

FAGsF 42

Tobias Jakobi

Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch
Ein Forschungsbericht

Gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Frankfurt am Main, Juni 2005

Inhaltsverzeichnis

1. Die erste Forschungsphase	3
1.1. Vorbereitung der empirischen Phase	3
1.1.1. Literaturrecherche	3
1.1.2. Entwicklung des Theorierahmens	4
1.1.3. Aufbau der projektspezifischen technischen Infrastruktur	5
1.2. Erste empirische Phase	6
1.2.1. Konstruktion des Leitfadens	7
1.2.2. Zugang zum Untersuchungsfeld	7
1.2.3. Empirisches Material	8
1.3. Auswertung der ersten empirischen Phase	8
1.3.1. Transkription und Auswertung	8
1.3.2. Ergänzende Recherche	8
1.3.3. Verschriftlichung und Hypothesenbildung	9
2. Vom »Krankenhausprojekt« zum »Mitbestimmungsprojekt«	9
2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Forschungsphase	9
2.1.1. Konfessionelle Krankenhäuser in Deutschland	9
2.1.2. Komplexe Akteure im Untersuchungsfeld	15
2.2. Der akteurzentrierte Institutionalismus als neuer Theorierahmen	16
2.3. Mitbestimmungspolitik im Bereich konfessioneller Krankenhäuser	18
3. Die zweite Forschungsphase	19
3.1. Auswirkungen auf das Forschungsdesign	19
3.2. Zeitplanung	20
Anhang	21
A. Konfessionelle Krankenhäuser – Zur Begrifflichkeit	22
B. Auswertungskategorien der Experteninterviews	23
C. Vorträge	24
D. Veröffentlichungen	24
E. Projektantrag – August 2003	26
E.1. Zusammenfassung	26
E.2. Gesellschaftspolitischer Begründungszusammenhang	27
E.2.1. Arbeitgeberin Kirche	28

E.2.2. Politisch-ökonomische Herausforderungen	31
E.2.3. Das Kirchliche Krankenhaus	35
E.3. Genderpolitischer Aspekt	38
E.4. Zielsetzung und Fragestellungen des Projekts	40
E.5. Forschungsstand und Forschungsbedarf	42
E.6. Arbeitsprogramm	45
E.6.1. Auswahl des Untersuchungsfeldes	45
E.6.2. Methodisches Vorgehen	47
E.6.3. Zeitplanung	48

Im November 2003 ist das von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte Projekt *Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch*¹ am Nell-Breuning-Institut angelaufen. Dieser Bericht beschreibt die erste Projektphase und ihre Ergebnisse bis März 2005. Zur Mitte der Projektlaufzeit, die noch bis Oktober 2006 dauert, soll der vorliegende Bericht für Interessierte den Fortgang des Projekts beschreiben und Änderungen im Forschungsdesign dokumentieren. Somit dient er auch dazu, die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse herzustellen, wie dies für qualitative Forschungsprojekte von Vorteil ist (vgl. Steinke 2000, 324f.).

Zunächst werden die Arbeitsschritte der ersten Forschungsphase bis März 2005 dargestellt (Kap. 1). Darauf folgt eine Zusammenfassung erster Ergebnisse (Kap. 2), deren Rückwirkung auf das ursprüngliche Forschungsdesign im Mittelpunkt steht. Schließlich führt dies zu einer revidierten Planung für die zweite Hälfte des Projekts (Kap. 3). Im Anhang wird u. a. mit einer verkürzten Fassung des überarbeiteten Projektantrags vom August 2003 das anfängliche Forschungsdesign dokumentiert.

1. Die erste Forschungsphase

1.1. Vorbereitung der empirischen Phase (November 2003–Februar 2004)

Der erste Arbeitsabschnitt diente dazu, einen Überblick über das Untersuchungsfeld zu erarbeiten und damit die Fragestellung zu präzisieren. Dazu sollten auch erste Interviews geführt werden, weshalb gleich zu Beginn die Voraussetzungen für die empirischen Phasen des Projekts zu schaffen waren. Die Zeit bis Ende Februar 2004 war bestimmt von einer vertieften thematischen Einarbeitung durch eine erweiterte Literaturrecherche, der Entwicklung eines Theorierahmens und dem gleichzeitigen Aufbau der projektspezifischen technischen Infrastruktur.

1.1.1. Literaturrecherche

Die erweiterte Sichtung der Literatur knüpfte an die Recherche an, die zur Antragsstellung erfolgte. Da zwischen der ersten Antragsstellung (Dezember 2002) und der Antragsbewilligung ein relativ großer Zeitraum lag, stand zunächst die Aktualisierung der vergangenen Recherche an. Darüber hinaus wurde nun aber auch die Recherche auf mehrere thematische Unterpunkte und verschiedene Publikationsarten erweitert sowie systematisch in eine Literaturdatenbank aufgenommen. Die beiden Oberthemen (*soziologische*) *Forschung zu Krankenhäusern* und *Studien zu den Kirchen als Arbeitgeberinnen* wurden in mehrere Unterthemen differenziert wie

- theoretische Ansätze in der Krankenhausforschung;
- empirische Studien zu Krankenhäusern;

¹ Forschungsförderung II: Mitbestimmung im Wandel, Projekt-Nr. 2003-560-2

- aktuelle Herausforderungen für Krankenhäuser;
- eigene Studien zu konfessionell getragenen Einrichtungen;
- Mitbestimmungsfragen im Krankenhaus;
- Identität konfessionell getragener Krankenhäuser;
- Zertifizierung und Profilierungsstrategie;
- aktuelle Entwicklungen im kirchlichen Arbeitsrecht;
- spezielle Auswirkungen auf konfessionelle Krankenhäuser.

Neben Monographien und Sammelbänden wurden insbesondere Zeitschriften und schriftliche Erzeugnisse des Feldes im engeren Sinne berücksichtigt, d. h. Internet-Seiten, Informationsbroschüren, Stellungnahmen, Presseerklärungen verschiedener Akteure im Untersuchungsfeld *konfessionelle Krankenhäuser*¹. Ein Ziel dieser Forschungsphase war neben der Informationsgewinnung, die enorme Breite der Thematik einzuengen. Deshalb wurde parallel am Konzept des Projekts und insbesondere dem theoretischen Rahmen der Untersuchung gearbeitet.

1.1.2. Entwicklung des Theorierahmens

Gemäß dem Antrag stand zu diesem Zeitpunkt die Einrichtungsebene, d. h. Mitbestimmungsfragen im (konfessionellen) Krankenhaus im Mittelpunkt. Die zunächst breite Sichtung verschiedener Theorien im Bereich der Organisationssoziologie führte schließlich zur Übernahme eines mikropolitischen Analyserahmens. Die Arbeitsorganisation Krankenhaus wurde als korporativer Akteur konzipiert, bei dem keine Interessenkonvergenz vorausgesetzt werden kann. Geeignet zur Analyse schienen mikropolitische Ansätze, weil sie die unterschiedlichen *Interessen* verschiedener Akteure, den Aufbau und Einsatz von *Macht*, *Konflikt- und Konsensstrukturen* und deren Auswirkungen auf die *Prozesse* und Entscheidungen in Organisationen in den Blick nehmen. Gleichzeitig wurde in einer ersten Annäherung an die Organisation (*konfessionelles*) *Krankenhaus* auch deutlich, dass die (institutionelle) Umwelt des Krankenhauses auf jeden Fall mitberücksichtigt werden muss. Dies war bereits im Antrag formuliert worden. Deshalb wurde versucht, den mikropolitischen Ansatz durch Elemente der Strukturierungstheorie von Giddens (Giddens 1984) zu erweitern (vgl. Ortman et al. 2000). Dies geschah vor allem durch die Übernahme von dessen Konzepten der *Dualität von Struktur* und der analytischen Differenzierung der *Dimensionen der Struktur* und *Ressourcen*. Das Konzept der Dualität von Struktur weist darauf hin, dass das Handeln der Akteure durch den institutionellen Rahmen ermöglicht und begrenzt wird und gleichzeitig dieser Rahmen – mehr oder weniger unverändert – durch das Handeln der Akteure reproduziert wird. Deshalb muss die Analyse des strategischen Handelns der Akteure verschiedener Ebenen (im Krankenhaus, der konfessionellen Krankenhausverbände, der Träger, der überbetrieblichen Mitarbeitervertretungen) mit einer institutionellen Analyse verknüpft werden. Leitend sollte die Frage sein, welche Regeln und Ressourcen die Akteure jeweils zu nutzen suchen. Der theoretische Rahmen des Projekts wurde dann wie folgt formuliert:

¹ Vgl. Anhang A

Mit dem politisch-ökonomischen Druck auf die (konfessionellen) Krankenhäuser gehen nicht nur konkrete Umstrukturierungsmaßnahmen – z. B. Auslagerungen – einher, sondern die Organisation *konfessionelles Krankenhaus* als *Ordnungsrahmen kollektiven Handelns* ist in Bewegung. Neben den Entwicklungen, die in allen Krankenhäusern zu beobachten sind (Neuaufrichtung der Funktionsbereiche zueinander, wobei besonders die Verwaltung an Bedeutung gewinnt bzw. gewinnen will), sind davon bei konfessionellen Krankenhäusern mit dem Konzept der Dienstgemeinschaft – nach Giddens – anscheinend auch die Dimensionen der *Signifikation* und der *Legitimation* sowie die Bedeutung der *autoritativen Ressource* kirchliches Arbeitsrecht betroffen.

Damit gelang noch keine befriedigende theoretische Integration der verschiedenen Aspekte des Projekts. Deshalb wurde die Option offen gehalten, den Theorierahmen durch weitere Ansätze zu erweitern bzw. zu verändern. Interessant erschien der ebenfalls mikropolitisch fundierte *negotiated order* Ansatz (vgl. Büssing 1992, 246–248), der gerade bei der Untersuchung von Krankenhäusern und anderen Gesundheitsinstitutionen entwickelt worden ist. Dies galt auch für den Ansatz von Scholl (Scholl 1998), der einen politischen Untersuchungsrahmen mit den Basisvariablen *Übereinstimmung*, *Macht* und *Wissen* vorschlägt. In der Begrifflichkeit ist dies wiederum dem Ansatz von Nullmeier et al. sehr ähnlich (Nullmeier et al. 2003).

Da der Theorierahmen in qualitativen Studien sowieso wechselseitig mit der Empirie überdacht und gegebenenfalls angepasst werden muss (Flick 2002, 71–74), wurden die theoretischen Überlegungen zunächst nicht weitergeführt. Für die empirische Phase gaben sie in diesem Stadium genügend Anleitung, indem sie auf die analytischen Dimensionen der *Akteure* und der *Strukturen* hinwiesen.

1.1.3. Aufbau der projektspezifischen technischen Infrastruktur²

Für das Projekt kann die gesamte technische Infrastruktur des Nell-Breuning-Instituts genutzt werden. Diese musste ergänzt werden durch erstens eine Software-Lösung der Literaturverwaltung und zweitens die Technik und Software zur Durchführung und Auswertung der anstehenden Interviews. Dabei war es möglich, ausschließlich auf so genannte open source Lösungen zurückzugreifen, d. h. auf Programme, deren Quelltext frei erhältlich ist und die in der Regel kostenlos verbreitet werden.³ Dies minimierte nicht nur die Anschaffungskosten, sondern auch die Zeit der Einarbeitung, da für freie Programme umfangreiche Dokumentationen und vielfältige News-Groups im Internet verfügbar sind.

Für die Literaturverwaltung wurde auf eine Bib $\text{T}_{\text{E}}\text{X}$ -Datenbank zurückgegriffen. Dadurch kann die Literatur nicht nur verwaltet, sondern gleichzeitig leicht in die spätere Texterstellung integriert werden. Diese Lösung erscheint zunächst recht speziell und an das – besonders im sozial- und geisteswissenschaftlichen Bereich nicht sonderlich verbreitete – Textsatzprogramm $\text{L}_{\text{A}}\text{T}_{\text{E}}\text{X}$ zur Erstellung der Texte gebunden. Die Daten werden

² Dieser Abschnitt mag einen sehr technischen Eindruck machen. Er dokumentiert jedoch nicht nur einen wichtigen Schritt in der Anfangsphase des Projekts. Vielmehr soll er anderen empirischen Forschern Hinweise für technische Lösungen geben, die sich in diesem Projekt bisher bewährt haben. Entsprechende Informationen sind in der Regel schwer zugänglich, aber in erheblichem Maße mitentscheidend für den Erfolg empirischer Projekte.

³ Für eine genaue Definition siehe: <http://www.opensource.org/docs/definition.html>

in einer BibT_EX-Datenbank jedoch in reinen ASCII-Zeichen und in Komma-getrennten Feldern gespeichert. In diesem Format können sie leicht anderen Datenbank-Programmen wie MS-Access, Corel Paradox, MySQL oder PostgreSQL mit nur minimaler Anpassung zur Verfügung gestellt werden. Die grafische Benutzeroberfläche JabRef⁴ erlaubt neben der komfortablen Verwaltung auch direkt den Export in HTML oder in das Format des relativ weit verbreiteten Literaturverwaltungsprogramms EndNote. Insgesamt ist dadurch gewährleistet, dass die im Projekt gesammelten Literaturangaben auch in künftigen Projekten des Instituts genutzt werden können.

Die technischen Aspekte der Aufnahme der Interviews mussten nicht eigens gelöst werden, da ein Minidisc-Recorder mit externem Mikrofon zur Verfügung stand. Um die Transkription der Interviews zu erleichtern, wurde eine technische Lösung gefunden, die Aufnahmen als Audio-Dateien auf dem Computer zu speichern.⁵ Etwas aufwändiger erwies sich die Suche nach einem freien Programm zur Auswertung qualitativer Daten. Dies wurde angezielt, weil kommerzielle Programme in diesem Bereich recht teuer sind und nicht absehbar war, ob eine kontinuierliche qualitativ empirische Forschung am Nell-Breuning-Institut erfolgen wird. Die Anschaffung eines kommerziellen Programms war somit nicht gerechtfertigt, und eine gut dokumentierte open source Lösung hält die Möglichkeit zukünftiger qualitativ empirischer Forschung am Institut grundsätzlich offen. Mit dem Programm TAMS-Analyzer⁶ wurde schließlich ein entsprechendes Programm gefunden, das die Codierung und umfassende Auswertung der Interviews erlaubt und daneben die Transkription erheblich erleichtert.

1.2. Erste empirische Phase (März 2004–Mai 2004)

Die erste empirische Phase sollte der genaueren Strukturierung des Forschungsfeldes dienen. Dazu wurden im April und im Mai 2004 insgesamt sieben Experteninterviews und drei Hintergrundgespräche geführt. Die Auswahl der Experten erfolgte in fünf Fällen über ihre organisationale Zugehörigkeit. Dabei handelte es sich um Vertreter der konfessionellen Krankenhausverbände, der überbetrieblichen Mitarbeitervertretungen beider Konfessionen und der Gewerkschaft ver.di. Zwei Gesprächspartner waren die Geschäftsführer eines großen evangelischen bzw. katholischen Krankenhausträgers, von denen ein gewisser Überblick über das Feld der konfessionellen Krankenhäuser auch als »Marktteilnehmer« erwartet werden konnte. Insgesamt handelte es sich nicht um externe Experten, sondern diese repräsentierten zum Teil bereits wichtige Akteure des Feldes.

⁴ <http://jabref.sourceforge.net/>

⁵ Die Details dieser Lösung – benötigte Programme und Vorgehen – wurden in Jakobi (2004) dokumentiert und anderen empirischen Forschern zugänglich gemacht. Für eine entsprechende Lösung in einer Windows-PC-Umgebung siehe Cremer et al. (2003), sowie die erst kürzlich gestartete Internet-Seite <http://www.audiotranskription.de>. Das vorgehen in einer Linux-Umgebung wird beschrieben unter <http://www.physik.uni-kassel.de/did1/Rincke/software/index.html>

⁶ <http://tamsys.sourceforge.net>. Die Auswertung der Daten erfolgt im Projekt auf einem privaten iBook unter OSX. Es existiert jedoch ein port der Software, der unter GNUstep läuft und den Namen GTAMS-Analyzer trägt. Mit Hilfe von MinGW – Minimalist GNU for Windows (<http://www.mingw.org/>) – kann so die Software prinzipiell auch in der Windows-PC-Umgebung des Instituts genutzt werden.

Im ersten Drittel dieser empirischen Phase konnten die dargestellten Arbeitsschritte und ausgewählte Ergebnisse aus den ersten Interviews bei der Sitzung des begleitenden Projektbeirats im April 2004 präsentiert und diskutiert werden.

1.2.1. Konstruktion des Leitfadens

Die Interviews wurden leitfadengestützt geführt (vgl. Flick 2002, 117–145). Der Leitfaden wurde offen gehandhabt. Die flexible Orientierung am Leitfaden sollte vielmehr sichern, dass die gleichen Themenbereiche möglichst vollständig in allen Interviews behandelt werden und so eine Vergleichbarkeit der Interviews hergestellt wird (Meuser/Nagel 1991, 453). In erster Linie dienten die Interviews dazu, reflektiertes Wissen und zum Teil sogar statistisches Material über das Untersuchungsfeld zu sammeln. Insofern handelte es sich um eine Art des problemzentrierten Interviews (Lamnek 1995, 74–81). Daneben waren die Experten wie erwähnt stets als Repräsentanten der Gruppe bzw. Organisation, der sie angehören, wahrzunehmen. Aussagen über das Selbstbild der Organisation und ihre Beziehung zu anderen korporativen Akteuren im Feld waren zu erwarten. Entsprechende Fragen wurden deshalb in den Leitfaden eingearbeitet.

Der Leitfaden gliederte sich in drei thematische Blöcke. Der Block *Akteure* behandelte zunächst eher statistische Fragen zu den konfessionellen Krankenhäusern, zu ihrer regionalen Verteilung, der Größe in Betten, der Art und Größe der Krankenhausträger und zu Veränderungen des Feldes in diesen Dimensionen der letzten fünf bis zehn Jahre. Der zweite Block *Strukturen* beinhaltete Fragen nach den Verbänden und überbetrieblichen Organisationsstrukturen auf Dienstgeber und Dienstnehmerseite. Zudem wurden deren Beziehungen zueinander und zu den konfessionellen Wohlfahrtsverbänden thematisiert. Im Block *Diskurse* ging es schließlich um die Probleme und Themen, die zurzeit hauptsächlich im Untersuchungsfeld eine Rolle spielen. Dabei wurde explizit nach dem Konzept der Dienstgemeinschaft (vgl. Anhang E, S. 29) und nach dessen Stellenwert gefragt. Schließlich wurde abschließend der Vergleich mit dem Feld der jeweils anderen Konfession angesprochen, soweit dies nicht in den vorangegangenen Blöcken thematisiert worden war.

1.2.2. Zugang zum Untersuchungsfeld

Die gewünschten Gesprächspartner wurden im Februar und März 2004 angeschrieben. Das Projekt wurde im Anschreiben kurz vorgestellt (Schlüsselfrage, institutionelle Einbettung, finanzielle Förderung, Laufzeit) und der Bitte um ein Interview eine Projektskizze im Umfang von zwei Seiten und eine Kurzversion des Interviewleitfadens beigelegt. Der Zugang zu den Gesprächspartnern, der damit auch der erste Zugang zum Untersuchungsfeld war, gestaltete sich erfreulich unproblematisch. Dabei half sicherlich die institutionelle Einbindung des Projekts in das Nell-Breuning-Institut. Zudem wurde von allen Gesprächspartnern der Forschungsbedarf bestätigt, und die Bereitschaft war außerordentlich groß, die Erforschung der beiden Kirchen als Arbeitgeberinnen und der Besonderheiten ihrer Arbeitsbeziehungen zu unterstützen.

1.2.3. Empirisches Material

Die Interviews wurden in einem Fall in den Räumen des Nell-Breuning-Instituts, in einem Fall in einem Konferenzraum nach einer Tagung und in den anderen Fällen in den Diensträumen der Gesprächspartner geführt. Sie dauerten zwischen knapp einer Stunde und gut zwei Stunden und wurden jeweils auf Minidisc aufgenommen. Direkt nach dem Interview wurden zum Teil noch Anmerkungen zum Interview, zur Interviewsituation oder interessante Aspekte solcher Gespräche, die vor oder nach dem eigentlichen Interview geführt wurden, notiert.

Neben den sieben Experteninterviews wurden drei informelle Hintergrundgespräche mit einem zusätzlichen Experten geführt, der vor Ort jeweils relativ spontan verfügbar war. Entsprechend wurden sie nicht dicht am Leitfaden geführt und es wurden nicht systematisch alle Aspekte des Leitfadens berücksichtigt. Ebenso hatte der Experte vorher nicht die kurze Version des Leitfadens erhalten. Vielmehr wurden Einschätzungen zu Aussagen der anderen Gesprächspartner erfragt. Die Gespräche dauerten jeweils ca. 30 Minuten und wurden nicht aufgenommen. Bei den Gesprächen wurden Notizen gemacht, die nach dem Gespräch zusammengefasst und durch weitere Eindrücke ergänzt wurden.

Zusätzlich ergab sich im November 2004 die Möglichkeit, bei einer Veranstaltung zum 25-jährigen »Jubiläum« des Dritten Wegs in einem Diakonischen Werk beobachtend teilzunehmen. Dabei konnte weiteres Material gesammelt und die Interaktion von evangelischen Mitarbeitervertretern und diakonischen Dienstgebern beobachtet werden, was in entsprechenden Feldnotizen festgehalten wurde.

1.3. Auswertung der ersten empirischen Phase (Juni 2004–Januar 2005)

1.3.1. Transkription und Auswertung

Die sieben Experteninterviews wurden nahezu vollständig transkribiert. Einige – z. B. nur überleitende oder überlassenes Material erläuternde – Abschnitte wurden bereits bei der Transkription zusammengefasst. Wie bei Experteninterviews üblich wurde dabei auf ein aufwändiges Notationssystem oder die Transkription nicht-verbaler Feinheiten des Gesprächs verzichtet (vgl. Meuser/Nagel 1991, 455). Die transkribierten Interviewtexte, die Gesprächs- und Feldnotizen wurden analog zu den Aspekten des Leitfadens codiert und inhaltlich ausgewertet. Dabei ging es zunächst darum, alle Textstellen – und damit alle gesammelten Informationen – zu einem Themenblock schnell verfügbar zu machen. Gleichzeitig wurden bereits zentrale Zitate identifiziert. Das Kategoriensystem enthielt entsprechend die *Akteure*, die *Strukturen*, die diese bilden, und wichtige *Diskurse* im Untersuchungsfeld (vgl. Anhang B).

1.3.2. Ergänzende Recherche

Um einen Überblick über das Untersuchungsfeld zu erhalten, wurden zuerst die statistischen Daten zu den konfessionellen Krankenhäusern ausgewertet. Das von den beiden konfessionellen Krankenhausverbänden – mehr oder weniger aufbereitet – zur Verfügung

gestellte Zahlenmaterial wurde durch eine Internet-Recherche zu den großen Krankenhausträgern auf evangelischer und auf katholischer Seite im August und September 2004 ergänzt. Im Mittelpunkt stand die (ungefähre) Gesamt-Bettenzahl, die aus dem Material der Krankenhausverbände nicht hervorging. Notwendig erschien dies, um die später ausgewählten Untersuchungsfälle im Feld verorten und einordnen zu können. Der Überblick über das Untersuchungsfeld, der sich so ergab, ermöglichte schließlich eine solche Fallauswahl. Identifiziert wurden ein großer evangelischer und katholischer Krankenhausträger, zu denen auch erste Kontakte aufgenommen wurden. Ein möglicher privater Krankenhausträger ergab sich über den Kontakt zur Gewerkschaft ver.di.

1.3.3. Verschriftlichung und Hypothesenbildung

Anschließend wurden die Ergebnisse dieser ersten Forschungsphase verschriftlicht. Dies diente weniger der späteren Veröffentlichung⁷ als der Reflexion des bisher Erreichten und der Frage, ob sich das Konzept des Projekts bis zu diesem Punkt als tragfähig erwiesen hatte. Gleichzeitig ist es möglich, die so dokumentierten Ergebnisse auch wieder zur kommunikativen Validierung an die Experten oder andere Akteure im Feld zu geben (vgl. Steinke 2000, 329). Zur Verschriftlichung mussten die gesammelten Informationen systematisch geordnet und die Darstellung möglichst in den theoretischen Analyserahmen eingepasst werden. Zugleich wurden erste Hypothesen aus den vorliegenden Ergebnissen formuliert.

2. Vom »Krankenhausprojekt« zum »Mitbestimmungsprojekt«

Die erste empirische Phase diente der Erschließung des Untersuchungsfeldes. Entsprechend wurden statistische Daten zu den konfessionellen Krankenhäusern sowie Informationen zu den wesentlichen Akteuren gesammelt. Die Ergebnisse des ersten Arbeitsschritts führten nach dem Jahreswechsel dazu, dass der Zuschnitt des Projekts und sein theoretischer Rahmen modifiziert wurden. Diese Modifikation zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Perspektive vom konfessionellen Krankenhaus als Organisation hin zur Mitbestimmungspolitik im Bereich konfessioneller Krankenhäuser geändert hat.

2.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Forschungsphase

2.1.1. Konfessionelle Krankenhäuser in Deutschland

Die zugänglichen amtlichen Statistiken geben keine Auskunft über konfessionell getragene Krankenhäuser, was gemessen an deren Bedeutung im Gesundheitssystem verwundert.

⁷ Die relativ kleine Zahl der Interviews macht zudem eine wirkungsvolle Anonymisierung schwer möglich, was gegen eine Veröffentlichung spricht.

Trägergruppe	Anzahl der Krankenhäuser	Anzahl der Betten
Öffentlich-rechtlich	723	276 754
Freigemeinnützig	804	198 205
Privat	468	41 283

Tabelle 2.1.: Krankenhäuser in Deutschland nach Trägergruppen, 2001, Quelle: Statistisches Bundesamt 2003, 42.

Das Statistische Bundesamt kennt bei der Differenzierung der allgemeinen Krankenhäuser¹ nach Trägern vielmehr nur *öffentliche*, *freigemeinnützige* und *private* Krankenhäuser.² Die Verteilung der Krankenhäuser in Deutschland auf diese Trägergruppen gemäß dem Statistischen Bundesamt gibt Tabelle 2.1 wider.

Die Gruppe der freigemeinnützigen Krankenhäuser umfasst Einrichtungen der kirchlichen und der privaten Wohlfahrtspflege, von Stiftungen oder Vereinen (Statistisches Bundesamt 2003, 6), d. h. von privaten Trägern, die die Häuser allerdings im Gegensatz zu den im engeren Sinne privaten Trägern nicht als Erwerbsbetrieb führen.³ Diese Gruppe beinhaltet also nicht nur konfessionell getragene Einrichtungen. Zwar stellen diese die bei weitem größte Anzahl der Einrichtungen in der Gruppe. Summiert man die angegebene Zahl der Krankenhäuser in den jeweiligen Statistiken der konfessionellen Wohlfahrtsverbände, also des *Deutschen Caritasverbandes* (DCV) und des *Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland* (DW.EKD) für das Jahr 2001, für das die aktuellsten Angaben des Statistischen Bundesamtes vorliegen, betrug ihr Anteil in der Gruppe der freigemeinnützigen Krankenhäuser 71,8%. Trotz dieses hohen Anteils ist die Gruppe der freigemeinnützigen Krankenhäuser allerdings eben nicht einfach identisch mit der der konfessionellen Krankenhäuser, wie in entsprechenden Untersuchungen manchmal aus praktischen Gründen unterstellt wird.

Wegen der Unabhängigkeit caritativer und diakonischer Strukturen von denen der verfassten Kirche (vgl. Anhang A) gibt es auch nicht die Alternative zentraler amtskirchlicher Statistiken (etwa der Deutschen Bischofskonferenz oder der EKD) für die konfessionellen Krankenhäuser. So bleiben schließlich die Statistiken der konfessionellen Krankenhausverbände. Die Mitgliedschaft im jeweiligen konfessionellen Krankenhausverband ist grundsätzlich freiwillig. So ist es prinzipiell möglich, dass auch diese Mitgliederzahlen nicht wirklich alle konfessionellen Krankenhäuser erfassen, wenn einzelne Einrichtungen aus irgendeinem Grund nicht Mitglied im entsprechenden Verband geworden sind. Diese potenzielle Untererfassung dürfte jedoch nur sehr gering sein, denn es ist davon auszugehen, dass konfessionelle Krankenhäuser in der Regel Mitglied im jeweiligen Verband sind. Zu größte-

¹ Allgemeine Krankenhäuser werden in der Statistik entsprechend der Definitionen in § 107 Sozialgesetzbuch V von Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen abgegrenzt.

² Auch die Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung zum 01. Januar 2002 beziehungsweise in der zweiten Stufe zum 01. Januar 2003 wird daran nichts ändern, vgl. die Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes unter <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2002/p4000094.htm>

³ Rausch vgl. 1984, 17. Das Statistische Bundesamt verweist hier auf die notwendige Konzession von in diesem Sinne privaten Einrichtungen nach § 30 der Gewerbeordnung, Statistisches Bundesamt 2003, 6.

ren Abweichungen in den Zahlen dürfte ohnehin eher die unterschiedliche Zuordnung und Zählung von Einrichtungen führen als eine potenzielle Untererfassung.

Im Folgenden werden deshalb die Angaben der konfessionellen Wohlfahrtsverbände beziehungsweise ihrer Fachverbände, der konfessionellen Krankenhausverbände herangezogen.⁴ Sie wurden durch Informationen aus Experteninterviews und von den Internet-Angeboten der Träger ergänzt. Die Einrichtungs- und Bettenzahlen sind dabei eher Orientierungsgrößen denn exakte statistische Angaben, weshalb sie nicht für detaillierte Vergleichsoperationen benutzt werden sollten. Wenn die Stichtage der Erhebung überhaupt bekannt waren, wichen sie leicht um ein bis zwei Jahre voneinander ab und nicht immer war erkennbar, welche Einrichtungsarten jeweils mitgezählt worden waren. Diese Einschränkungen sind für den Überblick über die konfessionellen Krankenhäuser, den dieses Kapitel geben soll, nicht bedeutend, und eine eigene entsprechende Erhebung wäre für diesen Zweck zu aufwändig gewesen.

Zum 01. Januar 2003 zählten der *Deutsche Evangelische Krankenhausverband e. V.* (DEKV) 266 Mitgliedseinrichtungen⁵ und der *Katholische Krankenhausverband Deutschlands e. V.* (KKVD) 475 Mitgliedseinrichtungen⁶. Damit befanden sich mit 741 Krankenhäusern circa ein Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland in konfessioneller Trägerschaft.⁷ Der größte Anteil der konfessionellen Krankenhäuser befindet sich in Nordrhein-Westfalen mit knapp einem Drittel der evangelischen und fast der Hälfte der katholischen Krankenhäuser. Weitere regionale Schwerpunkte sind danach Niedersachsen mit um die 10 % sowohl der evangelischen als auch der katholischen Häuser sowie Hessen, Berlin-Brandenburg und Baden-Württemberg (jeweils um die 10 %) auf evangelischer Seite und Rheinland-Pfalz, Bayern, Baden-Württemberg und Hessen (zwischen 6 und 10 %) auf katholischer Seite (vgl. Tab. 2.2 auf der nächsten Seite). In Nordrhein-Westfalen gewährleisten die katholischen Krankenhäuser faktisch die stationäre Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Großstädte. Hier förderten besondere gesellschaftliche und politische Umstände im 19. Jahrhundert private Initiativen zur Gründung von katholischen Hospitälern. Die ebenfalls große Zahl evangelischer Krankenhäuser erklärt sich dadurch, dass diese als Kontrastgründung zu den dort schon früher gegründeten zahlreichen katholischen Häusern die Versorgung der evangelischen Bevölkerung sicherstellen sollten (vgl. Rausch 1984, 71–74). Die vergleichsweise geringe Zahl katholischer Häuser im traditionell ge-

⁴ Ein besonderer Dank gilt den Geschäftsführern der beiden konfessionellen Krankenhausverbände, Herrn Norbert Groß (DEKV) und Herrn Thomas Vorkamp (KKVD), die umfangreiches Datenmaterial zur Verfügung gestellt haben.

⁵ Darin enthalten sind 13 vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin und Brandenburg. Sie gehen in die Basis der Angaben zu den evangelischen Krankenhäusern nicht ein, die von den restlichen 253 Krankenhäusern gebildet wird.

⁶ Allgemeine Krankenhäuser (359) und Fachkliniken. Da die Basis der restlichen Angaben der Statistik alle 475 Mitgliedseinrichtungen bilden, wird hier nicht weiter in allgemeine Krankenhäuser und Fachkliniken differenziert, auch wenn dies korrekter wäre.

⁷ Als Basis wurden die 2240 Krankenhäuser und Fachkliniken und nicht die 1995 allgemeinen Krankenhäuser der Tab. 2.1 auf der vorherigen Seite genommen, da auch in den Angaben der konfessionellen Verbände dies nicht unterschieden wird. Eine genaue Prozentangabe erübrigt sich ohnehin, da die Daten unterschiedliche Erhebungszeitpunkte aufweisen. Am grundsätzlichen Verhältnis ändert sich dadurch nichts.

Bundesland	Krankenhäuser	
	kath.	evang.
Baden-Württemberg	35	22
Bayern	39	12
Berlin/Brandenburg	11	25
Bremen	2	1
Hamburg	4	10
Hessen	30	26
Niedersachsen	45	29
Nordrhein-Westfalen	237	77
Mecklenburg-Vorpommern	0	5
Rheinland-Pfalz	42	14
Saarland	12	1
Sachsen	5	9
Sachsen-Anhalt	4	11
Schleswig-Holstein	5	4
Thüringen	4	7

Tabelle 2.2.: Verteilung konfessioneller Krankenhäuser nach Bundesländern, 2003, Quelle: Statistiken des KKVD und des DEKV.

schlossen katholischen Bayern mag dagegen überraschen. Es ist jedoch mit der Ausnahme des Gebietes des heutigen Nordrhein-Westfalen generell so, »dass der Anteil kirchlicher, insbesondere katholischer, Krankenhäuser umso geringer ist, je mehr das jeweilige Gebiet eine konfessionell geschlossenen Bevölkerungsstruktur aufweist« (Rausch 1984, 71). Denn in diesen Gegenden konnten für die Pflege in öffentlichen Krankenhäusern Ordensschwestern – beziehungsweise entsprechend Diakonissen in den überwiegend evangelischen Gebieten – gewonnen werden, was den Häusern einen gewissen konfessionellen Charakter gab. Deshalb gab es keinen Grund, eigene konfessionelle Einrichtungen zu gründen.

Wie Tabelle 2.3 auf der nächsten Seite zeigt, haben konfessionelle Krankenhäuser mehrheitlich eine mittlere Größe von 100–300 Betten. Das größte katholische Krankenhaus ist das der Barmherzigen Brüder Regensburg mit über 900 Betten an zwei Standorten. Mit der Fusion der Krankenhäuser des Evangelischen Johanneswerks und der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel in Bielefeld wird zum 01. Januar 2005 das größte evangelische Krankenhaus mit drei Standorten und rund 1 700 Betten entstehen (Specht/Spierig 2004).

Teilweise stehen konfessionelle Häuser noch allein, d. h. der Träger entspricht dem Krankenhaus. Dieser ist beispielsweise häufig eine Kirchengemeinde. Zunehmend sind sie jedoch Teil eines Trägerverbundes. Schätzungsweise rund die Hälfte der evangelischen Häuser gehören zu einem Träger, der mehrere Einrichtungen unterhält, und bei ca. 280 katholischen Trägern kommen hier im Schnitt zwei Krankenhäuser auf einen Träger. Die Spannweite der Größe der Träger ist allerdings sehr groß. Sie reicht von der erwähnten Kirchengemeinde

Anzahl der Betten	Krankenhäuser (in Prozent)	
	kath.	evang.
< 100	17,1	18,7
101–300	51	51
301–400	16,1	19,4
> 400	15,2	10,9
ohne Angabe	0,6	0

Tabelle 2.3.: Verteilung konfessioneller Krankenhäuser nach Bettenanzahl, 2003, Quelle: Statistiken des KKVD und des DEKV, eigene Berechnungen.

meinde mit einer Einrichtung bis zu Trägern mit über 20 Einrichtungen und mehreren Tausend Beschäftigten. Die großen Träger im diakonischen und caritativen Bereich sind dabei in der Regel Mischkonzerne, das heißt sie betätigen sich nicht nur in einem, sondern in vielen verschiedenen sozialen Bereichen wie der Alten- und Krankenpflege, der Jugend- und Behindertenhilfe oder der offenen Sozialarbeit. Entsprechend unterhalten sie vielfältige Einrichtungen. Nach einer Erhebung von Schuhen betätigen sich drei Viertel der konfessionellen Trägerorganisationen in mehreren Bereichen, ein Viertel sind reine Krankenhausträger, von denen 68 % nur ein Krankenhaus unterhalten (Schuhen 2002, 139).

Bei den großen konfessionellen Träger scheint es jedoch einen Trend zu einer gewissen »Portfoliobereinigung« (Wohlfahrt 2003, 22) zu geben. Im katholischen Bereich haben die großen Träger – vor allen Dingen die Orden – traditionell oder spätestens seit Beginn der 1990er Jahre einen Schwerpunkt in ein oder zwei Bereichen gesetzt. Hier bestehen so bereits seit einiger Zeit große Krankenhausträger. Sie sind in Tabelle 2.4 auf der nächsten Seite aufgelistet.⁸ Der bei weitem größte katholische Krankenhausträger ist die *Marienhaus GmbH* mit insgesamt 22 Krankenhäusern und zusätzlichen Beteiligungsgesellschaften. Sie ist damit auch der größte konfessionelle Krankenhausträger in Deutschland überhaupt.

Im evangelischen Bereich zeichnet sich erst langsam eine Konzentration auf eine deutlich begrenzte Anzahl von Tätigkeitsfeldern oder sogar nur einen Geschäftsbereich ab. Da es deutlich weniger evangelische Krankenhäuser als katholische gibt und ihre Bündelung zu großen Trägerverbänden erst in den letzten Jahren angefangen hat, gibt es insgesamt weniger große Krankenhausträger als auf katholischer Seite, die im Schnitt auch (noch) kleiner sind als die katholischen. Einen Überblick gibt Tabelle 2.5 auf der nächsten Seite. So gibt es bisher nur sehr wenige Träger, zu denen zehn oder mehr Krankenhäuser gehören (Johanniter, pro|diako, Agaplesion), und circa zehn Träger, zu denen zwischen fünf und zehn Häuser gehören.⁹ Das Feld der evangelischen Krankenhäuser ist so nicht nur insgesamt

⁸ Hier wie bei den großen evangelischen Trägern werden jeweils nur die Krankenhäuser dieser Träger betrachtet, d. h. die Träger interessieren in ihrer Eigenschaft als *Krankenhausträger*, auch wenn sie noch andere Einrichtungen – zum Teil in erheblicher Zahl – unterhalten.

⁹ Schuhen ermittelt für seine Stichprobe durchschnittlich 5,5 Einrichtungen pro freigemeinnützigem Träger, wobei jedoch alle Einrichtungsarten und nicht nur Krankenhäuser berücksichtigt werden.

Träger	Häuser	Betten
Barmherzige Brüder Trier e. V.	11	2 740
Barmherzige Brüder Regensburg	2	918
caritas trägergesellschaft trier e. V.	4	1 214
Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH	6	1 365
Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth	9	2 199
Kloster der Cellitinnen zur heiligen Maria	4	1 105
Krankenanstalten Mutterhaus der Borromäerinnen e. V.	1	734
Malteser-Trägersgesellschaft	11	2 814
Managementgesellschaft katholischer Krankenhäuser in der Region Osnabrück mbH	3	1 049
Marienhaus GmbH	22	5 505
Maria Hilf GmbH	7	1 600
Mauritzer Krankenhaus Management GmbH, St. Franziskus-Stiftung Münster	9	2 100
St. Vinzenz Krankenhaus gGmbH	5	1 000

Tabelle 2.4.: Große katholische Krankenhausträger

Träger	Häuser	Betten
Agaplesion gAG	10	1 898
Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH Marburg	7	1 312
Diakoniewerk Bethesda gGmbH Wuppertal	5	1 164
Hessischer Diakonieverein	5	545
Johanneswerk	4	875
Johanniter GmbH	17	3 602
Kreuznacher Diakonie	5	1 095
pro diako gGmbH	13	3 469
von Bodelschwingschen Anstalten Bethel	7	2 257

Tabelle 2.5.: Große evangelische Krankenhausträger

wesentlich kleiner als das katholischer Krankenhäuser, sondern es scheint zur Zeit auch heterogener als der katholische Bereich. Der nachholende Konzentrationsprozess, der von dem allgemeinen Konzentrationsprozess im Krankenhaussektor beschleunigt wird, besitzt allerdings eine große Dynamik. Unter Umständen kommt es in der Folge sogar zu diakonischen Krankenhausketten (Coenen-Marx 2004, 16). Nur die in Verbänden zu erzielenden Synergieeffekte scheinen ein Überleben einzelner Einrichtungen zu ermöglichen.

Auch wenn in der betriebswirtschaftlichen Literatur allgemein für den Bereich der freigemeinnützigen Krankenhäuser Holdingstrukturen favorisiert werden¹⁰, steht es noch nicht endgültig fest, welche Rechts- und Organisationsformen sich allgemein durchsetzen werden. Die Strukturen unterscheiden sich hauptsächlich darin, wie verbindlich die Kooperation gestaltet ist. Dabei wird die These vertreten, dass die rechtlich sehr verbindlichen Strukturen einer Holding die Voraussetzung sind, mittelfristig auf dem Krankenhausmarkt bestehen zu können, weil nur sie auch dazu führen, dass wichtige Geschäftszahlen in der Kooperation offen gelegt werden. Die gewählte Rechts- und Organisationsform gibt unter Umständen auch einen Hinweis auf die Strategie des jeweiligen Trägers. So ist die Gründung der *Agaplesion gAG* als der ersten evangelischen Krankenhaus-Aktiengesellschaft Ausdruck einer expliziten Wachstumsstrategie, da die Rechtsform der gAG es erleichtert, andere Einrichtungen in den Unternehmensverbund zu integrieren (Keller/Schmidt 2004, 96). Allerdings ist der Hinweis der Rechtsform nur sehr vage, denn die einzige Aktiengesellschaft im katholischen Krankenhausbereich, die St. Vincentius-Kliniken gAG besitzt nur einen Gesellschafter, nämlich den St. Vincentius-Verein, der bis zur Gründung der gAG im Jahr 2000 der Rechtsträger der 13 Kliniken war. Ein wesentlicher Grund, die Rechtsform der gAG und nicht der GmbH zu wählen, war hier, dass die gAG »die strengere Form darstellt und insbesondere die Kontrollvorschriften für den Unternehmensbereich und die Prüfung des Rechnungswesens umfassender sind«. ¹¹

Allgemein wird davon ausgegangen, dass es in den nächsten Jahren sowohl auf evangelischer als auch auf katholischer Seite zu wesentlich weniger, dafür sehr viel größeren Krankenhausträgern kommen wird.

2.1.2. Komplexe Akteure im Untersuchungsfeld

Einen deutlichen Unterschied entlang der konfessionellen Grenze gibt es bei der Frage, wie die Mitarbeitervertretungen überbetrieblich organisiert sind und welche Beziehungen diese zu den Organisationen der Dienstgeber unterhalten. Auf der katholischen Seite gibt es die relativ starken überbetrieblichen Mitarbeitervertretungsstrukturen der Diözesanen Arbeitsgemeinschaften der Mitarbeitervertretungen (DiAG) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Mitarbeitervertretungen im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz (BAG-MAV). Sie haben eine rechtliche Anerkennung in der Mitarbeitervertretungsordnung und damit auch eine gewisse Ressourcenausstattung erlangt. So sind sie – notgedrungen – von den Dienstgebern als Gesprächspartner anerkannt.

¹⁰ Stellvertretend für viele zum Beispiel Müschenich 2002, 134.

¹¹ So der Stellvertretende Verwaltungsdirektor Bernhard Belstler in seinem Beitrag zur Historie der Vincentius-Kliniken auf deren Homepage, <http://www.vincentius-kliniken.de>

Die Arbeitsgemeinschaften der Mitarbeitervertretungen (agmav) auf evangelischer Seite sind dagegen in sehr unterschiedlichem Maß in den Mitarbeitervertretungsordnungen der Diakonischen Werke anerkannt. Der Zugriff einzelner agmaven auf Ressourcen ist entsprechend unterschiedlich. Ihrem bundesweiten Zusammenschluss in Form der Bundeskonferenz der agmaven und Gesamtausschüsse (buko) ist eine rechtliche Anerkennung im Mitarbeitervertretungsgesetz von der Synode der EKD bisher verweigert worden. So kann diese auf keine kirchlichen Ressourcen zurückgreifen und zu den Dienstgebern bestehen allenfalls informelle Kontakte. Die überbetrieblichen Zusammenschlüsse der Mitarbeitervertretungen im evangelischen Bereich kompensieren ihre im kirchlichen Arbeitsrecht und damit auch in der Ressourcenausstattung schwächere Stellung, indem sie die Ressourcen der Gewerkschaft ver.di nutzen. Bei den katholischen Mitarbeitervertretern ist dagegen eine aus einem Gefühl der eigenen Stärke resultierende skeptische Distanz zu den Gewerkschaften zu spüren.

Auf katholischer Seite stellt sich das Feld insgesamt weit homogener dar als auf evangelischer Seite. Sowohl die Krankenhausträger als auch die Mitarbeitervertretungen sind dort stärker über die Strukturen des kirchlichen Arbeitsrechts und des konfessionellen Wohlfahrtsverbands integriert. Das evangelische Feld zeigt sich in beiden Dimensionen wesentlich heterogener. Dies erleichtert wiederum einseitiges Handeln einzelner Träger oder Diakonischer Werke. Auffällig ist schließlich die unterschiedliche Bedeutung, die der Gewerkschaft ver.di im evangelischen und im katholischen Bereich zukommt.

Auf der betrieblichen Ebene eines Krankenhauses regeln die katholischen und die evangelischen Mitarbeitervertretungsordnungen die Mitbestimmung dagegen weitgehend ähnlich. Die beiden wesentlichen Ergebnisse der ersten Forschungsphase – Träger sind wichtiger als einzelne Einrichtungen und die überbetrieblichen Strukturen unterscheiden sich erheblich während die betrieblichen recht ähnlich sind – ließen sich mit dem erweiterten mikropolitischen Theorierahmen nicht angemessen bearbeiten.

2.2. Der akteurzentrierte Institutionalismus als neuer Theorierahmen

Als passender Theorierahmen für die neue Forschungsperspektive bot sich der akteurzentrierte Institutionalismus nach Mayntz und Scharpf an (Mayntz/Scharpf 1995; Scharpf 2000). Die theoretische Neuausrichtung wurde von einer konzentrierten Literaturrecherche im Januar und Februar 2005 zum akteurzentrierten Institutionalismus, seiner Anwendung im Kontext verschiedener Studien, seiner Weiterentwicklung und der Forschung zur Mitbestimmungspolitik im Allgemeinen begleitet.

Der akteurzentrierte Institutionalismus bietet mit der Betonung des institutionellen Kontextes die Strukturebene als auch mit der Untersuchung von Interaktionen die Handlungsebene. Die Grundannahme des akteurzentrierten Institutionalismus ist, dass soziale Phänomene das Ergebnis der Interaktionen zwischen intentional handelnden Akteuren sind (Scharpf 2000, 17). Diese Interaktionen werden durch den institutionellen Rahmen, in dem sie stattfinden, in mehrfacher Hinsicht strukturiert. Der institutionelle Rahmen umfasst nicht nur formale rechtliche Regelungen, sondern auch informelle Regelungen, soziale Normen, Konventionen oder Erwartungen. Diese Regelsysteme strukturieren die Handlung-

gen der Akteure, indem sie Regeln der Mitgliedschaft, der legitimen Handlungsweisen, der verfügbaren Ressourcen, der Ziele sowie der Werte der Akteure enthalten. Obwohl der institutionelle Kontext so einen erheblichen Einfluss besitzt, determiniert er nicht das Handeln der Akteure. Zudem beeinflussen die Handlungen der Akteure ihrerseits den institutionellen Kontext. Der institutionelle Kontext und das Handeln der Akteure stehen in einem Wechselverhältnis, so dass auch jeweils beide Dimensionen in Betracht zu ziehen sind. Dies ist bis hierhin nur eine etwas andere Formulierung des Gedanken, der auch im ersten Theoriedesign grundsätzlich vorhanden war und mit Rückgriff auf Giddens' Theorie der Strukturierung hervorgehoben wurde.

Der akteurzentrierte Institutionalismus entwickelt dann zunächst ein anspruchsvolles Verständnis komplexer – in Abgrenzung zu individuellen – Akteure. Betont werden die Wahrnehmungen und Präferenzen der Akteure, um ihr Handeln zu verstehen bzw. dieses als intentional kennzeichnen zu können. Die Präferenzen wiederum werden in den vier Dimensionen der Eigeninteressen, Normen, Identitäten und schließlich der Interaktionsorientierung als relationaler Handlungsorientierung operationalisiert (vgl. Scharpf 2000, 116–122). Dies kann die Analyse der unterschiedlichen komplexen Akteure im Untersuchungsfeld wie Wohlfahrtsverbänden, Unternehmensverbänden oder freiwilligen Zusammenschlüssen der Mitarbeitervertretungen Gewinn bringend anleiten.

Mit den analytischen Dimensionen der Akteurkonstellation und der Interaktionsform ermöglicht der akteurzentrierte Institutionalismus darüber hinaus den Vergleich untersuchter Politikfelder. Der Begriff Akteurkonstellation ist ein Sammelbegriff für die Informationen, die über die beteiligten Akteure vorliegen. Die Akteurkonstellation beschreibt damit die Logik der Situation, in der die Akteure interagieren, wie diese von ihnen wahrgenommen wird. Die Akteurkonstellation kann wesentlich durch die Darstellung des Policy-Netztes gekennzeichnet werden, das die Akteure und deren institutionalisierten Beziehungen abbildet (Windhoff-Héritier 1987, 43), und ihre Interaktionsorientierungen, d. h. die subjektive Deutung der objektiven Interessenkoalitionen zwischen den verschiedenen Akteuren. Für die zumindest mittelfristig anhaltenden Interaktionen werden mit dem Begriff der Interaktionsformen schließlich die »verschiedenen Modi sozialer Handlungskoordination« wie Verhandlungen oder einseitige Anpassung bezeichnet (Mayntz/Scharpf 1995, 60), derer sich die Akteure bedienen.

Bestätigt wurde die Wahl des akteurzentrierten Institutionalismus indirekt, als sich in der folgenden Literaturrecherche zum neuen Theorierahmen zeigte, dass eine Variante des akteurzentrierten Institutionalismus auch in der Mitbestimmungsforschung im staatlichen Bereich angewendet wird (vgl. Müller-Jentsch 1997; 2003). Aufgegriffen wird hier die Erweiterung des akteurzentrierten Institutionalismus bei Müller-Jentsch mit dem Begriff der Arena. Dieser bezeichnet den »Ort« geregelter Konfliktaustragung und »abgegrenztes Konfliktfeld« (Müller-Jentsch 1997, 80). Im vorliegenden Projekt wird dabei jedoch das Prozesshafte dieses Konzepts stärker betont, als dies bei Müller-Jentsch mit seinem Beispiel der Tarifautonomie den Anschein hat. Denn anders als die Mitbestimmung auf der Ebene einer Einrichtung ist die konflikthafte Interaktion der Akteure der überbetrieblichen Mitbestimmung noch nicht umfassend institutionalisiert oder gar rechtlich kodifiziert.

2.3. Mitbestimmungspolitik im Bereich konfessioneller Krankenhäuser

Der ursprüngliche Ansatz des Projekts war es, die Auswirkungen der Profilierungsstrategie, die wiederum auf politisch-ökonomische Herausforderungen reagiert, auf die betriebliche Interessenvertretung zu untersuchen (vgl. Anhang E, S. 40). Die erste empirische Phase hat gezeigt, dass die betriebliche Ebene des konfessionellen Krankenhauses stark durch die überbetriebliche Ebene seiner Umwelt des kirchlichen Arbeitsrechts und der Unternehmenspolitik der Träger einschließlich der Profilierungsstrategien beeinflusst wird. Die Richtung, die die Veränderungen im Mitbestimmungsrecht, aber auch in den Entgeltordnungen der konfessionellen Krankenhäuser zu nehmen begonnen haben, unterscheiden sich offensichtlich zwischen den beiden konfessionellen Bereichen. Die These ist, dass sich dies daraus erklärt, welche Akteure auf welchen Ebenen wie das System und die Praxis der Mitbestimmung im dem jeweiligen konfessionellen Bereich gestalten, d. h. durch die Art der jeweiligen Mitbestimmungspolitik.

Der institutionelle Rahmen der konfessionellen Mitbestimmungspolitik wird gebildet durch das jeweilige kirchliche Arbeitsrecht als formales rechtliches Regelungssystem, das ergänzt wird durch das Modell der Dienstgemeinschaft, das zusätzliche soziale Normen und Begründungsmuster formuliert. Dieser institutionelle Rahmen scheint auf den ersten Blick für die evangelische und die katholische Mitbestimmungspolitik weitgehend gleich. Dies trifft für die Einrichtungsebene zu, doch die komplexen Akteure der Mitarbeitervertretungen auf der überbetrieblichen Ebene besitzen wie gezeigt eine unterschiedliche strukturelle Stellung, weil sie in unterschiedlichem Maß rechtlich anerkannt sind. Diese Unterschiede wirken sich aus, weil das Mitbestimmungssystem, wie es sich die Kirchen gegeben haben, unter dem politisch-ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser seine Funktionsfähigkeit erstmals unter Beweis stellen muss. Dieser externe Druck erfordert aus Sicht der Krankenhausträger Anpassungen im Personalbereich bis hin zur Regelung der Entgelte. Entsprechend wollen die Mitarbeitervertretungen ihre Rolle als – auch überbetriebliche – Interessenvertretungen massiv stärken. Schon bei der Novellierung der Mitbestimmungsordnungen haben die überbetrieblichen Akteure der Mitarbeitervertretungen versucht, ihren Einfluss geltend zu machen. Nun wollen sie in den sich entwickelnden Arenen der Neugestaltung der Entgeltordnungen und zum Teil in der des Qualitätsmanagements faktisch zu Tarifpartnern der Dienstgeberverbände werden, die sich mehr oder weniger deutlich als Arbeitgeberverbände gebildet haben.

Die Heterogenität des evangelischen Bereichs und die starke Gewerkschaftsanbindung der überbetrieblichen Mitarbeitervertretungen lassen mittelfristig einen ungleichzeitigen Übergang Diakonischer Werke zum Zweiten Weg des Tarifvertragssystems vermuten. Als Übergangsphase lassen sich bereits jetzt eigenständige Regelungen in einzelnen Diakonischen Werken vermuten. Die Integrationskraft über den Wohlfahrtsverband und die kirchlichen Strukturen ist schwach, so dass die sehr uneinheitliche »evangelische« Mitbestimmungspolitik sich noch heterogener entwickeln wird und eine solche einheitliche Qualifizierung äußerst fragwürdig wird.

Der katholische Bereich zeigt sich dagegen noch relativ homogen. Spannungen zwischen den großen Krankenhausträgern und dem Wohlfahrtsverband wurden vorerst ausgeräumt, so dass dieser Bereich über die kirchlichen Strukturen noch integriert werden kann. Die

Mitarbeitervertretungen konnten relativ starke Strukturen auf allen Ebenen ausbilden, die zwar vom kirchlichen Gesetzgeber abhängig sind, sie aber auch zu einem eigenständigen Akteur haben werden lassen. Es gibt Arbeitsbeziehungen zu den Dienstgeberverbänden, so dass sich ein relativ stabiles Verhandlungssystem gebildet hat, das z. B. sich auch in der Arena der Neuordnung des Entgeltsystems entwickelt.

Zusammenfassend zeigen sich so konfessionell unterschiedliche Akteurkonstellationen, die zu unterschiedlichen Typen der Mitbestimmungspolitik führen. Diese These soll in der zweiten Forschungsphase des Projekts durch die Analyse der drei aufgezeigten, sich entwickelnden Arenen – Novellierung der Mitarbeitervertretungsordnungen, Neuordnung der Entgeltsysteme und Profilierungsstrategie bzw. Zertifizierung – konkretisiert, gestärkt und gegebenenfalls modifiziert werden.

3. Die zweite Forschungsphase

Die Modifikation der Fragestellung erfordert es, das Forschungsdesign und die Zeitplanung anzupassen.

3.1. Auswirkungen auf das Forschungsdesign

Die Analyse der Mitbestimmungspolitik macht es nicht erforderlich, einzelne Einrichtungen empirisch so tief zu durchdringen, wie es ursprünglich geplant war. Interviews mit Mitarbeiterinnen verschiedener Bereiche in den einzelnen Einrichtungen trügen nichts zur neuen Fragestellung und der Forschungshypothese bei. Die betriebliche Ebene bleibt zwar mit berücksichtigt. Interviews sollen hier jedoch nur mit Mitarbeitervertretern bzw. Gesamt-Mitarbeitervertretungen sowie den Leitungen geführt werden. Wesentlich stärker muss allerdings die überbetriebliche Ebene in den Blick genommen werden. Deshalb sollen weitere Interviews mit Vertretern der Verbände, solchen von großen Trägern, mit Mitarbeitervertretern der verschiedenen überbetrieblichen Ebenen und Gewerkschaftern geführt werden.

Insgesamt reduziert sich so die Anzahl der notwendigen Interviews im Forschungsdesign. Geplant sind weitere 10–15 Interviews. Damit ist die Zahl der zu führenden und auszuwertenden Interviews angesichts der Personalressourcen des Projekts gleichzeitig realistischer.¹ Dazu wird die Dokumentenanalyse von Stellungnahmen, Broschüren und ähnlichem einen größeren Raum einnehmen. Da die Akteure ihre Positionen im öffentlichen Raum des Feldes rechtfertigen und ihre Argumente gerade auch in dieser Form weit zu verbreiten suchen, können die Interviews dann gezielt so geführt werden, dass sie diese quasi-öffentlichen Dokumente ergänzen (vgl. auch Scharpf 2000, 115f.).

¹ Zum Vergleich: Methodisch ähnlich angelegte Studien wie die von Funder (1999b) oder Sydow et al. (1995) stützen sich auf 46 bzw. 47 Interviews, wobei die Transkription, Codierung und Auswertung aber jeweils auf mehrere Personen verteilt werden konnte.

3.2. Zeitplanung

Die erste Projektphase hat sich innerhalb der anvisierten Zeitplanung des Projektantrags bewegt (vgl. Anhang E, S. 48). Die Experteninterviews sind entsprechend geführt und ausgewertet worden, die Hypothesenbildung ist abgeschlossen und der Inhalt der Profilierungsstrategie, insbesondere ihr Bezug zur Mitbestimmung ist analysiert worden. Zwar sind bisher keine Interviews mit Vertretern der Zertifizierungsgesellschaft geführt worden. Es bleibt jedoch zu prüfen, ob solche mit der neuen Einordnung dieses Themas in die Studie im geplanten Umfang überhaupt notwendig sind. Ergänzend wurde das kirchliche Arbeitsrecht als institutioneller Ordnungsrahmen erfasst und dargestellt. Die Fragen der Novellierung der Mitarbeitervertretungsordnungen und der Entgeltordnungen als Arenen der konfessionellen Mitbestimmungspolitik bedeuten streng genommen eine thematische Ausweitung der Studie. Diese wirkt sich jedoch hauptsächlich auf die Gestaltung der kommenden Interviewleitfäden aus, so dass der Projektzeitraum dadurch nicht verlängert werden muss. Der leichte Verzug in der Datenerhebung – nach dem alten Zeitplan sollten bereits Interviews auf der Leitungsebene und mit den Mitarbeitervertretungen geführt werden – wird durch die geringere Zahl der weiteren Interviews und die bereits erfolgte Verschriftlichung der Ergebnisse ausgeglichen.

Die Zeitplanung für die zweite Forschungsphase ist wie folgt vorgesehen:

Bis Mitte Mai '05:	Konstruktion der neuen Interviewleitfäden.
Mitte Mai–Juni '05:	Erhebungsphase.
Juli–August '05:	Transkription, Codierung und Erstauswertung der Interviews, Dokumentenrecherche.
September '05–März '06:	Erhebungsphase.
April–August '06:	Transkription, Codierung der Interviews und Auswertung der Interviews und Dokumentenanalyse des schriftlichen Materials. Gegebenenfalls Re-Analyse aller Interviews.
September–Oktober '06:	Erstellung des Endberichts.

Anhang

A. Konfessionelle Krankenhäuser – Zur Begrifflichkeit

Die Bezeichnungen »katholische Krankenhäuser« und »evangelische Krankenhäuser« suggerieren eine jeweilige Einheit und enge Anbindung an die Strukturen der jeweiligen verfassten Kirche¹, die so nicht generell besteht. Die konfessionellen sozialen Einrichtungen und insbesondere die Krankenhäuser waren in der Regel nicht kirchenamtliche Gründungen, sondern solche von christlich engagierten Einzelpersonen und Gruppen sowie auf katholischer Seite auch häufig von Orden. Eine organisatorische Verbindung zur verfassten Kirche bestand zunächst oft so wenig wie eine Vernetzung dieser Einrichtungen als etwa »katholische« oder »evangelische« Krankenhäuser (Rausch 1984, 70). Die privatrechtlich organisierten und grundsätzlich selbstständigen Einrichtungen entwickelten mit der Zeit je nach ihrer konkreten Situation unterschiedliche Verbindungen zu den jeweiligen Amtskirchen (Falterbaum 2000, 15). Der Namenszusatz »evangelisch« beziehungsweise »katholisch« bedarf zwar der Zustimmung der jeweils zuständigen Kirchenautorität, sagt als solches deswegen aber nichts über die konkrete kirchenrechtliche Stellung oder gar den Charakter eines Krankenhauses aus. Häufig erfolgte die Zuordnung in der Vergangenheit einfach dadurch, dass ein Krankenhaus die entsprechenden kirchlichen Regelungen – vor allem im Arbeitsrecht – übernahm und anerkannte.

Die Frage, wie weit die Einrichtungen von Caritas und Diakonie in die jeweiligen verfassten Kirchenstrukturen eingebunden sein sollen, ist dabei nicht allgemein beantwortet worden und stellt sich gerade im Kontext des »christlichen Profils« dieser Einrichtungen in den letzten Jahren neu. Deshalb wird hier nicht von »kirchlichen« sondern von »konfessionellen« Krankenhäusern gesprochen. Gerade im evangelischen Bereich suggeriert die Bezeichnung »kirchlich« die Einbindung in hierarchische Strukturen der verfassten Kirche, die nicht gegeben ist und theologisch auch keineswegs erwünscht wäre (vgl. Falterbaum 2000, 53). Aber auch im katholischen Bereich diskutieren Juristen unter dem Stichwort der *Kirchlichkeit einer Einrichtung*, inwieweit die verschiedenen Einrichtungstypen überhaupt der Rechtsaufsicht der verfassten Kirche unterstehen.²

¹ »Unter verfasster Kirche werden die als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisierten Religionsgemeinschaften der römisch-katholischen Kirche einerseits und die der evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) angehörenden Kirchen andererseits verstanden. Zu ihr können auch die Ordensgemeinschaften gehören«, Hammer 2002, 144.

² Vgl. die Darstellung der Diskussion bei Crüwell 2001, 15f. und erst kürzlich Pree 2004; Rüfner 2004.

B. Auswertungskategorien der Experteninterviews

Arbeitsrecht	alles zu Kommissionen, AVR, kath. und evang.
DEKV	Rolle und Bedeutung des DEKV
DiGb>Verband>ev	Dienstgeberverband/AGs evangelisch
DiGb>Verband>kath	Dienstgeberverband/AGs katholisch
DiN>überb>ev>agmav	überbetriebliche Mitbestimmungsstrukturen auf evangelischer Seite, regional
DiN>überb>ev>buko	überbetriebliche Mitbestimmungsstrukturen auf evangelischer Seite, Bundesebene
DiN>überb>kath>bagmav	überbetriebliche Mitbestimmungsstrukturen auf katholischer Seite, Bundesebene
DiN>überb>kath>DiAG	überbetriebliche Mitbestimmungsstrukturen auf katholischer Seite, regional
DiN>überb>koop	Kooperation der überbetrieblichen Mitarbeitervertretungen über die konfessionelle Grenze hinweg
KKVD	Rolle und Bedeutung des KKVD
MAVO	Probleme und Aspekte der Mitarbeitervertretungsordnungen (katholisch)
MVG	Probleme und Aspekte des Mitarbeitervertretungsgesetzes (evangelisch)
pcc	Allgemeines. zu proCum Cert
Profil	allgemeine Aussagen zum christlichen Profil
Profil>DG	Aussagen zur Dienstgemeinschaft
Profil>Leitbild	Leitbildprozesse
Profil>pcc	Beitrag von proCum Cert zum christl. Profil
Umwelt>konfKH>ev	Allgemeines zum Feld »evangelische Krankenhäuser«
Umwelt>konfKH>ev>Konz	Verbünde, Kooperationen, Konzentrationsprozesse im Feld »ev. KH«
Umwelt>konfKH>ev>Träger	Träger im Feld »ev. KH«
Umwelt>konfKH>kath	Allgemeines zum Feld »katholische Krankenhäuser«
Umwelt>konfKH>kath>Konz	Verbünde, Kooperationen, Konzentrationsprozesse im Feld »kath. KH«
Umwelt>konfKH>kath>Träger	Träger im Feld »kath. KH«
Umwelt>öffentl	Allgemeines zum Feld »öffentliche Krankenhäuser«
Umwelt>privat	Allgemeines zum Feld »private Krankenhäuser«
verdi	Verbindung zu ver.di, Rolle von ver.di

C. Vorträge

Schon vor Beginn des Projekts und im Lauf der ersten Projektphase ergaben sich Vortragsanfragen. Damit konnten das Konzept, erste Ergebnisse und die Hypothesen des Projekts Zuhörern aus konfessionellen Krankenhäusern, aus Mitarbeitervertretungen und aus den konfessionellen Wohlfahrtsverbänden präsentiert und mit diesen diskutiert werden. So fand eine begrenzte erste Validierung der Zwischenergebnisse und Evaluation des Projektkonzeptes statt. Zudem ergaben sich zum Teil interessante Anregungen und weiterführende Kontakte in das Feld.

- *Vom Verein zur Aktiengesellschaft: Chancen und Risiken der Rechtsformen. Eine wirtschaftsethische Analyse*, gehalten am 14. März 2003 auf der Tagung »Ökonomisierung der Diakonie – Ausverkauf oder Chance?« an der Evangelischen Akademie Arnoldshain.
- *Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch. Projektvorstellung*, gehalten am 08. April 2003 auf der Krankenhausfrühjahrstagung 2003 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Mitarbeitervertretungen im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz, Katholisch-Soziales Institut, Bad Honnef.
- *Der Dritte Weg unter Druck. Erste Ergebnisse des Forschungsprojekts »Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch«*, Vortrag mit Diskussion, gehalten am 28. April 2004, Prosper-Hospital, Recklinghausen.
- *Profilierungsstrategie und Interessenvertretung – Veränderungen im Bereich von Diakonie und Caritas*, gehalten am 10. Oktober 2004, Gossner-Sonntag, Evangelische Studierendengemeinde Mainz.
- *Gesundheit – eine Ware wie jede andere?*, gehalten am 03. März 2005, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Hannover.

D. Veröffentlichungen

In der Vorbereitung des Projekts und der ersten Projektphase erschienen folgende Veröffentlichungen:

- (2003): *Die christliche Identität eines Krankenhauses*, in: Geisen, Richard/Mühlbauer, Bernd H. (Hg.): *Patient katholisches Krankenhaus?*, Münster, Hamburg, London: Lit, 19–35 [mit Friedhelm Hengsbach].
- (2004): *Vom eingetragenen Verein zur Aktiengesellschaft: Chancen und Risiken der Rechtsformen*, in: Ulshöfer, Gotlind/Bartmann, Peter/Schmidt, Kurt/Segbers, Franz

- (Hrsg.): *Ökonomisierung der Diakonie: Kulturwende im Krankenhaus und bei sozialen Einrichtungen* (= *Arnoldshainer Texte*, Bd. 123), Frankfurt/Main: Haag + Herchen, 78–88.
- (2004): *Rechtsformen: Werte und Unternehmensverfassung*, in: sozialwirtschaft. Zeitschrift für Sozialmanagement, 14. Jahrgang, Heft 1, 11–13.
 - (2004): *Interviews in der qualitativen Sozialforschung und EDV: die technische Seite unter OSX*, unter: http://www.st-georgen.uni-frankfurt.de/nbi/pdf/pro_KH_Technik.pdf
 - (2004): *Profilierungsstrategie und Interessenvertretung – Veränderungen im Bereich von Diakonie und Caritas*, in: Gossner–Haus Mainz (Hrsg.) *Interessenvertretung in den Zeiten der ökonomischen Krise. Entwicklung in Diakonie und Kirche*, Mainz: Eigenverlag, 5–9.

E. Projektantrag – August 2003

E.1. Zusammenfassung

Den Kirchen in Deutschland ist durch das Grundgesetz ein Selbstbestimmungsrecht garantiert, das es ihnen erlaubt, einen arbeitsrechtlichen Sonderweg zu gehen. Davon betroffen sind nicht nur die unmittelbar kirchlich Bediensteten, d. h. Geistliche und Kirchenbeamte, sondern auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den an die Kirchen angeschlossenen Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege von Caritas und Diakonie, für die ein privatrechtliches Arbeitsverhältnis gilt. In diesem Bereich sind die Kirchen bedeutende Arbeitgeber, denn mit circa 880.000 Menschen in Vollzeit- und Teilzeitarbeitsverhältnissen arbeiten ungefähr zwei Drittel der hier Beschäftigten in kirchlichen Einrichtungen.

Sowie auf alle Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems ist der politisch-ökonomische Veränderungsdruck auf die kirchlichen Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege seit Anfang der 1990er Jahre massiv gewachsen. Die Gesundheitsausgaben werden in der öffentlichen Diskussion als viel zu hoch bewertet, was sich im Schlagwort der »Kostexplosion« ausdrückt. Sie sollen durch die Einführung von wettbewerblichen Elementen mit dem Ziel, einen »Gesundheitsmarkt« zu etablieren, eingedämmt werden. Im Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte des Marktes erhofft man sich eine effizientere Nutzung der eingesetzten Ressourcen. Deshalb ist auch der Vorrang der freigemeinnützigen Träger durch gesetzliche Neuregelungen abgeschafft worden. Sie sollen vielmehr mit öffentlichen und privaten Sozialdiensten um die Kaufkraft privater Kunden konkurrieren. In diesem Kontext steht auch der arbeitsrechtliche Sonderweg in den kirchlichen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege vor neuen Herausforderungen.

Mit dem Forschungsprojekt »Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch« soll untersucht werden, wie kirchliche soziale Einrichtungen auf die politisch-ökonomischen Herausforderungen reagieren und welche Auswirkungen dies im Besonderen auf die Arbeitsbeziehungen gemäß dem Sonderarbeitsrecht der Kirchen einschließlich der Interessenvertretungen hat. Lässt sich – entsprechend der Rhetorik konfessionell getragener Einrichtungen – eine eigener kirchlicher Weg identifizieren und was bedeutet das für die Arbeitsbedingungen im Allgemeinen und die Möglichkeiten kollektiver Interessenvertretung im Besonderen?

Als Untersuchungsfeld wird der Krankenhausbereich gewählt. Zwar hat das Nebeneinander von Krankenhäusern unterschiedlicher Träger schon seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs einen ständigen Konkurrenz- und Anpassungsdruck ausgeübt. Der politisch-ökonomische Druck der jüngsten Zeit hat nun jedoch zu erheblich neuen Rahmenbedingungen geführt. Mit der schrittweisen Einführung eines Fallpauschalensystems im Gesundheitsstrukturgesetz 1993, die zum 01. Januar 2004 abgeschlossen sein wird, hat der Gesetzgeber die Finanzierung der Krankenhäuser massiv verändert. Zur Sicherung ihres wirtschaftlichen Überlebens im damit verschärften Wettbewerb zielen die Krankenhäuser auf die Schärfung eines unverwechselbaren Profils und interne Effizienzsteigerung. Dies

verlangt zum Teil weitreichende Änderungen der Organisationsstruktur und der Struktur der Arbeitsorganisation im Krankenhaus. Kirchliche Häuser haben diese Herausforderung explizit angenommen. Sie bemühen sich dabei bereits seit längerem, ein spezifisch »christliches Profil« auszubilden, und in der Gruppe der Krankenhäuser, die in Reaktion auf die Herausforderungen innovative Projekte gestartet haben, sind konfessionelle Krankenhäuser – insbesondere wenn sie als GmbH oder als Anstalt des öffentlichen Rechts geführt werden – überrepräsentiert. Um das christliche Profil zu stärken, sind von den beiden konfessionellen Krankenhausverbänden beispielsweise über die allgemeinen Qualitätskriterien für den gesamten Krankenhausbereich hinaus speziell kirchliche Qualitätskriterien für kirchliche Krankenhäuser geschaffen worden. Eine in ökumenischer Initiative gegründete Zertifizierungsgesellschaft vergibt danach ein eigenständiges Qualitätszertifikat. Wegen dieser exponierten Entwicklung ist es deshalb zu erwarten, dass sich in kirchlichen Krankenhäusern besonders gut beobachten lässt, wie in kirchlichen sozialen Einrichtungen den politisch-ökonomischen Herausforderungen begegnet wird, welche Änderungen unter Umständen angestrebt und vorgenommen werden (müssen) sowie ob und welchen Unterschied es für Arbeitsbedingungen und die Möglichkeit kollektiver Interessenvertretung der Beschäftigten macht, wenn sie für eine kirchliche, statt für eine öffentliche oder private Einrichtungen arbeiten.

Die Studie hat explorativen Charakter. Anhand von fünf bis sechs ausgewählten Fällen soll das »christliche Profil« und die sich daraus ergebenden Bedingungen in kirchlichen Krankenhäusern exemplarisch herausgearbeitet werden. Kirchliche Krankenhäuser sehen insbesondere private Kliniken als Konkurrenten, da diese ihre Strategie vermeintlich uneingeschränkt nach bloßen ökonomischen Kriterien ausrichten können. Deshalb soll neben katholischen und evangelischen Krankenhäusern möglichst auch ein Haus in privater Trägerschaft in der Untersuchungsgruppe enthalten sein.

Für die Untersuchung ist ein Mehrmethoden- und Mehrebenenansatz erforderlich. Die Analyse der eigenständigen Profilierungsstrategie kirchlicher Krankenhäuser soll mit einer Dokumentenanalyse und Interviews mit Vertretern der kirchlichen Krankenhausverbände und der Zertifizierungsgesellschaft erfolgen. Die konkrete Umsetzung dieser Strategie und deren Auswirkungen sollen auf der Ebene einzelner Krankenhäuser mit offenen, durch einen Leitfaden gestützte Interviews erhoben werden.

E.2. Gesellschaftspolitischer Begründungszusammenhang

Kirchliche Krankenhäuser befinden sich im Umbruch. Ihre aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass für sie die Regelungen eines eigenen kirchlichen Arbeitsrechts mit Auswirkungen auf die Gestaltung der Interessenvertretung gelten (Kap. E.2.1), der Krankensektor als wesentlicher Teil des Gesundheitssystems auf politisch-ökonomische Herausforderungen massiv zu reagieren gezwungen ist (Kap. E.2.2), was kirchliche Krankenhäuser erkannt und mit der Herausbildung eines »christlichen Profils« zu beantworten begonnen haben (Kap. E.2.3). Ob und gegebenenfalls wie sich dies auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere ihre Möglichkeiten der kollektiven Interessenvertretung auswirken wird, ist allerdings noch weitgehend offen.

E.2.1. Arbeitgeberin Kirche

Das Selbstbestimmungsrecht der Kirchen und der »Dritte Weg«

Das sich aus dem Grundgesetz ergebende besondere Staats-Kirchenverhältnis in Deutschland gesteht den Kirchen zu, einen Sonderweg im Arbeitsrecht zu gehen. Artikel 4 des Grundgesetzes – der die individuelle Religionsfreiheit garantiert – in Verbindung mit Artikel 140 des Grundgesetzes – der seinerseits auf die Artikel 136–139 und 141 der Weimarer Reichsverfassung verweist – verleiht den Kirchen im Rahmen des für alle geltenden Gesetzes ein Selbstbestimmungsrecht bei der Regelung ihrer Angelegenheiten (vgl. Crüwell 2001, 21f.; Falterbaum 2000, 18–28). Dies gilt für den gesamten kirchlichen Dienst, also nicht nur für den Bereich der verfassten Kirchen, sondern auch für alle den Kirchen zugeordneten Einrichtungen. Die Kirchen haben dies genutzt, für den kirchlichen Dienst ein eigenes Arbeitsrecht zu schaffen, was von der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in mehreren Urteilen bestätigt worden ist.¹ Dieses übernimmt weitgehend die gesetzlichen Bestimmungen des individuellen Arbeitsrechts, verpflichtet allerdings die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einem loyalen Verhalten gegenüber den theoretischen Überzeugungen und praktischen Normen der Kirchen.

Beim kollektiven Arbeitsrecht nehmen die Kirchen jene Ausnahmeregelungen in Anspruch, die das Betriebsverfassungsgesetz und das Mitbestimmungsgesetz den Religionsgemeinschaften zugestehen. An der Stelle von Betriebsräten bzw. Personalräten sind auf der Einrichtungsebene Mitarbeitervertretungen zugelassen. Nicht vorgesehen sind kirchenfremde Gewerkschaften, der Abschluss von Tarifverträgen und das Druckmittel des Streiks. Stattdessen kommen die Arbeitsrechtsregelungen durch Kommissionen² zustande, die mit Vertretern der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Arbeitgeber paritätisch besetzt sind. Bei der katholischen Kirche bedürfen die Beschlüsse der Kommissionen darüber hinaus der Promulgation des jeweiligen Bischofs, dem – falls er diese verweigert und in mehreren Vermittlungsverfahren keine Einigung mit der Kommission erzielt wurde – auch die letzte Entscheidungskompetenz zukommt³. In Abgrenzung zum »Ersten Weg« der durch den Arbeitgeber einseitig festgelegten Arbeitsrechtsnormen und zum Modell der Tarifau-

¹ Dagegen rückt die neuere Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts deutlich von den vom Bundesverfassungsgericht vertretenen Rechtspositionen (z. B. in der Volmarstein-Entscheidung von 1981 [BVerfGE 57, 220], mit der das Zugangsrecht externer Gewerkschaftsfunktionäre zu kirchlichen Einrichtungen verneint wurde) ab, Schleitzer 2001, 21.

² Die Bezeichnung im Bereich der evangelischen Kirchen lautet »Arbeitsrechtliche Kommissionen«, in der katholischen Kirche Kommissionen zur Ordnung der Arbeitsrechts (KODA) als so genannte Bistums-KODA, Regional-KODA (gültig für mehrere Bistümer) bzw. Zentral-KODA (für überdiözesane Einrichtungen) bzw. »Arbeitsrechtliche Kommission« des Deutschen Caritasverbands, wenn die Einrichtung dem Deutschen Caritasverband zugehörig ist. Vgl. im Einzelnen: Falterbaum 2000, 84ff.; für den katholischen Bereich: Crüwell 2001, 24ff.

³ Zur Beschlussfassungs- und Vermittlungsverfahren für die Kommissionen im Bereich der katholischen Kirche im Einzelnen: Crüwell 2001, 27ff.

tonomie und des Tarifvertrags des »Zweiten Wegs«⁴ wird diese eigenständige kirchliche Konstruktion »Dritter Weg« genannt⁵.

Die Dienstgemeinschaft

Der Ausgangspunkt für das Verständnis des arbeitsrechtlichen Sonderwegs der Kirchen ist die ihm zugrunde liegende normative Konzeption der Dienstgemeinschaft. Dieses Leitbild wird in der katholischen und der evangelischen Kirche trotz aller bestehenden Unterschiede in sehr ähnlicher Weise interpretiert⁶. Die Dienstgemeinschaft umfasst alle in einer Einrichtung der jeweiligen Kirche Arbeitenden, unabhängig von ihrem Beruf, ihrer fachlichen Kompetenz, ihrer arbeitsrechtlichen Stellung als leitende Angestellte oder unselbständig Beschäftigte oder des ehrenamtlichen oder hauptamtlichen Charakters ihrer Tätigkeit. Mit ihrer Arbeit tragen sie zur Verwirklichung des kirchlichen Heils- und Verkündigungsauftrags der Kirche bei, was diese grundsätzlich von einer Erwerbsarbeit im nicht-kirchlichen Bereich, auch in anderen nicht-gewinnorientierten Einrichtungen, unterscheidet. Durch ihre religiöse Bestimmung ist die Dienstgemeinschaft nur sehr bedingt mit dem Leitbild oder der »corporate identity« eines Wirtschaftsunternehmens vergleichbar. Sie verpflichtet vielmehr jeden kirchlichen Mitarbeiter dem Auftrag und den Werten des Evangeliums sowie Dienstgeber und Dienstnehmer zur vertrauensvollen Zusammenarbeit bei der Verwirklichung des gemeinsamen Dienstes. Der für alle verbindlichen religiösen Dimension der Dienstgemeinschaft scheint es dabei nicht zu widersprechen, dass in den kirchlichen Einrichtungen neben katholischen und protestantischen Christen auch Muslime oder gar religiös- und konfessionslose Personen beschäftigt sind. Neben dieser religiösen bzw. unternehmenskulturellen Dimension, die sich zumeist in einem Leitbild artikuliert, hat die Dienstgemeinschaft eine arbeitsrechtliche Dimension. Sie macht die greifbare Eigenart des kirchlichen Dienstes aus und hat eine individualrechtliche und eine kollektivrechtliche Seite.

Individualrechtlich werden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Loyalitätspflichten auferlegt, die über die in allen Bereichen der Wirtschaft und Verwaltung üblichen hinausgehen. Dabei wird die Trennung in Arbeits- und Privatleben – besonders bei der katholischen Kirche – nur noch begrenzt zugelassen. Dazu gehören vor allem die Zustimmung zu den Zielen der Einrichtung und die Anerkennung ihres kirchlichen Selbstverständnisses, dass dem dienstlichen Handeln zugrunde gelegt werden soll. Neben der allgemeinen Forde-

⁴ Den »Zweiten Weg« gehen allerdings die Nordelbische Kirche sowie die Evangelische Kirche Berlin-Brandenburg, wobei die abgeschlossenen Tarifverträge »kirchengemäß« gestaltet sind, vgl. Schleitzer 2001, 22f.; Beyer/Nutzinger 1991, 59.

⁵ Der »Dritte Weg« bezeichnet also eigentlich nur den Sonderweg der Kirchen auf der Ebene der Kommissionen. Der Begriff wird jedoch meist ungenau verwendet und es wird pauschal vom Dritten Weg gesprochen, wenn der Sonderweg der Kirchen in der Betriebsverfassung und auf der Tarifebene gemeint ist, Crüwell 2001, 20.

⁶ Vgl. (Beyer/Nutzinger 1991, 47f.) für eine kurze Zusammenschau entsprechender katholischer und evangelischer Texte bzw. als Legaldefinition Art. 1 Satz 1 der Grundordnung des kirchlichen Dienstes: »Alle in einer Einrichtung der katholischen Kirche Tätigen tragen durch ihre Arbeit ohne Rücksicht auf die arbeitsrechtliche Stellung gemeinsam dazu bei, dass die Einrichtung ihren Teil am Sendungsauftrag der Kirche erfüllen kann (Dienstgemeinschaft).«

rung, kirchenfeindliches Verhalten zu unterlassen, beinhalten die Loyalitätspflichten meist sittlich-religiöse Anforderungen, die je nach Stellung, Art des Dienstes und Konfession bzw. Religion der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgestuft sein können. So ergeben sich beispielsweise in katholischen Einrichtungen jeweils unterschiedliche Anforderungen an katholische Männer und Frauen, je nachdem ob sie im pastoralen, katechetischen oder erzieherischen Dienst tätig sind, sowie an nicht-katholische Christen oder nicht-christliche Frauen und Männer⁷. Die sich aus der Dienstgemeinschaft ergebenden Verpflichtungen lassen sich im Einzelnen kaum formal-juristisch erfassen. Sie sind von der Rechtsprechung bisher in der Regel anerkannt worden.

Kollektivrechtlich sind die Kirchen aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts auch aus dem Geltungsbereich des Betriebsverfassungsgesetzes und der Personalvertretungsgesetze herausgenommen. An die Stelle der Personal- und Betriebsräte treten bei ihnen so genannte Mitarbeitervertretungen. Ihre rechtliche Grundlage haben sie in der »Rahmenordnung für eine Mitarbeitervertretungsordnung« (MAVO)⁸ bei der Katholischen Kirche bzw. im Mitarbeitervertretungsgesetz (MVG) im Bereich der Evangelischen Kirche⁹. Das Diakonische Werk hat seine früher bestehende Mitarbeitervertretungsordnung zugunsten des MVG aufgegeben und die MAVO bezieht sich auch auf die gesamte Caritas. Sowohl bei der MAVO als auch beim MVG wird zurzeit an einer Novellierung gearbeitet¹⁰. Die Regelungen der MAVO sowie des MVG bleiben bisher allerdings hinter denen des Betriebsverfassungsgesetzes und des Personalvertretungsrechts zurück. Dies gilt sowohl für die Gegenstände der Mitbestimmung als auch für die Handlungsmöglichkeiten der Mitarbeitervertretungen (Däubler 2002, 12).

Eine Eigenart des arbeitsrechtlichen Sonderwegs bei der katholischen Kirche ist die überbetriebliche Vernetzung der innerbetrieblichen Mitbestimmungsorgane, nämlich die so genannten Diözesanen Arbeitsgemeinschaften (DiAG) auf Bistumsebene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Mitarbeitervertretungen (BAG-MAV) auf Bundesebene. Die diözesanen Arbeitsgemeinschaften sollen die Mitarbeitervertretungen beraten und fortbilden sowie die Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Bistums-KODA und in der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbands anregen. In den süddeutschen Diözesen gibt es getrennte Diözesane Arbeitsgemeinschaften für die verfasste Kirche und für die Caritas. Diese Gremien übernehmen faktisch immer mehr die Rolle von Quasi-Gewerkschaften.

⁷ Vgl. Art. 4 der »Grundordnung des kirchlichen Dienstes im Rahmen kirchlicher Arbeitsverhältnisse« der deutschen Bischöfe vom 22. September 1993. Zu den individualrechtlichen Loyalitätspflichten und Problemen ihrer Verletzung vgl. auch Falterbaum 2000, 76ff.

⁸ Die MAVO ist eine Musterordnung, die vom jeweiligen Bischof für seine Diözese in Kraft gesetzt werden muss, weshalb die einzelnen diözesanen Mitarbeitervertretungsordnungen teilweise von ihr abweichen, Crüwell 2001, 29.

⁹ Soweit einzelne Landeskirchen das MVG nicht direkt übernommen haben, orientiert sich ihre eigene Gesetzgebung sehr eng an diesem.

¹⁰ Die MAVO ist seit ihrer ersten Inkraftsetzung 1971 fünfmal novelliert worden. Mit dem MVG sollte 1992 die bis dahin bestehende Rechtszersplitterung der 15 verschiedenen Regelungswerke der evangelischen Landeskirchen und der Diakonie beendet werden. Es ist seitdem zweimal novelliert worden. Zum aktuellen Stand der Novellierungen vgl. die Beiträge in Oxenkecht-Witzsch 2002.

E.2.2. Politisch-ökonomische Herausforderungen

Mit der Konjunkturkrise Mitte der 1970er Jahre, insbesondere dem damit verbundenen Anstieg der Arbeitslosigkeit, den sich so ergebenden Beitragsausfällen bei den Sozialversicherungen und den Steuerausfällen ist das Gesundheitssystem unter einen anhaltenden Veränderungsdruck geraten. Mit dem Schlagwort der »Kostenexplosion« wird seitdem suggeriert, die Ausgaben für das Gesundheitssystem stiegen wegen Verschwendung der Ressourcen und übersteigerter Ansprüche der Bürgerinnen und Bürger dauernd und übermäßig an¹¹. Diese Analyse ist empirisch falsch, denn die Gesundheitsausgaben sind in absoluten Zahlen in den letzten 25 Jahren zwar stark angewachsen, aber ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt beträgt für Westdeutschland seit 1980 kontinuierlich um die 6% (Kühn 2001, 4; Deppe 2000, 217ff). Der Anteil für Gesamtdeutschland liegt zwar höher – nämlich seit 1991 zwischen 10 und 11%. Dieser höhere Anteil ist jedoch ebenfalls annähernd gleich geblieben und hauptsächlich auf die wesentlich geringere Wirtschaftskraft der neuen Bundesländer zurückzuführen.

Der Anstieg der Beitragssätze der Krankenversicherungskassen, der dem anscheinend widerspricht, ist im wesentlichen einnahme- und nicht ausgabenbedingt, denn die Beiträge sind Prozentsätze der Löhne und die Lohnquote ist seit 1980 ständig gesunken (vgl. Schäfer 2002, 7f. und 42). Dies ist zum einen Ergebnis der verstetigten Massenarbeitslosigkeit und zum anderen der zurückhaltenden Tarifverhandlungen. Damit soll keineswegs bestritten werden, dass auch die Ausgabenseite kontrolliert werden muss. Über-, Unter- und Fehlversorgung existieren durchaus und müssen möglichst beseitigt werden. Beim Einsatz von Arzneien und Heilmitteln sind zweifellos Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem vorhanden. Dazu sind auch Strukturreformen nötig. Allerdings besteht die Finanzierungskrise der Krankenversicherung zu einem wesentlichen Teil eben auch auf der Einnahmeseite.

Dessen ungeachtet sollen gemäß dem neoliberalen Paradigma im Gesundheitssystem allein Kosten eingespart und durch die Einführung von mehr Wettbewerb dessen Effizienz erhöht werden¹². Dazu wurden seit 1977 mehrere Kostendämpfungsgesetze, eine dreistufige Gesundheitsreform – Gesundheitsreformgesetz 1989, Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GSG), Beitragsentlastungsgesetz einschließlich zweier Neuordnungsgesetze 1997 – sowie das Gesundheitsreformgesetz 2000 erlassen¹³. Darüber hinaus sind für die kirchlichen Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege als Agenturen des Sozialstaats vor allem die einzelnen strukturellen Änderungen im Rahmen der Sozialgesetzgebung von Bedeutung. Die Bundespflegeverordnung 1995, die Neufassung des § 93 Bundessozialhilfegesetz und der §§ 78a–78g Kinder- und Jugendhilfegesetz, die 1999 in Kraft getreten sind, haben die freigemeinnützigen Träger den gewerblichen Trägern gleichgestellt. Dadurch wurde die

¹¹ Vgl. ausführlich Braun et al. (1999).

¹² Damit werden gerade notwendige Reformen wie Behandlungsrichtlinien, Disease-Management-Programme, die die Chance einer rationaleren und wirtschaftlicheren Medizin und Pflege in sich tragen (vgl. Simon 1997, 66) und das Aufbrechen der Anbieterkartelle im Pharma- und Heilmittelbereich vernachlässigt.

¹³ Vgl. dazu im Einzelnen Deppe 2000, besonders 97–194. Die rot-grüne Gesundheitspolitik zeigt trotz erheblicher Unterschiede im Detail dabei eine erstaunliche Kontinuität zu jener Anfang der 1990er Jahre, vgl. Deppe 2000, 190ff.

bis dahin gemäß dem Subsidiaritätsgrundsatz bestehende Vorrangstellung der freigemeinnützigen Träger quasi obsolet. Die Sozialgesetzgebung kennt nun einheitlich nur noch Leistungserbringer.

Die damit beabsichtigte Entwicklung hin zu mehr Wettbewerb und Markt im Gesundheitssystem wird als dessen »Ökonomisierung« bezeichnet. Die Grundsätze vernünftigen Wirtschaftens haben jedoch für die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitssystems schon immer gegolten.¹⁴ Ökonomisierung ist keineswegs gleichbedeutend mit Wirtschaftlichkeit¹⁵, sondern meint vielmehr die »umsichgreifende, bruchlose und unkontrollierte Übertragung ökonomischer Gesetze und Instrumente auf außerökonomische Sachverhalte und Probleme« (Deppe 2000, 214). Fachlich-medizinische und ethische Kriterien werden dadurch tendenziell zurückgedrängt. Der Prozess der Ökonomisierung des Gesundheitswesens lässt fünf Tendenzen erkennen:

1. *Zurücknahme des Staates.* Das neoliberale Paradigma nimmt an, dass die Privatwirtschaft in sich stabil sei. Deshalb wird alles staatliche Handeln im Bereich der Wirtschaft – sei es durch eigene wirtschaftliche Tätigkeiten, sei es durch die Regulierung privaten Wirtschaftens – als Störung und damit als entscheidender Grund für die wirtschaftliche Krise gesehen. Ein rigoroser Abbau der Staatstätigkeit und die Konsolidierung der öffentlichen Haushalte seien die Voraussetzungen für eine allgemeine wirtschaftliche Gesundung. Das Leitbild des »schlanken Staats« wurde in jüngster Zeit ergänzt durch das des »aktivierenden Staats«, der sich auf seine »Kernaufgaben« zurückziehen und die bisher als öffentlich angesehenen Aufgaben (Gesundheit, Erziehung/Bildung¹⁶) privaten Anbietern überlassen soll. Dies zeigt sich im Krankenhaussektor als zweifacher »Rückzug« öffentlicher Krankenträger. In den 1990er Jahren haben erstens zunehmend mehr kommunale Krankenträger ihre Rechtsform geändert – meist vom Regiebetrieb in eine GmbH oder gemeinnützige GmbH, offenbar um eine Haftung für Defizite zu vermindern und das Krankenhausmanagement zu befähigen, schneller und flexibler auf die wirtschaftlichen Herausforderungen reagieren zu können. Darüber hinaus wurden zweitens öffentliche Kliniken vermehrt an private Krankenhausunternehmen verkauft. In Ostdeutschland ist diese Entwicklung schon erheblich weiter fortgeschritten als in Westdeutschland (vgl. Simon 2001, 19f.).
2. *Machtverschiebung und Verlagerung des Risikos.* Die gesetzlichen Änderungen spiegeln eine Machtverschiebung zwischen Leistungsanbietern und Finanzierungsträgern (Staat, öffentliche und private Versicherungsträger) wider, die in den letzten Jahren zugunsten der Finanzierungsträger stattgefunden hat. Dies gilt besonders für Krankenhäuser. Während den Anbietern bis zum GSG 1993 nach dem Selbstkostendeckungsprinzip alle angefallenen Kosten erstattet wurden, geben die mit der

¹⁴ Dies gilt insbesondere für freigemeinnützige – also auch kirchliche – Krankenhäuser, die ihre eigenverantwortliche Wirtschaftsführung immer zur Wirtschaftlichkeit gezwungen hat, vgl. Rausch 1988, 115.

¹⁵ Ob die Ökonomisierung zu mehr Wirtschaftlichkeit führt oder gerade das Gegenteil bewirkt ist grundsätzlich empirisch offen. Übersehen wird meist, dass einzelbetriebliche Einsparung oft zu größeren gesamtgesellschaftlichen Kosten führen.

¹⁶ In den USA sogar im Strafvollzug.

Bundespflegesatzverordnung 1995 eingeführten Instrumente prospektiver Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) dieses Prinzip zugunsten einer strengen Ausgabenbegrenzungen auf. Anstatt Mechanismen zu installieren, die die Leistungserbringung transparenter machen und so den Ressourceneinsatz zu kontrollieren ermöglichen, wird damit das wirtschaftliche Risiko von den öffentlichen Haushalten und den Versicherungen einseitig auf die Leistungsanbieter übertragen. Diese sind in der Folge daran interessiert, ihren Ressourceneinsatz zu verringern, um Verluste vermeiden beziehungsweise Gewinne erzielen zu können. Da die Personalausgaben in der Regel den größten Anteil an den Gesamtkosten ausmachen – im Krankenhaus betragen diese z. B. durchschnittlich zwei Drittel (Simon 2000, 256) – lastet auf ihnen der Hauptdruck. Zuerst betroffen sind hier wiederum nicht-abrechenbare Leistungen wie persönliche Interaktion und Kommunikation. Der durch die prospektive Finanzierung gegebene Anreiz zur Kostensenkung führt darüber hinaus auch zum erhöhten Risiko konkreter Unterversorgung (Kühn 2002b). Der Steuerungseffekt des prospektiven Finanzierungssystems in seiner jetzigen Form ist deshalb fragwürdig.

3. *Betriebswirtschaftliche Steuerungsformen*. Die prospektiven Finanzierungsformen zwingen die Anbieter, sich stärker betriebswirtschaftlich-rational zu organisieren. Die unternehmerischen Steuerungsmethoden des New Public Management, die in den öffentlichen Verwaltungen eingeführt werden, gelten dabei als Vorbild. Der Wechsel von der ressourcen- zur output-orientierten Steuerung erfordert notwendigerweise eine Standardisierung und Quantifizierung der medizinischen und pflegerischen Arbeit. Die »Qualitätssicherung« ist hier das herausragende Instrument, wobei der Qualitätswert anhand dreier Dimensionen bestimmt werden soll – »der Zufriedenheit der Adressaten (Ertragskraft), der Zahlungsbereitschaft der Geldgeber (Wettbewerbsvorteil) und der Motivation der Mitarbeiter (Arbeitsbedingungen)« (Hengsbach 2000, 41). Qualitätssicherung dient wiederum als Voraussetzung für eine Zertifizierung, die Geldgeber und »Kunden« anlocken soll. Die Einführung betriebswirtschaftlicher Steuerungsformen birgt die Gefahr, zu einer noch stärkeren Bürokratisierung und dazu zu führen, dass Leistungen, die sich nicht quantifizieren und kaum standardisieren lassen (persönliche Kommunikation und Zuwendung), abgewertet werden. Dabei ist die Bildung von Fallgruppen zur Vergleichbarkeit medizinischer Leistungen durchaus sinnvoll. Die Bewertung einzelner Fallgruppen, d. h. die Bildung von Fallpauschalen, die ihrerseits die Grundlage eines allgemeinen Finanzierungssystems bilden, ist allerdings weiterhin mit vielen Problemen verbunden¹⁷. Kritisch ist deshalb vor allem der – auch im internationalen Vergleich – sehr knappe Zeitraum, in dem das Fallpauschalensystem in Deutschland eingeführt werden soll.

Bei den kirchlichen Einrichtungen ist die »Verbetriebswirtschaftlichung« (Butterwege 1999) zudem eng verbunden mit Bestrebungen, die Strukturen des Bundesangestelltentarifs durch alternative Tarifregelungen zu ersetzen, was in der Regel mit einer schlechteren Bezahlung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einhergeht.

¹⁷ Vgl. die Beiträge in Arnold et al. (2000). Im übrigen weisen sowohl die Erfahrungen in den USA als auch erste Erfahrungen in Deutschland darauf hin, dass ein Fallpauschalensystem nicht zu einer Kostenreduzierung im Gesundheitssystem führt.

4. *Kommerzialisierung.* Durch die Einführung betriebswirtschaftlicher Steuerungsformen sollen medizinische und pflegerische Leistungen transparent, kalkulierbar und steuerbar werden. Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, den Gesundheitssektor zunehmend in einen Gesundheitsmarkt umzuwandeln, was im Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte des Marktes beabsichtigt ist. Institutionelle Kapitalanleger sollen Interesse beispielsweise an bestimmten Sektoren des Krankenhausbereichs finden. Konzentrationsprozesse und die Bildung von Ketten sind zu beobachten, was die Entwicklungen im Gesundheitssektor der USA nachzuvollziehen scheint (vgl. Kühn 2002a, 7). Da der Vorrang freigemeinnütziger vor privaten und öffentlichen Anbietern faktisch nicht mehr gilt, müssen sich auch kirchliche Einrichtungen im Wettbewerb bewähren. Vernachlässigt wird dabei, dass es sich im Gesundheitssektor um einen Quasi-Markt handelt, insofern die Bestimmungsgrößen der Nachfrage und des Angebots durch die Entscheidungen der Politik und der Verwaltung indirekt definiert werden. Zudem greifen diese auch direkt in das Spiel der Marktkräfte ein, wenn sie für sich zunehmend »ein Wahlrecht der Finanzierungsart« (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2000, 320) geltend machen.

5. *Europäischer Binnenmarkt.* Neben dem freien Waren- und Personenverkehr wurde auch die Freiheit des Dienstleistungsverkehrs im Europäischen Binnenmarkt festgeschrieben. Wegen vieler nationaler bürokratischer Hindernisse ist sie allerdings noch nicht verwirklicht. Die von der Europäischen Kommission in Angriff genommene Beseitigung der Schranken für den grenzüberschreitenden Dienstleistungsverkehr wird auch Auswirkungen auf den Wohlfahrtssektor haben. Der sich erst in Ansätzen formierende europäische »Sozialstaat« scheint die soziale Sicherung auf eine Grundversorgung beschränken, staatliche Leistungen abbauen und zu einem großen Teil privatisieren zu wollen. Zwar ist die nationale Kompetenz zur Gestaltung der Sozialpolitik und damit die Position der Wohlfahrtsverbände in Deutschland bisher noch ungebrochen. Die überwiegend marktorientierte Sichtweise der Europäischen Kommission macht es jedoch längerfristig wahrscheinlich, dass künftige EU-Richtlinien den Wettbewerb im Wohlfahrtssektor verschärfen werden¹⁸.

Die Ökonomisierung tritt für kirchliche Krankenhäuser neben die bereits seit den 1970er Jahren bestehenden Herausforderungen der Technisierung und der Professionalisierung bzw. für kirchliche Häuser damit verbunden auch der Säkularisierung¹⁹. Zwar haben bereits letztere Entwicklungen eine Neubestimmung des Selbstverständnisses kirchlicher Krankenhäuser angestoßen, und die Technisierung hat zur Forderung einer »Humanisierung« des Krankenhauses über den Bereich kirchlicher Krankenhäuser hinaus geführt. Die Änderung des Finanzierungsrechts betrifft allerdings unmittelbar die Existenz des einzelnen Krankenhauses. Die damit verbundene Herausforderung der Ökonomisierung geht deshalb weit über jene der Professionalisierung und Technisierung hinaus.

Die relativ klaren Berufsbilder im Krankenhaus, die professionellen Standards in Medizin und Pflege und die staatlichen Vorgaben haben allerdings bereits nach dem Zweiten

¹⁸ Vgl. auch Berroth 1999, 10f.; Schmid 2001, 195.

¹⁹ Zur Herausforderung durch die Säkularisierung der Mitarbeiterschaft vgl. Rausch 1984, 451ff.

Weltkrieg zu einer Angleichung der Arbeitsbedingungen und der Organisationsstrukturen der Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft geführt. Es stellt sich so die Frage, ob dieser sowieso bestehende Angleichungsprozess durch die Ökonomisierung nun weiter verschärft oder beschleunigt wird. Daran schließt sich die Frage an, welcher Raum damit für ein eigenständiges »kirchliches« Profil überhaupt existiert.

E.2.3. Das Kirchliche Krankenhaus

Im deutschen Krankenhauswesen bilden die kirchlichen Krankenhäuser eine bedeutende Gruppe. Im Jahr 2001 befanden sich über 750 Krankenhäuser, d. h. circa Drittel aller Krankenhäuser in Deutschland in kirchlicher Trägerschaft²⁰. Die Gruppe der freigemeinnützigen Krankenhäuser setzt sich sogar zu einem weit überwiegenden Teil aus kirchlichen Krankenhäusern zusammen.

Krankenhäuser sind bereits in der Antike bekannt. Allerdings standen Krankenpflegestalten ebenso wie generell eine nach dem zeitgenössischen Stand der Wissenschaft fundierte Krankenpflege nur den wohlhabenden Schichten bzw. als Militärlazarett relativ kleinen, ausgewählten Bevölkerungsgruppen zur Verfügung (Rausch 1984, 36f.). Der eigentliche Ursprung der Krankenhäuser Europas liegt deshalb im christlichen Gebot der tätigen und helfenden Nächstenliebe, ausgedrückt im Vorbild des barmherzigen Samariters, das in eine »spezifisch christliche vorstaatliche und außermedizinische Tradition der stationären Versorgung in Hospitälern« (Ebertz 1994, 31) mündete. Zwar ist die meist vertretene These, dass sich die Kirchen bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts als einzige gesellschaftliche Institution um die Krankenpflege gekümmert haben, so nicht haltbar. Denn bereits im Mittelalter lässt sich eine Vielfalt an Trägern im Hospitalwesen nachweisen und im 17. und 18. Jahrhundert befand sich die kirchliche Krankenpflege in einer schweren Krise, die erst im 19. Jahrhundert überwunden werden konnte. Darüber hinaus standen kirchliche Krankenhäuser den naturwissenschaftlich-medizinischen Methoden, die erst die Voraussetzung für das moderne Krankenhauswesen schafften, lange skeptisch gegenüber und überließen deren Anwendung den staatlichen und kommunalen Einrichtungen.²¹ Mit der Herausbildung des Sozialstaats am Ende des 19. Jahrhunderts nahmen die Kirchen jedoch als bedeutende Trägergruppe an der enormen quantitativen und qualitativen Entwicklung des Krankenhauswesens teil. Kirchliche Krankenhäuser wurden im demokratischen Sozialstaat nach 1945 in die freigemeinnützigen kirchlichen Wohlfahrtsverbände eingegliedert und als wichtige Agenturen des Sozialstaats in das Sozial- und Gesundheitswesen eingebunden.

²⁰ Weder beim Statistischen Bundesamt noch bei den beiden Kirchen wird eine verbindliche Statistik der kirchlichen Krankenhäusern geführt. In beiden kirchlichen Krankenhausverbänden ist die Mitgliedschaft nicht verbindlich, sondern freiwillig, wobei jedoch davon ausgegangen werden kann, dass der überwiegende Teil kirchlicher Krankenhäuser im entsprechenden Verband auch Mitglied ist. Im Juni 2002 hatte der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e. V. 477 Mitglieder, der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e. V. 276 (telefonische Auskunft der Verbände). Im Jahr 2001 gab es in Deutschland laut Statistischem Bundesamt insgesamt 2240 Krankenhäuser. Zu den Problemen der statistischen Erfassung vgl. Rausch 1984, 242.

²¹ Siehe ausführlich zur historischen Entwicklung des Krankenhauswesens in Deutschland und dem Beitrag der Kirchen: Rausch 1984, hier 33f.

Kirchliche Krankenhäuser bewahrten ihren eigenen Charakter bis in die 1950er Jahre quasi »von selbst« durch ihre Mitarbeiterstruktur, weil die Pflege in der Regel überwiegend durch Ordensschwestern und Diakonissen übernommen wurde. Seit den 1960er Jahren ist der Anteil des Ordenspersonals rapide zurückgegangen und mittlerweile kaum noch erwähnenswert. In den Krankenhäusern der Caritas gehörten beispielsweise 1999 gerade noch 1,8% der Vollzeitbeschäftigten bzw. 1,3% der Teilzeitbeschäftigten einem Orden an (Zentralstatistik Caritas 1999, eigene Berechnungen). Dennoch und entgegen ihrer geringen Zahl scheint der besondere Charakter eines kirchlichen Krankenhauses für die Beschäftigten immer noch eng mit der Anwesenheit von Ordensschwestern verbunden zu sein (Rausch 1984, 408). Die Arbeit in den kirchlichen Krankenhäusern wird derzeit hauptsächlich von Menschen geleistet, die im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses bei dem kirchlichen Träger beschäftigt sind und diese Arbeit zunächst als Erwerbsarbeit ansehen.

Professionelle Standards in Medizin und Pflege und gesetzliche Vorgaben führten zu Angleichungsprozessen zwischen den Einrichtungen unterschiedlicher Träger. Die Änderung der Mitarbeiterstruktur führte so neben Technisierung²² und Professionalisierung des Krankenhauswesens zu einer »Profilkrise« (Ebertz 1994, 29), nämlich zu der Gefahr, dass kirchliche Krankenhäuser austauschbar mit öffentlichen oder privaten Kliniken würden. Deshalb formten sich bereits Mitte der 1980er Jahre einzelbetriebliche Initiativen, die als Ziel hatten, das Selbstverständnis der Einrichtung – bald auch verstanden als »Unternehmensphilosophie« – zu reflektieren²³. Mit Beginn der 1990er Jahre kam es sowohl bei der Caritas als auch bei der Diakonie auf Verbandsebene zu umfangreichen Prozessen zur Entwicklung und – jeweils 1997 – Verabschiedung eines »Leitbildes«, das die Ziele der Verbände nach außen formulieren und als Orientierung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dienen soll. Die Mehrzahl der kirchlichen Krankenhäuser hat inzwischen einen solchen Leitbildprozess für das eigene Haus angestoßen beziehungsweise ein Leitbild formuliert. Dies geschieht meist im Rahmen der für alle Krankenhäuser vom Gesetzgeber geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen²⁴.

Dazu werden einheitliche medizinische und pflegerische Qualitätskriterien für den gesamten Krankenhausbereich durch die »Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus« (KTQ) erarbeitet, in der die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat seit 1997 zusammenarbeiten²⁵. Das Spezifikum kirchlicher Krankenhäuser wird nicht als Nebenziel oder Zusatzleistung gesehen. Kirchliche Krankenhäuser wollen vielmehr einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen, bei dem sich das speziell Christliche in der Art der Leis-

²² Vgl. für den gesamten Krankenhausbereich dazu die Beiträge in Badura/Feuerstein 1994.

²³ Vgl. die entsprechenden Hinweise bei Mletzko 2001, 69; Rausch 1984, 396f.

²⁴ Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sind die §§ 135 und 137 SGB V entsprechend geändert worden; Vgl. auch Deppe 2000, 187.

²⁵ Gesetzliche Grundlage sind die Ergänzungen in den §§ 137a und 137b des Sozialgesetzbuches V vom 01.01.1997. Für die genaue Liste der Gesellschafter siehe: <http://www.ktq.de>. Die Entwicklung der Krankenhäuser zum Dienstleistungsbetrieb wollen kirchliche Krankenhäuser jedoch nicht nachvollziehen. Vielmehr verstehen sie sich als Bestandteil der kirchlichen Wesens- und Lebensäußerung (vgl. z. B. Beyer-Rehfeld 2001, 38). Dieser Einschätzung folgte auch das Bundesverfassungsgericht 1977 in der Goch-Entscheidung (BVerfGE 46, 73) und 1980 in der St.-Marien-Entscheidung (BVerfGE 53, 366).

tungserbringung (dem »Wie«) ausdrückt (Beyer-Rehfeld 2001, 39; Rier 2001, 42; Rey 2001, 19; Rausch 1984, 325. Die Kirchen haben deshalb über die KTQ-Qualitätskriterien hinaus spezifisch »christliche« Qualitätskriterien verabredet. Die »christlichen« Kriterien sind jedoch nicht ein »Anhang« oder eine »Ergänzung« der KTQ-Kriterien, sondern sollen diese »durchdringen« (Rier 2001, 42).

Ein entsprechender Katalog, in dem die KTQ-Kriterien voll integriert sind, ist von der im Frühjahr 1998 in ökumenischer Initiative eigens gegründeten proCum Cert GmbH²⁶ in Form eines Qualitätshandbuchs²⁷ erarbeitet worden. Die proCum Cert GmbH zertifiziert danach die kirchlichen Krankenhäuser und bestätigt so die Erfüllung der Kriterien. Neben medizinisch-ethischen Fragen (z. B. pränatale Diagnostik, Abtreibung, aktive/passive Sterbehilfe) und vor allem der besonderen Patientenorientierung (»Der Mensch im Mittelpunkt«) erhält nach dem Qualitätshandbuch auch die Mitarbeiterorientierung einen hohen Stellenwert. Das Modell der Dienstgemeinschaft wird dabei – soweit sie »mit Leben gefüllt« ist – explizit als positives Qualitätsmerkmal des kirchlichen Krankenhauses, als positiv für die Arbeitsatmosphäre, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihre Motivation gesehen (Beyer-Rehfeld 2001, 40). Abgefragt werden im Qualitätshandbuch folgerichtig Aspekte der Personalentwicklung, Weiterbildung, Integration von Mitarbeitern und des Umgangs mit individuellen Mitarbeiterwünschen und -beschwerden²⁸, aber nicht Fragen der kollektiven Interessenvertretung. Die Motivation und Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind als entscheidende Faktoren für die medizinische und pflegerische Qualität sowie für das ökonomische Überleben kirchlicher Krankenhäuser anerkannt²⁹ – anscheinend aber nur auf individueller Ebene. Das Verständnis der Mitarbeiterorientierung scheint insgesamt stark paternalistisch geprägt. Ob mit dem Dienstgemeinschaftsmodell die ohnehin starke Hierarchisierung des Krankenhausbetriebs (167 Simon/Kühn 1998, vgl.) abgemildert werden kann, scheint so fraglich.

Auch genderpolitische Aspekte scheinen bei der Entwicklung der Qualitätskriterien keine besondere Rolle gespielt zu haben. Die Aufwertung der Pflege, entsprechende Personalschlüssel oder familienfreundliche Arbeitszeitmodelle sind hier Beispiele, die in der Perspektive des Gender Mainstreaming begrüßenswert wären.

Am 26. Juni 2002 wurde an das Marienhospital Osnabrück als erstes kirchliches Krankenhaus das proCum Cert-Qualitätszertifikat verliehen. Seitdem sind weitere drei kirchliche

²⁶ Gesellschafter der proCum Cert GmbH sind der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (KKVD), der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV), das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands, der Deutsche Caritasverband, der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH und die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS).

²⁷ Das Qualitätshandbuch mit insgesamt 102 Qualitätskriterien (die derzeit 69 des KTQ Katalogs und 33 spezifisch kirchliche) gibt es ausschließlich als interaktive EDV-Version auf CD-ROM, was gleichzeitig eine Selbstbewertung erlaubt. Es liegt aktuell in der Version 4.0 vor.

²⁸ Vgl. die Fragen und Antworten zum Themenblock »Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung« bzw. »Trägerverantwortung« des Qualitätsberichts des Marienhospitals Osnabrück, 34-38 bzw. 49-56.

²⁹ So z. B. übereinstimmend die verschiedenen Beiträge in Trägergemeinschaft katholischer Krankenhäuser im Bistum Trier 1996.

Krankenhäuser nach proCum Cert zertifiziert worden³⁰. Mit der eigenständigen Zertifizierung ist ein wichtiger Schritt bei der verstärkten Profilbildung kirchlicher Krankenhäuser getan worden. Diese hat wie erwähnt schon in den 1980er Jahren begonnen, durch die Verschärfung des Wettbewerbs im Krankenhaussektor aber erheblich an Dynamik gewonnen. Zu den Herausforderungen der Säkularisierung bzw. Professionalisierung³¹ und der Technisierung³² ist am Ende der 1990er Jahre die Strategie getreten, mit der ausformulierten »christlichen Profil« (Rier 2001) die Gruppe der kirchlichen Krankenhäuser als deutlich unterscheidbare Marke offensiv im Wettbewerb zu positionieren, wobei die Bezeichnung »katholisch« oder »evangelisch« bei der Positionierung einzelner Häuser von Bedeutung bleiben könnte (Haseborg 2001, 34ff.).

Dass kirchliche Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Position stärken, ist dabei nicht zu kritisieren. Konflikte und Widersprüche zwischen Anpassungsstrategien an den Wettbewerb und dem besonderen Anspruch kirchlicher Häuser mit dem harmonisierenden Modell der Dienstgemeinschaft scheinen allerdings bisher vollkommen ausgeblendet. Out-sourcing, das auch bei kirchlichen Häusern betrieben wird, oder der angestrebte Abschied vom Bundesangestelltentarif, der bei der Diakonie bereits zur Etablierung einer zweiten Tarifebene unterhalb des BAT geführt hat³³, passen kaum zur geforderten besonderen Trägerverantwortung bei kirchlichen Krankenhäusern.

E.3. Genderpolitischer Aspekt

In den Krankenhäusern arbeiten zu einem weit überwiegenden Prozentsatz Frauen. Im Jahr 2001 stellten sie einen Prozentsatz von insgesamt rund 75 %³⁴. Auffällig ist der deutliche Unterschied beim Frauenanteil in der Verteilung auf den nichtärztlichen und den hauptamtlich ärztlichen Bereich. Rund 80 % des nichtärztlichen Personals gegenüber 34 % des hauptamtlichen ärztlichen Personals ist weiblich. In der Pflege waren im Jahr 2001 sogar über 86 % des Personals Frauen. Frauen arbeiten so weit überdurchschnittlich in den schlechter entlohnten und bzw. weil gesellschaftlich weniger angesehenen Bereichen der Krankenhäuser.

Frauen sind nicht nur insgesamt im hauptamtlichen ärztlichen Bereich deutlich unterrepräsentiert. Innerhalb des ärztlichen Dienstes nimmt der Frauenanteil mit aufsteigender Hierarchie ebenfalls rapide ab. Während Assistenzärztinnen noch einen Prozentanteil von gut 42 % stellen, bilden die Oberärztinnen nur noch einen Anteil von gut 21 % und in leitender Position finden sich sogar nur noch 7 % Frauen.

³⁰ Das sind das St. Marien-Krankenhaus Ahaus, das Diakonie-Krankenhaus Elbingerode und das St. Marien-Hospital Vreden. Die Qualitätsberichte sind jeweils über die homepage von proCum Cert (www.procum-cert.de) zugänglich.

³¹ D. h. der Sorge, die Arbeit eines kirchlichen Krankenhauses im Einklang mit dem Sendungsauftrag der Kirche zu gestalten; besonders angesichts der Notwendigkeit, zur Rekrutierung qualifizierten Personals auf außerkirchliche Milieus zurückgreifen zu müssen.

³² D. h. trotz der Möglichkeiten der modernen Apparatemedizin den Patienten als menschliches Subjekt nicht aus dem Auge zu verlieren; vielmehr ihn in den Mittelpunkt zu stellen.

³³ Schleitzer spricht hier von »Lohndumping« mit fatalen Folgen für die Tarifverhandlungen im gesamten Krankenhausbereich; Schleitzer 2001, 23f.

³⁴ Quelle aller Angaben: Statistisches Bundesamt. Zitiert nach Medica.de 2003.

Im Pflegedienst, in dem überwiegend Frauen arbeiten, ist auch Teilzeitbeschäftigung stark ausgeprägt. Im Jahr 2001 arbeiteten dort knapp 38 % der Beschäftigten teilzeitbeschäftigt. Differenziert man hier weiter nach Geschlecht, so zeigt sich, dass der Anteil der teilzeitbeschäftigten männlichen Pflegekräfte bei rund 15,5 % liegt, während der der teilzeitbeschäftigten Frauen in den letzten zehn Jahren deutlich von gut 28 % auf rund 41 % gestiegen ist. Teilzeitbeschäftigung spielt zwar im hauptamtlichen ärztlichen Bereich nur eine untergeordnete Rolle. Aber auch hier arbeiten wesentlich mehr Ärztinnen (knapp 18 %) als Ärzte (3,4 %) teilzeitbeschäftigt.

Die Organisation »Krankenhaus« und ihre Strukturen sind nicht geschlechtsneutral³⁵. Trotz des extrem hohen Frauenanteils beim Personal sind Krankenhäuser immer noch stark patriarchale Organisationen, indem überwiegend Männer die leitenden Positionen besetzen und die dortigen Arbeitsbedingungen und Karrierewege sich an einer männlichen Lebensweise und Biographie orientieren. Zwar gibt es auch in Krankenhäusern oft Frauenbeauftragte. Ihre Position scheint jedoch eher schwach geblieben zu sein und die Gleichstellung der Geschlechter ist meist nicht als Querschnittsaufgabe ausgestaltet geworden. Wie in anderen Bereichen – beispielsweise der öffentlichen Verwaltung (Stiegler 1996, vgl.) und in den Hochschulen – besteht die Gefahr, dass die Genderperspektive unter dem ökonomischen Druck weiter zurückgedrängt wird.

Dabei böten die Organisationsentwicklungsprozesse oder die Entwicklung von Qualitätsstandards die Möglichkeit, die Strukturen im Krankensektor in der Perspektive des Gender Mainstreaming zu durchleuchten und zu verändern (so auch Stiegler 2002, 11). Gender Mainstreaming nimmt nicht das Geschlecht einer spezifischen Person bzw. deren konkrete Benachteiligung in den Blick, sondern untersucht die geschlechtsspezifische Wirkungsweise von Strukturen. Dementsprechend geht es dem Gender Mainstreaming um mehr als um die individuelle Förderung von Frauen, nämlich um die nachhaltige Veränderung von Strukturen (Stiegler 2002, 32). Gender Mainstreaming muss deshalb an der Spitze einer Organisation beginnen. Geschlechterpolitische Aspekte müssen in den allgemeinen Leitlinien einer Organisation verankert werden, die Leitungsebene muss deren Umsetzung sowie die Form und Voraussetzung ihrer Implementation beschließen. Die Einführung des Gender Mainstreaming ist demnach ein Top-down-Prozess (Stiegler 2002, 10).

Gerade Phasen des organisatorischen Umbruchs, der Formulierung von Leitlinien und der Bestimmung von Profil und Strategie sind genderpolitisch kritisch. Denn in ihnen werden strukturelle Entscheidungen getroffen, die nie geschlechtsneutral sind. Der Umbruchprozess im Krankensektor bietet so einerseits potenziell die Chance, die Strukturen so zu gestalten, dass die Gleichstellung von Frauen und Männern befördert wird. Der ökonomische Druck, der diesen Umbruchprozess befördert, lässt andererseits erwarten, dass genderpolitische Aspekte – ebenso wie Fragen der Mitbestimmung – als nebensächlich abgetan und nicht aufgegriffen werden. So finden sich Fragen des Gender Mainstreaming in der Regel weder in der allgemeinen Diskussion im Krankensektor, noch scheinen sie spezieller auch im »christlichen Profil« der kirchlichen Krankenhäuser eine Rolle zu spielen.

³⁵ Vgl. allgemeiner zum Zusammenhang von Organisation und Geschlecht Wilz 2002.

E.4. Zielsetzung und Fragestellungen des Projekts

Kirchliche Krankenhäuser haben offensichtlich die politisch-ökonomischen Herausforderungen frühzeitig erkannt und auf Verbandsebene mit der Strategie einer verstärkten Profilbildung darauf zu reagieren begonnen. Ob die erforderliche Balance zwischen einzelnen Elementen des »christlichen Profils« und vermeintlich betriebswirtschaftlichen Erfordernissen gelingt, wird sich erst bei der Umsetzung in den einzelnen Krankenhäusern erweisen. In der wissenschaftlichen Diskussion zu betriebswirtschaftlichen Steuerungsformen bei den sozialen Diensten überwiegt die These, dass durch ihre Einführung Wertorientierungen als Bestandteil sozialer Arbeit nur schwer zu behaupten sein werden. Dies gelte insbesondere für die stark wertorientierten Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege (Kuhlbach/Wohlfahrt 1996; Merchel 1996, vgl.). Die bereits stark betriebsförmige Arbeit im Krankenhaus müsste dies noch weiter erschweren. Wir gehen deshalb davon aus, dass der arbeitsrechtliche Sonderweg der Kirchen mit dem Modell der Dienstgemeinschaft, an dem anscheinend unverändert festgehalten werden soll, besonders im kirchlichen Krankenhaus unter Druck gerät. Die Fragestellung lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Mit dem Forschungsprojekt »Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch« soll exemplarisch untersucht werden, welche Auswirkungen die Strategie, mit der kirchliche Krankenhäuser auf die politisch-ökonomischen Herausforderungen reagieren, auf die Arbeitsbeziehungen, insbesondere auf die Arbeitsorganisation und die Möglichkeiten der Interessenvertretung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat. Die Untersuchung erfolgt dementsprechend auf zwei Ebenen: der Ebene der Profilbildung auf Verbands- und Trägerebene und der Ebene der Auswirkungen auf die einzelnen Häuser bzw. spezieller auf die Möglichkeiten der kollektiven Interessenvertretung.

Die Untersuchung erfolgt dementsprechend auf zwei Ebenen: der Ebene der Profilbildung auf Verbands- und Trägerebene und der Ebene der Auswirkungen auf die einzelnen Häuser bzw. spezieller auf die Möglichkeiten der kollektiven Interessenvertretung. Analog wird in zwei Schritten vorgegangen³⁶.

Im ersten Untersuchungsschritt werden die politisch-ökonomischen Herausforderungen und das »christliche Profil« kirchlicher Krankenhäuser, mit dem diesen begegnet werden soll, genauer herausgearbeitet. Gefragt wird hier, welche Herausforderungen auf Verbandsebene, von den Trägern sowie den jeweiligen Krankenhausleitungen gesehen werden und wie daraufhin das »christliche Profil« konzeptionalisiert wird. In den Blick zu nehmen sind die eigenständige konfessionelle Zertifizierung nach proCum Cert – die Kriterien und ihr Zustandekommen –, die Leitbilddebatte auf Verbandsebene sowie konkrete Leitbildprozesse und Leitbilder einzelner Krankenhäuser. Das sich so darstellende »christliche Profil« soll auch daraufhin untersucht werden, ob und – wenn ja – welche Rolle die kollektive Interessenvertretung spielen soll. Eine erste vorläufige Analyse der so genannten Mitarbeiterorientierung lässt vermuten, dass die individuelle Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewünscht, die kollektive (gar gewerkschaftlich unterstützte) Interessenvertretung im Modell der Dienstgemeinschaft aber weiterhin nicht vorgesehen ist. Insgesamt

³⁶ Die Abfolge der Arbeitsschritte ergibt sich zugleich analog zu einem unternehmensmorphologischen Ansatz bei der Untersuchung gemeinnütziger Unternehmen, Rausch 1984, 287ff

interessiert hier also auch, wie das Verhältnis zu den Gewerkschaften im Rahmen des christlichen Profils gesehen wird. Insbesondere ist für das christliche Profil ebenfalls in der Perspektive des Gender Mainstreaming zu fragen, ob geschlechterspezifische Aspekte und Perspektiven aufgenommen wurden bzw. ob eine geschlechterspezifische Perspektive überhaupt als relevant erkannt wird.

Im zweiten Untersuchungsschritt soll erhoben werden, welche Auswirkungen dieses »christliche Profil« auf die Arbeitsorganisation und besonders die kollektive Interessenvertretung auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses hat. Im konkreten Arbeitsalltag des Krankenhauses hat sich dieses Konzept nicht nur mit seinen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, sondern auch auf das Betriebsklima und die Arbeitsbedingungen³⁷ zu bewähren. Zu fragen ist demnach, ob und wie die »christliche Identität« eines Krankenhauses, insbesondere das Modell der Dienstgemeinschaft für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Arbeitsorganisation eine Bedeutung hat. In den Interviews sollen deshalb u. a. folgende Aspekte angesprochen werden:

- Wie wird die »Mitarbeiterorientierung« umgesetzt; existiert z. B. eine »familiäre Atmosphäre«³⁸ oder ein kooperativer Führungsstil, der diese unterstützt? Kann eine solche »besondere Atmosphäre« eines kirchlichen Krankenhauses unter dem ökonomischen Druck aufrecht erhalten werden?
- Wie wird die »Mitarbeiterorientierung« von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bewertet? Die Arbeitszufriedenheit und die Fluktuationsrate der Beschäftigten sind hier wichtige Indikatoren (vgl. auch Beyer/Nutzinger 1991, 175f.).
- Sehen die Träger trotz der politisch-ökonomischen Herausforderungen Gestaltungsspielräume und wie werden diese gegebenenfalls genutzt? Rausch hat die These aufgestellt, dass kirchliche Trägerschaft insbesondere bei der Gestaltung der Arbeitsorganisation Gestaltungsfreiheit ermöglicht (Rausch 1984, 334). Gibt es in diesem Zusammenhang auf Trägerebene eine Sensibilität für genderpolitische Aspekte oder wird sogar Gender Mainstreaming betrieben?
- Inwieweit ist das »christliche Profil« eine weitere Legitimation des Modells der Dienstgemeinschaft?
- Inwieweit legitimiert dann die Dienstgemeinschaft nicht allein ein eigenständiges Arbeitsrecht, sondern ist tatsächlich das »strukturbildende Element in kirchlichen Einrichtungen«³⁹?
- Gelingt es kirchlichen Krankenhäusern Konflikte z. B. zwischen Leitungsebene und Beschäftigten ohne die Instrumente des Betriebsverfassungsgesetzes bzw. mit de-

³⁷ Was sich seinerseits sicher positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt, vgl. auch Badura 1994, 58.

³⁸ Nach Rausch war der Vergleich mit der Familie in kirchlichen Krankenhäusern zum Zeitpunkt seiner Erhebung (1980/81) oft zu hören, Rausch 1984, 408.

³⁹ Diese Einschätzung haben Beyer/Nutzinger aus Expertengesprächen ermittelt, Beyer/Nutzinger 1991, 118.

nen des kirchlichen Dienstes und informellen Regelungen⁴⁰ zu lösen? Zu bewältigen ist dabei besonders die Spannung, die sich daraus ergibt, dass einerseits – wie oben angeführt – die Personalkosten unter dem höchsten Kostenreduzierungsdruck stehen, und andererseits die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtigste Ressource angeführt werden.

- Wie wird das Verhältnis zu den Gewerkschaften vom Träger, von der Krankenhausleitung und von den Mitarbeitervertretungen jeweils gesehen?
- Wird eine Kooperation mit den Gewerkschaften als hilfreich oder gar als notwendig gesehen – insbesondere von den Mitarbeitervertretungen? Wie könnte eine solche Kooperation dann aussehen? Gibt es hier Differenzen in der Einschätzung zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der betrieblichen Ebene und der überbetrieblichen Vernetzungen?

Dabei ist es prinzipiell durchaus offen, wie sich das Modell der Dienstgemeinschaft auf die Gestaltung der Arbeitsorganisation und die Möglichkeiten der Interessenvertretung auswirkt. Die arbeitsrechtliche Sonderstellung ließe sich auch als Chance verstehen, mehr Partizipationschancen, kooperativere Arbeitsformen und insgesamt ein besseres Betriebsklima als in nicht-kirchlichen Krankenhäusern zu schaffen (so schon Rausch 1984, 285 bzw. 338). Dadurch könnten kirchliche Krankenhäuser auch das Personal als wichtigste Ressource für das Krankenhaus mobilisieren, so dass die Erlangung einer günstigen Wettbewerbsposition in Kombination mit kooperativen Arbeitsformen und vielfältigen Partizipations- und Mitbestimmungsmöglichkeiten als Strategie kirchlicher Krankenhäuser denkbar ist. Erste Expertengespräche legen nahe, dass das Modell der Dienstgemeinschaft grundsätzlich Veränderungen erschwert. Es bleibt jedoch differenziert zu prüfen, ob dies für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter negativ ist – indem z. B. die Einführung kooperativer Arbeitsformen verhindert wird – oder positiv – indem z. B. bestehende Rechte und Ansprüche wegen des Dienstgemeinschaftsgedankens nicht abgebaut werden.

E.5. Forschungsstand und Forschungsbedarf

Die Kirchen als Arbeitgeberinnen sind wissenschaftlich bisher fast ausschließlich juristisch analysiert worden. Der arbeitsrechtliche Sonderweg der Kirchen ist ausgiebig rechtswissenschaftlich, auch theologisch reflektiert, kaum jedoch sozialwissenschaftlich untersucht worden. Die Realität kirchlicher Arbeitsbeziehungen bleibt so merkwürdig ausgeblendet. Die kirchlichen Arbeitsbeziehungen kommen als Untersuchungsfeld in der sozialwissenschaftlichen Mitbestimmungsforschung⁴¹ eigentlich nicht vor, obwohl die beiden Kirchen zusammen nach der öffentlichen Hand die zweitgrößte Arbeitgeberin in der Bundesrepublik sind (Rausch 1984, 275). Dies liegt wohl auch daran, dass Soziologen und Psychologen ihr Forschungsinteresse hauptsächlich auf die industrielle Herstellung von Sachgütern oder

⁴⁰ Diese und das persönliche Verhältnis – teilweise mit der Folge, dass die Mitarbeitervertretung ausgeschlossen wird – sowie das Vertrauen der Akteure untereinander spielten in den von Rausch untersuchten Krankenhäusern eine wichtige Rolle. (vgl. Rausch 1984, 404, 415, 450, 462f.).

⁴¹ Zum Stand der Mitbestimmungsforschung Nutzinger 1999, vgl..

die Verarbeitung von Information in Verwaltungen gerichtet haben⁴². Die Erbringung von Dienstleistungen, insbesondere von personenbezogenen Dienstleistungen blieben als Untersuchungsfeld bis in die 1990er Jahre weitgehend unbeachtet.

Beyer/Nutzinger haben Anfang der 1990er Jahre die Arbeitsbeziehungen in kirchlichen Einrichtungen empirisch untersucht (Beyer/Nutzinger 1991). Dabei wurde erstmals die Besonderheit der Dienstgemeinschaft nicht nur herausgearbeitet, sondern nach deren Bedeutung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Verbreitung einer eher kirchlich- oder eher erwerbswirtschaftlich-orientierten Arbeitsmotivation gefragt. Ihre Studie hat trotz der geographischen Beschränkung und der methodischen Probleme⁴³ einen wichtigen Beitrag geliefert, indem sie gezeigt hat, dass die kirchlichen Arbeitsbeziehungen nicht einheitlich ausgeformt sind und innerhalb der einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich bewertet werden. Das deckt sich mit den Ergebnissen der Mitbestimmungsforschung, die gezeigt hat, dass die Ausgestaltung der Arbeitsbeziehungen und der Mitbestimmung nicht vom rechtlichen Rahmen determiniert werden, sondern von Betrieb zu Betrieb sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können (Funder 1999a, 177ff.). Dies und die Studie von Beyer/Nutzinger verweisen auch auf die dringende Notwendigkeit, die reale Ausgestaltung der Arbeitsbeziehungen in einzelnen Einrichtungen und ihre Wahrnehmung durch die Betroffenen empirisch zu untersuchen. Zudem beschränkt sich die Studie von Beyer/Nutzinger auf die Evangelische Kirche bzw. die Diakonie. Die stärker hierarchische Ausformung der katholischen Kirche dürfte auch Auswirkung auf die Gestaltung der Arbeitsbeziehungen bzw. den Führungsstil in katholischen Einrichtungen haben. Dies ist allerdings noch nicht untersucht worden.

Zum Thema Krankenhaus herrschen betriebswirtschaftliche (Eichhorn 1975; 1976)⁴⁴, arbeitswissenschaftliche und vor allem pflegewissenschaftliche Analysen vor. Im Rahmen der wissenschaftlichen Beratung von Krankenhäusern, die in den 1990er Jahren zunahm (Iding 2000, 43), sind Professionalisierung und Technisierung in ihrer Wirkung auf die Versorgungsqualität untersucht worden (vgl. Engelhardt/Herrmann 1999). Dass diese im Vordergrund steht, scheint aus der Bestimmung des Krankenhauses selbstverständlich. Wegen des Zusammenhangs zwischen Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen wurden die Arbeitsbelastung sowie die Personalausstattung in den Krankenhäusern ebenfalls stark thematisiert⁴⁵. Die gravierenden Probleme der Krankenhausarbeit – Personalknappheit, Arbeitsbelastung, emotionale Überforderung, Burn-out-Syndrom – haben Fragen der Mitbestimmung wohl als nebensächlich erscheinen lassen. Die Abhängigkeit der Arbeitsbelastung von Organisationskultur und Führungsstil ist zwar erkannt, aber nicht untersucht worden (Badura 1994, 65f.); noch viel weniger gilt das für den Einfluss der Art des Trä-

⁴² Badura 1994, 23; siehe dort auch für mögliche Gründe dafür.

⁴³ So erscheint uns der alleinige Einsatz eines standardisierten Fragebogens bei der Untersuchung der Betriebsebene wenig angemessen, siehe Kap. E.6.2, auch Fürstenberg 1981, 42.

⁴⁴ Hier existiert eine kaum überschaubare Flut an Krankenhausmanagementliteratur, deren wichtigste Monographien in der ersten Untersuchungsphase hinsichtlich der verfolgten Fragestellung noch ausgewertet werden müssen.

⁴⁵ Zu den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus vgl. (Badura 1994, 57-69); Bartholomeyczik (1993); Herschbach (1993).

gers, die über eine mit bestimmten Trägern verbundene Organisationskultur vermutlich wiederum die Arbeitsbedingungen prägt⁴⁶.

Den organisationssoziologischen Stand der Forschung zum Krankenhaus markiert immer noch die Monographie von Johann Jürgen Rohde (Rohde 1974), die gemäß der Zeit ihrer Abfassung jedoch stark institutionen-orientiert ist. Zwar ist in den 1990er Jahren das Krankenhaus als Ganzes wieder in den Blick genommen worden. Zahlreiche wissenschaftlich begleitete Projekte, die die Organisationsabläufe optimieren sollen⁴⁷, sind jedoch wiederum stark patientenorientiert bzw. auf die Versorgungsqualität gerichtet und behandeln so die Arbeitsbedingungen eher indirekt bzw. Fragen der Mitbestimmung gar nicht.

Die Ökonomisierung im Krankenhaus hat jüngst ein Projekt des Wissenschaftszentrums Berlin in ihrer Wirkung auf die patientenbezogenen Entscheidungen untersucht (Simon 2001; 1997). Ansonsten sind die Auswirkungen der Ökonomisierung für das Gesundheitssystem im Allgemeinen und das Krankenhauswesen im Besonderen eher theoretisch reflektiert und kaum empirisch untersucht worden.

Dass in kirchlichen Krankenhäusern eine von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern empfundene Spannung zwischen Anspruch und Wirklichkeit bestehen könnte, zeigen die Umfragen von Kreienbaum (Kreienbaum 1974) und Kramer (Kramer 1974b) unter Krankenschwestern bzw. Krankenschwestern. Ihre Studien sind allerdings aus den 1970er Jahren, in denen sich in kirchlichen Krankenhäusern die Veränderung der Mitarbeiterstruktur teilweise gerade noch vollzog, und weisen so mehr auf die Frage, was sich seitdem verändert hat⁴⁸, als auf die gegenwärtigen Bedingungen.

Für das Untersuchungsfeld »Kirchliches Krankenhaus« kann das vorliegende Forschungsprojekt beschränkt an die Studie von Roland Rausch anknüpfen (Rausch 1984). Er fragte sowohl nach dem speziellen Profil kirchlicher Krankenhäuser als auch danach, welche Rahmenbedingungen für die Realisierung des eigenen Anspruchs kirchlicher Krankenhäuser gelten. Vor allem führte Rausch fünf Fallstudien⁴⁹ durch, so dass er ein exemplarisches, empirisch fundiertes Bild der Realität kirchlicher Krankenhäuser zum Erhebungszeitpunkt zeichnen kann. Abgesehen von methodischen Problemen⁵⁰ wurden jedoch die Arbeitsbeziehungen im Einzelnen und Fragen der Mitbestimmung von Rausch nicht untersucht, obwohl sich auch bei Rausch wie bei Beyer/Nutzinger abzeichnet, dass die Mitbestimmungsmöglichkeiten sehr unterschiedlich ausgestaltet sind (Rausch 1984, 470). Zudem haben sich die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser in den mehr als zwanzig Jahren seit der Studie von Rausch stark verändert. Die »Kostendämpfungsgesetze« der 1970er und 1980er Jahre hatten die Organisationsstrukturen des Krankenhauses unverändert ge-

⁴⁶ Hinweise auf diesen Aspekt allerdings durch die Fallstudien bei Rausch 1984.

⁴⁷ Vor allem die im Rahmen des Programms der Weltgesundheitsorganisation "Health Promoting Hospitals" gestarteten Projekte, Simon/Kühn 1998, 180f.

⁴⁸ Hingewiesen sei hier nur auf die Änderungen in der Art der Pflege und der Einführung von Teamarbeit.

⁴⁹ Rausch hospitierte in sechs Krankenhäusern, von denen eins die erhobenen Daten jedoch nicht zur Veröffentlichung frei gab, Rausch 1984, 391. Die Fallstudien sind insgesamt nicht systematisch sozialwissenschaftlich durchgeführt und ausgewertet worden. Die Darstellung der untersuchten Krankenhäuser fällt entsprechend knapp aus.

⁵⁰ So erfolgte die Auswahl der Interviewpartner nicht theoriegeleitet, sondern wurde den Krankenhäusern selbst überlassen. Dies lag im Erkenntnisinteresse begründet, führte jedoch dazu, dass zum Teil sehr unterschiedliche Aspekte je Krankenhaus untersucht wurden. 14 Rausch 1984, Vgl..

lassen. Erst die Änderungen des Finanzierungsrechts der 1990er Jahre setzen diese unter Druck (Simon/Kühn 1998, 161). Damit ist auch der Gestaltungsraum freier Träger stark bedroht⁵¹. Auch der Profilierungsprozess kirchlicher Krankenhäuser und seine Auswirkungen konnte von Rausch erst in Anfängen beobachtet, jedoch nicht eingehend untersucht werden.

Für die Untersuchung der Frage, was das »christliche Profil« des kirchlichen Krankenhauses ausmacht, ist auch auf die Diskussion über die Identität katholischer Krankenhäuser in den USA zurückzugreifen⁵². Denn es ist davon auszugehen, dass diese zumindest ansatzweise bei den Akteuren des Untersuchungsfelds rezipiert worden ist. Die Mitarbeiter-Dimension wird in der US-amerikanischen Debatte thematisiert, soweit sie zur Herstellung bzw. Aufrechterhaltung der »catholic identity« katholischer Krankenhäuser notwendig ist. Obwohl dazu auch gefordert wird, dass dies eine spezielle Art der Arbeitsbeziehungen erfordert⁵³, ist dies jedoch keineswegs mit dem Dienstgemeinschaftsmodell der deutschen Kirchen vergleichbar, da die US-amerikanischen Kirchen keinen durch die Verfassung garantierten arbeitsrechtlichen Sonderweg einschlagen können.

E.6. Arbeitsprogramm

E.6.1. Auswahl des Untersuchungsfeldes

Die Auswahl des Untersuchungsfeldes »Kirchliche Krankenhäuser« zur Untersuchung kirchlicher Arbeitsbeziehungen begründen wir wie folgt:

- Die kirchlichen Krankenhäuser sind nach der Zahl der Vollzeitbeschäftigten der bedeutendste Bereich bei den sozialen Einrichtungen der Kirchen⁵⁴.
- Einerseits ist immer gerade für das Krankenhauswesen das Selbstbestimmungsrecht der Kirchen durch die Rechtsprechung bekräftigt worden – so prominent im Fall Goch, in dem das Bundesverfassungsgericht 1977 die Einbeziehung kirchlicher Krankenhäuser in das Betriebsverfassungsgesetz als verfassungswidrig verbot (BVerfGE

⁵¹ Allerdings wurden bereits bei der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) 1972 katastrophale Folgen für kirchliche Krankenhäuser prognostiziert. Vgl. die wiedergegebene Kritik der kirchlichen Träger am KHG bei Rausch 1984, 233–241.

⁵² Vgl. dazu die Beiträge in der Zeitschrift "Christian Bioethics", insbesondere Vol. 7 (2001), N° 1 und 2 sowie Cochran 2002 für kurze Fallstudien.

⁵³ "[A] community of employers and employees devoted to social justice", O'Rourke 2001, 22. Interessanterweise wird im Pastoralbrief "On Health and Health Care" der United States Catholic Conference von 1981 den Beschäftigten das Recht, sich in Gewerkschaften ("unions") zusammenzuschließen, ausdrücklich zuerkannt. Die Grundordnung des kirchlichen Dienstes spricht dagegen wohlweislich von "Koalitionen", Art. 6 der Grundordnung.

⁵⁴ So arbeiteten 1999 über 40% aller Vollzeitbeschäftigten bei der Caritas in einem Allgemeinen Krankenhaus; die Tageseinrichtungen der Jugendhilfe und die Altenheime folgten darauf mit gut 15% bzw. 14% der Vollzeitbeschäftigten. In der Diakonie fällt das Übergewicht weniger stark aus – zum 01.01.2000 arbeiteten knapp 23,3% der Vollzeitbeschäftigten in Allgemeinen Krankenhäusern, jeweils gut 18% in Altenheimen und Tageseinrichtungen der Jugendhilfe. In den Bereichen der übrigen Einrichtungen arbeiten jeweils eine weit geringere Zahl von Vollzeitbeschäftigten, Zentralstatistik Caritas 1999; Schmitt/Kellermann 2000; eigene Berechnungen.

46, 73). Andererseits ist dieser Bereich sehr stark professionalisiert, betriebsförmig organisiert und gesetzlich reglementiert. Dies und das Nebeneinander unterschiedlicher Träger hat bereits seit dem Zweiten Weltkrieg zu einem ständigen Konkurrenzdruck und erheblichen Angleichungsprozessen in den Organisationsstrukturen und den Arbeitsbedingungen geführt. Die Spannungen zwischen dem Anspruch der Dienstgemeinschaft und den Herausforderungen durch Professionalisierung, Technisierung und nun Ökonomisierung bzw. ein davon ausgehender Veränderungsdruck sollten deshalb besonders in kirchlichen Krankenhäusern zu beobachten sein.

- Dabei hat der politisch-ökonomische Druck im Krankenhauswesen zu vollkommen neuen Rahmenbedingungen geführt. Die Änderung der Finanzierungsart zu einem Fallpauschalensystem geht in ihrer Wirkung über alle krankenhauspolitischen Interventionen seit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 hinaus (Simon 2001, 13). Dies hat auch zu großer Verunsicherung der Beschäftigten geführt. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Wettbewerbssituation durch die vollständige Umstellung auf die Finanzierung über Fallpauschalen im Krankenhaus zum 01.01.2004 weiter verschärfen wird.

Wegen des explorativen Charakters des Forschungsprojekts und mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen wird die Untersuchung auf fünf bis sechs ausgewählte Fälle begrenzt. Die Fallauswahl soll jeweils ein bis zwei katholische und evangelische Allgemeine Krankenhäuser, die ihre »christliche Identität« besonders herausstellen, enthalten. Sie soll dabei nicht danach erfolgen, wie repräsentativ die Häuser für die Gruppe »Kirchliches Krankenhaus« sind⁵⁵, sondern wie interessant sie als Fall bzw. ob sie als Fallstudie vielversprechend für das Erkenntnisinteresse des Projekts sind.

Kirchliche Krankenhäuser meinen besonders mit privaten Kliniken konkurrieren zu müssen⁵⁶, die ihre Strategie vermeintlich uneingeschränkt nach bloßen ökonomischen Kriterien ausrichten können. Deshalb sollen im Vergleich zu den kirchlich getragenen Häusern auch ein oder zwei private Krankenhäuser in der Untersuchungsgruppe enthalten sein. Die Fallauswahl wird schrittweise vorgenommen. Sie soll durch Interviews mit externen Experten, die der zunächst notwendigen Strukturierung des Untersuchungsfeld dienen sollen⁵⁷, jedoch so weit möglich bereits in der ersten Untersuchungsphase erfolgen⁵⁸. Dabei sollen unterschiedliche Trägerformen, Standorte (Stadt/Land) und Einrichtungsgrößen berücksichtigt werden.

⁵⁵ Dies würde auch keinen Sinn ergeben. Die Bedingungen in einem kirchlichen Krankenhaus sind erstens stark von den örtlichen Gegebenheiten und insbesondere den handelnden Personen abhängig. Dies wird zweitens dadurch verstärkt, dass kirchliche Krankenhäuser nicht kirchenamtlicher, sondern privater Initiative entspringen, Rausch 1984, 340

⁵⁶ Diese Einschätzung ergab sich aus einem ersten Expertengespräch. Wir folgen hier der Einordnung der Krankenhäuser, die auch das Statistische Bundesamt vornimmt, wobei »privat« nicht das Eigentumsverhältnis bezeichnet (denn auch freigemeinnützige Krankenhäuser sind in diesem Sinn privat, im Gegensatz zu öffentlich getragenen Krankenhäusern), sondern für »privatwirtschaftlich« steht, vgl. Rausch 1984, 296.

⁵⁷ Ob die Skizzierung des Feldes durch Rausch über zwanzig Jahre später noch gültig ist, kann bezweifelt werden.

⁵⁸ Zum Konzept der schrittweisen Fallauswahl vgl. Flick 2002, besonders: 102–115.

E.6.2. Methodisches Vorgehen

Das Forschungsprojekt »Kirchliche Krankenhäuser im Umbruch« hat explorativen Charakter. Der dargestellte Forschungsstand zeigt, dass das Forschungsfeld »Kirchliches Krankenhaus« – erst recht weiter eingegrenzt als »Mitbestimmung in kirchlichen Krankenhäusern« – bisher so gut wie überhaupt nicht erschlossen ist. Damit scheidet der Einsatz standardisierter quantitativer Methoden aus. Vielmehr ist eine Mischung verschiedener qualitativer Methoden notwendig, wobei die Untersuchung zusätzlich auf mehreren Ebenen ansetzt. Je nach Untersuchungsgegenstand bzw. Untersuchungsebene und Fragehorizont ist die Methode adäquat auszuwählen. Die Untersuchung ist hauptsächlich auf der mesosozialen Ebene der Mitbestimmungsforschung, d. h. der Ebene der Wirkungen und Veränderungen der Mitbestimmung auf Organisationsebene⁵⁹ angesiedelt. Zur Analyse der Profilierungsstrategie und der Wahrnehmung des politisch-ökonomischen Drucks ist jedoch auch die Ebene der Träger und der Krankenhausverbände als wesentliche Umwelt des einzelnen kirchlichen Krankenhauses einzubeziehen.

Die Strukturierung des Untersuchungsfeldes soll durch die Dokumentenanalyse von schriftlichen Produkten des Untersuchungsfeldes und durch Interviews mit externen Experten (Landeskrankenhausverband, wissenschaftliche Forschung) erfolgen. Die Fallauswahl ist ohne diese vorangegangene Analyse nicht möglich. Für die Ergiebigkeit der Interviews ist eine sorgfältige Einarbeitung in das Untersuchungsfeld anhand der Literatur notwendig (vgl. Pfadenhauer 2002, besonders 120f.). Literaturanalyse als auch Experteninterviews stellen allerdings wiederum nur eine Außenansicht kirchlicher Krankenhäuser dar.

Sowohl für die Analyse des »christlichen Profils« kirchlicher Krankenhäuser als auch die Realität der »Dienstgemeinschaft« bzw. kollektiver Interessenvertretung in kirchlichen Krankenhäusern muss die feldinterne Expertise⁶⁰ herangezogen werden. Dies geschieht auf zwei Ebenen. Die Profilierungsstrategie, die durch die eigenständige Zertifizierung unterstützt wird, wird erstens wesentlich auf der Ebene der beiden kirchlichen Krankenhausverbände vorangetrieben. Die Untersuchung dessen, was das »christliche Profil« kirchlicher Krankenhäuser ausmacht, wird deshalb mit einer Dokumentenanalyse des Qualitätshandbuchs der proCum Cert GmbH sowie mit Interviews mit Vertretern der proCum Cert GmbH und Vertretern des katholischen beziehungsweise evangelischen Krankenhausverbands erfolgen. Die Interviews erfolgen leitfadengestützt, wobei der Leitfaden einerseits garantiert, dass jeweils alle wesentlichen Aspekte auch angesprochen werden, andererseits situationsflexibel gehandhabt wird (vgl. Pfadenhauer 2002, 121).

Kern der Untersuchung ist die exemplarische Analyse der Umsetzung der Profilierungsstrategie und der sich daraus ergebenden Gestaltung der Arbeitsbeziehungen und der Dienstgemeinschaft durch die Fallstudien in ausgewählten Krankenhäusern. Wesentliche Charakteristika – wie Größe, Rechtsform, Organisationsstruktur, Schwerpunktsetzung des Hauses – kann dabei standardisiert nach einem Kriterienkatalog erhoben werden⁶¹. Die Untersuchung folgt gemäß dem Erkenntnisinteresse insgesamt jedoch einem interpretati-

⁵⁹ Für die verschiedenen Untersuchungsebenen der Mitbestimmungsforschung vgl. Fürstenberg 1981, 34ff..

⁶⁰ Zur Differenzierung verschiedener Typen von Expertise vgl. Froschauer/Lueger 2002, 230f..

⁶¹ Vgl. als Ausgangspunkt Rausch 1984, 392f..

ven Design⁶². Eine Dokumentenanalyse der individuellen Leitbilder gibt einen ersten Zugang zur Umsetzung der Profilierungsstrategie und eventuelle eigene Schwerpunkte des jeweiligen Hauses. Hauptsächlich werden dann die Akteure im Krankenhaus als feldinterne Reflexionsexperten (Froschauer/Lueger 2002, 230) befragt. Da es hier um die Erhebung von Einschätzungen und der Wirklichkeitsinterpretation der Akteure geht, werden dazu offene Interviews auf allen Ebenen des Krankenhauses geführt. Sie sollen wiederum durch einen flexibel eingesetzten Leitfaden inhaltlich strukturiert und dadurch in der Breite der angesprochenen Aspekte möglichst vergleichbar werden.

Bei der Auswahl der Interviewpartner konzentrieren wir uns auf den medizinisch-pflegerischen Bereich als dem Kernbereich eines Krankenhauses. Die Auswahl der Interviewpartner beschränkt sich nicht auf Mitarbeitervertreter. Neben den Ärzten der mittleren Führungsebene wollen wir insbesondere das qualifizierte Pflegepersonal befragen, da beide Gruppen wesentlich den medizinisch-pflegerischen Bereich tragen. Auf Leitungsebene treten daneben natürlich wesentliche Vertreter der Verwaltung; der technische Dienst kann aus Kapazitätsgründen nicht einbezogen werden, wobei im Zweifel davon ausgegangen werden kann, dass dieser ohnehin – dies betrifft besonders den hauswirtschaftlichen Bereich im weitesten Sinn – im Einzelfall ausgelagert worden ist.

Die Interviews sollen jeweils im Rahmen einer mehrtägigen Hospitation erfolgen. Dies ist allein wegen der Zahl der pro Haus angestrebten Interviews (10–15) notwendig und dient zudem dazu, eine Vertrauensbeziehung zwischen Forscher und den Akteuren des Krankenhauses aufzubauen bzw. eine entsprechende Positionierung des Forschungsvorhabens im Krankenhaus zu erreichen, wovon der Erfolg eines interpretativen Zugangs abhängt (Froschauer/Lueger 2002, 235). Darüber hinaus wird das Spezifikum eines kirchlichen Krankenhauses oft an dessen »besonderen Atmosphäre« festgemacht (Rausch 1984, 326). Die zumindest begrenzte »ethnographische Einbettung« (Pfadenhauer 2002, 121) der Untersuchung scheint deshalb unabdingbar.

E.6.3. Zeitplanung

Geplant sind 18 Wissenschaftlermonate. Diese verteilen sich auf eine Gesamtlaufzeit von 36 Monaten. Die vollständige Umstellung des Finanzierungssystems im Krankenhausbereich auf das Fallpauschalensystem wird sich erst im Laufe der Jahre 2004 und 2005 in den einzelnen Häusern voll auswirken, so dass eine Projektdauer bis Ende 2006 nicht nur zur Erhebung und Auswertung der Daten notwendig, sondern auch inhaltlich begründet ist.

1. Phase

- Weitere Literaturrecherche und vertiefte Einarbeitung in die Thematik (1,5 Monate).
- Interviews mit externen Experten zur Strukturierung des Feldes »Kirchliche Krankenhäuser«. (1,5 Monate).

⁶² Vgl. zu einem interpretativen Design in der Mitbestimmungsforschung: Osterloh 1993.

- Auswertung der Experteninterviews. Erste Fallauswahl, Kontaktaufnahme zu Schlüsselpersonen und organisatorische Vorbereitung der Erhebung in den ausgewählten Krankenhäusern. (1 Monat).
- Erarbeitung der Interview-Leitfäden; Konkretisierung und Operationalisierung der Fragestellung. (1 Monat).

2. Phase

- Analyse des Profils des »kirchlichen Krankenhauses« anhand der Literatur sowie von Dokumenten der kirchlichen Krankenhausverbände und der Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert GmbH. Interviews mit entsprechenden Verbandsvertretern. Überprüfung und eventuelle Modifizierung der Fallauswahl und der Interviewleitfäden (3 Monate).
- Erhebung in den ausgewählten Krankenhäusern:
 - Interviews auf Leitungsebene und mit den Mitarbeitervertretungen (2 Monate).
 - Interviews auf mittlerer Leitungsebene und mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (4 Monate).

Pro Fallstudie rechnen wir mit 10–15 Interviews.

3. Phase

- Auswertung der Daten (3 Monate).
- Erstellung des Abschlussberichts (1 Monat).

Literaturverzeichnis

- Arnold, Michael/Litsch, Martin/Schellschmidt, Henner (Hg.) (2000): *Krankenhausreport 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs*, Stuttgart/New York: Schattauer.
- Badura, Bernhard (1994): *Arbeit im Krankenhaus*, in: Badura/Feuerstein (1994), 21–82.
- Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter (Hg.) (1994): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*, Weinheim/München: Juventa.
- Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter/Schott, Thomas (Hg.) (1993): *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung*, Weinheim: Juventa.
- Bartholomeyczik, Sabine (1993): *Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus*, in: Badura et al. (1993), 83–99.
- Berroth, Walter (1999): *Kirchliche Einrichtungen im europäischen sozialwirtschaftlichen Wettbewerb – Koreferat*, in: Oxenknecht, Renate (Hg.): *Kirchliche Einrichtungen zwischen Wirtschaftlichkeit und sozialer Verantwortung für die Mitarbeiter (= ZMV – Die Mitarbeitervertretung Sonderheft 1999)*, Köln: Ketteler, 9–12.
- Beyer, Heinrich/Nutzinger, Hans G. (1991): *Erwerbsarbeit und Dienstgemeinschaft. Arbeitsbeziehungen in kirchlichen Einrichtungen. Eine empirische Untersuchung*, Bochum: SWI-Verlag.
- Beyer-Rehfeld, Angelika (2001): *Christliches Profil zeigen*, in: ku-Sonderheft Qualitätsmanagement, , Nr. 6, 38–41.
- Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hg.) (2002): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*, Opladen: Leske + Budrich.
- Braun, Bernhard/Kühn, Hagen/Reiners, Hartmut (1999): *Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik*, dritte Auflage, Frankfurt/Main: Fischer.
- Büssing, André (1992): *Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Untersuchungen am Beispiel der Pflegetätigkeit*, Bern u. a.: Huber.
- Butterwege, Christoph (1999): *Wohlfahrtsstaat im Wandel. Probleme und Perspektiven der Sozialpolitik*, Opladen: Leske + Budrich.
- Cochran, Clarke (2002): *Case Study: Catholic health care. Paper presented at the Commonweal Winter 2002 Colloquium*, unter: <http://www.catholicsinpublicsquare.org/papers/winter2002commonweal/cochranpaper/cochranpaper.htm> – Zugriff am 21.11.2002.
- Coenen-Marx, Cornelia (2004): *Irgendetwas wird fehlen – Schwesternschaften in der Defensive*, in: epd sozial, 4, Nr. 30, 16–17.
- Cremer, Jonas/Kruse, Jan/Wenzler-Cremer, Hildegard (2003): *Interviews auf Computer überspielen und transkribieren: Ein Manual für die Aufnahme und Transkription von*

- Interviews mit einer EDV-basierten, einfachen und effektiven Lösung*, unter: <http://www.soziologie.uni-freiburg.de/kruse/Manual.pdf> – Zugriff am 30.03.2004.
- Crüwell, Henriette (2001): *Aktuelle Entwicklungen im kollektiven Arbeitsrecht der katholischen Kirche in der Bundesrepublik Deutschland*, Frankfurt/Main: Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung 31.
- Däubler, Wolfgang (2002): *Welche Forderungen stellen sich an eine moderne Mitbestimmungsordnung?*, in: Oxenknecht-Witzsch (2002), 11–16.
- Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (2000): *Auf dem Weg zu einer neuen Ordnungsstruktur im Sozial- und Gesundheitssektor*, in: *neue praxis*, 30, Nr. 4, 317–334.
- Deppe, Hans-Ulrich (2000): *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*, Frankfurt/Main: VAS.
- Ebertz, Michael N. (1994): *Leitbilder katholischer Krankenhäuser*, in: Deutscher Caritasverband (Hg.): *Zeit für ein Leitbild*, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 29–41.
- Eichhorn, Siegfried (1975): *Krankenhausbetriebslehre*, Band 1, dritte Auflage, Köln: Kohlhammer.
- (1976): *Krankenhausbetriebslehre*, Band 2, dritte Auflage, Köln: Kohlhammer.
- Engelhardt, Michael von/Herrmann, Christa (1999): *Humanisierung im Krankenhaus. Empirische Befunde zur Professionalisierung der Patientenversorgung*, Weinheim/München: Juventa.
- Falterbaum, Johannes (2000): *Caritas und Diakonie. Struktur- und Rechtsfragen*, Neuwied: Luchterhand.
- Flick, Uwe (2002): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2002): *ExpertInnengespräche in der interpretativen Organisationsforschung*, in: Bogner et al. (2002), 223–240.
- Fürstenberg, Friedrich (1981): *Zur Methodologie der Mitbestimmungsforschung*, in: Diefenbacher, Hans/Nutzinger, Hans G. (Hg.): *Mitbestimmung. Probleme und Perspektiven der empirischen Forschung*, Frankfurt/Main, New York: Campus, 31–49.
- Funder, Maria (1999a): *Mitbestimmungsforschung der Gegenwart*, in: Nutzinger (1999), 169–191.
- (1999b): *Paradoxien der Reorganisation. Eine empirische Studie strategischer Dezentralisierung von Konzernunternehmen und ihrer Auswirkungen auf Mitbestimmung und industrielle Beziehungen*, München, Mering: Hampp.
- Giddens, Anthony (1984): *The constitution of society: outline of the theory of structuration*, Cambridge: Polity Press.
- Hammer, Ulrich (2002): *Kirchliches Arbeitsrecht*, Frankfurt/Main: Bund-Verlag.
- Haseborg, Fokko ter (2001): *Es gibt viel zu tun, fangen wir an! Wie können evangelische Krankenhäuser im Wettbewerb bestehen?*, in: Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (Hg.): *Profil zeigen – Herausforderungen meistern. Dokumentation zum 75-jährigen Jubiläum des DEKV*, Berlin, 29–39.

- Hengsbach, Friedhelm (2000): *Die Ökonomisierung des kirchlichen Dienstes*, in: Krämer, Werner/Gabriel, Karl/Zöller, Norbert (Hg.): *Neoliberalismus als Leitbild für kirchliche Innovationsprozesse? Arbeitgeberin Kirche unter Marktdruck*, Münster: Lit, 33–65.
- Herschbach, Peter (1993): *Arbeitssituation und Arbeitsbelastung bei Ärzten und Ärztinnen im Krankenhaus*, in: Badura et al. (1993), 122–139.
- Iding, Hermann (2000): *Hinter den Kulissen der Organisationsberatung. Qualitative Fallstudien von Beratungsprozessen im Krankenhaus*, Opladen: Leske + Budrich.
- Jakobi, Tobias (2004): *Interviews in der qualitativen Sozialforschung und EDV: die technische Seite unter OS X*, unter: http://www.st-georgen.uni-frankfurt.de/nbi/pdf/pro_KH_Technik.pdf.
- Keller, Michael/Schmidt, Kurt W. (2004): *Vom Verein zur gemeinnützigen Aktiengesellschaft*, in: Ulshöfer, Gotlind/Bartmann, Peter/Schmidt, Kurt/Segbers, Franz (Hg.): *Ökonomisierung der Diakonie: Kulturwende im Krankenhaus und bei sozialen Einrichtungen*, Frankfurt/Main: Haag + Herchen, 89–98.
- Kramer, Hans (Hg.) (1974a): *Krankendienst der Zukunft. Job oder menschlicher Einsatz?*, Düsseldorf: Patmos.
- Kramer, Hans (1974b): *Menschliche Krisen und religiöse Problematik im Krankenpflegeberuf*, in: Kramer (1974a), 152–167.
- Kreienbaum, Alois (1974): *Krankenpflegeschüler heute. Ihre Vorstellungen, Motive und Erwartungen*, in: Kramer (1974a), 28–73.
- Kühn, Hagen (2001): *Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung*, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-204, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- (2002a): *Ethik und Ökonomisierung der medizinischen Versorgung*, Manuskript.
- (2002b): *Tendenzen der Ökonomisierung in den westlichen Gesundheitssystemen*, in: Berliner Ärzte, 39, Nr. 7, unter: http://www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/bae/18_BERLINER_AERZTE/BAEthemem/03Juli02/20_KuehnOekonomis.html – Zugriff am 05.11.2002.
- Kuhlbach, Roderich/Wohlfahrt, Norbert (1996): *Modernisierung der öffentlichen Verwaltung? Konsequenzen für die freie Wohlfahrtspflege*, Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lamnek, Siegfried (1995): *Qualitative Sozialforschung, Bd. 2: Methoden und Techniken*, 3. korrigierte Auflage, Weinheim: Psychologie-Verl.-Union.
- Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (1995): *Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus*, in: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (Hg.): *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*, Frankfurt/Main, New York: Campus, 39–72.
- Medica.de (2003): *Gleichstellung: Deutlich weniger Ärztinnen als Ärzte im Krankenhaus*, unter: http://www8.medica.de/cipp/md_medica/custom/pub/content_lang,1/ticket,g_a_s_t/oid,9365 – Zugriff am 18.08.2003.
- Merchel, Joachim (1996): *Wohlfahrtsverbände auf dem Weg zum Versorgungsbetrieb? Auswirkungen der Modernisierung auf Funktion und Kooperationsformen der Wohlfahrtsverbände*, in: Merchel, Joachim/Schrappner, Christian (Hg.): »Neue Steuerung«.

- Tendenzen der Organisationsentwicklung in der Sozialverwaltung*, Münster: Votum, 296–311.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1991): *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht*, in: Garz, Detlef/Kraimer, Klaus (Hg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 441–471.
- Mletzko, Uwe (2001): *Das Leitbild als theologisches Element der Qualitätssicherung*, in: Gohde, Jürgen (Hg.): *Diakonie und Qualität. Grundsätze – Methoden – Erfahrungen (= Diakonie Jahrbuch 2001)*, Stuttgart: Diakonie-Verlag der Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus, 69–72.
- Müller-Jentsch, Walther (1997): *Soziologie der industriellen Beziehungen. Eine Einführung*, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Frankfurt/Main, New York: Campus.
- (2003): *Mitbestimmungspolitik*, in: Schroeder, Wolfgang/Weßels, Bernhard (Hg.): *Die Gewerkschaften in Politik und Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 451–477.
- Müschelich, Markus (2002): *Freigemeinnützigkeit im Wettbewerb der Krankenhasträger*, in: Arnold, Michael/Klauber, Jürgen/Schellschmidt, Henner (Hg.): *Krankenhausreport 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb*, Stuttgart/New York: Schattauer, 131–136.
- Nullmeier, Frank/Pritzlaff, Tanja/Wieser, Achim (2003): *Mikropolicy-Analyse. Ethnographische Politikforschung am Beispiel Hochschulpolitik*, Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Nutzinger, Hans G. (Hg.) (1999): *Perspektiven der Mitbestimmung. Historische Erfahrungen und moderne Entwicklungen vor europäischem und globalem Hintergrund*, Marburg: Metropolis.
- O'Rourke, Kevin (2001): *Catholic Hospitals and Catholic Identity*, in: *Christian Bioethics*, 7, Nr. 1, 15–28.
- Ortmann, Günther/Sydow, Jörg/Windeler, Arnold (2000): *Organisation als reflexive Strukturierung*, in: Ortmann, Günther/Sydow, Jörg/Türk, Klaus (Hg.): *Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft*, 2., durchgesehene Auflage, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 315–354.
- Osterloh, Margit (1993): *Interpretative Organisations- und Mitbestimmungsforschung: eine methodologische Standortbestimmung*, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Oxenknecht-Witzsch, Renate (Hg.) (2002): *Zukunft der Mitbestimmung in der Kirche – MVG und MAVO vor der Reform (= ZMV – Die Mitarbeitervertretung Sonderheft 2002)*, Köln: Ketteler.
- Pfadenhauer, Martina (2002): *Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte*, in: Bogner et al. (2002), 113–130.
- Pree, Helmuth (2004): *Mehr Freiheit bei den Orden*, in: *neue caritas*, 105, Nr. 2, 15–18.
- Rausch, Roland (1984): *Die freigemeinnützigen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland – Entwicklung, Lage, Leistung und Zukunftsaussichten*, Gerlingen: Bleicher.

- (1988): *Das Selbstverständnis freigemeinnütziger Krankenhäuser und gesellschaftliche Erwartungen – Ergebnisse einer Studie*, in: Eichhorn, Siegfried/Lampert, Heinz (Hg.): *Ziele und Aufgaben der freigemeinnützigen Krankenhäuser*, Gerlingen: Bleicher, 87–125.
- Rey, Gerhard (2001): *Gewußt wie*, in: neue caritas, 101, Nr. 11, 18–20.
- Rier, Angela (2001): *Die spezifische christliche Qualität*, in: ku-Sonderheft Qualitätsmanagement, Nr. 6, 42.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*, zweite überarbeitete Auflage, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Rüfner, Wolfgang (2004): *Weltliches Arbeitsrecht gilt auch für die Kirche*, in: neue caritas, 105, Nr. 2, 19–22.
- Schäfer, Claus (2002): *Verteilung – Wirtschaft – Gesellschaft. Argumente für eine Alternative zur neoliberalen »Eine-Welt-Politik«*, unter: <http://www.box4.boeckler-boxen.de>.
- Scharpf, Fritz W. (2000): *Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*, Opladen: Leske + Budrich.
- Schleitzer, Erhard (2001): *Die Kirche als besonderer Arbeitgeber*, in: infodienst Krankenhäuser, 11, 21–24.
- Schmid, Josef (2001): *Europäische Integration und die Zukunft der kirchlichen Wohlfahrtsverbände in Deutschland*, in: Gabriel, Karl (Hg.): *Herausforderungen kirchlicher Wohlfahrtsverbände. Perspektiven im Spannungsfeld von Wertbindung, Ökonomie und Politik*, Berlin: Duncker & Humblot, 177–199.
- Schmitt, Wolfgang/Kellermann, Yvonne (2000): *Der soziale Dienst der Kirche. Statistik des Diakonischen Werkes der EKD – Stand 01.01.2000*, unter: <http://www.diakonie.de/de/downloads/Stat3-01.pdf> – Zugriff am 02.04.2003.
- Scholl, Wolfgang (1998): *Politische Entscheidungsprozesse als Kern einer integrativen Organisationspsychologie. Begleitskript zur Vorlesung »Einführung in die Organisationspsychologie«*, unter: <http://www.psychologie.hu-berlin.de/orgpsy/forschung/texte/entscheidung.htm> – Zugriff am 13.11.2003.
- Schuhen, Axel (2002): *Nonprofit Governance in der Freien Wohlfahrtspflege*, Baden-Baden: Nomos.
- Simon, Michael (1997): *Das Krankenhaus im Umbruch*, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P97-204.
- (2000): *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung*, Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- (2001): *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-205.
- Simon, Michael/Kühn, Hagen (1998): *Organisationslernen im Krankenhaus. Wandel einer reformresistenten Institution unter dem Eindruck geänderter Rahmenbedingungen*, in: Albach, Horst/Dierkes, Meinolf/Antal, Ariane Berthoin (Hg.): *Organisationslernen*

- *institutionelle und kulturelle Dimensionen* (=WZB-Jahrbuch 1998), Berlin: Edition Sigma, 161–192.
- Specht, Christine/Spierig, Holger (2004): *Fusion zu diakonischem Großkrankenhaus*, in: *epd sozial*, 4, Nr. 31, 3.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2003): *Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. 2001*, Fachserie 12/Reihe 6.1, Wiesbaden: Metzler/Poeschel.
- Steinke, Ines (2000): *Gütekriterien qualitativer Forschung*, in: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 319–331.
- Stiegler, Barbara (1996): *Ist die Verwaltungsreform geschlechtsneutral?*, Bonn: FES-Analysen 10/96.
- (2002): *Gender Macht Politik. 10 Fragen und Antworten zum Konzept Gender Mainstreaming*, Bonn: Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Sydow, Jörg/Windeler, Arnold/Krebs, Michael/Loose, Achim/van Well, Bennet (Hg.) (1995): *Organisation von Netzwerken. Strukturationstheoretische Analysen der Vermittlungspraxis in Versicherungsnetzwerken*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Träbergemeinschaft katholischer Krankenhäuser im Bistum Trier (Hg.) (1996): *Neuer Unternehmergeist im kirchlichen Krankenhaus. Dokumentation der Fachtagung 1996*, Trier.
- Wilz, Sylvia Marlene (2002): *Organisation und Geschlecht: strukturelle Bindungen und kontingente Kopplungen*, Opladen: Leske + Budrich.
- Windhoff-Héritier, Adrienne (1987): *Policy-Analyse. Eine Einführung*, Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Wohlfahrt, Norbert (2003): *Organisation im Umbau? Thesen zur Organisationsentwicklung der Freien Wohlfahrtspflege*, in: *Freie Wohlfahrtspflege im Modernisierungsprozess: organisations- und personalpolitische Herausforderungen und Konsequenzen – Dokumentation des Workshops vom 14. März 2003 in Düsseldorf*, Dortmund, 17–27.
- Zentralstatistik Caritas (1999): *Zentralstatistik des Deutschen Caritasverband. Stichtag 01.01.1999*.