als Nachteil der Krankenpflegekommission nennen, eine positivere Einstellung zur institutionalisierten Partizipation als jene, die diesen Nachteil nicht nennen.

Das aus dem starken Interesse an Beteiligung unmittelbar am Arbeitsplatz sowie an Personalentscheidungen resultierende Partizipationspotential fällt deutlich ab, wenn zu überbetrieblichen Partizipationsforderungen übergegangen wird. So unterstützen im Vergleich zu den oben genannten 92 %, die direkte Mitbestimmung am Arbeitsplatz fordern, nur noch 63 % die von den Gewerkschaften geforderte paritätische Mitbestimmung, während 53 % meinen, „die Arbeiter sollten mitbestimmen, was produziert und wie der Gewinn verteilt wird“.

Für die Einstellung zur Partizipation ist das Verhältnis zu den Gewerkschaften besonders wichtig. Die Notwendigkeit von Gewerkschaften wird überwiegend bejaht: nur 2 % der Befragten halten Gewerkschaften für überflüssig, 18 % halten zwar die Grundprobleme der Arbeitnehmer für gelöst, meinen aber dennoch, daß Gewerkschaften nicht schaden. Als Schutzorgan, um die erreichten Rechte abzusichern, sehen 37 % die Gewerkschaften an, während immerhin 40 % der Meinung sind, daß nur durch eine starke Gewerkschaft die unzureichende wirtschaftliche und politische Lage der Arbeitnehmer geändert werden kann. Interessanterweise wird in der Technischen Abteilung, in der auch die Betriebszufriedenheit

überdurchschnittlich ist, die Aufgabe der Gewerkschaften verstärkt in der Absicherung der bestehenden Rechte gesehen, während im Krankenpflegebereich eine Veränderung der wirtschaftlichen und politischen Lage überdurchschnittlich gefordert wird. Dem entspricht durchgängig eine konservativere Tendenz der aus der Industrie in den Öffentlichen Dienst übergewechselten Arbeiter und Angestellten, die in erster Linie den geringeren Arbeitsdruck und ihre größere Arbeitsplatzsicherheit bewahren wollen und an Veränderungen nicht in dem Maß interessiert sind wie etwa das Krankenpflegepersonal. Bei einem gewerkschaftlichen Organisationsgrad von damals rund 11 % wurde die ÖTV von 63 % der Befragten vor den anderen am Klinikum vertretenen Gewerkschaften (DAG und KOMBA) als beste Interessenvertreterin genannt, wobei allerdings 18 % keine Antwort auf diese Frage zu geben wußten; 53 % aller Befragten erwarten aber von den Gewerkschaften, daß sie aktiver als bisher im Klinikum arbeiten. Bei den Forderungen an die Gewerkschaften sind neben den Selbstverständlichkeiten wie höhere Löhne und Sozialleistungen die Unterstützung bei Konflikten (16 %) und die Verbesserung der bisher erreichten Mitbestimmung (15 %) wichtig. Die Gründe für Beschäftigte, sich nicht gewerkschaftlich zu organisieren, waren im Fragebogen sehr differenziert ausgeführt, lassen sich aber in zwei Tendenzen zusammenfassen: in eine Richtung der politischen Ablehnung („die Gewerkschaften wollen zuviel verändern“: 25 %; „Die Gewerkschaften sind von Roten unterwandert“: 19 %; etc.), während die relativ große Zustimmung zu folgenden statements: „mangelnde Information über gewerkschaftliche Ziele“: 39 %, hohe Beiträge: 27 %, Zweifel am Nutzen von Organisationen: 25 %, eine vornehmlich indifferente Einstellung ausdrücken oder ganz einfach die Unlust, Beiträge zu zahlen.

Schlußfolgerungen

Die Untersuchung zeigte also, daß eine repräsentative Form der Beteiligung von Beschäftigten an der Leitung eines Krankenhauses allein nicht ausreicht und letztlich wirkungslos bleibt, wenn sie nicht durch weitergehende Änderungen der Krankenhausstrukturen vorbereitet und abgesichert wird. Eine Mobilisierung der Beschäftigten zur Durchsetzung ihrer Interessen muß ansetzen am Arbeitsplatz und den damit verbundenen Problemen. In dem Maße, wie diese Probleme isoliert am Arbeitsplatz nicht lösbar sind, kann den Beschäftigten die Notwendigkeit einer erweiterten Mitbestimmung auf höherer Ebene einsichtig werden, kann dies allerdings als negative Erfahrung auch zu einer Resignation und Anpassung an die vorgefundenen Verhältnisse führen. Beide Reaktionen traten am Klinikum auf. Eindeutig kann man sagen, daß Partizipation am Arbeitsplatz und Partizipation an der Leitung nicht in dem Widerspruch zueinander stehen, in dem sie die gängige, stärker an formalisierten Partizipationsformen orientierte Betrachtungsweise gewöhnlich sieht. Wenn auch die Schlußfolgerungen aus dieser Krankenhausuntersuchung, einem öffentlichen Dienstleistungsunternehmen also, nicht ohne weiteres auf Bedingungen und Wirkungszusammenhänge in der Industrie übertragbar sind, legen die empirischen Ergebnisse doch nahe, daß die Gewerkschaften einer Fehlein-

schätzung unterliegen, wenn sie die von ihnen geforderte paritätische Mitbestimmung durch Partizipation am Arbeitsplatz negativ beeinflußt sehen. Allerdings ist die Wirkung der Partizipation auf Bewußtsein und Verhalten der Arbeitnehmer offensichtlich ambivalent: sie besitzt zwar ein stark integratives Moment, führt aber aufgrund ihrer immanenten Widersprüchlichkeit auch zu einer verstärkten Wahrnehmung von Konflikten. Arbeitnehmer, die durch Beteiligung an der Leitung bei Rationalisierungsmaßnahmen beispielsweise die Intensivierung ihrer eigenen Arbeit betreiben sollen, geraten notwendigerweise in Konflikt mit ihren unmittelbaren Interessen. Daß sie im Falle eines Interessenkonflikts sich eher aus einer Partizipationsform zurückziehen, als ihren Interessen zuwiderhandeln, ist aufgrund des Scheiterns der Abteilungsräte zu vermuten.

Anmerkungen

1 Die Erhebung mittels standardisierter Interviews fand im April/Mai 74 in Form einer Totalerhebung ausgewählter Abteilungen statt: Bettenhäuser, Zentraler Operationsbereich und Polikliniken aus dem Krankenpflegebereich; Finanz-, Personalabteilung und Patientengebundene Verwaltung aus dem Verwaltungsbereich und die Technische Abteilung und die Haus- und Grundstücksverwaltung von den Wirtschaftsbetrieben. Insgesamt wurden dabei 1010 Beschäftigte erreicht (Krankenpflegebereich: 61,7 %, Verwaltung: 18 %, Wirtschaftsbetriebe: 20,3 %).

2 Die GK war zur Krankenhausleitung notwendig, solange das Klinikum aus mehreren Fachbereichen bestand. Nachdem diese 1974 zu einem Fachbereich zusammengelegt wurden, wurde die Funktion der GK vom neuen Fachbereichsrat übernommen.

3 Jahresbericht der GK, abgedruckt in Klinikum Information Nr. 15/72.

4 Kollegialorgane existierten in der Wäscherei, der Bettenzentrale, der Technischen Abteilung und den Forschungswerkstätten.

5 Sitzungsprotokoll des Strukturausschusses der GK vom 13. 3. 73.

6 Abteilung wird hier verstanden als Pflegeabteilung, die aus jeweils 4 Pflegegruppen besteht, die unterschiedlichen Disziplinen zugeordnet sein können.

7 Allerdings wurden im Klinikum Steglitz u. W. bisher von den Pflegekräften noch keine verallgemeinerbaren neuen Kampfformen, bzw. Durchsetzungsstrategien entwickelt.

8 Die hierzu im Gegensatz stehende Funktionspflege ist gekennzeichnet durch strikte Arbeitsteilung und eine starke Tendenz zur Monofunktionalität.

9 Referat vor dem Strukturausschuß der GK, abgedruckt in Klinikum Information 6/73.