

Werkstatt und Praxis

Korruption im Krankenhaus:

Die Tripelhierarchie, ihre Folgeprobleme
und mögliche Gegenmaßnahmen

Alfred Fleissner, Thomas Kliche und Anna Katharina Dickhaus

Zusammenfassung:

Wesentliche Ursache für Fehlentwicklungen der Organisationskultur von Krankenhäusern ist Machtkonzentration beim Leitungspersonal: Unter seiner Tripelhierarchie (aus wissenschaftlichen, medizinischen und administrativen Kompetenzen) droht jedweder Konflikt auszufern; Vorgesetzte verfügen über zahlreiche Sanktionen, die mit dem ursprünglichen Konflikt nichts zu tun haben, und praktisch jede Maßnahme läßt sich durch Diskurswechsel rechtfertigen. Da zudem die Arbeit selbst mit hohen psychosozialen Belastungen verbunden ist, werden Konflikte möglichst vermieden; dafür stehen mehrere - für das Krankenhaus als Heileinrichtung kontraproduktive - Strategien zur Verfügung (ständige Absonderung, Schweigekartelle, Vertuschung, Betriebsblindheit, informelle soziale Kontrolle u.a.). Der Beitrag leitet diese Überlegungen organisationssoziologisch, system- und devianztheoretisch ab, konkretisiert sie an Beispielen und prüft die vorliegenden Reformvorschläge.

1. Skandale als Indizien für Strukturprobleme:

Fragestellung und Methode

Im deutschen Gesundheitswesen werden immer mehr Praktiken von Machtmißbrauch und Fehlervertuschung ruchbar, zumal in den Großeinrichtungen. Nachrichtenmagazine münzen die Nachtseiten des Medizinbetriebs in Auflagenziffern und Einschaltquoten um: Betrug bei Behandlungsabrechnungen, Kunstfehler und ihre Vertuschung, Organraub, gentechnische Menschenbasterei, Sterbe(nach)hilfe. Derlei Enthüllungen tragen subtil zum ambivalenten Ruf der Medizin als schaurig-schöne Wunderkunst bei, ohne ernsthaft strukturelle Ursachen zu benennen. Aufklärung unterläuft ihnen bestenfalls nebenher. Ihre Empörung ist billig, sie lebt von der moralischen Fallhöhe der ärztlichen Berufung und kann, wie alle Skandale, zum symbolpolitischen Einlullen verwendet werden (zu den Techniken der Skandalabwehr, bes. Personalisierung und Mythenbildung, vgl. Kliche 1989). Die derzeit aus verschiedenen Kalkülen in Politik und Medien betriebene Demontage der Medizin lenkt somit von wichtigeren Problemen ab. Denn ÄrztInnen unterliegen selbst organisatorischen Zwängen.

Wir möchten hingegen den Blick für institutionelle Besonderheiten des Krankenhauses schärfen. Auf das Kernproblem - Machthäufung durch überlagernde "Funktionskreise" - ist die Medizinsoziologie übrigens schon vor 30 Jahren (!) gestoßen (Rohde 1974, orig. 1962, bes. 207-209).

Viele unserer Beispiele (= ##) beziehen sich auf das Hamburger Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE), hat es doch mit einer Reihe von Skandalen traurige bundesweite Medienberühmtheit erlangt. Hier wurde die Diskrepanz zwischen dem Anspruch, medizinische Standards zu setzen, und der Wirklichkeit besonders peinlich. Die Fälle stammen meist aus aktenkundigen, öffentlich gewordenen oder gerichtlich anhängigen Vorgängen der letzten Jahre. Das UKE ist kein unglücklicher Sonderfall. Auch andere Universitätskliniken sammeln Erfahrungen mit der Staatsanwaltschaft (vgl. z.B. Dietl 1995). Wir untersuchen diese Fälle als Symptome von Strukturproblemen.

Wir haben den Akten- und Pressespiegel ergänzt um qualitative Interviews mit ÄrztInnen und PflegerInnen, auch an anderen Einrichtungen. Die Recherchen sind in Anbetracht der Materialfülle auf 1994/95 konzentriert. Manchen Beurteilungen konnten wir keine Einzelfälle beifügen, weil diese entweder (a) von Verdeckungsmechanismen besonders betroffen sind oder (b) die Evaluation ganzer Berufsbiographien oder (c) detaillierte Beschreibungen subkultureller Kontexte erfordern (Abteilung, Tätigkeit, Kommunikationsstile usf.), was der Platz nicht zuließ.

In besonderem Maße bedürfen psychosoziale Interventions- und Hilfsangebote des Schutzes von Vertraulichkeit, verlässlicher Fachautorität und kollegialem Rückhalt für Problemfälle und Alltagsbelastungen. Diese Bedingungen sind gefährdet, wenn Vorgesetzte persönliche Macht-, Aufstiegs- und Finanzinteressen über die Erfordernisse der Heilung stellen, oder wenn die KlientInnen das Vertrauen in die Institution insgesamt verlieren. Gerade Psychotherapie und Psychologie können leicht von Verdrängungspraktiken beschädigt, ihre Heilerfolge in Frage gestellt werden. Denn die dominierenden Eliten im Medizinbetrieb sind sozialwissenschaftlichem Fachwissen gegenüber bislang nicht übermäßig aufgeschlossen; sie behandeln es vielfach als unliebsame Konkurrenz und versuchen, es zu instrumentalisieren (z.B. im sog. Delegationsverfahren). Es ist deshalb für PsychologInnen wichtig, Wissen & Macht im Medizinbetrieb kritisch zu beobachten, auch wenn sie nicht selbst dort arbeiten.

2. Die brüchig gewordene Stellung der Medizin

Eine Profession beruht auf einer Art 'Gesellschaftsvertrag': Die Gesellschaft nutzt das Fachwissen eines Berufsstandes und gewährt diesem dafür gesetzlich verbrieft Vorrechte: Die Profession regelt in Selbstkontrolle, doch im Einklang mit gesellschaftlichen Zentralwerten, ihr Wissen und dessen methodische

Erweiterung, ihre Berufsstandards und deren Kodifizierung, ihre Ethik und Leitziele, ihre Tarife, Eingangsqualifikationen, Weiterbildung, Organisation sowie die Zugangsberechtigung zur Berufsausübung (s. z.B. Schwendenwein 1990).

Zahlreiche Skandale haben in den letzten Jahren den Gesellschaftsvertrag der Medizin erschüttert. Seine wirtschaftlich wie medizinisch kontraproduktiven Nebenwirkungen treten zutage (Kostenintensität, mangelnde Würde eines apparativ 'um jeden Preis' verlängerten Lebens, iatrogene Krankheiten; vgl. Illich 1977). Mit der Manipulation des Erbgutes oder der Transplantation von Gehirnzellen ist menschliche Identität in Frage gestellt (vgl. z.B. Wagner-Roos 1994) - und damit das medizinisch-naturwissenschaftliche Menschenbild (vgl. Kliche & Moser 1988). Der Nimbus der Medizin beruht darauf, daß sie über Leben und Tod 'gebietet': im technischen Sinn, wo eine Heilung gelingt, im kulturellen Sinn, wo ÄrztInnen Tod und Leben definieren (dürfen). Die Abhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von Ethik, Philosophie und der Billigung durch die Gesamtkultur wird unübersehbar.

Als Todeszeitpunkt legte die Harvard-Universität 1968 den Hirntod fest (das EEG zeigt keine meßbare Spannung mehr und das Angiogramm belegt, daß das Hirn nicht mehr durchblutet ist). Werden Atmung und Kreislauf künstlich aufrechterhalten, sehen Hirntote lebendig aus; ihre inneren Organe arbeiten 'automatisch' weiter, was mehr Zeit für Organtransplantationen läßt (vgl. Bräutigam 1994b). Ein nur technisch meßbares Datum in Verbindung mit einer wissenschaftlichen Theorie soll den Tod rechtsgültig erweisen; kulturell tiefer verwurzelte Kriterien (Herzstillstand, Kälte und Blässe des Körpers) verlieren ihre Gültigkeit. Andere Länder wenden andere Kriterien an (vor allem den irreversiblen Kreislaufstillstand).

Um die Definition des Lebens - und seine legitime Beendigung - ist eine kulturweite Debatte losgebrochen (vgl. z.B. Bock 1988; Dörner 1993; Greinert & Wuttke 1993; Hegelsmann & Merkel 1991; Hoff & in der Schmitt 1994; Stadler 1991; Tolmein 1993): Ist passive Euthanasie statthaft, aktive immer verwerflich? Darf der Körper einer verunglückten Schwangeren mit Maschinenhilfe am Leben gehalten werden, um den Foetus zu retten? Macht die genauere technische Meßbarkeit eine Neubestimmung der Merkmale des "klinischen Todes" erforderlich? Dürfen 'ungebildete' PflegerInnen sich der Entnahme von Transplantationsorganen aus dem Körper klinisch Toter widersetzen, weil die ihrem 'Gefühl' nach noch leben? Was ist gegen Organraub und -schwarzhandel zu tun?

Die Medizin verliert - paradoxerweise dank ihrer Erfolge bei der technischen Manipulation menschlicher Körper - rapide an Autorität in diesen Fragen. Die Gesellschaft kann und will sie ihr nicht länger überlassen, bedarf ihrer aber zur Operationalisierung der Kriterien möglicherweise mehr denn je.

Wir können die tiefgreifende Gesamtkrise der Medizin nicht klären. Sie verschärft indes einige institutionelle Vorbedingungen für Korruption im Krankenhaus, weil sie Angst vor Neuerungen, vor dem Verlust von Autorität(en) und Sicherheiten weckt und damit Reaktanz auslöst - bei Facheliten, die um

Privilegien bangen, bei PatientInnen, die auf Heilungsgewißheit hoffen, bei Pflegekräften, deren Stellung sich grundlegend ändern könnte, und bei PolitikerInnen, die sich um Wesentliches drücken, wo es Wählerstimmen kosten kann. Gerechterweise darf die Gesellschaft nicht erwarten, daß das Krankenhaus ein widersprüchliches Bündel von Erwartungen und Wertorientierungen zu einer harmonischen Lösung bringt. Umgekehrt - und das ist unsere Hoffnung - ließen sich mit ernsthaften Reformen des Krankenhauswesens neue Modelle im medizinischen Bereich erproben, wo die Schwachstellen des überkommenen Gesundheitswesens offenkundig werden.

3. Die Tripelhierarchie

Unterirdische Kanäle zwischen offiziell getrennten Organisationen, etwa zwischen Pharma-Unternehmen, Parlamentslobby, Ministerialverwaltung, Krankenkassen, Gesundheitsämtern und medizinischer Profession, sind an Krankenhäusern gewiß nicht ohne Bedeutung. Manche Beobachter sprechen bereits von einem "medizinisch-bürokratischen Komplex" (math 1994). In den verschiedenen Skandalen, die die Medien aufdecken, werden immer neue Stückchen dieses Netzwerks sichtbar.

Ein "Komplex" bezeichnet ein Gewebe von Seilschaften in Regierung, Parlamenten, Parteien, Wirtschaft und Verwaltung. Ähnlich in Werthaltungen und Lebensstil, schieben sie sich Staatsaufträge, Karrierechancen, Informationen, Verbindungen und fachlich-politische Legitimationen zu. Die Old-Boys-Networks lassen Versuche demokratischer Kontrolle ins Leere laufen. Sie sind keine greifbare Einrichtung, sondern allgegenwärtig, informiert, rücksichtslos, einflußreich und flexibel wie die Mafia (Mills 1956; vgl. Hess 1995).

Diese Analyse-Ebene ist zwar wichtig, doch unzulänglich: (1.) Solche Verquickungen bestimmen (noch) nicht alle Entscheidungsprozesse und sind z.T. verpönt. Sonst wäre der Herzklappen-Skandal nicht als Norm- und Wertbruch wahrgenommen worden (s. Kirbach 1995, Spiegel 1995). (2.) Die Macht des Filzes entfaltet sich nur unter bestimmten - benennbaren - Voraussetzungen: Filz braucht Ressourcen und Existenzräume, wie andere soziale Aktivitäten auch. (3.) Die betroffenen Einrichtungen, Professionen und Gruppen sind zu groß, um alle bekannt gewordenen Mißbräuche mit einer naiven Verschwörungstheorie zu deuten. (4.) Die Informationen über legale, alltägliche Machtkollusionen sind aussagekräftig und offen zugänglich; wir brauchen nicht über geheime Machtverquickungen zu spekulieren.

Deutsche Krankenhäuser verbinden nämlich drei qualitativ unterschiedliche Funktionshierarchien in ein und derselben Institution: wissenschaftliche, dienstleistende und administrative Positionen. Eine Krankenhaushierarchie verbindet Verwaltungsaufgaben, Heilerfolge und Forschungsautorität zu einer Pyramide.

Das sind ihrem Wesen und ihrer Begründung nach unterschiedliche Funktionskreise: Verwaltungshandeln zielt auf Effizienz (reibunglose und unaufwendige Fallbearbeitung), wissenschaftliches Handeln auf methodisch gesicherte Erkenntnis (festgestellt durch die Anerkennung eines Resultats unter FachkollegInnen), ärztliches Handeln zielt auf Heilung, den Erhalt von Menschenleben und Gesundheit. Dafür sind je eigene Qualifikationen erforderlich, und angeblich auch unterschiedliche Motivationen: Gehalt und Beförderung in der Verwaltung, in der Wissenschaft hingegen Erkenntnisdurst und der Wunsch nach Anerkennung als Fachautorität, in der Medizin ein Gutteil Philanthropie, wenigstens aber das Erfolgserlebnis, die Dankbarkeit und die soziale Anerkennung für menschliche Hilfe.

Dagegen läßt sich einwenden, daß die drei Hierarchien doch eigentlich nur 'analytisch' und insofern künstlich zu trennen sind. Keine einzelne Tätigkeit lasse sich nur diesem oder jenem Aufgabenbereich zurechnen (z.B. Rohde 1974, 209). Auf den ersten Blick ist das richtig; auf den zweiten zeigt es, wie sehr wir uns schon an diese Verschmelzung gewöhnt haben und wie selbstverständlich sie uns scheint. Das dürfte vor allem mit der Geschichte der Medizin im Abendland zusammenhängen. Keiner anderen Wissenschaft und Profession räumt unsere Gesellschaft solche Privilegien ein. Das ärztliche Handeln muß daher nach mehreren Richtungen abgesichert werden: gesellschaftlich, wirtschaftlich, innerorganisatorisch, wissenschaftlich und professionell: Es unterliegt potentiell widersprüchlichen Loyalitätspflichten (Rohde 1974, bes. 249). Historisch betrachtet, ist das Zusammenfallen dieser Funktionen, ihrer Positionen und Leistungsränge kein Naturgesetz (vgl. z.B. Foucault 1976). In allen anderen gesellschaftlichen Feldern existieren Wissenschaft, Dienstleistung und Organisationsverwaltung sehr wohl als getrennte Einheiten; Unternehmen gliedern dafür bspw. Tochterfirmen und Profit-Centers aus, um ihre funktionalen Untereinheiten zu Wirtschaftlichkeit anzuhalten.

Diese "Tripelhierarchie", die bei der Verschmelzung von Verwaltung, Heilprofession und Wissenschaft im Krankenhaus entsteht, sorgt für eine enorme Häufung von Sanktionsmöglichkeiten. Mit wachsender Höhe seiner Position verfügen FunktionärInnen über immer mehr Ressourcen aus allen drei Bereichen und über immer mehr Spielräume und Gelegenheiten, mit Gewinn eine in die andere umzuwechseln. Je nach Situation kann er diese oder jene Rolle hervorkehren, um Geld, Macht, Ansehen, Karrierechancen und Sinn erleben zu maximieren. Zu den Ressourcen der Tripelhierarchie gehören u.a.:

- Einkommen,
- Forschungsgelder,
- Zugang zu Sachausstattungen für Forschung und Therapie,
- Stellen, MitarbeiterInnen,
- SchülerInnen, Gefolgschaft,
- Dienstzeiten,
- Urlaubsgenehmigungen,
- Zeugnisse, Empfehlungen, Beförderungen, Karrierechancen,
- Möglichkeiten der Höherqualifikation,

- Zugang zu internen Informationen (Orientierungs- und Hintergrundwissen sowie Daten über die Berufstätigkeit einzelner MitarbeiterInnen - für deren Kontrolle entscheidend),
- Ansehen unter FachkollegInnen,
- gesellschaftliches Prestige,
- Selbstachtung für ein sinn- und liebevolles Leben und die Dankbarkeit der PatientInnen.

Diese Ressourcen sind i.d.R. auch Gegenstand von Übergriffen und Amtsmißbrauch: ungenehmigte Nebentätigkeit, private Abrechnung von Dienstaufgaben, Unterschlagung von Personal-, Raum- und Sachmittelnutzung, Verstoß gegen administrative oder wissenschaftliche Sorgfaltspflichten, kurz: die Umsetzung von wissenschaftlicher, administrativer und medizinischer Macht in persönliche Vorteile.

Eine Doktorandin gibt ihre Zwischenergebnisse arglos ihrem Chef, der darüber einen Vortrag hält und anschließend sehr bedauert, daß die Doktorarbeit damit hinfällig ist.

Einer Doktorandin wird kurz vor Abschluß der experimentellen Phase bedeutet, daß mit den erzielten Ergebnissen kein erfolgreicher Abschluß zu erwarten sei und sie sich nach einer anderen Arbeit umsehen solle. Wenig später erfährt sie, daß einem Professorensohn, mit ihrem Thema und ihren Ergebnissen versorgt, eine schnelle Promotion ermöglicht worden ist.

Ein Professor auf Zeit (C3) arbeitet an einer vielversprechenden Therapie-wirkungsstudie. Der Chef und Ordinarius (C4) will sie selbst verantwortlich leiten. Er veranlaßt ein 'Beschwerdeschreiben' eines Assistenzarztes und unterschiebt damit C3 ärztliches Fehlverhalten (das Schreiben wird C3 jahrelang vor-enthalten). C4 untersagt C3 unter Verweigerung einer sachlichen Prüfung des Vorwurfs die Weiterführung der Studie; das Oberlandesgericht verurteilt diese Untersagung als rechtswidrig (die finanziellen Folgen trägt der Staat). Die Kontroverse C3 / C4 zieht sich durch irreführende Einlassungen bis hin zu unwahren eidesstattlichen Aussagen C4's Klinikintern über sieben Jahre hin, bis C3's Vertrag abgelaufen ist und er die Klinik verlassen muß.

Die Personalvertretung am UKE moniert, daß ca. ein Fünftel der Professuren vakant stehe und "über Jahre" durch Wissenschaftliche MitarbeiterInnen vertreten worden sei; professorale Forschungs- und Lehrverpflichtungen seien auf andere abgewälzt und "zudem partiell fälschlich über Krankenversorgung vergütungsmäßig abgerechnet" worden (Stellungnahme 1993, 6+7). In einigen Kliniken sollen die Professoren nur etwa ein Drittel ihrer Lehrverpflichtungen selbst erfüllt haben (pw 1995).

Die Tripelhierarchie erklärt nicht alles, was in Krankenhäusern ab- und schiefläuft. Sie bietet keine umfassende 'Krankenhaus-Theorie', sondern eine Heuristik für Problembeschreibung und Lösungssuche. Universitätskliniken wie das UKE haben infolge ihrer Größe, ihrer Ausbildungs- und Forschungsaufgaben mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen (vgl. z.B. Universität 1994, 9):

- Personalfuktuation, bes. auf der Ebene der ÄrztInnen und OberärztInnen;
- ein hoher Anteil befristet Beschäftigter;

- dadurch "Konzentration des Wissens allein bei der Abteilungs- oder Klinikleitung" (ebd.);
- "Abhängigkeiten der in Weiterbildung befindlichen Ärzte und des wissenschaftlichen Personals von der Klinikleitung" (ebd.);
- längere Kommunikations- und Entscheidungswege;
- dünneres Hintergrundwissen über die Arbeit benachbarter Abteilungen oder Ebenen;
- höherer Ermittlungsaufwand für Kontrolle;
- große Menge von KollegInnen auf vielen Abteilungen, so daß Kennenlernen, Zusammenschluß und Solidarisierung erschwert sind;
- mangelhafte Nachwuchsbetreuung (s. das erschütternd schlechte Abschneiden des UKE als Ausbildungsinstitution im Urteil der Studierenden: Tab. 1).

Tab. 1: Einschätzung der Ausbildungsqualität verschiedener Hamburger Krankenhäuser durch Studierende im Praktischen Jahr (1991-92)

(nach Dunkelberg & van den Bussche 1995, Abb. 4, 126)	nichtstaatliche Krankenhäuser in Hamburg	Lehrkrankenhäuser des 'Hamburger Landesbetriebs Krankenhäuser'	UKE
Anleitung gut bei	50 %	23 %	14 %
Vorbereitung auf 'Arzt im Praktikum' gut bei	44 %	25 %	5 %
Betreuung 'eigener' PatientInnen durch	74 %	58 %	33 %

Dabei ist "der größte Teil der den Universitätsklinika zur Verfügung gestellten Forschungsmittel (80-90 %) infolge der Verflechtung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre 'fest' in die Kliniken und Institute 'eingebunden'" (Arbeitsgruppe 1994, 24). Wir beobachten an Universitätskrankenhäusern mithin allgemein wirksame organisatorische Mechanismen wie im Brennglas gebündelt.

4. Folgeprobleme der Tripelhierarchie

4.1 Verselbständigung

Eine Organisation mit Selbstbewußtsein, Machtzentren und eigenen Werten neigt dazu, sich gegen Steuerungsversuche abzudichten. Die Verwaltungsaufsicht kann mit der dehnbaren Freiheit von Forschung & Lehre abgedeckt werden, das ärztliche Handeln sich auf Freiheitsrechte für Wissenschaft und Be-

rufsausübung berufen. Zivil- wie Disziplinar- oder Strafverfahren dehnen sich in umfangreiche gutachterliche Kontroversen aus. Ministerialbehörden sind mit der Fachaufsicht über SpezialistInnen und den gesammelten Sachverstand der Profession latent überfordert.

"Größe und Komplexität der Universitätsklinika lassen sich nicht uneingeschränkt mit der umfassenden (Fach-) Aufsichtsbezugnis der Ministerien vereinbaren, die zwingend mit ihrer Rechtsstellung (...) verbunden ist" (Arbeitsgruppe 1994, 14).

Um die Schmiergeldflüsse bei der Abrechnung überteuerter Herzklappen aufzudecken, brauchten die Krankenkassen einen Fachmann mit Insider-Kenntnissen. Seine Kompetenz und seine Motive waren Gegenstand heftiger Auseinandersetzungen, weil die Kassen ihm und seinen vier MitarbeiterInnen einen Etat von 1,5 Millionen DM p.a. zur Verfügung stellten (Kieselbach 1994; Kowalski 1994).

Einer der Gründe für die relativ unkontrollierte Erprobung neuer Therapievarianten, die zu groben Gesundheitsschädigungen bei Karzinom-bestrahlungen am UKE führte, lag darin, daß ein Universitätsprofessor am UKE bis dato nicht einmal der Hamburger Ärztekammer unterstand (Zylka-Menhorn 1993, B-1764).

Nach Bekanntwerden der Vorwürfe im o.a. Fall reagiert die Behörde - "beraten von der Klinikleitung" - mit öffentlicher Verteidigung, dann Suspendierung, dann Wiedereinsetzung, dann Beurlaubung, dann disziplinar-rechtlichen Konsequenzen für den beschuldigten Chefarzt; mit Degradierung, dann Suspendierung, dann Wiedereinsetzung des Oberarztes; sowie einer Reihe von Begründungswechseln für diese Schritte, die nicht immer überzeugend synchronisiert sind (Bräutigam & Kleine-Brockhoff 1993b).

4.2 Versagen interner Selbstkontrollen

Die Machthäufung legt Eingriffs- und Kontrollmöglichkeiten innerhalb der Institution lahm ("Stellungnahme", 8+9), und das gleich in mehreren Richtungen:

4.2.1 Definitionsherrschaft:

MitarbeiterInnen, aber auch Personalvertretungen verstummen vor dem Prestige der "Halbgötter in Weiß". Letztere haben das Vorrecht, eine Sachfrage oder einen Streitpunkt als 'wissenschaftlich' zu definieren und dann nach ihren Ansichten zu entscheiden.

Ein Professor bescheinigt einem Kollegen ohne weitere Begründung, er könne nicht mehr operieren, und streicht ihn vom OP-Plan.

Eine MTA, über 20 Jahre an ihrem Institut, fällt nach einem arbeitsgerichtlichen Verfahren in Ungnade. Ihrer Versetzung auf Betreiben des Instituts gegen ihren Willen stimmt der Nichtwissenschaftliche Personalrat zu. Er hat keine Möglichkeit, bei wissenschaftlich verbrämten Begründungen die Sachverhalte zu durchschauen. Die Versetzung grenzt an absurdes Theater: Das Labor in ihrer

neuen Abteilung soll erst noch gebaut werden, dafür müssen einer weiteren Abteilung die erforderlichen Räume weggenommen werden. Das alte Labor, in dem weiter am selben Projekt gearbeitet werden könnte, befindet sich offenbar im falschen Gebäude, denn es darf von dieser MTA nicht mehr genutzt werden, obwohl sie praktisch die alten Tätigkeiten ausüben soll. Während des Umbaus kann sie über ein Jahr gar nicht arbeiten (vgl. gph 1994).

4.2.2 Vertuschung:

Die Tripelhierarchie stellt das Kontrollwissen, auf das mögliche externe Überprüfungen angewiesen sind, zum großen Teil selbst her; sie beherrscht auch seine Begründungen (durch ärztliche Diagnosen und wissenschaftlichen Sachstand), und sie regiert die Dienstwege. Beschwerden können nur unzulänglich verfolgt werden. Nachfragen können mit dem Hinweis abgefangen werden, die Unterlagen seien vertraulich (Persönlichkeitsschutz der PatientInnen).

Bei Ermittlungen der Staatsanwaltschaft stellte sich mehr als einmal heraus, daß Akten verschwunden, nachgebessert oder durch Gefälligkeitsgutachten abgesichert sind (vgl. Kunz u.a. 1995, 140; s.u. 4.2.4). Genau geführte Akten müssen daher kein Sorgfaltsbeweis sein; die Befragung von MitarbeiterInnen kann erbringen, daß sonst Berge unbearbeitet im Schrank lagen. Es wäre sicher eine eigene Studie wert, ob auffallend präzise, umfangreiche Krankenakten im Zusammenhang mit Störfällen, Kunstfehlern oder Komplikationen zu sehen sind.

Die Tripelhierarchie kann InformantInnen der Ministerialbehörden, der Polizei oder der Medien arbeits- und strafrechtlich wegen Verrats von Dienstgeheimnissen, Vertrauensbruch u.ä. Vorwürfen verfolgen (z.B. Oeder 1994; s. auch Hohaus 1993a).

Infolge einer verseuchten Infusion in einer Kölner Klinik sterben 1989 vier Neugeborene, sechs weitere überleben z.T. schwerstbehindert. Die Strafverfolgungsbehörden erfahren davon fünf Jahre später - aus der Zeitung, kurz vor Ablauf wichtiger Verjährungsfristen. Die Aufsichtsbehörden der Klinik sahen keine Gefahr über den "Einzelfall" hinaus und wollten den Ruf der Klinik nicht schädigen (Schmalenberg 1994).

4.2.3 Strukturierungsmacht:

Einfache organisatorische Maßnahmen, Zuordnungen und Umstrukturierungen können lästige Kritik oder Konkurrenz zum Schweigen bringen. Wollen die Betroffenen sich wehren, haben sie das Trägheitsmoment der Institutionen gegen sich.

Bislang sind vor allem zwei Einrichtungen für innermedizinische Fachkontrollen und Beratung der Strafverfolgungsbehörden zuständig - Institut für Rechtsmedizin sowie Gerichtsärztlicher Dienst. Ersteres untersteht der Wissenschafts-, letzterer der Gesundheits- und Sozialbehörde. Nach Rationalisierungsplänen der UKE-Leitung soll der Gerichtsärztliche Dienst künftig der Rechtsmedizin einverleibt werden (Tiefenthal 1994). Damit entfiere eine potentielle Kontrollinstanz.

Ein Professor drängt einen Doktoranden, ein Drittel mehrdeutige und ein Drittel hypothesenwidrige Meßergebnisse zugunsten des Drittels der erhofften Ergebnisse zu ignorieren. Der Doktorand kündigt im Projekt, da er dieses Vorgehen nicht mitverantworten möchte und die wissenschaftliche Korrektheit der Arbeitsweisen im Labor bezweifelt. Eine MTA bekommt diese Ereignisse mit, daneben weitere Mängel der wissenschaftlichen Arbeit, der Laborsicherheit, der Personalführung und des Rechtsgebarens, und kündigt auch. Nach dem Strahlenskandal fordert die UKE-Leitung das Personal auf, Problemfälle frühzeitig zu nennen; die MTA informiert die Krankenhausleitung über die Vorfälle. Bei der Fortführung des Projekts durch andere wurden die Ergebnisse des Doktoranden bestätigt; der Professor verweigert ihm jedoch, die Untersuchungen nachzuarbeiten. Die MTA bewirbt sich auf eine andere Stelle im UKE und erhält seitens der Projektleiter eine Zusage, die jedoch wieder zurückgezogen wird.

In der Rechtsmedizin des UKE verschwindet eine Pistole aus dem Tresor, dessen Schlüssel nur wenigen zugänglich sein darf. Der Ärztliche Direktor reagiert auf die Information mit dem Hinweis, man solle den Dienstweg einhalten. Der Mitarbeiter, der den Fall meldet, sieht sich plötzlich selbst unter Verdacht gestellt. Die Ermittlungen der Kriminalpolizei verlaufen indessen im Sand.

4.2.4 Beurteilungsverzerrungen und "Chefarztsyndrom":

Die Machthäufung kann bei der Auslese des Leitungspersonals professionelle Standards außer Kraft setzen. Der jeweilige Vorgesetzte verfügt über genügend Einfluß, um das Verdienst für Leistungen seiner Arbeitseinheit in jeder der drei Hierarchien zu beanspruchen - für glatte Verwaltung, für erfolgreiche Heilung, für solide oder bahnbrechende Forschung. Die Wissenschaftssoziologie bezeichnet die Neigung, Erfolge prominenten ForscherInnen zuzuschreiben, als Matthäus-Prinzip: "Wer hat, dem wird gegeben" (Cole 1972). Treten hingegen Pannen auf, ist nicht nur eine Begründung aus einem je anderen Funktionsbereich, sondern auch ein Sündenbock leicht gefunden. Die Zurechnung von Leistung wird durch die Vielfalt ihrer widerläufigen Dimensionen bei steilem Machtgefälle also äußerst erschwert.

Infolgedessen können zwei Typen von Führungskräften aufsteigen, die für die Organisation und die PatientInnen verheerende Folgen haben: Da gibt es zunächst stark spezialisierte Berufsbiographien, die in den anderen Aufgaben des Rollenspektrums fast zwangsläufig zum Versagen führen: Brillante ForscherInnen müssen keine einfühlsamen PersonalentwicklerInnen sein, gute ÄrztInnen müssen nicht unbedingt den Papierkrieg um Mittelbeschaffung mit anderen Ämtern lieben, usf.

Die Rechtfertigung für Karrieren in der Tripelhierarchie faßt hingegen ein Sprecher der Lehrstuhlinhaber für Chirurgie zusammen: "Wir glauben, daß jemand, der sich in der Klinik nicht bewährt hat, auch in der Forschung keine großen Erfolge wird vorweisen können." (Bräutigam 1994a)

Weiter gibt es Management-Typen, deren Befähigung vor allem in der geschickten Moderation der Leistungen ihrer Untergebenen besteht. Mit etwas Glück und der rabiaten Bereitschaft, die Verantwortung für Mißstände ggf. zu

externalisieren, können Persönlichkeiten aufsteigen, ohne von einem der drei Leistungsbereiche wirklich etwas zu verstehen.

Immer wieder gelingt es HochstaplerInnen, erfolgreich als 'Ärzte' im Medizinbetrieb aufzutreten, mitunter recht lange. Ein bekanntes Beispiel: Am Gesundheitsamt Flensburg amtierte ein Postschaffner 1982/83 über ein halbes Jahr als Psychiater Dr. Bartholdy mit Diagnosen wie folgender: "Depressive Verstimmungslage mit enormer Ansprüchlichkeit und Dependenzgefährdung. Massive Wahrnehmungsverzerrung macht die Patientin kontaktgestört und begünstigt reaktiv-depressive und paranoide Tendenzen - Eine schwere Konversionsneurose mit erheblichen Störungen der Vitalgefühle und multiplen pseudosomatischen Beschwerden bei psycho-vegetativem Leiden wie Angstgefühlen, Schwindelsensationen, depressiven Stimmungsschwankungen, Platzangst, feuchten Händen und unregelmäßigem Kreislauf." (Mauz 1984, 76; vgl. die autobiographische Schilderung: Postel 1985)

Gerade hochmotivierte ÄrztInnen schildern ihre Klinikleitungen, aber auch FunktionärInnen der Fachverbände mitunter (leicht mitleidig) als Persönlichkeiten, deren wissenschaftliches und heilerisches Wirken nicht so recht gediehen sei und die deshalb auf jene Karriere verfallen wären. Der Beruf des Arztes und Forschers biete hingegen so viel menschliche Anerkennung und Befriedigung, daß ihn nicht verlassen wolle, wer ihn erfolgreich ausübe.

Derart globale Einschätzungen der medizinisch-bürokratischen Eliten fallen notwendigerweise unbefriedigend aus, da sie Berufsbiographien kollektiv pauschalisieren. Sie beweisen deshalb keineswegs die Unfähigkeit des gesamten klinischen Leitungspersonals. Sie zeigen indes, daß die ärztlich-wissenschaftlichen Zugangs- und Qualitätskontrollen unzuverlässig sind und ein Aufstieg in der Tripelhierarchie nichts mit Leistung zu tun haben muß. Selbst groteske Fehlbesetzungen werden offenbar lange gedeckt.

Der Chefarzt der Orthopädie am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Barmbek, "das flinke Messer" im Klinikjargon, operiert in seiner Amtszeit 1963-1981 jährlich bis zu 3.000 PatientInnen; zahlreiche sind hernach Krüppel oder Invaliden, wie Anfang 1984 die Medien enthüllen (Hohaus 1994b, Liedtke 1987, 80). Über 190 erweisen sich als grobe Fehlleistungen: Seitenverkehrt eingesetzte künstliche Hüftgelenke verschaffen PatientInnen Rollstühle, steife Beine, Krücken und Prothesen. Der Chefarzt "zersägte auf 20 Zentimeter diagonal Unterschenkelknochen, um O-Beine zu korrigieren. In Hüftpfannen von Patienten klapperte nach der Operation Knochenzement." (Hohaus 1994b, 10). Schlechte Nachsorge (übersehene Entzündungen unter Gipsverbänden) führte zu Amputationen. Die Gesundheitsbehörde und viele Hamburger OrthopädInnen müssen von den Verhältnissen gewußt haben, da sie die Schäden über Jahre immer wieder zu reparieren hatten. Die ehemalige Sekretärin des Chefarztes bestätigte, daß Krankenakten nachgebessert wurden oder verschwanden; das sei in der Klinik bekannt gewesen, und ebenso: "Wer nicht mitmachte, flog raus." Ein parlamentarischer Untersuchungsausschuß ermittelt als strukturelle Ursachen: Unterwürfigkeit, Kasernenhof-Hackordnung, mangelnde Qualitätskontrolle und juristisch schwache Stellung der PatientInnen. Der Chefarzt wird 1987 zu 7.000 DM Geldstrafe verurteilt, da die meisten Fälle verjährt sind. Er kassiert jährlich 120.000 DM Altersbezüge. Bis 1994 erhalten seine Opfer 27 Millionen DM Schadensersatz (weitere Forderungen sind anhängig).

Solches Leitungspersonal wird zu ihm 'passende' MitarbeiterInnen bevorzugen. Qualifiziertes und hochmotiviertes Personal wandert ab - ein selbstverstärkender Prozeß, der schwer umzukehren ist, wenn er einmal begonnen hat.

Aus der Abteilung, die am UKE für die gesundheitsschädlichen Strahlungsdosen bei der Karzinomtherapie verantwortlich war, berichten MitarbeiterInnen ebenfalls eine problematische Gruppendynamik: "Das Chefarztsyndrom, das Insistieren auf Kadavergehorsam (...) fördert nicht gerade die Offenheit (...) die nötig wäre, um Therapiekonzepte frei zu diskutieren." (Bräutigam & Klein-Brockhoff 1993a)

4.2.5 Gewissensdelegation:

Die Institution selbst ist als helfend, wissend und damit gut definiert; ihre Normen und der Erfolg in ihr können als Gewissensersatz fungieren. Diese Identifikation springt von Werten der Heilung auf Verwaltungs- und Wissenschaftsnormen über. Die Unterwerfung unter das institutionelle Gewissen gibt HelferInnen Unabhängigkeit gegenüber Belastungen und Mißerfolgen. Diese Stabilität kann in rigide Starrheit umschlagen (Schmidbauer 1993, 152). Je fester und genauer Rollen gesellschaftlich verankert sind, desto leichter "findet eine Identifikation des Selbst mit dem objektiven Sinn der Handlung statt. Die vor sich gehende Handlung bestimmt für den Augenblick ihres Vollzugs die Selbstauffassung" (Berger & Luckmann 1970, 77). "Je integrierter aber das Individuum in die Machthierarchie ist, desto unmöglicher wird es für es, Unbewußtes, das mit seinen Größen- und Machtphantasien verknüpft ist, zu erkennen." (Erdheim 1984, 76). Dadurch können in Extremsituationen sämtliche Selbstkontrollen des Personals, 'professionelles' wie individuell-ethisches Gewissen, gleichzeitig aussetzen.

Als sich eine Notoperation als aussichtslos erweist, schneidet der Chirurg eine Hauptader durch, so daß die Patientin verblutet sein soll. Der Vorfall gelangt anonym an die Staatsanwaltschaft. Trotz belastender Zeugenaussagen und Gutachten stellt die Staatsanwaltschaft nach elf Monaten die Ermittlungen ein und nimmt sie erst nach Medienberichten wieder auf (Hohaus 1993b; weitere Beispiele s.u. 4.6)

4.2.6 Hemmnisse öffentlicher Kritik:

Die Spielräume der Diskussion über die ärztliche Profession und insbesondere der Kritik an ganzen Institutionen (Krankenhäusern) sind begrenzt, weil das Leitungspersonal dank seiner Verantwortung für Heilung und Wissenschaft großen gesellschaftlichen Kredit genießt und sogar wagen kann, blindes Vertrauen zu fordern.

Am 30.7.1993 schreibt der Ärztliche Direktor des UKE über ein Dossier der ZEIT zum Strahlenskandal an die HerausgeberInnen: "Sehr verehrte Gräfin Dönhoff, sehr geehrter Herr Dr. Schmidt, Ihnen, die Sie als Ehrensensoren der Universität Fürsorge für deren Einrichtungen übernommen haben (...), schreibe ich diesen Brief, um (...) die Sorge zum Ausdruck zu bringen, daß durch die Art des Berichtes in Ihrem Blatt zu den Vorwürfen über die Strahlentherapie der

Radiologischen Klinik (...) das Universitätskrankenhaus Eppendorf in unververtretbarer Weise in der Öffentlichkeit Schaden erleidet. (...) Stil, Formulierungen und Teile des Inhalts halte ich für völlig unangemessen, da sie dem Ansehen des UKE und den Leistungen seiner Mitarbeiter in der Vergangenheit und der Gegenwart nicht gerecht werden. (...) Bitte verstehen Sie meinen Brief nicht als Leserbrief, ich will mich nicht mit dem Inhalt des Artikels auseinandersetzen, sondern nur auf einige Punkte aufmerksam machen, die meine Besorgnis begründen sollen. Zu der Behandlung der fachspezifischen Fragen der Strahlentherapie möchte ich hiermit keine Stellung nehmen, da sie Gegenstand einer unabhängigen Begutachtung ist. (...) Die in diesem Zusammenhang angeführten betrieblichen und personellen Angelegenheiten sind einseitig und ohne die erforderliche Sorgfalt dargestellt. Sie werden verstehen, daß ich mich dazu auf keine näheren Erörterungen außerhalb meines Dienstbereiches einlassen kann. (...) Letztlich muß sich 'Die Zeit' selbst den Vorwurf gefallen lassen, durch die Formulierungen in diesem Artikel patientenfeindlich zu wirken, wenn ein ganzes Krankenhaus diffamiert und dadurch das Vertrauen der Patienten zerstört wird. (...)"

4.3 Konfliktgeneralisierung und Coping-Strategien

Konflikte in einer solchen Organisation weisen die Tendenz auf, sich personell, inhaltlich und funktional auszuweiten. Denn sachliche Einwände sind schwer einzugrenzen, sie berühren immer auch Interessen in den anderen Sphären der Tripelhierarchie. Individuelle Erfolgsinteressen können mit dem Habitus des Heilens oder wissenschaftlicher Leistungsrhetorik bemäntelt werden.

Die Tendenz zur Konfliktgeneralisierung nötigt, ständig mikropolitische Rückendeckung bei KollegInnen, Vorgesetzten oder der nächsthöheren Ebene zu suchen (vgl. Weidmann 1990, bes. 47-49, 180-222). Die hohe Verantwortlichkeit des Berufsfeldes verstärkt diese Neigung weiter: Auch kleine Fehler können schwere Folgen haben, dennoch müssen viele Entscheidungen rasch, mit unzulänglicher Ausstattung und unter Streß getroffen werden. Unter der Tripelhierarchie üben sich deshalb Präventions-, Überlebens- und Bewältigungsstrategien ein, welche Konflikte auch dann wirkungsvoll unterdrücken, wenn sie offen und sachbezogen ausgetragen werden müßten:

4.3.1 Das Gesicht wahren:

Das Führungspersonal entwickelt eine Wagenburg-Mentalität. Räumen nämlich professionelle oder institutionelle Leitungsorgane die Berechtigung von Kritik ein, droht ein Skandal und in seinem Gefolge ein Vertrauensverlust des Berufs, der Einrichtung oder der professionellen Selbstkontrolle insgesamt. Kritik löst daher Entrüstung aus - alles sei bestens, nichts brauche untersucht zu werden. Wie für individuelle Vorgesetzte, ist die Verteidigung von Fassaden für ganze Organisationen eine konfliktmindernde Strategie. Sie befriedet divergierende

Interessen selbst innerhalb der ärztlichen Profession, etwa im Bereich der Ausbildung.

Leicht sind Abteilungen mit einer sachgerechten, ordnungsgemäßen ärztlichen Ausbildung überfordert; Ursachen liegen in mangelnder Breite und Zahl der Fälle, etwa infolge von Spezialisierung der Chefs oder der Kliniken, zu wenig Anleitung sowie ausbildungsfremden Tätigkeiten für die Projekte der Vorgesetzten oder zur Erfüllung der Dienstpläne (vgl. z.B. die Angaben zahlreicher Studierender in Dunkelberg & van den Bussche 1995, 124). Um derlei Mängel zu verdecken, werden u.U. Akten pro forma geführt. Ein Arzt, der sich an die Hamburger Ärztekammer wendet, um vermutete Unregelmäßigkeiten prüfen zu lassen, wird der Denunziation bezichtigt, das monierte Zeugnis aber nicht in Frage gestellt, obwohl er den Nachweis erbrachte, daß die Weiterbildung nicht den Vorschriften entsprechend "ganztäglich und in hauptberuflicher Stellung" durchgeführt worden war (vgl. Ärztekammer Hamburg 1989, § 3, Abs. 5).

4.3.2 Anpassung:

Wer hinter 'normalen' Regeln, Anweisungen und Bräuchen in Deckung geht, hat gute Aussichten, Konflikte zu überstehen; denn Kritik gegen ihn oder sie wäre immer auch ein Angriff gegen alle. Anpassung ist auch ein Weg zur Karriere. Sie kann auf verschiedene Weise in Erscheinung treten: Konformismus gegenüber Gruppennormen, Feigheit gegenüber Vorgesetzten oder Rückzug hinter formal korrekte, der Sache nach aber unangemessene Vorschriften und Gewohnheiten. Eine weniger auffällige Form von Anpassung sind soziale Konventionen (oft auf eine kleine Gruppe oder Station begrenzt), welche rechtliche Normen ergänzen und mitunter erst praktikabel machen, deren Zweck aber konterkarieren können (Fälle und Belege auch in Weidmann 1990, 125-127, 134, 146-150, 196-219).

Pflegepersonal auf einer Intensivstation hat de facto große Entscheidungsspielräume, wann es einen Arzt bzw. eine Ärztin zu rufen für nötig hält und welche Eingriffe es in Notfällen vornimmt, bevor diese/r eintrifft. Begeht es einen Fehler, ist es möglicherweise nicht versichert; unterläßt es seiner Erfahrung nach nötige Schritte, kann ein Patient sterben; ruft es aber bei jeder sich abzeichnenden Krise sofort den Arzt (womöglich im Bereitschaftsdienst von zu Hause), gibt es ständige Reibereien.

PflegerInnen sammeln über die Jahre beträchtliche Erfahrungen über Krankheitsbilder, Symptome und Therapien. Ein kluger Arzt wird dieses Wissen kooperativ nutzen. Unsichere Ärzte verstehen aber Vorschläge leicht als Herabsetzung ihrer Kompetenz. Zur Streßminderung können PflegerInnen sich auf unmittelbare, ausdrückliche Weisungen des Arztes zurückziehen oder auch diese stillschweigend kollektiv unterlaufen, wenn sie etwa Mehrarbeit bedeuten.

4.3.3 Bequeme Betriebsblindheit:

Die Ausbildungspraxis und der Arbeitsmarkt üben wachsenden Druck zur Spezialisierung aus, selbst innerhalb fachärztlicher Subdisziplinen, z.B. der Kinderheilkunde (Schmid 1994). Auch auf Krankenhäuser: Diese sind gut ausgelastet, wenn sie den Ruf haben, in einer Operationstechnik führend zu sein, die als technische Spitzenleistung gilt; dafür scheint übrigens oft ein Bericht in größeren Massenmedien zu reichen. Innerhalb der Institution bekommen die Fachleute PatientInnen oft nur noch ganz kurz zu sehen und betrachten sie nur unter der Perspektive stark eingegrenzter Fachdiagnosen. Die Erfahrung und das Kontextwissen allgemeinmedizinischer und übergreifender Diagnosen haben in der Berufsbiographie immer weniger Platz. Extreme Arbeitsteilung

- macht die Aufgaben übersichtlich, ja überhaupt durchführbar;
- baut den moralischen Druck möglichen Versagens etwas ab,
- arbeitet die Komplexität der Krankheit klein,
- dosiert die Konfrontation mit dem Leid anderer Menschen.

Die Wirtschaftlichkeitserwägungen der Organisation und die Bewältigungsstrategien der Beschäftigten gehen eine maligne Komplizenschaft zu Lasten der Heilungschancen ein.

Nach einer Studie der Dt. Krankenhausgesellschaft infizieren sich ca. eine Million PatientInnen mit Krankenhauskeimen. Eine Expertenkommission des Bundesgesundheitsamtes empfiehlt deshalb, Infektionen auf Intensivstationen zu vermindern, indem die PatientInnen kontinuierlich von den selben Personen gepflegt werden. (ten 1994)

Vier Fachärzte stellen einer Patientin vor einer Operation vier verschiedene Diagnosen - sie entdecken die Krankheitsursache in ihrem jeweiligen Fachgebiet (ähnliche Beispiele in Illich 1977).

Auch gutwillige ÄrztInnen lernen die PatientInnen oft nur noch wenige Minuten kennen (in wechselnder Besetzung, gar aus der Aktenlage). Für die PatientInnen zieht das Entfremdungs- und Angsterfahrungen in der entpersönlichen, technisierten Institution nach sich - für viele ÄrztInnen auch. Die Kompetenz für komplexere Diagnosen leidet; der individuelle Wissens- und Erfahrungsverlust infolge Spezialisierung wird nicht durch erweiterte Kommunikation abgefangen, auf die die Ausbildung auch nicht zugeschnitten ist (vgl. Rohde u.a. 1974, 253). Eine symptomatische Folge: Selbst drastische Kunstfehler bleiben mitunter lange unentdeckt.

Bei einer Gallenblasen-Operation wird einer Patientin 1976 eine Schere im Bauch deponiert und trotz schwerer Komplikationen erst 1989 entdeckt und entfernt. Die Geschädigte erhält 100.000 DM von der Versicherung (Kunz u.a. 1995, 136).

4.3.4 Ständische Absonderung:

Eine Spiegelung der extremen Arbeitsteilung sind die unsichtbaren Grenzen zwischen Gruppen, die täglich intensiv zusammenarbeiten. Die Gruppennormen werden internalisiert; das entlastet von Gewissensbissen, Verunsicherung, Verantwortlichkeit und Konflikten (vgl. Erdheim 1984, 25; Belege und

mikrosoziales Anschauungsmaterial in Weidmann 1990, 139-145, 160-162, 188-196).

Kommunikationsbarrieren, Kompetenzinszenierungen, Imponiergebaren und Statusspiele verderben das Betriebsklima und sind Stressoren. Sie führen darüber hinaus leicht dazu, daß die Gruppen sich - gerade in schwierigen Fällen, unter Zeitdruck und bei raschem Personalwechsel ungenügend verständigen, was für PatientInnen entwürdigende Situationen oder unzulängliche Behandlung bedeuten kann (z.B. Müller-Christiansen 1994).

ÄrztInnen, junge zumal, überspielen ihre Unsicherheit und verbitten sich 'inkompetente' Kommentare. PflegerInnen halten dann diagnostisch wichtige Informationen aus Gesprächen mit den PatientInnen vor den ÄrztInnen zurück.

Wissenschaftliches und nichtwissenschaftliches Personal haben getrennte Personalvertretungen.

Die Tötung von PatientInnen durch vier - als kompetent beschriebene - Wiener Pflegerinnen wurde u.a. lange deshalb übersehen, weil diese sich als Gruppe von anderen abschirmten (Friedrichsen 1991, 191).

Spezialisierung verstärkt die Abhängigkeit von der Berufsgruppe. Denn mit dem Erlebnis schrumpfender persönlicher Kompetenz schwinden Selbstvertrauen, Hintergrund- und Orientierungswissen. Die 'Durchlaufzeiten' der PatientInnen verkürzen sich, mögliche Fehlerquellen können schwerer nachgeprüft werden, die Wahrscheinlichkeit von Irrtümern steigt. All das erhöht das Abhängigkeitsgefühl gegenüber KollegInnen und Vorgesetzten. (Undifferenzierter wirtschaftlicher Rationalisierungsdruck wird deshalb problematische Seiten der Krankenhausorganisation unbeabsichtigt verschlimmern.)

Die PsychologInnen sind bislang in Krankenhäusern als Gruppe schwach vertreten, ihre Fachkultur ist äußerst individualistisch, und sie lassen sich keiner der ständischen Gruppen ausschließlich zuordnen; das bietet auch Chancen der Vermittlung (vgl. Mittag 1992).

4.3.5 Informelle soziale Kontrolle:

Informelle soziale Kontrolle bedroht jeden, der sich gegen die Wertmuster und sozialen Konventionen des Krankenhauses bzw. einzelner Abteilungen stellt, mit persönlicher Isolation, mit Ächtung und Verachtung, mit dem Verlust der Rückendeckung durch KollegInnen, mit Wehrlosigkeit gegen Pressionen von oben (vgl. Weidmann 1990, 126+127). Besonders Tratsch hat große Bedeutung bei der Normenverankerung (vgl. Gluckman 1963). Denn das Wissen über persönliche Schwächen von KollegInnen und Vorgesetzten

- scheint die lastende Tripelhierarchie ein bißchen einzuebneten,
- täuscht Geborgenheit in der Pseudo-Gemeinschaft der Tratschenden vor,
- vermittelt Verhaltensmodelle und soziale Orientierung

- und hilft, Angst, Mitleid und Hilflosigkeit zu bewältigen, die im Umgang mit dem Leid der PatientInnen entstehen und die abgewehrt werden müssen (Fallbelege z.B. in Weidmann 1990, 133, 160-180).

Die gegenseitige Überwachung dämpft auch Eingriffs- und Steuerungsmöglichkeiten von 'außen' ab. Das individuelle Verantwortlichkeitserleben wird im Zuge der Rollen- und Gruppenidentifikationen bereichsweise vom "Clangewissen" abgelöst (Weidmann 1990, 133; s.o. 4.2.5). Auch ohne 'böse Absichten' oder Verschwörung stellen sich fast von selbst Diskretionsgebote ein; ein Wissenschaftssenator spricht von einem "Schweigekartell" (Wolgast 1993). In vielen Fällen wußten MitarbeiterInnen um Rechtsbrüche und Übergriffe, hatten aber wenig Vertrauen in die Organisation und ihre Vorgesetzten und wählten aus (berechtigter) Angst vor Repressalien den Weg über die Denunziation oder die Medien.

Der Chefchirurg des Kreiskrankenhauses Bretten unterbricht 1991 eine Leistenbruch-Operation für 75 Minuten, um mit einem Landtagsabgeordneten über eine drohende Bettenreduzierung seiner Abteilung zu sprechen. Der Patient liegt in Narkose, Bauch offen. Der Krankenhausträger begnügt sich mit einer schriftlichen Mißbilligung; erst nach einer anonymen Anzeige gegen den Chirurgen erstattet er seinerseits Strafanzeige - gegen Unbekannt wg. Verletzung von Dienstgeheimnissen. Erst, als der ebenfalls anonym informierte Patient klagt (er erhält 30.600 DM Schmerzensgeld), wird der Chirurg vom Dienst entfernt - nicht aber von der Gehaltsliste des Krankenhauses (Oeder 1994; weitere Beispiele: Hohaus 1993 a,b, Liedtke 1987, 23).

Der moralische Anspruch der Heiltätigkeit verlangt vom Personal stete Konzentration, Freundlichkeit und Einsatzbereitschaft. Therapeutische Eingriffe, z.B. chirurgische Operationen, sind mit sozialverträglichen Stundenplänen oft schwer vereinbar. Die Schichten, Dienstzeiten und -längen liegen teilweise so, daß die Institution fast wie von selbst zur Primärgruppe wird und die Familie ersetzt - weil sie nämlich für ein Leben außerhalb des Krankenhauses gar keinen Raum mehr läßt.

Ein Assistenzarzt, der infolge von Personalengpässen durchschnittlich ca. 160 Überstunden im Monat ableistet (sic), verweigert die Übernahme weiterer Dienste. Der Klinikleiter teilt ihm darauf mit: "Ich brauche nicht zu betonen, daß es mir außerordentlich leid tut, daß Sie keine weitere Möglichkeit der Zusammenarbeit in dieser Klinik mehr sehen. Ihr persönlicher Einsatz war solange beispielhaft, wie Sie die Sorge um die Patienten und das Interesse an der Gesamtklinik vor ihre persönlichen Interessen gestellt haben."

Die Tripelhierarchie bürdet auch dem medizinisch-wissenschaftlichen Personal schwerste persönliche Belastungen auf (zu ärztlichen Gesundheitsrisiken s. Schmidbauer 1993, 17-25; zur menschlichen Entfremdung im hierarchisierten Betriebsklima s. Weidmann 1990, 260-270).

Und überarbeitetes Personal bedeutet eine Gefährdung der PatientInnen.

Ein Kind bekommt während einer Krebstherapie falsch dosierte Zytostatika und stirbt daran. Der Abteilungsleiter weist zur Entlastung "darauf hin, daß

seine Abteilung häufig mehr kranke Kinder aufnehmen, als das Personal ordnungsgemäß versorgen könne" (Conradt 1990, 3).

4.3.6 Aktive Abwehr von Reformen:

Die Organisationssoziologie (z.B. Arnold & Feldman 1986, 182-187) erklärt Gruppenzusammenhalt gern mit den positiven Leistungen der Gemeinsamkeit: dichte und befriedigende Kommunikation, Teilhabe an der Zielerfüllung und ihren Belohnungen, übereinstimmende Haltungen und Werte. Gruppendisziplin erleichtert die Durchsetzung gegen Fremdgruppen, macht das Verhalten innerhalb der Gruppe berechenbar, sorgt für eine klare Arbeits- und Rollenteilung und reguliert sonst eskalierende individuelle Konflikte (ebd., 192-198). Die Tripelhierarchie verschärft den Wert dieser Leistungen: Gruppenkohäsion sichert die Rückendeckung der KollegInnen

- (a) in Konflikten mit Vorgesetzten, PatientInnen, anderen Berufsgruppen oder Abteilungen,
- (b) bei Ermessensentscheidungen, wie sie komplexe Einzelfällen ständig verlangen,
- (c) bei Überlastung durch die Arbeitsbedingungen (Dienstzeiten, Leid der Kranken und Angehörigen, Streß-Spitzen, Unterbesetzung usf. - vgl. Röttger 1993).

Die Gruppendisziplin hat jedoch auch Rückwirkungen auf die Konfliktregulierung innerhalb der Gruppen: Reformversuche werden als Angriff aufgefaßt, ReformerInnen rituell eingeschüchtert (Arnold & Feldman 1986, 197; ähnlich Leymann 1993, 76):

- Ihre Vorschläge werden als absurd oder als Ergebnis von Mißverständnissen abgetan. "Das Primärwissen über die institutionale Ordnung ist (...) ein Sammelsurium von Maximen, Moral, Sprichwortweisheiten, Werten, Glauben, Mythen und so weiter (...). Da dieses Wissen (...) das Allgemeingut an gültigen Wahrheiten über die Wirklichkeit darstellt, muß jede radikale Abweichung von der institutionalen Ordnung als Ausscheren aus der Wirklichkeit erscheinen." (Berger & Luckmann 1970, 70)
- Als nächstes werden ReformerInnen isoliert, unter Streß gesetzt und kommunikativ von Machtquellen wie Information und Ansehen abgeschnitten (zu den Techniken s. Leymann 1993, 33-34).
- Bleiben sie trotzdem standhaft, werden sie diffamiert, ihre Motive und ihr Charakter in Zweifel gezogen: Man stellt sie als inkompetent, eigennützig oder wichtigtuerisch hin, wenn nicht gar als psychopathische QuerulantInnen.
- Zuletzt wirft die Institution sie hinaus - und steuert möglicherweise weiter ihrem Untergang entgegen.

Die Organisationssoziologie warnt deshalb davor, daß Institutionen unter Belastung am brutalsten auf Reformversuche reagieren - gerade dann, wenn sie

versagen, wenn sie ihre Ziele nicht erfüllen (ebd.): ein Teufelskreis aus Intoleranz und Wirklichkeitsverlust.

4.4 Austauschbarkeit der Rechtfertigungen

Die Tripelhierarchie verwischt und vervielfacht die möglichen Begründungen einer Handlung (also auch eines Fehlgriffs oder Mißbrauchs): Zur Rechtfertigung fast jeder Maßnahme können AmtsträgerInnen aus dem professionellen in den wissenschaftlichen oder organisatorischen Diskurs wechseln, und zurück. Je höher ihre Position, desto leichter können sie Kritik als 'schlecht informiert' und - je nach Situation - administrativ, wissenschaftlich, oder medizinisch als inkompetent hinstellen. Wissenschaftliche wie administrative Ineffizienz verschanzten sich so hinter angeblichen Sachzwängen von Forschung und Heilung.

Nachdem die Krankenhausleitung anonyme Hinweise nicht genügend ernst genommen hat, entdeckt 1992 die Presse in der Radiologie des UKE sog. Phantompatienten: Kassenversicherte mit Zusatzversicherung werden 'stationär' mit Chefarzt-Behandlung abgerechnet, aber ambulant behandelt. Der Oberarzt bestätigt dies gegenüber der Kriminalpolizei und gibt ihr zur Untermauerung seiner Aussagen zwei Akten von Phantom-Patienten mit. Er wird wieder zum Assistenzarzt herabgestuft. Während dieser Schritt noch arbeitsgerichtlich anhängig ist, erwägt die Personalleitung seine Entfernung: "aus politischen Gründen" sei eine fristlose Kündigung nicht opportun; vielmehr solle ihm wg. Fehlverhaltens als Arzt fristgerecht gekündigt werden, da er mit der Herausgabe der (wohlgemerkt: leeren!) Krankenakten gegen die ärztliche Schweigepflicht, Datenschutzbestimmungen und das Wohl der Patienten verstoßen habe (Bräutigam & Kleine-Brockhoff 1993a; Hohaus 1993a).

Teure Geräte können mit medizinischen Begründungen angeschafft werden. Preisvergleiche sind sinnlos, wo qualitative Besonderheiten in Material und Herstellung oder Sonderanfertigungen vorliegen. Der Grenznutzen einer Anschaffung (ein Verwaltungskriterium) und der absolute Nutzen eines Geräts zur Rettung von Gesundheit und Leben einzelner (ein Heilungskriterium) stimmen nicht notwendig überein, so daß sich Abwägungsentscheidungen je nach Lage rechtfertigen lassen.

Besonders prekär für Fachkultur und Fachentwicklung ist der Mißbrauch institutioneller Macht zum 'Kurzschließen' wissenschaftlicher Kontroversen. Statt Erkenntnisfortschritt belohnt die Tripelhierarchie Konformität (s.o. 4.3). Wer die herrschende Meinung zu differenzieren oder aufzubrechen sucht, kann mit einfachen administrativen Pressionen zum Schweigen gebracht werden, z.B. durch Behinderung der Habilitation.

Ein Oberarzt kritisiert Mißstände in seiner Abteilung, die u.a. später zur Beurlaubung des Chefarztes führen. Ihm wird nahegelegt, seine Habilitationsschrift zurückzuziehen. Er folgt dem 'guten Rat'.

In der Medizin ist eine Vielzahl wissenschaftlicher Mißbräuche zu beobachten, die verbreitet genug sind, so daß sich bereits rechtliche Regelungen dafür etabliert haben (Stegemann-Boehl 1994, 280; viele Beispiele ebd.):

- "- das Einwerben von Forschungsförderung mit unzutreffenden oder plagiierten Daten,
- die Täuschung der Redaktion einer Fachzeitschrift bei der Veröffentlichung erfundener, gefälschter oder plagierter Daten (...),
- (...) Plagiat,
- (...) 'Wissenschaftsspionage',
- das Nichtaufführen von Ko-Autoren (...) sowie
- das Aufführen von Ko-Autoren gegen deren Willen."

4.5 Umsetzung von Berufsprestige in Fachpolitik

Die ärztliche Profession kann die variablen Autoritätsquellen der Tripelhierarchie zur Verteidigung ihrer Geschlossenheit und ihres Ansehens nutzen. Argumente aus den anderen Autoritätsdimensionen der Tripelhierarchie - Wissenschaft, Verwaltungseffizienz - können Positionen professioneller Interessenvertretung untermauern.

Der Spezialisierungsdrall (s. 4.3.3) hat zwar viel mit dem enger werdenden Arbeitsmarkt für MedizinerInnen zu tun, läßt sich jedoch mit einer Mischung aus Effizienz- und Wissenschaftsargumenten legitimieren.

Gesellschaftliches Prestige wird für 'die' Medizin allerdings zunehmend ambivalent: Die Facheliten können es nutzen, die abhängig Beschäftigten und untergeordneten ÄrztInnen tragen die Nachteile (sie bügeln Fehler aus, leisten Überstunden usf.). Die Tripelhierarchie setzt sogar die professionsregulierende Idee von der Gleichheit aller fachkundigen ÄrztInnen (Rohde 1974, 361-362) außer Kraft. Es steht deshalb zu erwarten, daß die medizinische Profession in den nächsten Jahren in eine Krise gerät. Ihre bisherige Durchschlagskraft als Pressure-Group beruhte auf ihrem Nimbus und ihrer Geschlossenheit. Ersterer wird brüchig, letztere verfällt, je deutlicher die Tripelhierarchie den verschiedenen Fachgruppen ihre divergierenden Interessen vor Augen führt. Je kräftiger der Tripelhierarchie der Wind indes ins Gesicht weht, desto rabiater wird sie ihre Privilegien verteidigen.

4.6 Ausfall der Rückkopplungsschleifen

Infolge all dieser Mechanismen fruchten institutionell eingebaute Frühwarnungen und Rückkopplungen nicht (zur wissenschaftlichen Seite: Fleissner 1992). Die Tripelhierarchie multipliziert die Hindernisse, Fehlleistungen wahrzunehmen und zu beheben, durch mehrere Faktoren:

- a) die Tendenz zur Konfliktgeneralisierung,

- b) die Möglichkeit des Diskurswechsels für Begründungen,
- c) die steilen Machtgefälle, die Leitungspersonal verführen und in den Stand setzen, Reformen im 'eigenen' Bereich abzuwehren,
- d) die extreme Spezialisierung und Arbeitsteilung, und
- e) den Zeit-, Raum- und Kompetenzmangel zum Auffangen psychischer Extrembelastungen.

Eine bewährte Intensiv-Pflegerin, die später wg. mehrfachen Totschlags (aktive Euthanasie) verurteilt wird, fällt ihrer Chefärztin durch massive psychische Veränderungen auf. Die Vorgesetzte kommt nicht auf den Gedanken, daß die Arbeit der Schwester beeinträchtigt sein könnte. Die Pflegerin vermerkt im offiziellen Übergabe-Buch der Station: "Bitte öfter in LH (= Leichenhalle, Anm. d. Verf.) nachsehen, ob Pat. (= Patientin) noch ruhig liegt - war unruhig - Pat. wurde auf eigenen Wunsch um 22.18 dorthin verlegt. Ansonsten ruhigen Dienst, schönes Wochenende und wenig Maloche!" Niemand schöpfte Verdacht (Mauz 1989a, 182). Die Tötung von PatientInnen - eher aus hilflosem Mitleid denn aus Machtgier oder Bosheit - scheint übrigens gerade in der Gerontologie kein vereinzelt Phänomen zu sein (vgl. Friedrichsen 1991, 1993). Der SPIEGEL machte in der "Serientötung von Alten durch Pflegepersonal" gar ein "neuartiges Kapitaldelikt" in der "vergreisenden Industriegesellschaft" aus (Nr. 3/91, 36). Die Arbeitsbedingungen bilden hierbei die wichtigsten Burnout- und Devianz-Ursachen (Bermejo & Muthny 1993, Hamel u.a. 1991).

Die extremen Schädigungen durch hohe Strahlungs Dosen bei den umstrittenen Karzinomtherapien am UKE wären nach Gutachter-Meinungen durch regelmäßige Nachsorge rascher erkannt worden (Zylka-Menhorn 1993). Deren Fehlen moniert auch der offizielle Untersuchungsbericht (Bürgerschaft 1994, 19).

Individuelle Fehler oder gar Verbrechen sind nur eine spektakulär-punktuellen Folge aussetzender Rückkopplungen und Frühwarnungen. Langfristig viel verheerender ist die Strukturträchtigkeit der gesamten Institution, ihr Zerfall in 'Herzogtümer', die verbissen verteidigt werden. Diese Strukturträchtigkeit läßt sich nicht zuletzt am finanziellen Zustand der Krankenhäuser ablesen.

4.7 Monetäre Kosten

Das Gesundheitswesen ist eine Wachstumsbranche. Einschließlich der mittelbar Beschäftigten arbeiten hier ca. 2,5 Millionen Menschen. Ausgegeben wurden für Gesundheit 1992 ca. 410 Milliarden DM, etwa 13 % des Bruttosozialprodukts, was der Größenordnung in anderen Industriegesellschaften entspricht (Welzk 1995, 137-138). Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen wuchsen 1960-1993 von 1,6 auf 57 Milliarden DM (SPIEGEL 1994a, 70). Der Durchschnittspflegesatz stieg allein 1981-1993 von 186 auf 403 DM pro Tag (WELT 1994, 1). Unter der gegenwärtig erzwungenen 'Deckelung' der Behandlungskosten leidet die Versorgungsqualität; die schlecht versorgten Erkrankungsfälle 'stauen' sich und werden - so sie

überleben - als kompliziertere, teurere Fälle zu Buche schlagen. Es wäre deshalb naiv zu glauben, daß der Trend gebrochen ist.

Infolge verschiedener Kostendämpfungsmaßnahmen wurden seit 1975 ca. 69.000 Betten in Krankenhäusern abgebaut, obwohl die Bevölkerung um ca. vier Millionen zunahm; die Bettenauslastung ist mit 86,4 % im Durchschnitt eine der höchsten unter den Industrienationen (Welzk 1995, 139). Wir können die Krankenhäuser also nicht pauschal als ineffizient beschimpfen. Wo aber bleibt das Geld? Nicht die Pflege ist besonders üppig ausgestattet, nicht die Zahl der ÄrztInnen ungewöhnlich hoch, sondern das ärztliche Durchschnittseinkommen (nur die USA liegen im Vergleich der westlichen Industrienationen hier vor Deutschland; s. Tab. 2).

Tab. 2: Versorgungsdichte mit ärztlich-pflegerischem Personal im Vergleich mit ärztlichen Durchschnittseinkommen

(nach Welzk 1995, 140, basierend auf ergänzten OECD-Daten)	Krankenschwestern pro 1.000 Einwohner, 1989-1991	Ärzte pro 10.000 Einwohner, 1989-1991	Arzteinkommen als Faktor auf das Durchschnittseinkommen, 1986-87
Deutschland	5,2	3,2	4,2
Frankreich	5,3	2,7	2,0
Großbritannien	4,5	1,4	2,4
Japan	6,0	1,6	2,4
Norwegen	14,2	3,1	1,5
USA	6,5	2,3	4,4

4.7.1 Gehaltsschere:

Nicht die Institution Krankenhaus profitiert also vom Geldregen, sondern vor allem die ärztliche Profession; und diese nicht pauschal, sondern mit extremen Einkommensungleichheiten: Die Spitzen der Tripelhierarchie stehen - wenig überraschend - auch finanziell am besten da.

Ordinarien in München beziehen durchschnittlich 1,4 - 1,5 Millionen DM im Jahr. "Ein wohlbekannter Röntgenologe der Münchner Uni bringt es, nach Kostenabzug, auf immerhin 11 Millionen. Der Mann verdient demnach an einem Arbeitstag deutlich mehr, als der bayerische Ministerpräsident als Monatsgehalt bezieht." (Welzk 1995, 144; weitere Beispiele ähnlicher Größenordnung in SPIEGEL 1994b, WOCHEN 1994). Etwa 20 MedizinerInnen am UKE kassieren über Nebenbeschäftigungen - Privatbehandlungen, Forschungsaufträge für die

Industrie usf. - eine bis fünf Millionen DM im Jahr; 35 verdienen damit 250.000 bis eine Million DM, 71 bis zu 250.000 DM (Hamburger Morgenpost 1994). Insider behaupten, daß diese Angaben die wirklichen Einkommen unterschätzen, da nicht ausdrücklich erfragte Bereiche ausgeklammert blieben.

Funktional steht das chefärztliche Liquidationsrecht, die Abrechnung von Privatbehandlungen, "in engem Zusammenhang mit den Dienstaufgaben" (Arbeitsgruppe 1994, 48); es führt m. a. W. "leicht zu einer 'Konkurrenz' der 'Nebentätigkeit' des Chefarztes mit seiner 'Haupttätigkeit'", zeitlich wie auch durch "Verstärkung des Besitzstandsdenkens", so daß es "die Anpassung der der Abteilung 'gehörenden' Ressourcen an geänderte Bedingungen der Krankenversorgung ebenso wie der Forschung und Lehre zumindest erschwert" (ebd., 49; Beispiele s.o. passim). Das Liquidationsrecht werde eingeräumt, um hervorragende Fachkräfte zu gewinnen, die "faktisch" damit für Dienstaufgaben doppelt bezahlt würden (ebd., 48; ähnlich Tügel 1994).

Im UKE wurden den Krankenkassen bei Lebertransplantationen 105.000 DM für mittleren Bedarf angerechnet, intern jedoch 33.000 DM verbucht. Die Kassen drohten mit einer millionenschweren Schadensersatzforderung und prüften eine Strafanzeige (Hohaus 1994a;).

Die Gehaltsschere ist ein Motiv für Strukturträchtigkeit, verletzt das Prinzip der kollegialen Gleichheit, schafft Abhängigkeiten und verführt zu stärkerer Spezialisierung. Sie ist mit Leistungsunterschieden nicht rational begründbar (Chefarzt X kann nicht 'fünfzig Mal soviel leisten' wie ein Assistent oder eine Schwester seiner Abteilung, zumal er die Leistungen qualifizierter Untergebener für sich nutzen kann; s.o. 4.2.4). Sie hat also höchst kontraproduktive Auswirkungen.

In manchen Abteilungen sorgen die Lehrstuhlinhaber dafür, daß die ebenfalls liquidationsberechtigten C-3-Professuren nicht besetzt werden. Sie sichern so ihre eigene Unentbehrlichkeit - bis hin zur Hinausschiebung ihres Ruhestandes - und monopolisieren die Privatabrechnungen auf Kosten des Personalstandes, der Gesamtqualifikation und der Ausbildungspotenz der Abteilung.

4.7.2 Kunstfehler:

Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten durch Kunstfehler steigen, als Schadensersatzansprüche belasten sie den Medizinbetrieb unmittelbar.

Nach Schätzungen des Allgemeinen Patienten-Verbandes werden allein in München jährlich rd. 1.500 Menschen "krankoperiert", 350 davon mit tödlichen Folgen (Huber 1994).

Die Zahl anerkannter Kunstfehler stieg 1982-1992 von 21.000 auf 28.000, die Schadenssummen von 150 auf 300 Millionen DM pro Jahr (Kunz u.a. 1995, 137; zu Einzelsummen vgl. z.B. den Fall Hamburg-Barmbek unter 4.2.4)).

Derlei schlaglichtartigen Zahlen sind indes schwer systematisch einzuordnen. Sie betreffen einen verschwindenden Anteil der gesamten Behandlungen und Eingriffe, die Dunkelziffer ist unbekannt, und statt abnehmender Versorgungsqualität in Krankenhäusern könnten ganz andere Gründe geltend gemacht werden:

- andere Arbeitsmuster der niedergelassenen ÄrztInnen;
- gestiegene Qualitätsansprüche in neuen Branchen (plastische Chirurgie),
- erhöhtes Selbstvertrauen und Informiertheit der PatientInnen, auch infolge von Medienberichten und Verbreitung höherer Bildung,
- steigende Zahl von BerufsanfängerInnen
- Verbreitung von Rechtsschutzversicherungen
- zunehmende Zahl um Marktlücken konkurrierender AnwältInnen, u.a.m.

4.7.3 Kapitalabfluß und Investitionslücken:

Strukturträchtigkeit, Abteilungsegoismus und private Abflüsse zehren die Planungsspielräume der Gesamtorganisation aus: Wichtige Investitionen unterbleiben, Reformprogramme (auch Rationalisierungsmaßnahmen) sind schwer vorzufinanzieren.

Der Kaufmännische Direktor des UKE schätzt allein den Bedarf für ausstehende Ersatzbeschaffungen abgeschriebener Geräte auf 232 Millionen DM; für Großgeräte sieht er eine Anschaffungslücke von 104,5 Millionen DM (Hohaus 1994c, 18+19).

5. Folgerungen, Forderungen, Empfehlungen

Aus diesen Überlegungen ergeben sich drei mögliche Strategien, um informellen Machtmißbrauch, demotivierten Opportunismus und gröbere Formen von Korruption im Krankenhaus einzudämmen. Sie sind teils vereinbar, teils legen sie sehr einfache und unaufwendige Maßnahmen nahe (zu Umsetzungsmöglichkeiten vgl. z.B. Borsi 1994):

5.1 Trennung der Hierarchien

Die radikalste Lösung des Strukturproblems wäre eine deutliche Aufgliederung von Forschung, Verwaltung und Krankenversorgung. Die politischen EntscheidungsträgerInnen scheinen vor den damit verbundenen Auseinandersetzungen bislang zurückzuschrecken. Das ist kein Wunder, weil dann völlig neue Koordinationsregeln zwischen Forschung, Heilung und Verwaltung erforderlich würden und entsprechende Übergangsprobleme einträten.

Die Kultusminister denken in Richtung auf ein moderates "Kooperationsmodell", das Forschung und Krankenversorgung an den Universitätskliniken in Ansätzen finanziell-rechtlich entflechten würde (Arbeitsgruppe 1994, 82-84). Wichtige Schlüsselstellen, an denen die Hierarchien zusammenfließen, bleiben dabei unangetastet, namentlich die Personalunion von Chefarzt und Hochschul-Professor; nur das chefärztliche Liquidationsrecht soll durch eine außertarifliche Vereinbarung ersetzt werden (Arbeitsgruppe 1994, 14). Die Pläne für das UKE reichen inzwischen weiter (Beibehaltung einer Doppelleitung

aus Kaufmännischem und Ärztlichem Direktor, Entbeamtung; s. Conradt 1994). Die Tripelhierarchie lehnt es ab, Hochschullehre und Chefarzt-Position zu trennen (vgl. z.B. Bräutigam 1994a); die Gründe sind uns mittlerweile verständlich. Gleichwohl dürften langfristig auch ÄrztInnen für eine Trennung von Forschung, Verwaltung und Heilung zu gewinnen sein, da sie sie von Verwaltungs-, Koordinations- und Aufsichtspflichten in fachfremden Bereichen entlasten könnte.

5.2 *Erweiterte Führungsqualifikationen*

Leitungspersonal in Krankenhäusern ließe sich systematisch für alle drei Hierarchien qualifizieren, oder besonders ausgebildetes Personal zur Beratung der Klinikleitungen ansiedeln (z.B. Gesundheitswissenschaften, co 1994a). Eine Management-Ausbildung für ÄrztInnen bedeutet jedoch eine zusätzliche Spezialisierung oder Verlängerung der ärztlichen Ausbildung, geht also auf Kosten anderer Qualifikationen. Zudem dürfte sie das System der Tripelhierarchie noch fester verankern, da die Führungsspitzen systematisch im Gebrauch unterschiedlicher Machtquellen geschult und noch unangreifbarer würden (oder sich dafür hielten).

5.3 *Gegengewichte*

Systemtheoretisch kann man Krankenhäuser ähnlich beschreiben wie andere große Leistungs- und Produktionseinheiten mit 'high risk / low probability' (vgl. Perrow 1987, bes. 63-140).

Fehlfunktionen bleiben unentdeckt und pflanzen sich fort, wo Untereinheiten (1.) komplex-verzweigt, rückgekoppelt und mehrfach-funktional interagieren, (2.) schwer austauschbar sind, (3.) unbedachte Rückkopplungen der Steuerungs- und Kontrollinstrumente auslösen können, und (4.) von Personal bedient werden, das sich naiv auf indirekte Informationen verläßt, kein vollständiges Prozeßverständnis hat oder so spezialisiert ist, daß es Rückkopplungen nicht durchschaut (ebd., 124-129).

Wichtig ist hier, unerwünschte Entwicklungen früh zu erkennen und Fehler rasch und unabhängig von Partialinteressen der Subsysteme zu korrigieren (Fleissner 1992). Dazu dienen in komplexen Organisationen Verschränkungen von Checks and Balances. Die Korruptionsforschung zeigt, daß private Vorteilsmaximierung vor allem stattfindet, wo solche Checks and Balances nicht greifen können, weil (a) Wertkonflikte herrschen und (b) Korruption risikolos zum Ziel führt (Kliche 1989, 264-266; Noack 1987, 16-17, Rose-Ackerman 1985):

Zu (a): Grauzonen bei der Interpretation von Handlungszielen fördern Korruption, auch im Krankenhaus: Die Werte von Verwaltung, Heilung und Wissenschaft sind mitunter schwer vereinbar und nur implizit konventionalisiert, die

Regeln der Institution würden jede Entscheidung tolerieren; das Leitungspersonal kann fast jede Entscheidung begründen (s.o. 4.4 - 4.6). Wirksame Gegengewichte und Kontrollen könnten solche Wert- und Zielkonflikte transparent machen und damit auch die Last der Verantwortung für angreifbare ärztliche, wissenschaftliche oder administrative Entscheidungen mindern.

Zu (b): Korruption wird am Erfolg gelernt, wo sie den Bestechenden die gewünschte Leistung, den Bestochenen den sicheren Genuß von Vorteilen verschafft. Die enorme Machthäufung der Tripelhierarchie (s.o. 3) begünstigt sowohl die Vorteilsnahme wie die unauffällige Gewährung von Gunst wie schließlich auch eine ggf. erforderliche Vertuschung. Diese Bedingungen könnte die Strategie der Gegengewichte und Kontrollen im Krankenhaus ausdünnen.

Die Art der dezentralen Frühwarn- und Korrekturmechanismen ist von Aufbau und Zweck der Organisation abhängig. Welche kommen für Krankenhäuser in Frage?

5.3.1 Controlling:

Betriebswirtschaftliche Beratungseinheiten können regelmäßige Detailstudien einzelner Untereinheiten durchführen. Da die Aufgabenstrukturen öffentlicher Einrichtungen andersartig sind als die profitorientierter Unternehmen, stößt die Übertragung dieser Funktion aus der Privatwirtschaft auf die Verwaltung auf größte Implementationsprobleme, kommt nur langsam voran und ist oft anderen Lösungen ("Insellösungen" durch Ausgliederung, Kostenrechnungsrezeptoren) unterlegen (Rürup 1995, bes. 10). Erste Schritte werden den Krankenhäusern derzeit von außen aufgezwungen und haben auch mehr medizinische Transparenz zur Folge; dazu gehören z.B. Überprüfungen von Krankenakten, um die Leistungserstattung durch die Kassen nachzuvollziehen.

1993 hat an den von der Freien und Hansestadt Hamburg getragenen Krankenhäusern eine zentrale Einkaufsabteilung die Beschaffung für Geräte und Medikamente übernommen. Das Modell wurde 1992 von einer Wirtschaftsprüfungs-Gesellschaft entwickelt. Für Bestellung, Warenannahme und Abzeichnung der Rechnung sind unterschiedliche Personen zuständig; Beschaffungen, für die billigerer Ersatz erhältlich wäre, müssen begründet werden (Heismann 1994). Eine direkte Korruptionsquelle ist damit abgedreht, obwohl immer zu fürchten bleibt, daß die informelle Macht und Autorität der Tripelhierarchie die formellen Kontrollen lahmlegt.

5.3.2 Patientenbeauftragte:

Ombudsleute nach skandinavischem Vorbild werden bspw. in Hessen seit 1989 vom Stadtrat gewählt und vom Krankenhausträger bestätigt. Sie haben mit Hilfe ihrer Informations- und Ermittlungsrechte schon einige Mißbräuche aufdecken können (Coordes 1995).

Der Wissenschaftssenator hat mit Beginn 1995 einen Landgerichtspräsidenten als ehrenamtlichen Ombudsmann für das UKE berufen (Fachbereich 1995, 6). Der Ombudsmann kann Beschwerden von PatientInnen nachgehen. "Er ist in erster Linie Schlichter", er soll nicht in Befugnisse des Direktoriums

eingreifen oder Rechtsberatungen durchführen (ebd., 22). Er erhält "- nach gegebener Schweigepflichtentbindung des behandelnden Arztes - Einsicht in die Krankenunterlagen des beschwerdeführenden Patienten" sowie die Organisations- und Dienstpläne. Er legt einen Jahresbericht vor und kann Vorschläge zur Verbesserung der sozialen Beziehungen und Strukturen im UKE unterbreiten (ebd., 23). Da es sich um einen "Versuch" handelt (ebd., 22), beträgt die Amtszeit nur zwei Jahre und liegt die Berufung bei der Aufsichtsbehörde, die selbst alle erforderlichen Kompetenzen hätte, PatientInnenbeschwerden nachzugehen. Die monatliche Aufwandsentschädigung beläuft sich auf 500 DM (ebd., 24).

Als Belastung der Ombuds-Arbeit erwiesen sich mangelndes Fachwissen und parteipolitische Beeinflussung (Coordes 1995). Auch der ehrenamtliche Hamburger Beauftragte dürfte der Daten- und Detailmenge kaum Herr werden, schon gar nicht in Konkurrenz mit Fachleuten, die ggf. ein Interesse an inhaltlicher Kooperation haben. Deshalb wären vor allem Modelle arbeitsteiliger Beiräte mit eigenen Stäben zu entwickeln.

5.3.3 Fachkontrolle:

Institutionseigene Evaluations-Organe könnten zum 'innerfachlichen Gewissen' werden. In Frage kommen hierfür vor allem zwei Fachgruppen: zunächst Pathologie und Gerichtsmedizinische Dienste. Nach Erfahrungen mit Korruption im öffentlichen Dienst der USA (Sherman 1987) müßten derartige Stabseinheiten schon bei der Rekrutierung vom verfilzten Fach unabhängige Karrieregänge bieten und organisatorisch weitgehend unabhängig bleiben; sie passen daher nicht recht in die Organisation bundesdeutscher Krankenhäuser; das 'Quincy-Modell' bleibt eine Notlösung für mafiöse Extremfälle und Fernsehkrimis.

Die zweite evaluationsgeeignete Fachgruppe ist die Medizinsoziologie. Sie könnte durch regelmäßige Therapiewirkungs- und Patientenkarrierenstudien ein weit tieferes und breiteres Erfolgsbild einer Einrichtung zeichnen als die gerade in der Qualitätssicherung geläufigen, meist kurzfristigen Durchlauf- und Kostenstatistiken. (Dazu müßte sie allerdings die gängigen epidemiologischen Schablonenarbeiten überwinden.) Zu ergänzen wären solche Ansätze um Organisationsentwicklungsmaßnahmen, zu denen u.a. PsychologInnen wesentlich beizutragen hätten. Voraussetzung für die Nutzung derartiger Wissensbestände seitens des medizinischen Personals wäre, daß sozialwissenschaftliche Kenntnisse von ihrem Paria-Dasein am Rande der ärztlichen Ausbildung erlöst und zum Pflichtkanon der medizinischen Grundausbildung erhoben würden.

5.3.4 Ethik-Kommissionen:

Der Bundestag erwägt die Einrichtung einer "Bundes-Ethik-Kommission" nach Vorbildern in den USA, Frankreich und Großbritannien (Hildebrandt 1995): Ein SPD-Entwurf sieht VertreterInnen aus Verfassungsorganen, Kirchen, Ärztekammern, Wissenschaft und gesellschaftlichen Gruppen vor. Auch öffentliche lokale Ethik-Kommissionen unter Beteiligung von SchöffInnen

könnten die innerfachliche Selbstkontrolle vitalisieren; bislang sind sie weitgehend professioneller Selbstkontrolle vorbehalten.

In Hamburg besteht seit 1980 eine gemeinsame Ethik-Kommission der Ärztekammer und des Fachbereichs Medizin, zur Hälfte mit UKE-Personal besetzt. Zwei der zehn Mitglieder sind JuristInnen, der Rest MedizinerInnen. Sie werden auf Antrag tätig und beurteilen Forschungsvorhaben anhand eines Standard-Fragenkatalogs. Nach den Erfahrungen der Kommission werden monierte Projekte nicht durchgeführt; in anderen Bundesländern ist die Beteiligung einer Ethik-Kommission an wissenschaftlichen Heilversuchen und Studien z.T. verbindlich vorgeschrieben. Überlegt wird die Erweiterung um Sachverständige für Technikfolgenabschätzung sowie Patienten- und PflegepersonalvertreterInnen (Universität 1994, 6+7, 13).

Für eine wirkungsvolle Arbeit erforderlich wären weitreichende Informations- und Initiativrechte (z.B. für gezielte Detailstudien einzelner Untereinheiten). Genau das enthalten die vorliegenden Pläne jedoch nicht. Die Arbeit der Ethik-Kommissionen - auch anderer Professionen - hat selbstverständlich immer auch eine fachlegitimierende Bedeutung gegenüber der Öffentlichkeit: Ethik wird zum Spezialauftrag, der in den Händen von Spezialisten liegt; sie wird also symbolisch aus den Alltagshandlungen entfernt, was nach außen das Walten der Profession normalisiert und nach innen ggf. individuelle Verunsicherung beschwichtigt. Die Themen sind den Kommissionen meist vorgegeben, etwa in Form von Anfragen oder Anträgen, so daß sie automatisch die Problemdefinitionen der Facheliten übernehmen; sie bereiten die Aspekte und Maßstäbe dieser Probleme dann für die öffentliche Debatte auf, sie diskursivieren sie, d.h., sie vermitteln Regeln für Wichtigkeit, Wahrheit, Interessen und Glaubwürdigkeit der beteiligten Akteure. Die Medien und die öffentliche Auseinandersetzung steigen auf diese diskursivierten Vorgaben ein, so daß mögliche Kontroversen schon im Vorfeld durch die Illusion von Professionalität und Kontrolle ersticken. Und am Demokratiegehalt solcher Zentralorgane des Gewissens darf man nach den Erfahrungen mit Rundfunkräten und der informellen Macht der Tripelhierarchie zweifeln.

5.3.5 Extern-quantitative Qualitätskontrolle:

In den USA kann man telephonisch die Leistungsindikatoren vieler Kliniken erfragen - Erfolgsraten bestimmter Eingriffe, Infektionsrisiko, Sterblichkeit u.a.m. (Kunz u.a. 1995, 144). Ähnliche Programme kommen auch in Deutschland zur Erprobung (vgl. z.B. den Fragebogen in Schmidt u.a. 1992). Qualitätssicherungsprogramme lassen sich durch wirtschaftliche Sanktionen wie die Pflegesätze (co 1994b) oder gestaffelte Prämien der Haftpflicht-Versicherer (Kunz u.a. 1995, 144) forcieren, daneben durch administrative Anweisungen.

Ein Chefarzt erfaßt Operationszeiten und Folgekomplikationen mit dem Computer, um die Leistung seiner Untergebenen jederzeit kontrollieren zu können. Seine "gläserne Abteilung" führt er strikt hierarchisch. Da die Daten allen

zugänglich seien, wirke die Kontrolle aber seiner Ansicht nach in beide Richtungen. "'Arbeitszeit' ist ein arztfremder Begriff", dekretiert er (Graupner 1994).

Die Stadt Hamburg hat 1995 ein computergestütztes Qualitätssicherungsprogramm für die chirurgischen Abteilungen aufgelegt (Kunz u.a. 1995, 144). Ärztliche Fachgruppen sollen i.d.R. die Daten der Kliniken und Abteilungen auswerten und auffällige Einheiten befragen bzw. mahnen (kg 1994).

Das Verfahren zeitigt unerwünschte Nebenwirkungen: Es fokussiert auf Wirtschaftlichkeit und standardisierte Rentabilitätsdaten. Die Qualitätskriterien sind rein quantitativ und extern festgelegt; sie können leicht undurchschaubar formuliert oder nur Vorgesetzten zugänglich gemacht oder zur Bloßstellung mißbraucht werden. Die Neigung zur Spezialisierung, Standardisierung und Anpassung wird gefördert. Die Programme drücken wichtige Leistungsparameter - etwa qualitative im Bereich Psychotherapie! - in den Hintergrund. Und sie machen das Betriebsklima nicht vertrauensvoller und offener. Extern-quantitative Kontrolle gibt mithin der Tripelhierarchie neue Machtmittel an die Hand, ohne zum Abstellen der Fehlerquellen zu motivieren.

5.3.6 Intern-dezentrales Qualitätsmanagement:

"Gelingt es, die Prozeßqualität zu verbessern, wird das Ergebnis automatisch besser" (Hildebrand 1994). Das ist der Grundgedanke der Qualitätssicherung durch regelmäßige Diskussion der Arbeitsabläufe 'vor Ort'. Abwandlungen stellen z.B. kollegiale Netze, Supervisionen oder Balint-Gruppen dar (Balint & Balint 1990, Hamel u.a. 1991, Hirsch 1993, zur Übersicht: Nellessen 1994). Solche Maßnahmen zur Personalentwicklung sind relativ kostengünstig. Sie verbessern u.a. Selbstvertrauen und Arbeitsbefriedigung durch wachsende Fachkompetenz sowie die kollegialen Rückkopplungen und das soziale Klima.

Quer durch die Berufsgruppen würde mehr Supervision in einigen Einrichtungen von großen Mehrheiten begrüßt (Bermejo & Muthny 1993). Da diese Abläufe Arbeitsteilung und Hierarchien überschreiten, müssen alle Ebenen und MitarbeiterInnen eingebunden werden. Das bedeutet, daß ihnen auch ein beträchtlicher Teil von Verantwortung zufällt und Entscheidungsbefugnisse "konsequent an die Basis delegiert werden" müssen (Hildebrand 1994).

Ein Modell zur praktischen Umsetzung sind Qualitätszirkel (z.B. Baars u.a. 1994; zum Forschungsstand Breisig 1990, Bungard 1992). Sie wurden auch für das UKE vorgeschlagen (Universität 1994, 12). Sie beginnen mit breiter Reflexion über den Sinn der Arbeit; in einer Qualifizierungsphase eignen sie sich dann Problemlösemethoden an, kreative wie Brainstorming oder analytische wie Soll-Ist-Vergleiche. In die Phase der Problembearbeitung fallen Problemsammlung und -auswahl, Erarbeitung von Lösungen, Maßnahmenkatalogen und Verantwortlichkeiten. In einer letzten Stufe wenden die Zirkel sich gruppendynamischen Konstellationen und Methoden zu (Derboven, Dick & Wehner 1994, 27).

Ein entsprechender Vorschlag für Krankenhäuser: Einmal wöchentlich diskutieren Angehörige verschiedener Hierarchiestufen und Personalgruppen während der Arbeitszeit etwa eine Stunde lang Sachprobleme der Alltagsarbeit -

nicht aber Personalfragen und persönliche Kritik. Unter guter Moderation, die karrierefördernde, selbstdarstellende und weitschweifige Beiträge entmutige, verbessere ein solcher Qualitätszirkel Kommunikation und Betriebsklima und motiviere die Pflegekräfte, ihr Fachwissen zu entwickeln und zu nutzen (Pfannkuche 1994).

Die Zirkel-Idee zeigt exemplarisch Schwächen der Strategie. Auffällig im letztgenannten Vorschlag sind nämlich die thematischen Aussparungen - letztlich alle wichtigen Konflikte. Geschickt gelenkt, könnten solche Gruppensitzungen auch zu einem Motivations- und Überwachungsmittel in den Händen der Leitungen werden. Denn sie tasten die bestehenden Autoritätsstrukturen nicht an, die Qualitätsziele und Arbeitsabläufe sind institutionell vorgegeben, das wissenschaftliche Begründungsmonopol verbleibt bei den Vorgesetzten; sie können gerade Supervisionen dazu umwenden, soziale Konflikte zum beruflichen Fehlverhalten ihrer GegnerInnen umzudefinieren.

Ein Teilnehmer an einer Supervisionsserie beschreibt es als "Wagnis", sich vor Vorgesetzten oder KollegInnen zu offenbaren; man zeige dabei möglicherweise Schwächen, die in Konfliktfällen gegen die Person verwendet würden, erlange keine gesicherte Solidarität durch die fragile, fluktuierende Gruppe und gefährde in langjähriger Erfahrung individuell entwickelte Coping-Strategien. Daher herrsche mitunter eine Schein-Offenheit in Kampf mit Schein-Problemen.

Je ehrgeiziger der Ansatz, desto größer die Gefahr der heimlichen Verweigerung. Weidmann (1990, 307-311) möchte die "Arbeit an Ritualen" per Supervision auszudehnen auf die Bewußtmachung kollektiver Phantasien, "Triebbedürfnisse im Patientenkontakt", "Aggression im Putzmittel-gebrauch", den "Wunsch nach einer omnipotenten Elternfigur" u.a.m. In solchen Maximalprogrammen kollidieren die Erfordernisse von Freiwilligkeit, Organisationskompatibilität, Offenheit und Handhabbarkeit der aufgedeckten Konfliktlagen in fast grotesker Weise.

Dezentrale Gruppen versagen, wenn die Probleme auf gesamtbetrieblicher Ebene liegen oder starre Hierarchien kurzfristige Erfolgserlebnisse verhindern (Derboven, Dick & Wehner 1994, 28); zudem erhöhen sie das "Risiko der Selbstausbeutung" (ebd., 27). Zirkelmodelle erfordern also als Einrichtung zur Fehlervermeidung entweder wohlwollendes Führungspersonal, das sie ohnehin kaum 'braucht', oder parallele Umgestaltungen der Führungsebene (ebd.). Das mag einer der Gründe dafür sein, daß ÄrztInnen die Idee bislang überwiegend abzulehnen scheinen (s. Pfannkuche 1994).

5.3.7 Konfliktmoderation:

Schlichtungsstellen gibt es bislang nur für medizininterne (Standes-) Konflikte. Arbeitsfähige Vergleichsverfahren werden im Außenverhältnis von Krankenhäusern und Medizin spätestens dann staatlich oktroyiert werden, wenn die gegenwärtige Prozeßlawine noch wächst. Auch innerhalb der Organisation hat das Verfahren große Verwendungspotentiale, da es - im Gegensatz namentlich zur Supervision - soziale Konflikte von vornherein als solche anerkennt. Gerade PsychologInnen scheinen sich durch ihre vermittelnde Stellung zwischen

den Personalgruppen und ihre beruflichen Kompetenzen als MediatorInnen anzubieten (s. Mittag 1992). Fachverbände wären gut beraten, auf diesen Riesenmarkt zugeschnittene Qualifikationsprofile, Fortbildungen und Modelleinrichtungen zu entwickeln.

5.3.8 Professionalisierung der Pflegedienste:

Viele Beispiele zeigen, daß die Symptome der Fehlentwicklungen stark die Pflegedienste betreffen. Deren Professionalisierung könnte das Selbstbewußtsein der PflegerInnen stärken, den Erwartungen der Tripelhierarchie berufsspezifische Verhaltenskriterien entgegenzusetzen.

Wir haben bisher der Übersichtlichkeit halber die Pflegeleistung funktional der Heiltätigkeit zugeordnet. Eigentlich stellt sie eine eigenständige Aufgabe des Krankenhauses dar. Die Krankenhaussoziologie betrachtet sie mitunter ähnlich als unabhängigen, doch ärztlich kontrollierten Funktionskreis (z.B. Rohde 1974, 207-209, 356-357); wir könnten daher das Universitätskrankenhaus auch als Quadrupel-Hierarchie analysieren.

Eine akademische Diplom-Ausbildung für Pflegeberufe gibt es bereits z.B. in Großbritannien, in Deutschland erst ansatzweise an einigen Fachhochschulen (Übersicht der Reformvorschläge und Diskussionsstand in Student 1992).

Schwierigkeiten liegen derzeit im noch unklaren Berufs- und Aufgabenfeld sowie in der Ungewißheit des Bedarfs (Rosenbrock u.a. 1994). Das ist unter Übergangsbedingungen indes kaum zu vermeiden. Grundsätzlicher betrachtet, wird gerade eine junge Profession unter starkem Druck stehen, ihr besonderes Wissen gegenüber der Medizin und den PatientInnen zu inszenieren wie andere Professionen auch.

"Dazu verhelfen allerlei Einschüchterungsmanöver, rationale und irrationale Propaganda, die mit Interessen und Gefühlen des Außenseiters rechnet, Geheimniskrämerei, Irreführung und vor allem der Umgang mit Prestigesymbolen", wie Berger & Luckmann (1970, 93) an der ärztlichen Profession zeigen.

Neben der Wachsamkeit ärztlicher Fachverbände, sich keine unabhängige Konkurrenz zu schaffen, hat vor allem der Geldmangel der öffentlichen Hand in diesem Bereich die Entwicklung bisher gehemmt. Lieber werden billigere Wege ausprobiert, auch wenn sie erkennbar in die Irre führen: Werbekampagnen mit Slogans wie "Ich helfe gern" oder "Ich bin wichtig" zielen rhetorisch auf eine Erhöhung von Prestige und Selbstwertgefühl des Pflegepersonals, statt in die dafür erforderlichen Gehalts-, Arbeitszeit- und Tätigkeitsstrukturen zu investieren.

5.3.9 Stärkung der Personalvertretung:

Personalräte sollten an allen Entscheidungen beteiligt werden - auch sog. 'rein wissenschaftlichen', und sei es mit Informationsrechten. Denn die Organisationsentwicklung für komplexe Systeme wie Krankenhäuser verlangt die Einbeziehung von Leitungsteams und allen betriebsinternen Gruppierungen, damit zu

den alten Konflikten nicht noch durch Reformversuche neue Kulturbrüche treten (vgl. Borsi 1994, Hinkel & Schmitt 1993).

Indes infiltriert die Macht der Tripelhierarchie auch die Personalvertretungen: einerseits durch die Privilegierung wissenschaftlicher Handlungsbeurteilungen, andererseits durch die Vielfalt unauffälliger Sanktionen.

Obwohl die Liste des Marburger Bundes im Personalrat für das wissenschaftliche Personal des UKE neun von 13 Sitzen innehat, kann sie sich nicht auf einen Vorstand einigen. Sie verbündet sich mit Vertretern anderer Listen zu einer destruktiven Mehrheit und erzwingt den Rücktritt des Personalrats, um sich ihrer aktivsten Mitglieder zu entledigen.

Sinnvoll scheint daher nicht eine pauschale Stärkung der Personalvertretungen, sondern zweierlei:

- (a) eine bessere Repräsentation der arbeitsrechtlich und in ihrer Karriereabhängigkeit besonders schwachen Gruppen, vor allem der zeitlich befristeten MitarbeiterInnen;
 - (b) eine Weiterung der Informationsrechte individueller Personalratsmitglieder.
- Für diese Vorschläge sprechen weniger Idealismus und basisdemokratische Naivität, und als vielmehr ihre Nebenwirkungen: Öffentlichkeit und kontroverse Diskussion. Auch einzelne PersonalvertreterInnen können nämlich drei wesentliche Funktionen wahrnehmen:

(1.) Sie können Personen soziale und administrative Unterstützung geben, die sich gegen Mißstände wehren. Ein wesentliches Herrschaftsmittel der Tripelhierarchie ist schlicht: geraubter Schlaf. Widerständige Personen können durch eine bedrohliche Atmosphäre, die Vielzahl kleiner Verwaltungs-Fußangeln und menschliche Isolation durch die Angst der KollegInnen sowohl psychosozial stark belastet als auch durch Zeitökonomie zermürbt werden (sie müssen sich verwaltungs- und arbeitsrechtlich sachkundig machen, Verbündete suchen, Kommunikationskanäle offenhalten usf.; s.o. 4.3.4).

(2.) Sie können den Mythos der Un(an)greifbarkeit und Undurchschaubarkeit der Organisation und ihrer informellen Verfilzungen durchbrechen.

(3.) Sie können durch Modellbildung die Organisationskultur beeinflussen. Soziales Lernen in Großgruppen vollzieht sich vor allem über die normative und kognitive Ausstrahlung konsistent auftretender innovativer Minderheiten (so die politische Anwendung der Minoritätentheorie Moscovicis: Moser 1985). Einzelne, deren Verhalten für andere Vorbildcharakter gewinnt, vermögen großen Einfluß auf die Gruppenentwicklung zu nehmen, wenn auch langfristig und unter z.T. immensen biographischen Belastungen. PersonalvertreterInnen können in Zusammenarbeit mit gutwilligen Leitungskräften (etwa in kaufmännischen Funktionen) Alternativlösungen für eingefahrene Muster der Tripelhierarchie erproben, Probleme rasch aufgreifen, öffentlich und partizipativ diskutieren. Die exemplarisch-innovative Problemlösung könnte künftig eine immer wichtigere Funktion von PersonalvertreterInnen werden und zu einer Strategie für innovative Minderheiten im Krankenhaus überhaupt.

Eines nun ist klar: Nachdem die Fehlentwicklungen sich über Jahrzehnte festgefressen haben, ist mit einfachen Lösungen nicht mehr zu rechnen. Es wird, wie wir gesehen haben, nicht damit getan sein, diese oder jene neue

Überwachungseinrichtung zu schaffen. Das befördert allenfalls einen neuen organisatorischen Kontrollmythos. Und - wer überwacht die Überwacher? Ebensowenig ist eine pauschale Privatisierung erfolgversprechend. Tagespolitische Schnellschüsse wirken allemal kontraproduktiv, wo sie die Macht der Tripelhierarchie mehren.

Literatur:

- Ärztchammer Hamburg (1989), Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte v. 18. Nov. 1980 in der Fassung der Änderungssatzung v. 27. Nov. 1989. Hamburg: Ärztekammer
- Arbeitsgruppe Hochschulmedizin des Hochschulausschusses der Kultusministerkonferenz (1994), Überlegungen zur Neugestaltung von Struktur und Finanzierung der Hochschulmedizin. Halle: Hochschulausschuß der Kultusministerkonferenz
- Arnold, H. J. & Feldman, D. C. (1986), Organizational Behavior. New York etc.: McGraw-Hill
- Baars, O., Gerlach, F.M. & Szecsenyi, J. (Hrsg.) (1994), Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Balint, M. & Balint, E. (1990), Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Stuttgart: Klett-Cotta (4. Aufl.)
- Berger, P.L. & Luckmann, T. (1970), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a.M.: S. Fischer
- Bermejo, I. & Muthny, F.A. (1993), "Burnout" und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der stationären Altenpflege. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 43, 110-120
- Bock, T. (Hrsg.) (1988), Lebens-Wert - Sieben Beiträge zur Ethikdiskussion. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Borsi, G.M. (1994), Das Krankenhaus als lernende Organisation. Zum Management von individuellen, teambezogenen und organisatorischen Lernprozessen. Heidelberg: Asanger
- Breisig, T. (1990), It's Team Time. Kleingruppenkonzepte in Unternehmen. Köln: Bund
- Bräutigam, H.H. (1994a), Fünf Daumen an einer Hand. Interview mit Alfred Encke. In: ZEIT, 29.4.1994, 49
- Bräutigam, H.H. (1994b), Tödlicher Streit. In: ZEIT, 8.7.1994, 25
- Bräutigam, H.H. & Kleine-Brockhoff, T. (1993a), Herr Hübener's tödliche Hybris. In: ZEIT, 23.7.93, 9+10
- Bräutigam, H.H. & Kleine-Brockhoff, T. (1993b), Senator, erfaßt vom Fallout. In: ZEIT, 6.8.93, 29
- Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (1994), Zwischenbericht des Wissenschaftsausschusses über die nichtüberwiesene Angelegenheit "Vorkommnisse in der Strahlentherapie des UKE" etc. Hamburg: Bürgerschaftsdrucksache 15/1507

- Bungard, W. (Hrsg.) (1992), *Qualitätszirkel in der Arbeitswelt - Ziele, Erfahrungen, Probleme*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie
- co (1994a), Klinik nicht zur Fabrik machen. In: *Hamburger Abendblatt*, 28.10.94, 11
- co (1994b), Neues Denken in deutschen Kliniken. In: *Hamburger Abendblatt*, 30.9.94, 2
- Cole, S. (1972), Wissenschaftliches Ansehen und die Anerkennung wissenschaftlicher Leistungen. In: P. Weingart (Hrsg.), *Wissenschaftssoziologie I. Wissenschaftliche Entwicklung als sozialer Prozeß*. Frankfurt a.M.: Fischer Athenäum, 165-187
- Conradt, M. (1990), Die Pflicht zur Zuverlässigkeit. Kleinkind starb bei Krebstherapie im UKE. In: *Hamburger Abendblatt*, 21./22.7.90, 2-3
- Conradt, M. (1994), Uni-Klinik wird umgekrempt. Versorgung von Forschung getrennt. In: *Hamburger Abendblatt*, 28.12.94, 10
- Coordes, G. (1995), Wo Kranke immer ein offenes Ohr finden. In: *Frankfurter Rundschau*, 13.2.1995, 20
- Derboven, W., Dick, M. & Wehner, T. (1994), Beteiligungskonzepte als Humanisierungsinstrument? Erste Erfahrungen mit Problemlösekreisen in Verwaltungs- und Servicebereichen. In: *gegengift. Hamburger Hefte für Arbeit und Gesundheit*, 10, Nr. 21/22, 26-28
- Dietl, W., Miketta, G. & Schaertl, M. (1995), Klagen und Intrigen. In: *FOCUS*, 11/95, 59-62
- Dörner, K. (1993), Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens - oder: Die Soziale Frage: Entstehung - Medizinisierung - NS-Endlösung - heute - morgen. Gütersloh: Förderkreis Wohnen - Arbeit - Freizeit
- Dunkelberg, S. & van den Bussche, H. (1995), Bedingungen und Qualität der Ausbildung im Praktischen Jahr - Ergebnisse einer Befragung der Medizinstudierenden in Hamburg. In: *Hamburger Ärzteblatt*, 49, 121-128
- Erdheim, Mario (1984), *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit: Einführung in den ethnopsychanalytischen Prozeß*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Fachbereich Medizin, Universität Hamburg, Der Sprecher / UKE, Der Ärztliche Direktor (1995), *Berichterstattung / Stellungnahme des Fachbereichs Medizin mit Stand Januar 1995 zu den Empfehlungen der Arbeitsgruppe des Akademischen Senats*. Hamburg: UKE, 30.01.1995
- Fleissner, A. (1992), Exponentielles Mengenwachstum und qualitative Desinformation im Wissenschaftsbetrieb. In: *Politische Psychologie-Aktuell*, 11, 171-180
- Foucault, M. (1976), *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt a.M. etc.: Ullstein
- Friedrichsen, G. (1991), "Waltraud, i brauch' no a Bett". Prozeß gegen die vier Wiener Hilfsschwester. In: *SPIEGEL*, 45, 14/1991, 189-193
- Friedrichsen, G. (1993), "Die Toten von Herrn Lange". Urteil gegen einen Krankenpfleger in Bielefeld. In: *SPIEGEL*, 47, 30/1993, 72-75
- Gluckman, M. (1963), Gossip and Scandal. In: *Current Anthropology*, 4, 307-316
- gph (1994), UKE-Assistentin: 63 000 Mark fürs Nichtstun. In: *Hamburger Morgenpost*, 13.9.1994, 18+19
- Graupner, H. (1994), Balance-Akt mit neutralem Kugelschreiber. Wie der Chefarzt der Kemptener Unfallchirurgie die innere Hygiene seiner Klinik zu bewahren versucht. In: *Süddt. Zeitung*, 9.5.94
- Greinert, R. & Wuttke, G. (1993), *Organspende - Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin*. Göttingen: lamuv
- Hamburger Morgenpost (1994), Fünf Millionen im Jahr - ganz nebenbei. In: *Hamburger Morgenpost*, 10.6.1994, 9

- Hamel, T., Windisch, M., Boscheinen, B., Hubrich, B., Krause, B. & Leonhäuser, B. (1991), Burnout in der Krankenpflege. Erscheinungsformen und Bedingungen im Spiegel empirischer Untersuchungsergebnisse. In: *Soziale Arbeit*, 40, 227-233
- Hegelsmann, R. & Merkel, R. (Hrsg.) (1991), *Zur Debatte über Euthanasie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Heismann, G. (1994), Ein López fürs Spital. Herzklappenskandal: Wie können sich Kliniken gegen korrupte Ärzte und Lieferanten schützen? In: *WOCHE*, 9.6.94, 9
- Hess, A. (1995), *Die politische Soziologie C. Wright Mills'*. Ein Beitrag zur politischen Ideengeschichte. Opladen: Leske + Budrich
- Hildebrand, R. (1994), Qualitätsmanagement. In: *F & w - führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 11, Nr. 3, 184-193
- Hildebrandt, S. (1995), Bundestag / Ethik-Kommission. Konsensgremium für Grenzfragen. In: *PARLAMENT*; 3.3.95, 16
- Hinkel, N. & Schmitt, M.I. (1993), Organisations- und Kulturentwicklung im Krankenhaus. In: *Organisationsentwicklung*, 12, 26-39
- Hirsch, R.D. (1993), *Balint-Gruppe und Supervision in der Altenarbeit*. München: Reinhard Hoff, J. & in der Schmitt, J. (Hrsg.) (1994), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium*. Reinbek: Rowohlt
- Hohaus, G.-P. (1993a), Ein Arzt packte aus - uns soll gekündigt werden. In: *Hamburger Morgenpost*, 26.3.93, 14+15
- Hohaus, G.-P. (1993b), Staatsanwalt ermittelt gegen UKE-Chefarzt. In: *Hamburger Morgenpost*, 25.5.93, 8+9
- Hohaus, Gerd-Peter (1994a), Betrug? UKE droht Millionen-Klage. In: *Hamburger Morgenpost*, 4.2.1994, 1, 10, 11
- Hohaus, Gerd-Peter (1994b), Fall Bernbeck: Skandal ohne Ende. In: *Hamburger Morgenpost*, 10.4.1994, 10-11
- Hohaus, Gerd-Peter (1994c), UKE - eine Klinik vor dem Kollaps? Geheim-Papier: Geräte sind völlig veraltet. In: *Hamburger Morgenpost*, 30.12.94, 18+19
- Huber, Torsten (1994), Pfusch im Krankenhaus - 1500 Opfer jedes Jahr in München. In: *Münchener Abendzeitung*, 26./27.11.94, 1 + 25
- Illich, Ivan (1977) *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Reinbek: Rowohlt
- kg (1994), Die Krankenhäuser unterwerfen sich Qualitätsvergleichen. In: *Frankfurter Rundschau*, 30.9.94, 18
- Kieselbach, K. (1994): Kassen verteidigen ihren Informanten. Insider in Absprache mit Seehofer angeheuert. In: *WELT*, 2.8.94, 11
- Kirbach, R. (1995), Herzklappenaffäre. "Geschönte Unwahrheit". In: *ZEIT*, 31.3.1995, 28
- Kliche, T. & Moser, H. (1988), *Gentechnologie*. In: R. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), *Handwörterbuch der Psychologie*. Vierte, völlig neubearb. Aufl. München: Psychologie Verlags Union, 226-231
- Kliche, T. (1989), Die Entsorgung staatsbürgerlichen Ekels. Notizen zu Stand und Begriffen der Skandalforschung. In: H. Moser (Hrsg.), *L'Eclat c'est moi. Zur Faszination unserer Skandale*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 258-277
- Kowalski, M. (1994), Flop für Krankenkassen. In: *FOCUS*, 31/94, 18-21
- Kunz, M., Miketta, G. u.a. (1995), *Der Kunstfehler-Report*. In: *FOCUS*, 13.2.95, 134 - 144
- Leymann, H. (1993), *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Reinbek: Rowohlt
- Liedtke, R. (1987), *Skandal-Chronik. Das Lexikon der Affären und Skandale in Wildwest-Deutschland*. Frankfurt a.M.: Eichborn
- math (1994), Herr und Knecht. Die Klinik als sozialer Ort. In: *Süddt. Zeitung*, 11.10.94, 10

- Mauz, G. (1984), "Wie man sich fühlt, wenn man kastriert ist". In: SPIEGEL, 38, 52/1984, 74-76
- Mauz, G. (1989a), "Es ließ sich immer ein Konsens herstellen". In: SPIEGEL, 16/1989, 179-182, S. 182)
- Mauz, G. (1989b), Die Staatsanwaltschaft als Partei. In: SPIEGEL, 38/1989, 75-79
- Mills, C. W. (1956), The Power Elite. New York: Oxford University Press
- Mittag, O. (1992), Zusammenarbeit von Psychologen und Pflegepersonal in der medizinischen Klinik. In: Report Psychologie, 17 (2), 9-15
- Müller-Christiansen, K. (1994), Die Würde des Patienten geht oft verloren. In: Frankfurter Rundschau, 13.8.94, 6
- Nellessen, L. (1994), Berufsbezogene Supervision. In: Sozialwissenschaftliche Literatur-Rundschau, 17, H. 29, 76-94
- Noack, P. (1987), Korruption - die andere Seite der Macht. München: Droemer-Knaur
- Moser, H. (1985), Sozialer Einfluß von Minoritäten. Ein Umdenkprozeß innerhalb der akademischen Sozialpsychologie? Ideen zu einem Sicht-Trichter-Modell. In: dialog Beiträge zur Friedensforschung 3 (2+3/85), "Zur Sozialpsychologie von Sicherheitspolitik und Friedensbewegung", Österr. Institut für Friedensforschung und Friedenserziehung Stadtschlaining, 197-227
- Oeder, J. (1994), Chef-Chirurg verließ mitten in der Operation den Saal. In: WELT, 25.8.94, 1
- Perrow, C. (1987), Normale Katastrophen. Die unvermeidbaren Risiken der Großtechnik. Frankfurt a.M., New York: Campus
- Pfannkuche, K.J. (1994), Qualitätszirkel im Krankenhaus: Vorteile für Klinikärzte. In: Deutsches Ärzteblatt, 91 (43), 28.10.94, B-2159 - B-2162
- Postel, G. (1985), Die Abenteuer des Dr. Dr. Bartholdy. Bremen: Brockkamp
- pw (1995), Lehre am UKE: Professoren angeprangert. In: Hamburger Abendblatt, 24.1.95, 9
- Röttger, K. (1993), Berufszufriedenheit und berufliche Belastung von Krankenpflegekräften. Am Beispiel einer chirurgisch-onkologischen Station. In: Soziale Arbeit, 42, 160-166
- Rohde, J.J. (1974), Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke (2. überarb. Aufl.)
- Rose-Ackerman, S. (1985), Korruption als Problem der ökonomischen Theorie. In: C. Fleck & H. Kuzmics (Hrsg.), Korruption. Zur Soziologie nicht immer abweichenden Verhaltens. Königstein / Ts.: Athenäum, 228-256
- Rosenbrock, R., Noack, R.H. & Moers, M. (1994), Akademisch ausgebildete Fachkräfte für Public health und Pflege. In: Zt. f. Gesundheitswissenschaften, 2, 184-187
- Rürup, B. (1995), Controlling als Instrument effizienzsteigernder Verwaltungsreformen? Eine Problemskizze. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B5/95, 3-10
- Schmalenberg, D. (1994): Tod im Kinderkrankenhaus. Die Polizei wußte nichts davon. In: ZEIT, 25.11.94
- Schmid, R. (1994), Auch in der Kinderheilkunde führt kein Weg an der Spezialisierung vorbei. In: Ärzte-Zeitung, 30.6.1994, 2
- Schmidbauer, W. (1993), Hilflöse Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Überarb. u. erw. Neuausg. Reinbek: Rowohlt (21.-28. Tsd.)
- Schmidt, J., Nübling, R. & Lamprecht, F. (1992), Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. In: Das Gesundheitswesen, 54 (2), 70-80
- Schwendenwein, W. (1990), Profession - Professionalisierung - Professionelles Handeln. In: L.-M. Alisch, J. Baumert & K. Beck (Hrsg.), Professionswissen und Professionalisie-

- ung. Braunschweig: Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft 28, 359-381
- Sherman, L.W. (1987), Scandal and Reform. Controlling Police Corruption. Berkeley etc.: University of California Press
- SPIEGEL (1994a), "Wer zahlen kann, überlebt". In: SPIEGEL; 15/94, 70-77
- SPIEGEL (1994b), "Lizenz zum Gelddrucken". In: SPIEGEL; 23/94, 91-97
- SPIEGEL (1995), Das Geld fließt zurück. Im Herzklappen-Skandal hat sich der Verdacht gegen deutsche Chefärzte verdichtet. In: SPIEGEL; 13/95, 120-121
- Stadler, C. (1991), Sterbehilfe - gestern und heute. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Stegemann-Boehl, S. (1994), Fehlverhalten von Forschern. Eine Untersuchung am Beispiel der biomedizinischen Forschung im Rechtsvergleich USA - Deutschland. Stuttgart: Enke
- Stellungnahme (1993): Stellungnahme des Personalrates für das wissenschaftliche Personal am UKE zu den Gutachten Vosteen und Reinauer vom 7.4.1993
- Student, J.-C. (1992), Läßt sich der Pflegenotstand durch bessere Ausbildung beheben? Zur Diskussion um die Konzepte einer Fachhochschulausbildung für Pflegekräfte. In: Medizin Mensch Gesellschaft, 17, 146-156
- ten (1994), Sparen killt Patienten. Hygiene-Empfehlungen unterdrückt. In: tageszeitung Hamburg, 21.2.94
- Tiefenthal, O. (1994), Sicherheitsmängel im Institut für Rechtsmedizin. In: WELT am Sonntag, 13.2.94, 85-87
- Tolmein, O. (1993), Wann ist der Mensch ein Mensch? Ethik auf Abwegen. München: Hanser
- Tügel, H. (1994), Das Chefarzt-Syndrom. Die Hierarchie im Krankenhaus stammt aus dem Militärlazarett. In: WOCHEN; 9.6.94, 25
- Universität Hamburg, Die Vizepräsidentin (1994), Bericht und Empfehlungen der Arbeitsgruppe des Akademischen Senats aus Anlaß der Vorfälle in der Strahlentherapie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf. Hamburg: Universität Hamburg
- Wagner-Roos, L. (1994), "Angst vor Supermensch" - Interview mit Prof. Hendrik Emrich. In: Focus, 13.2.1994, 148-149
- Weidmann, Reiner (1990), Rituale im Krankenhaus: Eine ethnopsychanalytische Studie zum Leben in einer Institution. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag
- WELT (1994), Auch 1993 mehr Geld für die Krankenhäuser. In: WELT, 21.3.94, 1 + 11
- Welzk, S. (1995), Der teure Weg allen Fleisches. Ethik und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitsgewerbe. In: Kursbuch 119, "Verteidigung des Körpers". Berlin: Rowohlt, 133- 145
- WOCHEN (1994), Die Stunde des Rebellen. Ärzte-Funktionär Frank-Ulrich Montgomery verteidigt seinen Stand und bekämpft dessen Profiteure. In: WOCHEN; 9.6.94, 3
- Wolgast, T. V. (1993), "Nur noch ein schwarzes Loch". In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 8.9.93, 10
- Zylka-Menhorn, V. (1993), Mit einer besseren Nachsorgestruktur wären Strahlenfolgen schneller erkannt worden. In: Dt. Ärzteblatt, 90, No. 37, 17.9.93, B-1758 - B-1764

Wolfgang Harms: "zieht die große "DASIMMERUNS-EINIG"-Nummer auf, wenn alle hübsch besoffensind"