

Aufbruch in eine neue Zeit?

Pflege im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit,
Sorge und Anerkennung

Manuela Grimm

kassel
university



press

Manuela Grimm

Aufbruch in eine neue Zeit?

Pflege im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit,
Sorge und Anerkennung

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.) angenommen.

Gutachter: Prof. Dr. Berthold Vogel, Universität Kassel
Prof. Dr. Ingo Bode, Universität Kassel

Tag der mündlichen Prüfung: 11. September 2020



Diese Veröffentlichung – ausgenommen Zitate und anderweitig gekennzeichnete Teile – ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>) lizenziert.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2020
ISBN 978-3-7376-1058-2
DOI: <https://doi.org/10.17170/kobra-202207196490>

© 2022, kassel university press, Kassel
<https://kup.uni-kassel.de>

Druck und Verarbeitung: Print Management Logistik Service, Kassel
Printed in Germany

Vorwort

Die Situation der beruflichen Pflege ist ein Thema, das mir sehr am Herzen liegt. Nicht nur, weil ich durch meine eigene Tätigkeit als Krankenschwester einen direkten Einblick in die Praxis bekommen habe. Auch weil die Problemlagen der Pflege in Deutschland seit Jahren wiederkehrende Themen sind, z. B. die Kluft zwischen dem Wert der Arbeit und der Wertschätzung pflegerischer Arbeit. Mit dieser Arbeit möchte ich einen Beitrag dazu leisten, einige Problemfelder der beruflichen Pflege genauer in den Blick zu nehmen. Und zwar besonders aus der Perspektive derjenigen, die direkt vor Ort diese Arbeit leisten.

Ich möchte mich herzlich bei allen bedanken, die mich beim Schreiben dieser Dissertation begleitet und unterstützt haben. Bei meinem Doktorvater Professor Berthold Vogel und Professor Ingo Bode als Zweitgutachter für ihre Betreuung und ihre konstruktiven Anregungen. Bei der Hamburger Stiftung zur Förderung von Wissenschaft und Kultur, die mir mit ihrem Stipendium überhaupt erst die Möglichkeit für diese Arbeit gegeben hat. Bei Ariadne, Kathrin, Natalie, Swantje und allen anderen von der Forschungswerkstatt für die wertvollen Tipps, den anregenden Austausch und die entspannte Atmosphäre, in der dieser stattgefunden hat. Bei Silke und Cornelia für ihre Korrekturen und bei allen, die mich auf diesem Weg begleitet haben und mir auf vielfältige Weise mit Rat und Tat zur Seite standen. Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie, die mich immer bestärkt und so wunderbar unterstützt hat. Vielen Dank dafür!

Inhalt

1. Einleitung	7
2. Die berufliche Pflege	16
2.1. Historische Entwicklungsbedingungen	17
2.1.1 Gesellschaftliche Umbrüche im 18. und 19. Jahrhundert	18
2.1.2 Entstehung der Krankenpflege als Frauenberuf	20
2.1.3 Pflege und Medizin	23
2.2 Pflege heute – Strukturelle Besonderheiten und Modernisierungsansätze	26
2.2.1 Pflege als weibliche „Semi-Profession“	27
2.2.2 Modernisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege	29
2.3 Kennzeichen pflegerischer Arbeit	38
2.3.1 Pflege als soziale Dienstleistung	38
2.3.2 Berufliches Selbstverständnis im Wandel der Zeit	42
3. Umbruchprozesse im Bereich der Krankenhäuser	47
3.1 Neujustierung des Krankenhausesektors	48
3.1.1 Hintergründe	49
3.1.2 Erscheinungsformen	51
3.2 Interne Restrukturierungsprozesse	58
3.2.1 Neue Managementformen und Organisationsstrukturen	59
3.2.2 Veränderungsprozesse im Bereich der Krankenhauspflege	64
3.3 Ökonomie und Gesundheitsversorgung	73
3.3.1 Zur Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung	73
3.3.2 Zum Stand der Forschung	82
4. Methodischer Rahmen	91
5. Veränderungsprozesse aus Sicht der Pflege	101
5.1 Veränderungsmomente im pflegerischen Alltag	102
5.1.1 Arbeitsanforderungen	102
5.1.2 Arbeitsinhalte	107
5.1.3 Arbeitsvolumen	110
5.1.4 Personelle Situation	113
5.2 Pflege im Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeit und Sorge	117
5.2.1 Spannungsfelder in der beruflichen Pflege	117
5.2.2 Versorgungshandeln unter neuen Rahmenbedingungen	127
5.3 Berufliches Selbstverständnis	133
5.3.1 Pflegeverständnis	133
5.3.2 Berufliches Selbstverständnis und ökonomische Prinzipien	146

5.4 Pflege im Kontext Krankenhaus	153
5.4.1 Neustrukturierung der Pflegearbeit im Krankenhaus.....	154
5.4.2 Entlastungsstrategien seitens des Managements	157
5.4.3 Zusammenspiel Pflege und Management	161
5.4.4 Rolle und Stellenwert der Pflege.....	166
6. Veränderungsprozesse aus Sicht der Managementebene.....	173
6.1 Krankenhausmanagement im Wandel.....	173
6.1.1 Krankenhausorganisation und Führungsstruktur	173
6.1.2 Arbeitsinhalte/ Arbeitsverdichtung	175
6.1.3 Mitarbeiterführung und Entscheidungsprozesse	179
6.2 Ökonomie und Gesundheitsversorgung aus Sicht des Managements.....	183
6.2.1 Neujustierung Krankenhaussektor	183
6.2.2 Wettbewerbsstrategien	191
6.2.3 Organisationales Selbstverständnis/ Zielsetzungen	193
6.2.4 Versorgungsqualität	196
6.3 Pflege aus Sicht des Managements	202
6.3.1. Arbeitssituation Pflege	203
6.3.2 Rolle und Stellenwert Pflege aus Sicht des Managements	214
7. Diskussion der Ergebnisse	221
7.1 Berufliches Selbstverständnis unter neuen Bedingungen	221
7.2 Pflege und Management – zwei Seiten einer Medaille?	226
7.3 Pflege heute – auf dem Weg in eine neue Zeit?	235
8. Ausblick	241
9. Literaturverzeichnis.....	244
10. Anhang	259
10.1 Leitfaden Pflegepersonal.....	259
10.2 Leitfaden Management- und Leitungsebene	261
Abbildung 1 Entwicklung der Krankenhäuser nach Trägerschaft	56
Abbildung 2 Entwicklung Pflegepersonal in Krankenhäusern	65
Abbildung 3 Entwicklung ärztliches und pflegerisches Personal	67
Tabelle 1 Sample	98
Tabelle 2 Zentrale Kategorien in Abhängigkeit zur Befragungsebene	99

1. Einleitung

„Who cares?“ In dieser prägnanten Frage spiegelt sich nicht erst seit der Corona Pandemie die Situation der beruflichen Pflege in Deutschland. Und das in mehrfacher Hinsicht. Zum einen im Hinblick auf den schon bestehenden und den Prognosen zufolge weiter ansteigenden Fachkräftemangel, der schon lange als zentrales gesellschaftspolitisches Problem debattiert wird (vgl. Hämel/Schaeffer 2013), laut Bundesagentur für Arbeit waren 2018 annähernd 40.000 Pflegestellen unbesetzt.¹ Zum anderen stellt sich die Frage „Who cares?“ auch im Hinblick auf die oftmals als unzureichend gekennzeichneten Arbeitsbedingungen in der Pflege. Spätestens seit der verstärkten Einführung ökonomischer Steuerungsinstrumente in das Feld der Gesundheitsversorgung zeichnet sich ein Wandel in der beruflichen Pflegearbeit ab, der insbesondere im Hinblick auf die personellen Veränderungen, die Arbeitsverdichtung und einen Anstieg der Belastungen diskutiert wird (vgl. Isfort/Weidner 2010; Marrs 2008; Simon 2009). Als Folge dieser Veränderungen scheinen sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die Attraktivität des Pflegeberufs zu sinken (vgl. Bräutigam 2014; Zander/Busse 2017).

Hintergrund der Veränderungsprozesse in der beruflichen Pflege ist ein tiefgreifender Wandel des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Seit mehr als zwei Jahrzehnten findet eine Neustrukturierung statt, die sich vor allem an der Einführung ökonomischer Leitlinien und Privatisierungstendenzen festmachen lässt. Gesundheitspolitische Maßnahmen zeichnen sich ganz im Sinne einer „neuen“ ökonomischen Steuerungslogik durch eine verstärkte Einführung von Instrumenten der freien Wirtschaft in das Feld der Gesundheitsversorgung aus, z. B. die Einführung von Wettbewerbsstrukturen oder Privatisierungen von vormals öffentlichen Versorgungsleistungen. Mittels einer Neuausrichtung an marktwirtschaftlichen Steuerungsprinzipien sollen die Finanzierungsschwierigkeiten im Gesundheitssystem behoben werden. In der Kritik stehen dabei in erster Linie die „Fehlanreize“ der staatlichen Steuerungs politik (vgl. Oberender/Fleischmann 2002). Ganz im Sinne des neoliberalen Wandels in vielen gesellschaftlichen Bereichen – die sich bis dato durch andere handlungsleitende Prinzipien ausgezeichnet haben als produktionswirtschaftliche Bereiche – findet auch im Gesundheitssystem ein normativer Wandel statt, in dem eine Abkehr von staatlichen Steuerungsprinzipien zugunsten einer verstärkten Marktorientierung propagiert wird (vgl. u. a. Paetow 2002).

¹ Höhl, Rebecca (2019). Neue Zahlen der Bundesagentur. Rund 40.000 Pflegestellen unbesetzt. In: Ärzte Zeitung, 08.01.2019. URL: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/979191/neue-zahlen-bundesagentur-viele-pflegestellen-unbesetzt.html [26.04.22]

Im Krankenhaussektor hat dieser Strukturwandel zu einer Reihe von einschneidenden Veränderungen geführt. Die für alle Krankenhäuser verpflichtende Einführung des G-DRG²-Systems im Jahr 2004 ist der vorläufige Höhepunkt einer Reihe von gesetzlichen Veränderungen³, die zu einer Verschärfung des Wettbewerbs und zu einer immensen Erhöhung des wirtschaftlichen Drucks auf die Krankenhäuser geführt haben. Auch die Trägerstruktur vieler Krankenhäuser hat sich gewandelt, durch den Verkauf von ehemals öffentlichen Krankenhäusern an private Klinikbetreiber hat sich der Anteil der privaten Krankenhäuser von 1991 bis 2007 mehr als verdoppelt (vgl. Schulten/Böhlke 2009: 98). Mittlerweile befinden sich 37,8% aller Krankenhäuser in privater Trägerschaft, demgegenüber sind 28,5% der Einrichtungen in öffentlicher Hand und 33,7% in freigemeinnütziger Trägerschaft (vgl. Statistisches Bundesamt 2021). Diese Veränderungen bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Beschäftigten. Auf der Seite des Krankenhausmanagements werden neue Strategien und Leitungskonzepte verfolgt, um wirtschaftlich erfolgreich und konkurrenzfähig zu bleiben, *New Public Management* ist hier ein zentrales Stichwort. Auf Seiten der Pflegekräfte greifen interne Restrukturierungsmaßnahmen in die Pflegearbeit ein, nicht nur im Hinblick auf Rationalisierungen, auch wird im Zuge einer verstärkten Prozessoptimierung eine Neuordnung verschiedenster Aufgaben und Tätigkeiten im Krankenhaus angestrebt (vgl. Offermanns 2010; Stemmer/Böhme 2008). Seit 2020 erfolgt die Finanzierung der Pflegepersonalkosten über ein gesondertes Pflegebudget (vgl. Leber/Vogt 2020: 113).

Die Veränderungsprozesse im Krankenhaussektor bleiben nicht ohne Folgen für die Akteure. Ein wesentlicher Aspekt an der Neuausrichtung an markt- und wettbewerblichen Strukturen ist, dass sie das Handeln der Akteure in den Fokus nimmt und so versucht, medizinische und pflegerische Handlungen durch ökonomische Anreize zu steuern (vgl. Gerlinger/Mosebach 2009:10). Jakobi spricht in diesem Zusammenhang von einem sozialen Wandel im Gesundheitssystem. Indem die Strukturen des Gesundheitssystems und damit auch des Krankenhaussektors nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten verändert werden, ändert sich Jakobi zufolge das Wesen des Gesundheitssystems. Der zentrale Faktor, an dem sich dieser Wandel festmachen lässt, sind ihm zufolge die normativen Orientierungen der Akteure in diesem Feld. Denn wie Jakobi mit Talcott Parsons` Definition von sozialem Wandel feststellt, ist dieser „der Wandel in der Struktur eines Systems als Wandel seiner normativen Kul-

² G-DRGs = German-Diagnosis Related Groups. Im Folgenden wird statt G-DRGs der Einfachheit halber DRG geschrieben, hiermit ist, soweit nicht anders gekennzeichnet, das deutsche DRG System gemeint. Synonym wird auch der Begriff Fallpauschalen verwendet.

³ Z.B. das Gesundheitsstrukturgesetz 1993.

tur“ (Parsons 1969, zitiert nach Jakobi 2005). Anhand der Maßnahmen, die auf politischer Ebene stattgefunden haben und stattfinden, ist der Feststellung eines sozialen Wandels im Gesundheitssystem unbedingt beizupflichten. Eine verstärkte Ausrichtung an marktzentrierten Steuerungsformen ist nicht nur für den Krankenhaussektor zu beobachten, auch im ambulanten Sektor zeigt sich eine Bedeutungszunahme ökonomischer Prinzipien (vgl. Slotala 2011). Wie sieht es aber auf der Seite der Beschäftigten im Gesundheitswesen aus? Sie sind einerseits die Träger, welche die politischen Vorgaben ausfüllen und durch ihr Handeln eine Neustrukturierung mit gestalten. Andererseits sind sie in ihren Erwerbsbiografien und in ihrer Arbeitssituation direkt von dem Umbau betroffen. Im Gegensatz zu gesellschaftlichen Teilbereichen, die per se durch ökonomische Prinzipien bestimmt werden, waren und sind im Gesundheitswesen andere handlungsleitende Prinzipien vorherrschend, die in hohem Maße den ethischen Aspekten dieses Felds geschuldet sind. Die Frage, ob ein sozialer Wandel im Gesundheitssystem stattgefunden hat, lässt sich nicht nur aufgrund der Analyse der strukturellen Veränderungen beantworten, es sind vielmehr die normativen Einstellungen der Akteure und ihr Handeln, die Aufschluss über Tragweite und Folgen der „Ökonomisierung“ im Gesundheitssystem geben können.

Die Pflege nimmt im Hinblick auf die Veränderungsprozesse in zweifacher Hinsicht eine besondere Rolle ein. So sind die Pflegekräfte zum einen diejenigen Akteure, die unmittelbar in die Versorgung der Patient/innen⁴ eingebunden sind und daher in besonderer Weise mit den Umstrukturierungen konfrontiert sind. Gerade im Hinblick auf das Eindringen ökonomischer Aspekte in den sensiblen Bereich der Versorgung kranker und hilfsbedürftiger Menschen kommt der Pflege aufgrund ihrer Nähe zu den Patient/innen eine zentrale Bedeutung zu. Diese Form der Arbeit, die als „Care“ oder auch als „Sorgearbeit“ bezeichnet wird (vgl. Auth 2013), zeichnet sich durch verschiedene Besonderheiten aus, z. B. die Asymmetrie in der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient/in und die Orientierung auf die Bedürftigkeit, aber auch im Hinblick auf den besonderen „Ethos fürsorglicher Praxis“ (Senghaas-Knobloch 2011).

Zum anderen treffen die ökonomisch induzierten Veränderungen im Feld der beruflichen Pflege auf einen Bereich, der sich nicht erst seit dem ökonomischen Umbruch im Gesundheitssektor in einem Prozess der Neuorientierung befindet. Schon vor dem

⁴ In dieser Arbeit wird weitestgehend eine gendersensible Sprache verwendet. In bestimmten Kontexten wird diese jedoch dem dort genutztem Sprachgebrauch angepasst, beispielsweise bei der Rekonstruktion der empirischen Aussagen.

Umbau wurde erheblicher Modernisierungsbedarf in der beruflichen Pflege festgestellt, auch der Anfang der 1990er Jahre konstatierte Pflegenotstand weist auf quasi immer wiederkehrende Probleme in der beruflichen Pflege hin. Status, Anerkennung, berufliche Identität und geschlechterdifferente Fragen beschäftigen die Forschung im Bereich der beruflichen Pflegearbeit seit vielen Jahrzehnten. Obwohl die Gruppe der Pflegekräfte quantitativ eine der größten Berufsgruppen ist und ihre Arbeit eine hohe gesellschaftliche Relevanz besitzt, wird ihr ein eher geringer Status zugeschrieben, sichtbar an den kaum vorhandenen Mitsprachemöglichkeiten, aber auch an der geringen Anerkennung der Pflegearbeit (vgl. Kumbruck/Rumpf/Senghaas 2011; Schrenker et al. 2021). Professionalisierungsbestrebungen, der Reformbedarf in der Pflegeausbildung und eine Forcierung der Eigenständigkeit der Pflege sind seit vielen Jahren Thema im pflegewissenschaftlichen Diskurs und werden als Lösungsstrategien für die Problemlagen der beruflichen Pflege verfolgt (vgl. u. a. Hämel/Schaeffer 2013; Robert Bosch Stiftung 2000). Dieser Entwicklungsprozess in der beruflichen Pflege stößt nun seit Anfang der 1990er Jahre auf die zunehmende ökonomische Steuerung des Gesundheitssystems. In der Pflegewissenschaft wurde diese nicht nur kritisch gesehen, sondern auch als Chance. Sowohl im Hinblick auf einen Bedeutungsgewinn pflegerischer Arbeit als auch im Hinblick auf eine Neupositionierung der Pflege wurden positive Entwicklungen erwartet (vgl. Krampe 2009: 156).

Diese prägnante, aber auch widersprüchliche Rolle der Pflege im Versorgungsgeschehen spiegelt sich in den bestehenden Forschungen zu den Veränderungsprozessen im Krankenhaussektor. Es herrscht weitestgehend Übereinstimmung, dass sich die Arbeitssituation der Pflegenden in den letzten zwei Jahrzehnten stark verändert hat, vor allem im Hinblick auf die personelle Situation und eine zunehmende Arbeitsverdichtung (vgl. u. a. Braun et al. 2008; Isfort/Weidner 2010; Marrs 2008). Fraglich ist allerdings, warum sich trotz der weitestgehenden Einigkeit über den dringenden Handlungsbedarf bislang kaum Verbesserungen in der Pflegepraxis abzeichnen. Neuere Studien weisen weiterhin auf eine hohe Arbeitsbelastung in der Pflege und eine als unzureichend beurteilte Arbeitssituation hin (u. a. Bräutigam et al. 2014, Hasebrook/Hahnenkamp 2016, Zander/Busse 2017). Auch in Bezug auf das Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen und versorgungsrelevanten Aspekten gibt es offene Fragen. Erste empirische Befunde konstatieren eine Zunahme dieses Spannungsfelds (vgl. Marrs 2008; Slotala/Bauer/ Lottmann 2008). Die Folgen dieser Veränderungen aus Sicht der direkt betroffenen Beschäftigten, gerade auch in Bezug auf mögliche Veränderungen des beruflichen Selbstverständnisses oder im Hinblick auf

die Versorgungssituation, sind dagegen bislang wenig erforscht (vgl. Braun 2009; Slotala 2011). Fraglich ist darüber hinaus, welche Veränderungsprozesse sich im Hinblick auf den Stellenwert der Pflege abzeichnen. Beinhalten die ökonomisch induzierten Veränderungen tatsächlich eine Chance für einen Bedeutungsgewinn und eine neue Positionierung der Pflege?

Die vorliegende qualitative Untersuchung nimmt diese Fragen auf und untersucht aus akteurszentrierter Perspektive die Auswirkungen der ökonomisch induzierten Veränderungen auf die berufliche Pflegearbeit im Krankenhaus. Ausgangspunkt ist die These, dass die Ökonomisierungsprozesse einen tiefgreifenden Wandel in der beruflichen Pflegearbeit bewirken, der weit über die Veränderungsprozesse in der Arbeitssituation hinausreicht und sowohl berufliche Inhalte und Handlungsorientierungen als auch Statusprozesse der beruflichen Pflege berührt. Im Fokus dieser Arbeit stehen die subjektiven Sichtweisen der Krankenhausakteure. Anhand von zwei Fragenkomplexen werden die Veränderungsprozesse näher betrachtet:

1. Welche Auswirkungen haben die ökonomisch induzierten Veränderungen auf das berufliche Handeln und das berufliche Selbstverständnis der Pflege?

In diesem Komplex geht es um die direkte Arbeitsebene der Akteure. Wie wirken sich die ökonomisch induzierten Veränderungen in der Pflege aus? Wo machen sich Konflikte zwischen wirtschaftlichen und versorgungsrelevanten Aspekten bemerkbar und wie werden diese austariert? Zeichnet sich ein Wandel im beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte ab? Und welche Folgen nehmen die Akteure im Hinblick auf die Versorgungssituation wahr?

2. Welche Veränderungsprozesse zeichnen sich in Bezug auf die Pflege als Beruf unter den neuen Bedingungen ab?

In diesem Komplex geht es um Prozesse, die die Pflege als Beruf und als Berufsgruppe betreffen. Folgende Fragen stehen hier im Mittelpunkt: Wie ist die Pflege in die Veränderungsprozesse im Krankenhaus eingebunden? Welche Rolle und welchen Stellenwert hat die Pflege im Kontext Krankenhaus? Zeichnen sich ein Bedeutungsgewinn pflegerischer Arbeit und eine neue Positionierung der Pflege ab?

Um diesen Fragen nachzugehen, wurden qualitative, problemzentrierte Interviews in verschiedenen Krankenhäusern geführt. Die Studie ist explorativ angelegt und möchte im Sinne eines „Entdeckungsverfahrens“ (Kleining 1982) explizit die subjektive Sichtweise derjenigen Akteure erfassen, die von den strukturellen Veränderungen im

Krankenhaussektor direkt betroffen sind. Das Sample umfasst insgesamt 21 Interviews, die in Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaften⁵ durchgeführt wurden. Sieben Interviews wurden auf der Ebene des Krankenhausmanagements geführt. Hier wurden sowohl leitende Pflegekräfte als auch Personen aus dem kaufmännischen Bereich und dem strategischen Management befragt. Vierzehn Interviews wurden mit Pflegekräften geführt, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind.

Zentral für diese Untersuchung ist der Aspekt, dass die Interviews mit Akteuren geführt wurden, die innerhalb der Institutionen in hierarchisch verschiedenen Positionen tätig waren. Im Fokus stehen die Pflegekräfte, die direkt in der Patientenversorgung tätig sind. Ihre Perspektive ist von Bedeutung, um die Reichweite und die tiefergehenden Folgen des Umbaus für die berufliche Pflege (-arbeit) im Krankenhaussektor in den Blick zu bekommen. Ergänzt wird die Sichtweise der direkten Pflege durch die Perspektive von ausgewählten Vertreter/innen des Krankenhausmanagements. Simon zufolge werden Managementkonzeptionen und Werthaltungen der Führungskräfte als ein entscheidender Faktor dafür gesehen, wie externe Entwicklungen in krankenhausinterne Veränderungsprozesse übersetzt werden (vgl. Simon 2001: 83). Damit kommt der Ebene des Krankenhausmanagements eine zentrale Rolle für die Umsetzung der externen Rahmenbedingungen in die internen Umwelten des Krankenhauses zu. Für die Pflegepraxis bedeutet dies, dass das Verhalten des Managements einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitssituation der praktischen Pflege hat. Die pluriperspektivische Herangehensweise dieser Arbeit ermöglicht ein Eingehen auf die hierarchischen Strukturen. So können unterschiedliche Machtverhältnisse und positionsspezifische Arbeitslogiken herausgearbeitet werden, die einen direkten Einfluss auf die Arbeitssituation und die Arbeitszufriedenheit haben. Eine vergleichende Analyse der beiden Befragungsebenen bietet zum einen die Möglichkeit, Gemeinsamkeiten und Divergenzen – auch im Hinblick auf die normativen Handlungsorientierungen – zu identifizieren. Zum anderen wird mit dieser Vorgehensweise ein differenzierter Blick auf interne Krankenhausprozesse und Spannungslinien ermöglicht. So können sowohl Statusprozesse als auch spezifische Konfliktfelder, in denen sich die berufliche Pflege im Krankenhaus befindet, aufgedeckt werden.

Die Umstrukturierungen treffen in der Pflege auf ein besonderes Berufsfeld mit einer hohen gesellschaftlichen Bedeutung. Die Frage, wie Pflege in Zukunft gestaltet werden kann, gerade vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft und dem steigen-

⁵ Im Sample befinden sich Krankenhäuser in privater, öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft

den Pflegebedarf ist ein gesellschaftliches Thema, das sowohl ökonomische als auch sozioethische Aspekte beinhaltet. Über die Veränderungen im Krankenhaussektor lassen sich Rückschlüsse ziehen auf die normativen Vorstellungen von Gesellschaft. Wie organisiert eine Gesellschaft ihr Gesundheitssystem? Wie geht sie mit den sozialen Folgen des Wandels um? Wie steht es um den Wert und die Wertschätzung pflegerischer Arbeit? Mit einer Annäherung an derartige Fragen leistet diese Arbeit sowohl im Hinblick auf die Versorgungsforschung als auch im Hinblick auf die Erforschung des sozialen Wandels einen wichtigen Beitrag.

Aufbau der Arbeit

Um die Auswirkungen der ökonomisch induzierten Veränderungen auf die Pflege (-arbeit) erfassen und einordnen zu können, ist zunächst ein Blick auf die strukturellen Besonderheiten der Pflege als Beruf und die charakteristischen Merkmale der pflegerischen Arbeit notwendig, auch im Hinblick auf das berufliche Selbstverständnis (Kap. 2). Hier zeigt sich zum einen, dass die Herausbildung des Pflegeberufs im 19. Jahrhundert zu einem spezifischen Status in der Pflege geführt hat, der bis heute die Situation der Pflege beeinflusst. Verschiedene Problemfelder lassen sich hierauf zurückführen, auch Lösungsansätze aus den Reihen der Pflegewissenschaft wie z. B. die Forderung nach einer verstärkten Professionalisierung der Pflege weisen Bezüge zu den Entstehungsbedingungen auf. Zum anderen ist Pflege gekennzeichnet als soziale Dienstleistung. Hieraus ergeben sich spezifische Handlungsanforderungen und ethische Fragen. Auch das berufliche Selbstverständnis der Pflege als normative Bezugsgröße für das pflegerische Handeln ist auf diese charakteristischen Merkmale ausgerichtet.

Im Anschluss stehen die Veränderungsprozesse im Krankenhaussektor im Fokus (Kap. 3). Seit mittlerweile mehr als zwei Jahrzehnten befindet sich dieser in einem Prozess der Neugestaltung. Die Einführung von markt- und wettbewerbsbasierten Steuerungsprinzipien, die Umstellung der Finanzierung auf das System der Fallpauschalen und eine forcierte Privatisierung sind zentrale Stellschrauben in diesem Umbruchprozess. Für die Krankenhäuser geht diese Neujustierung mit einer deutlichen Erhöhung des wirtschaftlichen Drucks und internen Restrukturierungsmaßnahmen einher, die auch die Pflege im Kontext Krankenhaus in einem besonderen Maß beeinflussen. Nachdem zunächst die externen und internen Umbruchprozesse im Zentrum der Analyse stehen, wird der oftmals als Ökonomisierung bezeichnete Umbruch anschließend kritisch in den Blick genommen, sowohl im Hinblick auf die Grenzen einer verstärkten ökonomischen Neuausrichtung als auch hinsichtlich der erhofften

oder befürchteten Folgen. Abschließend werden zentrale empirische Befunde zu den Veränderungsprozessen dargestellt, in erster Linie stehen hier die Auswirkungen auf die berufliche Pflege im Krankenhaus im Fokus.

Nach diesen theoretischen Ausführungen erfolgt zunächst die Darstellung des methodischen Rahmens (Kap. 4). In dieser qualitativen, explorativ ausgerichteten Arbeit stehen die subjektiven Sichtweisen der Akteure im Fokus. Zentral ist für die Analyse der mehrdimensionale Zuschnitt. Um die Umbruchprozesse aus einer positionsspezifisch differenzierten Perspektive analysieren zu können, wurden Interviews auf zwei verschiedenen Ebenen der Krankenhaushierarchie geführt: Zum einen auf der Ebene des Krankenhausmanagements und zum anderen auf der Ebene der direkten Pflege⁶.

Die Darstellung der empirischen Ergebnisse folgt diesem Zuschnitt. Zunächst werden die zentralen Ergebnisse auf der Ebene der praktizierenden Pflege anhand verschiedener thematischer Schwerpunkte rekonstruiert (Kap. 5). Die Befunde zeigen unter anderem, dass sich die Pflegekräfte in einem deutlichen Spannungsfeld zwischen den Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit und den versorgungsrelevanten Aspekten befinden, dabei aber kaum Mitbestimmungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume haben. Diskrepanzen zwischen strategischen Entscheidungen des Krankenhausmanagements und den Umsetzungsmöglichkeiten auf den Stationen lassen die Prozessoptimierungen in den Krankenhäusern noch einmal in einem anderen Licht erscheinen. Die Besonderheiten der Pflege als soziale Dienstleistung werden kaum mitbedacht, dabei sind die Pflegekräfte in ihren Handlungsvollzügen unmittelbar mit diesen Besonderheiten konfrontiert.

Im Anschluss daran steht die Analyse der Interviews auf der Managementebene im Fokus (Kap. 6). Hier zeigt sich unter anderem, dass auf der Ebene des Krankenhausmanagements kaum Konflikte zwischen der ökonomisch orientierten Neuausrichtung und versorgungsrelevanten Aspekten thematisiert werden. Die zu beobachtende verstärkte betriebswirtschaftliche Ausrichtung der Krankenhäuser wird in erster Linie als vereinbar mit einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung gesehen, auch wenn negative Auswirkungen des Fallpauschalensystems thematisiert werden. Insbesondere die verstärkte Wettbewerbsorientierung wird als Faktor für eine steigende Qualität in der Versorgung gesehen.

⁶ Die in der direkten Patientenversorgung tätigen Pflegekräfte werden in dieser Arbeit synonym mit direkter, praktizierender, ausführender Pflege oder Pflege an der Basis bezeichnet.

Abschließend werden die zentralen Befunde diskutiert (Kap. 7). Hier wird zunächst das berufliche Selbstverständnis der praktizierenden Pflege gesondert betrachtet, um anschließend die Befunde der beiden Befragungsebenen zusammenzuführen und sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede herauszuarbeiten. Abschließend werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Auswirkungen der ökonomisch induzierten Veränderungen auf die Pflege als Beruf diskutiert, unter Berücksichtigung der Frage, ob sich tatsächlich ein Bedeutungsgewinn oder eine neue Positionierung der Pflege abzeichnet. Auch werden hier die Ergebnisse in den Kontext der Entwicklungsprozesse in der beruflichen Pflege insgesamt eingeordnet.

Im Ausblick (Kap. 8) wird noch einmal die Frage nach dem Wert und der Wertschätzung pflegerischer Arbeit aufgegriffen, auch im Hinblick auf das gesellschaftlich höchst relevante Thema der Zukunft der Pflege.

2. Die berufliche Pflege

Die Entwicklung der beruflichen Krankenpflege weist einige Besonderheiten auf, die auf ihre Entstehungsgeschichte zurückzuführen sind. Der Beginn der Verberuflichung der Krankenpflege wird auf das 19. Jahrhundert datiert (vgl. Schroeter 2006). Eine Vielzahl der Probleme der beruflichen Pflege lassen sich auch heute noch, mehr als ein Jahrhundert später, auf die anfänglichen Strukturen der Herausbildung des Pflegeberufs zurückführen. Daher wird im ersten Teil dieses Kapitels illustriert, welche historischen Konstellationen prägend für die Entstehung der beruflichen Pflege waren (Kap. 2.1).

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels (Kap. 2.2) steht die aktuelle Situation der beruflichen Pflege in Deutschland im Mittelpunkt. Sowohl Fragen nach der Wertschätzung und Anerkennung pflegerischer Arbeit als auch Fragen nach der Qualifikation bzw. den Qualifikationsprofilen und dem Gegenstandsbereich der Pflege sind – neben den Arbeitsbedingungen und der personellen Situation – zentrale Themenfelder, die immer wieder diskutiert werden und aktuell auch in der „Konzertierten Aktion Pflege“⁷ Eingang gefunden haben. Um einen Einblick in die Situation der beruflichen Pflege zu erhalten, werden zunächst einige Problemlagen skizziert, die auf den Status der Pflege als „weibliche Semi-Profession“ zurückgeführt werden können. Im Anschluss daran werden die Modernisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege dargestellt. Letztere können zum einen als Versuch der Pflege gesehen werden, sich aus den historisch gewachsenen Abhängigkeiten zu befreien und zum anderen als Versuch, den gestiegenen Anforderungen an die berufliche Pflege zu begegnen. Abschließend wird ein kurzer Überblick über die aktuellen Strukturen in der beruflichen Pflege gegeben.

Neben diesen strukturellen Merkmalen der Pflege als Beruf ist die pflegerische Arbeit gekennzeichnet als soziale Dienstleistung (vgl. Gross 1983). Damit gehen bestimmte Anforderungen und Besonderheiten einher, die die Arbeitssituation und das berufliche Handeln der Pflege beeinflussen. So erfordert die Betreuung hilfsbedürftiger Menschen ein hohes Maß an Verantwortung und sozialen Kompetenzen. Die berufliche Pflegearbeit ist zudem in bestimmte institutionelle Kontexte eingebunden, die den Rahmen bestimmen, in dem pflegerische Arbeit stattfindet. Das berufliche

⁷ Die „Konzertierte Aktion Pflege“ ist auf Initiative der Bundesregierung 2018 ins Leben gerufen worden. Sie hat unter anderem das Ziel, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Neben Vertreter/innen aus dem Politikbereich beteiligten sich u. a. auch Arbeitgeber, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen und Vertreter/innen der Pflege. Vgl. Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2019): URL https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf. [26.04.22]

Handeln der Pflegekräfte bewegt sich zwischen den institutionellen Rahmenbedingungen und den Anforderungen, die sich aus den Besonderheiten der Pflege als soziale Dienstleistung ergeben. Das berufliche Selbstverständnis kann dabei als normative Bezugsgröße für das pflegerische Handeln gesehen werden (vgl. Warwas 2009: 478). Im Hinblick auf die Ökonomisierungsprozesse im Krankenhaussektor steht u. a. die Frage im Raum, ob diese einen Wandel im beruflichen Selbstverständnis der Akteure nach sich ziehen. Um die Auswirkungen der ökonomisch induzierten Umstrukturierungen auf die Pflegearbeit näher beleuchten zu können, werden im dritten Abschnitt dieses Kapitels sowohl einige charakteristische Merkmale der pflegerischen Arbeit als soziale Dienstleistungsarbeit als auch zentrale Konzepte des beruflichen Selbstverständnisses in der Pflege dargestellt (Kap. 2.3).

2.1. Historische Entwicklungsbedingungen

Krankenpflege ist eine Tätigkeit, die sich durch die gesamte Geschichte der Menschheit zieht. In allen Gesellschaften gab und gibt es Menschen, die pflegebedürftig sind und Menschen, die Pflege leisten. Diese Kontinuität wird begleitet von zahlreichen Umbrüchen in der Art und Weise, wie Krankenpflege organisiert wird, von wem sie ausgeübt wird und unter welchen Bedingungen Pflege stattfindet. Zugleich ist der Wandel der Pflege ein Hinweis auf die in der jeweiligen Zeit vorherrschenden gesellschaftlichen Wertvorstellungen. Nicht zufällig geht die Entstehung der beruflichen Krankenpflege mit großen gesellschaftlichen Umbrüchen im 18. und 19. Jahrhundert einher. Die Industrialisierung mit ihren sozialen und strukturellen Auswirkungen, die Kriegsgeschehnisse, aber auch ein Wandel innerhalb der Heilkunde sind entscheidende Faktoren für die Entstehung der beruflichen Pflege (vgl. Seidler/Leven 2003; Sticker 1960). Eine weitere zentrale Rolle für die Ausbildung des Pflegeberufs spielt die im 19. Jahrhundert vorherrschende geschlechtsspezifische Ideologie der bürgerlichen Gesellschaft, die den Grundstein für die Entwicklung der Pflege als charakteristischen Frauenberuf gelegt hat (Bischoff 1992: 45ff.). Darüber hinaus ist die Entstehung der beruflichen Krankenpflege eng mit der Entwicklung der professionellen Medizin verflochten. Auch in diesem Prozess spiegeln sich die traditionellen Geschlechterverhältnisse. Die Institutionalisierung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung nahm Wetterer zufolge zu dieser Zeit – in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – ihren Anfang (Wetterer 2002: 227). Im Folgenden werden zunächst die gesellschaftlichen Veränderungen geschildert, die als Ursprung für die Entstehung der beruflichen Krankenpflege gesehen werden können. Im Anschluss daran wird die

Konstruktion der Pflege als Frauenberuf näher beleuchtet. Die Entwicklung der Pflege als semiprofessioneller Frauenberuf in Abhängigkeit zur Profession Medizin prägt bis heute die Strukturen der beruflichen Pflege und spielt eine zentrale Rolle in aktuellen Prozessen wie den Professionalisierungsbestrebungen der Pflege. Aus diesem Grund werden abschließend einige Anmerkungen zum sich im 19. Jahrhundert herausbildenden spezifischen Verhältnis zwischen Pflege und Medizin dargelegt.

2.1.1 Gesellschaftliche Umbrüche im 18. und 19. Jahrhundert

Die Geschichte der Krankenpflege lässt sich über viele Jahrhunderte zurückverfolgen. Bis zu den gesellschaftlichen Umbrüchen im 18. und 19. Jahrhundert fand Pflege in erster Linie innerhalb der Familie oder in christlichen und weltlichen Orden statt (vgl. Sticker 1960: 14f.; Schroeter 2006: 43). Die außerfamiliäre Versorgung von kranken und hilfsbedürftigen Menschen geschah lange Zeit auf der Grundlage religiöser Werthaltungen. Sie galt als barmherzige Tätigkeit und war auf das jenseitige Seelenheil der Pflegenden ausgerichtet. So waren für die Ausübung der Heilkunde und Krankenpflege überwiegend Nonnen und Mönche zuständig, die in den zum Kloster zugehörigen Hospitälern tätig waren (Seidler/Leven 2003: 90ff.). Die Hospitäler waren im Gegensatz zu den heutigen Krankenhäusern nicht nur ein Ort für kranke Menschen. Sie können vielmehr als ein „caritatives Sozialasyl“ bezeichnet werden, in dem auch arme und hilfsbedürftige Menschen Zuflucht fanden (ebd.: 91). Bis ins 18. Jahrhundert hinein bestand die Ausübung der Krankenpflege in erster Linie in der Diätetik und war darauf ausgerichtet, das Leiden der Kranken zu lindern, zudem stand die Medizin besonders schweren Krankheiten zumeist hilflos gegenüber und wurde in den Hospitälern nur gelegentlich zu Rate gezogen (Seidler/Leven 2003: 167; Sticker 1960: 19).

Im 18. und 19. Jahrhundert trafen verschiedene Prozesse aufeinander, die einen großen Umbruch in der Krankenversorgung bewirkten. Sie führten zur Entstehung der beruflich organisierten Krankenpflege, deren „Geburtsstunde“ (Schroeter 2006: 44) auf das 19. Jahrhundert datiert wird. Soziale und politische Veränderungen wie Kriege und Hungersnöte hatten eine Verelendung der Bevölkerung zur Folge. Zugleich kam es aufgrund der Industrialisierung zu einem Auseinanderfallen des Lebens- und Arbeitsraums, traditionelle Familienverbände und Versorgungsstrukturen lösten sich in breiten Teilen der Bevölkerung auf (vgl. Bischoff-Wanner 2002: 15). Durch den Bevölkerungszuwachs wurde besonders in den Städten die Frage nach einer öffentlichen Gesundheitsversorgung immer dringender. Zudem war die Todesziffer durch Epidemien und Verelendung Mitte des 19. Jahrhunderts so hoch, dass die Sicherstel-

lung der Arbeiter für die industrielle Produktion nicht mehr gewährleistet schien und auch der hohe Bedarf an Rekruten für die allgemeine Wehrpflicht in Gefahr war (ebd.). Aus politischer Sicht gewann die Schaffung von „überindividuellen Strukturen“ zur Gefahrenbekämpfung und Gesundheitsversorgung an Bedeutung (Klotter 1999: 36). Dabei standen weniger humanitäre Ziele im Vordergrund, vielmehr lagen ökonomische, politische und militärische Interessen im Mittelpunkt, z. B. die schnelle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung, die Eindämmung von Seuchen und die Versorgung von Kriegsversehrten (ebd.; vgl. auch Michelsen/Stegmüller 2004: 44). Diesem gestiegenen Bedarf an Pflegepersonal stand ein Mangel an geeignetem Personal gegenüber. Die Hospitäler waren dem Andrang nicht mehr gewachsen, durch Überfüllung verschlechterten sich die hygienischen Verhältnisse massiv und geordnete Pflege war nicht mehr möglich. Die Probleme bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal verschärften sich nicht zuletzt deshalb, weil im Rahmen der französischen Revolution die caritative Ordenspflege verboten wurde (Seidler/Leven 2003: 167, 210). Diesen Mangel konnte auch die Rekrutierung von Lohnwärtern⁸ nicht auffangen. Das System der Lohnwärter war zudem nicht sehr anerkannt, hier waren hauptsächlich Männer aus den untersten Gesellschaftsschichten tätig, deren Aufgaben in erster Linie in der Verwahrung und nicht in der Pflege der kranken und hilfsbedürftigen Menschen lag (ebd.: 167).

Diese gesellschaftlichen Umbruchprozesse stießen auf bedeutsame Entwicklungen innerhalb der medizinischen Heilkunde. Im Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert entwickelte sich die Medizin zunehmend zu einer Naturwissenschaft und eine neue Wissensbasis entstand, u. a. durch die Entwicklung der pathologischen Anatomie, aber auch durch Entdeckungen wie z. B. die Mikrobiologie und die Bedeutung von Hygiene (ebd.: 181ff.). Dieser Fortschritt führte dazu, dass die Mediziner ein gesteigertes Interesse an einem Ort hatten, an dem sie forschen und lehren konnten. So vollzog sich der endgültige Wandel der Hospitäler zu Krankenhäusern (vgl. Bischoff-Wanner 2002: 19; Seidler/Leven 2003: 167). Seidler und Leven zufolge kann in diesem Wandel, neben den gesellschaftlichen Umbrüchen, ein zentraler Faktor für die Neuerung der Krankenpflege gesehen werden. Der Wandel von den Hospitälern zu Krankenhäusern ging einher mit einer Änderung in der Sozialstruktur, da die Krankenhäuser nun auch für reichere Menschen attraktiv waren (Seidler/Leven 2003: 168). Diese Veränderungen führten nicht nur zu einem quantitativ gestiegenen Bedarf an Pflegepersonal, auch in qualitativer Hinsicht erhöhten sich die Anforderun-

⁸ Die größeren Hospitäler hatten „Wartpersonal“, das in der Regel aus Knechten und Mägden bestand, die keine Vorbildung hatten (Sticker 1960: 15).

gen, nicht zuletzt durch den wissenschaftlichen Fortschritt, so dass ein gewisses Bildungsniveau vorausgesetzt wurde (Bischoff-Wanner 2002: 19). Seidler und Leven konstatieren infolge der Veränderungsprozesse die

„vielleicht schwerste Krise in der neueren Geschichte der Krankenpflege aus dem Zusammentreffen mehrerer Faktoren, von denen die meisten im Wesentlichen quantitativer Natur waren: die Entstehung großer Krankenhäuser, vor allem durch die Umwandlung vieler Klöster nach der Revolution, der Gestaltwandel der pflegerischen Tätigkeit durch neue Ansprüche in der Heilkunde, die viel zu geringe Zahl an Personal und das Fehlen einer sachgerechten Ausbildung.“ (Seidler/ Leven 2003: 169).

Wie konnte nun der gesellschaftliche Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal gedeckt werden? Bischoff-Wanner zufolge wurde das Problem der Rekrutierung von geeignetem Pflegepersonal durch die „Entdeckung“ der besonderen Eignung der bürgerlichen Frauen gelöst. In ihrer zentralen Studie zur Entwicklung der Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert zeigt sie, wie ideologische Zuschreibungen und damalige Wertvorstellungen den Beruf der Krankenpflege beeinflusst haben und auch heute noch zu spüren sind (Bischoff-Wanner 2002: 15ff.).

2.1.2 Entstehung der Krankenpflege als Frauenberuf

Für die Konstruktion der Pflege als Frauenberuf spielt die im 18. Jahrhundert beginnende funktionelle Differenzierung der Gesellschaft eine ebenso zentrale Rolle wie die ideologische Untermauerung der hier stattfindenden Neuordnung von gesellschaftlicher Arbeit. Der Umbruch, der mit der Industrialisierung und der Auflösung der Ständegesellschaft einherging, führte zu einer massiven Veränderung der traditionellen Lebens- und Arbeitsformen. Durch das Entstehen der außerhäusigen beruflichen Arbeit kam es zu einem Auseinandertreten des für die frühe Neuzeit charakteristischen Zusammenschlusses von Wohn- und Arbeitsplatz (Bischoff 1992: 53). Waren in der frühen Neuzeit sowohl das wirtschaftliche als auch das gesellschaftliche Leben um den von Mann und Frau als Ehepaar organisierten Haushalt gruppiert, entwickelte sich dieser im 19. Jahrhundert zu einer Privatangelegenheit (Hausen 2000: 347f). Die zunehmenden Erwerbsmöglichkeiten in der kapitalistischen Marktwirtschaft führten dazu, dass sich zwei Bereiche gesellschaftlicher Arbeit ausdifferenzierten, die „reproduktive“ Hausarbeit und die „produktive“ berufliche Arbeit. Hausarbeit wurde damit aus dem gesellschaftlichen Arbeitskontext ausgegliedert und in den Bereich des Privaten verschoben. Verbunden war dieser Prozess mit einer Abwertung der Leistungen, die für die Reproduktion der Gesellschaft eine zentrale Rolle spielen. Die Verschiebung der Hausarbeit in den „unsichtbaren“ privaten

Bereich und ihre Abwertung in Relation zur beruflichen Arbeit hatte zur Folge, dass die häuslichen Tätigkeiten den Charakter der Arbeit verloren (vgl. Bischoff 1992: 54; Hausen 2000: 348f.). Besonders innerhalb des Bürgertums entstand eine klare, geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. Der Mann galt als Vorstand und Ernährer der Familie, der diese nach außen repräsentierte. Die Frau dagegen war nicht zuletzt durch die Abtrennung der Familie aus dem gesamtgesellschaftlichen Arbeitszusammenhang auf die häusliche Rolle festgelegt. Sie galt als „Herz“ der Familie und war zuständig für die emotionale Seite des Familienlebens. Gleichzeitig wurde sie von der außerhäuslichen bezahlten Arbeit ausgeschlossen (Bischoff-Wanner 2002: 16). Die hier stattfindende geschlechterdifferente Verteilung der gesellschaftlichen Arbeit ist nicht neu, Hausen zufolge war auch die Standesordnung der frühen Neuzeit patriarchalisch ausgerichtet und durchzogen von

„ausgeprägten, geschlechtsdifferenten Normen, welche Ehrbarkeit, Schicklichkeit, Ausdrucksweisen, Tätigkeiten, Arbeiten, Räume, Geselligkeiten etc. männlich oder weiblich definierten.“ (Hausen 2000: 347).

Besonders ist jedoch, dass mit dem neuen bürgerlichen Ideal von Familie eine Verdrängung der Frau aus dem öffentlichen Leben stattgefunden hat. Indem ihr der Platz in der Privatsphäre des Haus (-haltes) zugewiesen wurde, wurden ihr gleichzeitig auch die Partizipationsmöglichkeiten am beruflichen gesellschaftlichen Leben genommen (Bischoff 1992: 52f.). Die im Zuge dieser gesellschaftlichen Ausdifferenzierung eröffneten Möglichkeiten der Selbstbestimmung galten nur für den männlichen Teil der Bevölkerung. Den Frauen, zumindest aus der bürgerlichen Schicht, blieben die Möglichkeiten der Teilhabe verwehrt. Zugleich wurden sie auch von den durch die Aufklärung beeinflussten politischen „Bürger“ -rechten ausgeschlossen (Hausen 2000: 349, auch Bischoff 1992: 52). Bischoff spricht hier von einer verlängerten Feudalisierung der Frau (ebd.).⁹

In der entstehenden Ideologisierung der Familie wurde die häusliche Arbeit als Liebestätigkeit definiert, die der Natur und der Bestimmung der Frau entspricht. Um diese Arbeit nicht durch materielle Bezahlung zu entwerten, sollte sie mit „Liebe“

⁹ Um diese Benachteiligung der Frau ideologisch zu rechtfertigen, bediente man sich geschlechtlicher Zuschreibungen. Besonders auffällig ist die im 19. Jahrhundert verstärkt anzutreffende Argumentation der Körperlichkeit und der Natur der Geschlechter, die dazu genutzt wurde, um bestimmte Zuständigkeiten und Arbeitsteilungen zu festigen. Der Mann galt als rational, aktiv, stark, schaffend und herrschend, während die Frau als emotional, schwach, schutzbedürftig, gehorsam und selbstlos gesehen wurde. Hieraus wurde eine Vormachtstellung der Männer abgeleitet, die unter anderem mit der Emanzipation der Männer von der Herrschaft der Natur begründet wurde, die sie - im Gegensatz zu den Frauen - Kraft ihrer Vernunft überwinden hätten. Daher wurden „naturhafte“ Arbeiten, die mit Emotionalität, Körperlichkeit, Begrenzung aufs Unmittelbare und Naheliegende verbunden sind, an die Frauen delegiert. Allerdings bedurfte die Frau aufgrund der fehlenden Emanzipation von der Natur der Beherrschung durch den Mann (vgl. Becker-Schmidt/Krüger 2009: 18ff; Hausen 2000: 349).

entlohnt werden (Bischoff-Wanner 2002: 16). Damit ist die zugeschriebene Rolle der bürgerlichen Frau „gekennzeichnet durch das Erbringen unbezahlter materieller Dienstleistungen und emotional-kompensatorischer Leistungen im Kontext familiärer »Ganzheitlichkeit«.“ (ebd.). Hiermit gelang Galbraith zufolge eine „ökonomische Leistung ersten Ranges“: die „Verwandlung der Frauen in eine heimliche Dienerklasse“ (Galbraith 1974: 51). Für die Entstehung der beruflichen Pflege sind diese Zuschreibungen von zentraler Bedeutung. Sie wurden dazu genutzt, die besondere Eignung der bürgerlichen Frauen für die Pflegetätigkeit festzustellen. Um den Widerspruch zwischen dem eigentlichen Ausschluss der Frauen von der bezahlten Arbeit und der Tätigkeit in der Pflege aufzulösen, wurde die Krankenpflege Bischoff-Wanner zufolge in besonderer Weise mit der Frauenrolle verknüpft. So wurde zum einen Krankenpflege, die bis dahin als ekelhaft und schmutzig galt, zu einer „weiblichen Liebestätigkeit“ erhöht. Zum anderen wurden die „natürlichen“ Eigenschaften der bürgerlichen Frau wie Geduld, Opferbereitschaft und Unterordnungsbereitschaft, aber auch die Fähigkeit zu Nähe, Wärme, Liebe und zur Aufnahme persönlicher Beziehungen auf die Pflegearbeit übertragen (Bischoff-Wanner 2002: 16).

Die Organisation der Krankenpflege erfolgte im 19. Jahrhundert vornehmlich über das Mutterhaussystem. In diesem System spiegelten sich die gesellschaftlichen Strukturen der autoritären Familie. Die in der beruflichen Krankenpflege tätigen Frauen unterstanden einer Oberin, der sie absoluten Gehorsam zu leisten hatten (ebd.: 16f). Die evangelische Diakonissenpflege als ein Beispiel für die Organisation der Pflege im Mutterhaussystem geht auf Pastor Theodor Fliedner zurück, der das Prinzip der Mutterhäuser aus der katholischen Ordenspflege übernahm.¹⁰ Die Strukturen und die Organisation der Mutterhäuser hatten einen prägenden Einfluss auf das Selbstverständnis des sich entwickelnden Pflegeberufs. Hier wurde die Rolle der bürgerlichen Frau mit den traditionellen christlich-kirchlichen Wertvorstellungen verknüpft, welche die Pflege seit vielen Jahrhunderten prägten. Demut, Unterordnung und selbstloses Dienen galten als zentrale Werte (Bischoff-Wanner 2002: 16f.). Die Diakonissen waren Theodor Fliedners theologischen Verständnis zufolge in dreifacher Hinsicht dienend tätig: „Sie sollten Dienerinnen Jesu sein, Dienerinnen der Kranken um Jesu willen und Dienerinnen untereinander.“ (Seidler/Leven 2003: 214). Die Orientierung an diesen Werten spiegelte sich auch in den Arbeitsbedingungen der Diakonissen wider. Nicht nur in den Mutterhäusern wurde strikter Gehorsam und

¹⁰ Bedeutsam an der Diakonissenpflege war zum einen, dass so auch nicht ordensgebundene Frauen sich dieser Lebensform anschließen konnten. Zum anderen wurde durch Fliedners Konzeption vom theoretischen und praktischen Unterricht die neuzeitliche Schwesternausbildung vorbereitet (Seidler/Leven 2003: 214f.).

Unterordnung verlangt. Auch in den Krankenhäusern, an die die Schwestern per Gestellungsvertrag übergeben wurden, war ihnen sowohl die Verfügung über ihre eigene Arbeitskraft als auch die Klage über die unmenschlichen Arbeitsbedingungen untersagt (Bischoff-Wanner 2002: 18). Im Laufe des 19. Jahrhunderts breitete sich die im Mutterhaussystem¹¹ organisierte Form der Pflege auch im Interesse staatlicher und städtischer Behörden schnell aus (Seidler/Leven 2003: 211ff.).

Die neue bürgerliche Rollenverteilung war nicht nur vorteilhaft für die Ehemänner, auch die Gesellschaft profitierte hiervon. So ließ sich günstiges Pflegepersonal beschaffen, welches einen – zeitweise sehr großen – Teil seiner Bezahlung durch das „das Lob der Gemeinschaft“ erhielt (Galbraith 1974: 49). Krankenpflege zeichnete sich zu Beginn ihrer Verberuflichung dadurch aus, dass sie zwar als berufliche Arbeit organisiert, aber gleichzeitig auch als „Nichtberuf“ und „Nicht-Arbeit“ gewertet wurde. Indem sie wie die Haushaltstätigkeit auf die natürliche Begabung und Bestimmung der Frau zurückgeführt wurde, war sie nicht erlernbar und musste auch nicht materiell entlohnt werden (Bischoff 2002: 17). So wurde nach Bischoff-Wanner

„ein großes Potential an brach liegender Arbeitskraft erschlossen, dass fast umsonst verfügbar und mit einem Arbeitsvermögen ausgestattet war, das für diesen Beruf als unverzichtbar angesehen wurde. Das Selbstverständnis der damaligen Krankenpflege als weibliche Liebestätigkeit, die, aufopfernd und selbstlos dienend, aus Liebe getan und mit Liebe entlohnt wurde, war damit zementiert.“ (ebd.).

2.1.3 Pflege und Medizin

Für die Entwicklung der beruflichen Krankenpflege ist der Einfluss der Medizin ein konstitutiver Aspekt. Im 19. Jahrhundert entwickelte sich eine spezifische Rollenverteilung zwischen Medizin und Pflege, die die Ausbildung bestimmter struktureller Merkmale in den jeweiligen Berufen hervorgerufen hat. So wird besonders die Unterordnung der Pflege unter die Autorität der Medizin als konstitutiver Bestandteil des entstehenden Pflegeberufs gesehen (vgl. Bischoff-Wanner 2002; Seidler/Leven 2003). Bis in die heutige Zeit lassen sich verschiedene Problemlagen der beruflichen Pflege auf die sich hier vollziehende Trennung zwischen der „männlichen“ Profession Medizin und der „weiblichen“, zuarbeitenden Semi-Profession Pflege zurückführen. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass diese Rollenverteilung durch verschiedene Faktoren beeinflusst wurde. So gelang es der aufstrebenden Medizin zum einen, sich im 19. und 20. Jahrhundert eine Monopolstellung unter den Gesundheits-

¹¹ Auch nicht kirchliche deutsche Pflegeorganisationen wie z.B. die Rotkreuzschwesternschaften, die aus dem 1863 in Genf gegründeten Internationalen Komitee vom Roten Kreuz hervorgingen, haben als nationale Besonderheit das Mutterhaussystem übernommen (Seidler/Leven 2003: 222).

berufen zu sichern (Bischoff-Wanner 2002: 19). Die Vormachtstellung sicherte sich die Medizin durch eine Reihe von gesetzlichen Maßnahmen, die die bis dato nicht verbindlich geregelte Ausübung der Heilkunde¹² nun in der Hand der wissenschaftlich orientierten Medizin legte (ebd.). Diese herausragende Stellung wurde durch die zunehmende Akademisierung der Medizin gestärkt. Sie führte Bischoff-Wanner zufolge notwendigerweise zu einer Teilung der Heilkunde in ärztlich-wissenschaftliches Personal und nichtärztliches, zuarbeitendes Personal. Die Ausrichtung der zunehmend naturwissenschaftlichen Medizin auf ein eher mechanistisches Verständnis vom menschlichen Körper als eine „Ansammlung isolierter Teile, die unabhängig voneinander betrachtet und repariert werden können“ (ebd.) hatte die Ausblendung der subjektiven und sozialen Komponenten von Gesundheit und Krankheit zur Folge. Nicht mehr der Mensch in seiner Ganzheit stand im Vordergrund der medizinischen Behandlung, sondern die von der Krankheit betroffenen Körperteile. Da aber die menschlichen Aspekte in der Krankenbehandlung nicht einfach negiert werden konnten, wurden die fürsorglichen Tätigkeiten in den Bereich der Pflege verschoben. So musste die Pflege

„all das sein, was die Medizin nicht (mehr) sein wollte: sie musste »ganzheitlich« sein, weil die Medizin die Kranken parzellisierte und objektivierte. Sie musste unspezialisiert und diffus sein, menschliche Anteilnahme und Emotionalität einbringen, weil die Medizin spezialisiert und technisch war, ohne Berücksichtigung des »menschlichen Faktors« aber ein Erfolg ihrer Arbeit in Frage gestellt wurde. So wurde die Krankenpflege ständig zu einer – notwendig unvollkommenen – Kompensation der Medizin gezwungen. (ebd.).

Zudem bekam die Versorgung in den Krankenhäusern eine neue Ausrichtung. Der Einzug der Medizin als „forschende, lehrende und praktizierende Institution“ (Seidler/Leven 2003: 167) in die Krankenhäuser hatte zur Folge, dass nur noch Kranke in die Hospitäler aufgenommen wurden. Heilung und Erforschung der Krankheiten standen im Vordergrund, Anamnese, Diagnose und Therapie wurden zu zentralen Faktoren in der Beschäftigung mit den Patienten (ebd.). Mit der hiermit einhergehenden zunehmenden Überwachung der Kranken kam es Foucault zufolge zu einem Wandel in der Hierarchie der Krankenhäuser, sie führte dazu,

„daß der Arzt, der in der inneren Hierarchie des Spitals bislang kaum eine Rolle spielte, das Ordenspersonal allmählich verdrängt und ihm eine bestimmte, aber untergeordnete Rolle in der Technik der Überprüfung zuweist: es entsteht die Rolle des Krankenpflegers bzw. der Krankenschwester.“ (Foucault 1977: 239f.).

¹² Heilkundliche Maßnahmen wurden vor den gesetzlichen Neuerungen sowohl von Ärzten als auch von Bädern, Steinschneidern und Frauen mit Heilkenntnissen durchgeführt (Bischoff 2002: 19).

Die Teilung zwischen der akademisierten Medizin und den nicht akademischen medizinischen Hilfsberufen vollzog sich Seidler zufolge jedoch nicht ohne heftige Kontroversen. Im ausgehenden 19. Jahrhundert formierten sich Frauenbewegungen, die eine gesellschaftliche Gleichstellung der Frauen anstrebte, auch im Hinblick auf die Ausbildung der beruflichen Krankenpflege als einen geachteten und finanziell gesicherten Frauenberuf. Vor allem aus Reihen der „wilden“ Schwestern¹³ wurden die Arbeitsbedingungen und die auf der christlichen und bürgerlichen Ideologie beruhenden Leitbilder kritisiert, die der Pflege zugeschrieben wurden. Das Selbstverständnis von Pflege als dienende Tätigkeit würde sowohl Mängel im Wissen und Können, als auch ein mangelndes berufliches Selbstbewusstsein und die Gefahr der Ausbeutung forcieren (Seidler/ Leven 2003: 228). Die Diskussion um die Rolle der Pflege in den Krankenhäusern verlief parallel zu den Bestrebungen, dass Frauen, zum Medizinstudium zugelassen werden. Vor allem aus der Medizin heraus wurden Stimmen laut, die sich diesen Emanzipationsbestrebungen widersetzen und auf die den Frauen zugesprochene Rolle pochten. Den Argumenten einiger Ärzte und medizinischen Fakultäten zufolge sei die Frau „aus ihrer „naturgegebenen Anlage“ heraus für die Aufgabe der Krankenpflege vorbestimmt“ und „strebt vor allem danach, Gehilfe des Mannes zu werden“ (Seidler/ Leven 2003: 223f.).

Die auf der bürgerlichen Ideologie beruhenden geschlechterdifferenzierten Vorstellungen von der Unterordnung der Frau forcierten die hier stattgefundenen hierarchische Rollenverteilung zwischen der „männlichen“ Medizin und der „weiblichen“ Pflege (vgl. Seidler/Leven 2003: 224, Krampe 2009: 37f.; Bischoff-Wanner 2002: 17). Sowohl die organisatorischen Bedingungen des entstehenden Pflegeberufs – z. B. die strenge hierarchische Ordnung in den Mutterhäusern mit der Verpflichtung auf Gehorsam, Demut und Selbstlosigkeit – als auch der familiäre Hintergrund der den meisten Pflegeverbänden vorstehenden Patroninnen waren geprägt von diesen Ideologien. Krampe zufolge bestand die Elite des Pflegeberufs vor allem aus Töchtern des (Bildungs-) Bürgertums, die häufig aus Familien stammten, in denen die Väter oder Brüder Ärzte waren. Diese Frauen verkörperten traditionsgemäß das bürgerlich-weibliche Frauenideal. Auch wenn sie in ihrer Position als Oberin ein gewisses Maß an Macht und Einfluss besaßen, setzten sie diese aufgrund ihrer ambivalenten Rolle – auf der einen Seite vertraten sie die Interessen ihrer Klasse, die sie auf der anderen Seite bekämpfen mussten, um ihre berufliche Eigenständigkeit durchsetzen zu kön-

¹³ Eine Gruppe engagierter Schwestern um Agnes Karll und Elisabeth Storp forderten u. a. „die Verstaatlichung der Ausbildung und des Angestelltenverhältnisses, zentrale Arbeitsplatzvermittlung, Verbesserung der Löhne, Verkürzung der Arbeitszeit und mehr Freiheit für die Schwestern“ (Seidler/ Leven 2003: 227).

nen – kaum dazu ein, die berufliche Selbstbestimmung der gesamten Pflege zu fördern (Krampe 2009: 37f.). Indem die Pflege sich weitestgehend widerspruchslos der ärztlichen Autorität unterordnete, verschwand auch der Beitrag der Pflege zur Heilung der Patienten hinter dem der Medizin (Bischoff-Wanner 2002: 20).

2.2 Pflege heute – Strukturelle Besonderheiten und Modernisierungsansätze

Bei dem Vorhaben, eine Standortbestimmung der heutigen beruflichen Pflege vorzunehmen, werden höchst unterschiedliche, parallel laufende Prozesse sichtbar. Auf der einen Seite wird seit zwei Jahrzehnten verstärkt die Professionalisierung der Pflege vorangetrieben, auf der anderen Seite gerät die berufliche Pflege durch die Umstrukturierungen im Gesundheitssystem immer mehr unter Druck. Im Bestreben, sich von historisch gewachsenen Abhängigkeiten, vor allem von der Vorherrschaft der Medizin, zu befreien und einen eigenständigen Status zu erlangen, wird die Pflege seit Mitte der 1990er Jahre mit einer immer dominanter werdenden ökonomischen Rationalität konfrontiert. Die historischen Entstehungsbedingungen der beruflichen Pflege haben zu besonderen Strukturen und Problemlagen geführt, die die Situation der Pflege bis in die heutige Zeit hinein prägen. Die strukturellen Besonderheiten der Krankenpflege als Beruf – die spezifischen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, der nicht klar abgegrenzte und gesetzlich geregelte Aufgabenbereich der Pflege, die mangelnde Eigenständigkeit und die Degradierung bestimmter Inhalte der pflegerischen Arbeit als „weibliche, haushaltsnahe“ Tätigkeiten – können als zentrale Faktoren für den spezifischen Status¹⁴ der Pflege als Frauenberuf oder als weiblich konnotierte Semi-Profession gesehen werden (vgl. Krampe 2009: 35). Insbesondere in Zeiten von konstatierten Notständen in der Pflege zeichnen sich wiederkehrende Bemühungen ab, sich von den strukturellen Defiziten zu emanzipieren und eine Modernisierung der Pflege voranzutreiben. So wurde z. B. im Zuge des Pflegenotstands Ende der 1980er verstärkt auf eine Professionalisierung der Pflege hingearbeitet, auch die Ausbildungsstrukturen stehen seit vielen Jahren im Fokus von Reformbemühungen. Im Folgenden werden zunächst einige oft diskutierte Problemfelder in der beruflichen Pflege in den Blick genommen, auch im Hinblick auf den Status der Pflege als „weibliche“ Semi-Profession (Kap.2.2.1). Im zweiten Teil dieses Kapitels stehen die

¹⁴ In der Soziologie wird der soziale Status definiert als die „Position einer Person, die sie im Hinblick auf bestimmte soziale relevante Merkmale im Verhältnis zu anderen Personen in der Gesellschaft einnimmt.“ (Hillmann 1994: 839). Mit dieser Position oder auch sozialen Rolle sind bestimmte Privilegien, Rechte und Pflichten sowie Fähigkeiten und Autoritätsbefugnisse verbunden, die bestimmend sind für die Wertschätzung oder dem Prestige, die einer bestimmten Person aufgrund ihrer Position im sozialen System zugesprochen wird. Der Status kann insbesondere als Ausdruck dieser sozialen Wertschätzung gesehen werden (ebd.).

Entwicklungsprozesse in der Pflege im Mittelpunkt, vor allem die Modernisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen. Abschließend werden die aktuellen strukturellen Bedingungen in der beruflichen Pflege kurz dargestellt (Kap. 2.2.2).

2.2.1 Pflege als weibliche „Semi-Profession“

Etzioni bezeichnet mit Semi-Profession „a group of new professions whose claim to the status of doctors and lawyers is neither fully established nor fully desired.“ (Etzioni 1969: V). Neben der Pflege werden auch Sozialarbeiter/innen und Lehrer/innen zu den Semi-Professionen gezählt. Diese zeichnen sich im Vergleich zu Professionen durch kürzere Ausbildungszeiten, einen geringeren sozialen Status, kaum vorhandenen Privilegien, weniger spezialisiertes Wissen und eine geringe Autonomie aus (vgl. Etzioni 1969: XV). Professionen hingegen sind charakterisiert durch Merkmale wie Autonomie und Monopolbildung, mit denen eine soziale Kontrolle der Berufsarbeit einhergeht (vgl. Lachmund 1987: 354).¹⁵ Auch werden mit dem Status einer Profession bestimmte gesellschaftlichen Privilegien verbunden, z. B. eine herausragende gesellschaftlichen Position, erhöhte Erwerbchancen oder auch Privilegien in Bezug auf die berufliche Selbstverwaltung (Krampe 2009: 66; Schmidbaur 2002: 15). Die Medizin gilt als „Prototyp“ einer klassischen Profession und nimmt zugleich eine Vorreiterrolle für die Entstehung weiterer Professionen ein (Lachmund 1987: 354). Das Verhältnis zwischen Profession und Semi-Profession beinhaltet verschiedenen Autor/innen zufolge auch eine spezifische geschlechtliche Komponente. Etzioni konstatiert einen engen Zusammenhang zwischen Status und Geschlecht: der typische Professional ist männlich, der typische Semi-Professional ist weiblich (Etzioni 1969: XV). Wetterer zufolge nahm die interberufliche Arbeitsteilung zwischen den „male professions“ und den „female semi professions“ mit der Entwicklung der Medizin als Profession und der Pflege als hierarchisch untergeordnete Semi-Profession ihren Anfang (Wetterer 2002: 227f.).¹⁶ Die geschlechtliche Aufteilung der gesellschaftlichen Arbeit ist Rabe-Kleberg zufolge an sich nicht problematisch, würde sie nicht mit strukturellen Benachteiligungen einhergehen. Sowohl

¹⁵ Diese Merkmale gehen Lachmund zufolge auf neuere Ansätze der Professionssoziologie zurück, z. B. auf die Arbeiten von Freidson (1979) (Lachmund 1987: 354). Ältere Professionstheorien nehmen dagegen in erster Linie die institutionellen Merkmale der betreffenden Berufsgruppen in den Blick (ebd.). An dieser Stelle soll nur ein kurzer Einblick in die Merkmale von Professionen gegeben werden. Für einen tieferen Einblick in die Soziologie der Professionen und die unterschiedlichen theoretischen Ansätzen s. z. B. Lachmund 1987; Krampe 2009; Schmidbaur 2002; Wetterer 2002.

¹⁶ Wetterer geht in Anlehnung an Witz und Costas davon aus, dass die Intention der Ärzteschaft in diesem Berufskonstrukt zum einen in der Etablierung und Konsolidierung ihrer Eliteposition im Spektrum der Berufe und zum anderen die Annetkierung und Monopolisierung der ehemals weiblichen Zuständigkeitsbereiche für Heilkunde, Krankenpflege und Geburtshilfe lag. Eine weitere Intention war die Unterordnung und Kontrolle der teils dequalifizierten, teils neu strukturierten weiblichen „Semi-Professionen“ (Wetterer 2002: 229).

die Anerkennung, die Bezahlung als auch die Qualifikations- und Entwicklungschancen seien in Frauenberufen niedriger (Rabe-Kleberg 1993: 116).

Insbesondere die Anerkennungsproblematik ist ein zentrales Thema in der beruflichen Pflege und bis heute virulent.¹⁷ Als ein zentraler Grund für die mangelnde Anerkennung in der beruflichen Pflege wird die Differenzierung der pflegerischen Tätigkeiten in anerkannte berufliche Tätigkeiten und nichtanerkannte vorberufliche Tätigkeiten gesehen, die mit einer Abwertung bestimmter Aufgabengebiete in der Pflege verbunden ist. Das Konzept des „weiblichen Arbeitsvermögens“ von Ostner und Beck-Gernsheim (1979; auch Ostner/Krutwa-Schott 1981) thematisiert diese Differenzierung zwischen hausarbeitsnahen Handlungsvollzügen und als beruflich angesehene Tätigkeiten. Berufliche Arbeit zeichnet sich den Autorinnen zufolge durch rationalisierte und funktional differenzierte Arbeitsabläufe aus, in denen von den Berufstätigen ein spezifisches, auf ihre Teilfunktion zugeschnittenes Expertenwissen verlangt wird. Sie ist auf Einzelaufgaben ausgerichtet und hierarchisch strukturiert. Da die berufliche Arbeit über den Markt, Geld und Tausch organisiert wird, seien Zeit und Kostenökonomie zentrale Faktoren dieser Arbeitsform. Um die ökonomischen Ziele zu erreichen, lässt sich in der beruflichen Arbeit die Tendenz beobachten, Arbeitsabläufe und Arbeitsgegenstände gleichzuschalten. Damit verbunden sei eine Unterdrückung der Natur – der spezifischen Eigenheiten und des Körpers. So ist berufliche Arbeit idealtypisch „naturbeherrschte“ Arbeit (Ostner/Beck-Gernsheim 1979: 38ff; Ostner 1993: 110).

Im Gegensatz hierzu zeichne sich die Hausarbeit, die vor allem von Frauen übernommen wird, idealtypisch dadurch aus, dass sie nicht marktvermittelt organisiert ist, sondern unmittelbar auf die natürlichen und körpergebundenen Äußerungen und Probleme gerichtet ist. Anders als die Medizin, die Ostner und Beck-Gernsheim als „Prototyp naturbeherrschter Arbeit“ bezeichnen, sei die Pflege unausweichlich mit den unterschiedlichen naturhaften Bedürfnissen und Eigenheiten der zu betreuenden Menschen konfrontiert (Ostner/Beck-Gernsheim 1979: 42). Da die Pflegenden rund um die Uhr für die Versorgung zuständig sind, müssten sie neben den erforderlichen beruflichen Qualifikationen notwendigerweise hausarbeitsnahe, auf den ganzen Menschen in seiner Naturhaftigkeit bezogene Fähigkeiten wie Geduld, Einfühlungs-

¹⁷ So weisen Schrenker et al. in ihrer aktuellen Untersuchung zu den sogenannten systemrelevanten Berufen darauf hin, dass Gesundheits- und Krankenpflegekräfte immer noch ein unterdurchschnittliches Berufsprestige haben (Schrenker et al. 2021: 14), ([s. auch Kap. 3.3.2](#)).

vermögen, Freundlichkeit und eine ganzheitliche Orientierung am Gegenwärtigen mitbringen (ebd.: 51ff.).¹⁸

Kritisiert wird an dem Konzept des weiblichen Arbeitsvermögens, dass es die geschlechtsspezifische, hierarchische Aufteilung der gesellschaftlichen Arbeit nicht kritisch aufarbeiten würde, sondern vielmehr die Geschlechterdifferenzen reproduzieren würde. Indem diese nicht als sozial konstruiert bearbeitet werden, sondern im weiteren Verlauf als „natürlich“ angesehen werden, zeichne sich das Konzept durch eine „vorkonstruktivistische Sichtweise“ aus (Wetterer 2002: 226). Auch wird kritisiert, dass Ostner und Beck-Gernsheim zufolge die auf die hausarbeitsnahen bezogenen Fähigkeiten nicht erlernbar seien und eine Professionalisierung dieser Fähigkeiten z. B. durch psychologische Schulungen einen Verlust der „Natürlichkeit der Eigenschaften“ mit sich bringen würde (Ostner/Beck-Gernsheim 1979: 53; kritisch hierzu u. a. Piechotta 2000: 202; Rabe-Kleberg 1993: 77). Problematisch sind diese Aspekte in Bezug auf die Anerkennung der pflegerischen Arbeit als berufliche Arbeit und die damit verbundene Entlohnung dieser Tätigkeiten. Indem fürsorgliche Aspekte wie Zuwendung, Geduld und Einfühlsamkeit nicht als berufliche Qualifikationen wahrgenommen werden, werden sie auch nicht als berufliche Arbeit anerkannt und entlohnt (Bischoff 1992: 146; Ostner/ Beck-Gernsheim 1979: 51f.).

2.2.2 Modernisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege

Nicht nur der Status der Pflege als „weibliche Semi-Profession“ und die damit im Zusammenhang gesehene Anerkennungsproblematik werden als problematisch wahrgenommen. Auch fachliche Defizite aufgrund der Ausbildungssituation, ein „diffuses Verständnis der eigenen Aufgaben“ und ein „fehlendes einheitliches Berufsbild“ werden seitens verschiedener Pflegewissenschaftler/innen als Problemfelder in der Pflege gesehen (Krampe 2009: 112). Daneben werden externe Ursachen als Grund für den von vielen Seiten konstatierten Modernisierungsbedarf in der beruflichen Pflege identifiziert. So würden Veränderungsprozesse in den gesundheitlichen Versorgungssystemen einen Strukturwandel in der Pflege erfordern (z. B. Mors 1994; Robert-Bosch-Stiftung 2013, 2000; Schaeffer 1998). Aufgrund demogra-

¹⁸ Ostner und Beck-Gernsheim konstatieren besonders in früheren Arbeiten, dass diese als „weibliches Arbeitsvermögen“ bezeichneten Fähigkeiten in erster Linie von Frauen im Laufe ihrer Sozialisation erworben werden. Sie sehen sie als persönliche Eigenschaften an, die im Gegensatz zu beruflichen Fähigkeiten nicht erlernbar sind (Ostner/Beck-Gernsheim 1979: 44ff.). Aufgrund ihrer empirischen Ergebnisse kommen Ostner und Beck-Gernsheim zu der Schlussfolgerung, dass die Gleichsetzung von weiblichem und hausarbeitsnahen Arbeitsvermögen womöglich eine zu vereinfachende Darstellung ist, da auch Männer die Fähigkeit hätten, naturgebundene Arbeiten zu übernehmen (Ostner/ Beck-Gernsheim 1979: 48f.). Daher sind die Autorinnen dazu übergegangen, die besonderen Fähigkeiten auf eine bestimmte Sozialisation zurückzuführen (Ostner 1993: 109).

phischer Aspekte, aber auch aufgrund von Veränderungen im Krankheitsspektrum verändern sich Schaeffer zufolge die Anforderungen an die Pflegearbeit. Die Bedeutungszunahme gesundheitssichernder und -fördernder Aufgaben korrespondiere mit einem Wandel in der Orientierung: der Fokus liege nicht mehr nur auf den Defiziten und Krankheiten, sondern auf der Gesundheitsförderung und den Ressourcen der Patient/innen. Um diesen neuen Anforderungen entsprechen zu können, würden die herkömmlichen, eher handwerklich ausgerichteten Qualifikationspotenziale nicht mehr ausreichen, neue (pflege-) wissenschaftliche Kompetenzen und Konzepte seien erforderlich (vgl. Schaeffer 1998: 6f.). Auch neue Erkenntnisse in Diagnose, Therapie und Prävention würden einen stärkeren Wissenschaftsbezug und eine vermehrte Fokussierung auf eine evidenzbasierte pflegerische und therapeutische Praxis erforderlich machen (Robert-Bosch-Stiftung 2013: 44). Darüber hinaus wird der ökonomisch induzierte Wandel als zentraler Faktor für eine Neustrukturierung der Berufsfelder im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen angeführt. Die Neuausrichtung an ökonomischen Parametern und betriebswirtschaftlicher Steuerung ist verbunden mit der Forderung nach einer Steigerung der Effektivität und Effizienz von gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen, der Optimierung von Prozessen und einer Verbesserung der Qualität (ebd.: 45, vgl. auch [Kap. 3.2.2](#)).

Um diesen Anforderungen zu begegnen, werden u. a. eine Vernetzung der Gesundheitsleistungen, eine neue Aufgabenverteilung und eine Neuorganisation der Kompetenzen im Rahmen der Berufsprofile angestrebt (Robert-Bosch-Stiftung 2013: 45ff.). Die Reformpläne richten sich nicht nur auf die Ausbildungsstrukturen, auch eine verstärkte Professionalisierung der Pflege durch eine Akademisierung wurde bzw. wird angestrebt. Schon Anfang 2000 wurde eine Neuordnung im Pflegebereich und eine Reformierung der Ausbildungsstrukturen befürwortet (Robert-Bosch-Stiftung 2000)¹⁹. In diesem Konzept wurde eine Differenzierung der Pflege in verschiedene Qualifikationsstufen und damit implizit eine Hierarchisierung der Pflegearbeit anvisiert. Begründet wird die Differenzierung durch die unterschiedlichen Pflegesettings, die mit unterschiedlichen Anforderungen an die Qualifikation des Pflegepersonals einhergehen würden. So würde eine hohe Pflegebedürftigkeit eine hohe Qualifikation

¹⁹ So wurde anstelle der Einteilung der Ausbildung in den Pflegeberufen nach Lebensphasen (Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege) ein generalistisch ausgerichtetes Ausbildungsmodell mit drei bzw. vier Qualifikationsstufen befürwortet. Die Qualifikationsstufen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der Ausbildungszeit, der Ausbildungsform und den erworbenen Kompetenzen. Die erste Qualifikationsstufe sieht eine zweijährige Ausbildung vor, die für einfachere, patientennahe und direkte Pflegesituationen qualifizieren soll. Für komplexere Pflegesituationen ist in der zweiten bzw. dritten Qualifikationsstufe eine vierjährige Ausbildung vorgesehen, die entweder an einer berufsbildenden Fachschule oder an einer Hochschule bzw. Berufsakademie absolviert werden kann. Die vierte Qualifikationsstufe sieht ein Universitätsstudium vor (Robert-Bosch-Stiftung 2000: 52f.).

erfordern, während bei geringerer Pflegebedürftigkeit eine geringere Qualifizierung ausreichend wäre:

„Eine Forderung nach gleich hoher Qualifikation aller beruflich Pflegenden geht an der Pflegewirklichkeit vorbei und nützt dem Bestreben nach größtmöglicher Qualität der Pflege nicht, sie schadet eher.“ (Robert-Bosch-Stiftung 2000: 22).

Auch die seit den 1990er Jahren forcierte Professionalisierung²⁰ der Pflege ist von Differenzierungsprozessen gekennzeichnet. So ist z. B. die Akademisierung als zentrales Merkmal für eine Professionalisierung nicht für alle Pflegenden vorgesehen, sondern in erster Linie für die Pflegekräfte, die in Lehr- oder Leitungspositionen tätig sind (vgl. Krampe 2014: 185; Robert-Bosch-Stiftung 1992). Begründet wird diese Sonderform der Professionalisierung, die im Gegensatz zu den klassischen Professionen wie Medizin oder Jura nicht alle Berufsangehörige mit einbezieht, u. a. in der für den Akademisierungsprozess zentralen Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ (Robert-Bosch-Stiftung 1992). Die Krise des Pflegeberufs, die u. a. an den mangelnden Aufstiegschancen und einem unklar gewordenen Berufsbild festgemacht wurde, sei auch auf den Mangel an „einer zahlenmäßig ausreichenden Elite“ zurückzuführen (ebd.: 11f.). Diesem Mangel sollte durch eine bessere – akademische – Qualifizierung der Leitungs- und Lehrkräfte in der Pflege begegnet werden. Hiermit sollte nicht nur die Attraktivität des Berufes erhöht werden, auch sollte so den stärker in den Fokus rückenden ökonomischen Anforderungen begegnet werden. Die qualifizierte Ausbildung der Führungskräfte wird den Autor/innen zufolge als „notwendige Investition in die Zukunft der Pflege“ gesehen, die „systematische Verbesserungen auf vielen Ebenen nach sich ziehen wird“ (ebd.: 13f.). Darüber hinaus wird eine partielle Akademisierung auch für Pflegenden in der direkten Patientenversorgung angestrebt. Aktuelle Konzeptionen zur beruflichen Pflege zeichnen sich weiterhin durch Differenzierungen aus. So wird von verschiedenen Pflegewissenschaftler/innen und Vertreter/innen der Pflege ein Qualifikationsmix in der Pflege gefordert, indem Pflegekräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen – sowohl Pflegehelfer/innen als auch Pflegefachkräfte und akademisierte Pflegekräfte – in einem Team zusammenarbeiten, um den vielfältigen Herausforderungen in allen Pflegebereichen begegnen zu können. Dabei werden akademisch qualifizierte Pflegekräfte als Ergänzung zu den

²⁰ Schmidbaur weist darauf hin, dass sich schon seit den 1970er Jahren eine Verstärkung des Professionalisierungsdiskurses abzeichnete, der zunächst besonders von berufspolitischen Zielen geprägt war (Schmidbaur 2002: 210).

nichtakademisch qualifizierten Pflegekräften gesehen (Robert-Bosch-Stiftung 2018: 6).²¹

Neben der Akademisierung beinhalten die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege auch die Schaffung einer eigenständigen wissenschaftlichen Basis für das pflegerische Handeln und die Stärkung der Position der Pflege, u. a. durch die Errichtung von Pflegekammern (Bollinger/Grewe 2002: 44). Eine Etablierung der Pflegewissenschaften und der Pflegeforschung wird als unabdingbar gesehen, nicht zuletzt dafür, dass die Pflege einen eigenen wissenschaftlichen Fundus entwickelt, um sich von der Wissensbasis der Medizin zu lösen und sich als eigenständige wissenschaftliche Disziplin absichern zu können (Schaeffer/Wingefeld 2011: 12). Mit dem Vorhaben, eine wissenschaftliche Grundlage für die Pflegepraxis zu schaffen, wurden Krampe zufolge drei Intentionen verfolgt: „die Professionalisierung und Aufwertung des Frauenberufes“, „der Abbau des hierarchischen Verhältnisses zur Medizin“ und „die Angleichung an internationale Standards“ (Krampe 2009: 82). Dabei wurde die z. T. parallel zu den Professionalisierungsbestrebungen in der beruflichen Pflege verlaufende Neuausrichtung des Gesundheitssystems an marktwirtschaftlichen Prinzipien seitens der „sich etablierenden Pflegewissenschaft“ als neue Chance für die Eigenständigkeit der beruflichen Pflege und einen Statusgewinn gesehen (Krampe 2014: 180ff.).

Dieser Sonderweg, der hier für die Professionalisierung der Pflege verfolgt wird, wird von verschiedenen Autor/innen kritisch beleuchtet. So wird zum einen infrage gestellt, ob es sich bei den berufsinternen Prozessen und Zielen in der Pflege nun um eine Professionalisierung oder eine Modernisierung des Berufes handelt. Nach Ansicht von Schmidbaur entwickelte sich in der Pflege ein eher instrumentelles Konzept von Professionalisierung, indem bestimmte Professionalisierungskriterien, z. B. das spezialisierte Wissen, die Akademisierung, die Hervorhebung der beruflichen Ethik und die Stärkung der Interessen der Berufsangehörigen durch eine Berufsorganisation, als berufspolitische Ziele verfolgt wurden (Schmidbaur 2002: 217). Auch Krampe verweist darauf, dass bestimmte Prozesse eher als Modernisierungsprozesse und weniger als Professionalisierung bezeichnet werden können (Krampe 2009: 106). Zum anderen wird die partielle Akademisierung skeptisch gesehen. Wenn es die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Grundlage für die praktische Pflege geben würde, sei diese entweder für die gesamte praktische Pflege erforderlich oder es müsse eine Arbeitsteilung zwischen einer akademisierten, auf Wissen-

²¹ S. auch URL: <https://qualifikationsmix-pflege.de/> [04.04.22]

schaft fundierten Pflege und einer handwerklichen Pflege definiert werden (Bollinger/Grewe 2002: 46ff.). Die angestrebte Sonderform der Professionalisierung, die auf eine Akademisierung bereits bestehender Pflegeeliten zielt, würde in erster Linie die Interessen der Pflegeeliten und der Kostenträger bedienen. Erstere, indem die Professionalisierungsbestrebungen der führenden Pflegekräfte einen Rahmen bekommen und letztere, indem das bestehende System der Pflegeberufe unangetastet bleibe. Damit gehe es nicht mehr um den Kern der Professionalisierung, sondern um den Prestigeerwerb, der mit der Professionalisierung verbunden ist (Bollinger/Grewe 2002: 48).

Ein weiteres, zentrales Problem wird in dem Verhältnis zwischen Theorie und Praxis gesehen. Gerade die Verwissenschaftlichung von praxisnahen Handlungsfeldern wie der Pflege berge das Problem der Theorie-Praxis-Kluft (Bollinger/Grewe 2002; Arnold 2001; Axmacher 1991). Diese Kluft lässt sich einerseits auf die strukturelle und räumliche Distanz der akademisierten Pflege zur Praxis zurückführen. So fehle in der akademischen Ausbildung der grundständig primär qualifizierenden Pflegestudiengänge die Anbindung an eine praktische Ausbildungsstätte (Bollinger/Grewe 2002: 50f.). Auch konstatieren Bollinger und Grewe eine Distanz der akademisch Lehrenden zur pflegerischen Praxis. Im Gegensatz zum Studienfach der Humanmedizin, in dem Lehrende häufig sowohl in der Lehre als auch in der Patientenversorgung tätig sind, würde in den Pflegewissenschaften diese Praxisnähe fehlen (ebd.: 51). Andererseits entstehen generelle Probleme, auf die Axmacher in seinem Artikel zum „Heimatverlust“ in der Pflege hinweist (Axmacher 1991). Es stehe zu erwarten, dass sich in der Pflegewissenschaft, so wie in vielen anderen Wissenschaften, eine rekursive Forschung entwickelt, in der die Forschung selbstbezüglich ist und Theorien und theoretisch ungelöste Probleme zum Ausgangspunkt machen würde. Hierin sieht Axmacher die Problematik, dass die Pflegewissenschaft sich thematisch immer weniger an der beruflichen Praxis orientiere. Anstatt sich um die Probleme der Pflegepraxis zu kümmern, würde eine Vielzahl von neuen Problemen aufgeworfen, die in der Praxis in der Weise nicht gestellt werden würden (ebd.: 125). Zudem würde die Entwicklung einer eigenen Fachsprache, -kommunikation und -sozialisation die in der Praxis Tätigen in einen „Laienstatus“ versetzen:

„die/der Pflegenden wird „Laie“ im eigenen Haus, also im Verhältnis zu einem Fachdiskurs, aus dem er/sie sich ausgeschlossen sieht, der gleichwohl aus der wissenschaftlich-systematischen Beobachterposition das eigene Praxisfeld zum „Gegenstand“ macht.“ (ebd.: 127).

Damit hätte die praktizierende Pflege nicht mehr nur der Medizin, der Ökonomie und anderen Naturwissenschaften gegenüber den Status der Laien, sondern auch in ihrer eigenen Disziplin, der Pflege (ebd.). Diesen Bedenken in Bezug auf eine zu große Kluft zwischen Theorie und Praxis stehen Positionen gegenüber, die sich eher positive Auswirkungen von einer Akademisierung versprechen, auch im Hinblick auf die Kluft zwischen Theorie und Praxis. So geht Bartholomeyczik davon aus, dass diese Kluft durch die aus der Praxis kommenden Wissenschaftlerinnen überbrückt werden könnte. Zudem sollte es auch eine von der Praxis unabhängige Theorieentwicklung geben, um der Praxisentwicklung Umwege und Irrungen zu ersparen (Bartholomeyczik 2003: 46).

Sowohl das Konzept zur Modernisierung der Ausbildungsstrukturen als auch das Konzept zur Professionalisierung des Berufes streben eine verstärkte Differenzierung und Hierarchisierung innerhalb der beruflichen Pflege an. Indem die Professionalisierung der Pflege hauptsächlich auf die Elite des Berufes ausgerichtet ist und die direkte Pflege weiterhin vor allem im nichtakademisierten System ausgebildet wird, kommt diese allenfalls indirekt durch die Höherqualifizierung des Ausbildungspersonals mit der Akademisierung und der damit verbundenen Aufwertung in Berührung (vgl. Bollinger/ Grewe 2002: 47). Welche Rolle dabei den nicht akademisierten Pflegefachkräften zgedacht wird, bleibt dabei im Dunkeln.

Auch wenn die Modernisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen in der beruflichen Pflege seit vielen Jahren forciert werden, zeichnet sich die berufliche Pflege in Deutschland in verschiedenen Bereichen weiterhin durch einen Sonderstatus aus, der insbesondere im Vergleich zu anderen Berufen sichtbar wird. Anders als in Berufen des dualen Systems, in denen eine verbindliche Hochschulausbildung der Lehrkräfte besteht, gab es in der Krankenpflege lange Zeit keine verbindlichen Qualifikationsanforderungen. Traditionell unterrichteten Pflegekräfte mit einer dreijährigen Berufsausbildung, die ihre Befähigung im Rahmen einer Weiterbildung erworben haben. Mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2003 wurden zwar Mindestkriterien in Bezug auf die Qualifikation der Lehrkräfte der Krankenpflegesschulen festgelegt – z. B. die Hochschulqualifikation der hauptberuflichen Leitung und ein prozentualer Anteil an Lehrkräften mit Hochschulausbildung – eine verbindliche Hochschulausbildung der Lehrkräfte wurde jedoch nicht festgeschrieben (KrPflG 2003, § 4). Im aktuell gültigen Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) von 2017 wird der prozentuale Anteil der Lehrkräfte mit Hochschulausbildung zwar kon-

kreterisiert, Ausnahmen sind hier aber vorübergehend möglich (PflBRefG: §9; Abs. 2 (2)).

Auch in Bezug auf die Finanzierung der Ausbildung zeigen sich strukturelle Besonderheiten. Während im dualen System die Kosten für die theoretische Ausbildung an den Berufsschulen vom Staat getragen werden, wurde die Pflegeausbildung lange Zeit hauptsächlich über die Entgelte der Krankenhäuser finanziert. Nur in einigen Bundesländer gab es Unterstützung aus dem Länderhaushalt (vgl. Robert Bosch Stiftung 2000: 14). Aktuell erfolgt die Finanzierung durch Ausgleichfonds, an denen sich sowohl Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen als auch das jeweilige Land und die Pflegeversicherung beteiligen. Die Krankenhäuser können allerdings im Rahmen eines Umlageverfahrens Ausbildungszuschläge geltend machen (PflBRefG 2017 § 26; §28). Die Ausbildung selber wurde modernisiert und erfolgt seit 2020 in einem generalistischen System, indem alle Auszubildenden der ehemals verschiedenen Zweige der beruflichen Pflege – Kinderkrankenpflege, Altenpflege und Krankenpflege – in den ersten zwei Jahren zusammen ausgebildet werden und im dritten Jahr wählen können, ob sie die generalistische Ausbildung mit dem Abschluss Pflegefachfrau/-mann fortsetzen oder eine Spezialisierung in der Kinder- oder Altenpflege vornehmen möchten. Hiermit wurden sowohl das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz abgelöst.²²

Wie im Zusammenhang mit der Pflege als „weibliche Semi-Profession“ ausgeführt, spielt die Frage nach der beruflichen Autonomie eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Position, die einer Berufsgruppe zugeschrieben wird (vgl. Etzioni 1969; Lachmund 1987). Ein zentraler Aspekt in Bezug auf die – auch rechtlich verankerte – Position der Pflege ist demnach die Frage nach dem eigenständigen Qualifikationsprofil, auch im Hinblick zu anderen Berufen im Gesundheitssystem. Gerade im Bereich zwischen pflegerischen und ärztlichen Kompetenzen kommt es Stöcker zufolge immer wieder zu Unklarheiten und Überschneidungen. Auch verschwimmen die Grenzen zwischen den Feldern der professionellen Pflege, der Pflege durch Hilfskräfte und der Laienpflege (Stöcker 2002: 22). Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsberufen wie Ärzten, Apothekern und Hebammen verzichtete man für die Pflege lange Zeit auf eine geregelte Zulassung für die Ausübung des Berufes. Erst mit dem Krankenpflegegesetz von 1957 gab es eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung. Zudem wurde in der Pflege ein Berufsbezeichnungsgesetz eingeführt und kein Berufsausübungsgesetz, welches die Ausübung bestimmter Aufgaben und Tätigkeiten

²² Vgl. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/gesetz-zur-reform-der-pflegeberufepflegeberufereformgesetz--119230> [04.04.22]

eindeutig der beruflichen Pflege zuschreibt, mit der Konsequenz, dass die pflegerischen Tätigkeiten nicht geschützt sind, sondern von jedem ausgeübt werden dürfen, geschützt ist nur die Berufsbezeichnung (Igl 2012: 52). Den Schutz bestimmter beruflicher Tätigkeiten im Sinne von Vorbehaltsaufgaben gab es in der Pflege lange Zeit nicht (Igl 2012: 52). Mit dem Pflegeberufereformgesetz von 2017 wurden nun erstmals Vorbehaltsaufgaben festgelegt. Sowohl die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs und die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses werden neben Aspekten der Qualitätssicherung als Aufgaben definiert, die nur von Pflegekräften ausgeführt werden dürfen, die im Sinne des Berufsbezeichnungsgesetzes die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung haben (PflBRefG§4).

Der institutionelle Sonderstatus zeigt sich nicht nur im Kampf um den Schutz der Berufsausübung, sondern auch in Bezug auf die Einbindung der Pflege in die Selbstverwaltungsgänge des Gesundheitssystems. Im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem zentralen Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenkasse, ist die Pflege zwar vertreten, hat aber an zentralen Stellen wie z. B. die Qualitätssicherung im Krankenhaus keine entscheidenden Mitbestimmungsmöglichkeiten. Hier nimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine zentrale Position auf Seiten der Kostenträger ein, während die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine zentrale Rolle auf Seiten der Leistungserbringer innehaben (Igl 2012: 62; Krampe 2009: 31ff.). Igl konstatiert insgesamt einen Widerspruch zwischen den hohen Anforderungen an die Pflegeberufe und der rechtlichen Stellung der selbigen. Es fehle an einem „realitätsgerechten rechtlichen Profil der Eigenständigkeit und an einer rechtlichen Spiegelung des Selbstverständnisses der Pflegeberufe.“ (Igl 2012: 63). Die Ursachen für den Sonderstatus und die untergeordnete Position der beruflichen Pflege werden oftmals dem Aspekt der Pflege als Frauenberuf zugeschrieben, so wird konstatiert, dass Frauen mehr auf den Inhalt der Arbeit ausgerichtet seien als auf berufspolitische Ziele oder Karrierebestrebungen (Igl 2012: 63f.; Ostner/Krutwa-Schott 1981: 99).

Auch wenn mittlerweile einige Ziele der Professionalisierungsbestrebungen erreicht wurden, indem verschiedene Studiengänge entstanden sind und seit dem Pflegeberufereformgesetz zum ersten Mal eine primärqualifizierende Hochschulausbildung regelfest vorgesehen ist (vgl. Igl 2017: 861), befindet sich die Pflege in Deutschland Weidner zufolge in Bezug auf die Professionalisierung immer noch auf einem Sonderweg. Ein Blick auf andere europäischen Länder und auch weitere Industrienationen zeigt, dass Professionalisierung durchaus auch anders verfolgt werden kann. Hier

wurde in den letzten Jahrzehnten verstärkt auf eine tatsächliche Professionalisierung der Pflege durch eine Höherqualifizierung, Akademisierung und größere Verantwortung für die professionelle Pflege im Gesundheitssystem gesetzt (Weidner 2019: 19). Im Gegensatz dazu würde man in Deutschland einer Akademisierung der Pflegepraxis in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen weiterhin eher skeptisch gegenüber stehen und hätte „eher an einem überkommenen Bild einer ehemals einfach erlernbaren Dienstleistung Pflege festgehalten und die Zugangsvoraussetzungen noch herabgesetzt.“ (ebd.). Diese Einschätzung spiegelt sich auch in dem von politischer Seite festgelegten Prozentsatz akademisierter Pflegekräfte in der Pflegepraxis. So sollen laut Bundesrat maximal 10-20% der Auszubildenden eines Jahrgangs akademisch qualifiziert sein (Igl 2017: 863).

Insgesamt zeigen nicht nur die Konzeptionen zur Weiterentwicklung der Pflege, sondern auch die Neuerungen in den gesetzlichen Bestimmungen zur Pflegeausbildung, dass Pflege als Berufsfeld weiterhin von Unklarheiten, Spannungsfeldern und Widersprüchen geprägt ist. Sowohl in Bezug auf die Akademisierung als auch in Bezug auf die Frage nach einer Emanzipation der Pflege von der Medizin gibt es zwar Aufbruchprozesse, verschiedene Problemfelder bleiben aber virulent. Auch wenn es mittlerweile Vorbehaltsaufgaben in der Pflege gibt, zeichnet sich in rechtlicher Hinsicht noch kein eigenständiger Arbeitsbereich der Pflege ab. Die Aus- und Weiterbildungssituation hat zwar durch die Schaffung von Studiengängen eine Erweiterung erfahren, die deutliche Mehrheit der Pflegekräfte wird jedoch weiterhin in den nicht-akademischen Strukturen ausgebildet. Zudem bleibt unklar, ob die akademischen Weiterbildungsmöglichkeiten auch reale Aufstiegschancen beinhalten. In Bezug auf die berufliche Position und die entsprechende Bezahlung gibt es Krampe zufolge auch für die Absolvent/innen der Hochschulen kaum institutionalisierte Ansprüche. Die Entscheidung liege beim Arbeitgeber, der bestimmt, wer welche Stelle mit welchem Gehalt bekommt (Krampe 2009: 20). Die angestrebte Differenzierung der Pflege durch die Bildung einer akademisierten Elite kann insofern als eine Fortschreibung der historisch geprägten Strukturen der Pflege als abhängiger Beruf verstanden werden, als dass die Pflege in verschiedene Qualifikationsstufen und damit verbundenen Hierarchien aufgeteilt wird und dementsprechend davon auszugehen ist, dass pflegerisches Personal einen unterschiedlichen Status haben wird, je nach Qualifikationsstufe.

2.3 Kennzeichen pflegerischer Arbeit

Die berufliche Pflegearbeit wird nicht nur von strukturellen Rahmenbedingungen beeinflusst, sie ist auch durch spezifische Merkmale gekennzeichnet, die mit bestimmten Anforderungen an das pflegerische Handeln einhergehen. Diese Besonderheiten sind Gegenstand verschiedener Konzepte zur Dienstleistungsarbeit. Böhle und Wehrich zufolge ist die Erforschung der besonderen Handlungsvollzüge in der Arbeit mit und am Menschen ein relativ neues Phänomen. Waren Arbeit und Interaktion in der soziologischen Forschung ehemals eher getrennte Bereiche²³, geraten die Besonderheiten der Dienstleistungsarbeit zunehmend auch in den Fokus der arbeitssoziologischen Diskussion. Als Gründe für diese „Renaissance“ werden u. a. innerbetriebliche Veränderungsprozesse angeführt, z. B. die „Vermarktlichung und Subjektivierung von Arbeit“, aber auch die schnellen Entwicklungen in der Dienstleistungsarbeit insgesamt. Zudem rücke die interaktive Arbeit in den Fokus, weil sie zum einen eine besondere Rolle in der Dienstleistungsarbeit spielen würde, zum anderen aber durch gesellschaftliche Entwicklungsprozesse wie Rationalisierung und Digitalisierung unter Druck geraten würde (Böhle/Wehrich 2020: 10f). Im Folgenden werden zunächst einige charakteristische Merkmale der Pflegearbeit als soziale Dienstleistung dargestellt (Kap. 2.3.1). Im Anschluss daran wird das berufliche Selbstverständnis in der Pflege in den Blick genommen (Kap. 2.3.2).

2.3.1 Pflege als soziale Dienstleistung

Pflege als spezielle Form der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit weist sowohl allgemeine Merkmale der Dienstleistungsarbeit auf als auch spezielle, auf ihren spezifischen Gegenstand bezogene Merkmale. Dunkel fasst in Anlehnung an Herder Dorneich (1992) einige charakteristische Besonderheiten der personenbezogenen Dienstleistungen zusammen. Sie zeichnen sich zum einen durch das Uno-actu-Prinzip aus, d.h., Produktion und Konsumtion der Dienstleistung fallen in einem Handlungsakt zeitlich zusammen. Der Kontakt zwischen Produzent und Konsument ist zentral für die personenbezogene Dienstleistung, der „Kunde“ wirkt aktiv an der Dienstleistung mit. Die Mitgestaltung der Kunden am Prozess der Dienstleistung hat zur Konsequenz, dass die Ergebnisse der Dienstleistung nie gleich sind. Daraus entwickelt sich ein weiteres charakteristisches Merkmal der personenbezogenen Dienst-

²³ So waren die Besonderheiten der sozialen Interaktion eher Thema der allgemeinen Soziologie, während das Thema „Arbeit“ in der klassischen Arbeits- und Industriosozologie behandelt wurde und hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt des „instrumentell-gegenstandsbezogenes und planmäßig-rationales Handeln“ gesehen wurde und die Organisation von Arbeit im Mittelpunkt stand (Böhle/Wehrich 2020: 10).

leistungen, die Inhomogenität. Zum anderen können diese Dienstleistungen – anders als in anderen Produktionsbereichen – nicht auf Vorrat produziert werden, sie entstehen immer erst im direkten Kontakt mit dem Kunden (Dunkel 2011: 188).

Da Pflege durch einen spezifischen Kontakt zwischen Dienstleistungsgeber und Dienstleistungsnehmer gekennzeichnet ist, bildet sie mit weiteren Berufen, z. B. die Betreuung von Kindern, eine Unterkategorie der personenbezogenen Dienstleistungen, die der sozialen Dienstleistung. Gross bezeichnet hiermit Dienstleistungen, die

„Maßnahmen zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit, zur Wiederherstellung der Gesundheit, zur Erhaltung der Arbeitskraft [beinhalten, Anm. d. Verf.], also Beratung, Pflege, Betreuung und auch Bildung.“ (Gross: 1983: 154).

Soziale Dienstleistungen unterscheiden sich in mehreren Aspekten von Dienstleistungen anderer Art, besonders aber im Hinblick auf die Beschaffenheit der Beziehung. Sie ist gekennzeichnet durch die Abhängigkeit des Dienstleistungsnehmers. Dieser befindet sich in der Regel in einer Situation, in der er auf Hilfe angewiesen ist und daher eine soziale Dienstleistung in Anspruch nehmen muss (vgl. Dunkel 2011: 190). Produzent und Konsument der Dienstleistung gehen ein Arbeitsbündnis ein. Eine asymmetrische Beziehung entsteht, in der „Professionelle“ die Situation der Empfänger einer sozialen Dienstleistung stellvertretend deuten und diese Deutungen in den Arbeitsprozess mit einfließen lassen. Aus dieser Asymmetrie heraus ergeben sich sowohl Machtunterschiede als auch ethische Probleme (ebd.: 190f, auch Senghaas-Knobloch 2011).

Krankenpflege ist in besonderem Maße von der Interaktion und der Beziehung zu den Patient/innen geprägt, die Interaktions- und Beziehungsarbeit wird als „zentraler Kern“ pflegerischen Handelns angesehen (Görres/Friesacher 2005: 33). Als „dialogische Dienstleistungsarbeit“ spielt die Kommunikation im Pflegeprozess eine zentrale Rolle. Um die pflegerische Versorgung durchführen zu können, sind Abstimmungsprozesse zwischen Pflegekräften und Patientinnen und Patienten an der Tagesordnung (Rieder 2004: 154). Aushandlungsprozesse können als konstitutive Aspekte des Arbeitsprozesses gesehen werden, in denen auch die Gefühlsebene eine wichtige Rolle spielt. So wird der emotionale Aspekt in der pflegerischen Arbeit als spezifische Form der Arbeit aufgefasst (u. a. Hochschild 1990; Strauss et al. 1980). Die in der Interaktion enthaltene Arbeit an den Gefühlen der Patient/innen in verschiedenster Hinsicht dient u. a. dazu, den „Hauptarbeitsablauf (also die medizinische oder pflegerische Versorgung) zu ermöglichen“ (Dunkel 2011: 199).

Böhle und Wehrich weisen in ihren Ausführungen zum Konzept der Interaktionsarbeit darauf hin, dass in der Interaktionsarbeit eine besondere Form des Handelns gefordert sei, das subjektivierende Arbeitshandeln. Kennzeichnend für die Arbeit mit und am Menschen seien Unwägbarkeiten und Unbestimmtheiten. Das subjektivierende Arbeitshandeln bezieht sich auf den Umgang mit diesen zentralen Merkmalen der Interaktionsarbeit (Böhle/Wehrich 2020: 18). Die Ungewissheiten und nicht immer planbaren Handlungsvollzüge sorgen dafür, dass das zweckrationale Handeln an seine Grenzen gerät und durch ein „subjektivierendes und erfahrungsgelitetes Arbeitshandeln“ ergänzt werden muss, indem das „Gespür“, die Wahrnehmung und das „Empfinden“ einer Situation einen hohen Stellenwert einnehmen (ebd.: 12). Für die Unternehmen ergeben sich aus den Besonderheiten der Dienstleistungsarbeit spezifische Anforderungen. Um trotz der Unplanbarkeit der Nachfrage und der Unwägbarkeiten das Leistungsangebot aufrechterhalten zu können, muss das Dienstleistungsunternehmen permanent Leistungspotentiale vorhalten (Marrs 2008: 12). Daraus ergeben sich für die Unternehmen Grenzen der Flexibilität und Rationalisierbarkeit dieser Dienstleistungen (vgl. Dunkel 2011: 188).

Die geschilderten Besonderheiten in der Pflege als soziale Dienstleistungsarbeit zeigen, dass die Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen insbesondere in psychosozialer Hinsicht besondere Herausforderungen mit sich bringt. Als Humandienstleister müssen die Pflegenden vielfältige Anforderungen erfüllen, gerade auch in sozialer und emotionaler Hinsicht. Der direkte Kontakt mit Patienten, die hilfsbedürftig sind und Erwartungen an die Pflegekräfte haben, erfordert von diesen ein hohes Maß an emotionaler Anteilnahme, Empathie und Kommunikation (Pracht/Bauer 2009: 67f.). Durch die Konfrontation mit Krankheit und Leiden bis hin zum Tod können sich sowohl die Patient/innen als auch die Angehörigen in psychischen Ausnahmezuständen befinden. Ingwersen weist darauf hin, dass der angemessene Umgang mit Aggression, Angst, Verwirrtheit oder akuter Lebensgefahr, der von den Pflegenden in ihrer täglichen Arbeit gefordert wird, eine hohe Belastung darstellt, besonders wenn sie unter Zeitdruck stehen (Ingwersen 1999: 7). Baumgart et al. fassen die zentralen Merkmale pflegerischer Arbeit folgendermaßen zusammen:

„Ein schnelles und sicheres Handeln und Reagieren, vor allem in Notfallsituationen mit sehr hoher Verantwortung für das Leben und Wohl anderer Menschen, eine Aufgabenausführung häufig unter Zeitdruck, der zeitweilig hohe und nur eingeschränkt planbare Arbeitsumfang, hohe Arbeitsintensität, häufige Störungen und Arbeitsunterbrechungen, die große Sorgfaltspflicht, der geringe (eigene) Entscheidungsspielraum bei Planung und Ausführung der Arbeitsaufgaben durch enge Bindung an medizinisch-technische Vorschriften und Regelungen sowie das strikte Be-

folgen ärztlicher Anweisungen sind für die Tätigkeit der Pflegekräfte charakteristisch“ (Baumgart et.al. 2004: 195).

Die charakteristischen Merkmale von Pflege zeigen, dass professionelle Pflegearbeit eine hochkomplexe Angelegenheit ist. Aus der interaktiven Arbeit mit Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung auf Hilfe angewiesen sind, ergeben sich besondere Handlungsanforderungen und eine besondere Verantwortung. Die Konfrontation der Pflegekräfte mit Themen wie die Wahrung der Autonomie und Würde der Patient/innen oder dem Umgang mit Hilflosigkeit, Krankheit, Leid und Tod ist zentraler Bestandteil dieser Verantwortung. Professionelles Handeln in der Pflegearbeit ist daher ganz besonders auf einen beruflichen Ethos angewiesen, der diesen Themen gerecht wird und aus dem sich handlungsleitende Prinzipien ableiten lassen.

Pflegeethik²⁴ als eine spezielle Art der Berufsethik beschäftigt sich mit der wissenschaftlich-methodischen Reflexion und Rekonstruktion derjenigen Normen und Werte, die als angemessen und richtig für das berufliche Handeln angesehen werden (vgl. Eid 1994: 1, Remmers 2000: 308). Für die Pflege wurde 1953 erstmals vom International Council of Nurses (ICN) ein internationaler Ethikkodex für Pflegenden verabschiedet, der 2021 zuletzt aktualisiert wurde.²⁵ In diesem Kodex wird der Rahmen abgesteckt, an dem sich pflegerisches Verhalten ausrichten soll. Die grundlegende berufliche Verantwortung ist im ersten Element verankert und gilt dem pflegebedürftigen Menschen. Die Pflegenden sind u. a. dazu angehalten, eine Umgebung zu fördern, in der respektvoll mit den Menschenrechten, aber auch den Wertvorstellungen, Sitten, Gewohnheiten und Glauben des Einzelnen umgegangen wird und die Informations- und Schweigepflicht den Patient/innen gegenüber gewährleistet wird. In den folgenden drei Elementen geht es um Normen, die in Bezug auf Pflegefachpersonen und die Praxis, den Beruf und die globale Gesundheit als zentral erachtet werden. So tragen die Pflegenden u. a. persönlich die Verantwortung für die Ausübung der Pflege, aber auch für ihre fachliche Qualifikation und die Wahrung ihrer eigenen Gesundheit (vgl. ICN 2021). Remmers weist darauf hin, dass die in Berufskodizes verankerten ethischen Grundlagen eher allgemeinen Charakter haben und keine Konkretisierungen für das praktische Handeln beinhalten. Dieses muss weiterhin von Fall zu Fall geprüft und gerechtfertigt werden (Remmers 2000: 318).

²⁴ Aufgrund der Komplexität des Themas Ethik in der Pflege werden hier nur ausgewählte Aspekte dargestellt.

²⁵ Vgl. Pressemitteilung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) vom 20.10.21, URL: <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2021/ICN-Ethikkodex-fuer-professionell-Pflegende-aktualisiert.php> [08.07.22]

Ethikkodexe sind auch im Hinblick auf die gesellschaftliche Akzeptanz und Anerkennung eines Berufes als Profession relevant. Remmers zufolge sind die im beruflichen Ethos verankerten „normativen Selbstanforderungen und Selbstbeschränkungen“ ein Kriterium für das Ansehen und Prestige dieses Berufes (Remmers 2000: 317f.). Auch in Bezug auf die Berufsethik zeigen sich die Auswirkungen der engen Verschränkung von Pflege und Medizin auf die Pflegepraxis. Pflege ist in ihrem beruflichen Alltag mit ethischen Problemen konfrontiert, die als Folge des medizinischen Fortschritts entstehen. Da die Pflegekräfte unmittelbar mit den Patient/innen zusammenarbeiten, tragen sie in hohem Maße die Belastungen und Folgen der neuen Technologien und Möglichkeiten, die sich aus diesem Fortschritt ergeben. Pränataldiagnostik, Transplantationsmedizin, aber auch die „Apparatemedizin“ im Intensivbereich mit der Möglichkeit, Leben künstlich zu verlängern, sind medizinische Handlungsfelder, deren ethische Probleme direkt auf die Ebene der Pflege einwirken. (Remmers 2000: 309).

2.3.2 Berufliches Selbstverständnis im Wandel der Zeit

Das berufliche Selbstverständnis in der Pflege steht in einem engen Zusammenhang mit den besonderen Handlungsanforderungen und dem beruflichen Ethos, der aus der Arbeit mit und am kranken Menschen resultiert. Der Begriff „berufliche Selbstverständnis“ beinhaltet Stöhr und Trumpetter zufolge verschiedene Facetten. Aus verschiedenen Synonymen für „Selbstverständnis“ entwickeln sie in Anlehnung an Sprondel (1972) den Begriff der „beruflichen Selbstdeutung“ (Stöhr/Trumpetter 2006: 1). Die berufliche Selbstdeutung differenzieren die Autorinnen aus in eine Innensicht und eine Außensicht. Die Innensicht beinhaltet Selbstzuschreibungen von Berufsangehörigen, auch im Hinblick auf eine kritische Auseinandersetzung mit beruflichen Deutungen an Anforderungen. In der Außensicht dagegen geht es um gesellschaftliche Fremdzuschreibungen. Beide Perspektiven stehen in einer Wechselbeziehung zueinander:

„Die gesellschaftliche Sicht von Pflege hat z. B. Auswirkungen auf das berufliche Selbstverständnis, genauso wie das nach außen präsentierte Selbstbild der Berufsgruppe die Fremdsicht auf den Beruf beeinflusst.“ (ebd.: 2).

Dass die Außensicht das berufliche Selbstverständnis in der Pflege bedeutsam geprägt hat, ist unumstritten. Gerade an der beruflichen Geschichte der Pflege lässt sich illustrieren, wie von außen kommenden Anforderungen und Zuschreibungen das Selbstverständnis einer Berufsgruppe beeinflussen (Taubert 1992: 13; Weidner 1995: 76). Inwiefern diese berufliche „Fremdbestimmung“ allerdings dem beruflichen

Selbstverständnis der Pflege entspricht und nicht die Rollenanforderungen an die Pflegenden widerspiegelt, ist unklar. Die Grenzen zwischen von außen kommenden Vorstellungen, was Pflege ist und wie die Pflegenden den Anforderungen begegnen sollen, und dem eigenen pflegerischen beruflichen Selbstverständnis sind schwer auszuloten. Warwas bezieht sich in diesem Zusammenhang auf den Unterschied zwischen dem Konzept der beruflichen Rolle und dem beruflichen Selbstverständnis. Im Gegensatz zu dem Konzept der beruflichen Rolle²⁶ umfasst das berufliche Selbstverständnis konstitutive Aspekte wie z. B. Aufgabeninhalte und Erfolgsmaßstäbe, aber auch den Habitus (Warwas 2009: 478). Sie definiert in Anlehnung an Terhart (1996) und Esslinger (2002) das berufliche Selbstverständnis als

„die berufsbiografisch erworbenen Einstellungen und Verhaltensweisen des jeweiligen Positionsinhabers [...], denen eine orientierende und handlungsleitende Funktion für die Alltagspraxis zuerkannt wird.“ (Warwas 2009: 478).

Die Rezeption des beruflichen Selbstverständnisses in der Pflege zeichnet sich durch die Besonderheit aus, dass es in erster Linie verschiedene Pflegekonzepte und -theorien gibt, die Informationen zum beruflichen Selbstverständnis enthalten. In empirischer Hinsicht gibt es insgesamt wenig Material, welches das berufliche Selbstverständnis der praktizierenden Pflege erfasst hat ([vgl. Kap. 3.3.2](#)). Im Folgenden wird anhand verschiedener Konzeptionen von Pflege nachgezeichnet, wie sich das berufliche Selbstverständnis – zumindest aus pflegewissenschaftlicher Perspektive – im Laufe der Jahre gewandelt hat.

Interessant ist, dass es schon sehr früh neben dem traditionellen Verständnis von Pflege als christlicher und weiblicher Liebesdienst ([vgl. Kap. 2.1.1](#)) ein anderes Verständnis von Pflege gab. Bereits Anfang des 20. Jahrhundert formulierte eine Gruppe von engagierten Krankenschwestern um Agnes Karll ihr Verständnis von Pflege, dass sich von den vorherrschenden Vorstellungen abgrenzte. Krankenpflege ist für sie ein Beruf, der auf der Grundlage einer beruflich organisierten Mitmenschlichkeit und einer professionellen Berufsethik ausgeübt wurde und nicht auf der Grundlage einer auf religiösen Aspekten beruhenden „Berufung“ (Schmidbauer 2002: 10). Spätestens mit der in den 1970er Jahre einsetzenden Kritik an der Inhumanität der Krankenbehandlung, die sich u. a. auf die Entfremdung zwischen Medizinbetrieb und Patienten aufgrund der partiellen, krankheits- und organbezogenen Sichtweise der Medizin bezog, kam es zu einer neuen Ausrichtung in der Pflege, der „patientenorien-

²⁶ Das Konzept der beruflichen Rolle beinhaltet die „Gesamtheit der formellen wie informellen, schematisierten Verhaltensanweisungen und normativen Verhaltensanforderungen, die von verschiedenen Seiten an den Inhaber einer bestimmten Position adressiert werden.“ (Warwas 2009: 478).

tierten Pflege“ (u. a. Taubert 1992; Bischoff 1992; Elkeles 1993). Die Ursprünge der patientenorientierten Pflegekonzepte liegen in den USA, in Deutschland werden sie seit den 1970er Jahren diskutiert (Bischoff 1992: 175). Die Patientenorientierung ist Bischoff zufolge keine in sich geschlossene Theorie, viele Pflgetheorien würden sich als patientenorientiert verstehen (ebd.). Zentrales Kennzeichen der neuen Ausrichtung ist ein Wandel in der Sicht auf die Patient/innen. Während die Patient/innen im religiös geprägten Verständnis von Pflege als unmündige Akteure wahrgenommen wurden und nicht die Beziehung zu den Patient/innen im Vordergrund stand, sondern die Ausrichtung auf den „Gotteslohn“ (Dunkel 2011: 194), richtete sich nun der Fokus der Pflege auf den pflegebedürftigen Menschen:

„Berufliche Pflege bedeutet nicht (mehr), vorrangig Arzt-Assistenz zu leisten oder ärztliche Anordnungen auszufüllen. Im Mittelpunkt der Pflege stehen vielmehr der pflegebedürftige Mensch mit seinem subjektiven Erleben gesundheitlicher Einschränkungen, der objektive Anlaß für den Pflegebedarf und das mitbestimmende Umfeld.“ (Robert-Bosch-Stiftung 2000: 3).

Die Bewegung innerhalb der Pflege zu einem ganzheitlichen, patientenorientierten Pflegeverständnis enthält neben emanzipatorischen und technikkritischen Elementen auch die Ausrichtung auf die individuelle Subjektivität der Patient/innen (Schmidbauer 2002: 217). Taubert konstatiert, dass die Forderung nach einer patientenorientierten Pflege, die ihr zufolge auch synonym mit ganzheitlicher Pflege bezeichnet wird, eine Folge der Krise in den Krankenpflegeberufen der 1970er Jahre ist (Taubert 1992: 117). Ausdruck der Krise sei, dass die Pflegenden nicht mehr wissen, welche Rolle sie haben. Die Orientierung auf die Patient/innen und ihre subjektiven Bedürfnisse sollte der pflegerischen Arbeit wieder Sinn geben und eine größere Arbeitszufriedenheit erreichen (Taubert 1992: 119; Bischoff 1992: 177). Im Unterschied zu der bis dahin in den Krankenhäusern vorherrschenden, funktionalisierten Arbeitsweise in der Pflege, die auf die einzelnen pflegerischen Verrichtungen ausgerichtet ist, steht beim Konzept der Patientenorientierung nicht mehr nur die Krankheit des Patienten im Vordergrund, sondern seine ganze Persönlichkeit und seine individuellen sozialen Bezüge. Sowohl physische, psychische und soziale Pflegebedürfnisse sollen im Pflegeprozess berücksichtigt werden, auf die bis dahin wenig Rücksicht genommen wurde (vgl. Bischoff 1992: 176, Steppe 1994: 78). Taubert zufolge ist für eine ganzheitliche Pflege ein berufliches Selbstverständnis nötig, das den Beziehungsaspekt auf die gleiche Stufe hebt wie die pflegerischen Tätigkeiten. Pflege soll nicht mehr eine „Aneinanderreihung von Tätigkeiten“ sein, sondern ein Prozess, bei dem Beziehungsaspekte und pflegerische Tätigkeiten zusammengehören und „in Kooperation zwischen Pflegenden und Kranken eine individuelle Pflege ge-

plant, durchgeführt und reflektiert wird“ (Taubert 1992: 117f.). Um Pflege in diesem Sinne ausüben zu können, benötigen die Pflegenden eine professionelle Basis. Analytische, praktische und kommunikative Kompetenzen seien hierzu erforderlich (Steppe 1994: 79). Neben dem Wohlbefinden der Patienten wird mit dem Konzept der Patientenorientierung gleichzeitig das Ziel einer verbesserten Pflegequalität verfolgt (Bischoff 1992: 177). Ein weiterer ist die Abgrenzung von der Medizin:

„Durch die Ausrichtung der Patientenorientierten Pflege an den individuellen Grundbedürfnissen reklamiert die Pflege ein eigenständiges Arbeitsgebiet für sich, dessen Schwerpunkt die Grundpflege – die körperliche und psychosoziale Grundversorgung des Patienten – ist. Nicht mehr die an die Medizin angebundene Behandlungspflege oder die Arztassistenten stehen im Vordergrund, sondern die umfassende und geplante Pflege eines Menschen.“ (Bischoff 1992: 177).

Auch wenn sich der Begriff „Patientenorientierung“ nicht eindeutig definieren und abgrenzen lässt und die theoretische Umsetzung des Konzeptes Schmidbauer zufolge noch nicht überzeugen konnte, ist die hier enthaltene perspektivische Ausrichtung auf eine „gute“ Pflege als „Korrektiv“ zu den im Professionalisierungsprojekt verfolgten Zielen einer Statusverbesserung von zentraler Bedeutung (Schmidbauer 2002: 217). Bischoff sieht in dem Konzept der Patientenorientierung eine entscheidende Grundlage für das zukünftige berufliche Selbstverständnis der Pflege. Es entspreche einer Übereinkunft aus Kreisen der Pflegenden, die Vorstellungen und Erwartungen beinhalte, wie Pflege in Zukunft aussehen soll, gerade auch im Hinblick auf eine Abgrenzung zur funktional ausgerichteten Medizin (Bischoff 1992: 175).

In den Darstellungen zur patientenorientierten Pflege steht die Beziehung zwischen Pflegenden und Patient/innen im Vordergrund. Das berufliche Selbstverständnis beinhaltet jedoch auch grundsätzliche Auffassungen zum Beruf (vgl. Weidner 1995: 237). Brühe et al. weisen in diesem Zusammenhang auf unterschiedliche „Denkstile“²⁷ in der Pflege hin (Brühe et al. 2004). Sie differenzieren zwischen drei Denkstilen: Zum einen dem pflegevorberuflichen Denkstil, der das zu Beginn der beruflichen Pflege vorherrschende Leitbild der Pflege als religiös motivierte Tätigkeit beinhaltet und in dem Pflege keiner speziellen Ausbildung bedurfte. Zum anderen den pflegeberuflichen Denkstil, demzufolge Pflege kein Liebesdienst ist, sondern dem Lohnerwerb dient und eine klare Ausbildungsstruktur aufweist, in der sowohl theoretische als auch praktische Anteile gelehrt werden. Diesem Denkstil zufolge basiert Pflege auf Erfahrungswissen, daher liegt der Fokus eher auf der praktischen Ausbildung. Den dritten Denkstil bezeichnen die Autor/innen als pflegeprofessionellen

²⁷ Die Theorie der Denkstile (und Denkkollektive) wurde von Ludwig Fleck (1983;1999) entwickelt (Brühe et al. 2004:306)

Denkstil. Er stützt sich auf drei Komponenten: 1. Wissenschaftliche Erkenntnisse der Pflege und anderer Disziplinen; 2. Pflegerisches Erfahrungsverstehen und 3. Hermeneutisches Fallverstehen (ebd.: 309f.). Den größten Teil der Pflegenden (alle nicht akademisch Ausgebildeten) ordnen Brühe et al. dem pflegeberuflichen Denkstil zu. Dieser wird jedoch aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse aus anderen Ländern sowie der quantitativ und qualitativ steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen in der Bundesrepublik als nicht mehr ausreichend gesehen. Um die Qualität in der Pflege darstellen zu können, sei eine wissenschaftliche Argumentation notwendig (ebd.: 310). Die Sicht auf die unterschiedlichen Denkstile lässt den Autor/innen zufolge zwei Problemfelder in der Pflege zutage treten. Zum einen hätten die unterschiedlichen Denkstile in der Pflege Kommunikationsstörungen zwischen den Pflegekräften zur Folge. Zum anderen könnten Widerstände gegen eine fortschreitende Akademisierung und Professionalisierung aus den Reihen der nichtakademischen Pflege darauf zurückgeführt werden, dass diese berufspolitischen Ziele nicht ihrem Denkstil entsprechen würden. Brühe et al. plädieren dafür, dass die Pflege den von Axmacher befürchteten „Heimatverlust“ in Kauf nehmen soll und sich der Verwissenschaftlichung öffnen sollte. Dabei solle nicht die Situation der Pflege im Vordergrund stehen, sondern die Versorgungssituation der Bevölkerung (ebd.: 310f.). Im Zuge der Umbruchprozesse in der beruflichen Pflege aufgrund der Neuorganisation verschiedener Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche im Gesundheitssystem wird Stemmer und Böhme zufolge auch das berufliche Selbstverständnis berührt:

„Die sich abzeichnende Differenzierung im Innenraum der Pflege, die bedingt ist durch eine Erweiterung der Qualifikationsstufen, wird ebenfalls zu einer Veränderung des Selbstverständnisses führen. Wenn in Zukunft von ‚Pflegenden‘ gesprochen wird, kann damit ein sehr unterschiedliches Qualifikations-, Aufgaben- und Zuständigkeitsprofil verbunden sein.“ (Stemmer/Böhme 2008: 200).

Die Ausführungen zum beruflichen Selbstverständnis in der Pflege basieren in erster Linie auf pflegewissenschaftlichen Konzeptionen. Inwieweit diese das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden an der Basis widerspiegeln, ist ungewiss. Die Ausführungen zeigen, dass sich in den Konzeptionen des beruflichen Selbstverständnisses oftmals auch berufspolitische Ziele wiederfinden, z. B. die Legitimation einer Akademisierung oder die Abgrenzung von der Medizin. Die berufliche Pflege scheint sich in einem Aufbruchprozess zu befinden, in dem nicht ganz klar ist, welche Pflegekraft welche Rolle übernehmen soll. Auch scheint unklar zu sein, inwieweit diese Überlegungen den Wünschen und Interessen der praktizierenden Pflege entsprechen.

3. Umbruchprozesse im Bereich der Krankenhäuser

Die Modernisierungsbestrebungen in der beruflichen Pflege korrespondieren seit mittlerweile mehr als zwei Jahrzehnten mit einer Neuausrichtung des Gesundheitssystems, die durch eine verstärkte Einführung ökonomischer Prinzipien in das Feld der Gesundheitsversorgung charakterisiert ist. Insbesondere der Bedeutungszuwachs von Markt und Wettbewerb und die Zunahme finanzieller Steuerungsanreize für alle Akteure des Gesundheitssystems – Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte, Patienten und Versicherte – sind Kennzeichen dieses Wandels (vgl. Deppe 1997; Gerlinger/Mosebach 2009). Eine Ursache des Wandels im Krankenhaussektor wird in einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems gesehen. Mit Hilfe von marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten reagiert die Politik auf die finanziellen Probleme des Gesundheitssystems. Nach Rosenbrock und Gerlinger (2006) kann man von einem gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel sprechen. Die Umstrukturierung im Gesundheitssystem ist Teil eines gesellschaftlichen Wandels, der viele Teilbereiche des Systems der sozialen Sicherung erfasst. Auf der Grundlage neoliberaler Ordnungsvorstellungen sollen die seit Mitte der 1970er Jahre zunehmenden fiskalpolitischen Probleme gelöst werden, für die u. a. auch die Sozialversicherungssysteme verantwortlich gemacht werden (vgl. Dingeldey 2006). Anstelle der staatlich-bürokratischen Steuerungsanreize wird zunehmend auf Marktmechanismen und ökonomische Anreize gesetzt (vgl. Harms/Reichard 2003; Hensen/Hensen 2008; Stapelfeldt 1998).

Im Krankenhaussektor gehen die Umstrukturierungen mit einer deutlichen Erhöhung des wirtschaftlichen Drucks auf die Krankenhäuser einher. Um ihre Existenz im verschärften Wettbewerb sichern zu können, findet in vielen Krankenhäusern ein Umdenken statt. Die gesetzlichen Reformen halten die Krankenhäuser dazu an, die „Optimierung der Leistungsprozesse in den Mittelpunkt zu stellen“ (Stemmer 2008: 24). Um die Auswirkungen dieses Wandels auf die Beschäftigten im Krankenhaus – insbesondere die Pflege – näher beleuchten zu können, werden in diesem Kapitel zunächst die Hintergründe und zentrale Erscheinungsformen dieses Paradigmenwechsels geschildert (Kap. 3.1). Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels stehen die krankenhausesinternen Restrukturierungen im Mittelpunkt, sowohl im Hinblick auf die Ebene der Krankenhausorganisation als auch im Hinblick auf die Ebene der Pflege im Kontext Krankenhaus (Kap. 3.2). Die Umstrukturierungen treffen im Bereich der Krankenhausversorgung auf einen sensiblen gesellschaftlichen Bereich, in dem zentrale Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge erbracht werden. Sie berühren in beson-

derer Weise das Verhältnis zwischen wirtschaftlichen und versorgungsrelevanten Aspekten. Mit welchen Hoffnungen, aber auch Befürchtungen die oftmals als Ökonomisierung bezeichneten Veränderungsprozesse verbunden sind, ist Gegenstand des dritten Abschnittes dieses Kapitels (Kap. 3.3.1). Abschließend stehen zentrale empirische Befunde zu den Ökonomisierungsprozessen im Fokus, vor allem im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Pflegearbeit (Kap. 3.3.2).

3.1 Neujustierung des Krankenhaussektors

In der „Infrastruktur des Wohlfahrtsstaates“ (Bode 2013; Vogel 2009) spielen die Krankenhäuser eine zentrale Rolle. Ihre Aufgabe ist

„die Versorgung von Patienten [...], wenn eine dauerhafte Unterbringung und medizinische Überwachung der Patienten erforderlich ist.“ (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 154).

Damit übernehmen sie eine wichtige Dienstleistung im Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge. Den Rahmen dieser Dienstleistung bildet das Krankenhaus als Organisation, während die tatsächliche Erbringung der Versorgungsleistung durch das Handeln der im Krankenhaus tätigen Akteure – Pflegepersonal, ärztliches Personal, Verwaltungspersonal, Reinigungskräfte etc. – erfolgt.

Krankenhäuser als „erste Organisation im Gesundheitswesen“ (Iseringhausen/Staender 2012: 185) entwickelten sich seit ihrem Entstehen im 19. Jahrhundert zu immer differenzierteren und komplexeren Gebilden. Sie zeichnen sich durch eine spezifische innere Struktur aus und sind zugleich an externe Rahmenvorgaben und Anforderungen gebunden. In rechtlicher Hinsicht ist die stationäre Krankenversorgung in Deutschland durch verschiedene Gesetze geregelt, zentral sind u. a. das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und das SGB V. Die politische Steuerung des Krankenhaussektors findet auf mehreren Ebenen statt. Auf der Makroebene werden z. B. die Rahmenvorgaben formuliert und damit die institutionelle Struktur der Gesundheitsversorgung geschaffen. Die Regelungen umfassen sowohl die Finanzierung von Gesundheitsleistungen als auch Qualität und Zugang zu den Versorgungsleistungen (Rosenbrock/ Gerlinger 2006: 13f.). So regelt das KHG als Bundesgesetz die allgemeinen Grundlagen der Krankenhausplanung, der Investitionsförderung und der Krankenhauspflegesätze (vgl. Blum 2012: 148). Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist der Krankenhaussektor als Teil des Gesundheitssystems in doppelter Hinsicht von Bedeutung. Auf der einen Seite ist das Gesundheitswesen ein „bedeutender ökonomischer Wachstums-, Beschäfti-

gungs-, Export-, und Standortfaktor.“ (Paetow 2002: 17). Mit 5,8 Mio. Beschäftigten²⁸ zählt es mittlerweile zu den wichtigsten Beschäftigungszweigen in der Bundesrepublik Deutschland. Auf der anderen Seite ist die Gesundheitsversorgung ein zentraler Kostenfaktor für die Wirtschaft. Aus dieser doppelten Rolle ergibt sich Paetow zufolge

„das eigentliche Dilemma der aktuellen Gesundheitspolitik: Eine Entlastung der Lohnnebenkosten durch Dämpfung der Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) würde immer zugleich die Wachstums- und Einkommenschancen in diesem personal- und innovationsintensiven Gesundheitssektor beeinträchtigen.“ (Paetow 2002: 18).

Im Krankenhaussektor zeigt sich eine enge Verflechtung zwischen politischen Vorgaben und den Gestaltungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern. Die ökonomisch induzierten Veränderungen führen zu einem tiefgreifenden Wandlungsprozess im Krankenhaussektor, der mit verschiedenen Ambivalenzen und einem Veränderungsdruck einhergeht (vgl. Bode 2016: 255). Um einen tieferen Einblick in die Umstrukturierungen des Krankenhaussektors zu bekommen, werden in diesem Kapitel zunächst die Hintergründe (Kap. 3.1.1) und im Anschluss die Erscheinungsformen (Kap. 3.1.2) der Neujustierung dargestellt.

3.1.1 Hintergründe

Hintergrund der seit mittlerweile mehr als zwei Jahrzehnten stattfindenden Transformation im Krankenhaussektor sind die seit den 1970er Jahren verstärkt in den Blickpunkt rückenden Finanzierungsschwierigkeiten im Gesundheitssystem. Im Diskurs wird häufig von einer „Kostenexplosion“ gesprochen, deren Ursache sowohl in exogenen Faktoren wie technische Errungenschaften, Veränderungen im Krankheitsspektrum und in der Altersstruktur der Bevölkerung, als auch in der strukturellen Beschaffenheit des Gesundheitssystems und des Krankenhaussektors gesehen wird (vgl. Kölking 2007; Oberender/Fleischmann 2002; Simon 2000: 127).²⁹ Die bisherige staatliche Steuerungspolitik im Gesundheitssystem steht vor allem im Hinblick auf ihre Effizienz und Wirtschaftlichkeit in der Kritik. Aus ökonomischer Sicht würden die Grundprinzipien – vor allem das Solidarprinzip, das Sachleistungsprinzip

²⁸ Quelle: BMG (29.11.2021): Gesundheitswirtschaft als Jobmotor. URL <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-als-jobmotor.html> [26.04.22].

²⁹ Das Argument der Kostenexplosion ist verschiedenen Autoren zufolge nicht haltbar. Sie sehen die Ursachen für die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen nicht in der Steigerung der Ausgaben, sondern in einem Wegfall der Einnahmen (u. a. Deppe 1997; Hajen et al. 2013; Paetow 2002; Simon 2000). Diese seien zum einen aufgrund der gestiegenen Arbeitslosigkeit und der sinkenden Lohnquote rückläufig. Zum anderen wurde Simon zufolge der GKV-Haushalt belastet, um andere sektorale Ausgabenfelder des Bundeshaushaltes (z. B. die Renten- oder Arbeitslosenversicherung) zu entlasten (Simon 2000: 349).

und das Bedarfsdeckungsprinzip – verschiedene Fehlanreize setzen, die sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Versicherten ein unwirtschaftliches Verhalten hervorrufen würden (vgl. Oberender/Fleischmann 2002: 75). Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen über ein zwangsabgabenorganisiertes System würde z. B. bei den Versicherten den Anreiz setzen, die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen über das nötige Maß hinaus zu beanspruchen, da es sie quasi zum „Nulltarif“ geben würde. Hieraus resultiere ein „Freifahrvverhalten“ (Oberender/Fleischmann 2002: 40f.). Ein weiterer Fehlanreiz besteht aus Sicht der Ökonomen darin, dass die Versicherten ihre individuelle Krankheitsvorsorge vernachlässigen, da sie im Krankheitsfall gegen die anfallenden Kosten versichert seien. Als Folge dieser Fehlanreize würde das System der Krankenversicherungen über Gebühr beansprucht werden. Grundlegendes Problem sei das fehlende Kostenbewusstsein:

„Sachleistungs- und Solidarprinzip verleiten Versicherte und Leistungserbringer dazu, sich nicht mehr mit den monetären Konsequenzen ihres Handelns auseinander zu setzen. Ein Verantwortungsvakuum entsteht: Zwar bringen Gesundheitsgüter individuellen Nutzen, jedoch werden die Kosten aufs Kollektiv abgeschoben. Diese Rationalitätenfalle führt zu gravierenden Folgen für das finanzielle Gebaren der gesetzlichen Krankenversicherung. Ständig steigende Leistungsaufgaben führen zur permanenten Ausgabenunterdeckung.“ (Oberender/Fleischmann 2002: 75).

Im Krankenhausbereich wird insbesondere das von 1972 bis Mitte der 1990er Jahre praktizierte Selbstkostendeckungsprinzip mit der Vergütung in Form von pauschalisierten Tagessätzen als unwirtschaftlich bewertet, da sie Anreize zur Verlängerung der Verweildauer setzen. Ein Indiz für diese als kontraproduktiv bewerteten Anreize ist die im internationalen Vergleich gesehene lange Verweildauer in deutschen Krankenhäusern (Gerlinger/Mosebach 2009: 15; Rosenbrock/Gerlinger 2006: 167). Korff spricht in diesem Zusammenhang von einem fehlenden „Konnex zwischen Leistung und Kosten“, den er nicht nur auf mangelnde ökonomische Aspekte im beruflichen Selbstverständnis der Leistungserbringer zurückgeführt, sondern auch auf fehlende Anreize für die Kliniken, die „im zwangsabgaben-finanzierten System groß geworden sind und es sich darin gemütlich eingerichtet hatten.“ (Korff 2012: 46f.). Ein Umdenken sei notwendig, das in Anlehnung an betriebswirtschaftliche Erkenntnisse aus dem industriellen Bereich auf die Industrialisierung der Leistungsprozesse und -steuerung im Krankenhaus setzt, um die Effizienz und die Kostenstrukturen in den Krankenhäusern zu verbessern (Korff 2012: 6). Unabhängig von dieser Kritik an der bisherigen Finanzierung des Krankenhaussektors wird insgesamt von erheblichen Wirtschaftsreserven ausgegangen. Paetow schätzt den Umfang allein für die GKV auf 20 Mrd. Euro und führt diese in erster Linie auf ineffiziente oder überflüssige

diagnostische und therapeutische Verfahren zurück (Paetow 2002: 18). Oberender und Fleischmann fassen die Lage im Gesundheitssystem aus ökonomischer Sicht folgendermaßen zusammen:

„Die medizinische Versorgung der Bürger wird mit ungenügenden Strukturen durchgeführt; sie ist ineffizient, und ihr gelingt es nicht, sich an neue Herausforderungen (z. B. chronische Krankheiten) anzupassen.“ (Oberender/Fleischmann 2002: 27).

3.1.2 Erscheinungsformen

Markt und Wettbewerb

Um den finanziellen Herausforderungen im Gesundheitssystem begegnen zu können und die strukturellen Defizite zu beseitigen, wird eine Umstrukturierung und Neuausrichtung an den ökonomischen Prinzipien von Markt und Wettbewerb gefordert. Eine verstärkte Einführung wettbewerbsorientierter Steuerungsinstrumente wird seitens der Gesundheitsökonomie als geeignetes Mittel gesehen, um die finanziellen Probleme des Gesundheitssystems zu lösen und ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu schaffen, da der Wettbewerb die Effizienz der Gesundheitsversorgung steigern würde (vgl. u. a. Augurzky et al. 2011; Oberender/Fleischmann 2002; Oberender/Zerth 2004). Der Glaube an die Effizienz von Markt und Wettbewerb basiert auf verschiedenen ökonomischen Grundannahmen. Ein zentrales ökonomisches Prinzip ist die Annahme der Knappheit der Güter (Mühlenkamp 2003: 50f.; Oberender/Zerth 2004: 22f.). Im Hinblick auf die begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem sollte die Steuerung darauf gerichtet sein, diese knappen Güter am effizientesten zu verteilen. Aus ökonomischer Sicht gelingt dieses am ehesten durch wettbewerbliche Steuerungsmechanismen (Oberender/Fleischmann 2002: 118). Die Überlegenheit einer marktwirtschaftlichen Steuerung wird darin gesehen, dass mit ihr „unter Wahrung der individuellen Handlungsfreiheit ein Effizienzoptimum erreicht wird“ (Hajen et al. 2013: 46). Von einer wettbewerbslichen Situation verspricht man sich die Erhöhung des Nutzens aller Beteiligten. In normativer Hinsicht basiert das ökonomische Prinzip auf dem Idealbild des Homo Oeconomicus. Dieses geht davon aus, dass der ökonomisch-rational handelnde Akteur durch wirtschaftliches Handeln versuchen wird, seinen Nutzen zu maximieren (Mühlenkamp 2003: 49ff.).

In den gesundheitspolitischen Maßnahmen seit den 1990er Jahren spiegelt sich der zunehmende Glaube an die Steuerungsfähigkeiten von Markt und Wettbewerb. Nachdem den konstatierten Finanzierungsproblemen seit Mitte/Ende der 1970er Jahren mit einer Politik der Kostendämpfung begegnet wurde, die sich innerhalb der herkömmlichen Strukturen des Gesundheitssystems bewegt hat, zeichnet sich seit

Anfang der 1990er Jahre eine Entwicklung ab, die weit über eine Kostendämpfungs- politik hinausgeht (vgl. Gerlinger 2014: 64). Spätestens seit dem Gesundheitsstruk- turgesetz (GSG) 1993 setzen gesundheitspolitische Maßnahmen vermehrt auf Steue- rungsэлеmente aus dem marktwirtschaftlichen Bereich, z. B. die Einführung von Wettbewerbsstrukturen (zunächst im Bereich der Krankenkassen, später auch im Be- reich der Krankenhäuser), die verstärkte Privatisierung von vormalis öffentlichen Versorgungsleistungen oder die Einführung des Fallpauschalensystems 2004 (ebd.)³⁰. Als normative Grundlage für die Veränderungsprozesse dient u. a. das Kon- zept des New Public Management (NPM). Es geht von der Grundprämisse der Wett- bewerbsorientierung aus, da die „interne und allokatивe Effizienz der Leistungserstel- lung umso höher ist, je größer der Konkurrenzdruck ist“ (Schedler/Proeller 2003: 45). Um diesen Konkurrenzdruck zu erzeugen, sollen verstärkt Marktmechanismen in den öffentlichen Sektor installiert werden (ebd.). Bode und Vogd weisen darauf hin, dass es sich dabei im öffentlichen Sektor nicht um die Installation eines wirkli- chen Marktes handelt, sondern um einen „Quasi-Markt“³¹ (Bode/Vogd 2016: 4; auch Schimank/Volkmann 2008). Im deutschen Krankenhaussektor haben sich so Struktu- ren etabliert, die sich dadurch auszeichnen, dass

„wirtschaftlich selbstständige Anbieter in Konkurrenz mit anderen tätig werden und Leistungen auf der Basis einheitlicher Preise, einer nur begrenzt frei zirkulierenden Nachfrage sowie extensiver öffentlicher Kontrollen erbringen“ (Bode/Vogd 2016: 4).

DRGs

Die Veränderung in der Krankenhausfinanzierung durch die verpflichtende Einfüh- rung der Fallpauschalen (DRGs)³² stellt eine tiefgreifende Veränderung im Kranken- hausektor dar, die weit mehr ist als nur eine neue Vergütungsform von Kranken- hausleistungen. Sie wird als die bislang gravierendste und umfassendste Kranken- hausreform gewertet (Braun et al. 2010: 34; Marrs 2007: 503). Von dem neuen Ent- geltssystem verspricht man sich von politischer Seite aus positive Auswirkungen auf die Qualität, die Transparenz und die Wirtschaftlichkeit. Zudem wird die Absicht verfolgt, sich von den Budgetierungen der Krankenhäuser zu lösen und trotzdem das Ziel der Beitragsstabilität im Blick zu behalten. Anstatt Budgets zu vereinbaren,

³⁰ Da es sich bei den Fallpauschalen um ein administratives Preissystem handelt und die staatliche Regulie- rung weiterhin hoch bleibt, schaffen die DRG-Fallpauschalen keinen freien Wettbewerb auf dem Kranken- hausmarkt. Sie können aber als ein großer Schritt in Richtung Markt und Wettbewerb gesehen werden, da sie u. a. durchaus den Charakter von Waren haben, die gehandelt werden (Vera 2009: 14).

³¹ Der Begriff geht auf Le Grand und Bartlett (1993) zurück (vgl. Bode/Vogd 2016: 4).

³² Da die Einführung des DRG Systems eine gravierende Veränderung im stationären Sektor bedeutet und die Umstellung nicht von heute auf morgen möglich war, gab es für die Krankenhäuser eine Konvergenzphase von 2005 bis 2009.

erfolgt die Steuerung nun über die Preishöhe.³³ Lauterbach und Lungen zufolge ergibt sich hieraus die Möglichkeit, die Preise für eine Krankenhausleistung „auf überindividueller Ebene“ festzulegen und nur noch die „Mengenkomponente“ vor Ort aushandeln zu müssen (Lauterbach/Lungen 2001: 37f.).³⁴ Die Einführung des DRG-Systems ist mehr als nur eine neue Vergütungsform im Krankenhaussektor, da sie in besonderer Weise in das Krankenhaugeschehen eingreift. Die Konstruktion der DRGs ermöglicht es erstmalig, dass Leistungsgeschehen im Krankenhaus in einzelne Produkte oder Produktlinien einzuordnen und somit betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten zugänglich zu machen (Lauterbach/Lungen 2001: 115, Vera 2009: 11). In der Vergangenheit war es Vera zufolge schwierig, Krankenhausleistungen und insbesondere die Behandlungskosten transparent zu machen, da es keine Kennziffern gab, mit denen die spezifischen Erkrankungen erfasst werden konnten. Die Beurteilung des einzelnen Falles oblag der professionellen Autonomie des ärztlichen Standes und erfolgte in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation und dem individuellen Patienten. Somit stelle aus betriebswirtschaftlicher Sicht jeder Patient ein „einzigartiges Produkt des Krankenhauses“ dar und mache eine präzise Messung des „Krankenhausoutputs“ nicht möglich (ebd.). Durch die von Fetter³⁵ Ende der 1960er Jahre in den USA entwickelten Diagnosis Related Groups wurde nun erstmals die Möglichkeit geschaffen, auch Krankenhausleistungen standardisierbar und messbar zu machen – analog zu den industriellen Methoden der Qualitäts- und Kostenkontrolle. Ein derartiges Patientenklassifikationssystem ermöglicht eine betriebswirtschaftliche Steuerung des Krankenhauses auf der Basis standardisierter Krankenhausleistungen. Somit kann Vera zufolge „durchaus von einer „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens“ gesprochen werden (ebd.). Durch die Produktdefinition der DRGs lassen sich Krankenhausleistungen nun genauer differenzieren, bewerten und vergleichen. Als Folge würde sich auch die Transparenz der Krankenhäuser bezüglich des Leistungsgeschehens deutlich erhöhen (ebd.: 14).

Um erfolgreich implementiert zu werden, ist das DRG-System vor allem auf die Bereitschaft und Motivation der Beschäftigten angewiesen, insbesondere auf die Akzeptanz durch die Ärzteschaft (vgl. Lauterbach/Lungen 2001: 115f.; Vera 2009: 12).

³³ Vgl. Deutscher Bundestag (11.09.2001): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG). URL <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/068/1406893.pdf>, [26.04.22]

³⁴ Böhlke et al. bezeichnen die hiermit verfolgte Reformstrategie als „wettbewerbsbasierte Kostendämpfungsstrategie“ (Böhlke et al. 2009: 7).

³⁵ Fetter konzentrierte sich darauf, die einzelnen Erkrankungen anhand der medizinischen Kohärenz, aber auch anhand des Ressourcenverbrauchs zu bündeln und so eine Produktsystematik zu entwickeln, die es ermöglicht, die Vielzahl der individuellen Behandlungsfälle eines Krankenhauses auf eine überschaubare Anzahl von Produktgruppen zu reduzieren, den DRGs (Vera 2009: 12).

Simon zufolge setzt das DRG System den Anreiz für die Ärzte und Pflegekräfte, sich nicht mehr nur an medizinischen und pflegerischen Handlungsnormen zu orientieren, sondern ökonomische Kalküle in das Handeln zu integrieren. Damit würde in einer Art und Weise Einfluss auf die patientenbezogenen Handlungen der Beschäftigten genommen werden, die es so zuvor noch nicht gegeben hätte. Die staatliche Steuerpolitik hätte bis dato die Autonomie des ärztlichen und pflegerischen Handelns respektiert. Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems wurde diese Grenze nunmehr überschritten (Simon 2000: 339; [vgl. auch Kap. 3.3.1](#)).

Das DRG-System konterkarierte zentrale Ziele der staatlichen Krankenhauspolitik, da die wirtschaftliche Sicherung der als bedarfsgerecht deklarierten Krankenhäuser nicht gewährleistet ist (Simon 2013: A1782). Simon konstatiert systematische Kostenunterdeckungen, die zum einen daraus resultieren, dass Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Kosten durch eine Orientierung an den Durchschnittskosten unterfinanziert werden. Zum anderen sei es unwahrscheinlich, dass die ermittelten Erlöse anhand der Ist-Kosten einer begrenzten Anzahl von Krankenhäusern die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung abdecken. Vor dem Hintergrund der seit 1993 bestehenden Deckelung der Krankenhausbudgets und der von 1997 - 1999 erfolgten Budgetkürzungen zur Entlastung der Krankenkassen kann davon ausgegangen werden, dass die durchschnittlichen Ist-Kosten im Krankenhaussektor insgesamt zu niedrig sind, um als wirtschaftlich zu gelten. Es

„erscheint [...] plausibel, davon auszugehen, dass die tatsächlichen durchschnittlichen Ist-Kosten im Krankenhausbereich unter dem Niveau lagen, das für eine wirtschaftliche Leistungserbringung angemessen und erforderlich ist. Für das DRG-System kann somit nicht der Anspruch erhoben werden, dass seine Preise den Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen.“ (Simon 2013: A 1785).

Porter und Guth weisen darauf hin, dass Deutschland im internationalen Vergleich einen der niedrigsten Vergütungssätze hat (Porter/Guth 2012: 14). Lange Zeit war Deutschland der OECD zufolge das einzige Land, in dem die Krankenhausvergütung allein anhand der DRGs erfolgt. In anderen Ländern werden über die DRGs hinaus organisationsspezifische Besonderheiten bei der Vereinbarung individueller Krankenhausbudgets berücksichtigt (Simon 2013: A 1786). Seit 2020 basiert auch die Krankenhausvergütung in Deutschland nicht mehr nur auf dem DRG-System, sondern auf einer Kombination aus Fallpauschalen (aG-DRGs) – bei denen die Pflegepersonalkosten ausgegliedert wurden – und einem gesondert errechnetem Pflegebudget auf der Basis des Selbstkostendeckungsprinzips (vgl. Leber/Vogt 2020: 113). Dieser erneute Wandel kann als politische Reaktion auf die vielfach diskutierte und

als unzureichend betrachtete Situation des Pflegepersonals in den Krankenhäusern betrachtet werden.

Für die Krankenhäuser ist die Umstellung der Finanzierung auf das Fallpauschalensystem ein massiver Einschnitt. Sie müssen nun mit einer Pauschale wirtschaften, die auf deutschlandweit ermittelten Durchschnittskosten basiert und die Kosten der gesamten stationären Versorgung, einschließlich „Gehälter, Serviceleistungen und Medikamente“ abdecken soll (Porter/Guth 2012: 144)³⁶. Diese Vergütung ist unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten und der tatsächlichen Liegezeit (Rosenbrock/Gerlinger 2006: 166). Das Finanzierungsrisiko liegt nun nicht mehr wie in Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips auf Seiten der Krankenkassen, sondern überwiegend auf Seiten der Krankenhäuser (ebd.). Für die Krankenhäuser resultiert hieraus ein enormer wirtschaftlicher und wettbewerblicher Druck. Sie müssen nun wie Wirtschaftsunternehmen geführt werden, um überlebensfähig zu bleiben. Da es wenig Spielraum gibt, die Produktzahlen zu erhöhen oder über den Preis zu verhandeln, hängt der wirtschaftliche Erfolg nun in erster Linie davon ab, wie der Ressourceneinsatz minimiert werden kann (vgl. Gerlinger/Mosebach 2009: 17). Zudem beinhaltet die Umstellung auf das DRG-System, dass sich die Krankenhäuser fortwährend auf Veränderungen in den ökonomischen Rahmenbedingungen einstellen müssen. Zum einen durch die „regulären“ Veränderungen der DRGs aufgrund der jährlichen Neuberechnung der Ist-Kosten und einer Anpassung der Fallpauschalen, auch hinsichtlich der Bildung neuer Fallgruppen oder Subgruppen (Simon 2019a: 17ff.). Zum anderen gibt es immer wieder gesetzgeberische Interventionen, die u. a. dem Ausgleich von entstehenden Mehrkosten dienen³⁷. So sind die Krankenhäuser gezwungen, sich permanent an die wandelnden Rahmenbedingungen anzupassen (vgl. ebd.).

Privatisierungen

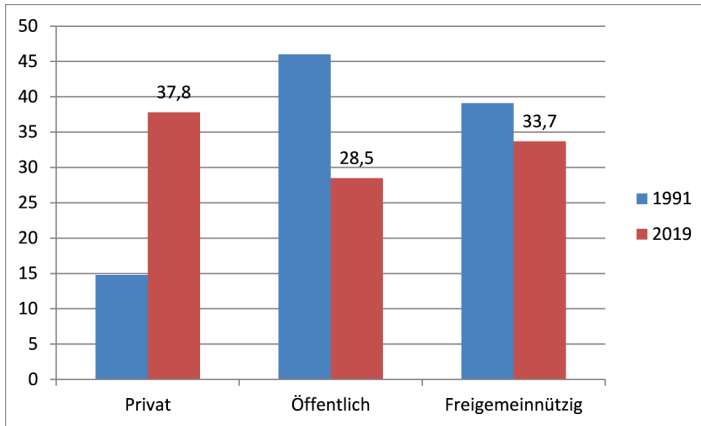
Die Neuausrichtung im Krankenhaussektor an markt- und wettbewerblichen Steuerungsmechanismen zeigt sich nicht nur in Form einer stärker betriebswirtschaftlichen Steuerung aufgrund der DRGs. Auch die Öffnung dieses Sektors für Privatisierungen ist ein Kennzeichen des strukturellen Wandels. Wie sehr sich die Krankenhauslandschaft in den letzten zwei Jahrzehnten verändert hat, verdeutlichen folgende Zahlen:

³⁶ Die Fallpauschalen basieren in erster Linie auf medizinische Faktoren. Neben der Hauptdiagnose werden Nebendiagnosen, angewendete diagnostische und therapeutische Prozeduren und patientenbezogene Faktoren wie z.B. Alter oder Geschlecht berücksichtigt. In der pauschalisierten Vergütung sind Sonderbedarfe, die durch Komplikationen entstehen, nicht enthalten, da der Anreiz für eine „möglichst zielgerichtete, schnelle und erfolgreiche Behandlung“ gesetzt werden soll (Braun, B. et al. 2010: 35).

³⁷ So entstanden z.B. den Krankenhäusern durch die Änderung des deutschen Arbeitszeitrechts Mehrkosten, da die Bereitschaftsdienste der Ärzte im Krankenhaus infolgedessen besser vergütet werden mussten und das DRG-System hierfür keinen Spielraum vorgesehen hat (Simon 2019a: 20).

Der Anteil der Kliniken in privater Trägerschaft hat sich im Zeitraum von 1991 bis 2019 mehr als verdoppelt, von 14,8% auf 37,8%, während der Anteil der öffentlichen Häuser von 46% deutlich auf 28,5% gesunken ist. Der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser ist im Vergleich dazu nur wenig zurückgegangen, von 39,1% auf 33,7% (s. Abb. 1).

Abbildung 1 Entwicklung der Krankenhäuser nach Trägerschaft von 1991 bis 2019 in %



Quelle: Statistisches Bundesamt (2018; 2021); eigene Darstellung

Die Daten beziehen sich auf die sogenannte „materielle Privatisierung“, bei der öffentliche Krankenhäuser an private Krankenhauskonzerne verkauft werden. Diese Form kann Schulten und Böhlke zufolge vor allem als „deutsches Phänomen“ angesehen werden, in vielen anderen europäischen Ländern ist der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft wesentlich niedriger (Schulten/Böhlke 2009: 104). Die „formelle Privatisierung“ hingegen ist auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten. Diese Art der Privatisierung betrifft die Rechtsform öffentlicher Krankenhäuser. Um im zunehmenden Kostenwettbewerb bestehen zu können, werden bisher rechtlich unselbständige Krankenhäuser – in Anlehnung an Unternehmen aus der Privatwirtschaft – in eigenständige privatrechtliche Unternehmen umgewandelt (ebd.: 101). Damit sind sie in Bezug auf die Unternehmensführung nicht mehr den öffentlichen Behörden unterstellt, sondern weitestgehend unabhängig, auch wenn sie sich weiterhin im Besitz der öffentlichen Krankenhausträger befinden (ebd.). Mitt-

lerweile wird ein Großteil der öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form geführt.³⁸

Ein Grund für den Trend zur Privatisierung sehen Schulten und Böhlke in den finanziellen Engpässen der Kommunen (Schulten/Böhlke 2009: 99). Die wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser ist durch die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip prekär geworden. Hinzu kommen die fehlenden Investitionen seitens der Länder. Diese sind ihrer Investitionspflicht aufgrund eigener finanzieller Schwierigkeiten seit Anfang der 1990er Jahre kaum nachgekommen.³⁹ Durch Privatisierungen von öffentlichen Krankenhäusern sollen nun die Finanzierungsdefizite der kommunalen Haushalte gemildert werden (ebd.: 97). Es sind aber nicht nur die Finanzierungsschwierigkeiten im Krankenhaussektor, die diesen Privatisierungsschub bewirkt haben. Auch die Einführung des DRG-Systems kann als Katalysator gesehen werden. Die hierdurch entstandene Möglichkeit, medizinische Dienstleistungen als Produkte zu definieren und mit betriebswirtschaftlichen Instrumenten zu steuern, steigert die Attraktivität des Krankenhaussektors für kommerzielle Kapitalanlagen und privatwirtschaftliche Investoren (Kühn 2003: 86, Schulten/Böhlke 2009: 99).

Mit der Öffnung des Krankenhaussektors für private Anbieter kommt eine neue Ausrichtung ins Spiel, die bislang keine Rolle in der Krankenversorgung gespielt hat: die Gewinn- oder Renditeerwartung. Der Einsatz von Eigenkapital privater Anleger – welcher als entscheidendes Differenzierungsmerkmal zwischen Krankenhäusern in privater Trägerschaft und anderen Krankenhäusern gesehen wird – ist gekoppelt an das Ziel von Gewinnausschüttungen, erst hierdurch würden die Krankenhäuser für private Investoren interessant werden (vgl. Augurzky et al. 2012: 11). Auch wenn den Krankenhäusern durch eine Gewinnerorientierung Investitionskraft entzogen werden würde, könnten sie demgegenüber neues Kapital am Kapitalmarkt akquirieren. Es sei ein „Geben und Nehmen“, welches aus volkswirtschaftlicher Perspektive von Vorteil sei, da so dem Gesundheitswesen private Mittel zur Verfügung gestellt werden würden (ebd.). Kritische Stimmen merken allerdings an, dass diese Rendite durch öffentlich finanzierte Gesundheitsdienstleistungen erwirtschaftet wird (vgl. Böhlke et al. 2009: 7). Die Gewinnerorientierung ist aus Sicht von Augurzky et al.

³⁸ So lag der Anteil an öffentlichen Krankenhäusern, die in privatwirtschaftlicher Form geführt werden, 2018 bei 59,8% (Statistisches Bundesamt 2018; eigene Berechnung).

³⁹ Die Investitionspflicht der Länder ist eine Säule der dualen Finanzierung im Krankenhaussektor. Die zweite Säule bezieht sich auf die Finanzierung der laufenden Kosten der Krankenhäuser. Diese werden in erster Linie von den Krankenkassen erstattet. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KH EntgG) ist die Höhe der Erlöse geregelt (Blum 2012: 148). Schulten und Böhlke weisen auf einen deutlichen Investitionsstau im Krankenhaussektor hin, der in verschiedenen Studien unterschiedlich eingeschätzt wird und sich zwischen 20 bis 100 Mrd. Euro bewegen soll (Schulten/Böhlke 2009: 101).

durchaus mit den Zielen einer qualitativ hochwertigen Leistungsversorgung vereinbar. Die Krankenhausführung bestehe in Häusern mit privater Trägerschaft oftmals aus einem professionellen Aufsichtsgremium und einem erfolgsorientierten Management, die in ihrer Zielsetzung relativ homogen sind. Im Mittelpunkt stehen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und die Verbesserung der Wettbewerbsposition, die u. a. durch den Qualitätswettbewerb mit anderen Krankenhäusern erreicht werden soll. Daher bestehe auch ein Interesse an qualitativ hochwertigen Leistungen (Augurzky et al. 2012: 13f.). Die Öffnung des Krankensektors für private Träger hat in Deutschland zu einer Konzentration von einigen wenigen Anbietern geführt. Im deutschen Krankenhausmarkt sind vor allem vier große Konzerne vertreten: Rhön Kliniken AG, Helios-Kliniken Gruppe, Asklepios Kliniken GmbH und die Sana Kliniken AG (vgl. Schulten/Böhlke 2009: 107).

Da private Krankenhäuser in der Regel über bessere Investitionsmittel verfügen, können sie ihre Position im Wettbewerb stärken. Aufgrund fehlenden Refinanzierungsmöglichkeiten würden sich besonders für die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft Nachteile im Wettbewerb ergeben, denn ohne Investitionskapital verschlechtern sich auch die Möglichkeiten zur Optimierung der Betriebsabläufe (vgl. Augurzky et al. 2012: 11; Hajen et al. 2013: 180; Schulten/Böhlke 2009: 101). Zudem seien die privaten Klinikbetreiber in der Regel besser mit den aus dem produktionswirtschaftlichen Bereich stammenden betriebswirtschaftlichen Instrumenten vertraut und verschärfen durch ihre ökonomische Ausrichtung den Konkurrenzdruck. Bode zufolge können sie als wichtige Trendsetter gesehen werden, die als Katalysator für die Durchsetzung einer erwerbswirtschaftlichen Steuerungsrationale wirken. Die Implementierung privatwirtschaftlicher Managementmethoden in das ehemals gemeinnützig orientierte System der Gesundheitsversorgung bewirke eine Transformation von „innen“ heraus (Bode 2010: 196).

3.2 Interne Restrukturierungsprozesse

Die Zunahme des wirtschaftlichen Drucks in den Krankenhäusern führt zu zahlreichen Restrukturierungsprozessen, die mit verschiedenen Auswirkungen auf die Pflege einhergehen. Pflege als eine der zentralen Berufsgruppen im Krankenhaus ist in den spezifischen Bezugsrahmen der Organisation Krankenhaus eingebunden. Die pflegerische Arbeit ist neben der medizinischen eine der tragenden Säulen in der Patientenversorgung und somit für das Funktionieren eines Krankenhauses von zentraler Bedeutung. Die Einbindung der Pflege in die Krankenhausprozesse ist vielschich-

tig und beinhaltet verschiedene Dimensionen. Allein schon im Hinblick auf den Aspekt der Organisation zeigen sich verschiedene Ausprägungen. Dieser kann sich zum einen auf die Organisation der Pflege als Berufsgruppe beziehen, z. B. im Hinblick auf die personelle Organisation auf den Stationen. Zum anderen können sich organisatorische Aspekte auf die Organisation der Pflegearbeit beziehen. So kann Pflege z. B. im Rahmen der Funktionspflege oder der Bereichspflege organisiert sein, neuerdings ist auch öfter von dem Pflegeorganisationsprinzip des Primary Nursing die Rede (vgl. Manthey 2005; Marrs 2008). Neben der Organisation der Pflegearbeit spielt auch die institutionelle Einbindung der Pflege eine Rolle für die Arbeitssituation und die Arbeitszufriedenheit, z. B. im Hinblick auf den Stellenwert der Pflege und die Einbindung der Pflege in die Veränderungsprozesse. Nicht nur die Einbindung der Pflege in den Kontext Krankenhaus ist vielschichtig. Auch die pflegerische Arbeit kann Brandenburg und Dorschner zufolge in verschiedene Aspekte differenziert werden: den handwerklich-technischen, den kommunikativen, den organisatorischen und den institutionellen Aspekt (Brandenburg/ Dorschner 2003: 39ff).⁴⁰

Inwiefern die beschriebenen externen Veränderungen im Krankenhausesektor in die interne Struktur der Krankenhäuser übersetzt werden, wird im Folgenden beschrieben. Zunächst im Hinblick auf neue Managementkonzeptionen und Umstrukturierungen in den Organisationsstrukturen (Kap. 3.2.1). Anschließend werden einige zentrale Veränderungsprozesse im Bereich der Pflege im Kontext Krankenhaus dargestellt. Nach einer kurzen Skizze zu den personellen Veränderungen in der Pflege, die als Resultat der Rationalisierungsmaßnahmen interpretiert werden können, werden Konzeptionen zur Neustrukturierung der Aufgaben im Krankenhaus vorgestellt, insbesondere im Hinblick auf die pflegerischen Aufgabenbereiche (Kap. 3.2.2).

3.2.1 Neue Managementformen und Organisationsstrukturen

Managementkonzeptionen

In Bezug auf die Veränderungsprozesse in vielen Krankenhäusern ist der Begriff des „Managens“ allgegenwärtig: Lean Management, Prozessmanagement, Entlassungsmanagement oder Case-Management stehen beispielhaft für die Neuausrichtung. Diese Managementansätze kommen teilweise aus dem produktionswirtschaftlichen

⁴⁰ Diese Differenzierung wird in dieser Arbeit z.T. in modifizierter Form genutzt, in dem der handwerklich-technische und der kommunikative Aspekt, also die Aspekte, die auf die direkte Arbeit mit den Patient/innen ausgerichtet sind, als inhaltliche Dimension bezeichnet werden und die organisatorischen und institutionellen Aspekte als organisatorische Dimension bezeichnet werden. (vgl. auch Grimm 2013).

Sektor, z. B. in Form einer Adaption des Lean Managements⁴¹, beinhalten aber auch Elemente des New Public Management (NPM) aus dem Bereich des öffentlichen Sektors. Als zentrale Ausrichtung dieser Konzepte wird sowohl die Kunden-, Leistungs- und Qualitätsorientierung als auch die Wettbewerbsorientierung gesehen (vgl. Pöhls 2012: 12ff; Schedler/Proeller 2003: 57ff.).

Im Zusammenhang mit den Restrukturierungsmaßnahmen spielt das Prozessmanagement eine wichtige Rolle. Bisher sei die Organisation der Krankenhäuser mit ihrer Orientierung auf die verschiedenen Funktionsbereiche und Abteilungen Stemmer und Böhme zufolge zu wenig auf den eigentlichen Behandlungsprozess fokussiert. Als zentrale Problemfelder im Krankenhaus werden Abstimmungsprozesse und die Kommunikation zwischen den einzelnen, in die Leistungserbringung eingebundenen Berufsgruppen gesehen, insbesondere werden hier Differenzen zwischen dem pflegerischen und ärztlichen Personal angesprochen (Stemmer/Böhme 2008: 203; auch Stratmeyer 2010: 359). Die Orientierung auf eine Optimierung der Prozesse rund um das Leistungsgeschehen im Krankenhaus ist ein zentraler Faktor des Prozessmanagements. Die Maßnahmen und Instrumente zur Prozessoptimierung sind vielfältig. So werden zum einen verschiedene Managementinstrumente installiert, die den Behandlungsprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung steuern und verbessern sollen. Neben einem zentralen Versorgungsmanagement, welches die Leistungen der einzelnen Berufsgruppen koordinieren soll, ist das Case Management ein prominentes Beispiel für neue Steuerungsformen in der Patientenbehandlung (Ewers 2011; Rong 2010; Stemmer/Böhme 2008). Unter Case Management wird u. a. eine „systematisch vorgehende, auf Interaktion und Kooperation basierende sowie auf Bedarfsdeckung, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zielende kooperative Steuerung von Versorgungsprozessen“ verstanden (Ewers 2011: 643)⁴². Case Management wird als geeignetes Instrument für eine Verbesserung der Behandlungsqualität, eine effizientere Verteilung der Ressourcen und eine Optimierung der Verweildauer angesehen (vgl. Rong 2010: 369; Stemmer/Böhme 2008: 201). Auf der Systemebene des Krankenhauses beinhaltet das Case Management die Steuerung und das Controlling eines leistungsbezogenen Ressourceneinsatz, während auf der Patientenebene

⁴¹ Lean Management gilt als das Erfolgsmodell des japanischen Autoherstellers Toyota und steht für schlanke Organisationsstrukturen und eine Ausrichtung aller Unternehmensaktivitäten auf den Kundennutzen sowie die Vermeidung bzw. Reduzierung aller Tätigkeiten auf ein „unumgängliches Maß“, die keinen Beitrag zum Kundennutzen leisten (vgl. Pöhls 2012: 11). Lean Management läuft im Bereich der Gesundheitsversorgung auch unter dem Begriff „Lean Hospital“ (vgl. Pöhls 2012: 14) oder „Lean Healthcare“ (vgl. Bär/Pohlmann 2016: 240).

⁴² Ewers weist darauf hin, dass es keine einheitliche Definition von Case Management gibt, sondern verschiedene Definitionen existieren. Er beruft sich bei seiner Definition auf die oft zitierte Definition der „Case Management Society of America“ (CMSA) (Ewers 2011: 643).

die „individuenbezogene Steuerung des Behandlungs- und Pflegeprozesses“ im Vordergrund steht (Stemmer/Böhme 2008: 201).

Zum anderen wird eine Prozessoptimierung durch Standardisierungen im Behandlungsablauf angestrebt. Ein Instrument ist hier die Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden, die alle für die Behandlung notwendigen medizinischen, pflegerischen und administrativen Maßnahmen auf der Basis evidenzbasierter Standards beinhalten (vgl. Vera 2009: 15). Hiervon verspricht man sich neben einer „optimalen Behandlung“ auch eine „Erleichterung der interdisziplinären Zusammenarbeit der am Behandlungsprozess beteiligten Akteure.“ (Vera 2009: 15). Auch eine Neuverteilung der Tätigkeiten und Aufgabenbereiche im Krankenhaus wird im Zuge der Restrukturierung vielfach diskutiert. Sowohl der ärztliche als auch der pflegerische Tätigkeitsbereich werden im Hinblick auf Entlastungs- und Rationalisierungspotentiale beleuchtet ([vgl. Kap. 3.2.2](#)).

Führungs- und Organisationsstrukturen

Die neue Managementausrichtung in den Krankenhäusern korrespondiert vielerorts mit einem Wandel der Führungsstruktur. Im Sinne des New Public Management scheint sich ein Wandel vom „Verwalten“ der Krankenhäuser zum „Managen“ der Krankenhäuser abzuzeichnen (vgl. Schedler/Proeller 2003: 5ff.). Das klassische Dreiergremium, in der Regel bestehend aus dem Verwaltungsdirektor, dem ärztlichen Direktor und der Pflegedirektorin wurde in vielen Krankenhäusern – häufig auch im Zusammenhang mit Veränderungen in der Rechtsform der Krankenhäuser oder Fusionierungen – restrukturiert, indem eine Geschäftsführung an die Spitze der Krankenhausleitung berufen wurde, die zumeist einen wirtschaftswissenschaftlichen Hintergrund hatte (Simon 2014: 163). Diese Restrukturierung beinhaltet Simon zufolge eine Aufwertung der aus der Wirtschaft kommenden Geschäftsführung, da diese oftmals die letztendliche Entscheidungskompetenz hat (ebd.). Im übergeordneten Management der Krankenhäuser würden strategische Unternehmensziele vorgegeben und die Budgetverhandlungen für die einzelnen Zentren geführt, z. T. auch durch die Beratung von externen Unternehmensberatungen (Bode 2010: 199; Marrs 2008: 26). Gleichzeitig wird eine Abwertung der Pflege konstatiert, da Pflegeleitungen zwar noch auf der Ebene der einzelnen Abteilungen oder Teilkliniken zusammen mit ärztlichen Leitungen vertreten sind, in den obersten Leitungsgremien der Krankenhäuser aber immer seltener zu finden sind (Simon 2014: 163; auch Bartholomeyczik 2013: 47). Gürkan und König werfen in diesem Zusammenhang die Frage auf, ob die Pflege tatsächlich in dem obersten Leitungsgremium eines Krankenhauses vertreten sein

müsse. Bundesweit zeige sich hier ein „plurales Bild“, es gäbe auch keine einheitliche Regelung in Bezug auf die Zusammensetzung der Klinikleitungsgremien (Gürkan/König 2019: 138). Da die Pflege aber eine wesentliche Rolle in Bezug auf die Patientenversorgung einnehmen würde, sollte sie aus Sicht der Autorinnen in der obersten Führungsebene vertreten sein (ebd.: 140). Im Gegensatz hierzu lehnt Scupin die traditionelle berufsständische dreiteilige Führung ab, da eine „Berufsgruppenorientierung“ in der Hierarchie für Prozesse kontraproduktiv sei (vgl. Scupin 2005: 201). Auch Mühlbauer sieht die Pflegeleitungen eher in einer untergeordneten Rolle. Da das DRG-System auf ärztliche Entscheidungstatbestände zugeschnitten ist, werden Pflegeleitungen aus seiner Sicht zukünftig eher im „Nebenamt“ tätig sein, z. B. in der Rolle einer erweiterten Betriebsleitung, die eventuell in Fachabteilungen neben oder unter ärztlichen und ökonomischen Leitern tätig ist (Mühlbauer 2005: 284). Die Aufbauorganisation in den Krankenhäusern sollte derart gestaltet sein, dass entweder eine „unimodale Führungsstruktur“ bestehend aus einer ökonomischen Geschäftsführung oder eine „bimodale Führungsstruktur“ bestehend aus ärztlichen und einer ökonomischen Leitung vorherrschend ist (Mühlbauer ebd.: 283f.).⁴³

Inwieweit sich jetzt aber eine Neuausrichtung der Krankenhausführung an industriell-betriebswirtschaftlich orientierten Organisationsstrukturen – auch im Sinne einer verstärkten Markt- und Profitorientierung – abzeichnet, ist Bär und Pohlmann zufolge noch unklar. In einer Studie, die sich u. a. mit der Frage beschäftigt, ob sich die Organisationsform der Krankenhäuser von einer bürokratisch-professionellen Verwaltung zu einem „industrieeähnlichen Betrieb“ wandeln, kommen sie zu dem Ergebnis, dass zwar eine zunehmende „Verbetriebswirtschaftlichung“ der Krankenhäuser zu erkennen ist und sich ärztliche Direktoren in ihren „kollektiven Deutungsroutinen“ an Aspekten des New Public Management orientieren würden. Insgesamt seien die Führungskonstellationen im Krankenhaus aber noch weit von Geschäftsführermodellen aus der Industrie entfernt, insbesondere in Bezug auf die dort vorherrschenden „weitreichenden Entscheidungsbefugnissen“. Die Veränderungen in den Krankenhäusern hätten tendenziell noch nicht zu einer stärkeren Markt- und Profitorientierung geführt (Bär/Pohlmann 2016: 229ff.)⁴⁴. Eine stärkere Verpflichtung des Krankenhausmanagements auf monetäre Ziele ist Simon zufolge durch die Umstrukturierungen auf der obersten Führungsebene jedoch möglich. Diese sei in ihren Ent-

⁴³ Vgl. auch Grimm 2013.

⁴⁴ Bär und Pohlmann konzentrieren sich in ihrer Studie auf Krankenhäuser in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft, u. a. da diese – bezogen auf die Bettenzahl der Krankenhäuser – eine dominante Rolle einnehmen. Die Autoren äußern die Vermutung, dass privatwirtschaftlichen Krankenhäusern stärker markt- und profitwirtschaftlich ausgerichtet seien (Bär/Pohlmann 2016: 245).

scheidungen mittlerweile an die Vorstellungen des Krankenhausträgers und seiner Aufsichtsgremien gebunden, stärker, als es noch zu Zeiten des gleichberechtigten Dreiergremiums der Fall war (Simon 2014: 163f.).

Der Wandel in der Führungsstruktur korrespondiert in vielen Krankenhäusern mit einer Dezentralisierung der Organisationsstrukturen. Um die in den neuen Managementformen verankerten Ziele der Kunden-, Leistungs- und Qualitätsorientierung zu erreichen, wird die Bildung von dezentralen, flachen Organisationen befürwortet (vgl. Schedler/Proeller 2003: 79ff.). Sie werden als wichtiger Faktor für die Steigerung der Prozessqualität und die Optimierung des Ressourceneinsatzes gesehen (Kirstein/Schmitz 2006: 18f, auch Vera 2009: 14). Die Einrichtung von dezentralen, in weiten Bereichen eigenverantwortlich arbeitenden Einheiten kann als Ausdruck einer neuen, marktorientierten Steuerungsform gesehen werden, bei der sowohl die Autonomie als auch die Verantwortung für die operativen Ebenen ansteigen (vgl. Marrs 2008: 20ff.).⁴⁵ Sie beinhaltet eine verstärkte Einbindung der Mitarbeiter/innen in die unternehmerische Verantwortung, da die Zentren hinsichtlich des Budgets und der Ergebnisse als eigenständige Einheiten agieren (vgl. Kirstein/Schmitz 2006: 18f.; Marrs 2008: 20).

Da gerade in Dienstleistungsberufen die Unternehmen vom Engagement, der Kooperation und der qualifizierten Arbeit der Beschäftigten abhängig sind, gleichzeitig aber kaum Einflussmöglichkeiten darauf haben, in welcher Intensität die Mitarbeiter/innen ihre Arbeit zur Verfügung stellen, müssen die Unternehmen Marrs zufolge auf die Interessen ihrer Beschäftigten eingehen, um sich deren Engagement zu sichern (Marrs 2008: 23). Dieses tun sie z. B. in Form von Beschäftigungssicherheit, Aufstiegsmöglichkeiten und Autonomiespielräumen. Durch die Verlagerung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten vom Management auf die „operative Ebene“ sollen die Handlungsspielräume der Beschäftigten erweitern werden, um ihnen die Möglichkeit zu „subjekthaftem“ Handeln zu geben (ebd.: 19ff.). Der eigentliche Ursprung und Gedanke des Steuerungskonzeptes der „verantwortlichen Autonomie“⁴⁶ verliert Marrs zufolge unter ökonomischen Bedingungen allerdings seinen sozial in-

⁴⁵ Marrs zufolge geht es in den Steuerungsformen u. a. um die Frage, wie es den Unternehmen gelingt, das „Arbeitsextraktionsproblem, also die „problematische Transformation von Arbeitskraft in Arbeit“ zu lösen (Marrs 2008: 15).

⁴⁶ In Abgrenzung zur direkten Kontrolle der Leistungserbringung des Taylorismus wurden Anfang der 1990er Jahre Managementinstrumente eingeführt, die als „verantwortliche Autonomie“ (Friedman 1977) bezeichnet werden können. Diese Ansätze propagierten eine neue Form der Mitarbeiterorientierung, in der die subjektiven Leistungen und Potenziale der Arbeitnehmer/innen als zentraler Wettbewerbsvorteil gesehen wurden und auf Hierarchieabbau, Dezentralisierung, Selbstorganisation und neue Beteiligungsformen gesetzt wurde (Marrs 2008: 12ff.). In der Arbeits- und IndustriesozioLOGIE wird in diesem Zusammenhang häufig von der Subjektivierung der Arbeit gesprochen (vgl. Moldaschl/Voß 2002).

tegrativen Charakter. Durch die verstärkte Orientierung an marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten würden aus den sozialen Tauschbeziehungen zunehmend ökonomische. Auch wenn es zwar weiterhin darum gehen würde, den Beschäftigten ein subjekthaftes Handeln zu ermöglichen, kommt eine neue Komponente hinzu, indem die Beschäftigten auch in ökonomischer Hinsicht „unmittelbar für die Anforderungen des „Marktes“ und für die Bewältigung des permanenten Marktdrucks“ Verantwortung übernehmen sollen (ebd.: 20). Eichhorn weist schon vor der Neustrukturierung des Krankenhaussektors auf die Notwendigkeit einer „Professionalisierung“ des ärztlichen und des pflegerischen Managements hin, Professionalisierung verstanden als

„die volle Einbeziehung des Arztdienstes und des Pflegedienstes in die Entscheidungs- und Organisationsverantwortung, in die Führungsverantwortung und vor allem in die Finanzverantwortung.“ (Eichhorn 1995: 27).

3.2.2 Veränderungsprozesse im Bereich der Krankenhauspflege

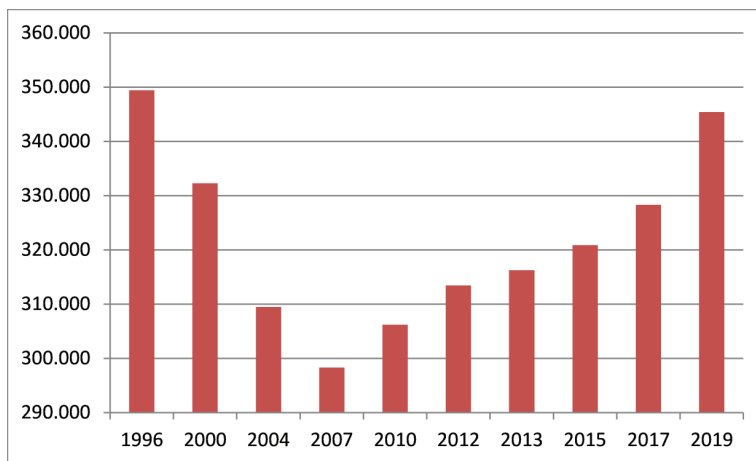
Die Restrukturierungsmaßnahmen in vielen Krankenhäusern zeichnen sich im Bereich der Pflege vor allem durch Rationalisierungen in Bereich der personellen Ausstattung aus. Diese werden im Folgenden in den Blick genommen. Anschließend stehen einige Konzepte zur Neustrukturierung im Fokus, die Aufschluss darüber geben, welche Rolle der Pflege im neu strukturierten Krankenhaus zudedacht wird.

Personelle Entwicklung

Die personelle Entwicklung in der Krankenhauspflege kann als ein zentrales Beispiel für die Rationalisierungsmaßnahmen im Krankenhaus gesehen werden. Da die Einnahmen aufgrund der Budgetdeckelungen und der pauschalen Vergütung nur bedingt gesteigert werden können, ist eine Steigerung der Effizienz und die Ausschöpfung möglicher Wirtschaftlichkeitsreserven in erster Linie nur durch eine Begrenzung der Ausgaben möglich (vgl. Gerlinger/Mosebach 2009: 17; Schulten/Böhlke 2009: 108). Im Fokus der Kostensenkungsbemühungen steht dabei insbesondere der personelle Bereich. Wie in allen personellen Dienstleistungsorganisationen sind auch in den Krankenhäusern die Personalkosten besonders hoch. Sie liegen durchschnittlich bei ca. 2/3 aller Gesamtkosten (Simon 2014: 166). Die Pflege als größte Berufsgruppe im Krankenhaus ist in besonderem Maße von diesen Rationalisierungsmaßnahmen betroffen. Ein Blick auf die Stellenentwicklung in der Pflege seit Beginn der verschärften Budgetdeckelungen 1996 zeigt, wie eng die Personalentwicklung an die jeweiligen finanziellen Rahmenbedingungen gekoppelt ist (vgl. Tabelle 2). Nachdem in der ersten Hälfte der 1990er Jahre als Reaktion auf den Ende der 1980er Jahre

ausgerufenen Pflegenotstand eine Aufstockung des Pflegedienstes in den Krankenhäusern stattgefunden hat, kam es ab 1996 aufgrund verschärfter Budgetdeckelungen, der Aussetzung der Pflege-Personalregelung (PPR)⁴⁷ und der Einführung der DRGs 2004 in den Jahren bis 2007 zu einem Abbau von über 50.000 (-14,6%) vollzeitäquivalenten Stellen in der Pflege (vgl. Isfort et al. 2011: 7; Simon 2014a: 166). Der stärkste Rückgang fand zwischen 2003 bis 2007 statt. Auch wenn die Einführung der DRGs nicht als alleinige Ursache für den Stellenabbau gesehen werden kann – so spielt die seit den 1990er Jahren verfolgte restriktive Finanzpolitik im Krankenhaussektor ebenfalls eine Rolle⁴⁸ – hat die Umstellung auf das Fallpauschalensystem den Trend zum Stellenabbau weiter verstärkt (vgl. Isfort 2010: 24). Ab 2008 ist ein leichter Aufwärtstrend im Bereich des Pflegepersonals zu erkennen, der in den folgenden Jahren weiter anhält.

Abbildung 2 Entwicklung Pflegepersonal in Krankenhäusern von 1996-2019 (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt)



Quellen: Bölt/Graf 2012; Statistisches Bundesamt 2013; 2014; 2016; 2018; 2021; eigene Berechnung

Dieser Trend lässt sich auf verschiedene Programme zurückführen, die ins Leben gerufen wurden, um die prekäre Personalsituation in der Pflege zu mildern. So wurde

⁴⁷ Die Pflege-Personalregelung (kurz PPR) wurde als Reaktion auf den Ende der 1980er Jahre ausgerufenen Pflegenotstand im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 eingeführt. Die Inkraftsetzung der PPR war mit dem konkreten Ziel verbunden, 26.000 zusätzliche Pflegestellen zu schaffen (Simon 2009: 103; Bartholomeyczik 2011: 516). Nachdem von 1992 bis 1995 ca. 25.000 neue Pflegestellen geschaffen wurden, wurde die PPR im Rahmen der verschärfen Budgetdeckelungen 1996 ausgesetzt und 1997 dann ganz aufgehoben (Simon 2009: 103).

⁴⁸ Simon zufolge wurden seitens des Bundes wiederholt die Budgets der Krankenhäuser limitiert, um die gesetzlichen Krankenversicherungen zu entlasten. 2007 wurden z. B. alle Krankenhausrechnungen per Gesetz um 0,5% gekürzt (Simon 2014: 165)

2009 seitens des Bundes das Pflegesonderprogramm in das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (§ 4 Abs. 10 KHEntgG) aufgenommen und regelte die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel für die Krankenhäuser in den Jahren 2009 bis 2011. Im Laufe der Jahre wurden weitere Maßnahmen initiiert, z. B. gibt es seit 2012 die Möglichkeit, im Rahmen der PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Scores) Zusatzentgelte für hoch aufwendige Pflege zu erhalten (vgl. Wieteck 2019: 170). Auch wurden 2019 in bestimmten Bereichen Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt.⁴⁹ Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), welches 2018 vom Bundeskabinett verabschiedet wurde, wurde der Grundstein für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs gelegt. Seit 2020 erfolgt die Finanzierung der Pflegepersonalkosten durch ein gesondertes Pflegebudget, welches krankenhausspezifisch auf der Basis des Selbstkostendeckungsprinzips vereinbart wird (vgl. Leber/Vogt 2020: S. 113; Wieteck 2019: 171).

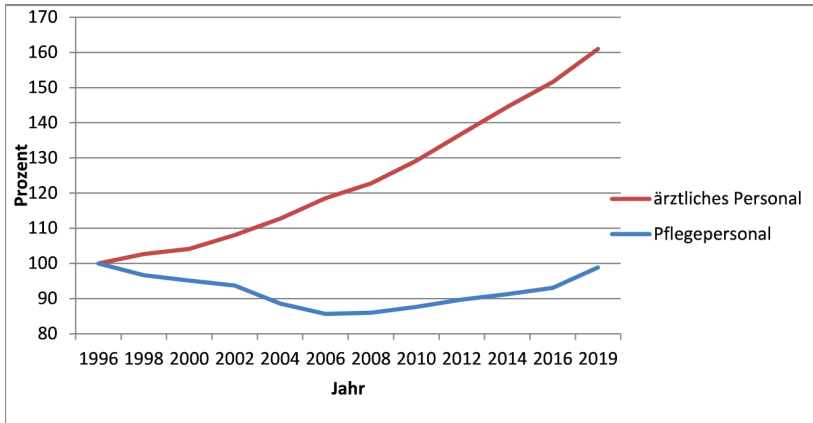
Auch wenn sich in der obigen Tabelle seit einigen Jahren ein Wiederanstieg der Vollkräfte in der Pflege im Jahresdurchschnitt zeigt, ist die Lage weiterhin angespannt. Simon weist darauf hin, dass auch schon vor der Einführung der DRGs eine langjährige Unterbesetzung in der Pflege bestand (Simon 2019b: 219). Dementsprechend gab es auch schon 1996 zu wenig Pflegepersonal in den Krankenhäusern. Deutlich wird – wie die Entwicklung der personellen Situation in den letzten 20 Jahren zeigt – dass die Koppelung der Stellensituation an die finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser ohne die verbindliche Festsetzung von Bemessungsgrundlagen die Möglichkeit bietet, die Pflege als Rationalisierungspuffer zu nutzen. Dabei scheint insbesondere der Umstand problematisch zu sein, dass die Pflege im Gegensatz zum „erlösnahe“ ärztlichen Personal als „erlösfern“ gesehen wird (vgl. Oswald/Bunzemeier 2020: 150). In den DRGs war der Beitrag der Pflege zur Erreichung des Zieles der Organisation Krankenhaus, der Versorgung der Patient/innen, bis auf die Zusatzentgelte nahezu unsichtbar, da die Fallpauschalen auf medizinischen Diagnosen beruhen. Die personellen Entwicklungen in der Pflege in den Jahren nach der Einführung der DRGs haben deutlich gezeigt, dass die Pflege im Krankenhaus vor allem als Kostenfaktor und nicht als „wertschöpfende Dienstleistung“ wahrgenommen wurde (vgl. auch Bartholomeyczik 2011: 518).

In der personellen Entwicklung im Vergleich zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus spiegelt sich die Frage nach der Sichtbarkeit bzw. Unsichtbarkeit von pflegerischen Leistungen in Bezug auf die Generierung von Erlösen im Krankenhaus.

⁴⁹ Für 2019 wurden die Pflegepersonaluntergrenzen für den Bereich der Intensivpflege, der Geriatrie, der Neurologie, der Herzchirurgie, der Kardiologie und der Unfallchirurgie festgelegt (vgl. Leber/Vogt 2020: 122).

Hier zeigt sich ein großer Unterschied zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal. In gleichen Zeitraum, indem verstärkt pflegerisches Personal abgebaut wurde, kam es zu einem deutlichen Anstieg von ärztlichem Personal (vgl. Abb. 3).

Abbildung 3 Entwicklung ärztliches und pflegerisches Personal von 1996-2019 (Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern. Index 1996= 100%)



Quellen: Bölt/Graf 2012; Statistisches Bundesamt 2013; 2015; 2017; 2021 eigene Berechnungen

Während es im pflegerischen Bereich wie beschrieben zunächst zu einem deutlichen Abbau von vollzeitäquivalenten Pflegestellen kam, zeigt sich im ärztlichen Bereich ein Zuwachs von über 60% (von 104.352 Stellen 1996 auf 167.952 2019). Auch ein Blick auf die Entwicklung der Personalkosten in den Krankenhäusern zeigt einen deutlichen Unterschied. Während die Kosten für das Pflegepersonal von 26,0% (2003) auf 21,3 (2017) gesunken sind, sind die anteiligen Kosten für das ärztliche Personal von 17,1 (2003) auf 22,7% gestiegen (Oswald/Bunzemeier 2020: 149). Die internen Umstrukturierungsmaßnahmen betreffen also keineswegs alle Berufsgruppen in gleichem Maße. Simon spricht von einer erheblichen sozialen Ungleichheit in Bezug auf die Rationalisierungsmaßnahmen. Der hohe Zuwachs im ärztlichen Bereich lässt sich in erster Linie dadurch erklären, dass die hiermit verbundenen Kosten zulasten anderer Kostenbereiche gehen, u. a. dem des Pflegedienstes (Simon 2014: 168). Deutlich wird, dass die Ärzteschaft als „Leitprofession“ als zentraler Akteur im Zusammenhang mit den Wertschöpfungsprozessen im Krankenhaus gesehen wird (Bär/Starystach 2018: 387). Simon konstatiert in diesem Zusammenhang, dass in den Diskussionen zur Ökonomisierung in den Krankenhäusern der Aspekt der sozialen Ungleichheit bislang zu wenig Aufmerksamkeit bekommen habe (Simon 2014: 171). Er behauptet, dass es nicht nur „Verlierer“, sondern auch „Gewinner“ gibt und führt

diesen Umstand zum einen auf schon bestehende soziale Unterschiede zurück, z. B. den sozial ungleich verteilten Zugang zu Managemententscheidungen. Zum anderen würden die Ökonomisierungsprozesse die vorhandenen Ungleichheiten festigen und verstärken:

„Unter den Bedingungen eines zunehmenden externen ökonomischen Drucks können statushöhere Gruppen aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden größeren Ressourcen die eigene Position ausbauen und beispielsweise Kostensenkungsprogramme unter Verweis auf eine externe Bedrohung der Organisation für Umverteilungen zu ihren Gunsten nutzen.“ (Simon 2014: 171).

Auch wenn Pflege zunehmend als Erfolgs- und Wertschöpfungsfaktor für das Krankenhaus betrachtet wird und in den Blickpunkt des strategischen Krankenhausmanagements rückt (vgl. Hug 2019; Deereberg-Wittram 2019), zeigen sich hier weiterhin große Statusunterschiede zwischen den Berufsgruppen. Der Pflegeberuf ist im Vergleich zum ärztlichen Beruf deutlich weniger prestigeträchtig. Nicht nur im Hinblick auf die Sichtbarkeit der erbrachten Leistungen in Bezug auf die Erlösgenerierung, auch hinsichtlich der sozialen Anerkennung steht die Pflege hinter der Medizin zurück. Rohde führt dieses schon 1974 auf den Umstand zurück, dass der Arzt als Experte erscheint, während die Pflege eher als diffuse, hausarbeitsnahe Tätigkeit wahrgenommen wird. Letztere stehe nicht im Fokus der sozialen Anerkennung, denn die

„Wertschätzung des Krankenhauses im allgemeinen liegt wohl vor allem in dessen medizinischer Leistungsfähigkeit begründet, die für die Gemeinvorstellungen eher durch die Rolle des Arztes repräsentiert wird.“ (Rohde 1974: 278ff).

Ein zentrales Problem in Bezug auf die personelle Situation ist die Frage nach der Bemessungsgrundlage für das Pflegepersonal im Krankenhaus. Die seit dem Aussetzen der PPR im Jahre 1996 virulente Frage nach einem geeigneten Instrument zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus wurde im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege wieder aufgenommen. Anfang 2020 haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Gewerkschaft ver.di mit der PPR 2.0 ein neues Pflegepersonalbemessungsinstrument vorgelegt, mit der Erwartung an die Politik, dieses zeitnah aufzugreifen und den Gesetzgebungsprozess zu starten. Dieses Instrument sollte die Pflegepersonaluntergrenzen ersetzen⁵⁰. Die Einführung der Pflege-Budgets und die Bemühungen für eine neue Bemessungsgrundlage zeigen, dass die angespannte Situation in der beruflichen Pflege im Krankenhaus

⁵⁰ Im April 2021 gab Jens Spahn als Bundesgesundheitsminister bekannt, dass er eine Roadmap für die Einführung einer Richtlinie für die Personalbemessung gesetzlich festlegen wolle. Die PPR 2.0 schätzt er aber als Provisorium ein, das als Bedarfsmessungsinstrument nicht ausreichend sei. Quelle: Aerzteblatt.de (26.04.2021). URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123310/Spahn-stellt-Roadmap-fuer-Pflegepersonalbemessung-in-Aussicht> [26.04.22].

verstärkt in den politischen Fokus gerückt ist. Ob und inwieweit die oben genannten Maßnahmen und Vorhaben tatsächlich zu einer Verbesserung der Situation der Pflege führen, ist noch nicht abschätzbar.

Neukonzeption pflegerischer Aufgabenbereiche

Im Zusammenhang mit den internen Umstrukturierungen in vielen Krankenhäusern werden auch die bisherigen Aufgabenbereiche der Berufsgruppen rund um die Patientenversorgung in den Blick genommen. Die traditionelle Aufbauorganisation mit ihren „berufsgruppenbezogenen Säulen“ (Stemmer 2008: 10) steht nicht nur im Bereich der Krankenhausführung auf dem Prüfstand, sie wird auch insgesamt als nicht mehr angemessen gesehen, um den aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen begegnen zu können. Nicht nur der gestiegene wirtschaftliche Druck, auch Veränderungen im Alters- und Krankheitsspektrum und zunehmende Schwierigkeiten im Hinblick auf die Personalrekrutierung – sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich – würden einen Umgestaltungsprozess in den verschiedenen Gesundheitsberufen hinsichtlich der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche notwendig machen (vgl. Offermanns 2010: 5ff.; Robert-Bosch-Stiftung 2013: 9; Schaeffer 1998 6; Stemmer/Böhme 2008: 198).⁵¹ Im Fokus der Bemühungen seitens der Krankenhäuser stand zunächst das ärztliche Personal, welches durch die Delegation von Aufgaben in den Bereich der Pflege entlastet werden sollte. Um die hierdurch zunehmenden Belastungen im pflegerischen Bereich zu entschärfen, sei eine Delegation von Aufgaben aus dem pflegerischen Tätigkeitsfeld an andere Berufsgruppen notwendig, der sogenannte „Kaskadeneffekt“ (Offermanns 2010: 7).

Wie und in welcher Form die Neuverteilung der Aufgaben gestaltet werden kann, wird unterschiedlich bewertet. Die Konzepte hierzu reichen von der Delegation einzelner Tätigkeiten aus dem pflegerischen Bereich an andere Berufsgruppen – vornehmlich Assistenz- und Servicekräfte (z. B. Offermanns 2010) über die Übertragung ganzer Aufgabenkomplexe an andere Berufsgruppen bis hin zu Konzepten, in denen eine interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Steuerung der Prozesse rund um die Patientenversorgung als wichtiger Faktor für eine effektive, funktionale und qualitative Versorgungsleistung angesehen wird (vgl. Dahlgaard/Stratmeyer 2005; Stemmer/Böhme 2008). Die Konzepte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Reichweite und berühren in unterschiedlicher Weise das Verhältnis zwischen den Berufen. Eine Delegation einzelner Tätigkeiten aus dem medizinischen Bereich an

⁵¹ Die Neuordnung der Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche wird nicht nur für den stationären Sektor gefordert, auch im Bereich der „primären Gesundheitsversorgung“ wird „Innovationsbedarf“ konstatiert (Stemmer/Böhme 2008: 198).

die Pflege oder aus dem pflegerischen Bereich an Service- oder Assistenzkräfte würde den Verantwortungsbereich von Medizin und Pflege relativ unangetastet lassen, während eine verstärkte Einbindung der Pflege in die Steuerung der Prozesse rund um die Patientenversorgung oder auch die eigenverantwortliche Übernahme von Aufgabenkomplexen aus dem medizinischen Bereich eine Erweiterung der pflegerischen Handlungs- und Entscheidungsspielräume notwendig machen würde (vgl. Stemmer/ Böhme 2008: 199). In Bezug auf die Delegation ärztlicher Tätigkeiten in den Bereich der Pflege besteht Roßbruch zufolge allerdings aus arbeits- und zivilrechtlicher Hinsicht Klärungsbedarf (Roßbruch 2003).

Konzepte, die einen verstärkten Einsatz von Assistenz- und Servicekräften beinhalten, werden in erster Linie seitens der Krankenhäuser befürwortet. Eine Studie des Deutschen Krankenhaus Institutes (DKI) zur „Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen“ (Offermanns 2010) kommt zu dem Schluss, dass eine Neuverteilung der Aufgaben unabdingbar ist und der verstärkte Einsatz von Assistenz- und Servicekräften positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben wird:

„Insgesamt betrachtet ist es für die Zukunft unabdingbar, dass die Prozesse im pflegerischen Bereich quasi neu gedacht werden und mit der Unterstützung von Service- und Assistenzkräften mehr Patientennähe für die dreijährig examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte erreicht werden kann, die zugleich mit einer größeren Patientenzufriedenheit einhergeht.“ (Offermanns 2010: 199).

Argumentiert wird, dass eine Entlastung der Pflegekräfte von Aufgaben, für die sie überqualifiziert sind, eine erhöhte Konzentration der Pflegenden auf ihre Kernkompetenzen zur Folge hat. Daraus würden sich eine größere Nähe des examinierten Personals zu den Patienten und eine größere Patientenzufriedenheit entwickeln können. Eine Neuverteilung der Aufgaben solle sich nicht an „Berufsgruppen und Hierarchien“ sondern am Patienten orientieren und die Optimierung der Prozesse rund um die Patientenversorgung in den Mittelpunkt stellen (ebd.: 195ff.). Besonders im Bereich der patientenfernen Tätigkeiten im Pflegedienst wird ein hohes Potenzial an Tätigkeiten gesehen, die an andere Berufsgruppen übertragen werden können, laut einer Studie vom Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) entfallen mehr als 20% der pflegerischen Arbeitszeit auf Tätigkeiten wie Dokumentation, Logistik und Beschaffung oder Hol- und Bringendienste (Blum 2003: 460). Aber auch im Bereich patientennaher Tätigkeiten wurden verschiedene Aufgaben ermittelt, die von Assistenz- oder Hilfskräfte übernommen werden können. Als delegationsfähig werden insbesondere Tätigkeiten angesehen, die keine spezifische pflegerische Kompetenz erfor-

dern. Für die Übernahme bestimmter Tätigkeiten im Bereich der Körperpflege und der Ernährung sei allerdings erforderlich, dass sie unter Aufsicht und Weisung von examinierten Pflegekräften stattfindet (Offermanns 2010: 199). Als geeignete Qualifikation für diese Hilfstätigkeiten wird eine gründliche Einarbeitung anhand von Leitfäden als ausreichend gesehen, eine Qualifizierung im Rahmen einer 1-2-jährigen Ausbildung zur Krankenpflegehelferin oder zur Pflegeassistentin sei nicht zwingend nötig. Der verstärkte Einsatz von Krankenpflegehelferinnen oder Pflegeassistentinnen in der Pflegepraxis wird eher skeptisch gesehen (ebd.). Die Übertragung von Aufgaben des Pflegedienstes an andere Berufsgruppen beinhaltet Offermanns zufolge auch die Frage nach den zukünftigen Aufgabenfeldern der examinierten Pflegekräfte. Durch die entstehenden Entlastungen seien die examinierten Kräfte stärker als bisher gefordert, ihre fachlichen Kompetenzen zum Ausdruck zu bringen. Zudem seien verstärkt organisatorische Kompetenzen und Führungsqualitäten gefordert. Die Neukonzeption der Aufgabenbereiche gehe daher mit einer deutlichen Zunahme der „Organisations-, Führungs- und Prozessverantwortung“ für die examinierten Pflegekräfte einher (ebd.: 197).

In diesem Zusammenhang kann auch eine in verschiedenen Krankenhäusern propagierte Umstellung des Pflegeorganisationssystems von der Bereichspflege zu dem Pflegesystem des Primary Nursing gesehen werden. Hier soll eine Pflegekraft für die Patient/innen während des gesamten Krankenhausaufenthaltes zuständig sein und von einer pflegerischen Assistentkraft unterstützt werden (vgl. Marrs 2008: 50). Der hierin enthaltene, verstärkte Einsatz von kostengünstigeren Servicekräften kann als Trend in Richtung einer tayloristischen Arbeitsteilung gesehen werden, bei der „als überbezahlt geltende Teil-Funktionen [...] aus ganzheitlicheren Berufsprofilen herausgeschnitten“ werden und von weniger oder anders qualifiziertem Personal übernommen werden (Bode 2010: 201; vgl. auch Marrs 2008: 50). Diese arbeitsteilige Form des Primary Nursing entspricht allerdings nicht dem Grundgedanken des in den 1980er Jahren von Marie Manthey entwickelten Systems des Primary Nursing. Manthey zufolge soll die Primary Nurse die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess eines Patienten übernehmen, von der Aufnahme und der Planung der Pflege, die Durchführung bis hin zur Entlassung. In diesem Aspekt, dass Pflegeplanung und Pflegedurchführung in der Hand derselben Person liegt, liegt ein Kernelement des Primary Nursing (Manthey 2005: 62). Es basiert darauf, dass die Person, die die Pflege durchführt, diese auch planen sollte, da sie „am ehesten die Angemessenheit oder Unangemessenheit des Pflegeplans beurteilen“ kann (Manthey 2005: 69). Die kontinuierliche Betreuung der Patienten wird durch die Zuteilung von Associated

Nurses gewährleistet. In den Schichten, wo die PN nicht im Dienst ist, übernehmen die ihr zugeordneten Pflegekräfte (Associated Nurse) die Versorgung, wobei sie sich strikt an die Anweisungen der primären Pflegekraft halten müssen, es sei denn, dass Befinden der Patienten macht eine Änderung erforderlich (Manthey 2005: 71). Aus Sicht der Pflegewissenschaft wird diese ursprüngliche Form des Primary Nursing in Bezug auf die aktuellen Herausforderungen aufgrund seiner Fallbezogenheit als auch seiner Prozess- und Patientenorientiertheit als besonders geeignet angesehen, die Prozesse der Versorgung zu optimieren. Es entspricht einem individuumbezogenen Case Management auf der Patientenebene (Stemmer/Böhme 2008: 201).

Die Übernahme von einzelnen Pflēgetätigkeiten durch Assistenzpersonen wird dabei auch kritisch beurteilt. So weisen Stemmer und Böhme zufolge internationale Studien bei einem verstärkten Einsatz von Assistenzkräften auf einen Informationsverlust hin, der möglicherweise die Sicherheit der Patienten gefährden könnte. Der Informationsverlust resultiere daraus, dass die Patienten einen engeren Kontakt zu den Assistenzkräften entwickeln würden und diese damit Zugang zu wichtigen Informationen hätten, die sie aber möglicherweise nicht richtig einschätzen könnten. Darüber hinaus sei für die Delegation von Pflēgetätigkeiten an Assistenzkräfte neben einer klaren Rollendefinition für diese neue Berufsgruppe auch die Bereitschaft und Qualifikation zur Übernahme der Verantwortung für die Delegation seitens der examinierten Pflegekräfte nötig. Beide Faktoren seien noch nicht hinreichend erfüllt (Stemmer/Böhme 2008: 206). Die Fragmentierung der pflegerischen Aufgaben in Einzeltätigkeiten schaffe neue Schnittstellen und erhöhe so die Gefahr von Informationsverlusten und Störungen im Prozessablauf (ebd.: 200).

Es wird deutlich, dass die althergebrachten Rollenmuster und Strukturen im Krankenhaus in Bewegung geraten. Eine Neuverteilung der Aufgaben rund um die Patientenversorgung wird als unabdingbar gesehen, ist aber auch mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden. Seitens der Pflege (-wissenschaft) ist dieser Umbruchprozess mit der Hoffnung auf einen Zugewinn an Einfluss und Autonomie verbunden, der keineswegs die „Transformation von Pflēgenden in „kleine MedizinerInnen“ meint, sondern eine Erweiterung des pflegerischen Handlungs- und Entscheidungsspielraums innerhalb des pflegerischen Feldes (Stemmer/Böhme 2008: 199). Dieser geht aus Sicht verschiedener Pflegewissenschaftler/innen notwendigerweise einher mit einer verstärkten Binnendifferenzierung der Pflege. Verschiedene Qualifikationsstufen seien nötig, um die sich verändernden Verantwortungsbereiche abzudecken (Rantzsch/Klein 2006: 225; Stemmer/Böhme 2008: 200).

3.3 Ökonomie und Gesundheitsversorgung

Die Umstrukturierungen im Krankenhaussektor werden oftmals unter dem Begriff Ökonomisierung diskutiert. Hiermit sind sowohl unterschiedliche Sichtweisen verbunden als auch unterschiedliche Erwartungen bezüglich der Auswirkungen dieses Veränderungsprozesses auf die Versorgungssituation und das Versorgungshandeln. In diesem Kapitel erfolgt zunächst eine theoretische Annäherung an den Begriff der Ökonomisierung unter Berücksichtigung der verschiedenen Positionen zu den ökonomisch induzierten Umstrukturierungen. Dabei wird sowohl auf Grenzen als auch auf verschiedene problematische Entwicklungen einer Ökonomisierung im Krankenhaussektor eingegangen (Kap. 3.3.1). Anschließend werden zentrale empirische Befunde zu den Auswirkungen dieses Umbruchprozesses auf die Pflege im Kontext Krankenhaus dargestellt (Kap. 3.3.2).

3.3.1 Zur Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung

Zentral für die Auseinandersetzung mit den Ökonomisierungsprozessen im Gesundheitswesen ist das Verhältnis zwischen ökonomischen und versorgungsrelevanten Aspekten. Sowohl wirtschaftliche als auch sozialetische Fragestellungen sind von besonderer Bedeutung für das Funktionieren dieses Systems. Die Notwendigkeit einer bestimmten Sozialetik oder auch normativen Ausrichtung im Bereich der Gesundheitsversorgung ergibt sich unter anderem aus dem spezifischen „Gegenstand“, um den es geht, dem hilfsbedürftigen Menschen. Viele der in diesem Bereich tätigen Akteure haben eine eigene Berufsordnung, in denen ethische Grundlagen für das berufliche Handeln verankert sind, z. B. dem ICN-Ethikkodex für Pflegende ([vgl. Kap. 2.3.1](#)).⁵² Grundlegend ist hier die Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patienten, finanzielle oder anderweitige Interessen sind im Konfliktfall aus Sicht der beruflichen Ethik nachrangig zu behandeln (vgl. Stüber 2013: 5f.). Die sozial (-ethischen) Aspekte richten sich somit direkt auf die Patientenversorgung. Aber auch die monetäre Seite spielt eine entscheidende Rolle in der Gesundheitsversorgung. Finanzierungsfragen stehen nicht erst seit den jüngsten Veränderungsprozessen im Fokus gesundheitspolitischer Maßnahmen, schon seit Beginn der Institutionalisierung des gesundheitlichen Sicherungssystems im 19. Jahrhundert spielten ökonomische Faktoren eine entscheidende Rolle (vgl. Bauer 2008: 143). Die Entstehung der Sozialversiche-

⁵² Im Bereich der Medizin gründet diese normative Ausrichtung u. a. auf dem Aspekt der Medizin als Profession. Bode spricht von einer „universalistischen Patientenorientierung“ als zentrale Kernreferenz des professionellen Handelns, die auf „wissensbasierter (Behandlungs-) Autonomie und affektiver Neutralität“ beruht. (Bode 2010: 192)

rungssysteme unter Bismarck – die auch heute noch entscheidende Säulen unseres Gesundheitssystems sind – zeigt, wie eng gesellschaftliche Interessen und die Gestaltung der Gesundheitsversorgung miteinander verflochten sind ([vgl. auch Kap. 2.1.1](#)). In rechtlicher Hinsicht lassen sich wirtschaftliche Aspekte u. a. im Bedarfsdeckungsprinzip⁵³ und im Wirtschaftlichkeitspostulat des öffentlichen Sektors finden (vgl. Bode 2010: 192; Mühlkamp 2003: 56ff.).

In der wissenschaftlichen Diskussion wird der Veränderungsprozess im Gesundheitssystem oft als „Ökonomisierung“ bezeichnet. Mit diesem Begriff sind unterschiedliche Definitionen und Sichtweisen verbunden, weshalb ihm eine gewisse Unschärfe attestiert wird (Bauer 2008: 142, Mühlkamp 2003). Aus Sicht verschiedener Gesundheitsökonomien bezeichnet die Ökonomisierung eine notwendige Neuausrichtung des Gesundheitssystems an den ökonomischen Prinzipien von Markt und Wettbewerb (u. a. Korff 2012; Mühlbauer 2005; Oberender/Zerth 2002). Ökonomisierung wird gesehen als eine „Ausweitung bzw. Intensivierung“ von wirtschaftlichen Kriterien, bei der sich das Handeln der Akteure verstärkt an „ökonomischen Kategorien, Werten und Prinzipien“ ausrichten soll (Harms/Reichard 2003: 13). Diese Sichtweise wird in verschiedener Hinsicht kritisch betrachtet. Zum einen impliziert sie, dass das Gesundheitssystem vor den ökonomisch induzierten Veränderungen nicht an wirtschaftlichen Kriterien wie Effizienz und Effektivität ausgerichtet gewesen sei (vgl. Bauer 2008: 142). Zum anderen könne Ökonomisierung nicht nur verstanden werden als die verstärkte Einführung wirtschaftlicher Prinzipien in das Feld der Gesundheitsversorgung, sie greife viel tiefer in das Versorgungsgeschehen ein und ist gekennzeichnet durch eine „tendenzielle Überformung der professionellen (fachlich medizinischen und ethischen) Entscheidungen und Handlungen durch wirtschaftliche Kalküle und Ziele.“ (Kühn 2003: 78; auch Kühn/Simon 2001). Kühn zufolge sorgen die zunehmenden Ökonomisierungstendenzen für eine Umkehr der Zweck-Mittel-Beziehung: „Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell ein Mittel, durch das Gewinn erzielt werden soll.“ (Kühn 2004: 26).

⁵³Das Bedarfsdeckungsprinzip beinhaltet grundsätzliche Aspekte, nach denen die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zu erfolgen hat. So ist in § 70 Abs. 1 SGB V verankert, dass jeder Versicherte im Krankheitsfall einen Anspruch auf die medizinisch notwendige Behandlung hat. Dabei sind die Krankenkassen und Leistungserbringer verpflichtet, „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.“ (§ 70 Abs. 1 SGB V). Im weiteren Gesetzestext wird konkretisiert, dass die Versorgung nicht nur ausreichend und zweckmäßig sein muss, sondern auch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf, den fachlich-qualitativen Standards entsprechen und wirtschaftlich erbracht werden muss (§ 70 Abs. 1 SGB V).

Die hier genannten Sichtweisen von Ökonomisierung – zum einen als zwingend notwendig betrachtete Neuorientierung des Gesundheitssystems an marktwirtschaftlichen Steuerungsprinzipien und zum anderen als Überformung der bisherigen auf die Versorgung ausgerichteten Ziele durch wirtschaftliche Ziele – zeigen, wie unterschiedlich die Positionen in Bezug auf die Umstrukturierungen im Gesundheitssektor sind.

Auf Seiten der beteiligten politischen Akteure und vieler Gesundheitsökonominnen wird deutlich, dass es aus ihrer Sicht keinen Widerspruch zwischen einer verstärkten ökonomischen Ausrichtung des Gesundheitssystems und den Versorgungszielen gibt. Die Neujustierung an Markt und Wettbewerb lasse sich durchaus mit dem Ziel einer bedarfsdeckenden Gesundheitsversorgung vereinbaren. So zeigen die politischen Intentionen, dass die Einführung des DRG-Systems mit hohen Erwartungen bzgl. der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei gleichbleibender oder sogar steigender Qualität verbunden ist.⁵⁴ Auch für viele Gesundheitsökonominnen bedeuten die Veränderungen einen Schritt in die richtige Richtung. Sie sehen in einer marktorientierten Steuerung des Gesundheitssystems die einzige Lösung für die Gestaltung einer zukunftsfähigen, finanzierbaren Gesundheitsversorgung, da hierdurch sowohl die Effizienz gesteigert werden würde als auch der größtmögliche Nutzen für alle Akteure erzielt werden würde (u. a. Debatin 2008; Korff 2012; Oberender/Fleischmann 2002).⁵⁵ Auch wenn die Gefahr negativer Folgen einer wettbewerblichen Steuerung des Gesundheitssystems auf politischer Seite durchaus präsent zu sein scheint, wie die gesetzlich verankerte Ausweitung der Qualitätssicherung oder die Begleitforschung zur Einführung der DRGs zeigen (vgl. Braun et al. 2010: 39; Blank 2011: 119), wird prinzipiell davon ausgegangen, dass die verstärkte Ausrichtung auf wirtschaftliche Prinzipien – flankiert von staatlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung – die Versorgungssituation nicht negativ beeinflussen würde. Im Gegenteil, man verspricht sich insbesondere von einer Wettbewerbssituation eine Steigerung der Qualität (vgl. Debatin 2008).

Kritische Positionen verweisen demgegenüber auf verschiedene problematische Aspekte einer verstärkten Ausrichtung an markt- und wettbewerblichen Steuerungsprinzipien in der Gesundheitsversorgung (u. a. Bauer 2008; Bode 2019; Braun 2009; Deppe 1997; Kühn 2003, Kühn/Simon 2001; Manzeschke 2005). So wird zum einen

⁵⁴ [Vgl. Kap. 3.1.2](#)

⁵⁵ Hier ist anzumerken, dass die politischen Reformen seitens verschiedener Gesundheitsökonominnen noch nicht konsequent genug den Wettbewerb fördern. Sie plädieren z. B. im Bereich der Krankenkassen und Leistungserbringer für Selektivverträge (z. B. Augurzyk et al. 2011: 9).

aus wirtschaftstheoretischer Sicht die Frage nach den Grenzen des Prinzips des Wettbewerbs im Bereich der Gesundheitsversorgung gestellt (u. a. Deppe 1997; Hajen et al. 2013). Eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg von Märkten ist u. a. die Unabhängigkeit von Anbieter und Nachfrager. Nur so kommt ein Wettbewerbsverhalten zustande, aus dem heraus ein Gleichgewicht zwischen den Wünschen der Konsumenten und den Wünschen der Produzenten erreicht werden kann (Hajen et al. 2013: 46ff.). Wichtig ist darüber hinaus, dass die Nachfrager vollständig informiert sind und rational handeln, also die Preise und Qualität der Produkte kennen und bewerten können, welches Produkt ihren Nutzen maximiert (ebd.). Beide Faktoren sind im Gesundheitswesen aufgrund der besonderen Situation der „Nachfrager“ kaum gegeben. Deppe zufolge befinden sich Menschen, die von Krankheit betroffen und auf Gesundheitsleistungen angewiesen sind, häufig in einer Situation, in der ihre Fähigkeit, rationale Entscheidungen zu treffen, eingeschränkt ist. Sie können oftmals weder den Zeitpunkt, die Art und den Umfang der Leistungserbringung selbst bestimmen. Zudem stelle Krankheit ein allgemeines Lebensrisiko dar, auf dessen „Konsum“ nicht verzichtet werden kann (vgl. Deppe 1997: 35). Darüber hinaus ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient aufgrund der Informationsasymmetrie keine gewöhnlich „Produzenten-Konsumenten Beziehung“, die ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage herstellen kann (ebd.). Die Patienten sind bezüglich ihrer Erkrankung und der nötigen Therapie auf die Hilfe der Ärzte angewiesen, die über einen „Informationsvorsprung“ verfügen (Hajen et al. 2013: 58). Patienten können daher in der Regel nicht als „souveräne Kunden“ auftreten (Deppe 1997: 35f.). Aus diesen – und weiteren⁵⁶ – Gründen sei eine Steuerung des Gesundheitswesens durch markt- und wettbewerbliche Prinzipien nur eingeschränkt möglich (Hajen et al. 2013: 78).

Mühlenkamp weist zudem darauf hin, dass die Zielsetzungen im öffentlichen Sektor anders gelagert sind als im wirtschaftlichen Sektor. Daher muss zwischen betriebswirtschaftlicher und gesellschaftlicher Rationalität unterschieden werden (Mühlenkamp 2003: 69ff.; auch Deppe 1997: 32). Betriebswirtschaftliche Faktoren wie z. B. Unternehmensgewinn oder die betriebliche Effizienz sind in Bezug auf den gesellschaftlichen Nutzen nicht die einzigen relevanten Faktoren. Auch externe Effekte wie positive oder negative „Nebenwirkungen“, die bei der Produktion oder dem Konsum anfallen, sollten bei der Beurteilung der Effizienz einbezogen werden:

⁵⁶ Die Gründe für eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit von Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen liegen vor allem in der Informationsasymmetrie, die verschiedene Verhaltensmuster wie z.B. angebotsinduzierte Nachfrage oder adverse Selektion, aber auch „Marktmacht, Externalitäten und andere Marktfehler“ sind Faktoren, die einschränkend wirken (Hajen et al. 2013: 78).

„Infolgedessen kann die öffentliche Hand ihren Aufgaben, die nun gerade in der Verfolgung gesellschaftlicher Ziele bestehen, mit einer rein betriebswirtschaftlichen Sicht nicht gerecht werden. Diese Folgerung beinhaltet auch, dass eine vornehmliche Profit- bzw. Rentabilitätsorientierung der Aufgaben des öffentlichen Sektors nicht angemessen ist, [...] weil sie womöglich gesellschaftlich überlegene Lösungen verdrängt.“ (Mühlenkamp 2003: 69ff.).

Bei der Übertragung ökonomischer Methoden und Konzepte, die in erster Linie auf betriebs- und privatwirtschaftliche Instrumente ausgerichtet sind, auf andere – nicht vorrangig erwerbswirtschaftlicher – Bereiche besteht die Gefahr, dass nur die Dinge erfasst werden, die leicht messbar sind und die schwer messbaren Dinge vernachlässigt werden (ebd.).

Zum anderen werden die Umstrukturierungen im Hinblick auf ihre gesellschaftlichen Auswirkungen betrachtet. Hier stellt sich die Frage nach der Zukunft und Funktionsfähigkeit der „öffentlichen Güter“ (vgl. u. a. Böhnke et al. 2015). Als öffentliche Güter werden Güter, Dienste und Institutionen⁵⁷ bezeichnet, die eine wichtige gesellschaftliche Funktion haben. Medizinische und pflegerische Dienste sind zentrale Dienstleistungen im Zusammenhang mit der Bereitstellung des öffentlichen Guts der Gesundheit (ebd.: 47). Öffentliche Güter haben den Autoren zufolge nicht nur eine hohe wirtschaftliche Bedeutung, sondern insbesondere eine integrative Funktion, indem allen Mitgliedern der Gesellschaft Zugang zu diesen Gütern gewährt werden soll. Ihre besondere gesellschaftliche Bedeutung bestehe darin, dass sie neben ihrer volkswirtschaftlichen Dimension auch eine sozialpolitische Dimension haben: „Öffentliche Güter begründen sozialen Zusammenhalt, eröffnen individuelle und kollektive Freiheitsräume und schaffen gesellschaftlichen Wohlstand.“ (ebd.). Dabei obliege die Bereitstellung der öffentlichen Güter dem Staat, neben der Finanzierung ist er auch zuständig für die Qualität der öffentlichen Güter (ebd.). Im Kontext der Pandemie ist diese integrative und existenzielle Funktion der öffentlichen Güter noch mal besonders sichtbar geworden, was sich auch in dem Begriff der „Systemrelevanz“ spiegelt. Öffentliche Güter sind demnach zentral für das Funktionieren der Gesellschaft. Durch den mit dem Umbau des Gesundheitswesens einhergehenden Neuerungen wie z. B. dem Einsatz neuer Managementkonzepte und einer verstärkten betriebswirtschaftlichen Steuerung verändern sich die Bedingungen, unter denen öffentliche Güter hergestellt werden (ebd.: 42). Gesellschaftlich „brisant“ erscheinen diese Veränderungen auch im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf Aspekte wie Gemeinwohlorientierung, Sorgebereitschaft und die Integrationsfähigkeit des Wohlfahrtsstaats.

⁵⁷ Zu den öffentlichen Gütern zählen „die Wasser- und Energieversorgung, Telekommunikations- und Verkehrsinfrastrukturen, medizinische und pflegerische Dienste, soziale Sicherheit sowie die Kinderbetreuung, die Schul- und Weiterbildung, aber auch die Verwaltung und Rechtsprechung.“ (Böhnke et al. 2015: 47).

tes (Vogel 2012: 6). Dabei kommt den Beschäftigten in diesem Feld eine besondere Rolle zu. Sie sind diejenigen, die die öffentlichen Güter herstellen und die Sorge für das Gemeinwohl tragen. Damit verknüpft ist in der Regel auch ein spezielles Berufsethos, das sich nicht nur auf die eigenen Interessen bezieht, sondern die Interessen ihrer „Klienten“ mit einbezieht (vgl. Flecker et al. 2014: 11). Der besondere Wert der öffentlichen Güter, das „symbolische Kapital“ liege in ihrem universalistischen Charakter. Sie seien eben nicht wie in der Sphäre der Privatwirtschaft auf Profite orientiert, sondern auf universelle Werte wie die Verpflichtung auf das Gemeinwohl oder die Gleichstellung aller Bürger/innen, unabhängig von Einkommen oder Vermögen. Die Umstrukturierungen und die Neuorientierung auf Gewinne stünden oftmals im Gegensatz zum beruflichen Ethos der Akteure. Insbesondere die sich wandelnden Anerkennungsverhältnisse und der damit einhergehende Verlust des symbolischen Kapitals würden das berufliche Selbstverständnis und die berufliche Identität berühren (ebd.: 10f.).

Auf der Ebene der Organisationen werden die Veränderungen vor allem im Hinblick auf Verschiebungen in den Handlungsorientierungen diskutiert. Mit den Fallpauschalen wurde Simon zufolge ein System der Krankenhausfinanzierung geschaffen, das sich aus den bisherigen Zielen und Normen in der Krankenhauspolitik herauslösen und eigene Ziele verfolgen würde, z. B. die Marktberreinigung (vgl. Simon 2013: A 1784). Die durch das DRG-System stattfindende Verlagerung des wirtschaftlichen Risikos auf die Krankenhäuser hat zur Folge, dass diese nun wie Wirtschaftsunternehmen geführt werden müssen, um überlebensfähig zu bleiben ([vgl. Kap. 3.1.2](#)). Damit geht eine zunehmende Orientierung auf Erlöse einher, die mit den medizinischen „Produkten“ erzielt werden können. Diese Erlösorientierung erhält durch die ansteigende Privatisierung des Sektors eine weitere Dynamik. Das Versorgungshandeln sei nun nicht mehr nur auf die Vermeidung von Verlusten und das wirtschaftliche Überleben ausgerichtet, sondern beinhalte möglicherweise auch das Streben nach Rendite (Bode 2010: 205; Gerlinger/Mosebach 2009: 19). So gewinne das Wirtschaftlichkeitsprinzip an Bedeutung, auch wenn das übergeordnete Ziel, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen, weiterhin verfolgt wird (vgl. Bode 2010: 204f.; Braun et al. 2010: 41f.). Die „Kommerzialisierungstendenz“ (Kühn 2003: 86) in den Krankenhäusern korreliert zudem mit einer neuen Sicht auf die Patient/innen. Im Zuge der verstärkten Wettbewerbsorientierung würden sie jetzt nicht mehr nur als „Objekt eines paternalistischen Medizinbetriebes“ gesehen werden, sondern würden zum „Objekt professioneller Marketingstrategen“ (Paetow 2002: 20). Die Kliniken seien im neuen System nicht mehr nur auf die Ver-

sorgung der medizinischen Bedürfnisse der Patient/innen ausgerichtet, sondern würden auch um sie als „Kunden“ konkurrieren. Bode zufolge führt die Kundenorientierung dazu,

„dass ein Teil der Organisationsressourcen in – gemessen am status quo ante – zweckfremde Aufgabenfelder fließt; es entstehen beispielsweise Zielkonflikte in der Frage, wie viel in die Leistungserfüllung und wie viel in das „Marketing“ investiert werden soll.“ (Bode 2010: 205).

Bode weist auf ein grundlegendes „Orientierungsdilemma“ hin, in dem sich viele Krankenhäuser aufgrund der Umstrukturierungen befinden. Dieses ist gekennzeichnet durch den schon beschriebenen Gegensatz zwischen Ertragsorientierung und Bedarfswirtschaftlichkeit, der Ambivalenz zwischen strategischer Kundenorientierung und einer universalistischen Patientenorientierung und zwischen dem Marktopportunismus und der Verpflichtung auf Versorgungssicherheit (ebd.: 207). Als problematisch wird vor allem die parallel zum DRG-System stattfindende verstärkte wettbewerbsorientierte Steuerung des Gesundheitssystems angesehen. Diese würde zu einem „chronischen Ambivalenzdruck“ bei den Akteuren im Krankenhaus führen (Bode 2019: 49). Da zum einen die in diesem Sektor vorhandenen Handlungsorientierungen wie z. B. die Gemeinwohlorientierung und die Bedarfsorientierung weiterhin eine hohe Zustimmung erfahren, zum anderen sich die „Marktlogik“ aber immer wieder neu aufdrängen würde, würde die Bedarfsorientierung dauerhaft strapaziert werden (ebd. 61). Als Folge dieser strukturellen Ambivalenz zeige sich ein „schleichender Mentalitätswandel in weiten Teilen des Sektors“ der unter anderem dadurch sichtbar werde, dass es oftmals nicht mehr eindeutig ist, welche Ziele Vorrang haben würden, die auf die Versorgung ausgerichteten Ziele oder die betriebswirtschaftlichen Ziele. Die Akteure im Krankenhaus würden dementsprechend unter hohem Druck stehen und müssten in ihrem Arbeitsalltag häufig improvisieren, um den ambivalenten Anforderungen gerecht zu werden (ebd.).

Die Auswirkungen der Umstrukturierungen auf die Akteure im Krankenhaus sind in vielen Forschungen ein zentrales Thema. Die Neuausrichtung an markt- und wettbewerblichen Strukturen zeichnet sich besonders dadurch aus, dass sie das Handeln der Akteure in den Fokus nimmt und versucht, medizinische und pflegerische Handlungen durch ökonomische Anreize zu steuern (vgl. Gerlinger/Mosebach 2009: 10). Insbesondere Kühn wies schon sehr früh auf Konfliktfelder hin, die zwischen den traditionellen, berufsethischen Handlungsorientierungen und den ökonomischen Handlungsimperativen entstehen können. Die Beziehung zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal auf der einen Seite und Patienten und Patientinnen auf der ande-

ren Seite zeichnet sich durch Besonderheiten und Grenzen aus, die durch die „Eigenarten kranker und hilfsbedürftiger Menschen“ charakterisiert ist. Diese Grenzen würden in der Regel zu einer moralischen Haltung verinnerlicht (Kühn 2003: 79). Im Zusammenhang mit dem Ökonomisierungsdruck und einer Intensivierung der Arbeit würden nun Konfliktsituationen entstehen, die nicht nur die Arbeitsqualität und die Arbeitszufriedenheit, sondern in besonderer Weise auch das berufliche Selbstverständnis berühren (ebd., auch Kühn/Simon 2001). Konflikte zwischen den moralischen Orientierungen und den institutionellen ökonomischen Anforderungen können zu einer „moralischen Dissonanz“ führen (Kühn 2003: 90ff.). Diese Dissonanz wird in der Regel als quälend empfunden, so dass die Individuen bestrebt sind, sie aufzulösen, z. B. durch Widerstand gegen die Zwänge der Institutionen oder aber durch „Flucht aus dem Beruf“ (Kühn 2003: 92, auch Hirschman 1970). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass sich das berufliche Selbstverständnis wandelt, in dem das, was zunächst als „Fremdzwang“ erlebt wird, auf verschiedenen Ebenen als „Selbstzwang“ verinnerlicht wird. Dieser Selbstzwang wird freiwillig und selbstverständlich und muss nicht mehr gerechtfertigt werden (Kühn 2003: 93). Ein Wandel im beruflichen Selbstverständnis bleibt dementsprechend nicht ohne gesellschaftliche Folgen, auch weil die Arbeitsbedingungen und das berufliche Selbstverständnis der Beschäftigten wichtige Faktoren für die Arbeits- und Leistungsqualität seien (Böhnke et al. 2015: 43). Zudem zeigt sich als Folge der Umstrukturierungen möglicherweise eine „professionelle Entwertung“ der öffentlichen Leistungen (Vogel 2012: 6).

Die Neustrukturierung verschiedenster Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge geht Vogel zufolge mit Status- und Anerkennungsprobleme einher. So habe sich der öffentliche Dienst zu einem „Ort konfliktreicher Professionskämpfe verwandelt“, in dem unterschiedliche Professionsgruppen um Abstieg oder Aufstieg kämpfen würden (Vogel 2012: 5f). Die Verschiebung der sozialen Positionen, die mit einem Umbruch in den symbolischen Ordnungen einhergeht, lässt sich Flecker und Hermann zufolge insbesondere am Sozialprestige der jeweiligen Berufsgruppe ablesen. Um die subjektiven Deutungen der Beschäftigten in diesem Sektor im Zusammenhang mit den Veränderungsprozessen besser zu verstehen zu können, sollten insbesondere auch die symbolischen Ordnungen und Anerkennungsverhältnisse in den Blick genommen werden (Flecker/Hermann 2012: 30ff.). Ein besonderes Augenmerk liege hierbei in dem Aufspüren der sogenannten „Hysteresis“ (Bourdieu 1979)⁵⁸ also der „Trägheit des Habitus“ (Flecker/Herrmann 2012: 33). Diese ergebe sich aus der

⁵⁸ Zitiert nach Flecker/Hermann 2012: 33.

„Diskrepanz zwischen den Strukturen, die verinnerlicht wurden und die den beruflichen Habitus der Beschäftigten prägen, einerseits und andererseits den neuen Zwängen, die sich aus der Umstrukturierung der öffentlichen Dienstleistungen ergeben.“ (ebd.: 33).

Das Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlichen und versorgungsrelevanten Zielen ist kein neues Phänomen. Rohde beschreibt schon Anfang der 1970er Jahre die innere Problematik eines Krankenhauses, die sich aus dem Nebeneinander der verschiedenen Funktionsbereiche mit ihren unterschiedlichen Aufgaben und Zielkomplexen ergeben würde. Die Verfolgung der einzelnen Ziele führt zu „Zweckkonflikten“ (Rohde 1974: 323). Auch in normativer Hinsicht sind die jeweiligen Personen (-gruppen) durch ihre Rollenzugehörigkeit auf die spezifischen Ziele ausgerichtet (ebd.). Iseringhausen und Staender weisen in diesem Zusammenhang auf eine Besonderheit hin: die zentralen Normen im Krankenhaus entstehen in erster Linie nicht innerhalb der Institution, sondern werden hauptsächlich „organisationsextern“ im Kontext der jeweiligen Berufsgruppe gebildet (Iseringhausen/Staender 2012: 186). Als eine zentrale Konfliktlinie identifiziert Rohde die Spannung zwischen den auf die Patientenversorgung ausgerichteten „eigentlichen“ Zielen der Organisation und den betriebswirtschaftlichen Zielen, die sich an der Norm des „rationalen Mitteleinsatzes und einer wirklich ausgeglichenen Bilanz“ orientieren (Rohde 1974: 324). Beide Zielkomplexe sind von zentraler Bedeutung für die Organisation Krankenhaus (ebd.). Auch wenn im Zuge der aktuellen Umstrukturierungen häufig von einer Umkehr der „Mittel-Zweck-Beziehung“ (Kühn 2004) gesprochen wird, bestand lange Zeit – und besteht in weiten Kreisen auch heute noch – Konsens darüber, dass die Patientenversorgung bzw. die Bedarfsorientierung weiterhin ein zentrales Prinzip der Krankenhausversorgung ist (u. a. Bode 2019; Rohde 1974).

Die Konflikte innerhalb der Organisation Krankenhaus beruhen allerdings nicht nur auf den unterschiedlichen Zielkomplexen. Rohde weist darauf hin, dass auch die hierarchischen Positionen Konfliktpotenzial haben, z. B. verschärfen sich Konflikte, wenn in bestimmten Positionen eine Person mehrere Organisationsziele gleichzeitig verfolgen muss oder wenn die Organisation technologisch und administrativ derart hochgradig differenziert ist, dass die soziale und räumliche Distanz zu den eigentlichen Leistungszielen der Organisation sehr groß ist und diese daher nicht mehr unmittelbar erfahren werden (Rohde 1973: 21). Wo die Spannungen zwischen den unterschiedlichen Zielkomplexen innerhalb des Krankenhauses in der Realität nun genau verlaufen, lässt sich nur mittels empirischer Forschung erfahren (Rohde 1974: 324f). Diese Aussage ist im Hinblick auf die aktuellen Umstrukturierungen von be-

sonderer Bedeutung. Spannungen zwischen wirtschaftlichen Aspekten und versorgungsrelevanten Aspekten sind demnach immer schon Bestandteil der Organisation Krankenhaus. Die entscheidende Frage ist jedoch zum einen, wie sich diese Spannungen im Zuge der ökonomisch induzierten Veränderungen verändert haben und zum anderen, wie und von wem sie austariert werden. Die bisherigen Ausführungen weisen deutlich darauf hin, dass mit der Neustrukturierung des Gesundheitssystems an markt- und wettbewerblichen Prinzipien eine Verschiebung der betriebswirtschaftlichen Ziele stattgefunden hat, diese orientieren sich eben nicht mehr nur an der von Rohde genannten Norm einer ausgeglichenen Bilanz, sondern beinhalten in vielen Krankenhäusern auch eine Ausrichtung auf eine Gewinnerzielung. Als Folge der Umstrukturierungen werden – wie oben ausgeführt – nicht nur erhebliche Auswirkungen auf die Beschäftigten und Patient/innen diskutiert, sondern auch neue Ambivalenzen auf organisatorischer Ebene sowie weitreichende gesellschaftliche Folgen (vgl. u. a. Bode 2019; Böhnke et al. 2015; Kühn 2004).

3.3.2 Zum Stand der Forschung

In empirischer Hinsicht gibt es mittlerweile eine Vielzahl an Forschungsarbeiten, die sich mit der Neustrukturierung im Krankenhaussektor beschäftigen. Erste Forschungen machten schon in der Anfangsphase des Strukturwandels im Krankenhaussektor auf eine Reihe von Veränderungsprozessen durch den Umbau der Finanzierungsbedingungen im Krankenhaussektor aufmerksam (vgl. Kühn/Simon 2001; Simon 2001: 79).⁵⁹ Vor allem die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen wird als problematisch eingeschätzt. Als Erscheinungsformen zeigen sich u. a. die Selektion von Patienten, das Fallsplitting, die vorzeitige Entlassung oder die Durchführung von medizinisch nicht notwendigen Operationen oder Behandlungen. Als positiv werden hingegen die Verbesserung der internen Ablauforganisation und die Einführung eines internen Qualitätsmanagements bewertet (Kühn/ Simon 2001: 130f.). Insbesondere das WAMP-Projekt⁶⁰ untersuchte in mehreren Studien prozessbegleitend die

⁵⁹ Im Rahmen dieses qualitativ ausgerichtete Forschungsprojekt des WZB (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung) über die Auswirkungen der 1996 für 25% der Krankenhausleistungen eingeführten Fallpauschalen im deutschen Krankenhauswesen wurden zwischen 1997 und 1999 Interviews in verschiedenen Krankenhäusern geführt, sowohl mit Ärzten, Pflegekräften und Personen aus dem Krankenhausmanagement (Simon 2001; Kühn/ Simon 2001).

⁶⁰ Im Fokus des prospektiven und prozessbegleitenden WAMP-Projektes stehen insbesondere die Auswirkungen der DRGs auf die Patienten und das ärztliche und pflegerische Krankenhauspersonal (Braun et al. 2010: 10). Diese bislang umfangreichste Studienreihe im Zusammenhang mit der Umstellung der Finanzierungsbedingungen umfasst mehrmalige, repräsentative standardisierte Befragungen von Ärzten, Pflegekräften und Patienten sowie Analysen von Routinedaten einer Krankenkasse und wiederholten Fallstudien in Krankenhäusern. Die erhobenen Daten beziehen sich auf folgende Themengebiete: Versorgungsstrukturen und –prozesse, Kooperation zwischen den Berufsgruppen, Information und Kommunikation, Arbeitsbelastung und Intra-ol-82

Auswirkungen der DRGs auf Medizin und Pflege, sowohl im Hinblick auf Arbeitsbedingungen und gesundheitliche Belastungen als auch Hinblick auf das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität (zusammenfassend Braun et al. 2010; auch Braun/Buhr/Müller 2008; Braun/Müller/Timm 2004; Buhr/Klinke 2006). Ergebnisse der WAMP Befragung zeigen in Bezug auf die Arbeitsbelastungen, dass Faktoren wie Zeitmangel, schlechte Arbeitsorganisation, Unterbrechungen, dauernd wechselnde Schichten, zu viele administrative Tätigkeiten und mangelhafter Arbeitsschutz zunehmend als Belastungen empfunden werden. Diese Belastungsfaktoren stehen den Autor/innen zufolge im Zusammenhang mit der Organisation und Struktur des Krankenhauses. Bei den davon unabhängigen Faktoren wie die Belastung durch Einzelschicksale, Sterben und Tod sind die Bewertungen im Vergleich zwischen 2003 und 2006 ungefähr gleich geblieben (Braun et al. 2008: 92).

Die Belastungen im Bereich der Krankenhauspflege sind nicht erst seit den ökonomisch induzierten Veränderungen Thema. Der Gesundheitsreport DAK-BGW weist schon 2000 auf einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Störungen hin. Organisationsbedingte Belastungen wie Zeitdruck, Informationsmangel und Überforderung in Kombination mit geringen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen und mangelnder sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz können die Entstehung von arbeitsbedingtem Stress begünstigen, der wiederum körperliche und psychische Erkrankungen nach sich ziehen kann. Verbesserungen in der Arbeitsorganisation, der Kommunikation und der Kooperation konnten demgegenüber als stressreduzierende Faktoren in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit ermittelt werden (DAK/BGW 2000: 8).⁶¹

Trotz der viel diskutierten Arbeits- und Stellensituation in der Pflege⁶², zeigen neuere Studien, dass sich kaum Verbesserungen in der Arbeitssituation der Pflege abzeichnen. Sie weisen weiterhin auf eine hohe Arbeitsbelastung in der Pflege und eine als unzureichend beurteilte Arbeitssituation hin (u. a. Bräutigam 2014 et al.; Hasebrook/Hahnenkamp 2016; Zander/Busse 2017). Die deutsche Nachfolgerstudie G-NWI der größten internationalen Krankenpflegestudie RN4Cast zeigt sogar, dass sich sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die Beurteilung der Arbeitsumgebung seit Beendigung der Konvergenzphase weiter verschlechtert haben. So waren

lenkonflikte und –spannungen. Die erste Welle der Befragung fand 2003 statt, noch vor der Einführung der DRG, um eine Ausgangsdatenlage zu haben (vgl. Braun/Buhr/Müller 2008: 21ff.).

⁶¹ Für eine detaillierte Übersicht über die verschiedensten Belastungsfaktoren – nicht nur bezogen auf die Mikroebene in den Krankenhäusern und anderen Einrichtungen – in der beruflichen Pflege s. Höhmann et al. (2016)

⁶² Die personelle Entwicklung in der Krankenhauspflege wird in Kap. 3.2.2 detailliert beschrieben.

2009/2010 37% der deutschen Pflegekräfte unzufrieden mit ihrem Job, 2015 waren es 46% (Zander/ Busse 2017: 130). Darüber hinaus zeigen verschiedene Studien, dass vor allem der Zeitmangel und der personelle Mangel als problematisch angesehen werden, auch die Vergütung und die Wertschätzung werden von vielen Pflegekräften als nicht ausreichend bewertet (z. B. Bräutigam et al. 2014: 8). Kumbruck et al. zufolge lässt sich die Wertschätzung am Entgelt und am Status in der organisatorischen Hierarchie ablesen, auch die Partizipation an organisatorischen Entscheidungen sind Faktoren, durch die Anerkennung vermittelt werden kann (Kumbruck et al. 2010: 170f.). Auch hier zeigen sich den Studien zufolge Defizite. Die Handlungs- und Gestaltungsspielräume in Bezug auf den eigenen Arbeitsplatz würden von Pflegenden als gering eingeschätzt werden. Zudem würden sie sich wenig eingebunden und unzureichend informiert über strategischer Entscheidungen des Krankenhauses fühlen (Bräutigam et al. 2014: 8). Gerade im Hinblick auf den Fachkräftemangel im Bereich der Pflege sind Themen wie Wertschätzung und Anerkennung von großer Bedeutung. Die aktuelle pandemische Lage hat die besondere Bedeutung der „systemrelevanten“ Berufe, zu denen auch die Pflege gehört, noch einmal besonders sichtbar gemacht. Dass sich der hohe Wert der systemrelevanten Berufe nicht in einem hohen Berufsprestige widerspiegelt, zeigen Schrenker et al., die sich mit der Frage nach der Wertschätzung und Anerkennung der systemrelevanten Berufe auseinandergesetzt haben. So weisen die Gesundheits- und Krankenpflegekräfte ein eher unterdurchschnittliches Berufsprestige bei einer durchschnittlichen Bezahlung auf (Schrenker et al. 2021: 14).⁶³

Eine kritische gesellschaftliche Auswirkung als Folge der Belastungen und der Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz ist die steigende Wechsel- und Ausstiegsbereitschaft unter den Pflegekräften (vgl. Braun et. al. 2008; Hasselhorn et al. 2005; Zander/Busse 2017). Sowohl die WAMP Studie als auch die G-NWI Studie zeigen einen klaren Anstieg von Pflegekräften, die schon mal über einen Berufswechsel nachgedacht haben⁶⁴ bzw. die die Absicht haben, den Arbeitsplatz aufgrund von Unzufriedenheit verlassen zu wollen. Bei letzteren hat sich die Anzahl zwischen 1998/1999 und 2015 mehr als verdoppelt.⁶⁵ Unter den Pandemiebedingungen scheinen sich die Ausstiegswünsche bzw. die tatsächlichen Ausstiege aus der Pflege noch zu verschär-

⁶³ Die Berechnungen der Autoren beziehen sich auf Daten aus dem Jahr 2018.

⁶⁴ Die Anzahl stieg von 46,9% (2003) auf 61% (2006) (Braun et. al. 2008: 108).

⁶⁵ Von 17% 1998/1999 auf 40% 2015 (Zander/Busse 2017: 131)

fen. So sind einer Pressemitteilung des DBfK zufolge die Beschäftigungszahlen in der Pflege zwischen April und Juli 2020 um 9000 Beschäftigte gesunken.⁶⁶

Ob und inwieweit die Veränderungen in der Arbeitssituation positive oder negative Effekte auf die Versorgungsqualität haben, wird kontrovers diskutiert. Nach Aussagen einer Studie des Zentrums für Qualität und Management im Gesundheitswesen hat sich die Versorgungsqualität unter der Einführung der DRGs weder verbessert noch verschlechtert (Sens et. al. 2010). Internationale Studien weisen dagegen eindeutig auf die negativen Auswirkungen von Rationalisierungen, wie z. B. Stellenabbau, auf die Situation der Pflegekräfte und die Versorgungsqualität hin (u. a. Aiken et. al. 2011, Rafferty et. al. 2007). Defizite in der Patientenversorgung scheinen auch in Deutschland nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel zu sein. Probleme würden sich insbesondere in der Sicherstellung einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten, bei der Mobilisation oder Lagerung von Patienten zeigen, aber auch im psychosozialen Bereich (Isfort/Weidner 2010: 7f.). Auch leitendes Pflegepersonal nimmt Defizite in der Patientenversorgung wahr. So zeigt eine Studie von Reifferscheid et al., dass die Mehrzahl der Pflegedienstleitungen der Meinung ist, dass die notwendigen pflegerischen Maßnahmen aufgrund des Zeitmangels nicht in vollem Umfang durchgeführt werden können (Reifferscheid et al. 2016: 97f.).

In Bezug auf die Frage, inwieweit die Umstrukturierungen zu einem Wandel im beruflichen Selbstverständnis der Akteure führen, ob sich tatsächlich eine Überformung der eigentlichen, auf die Versorgung bezogenen Zielsetzungen durch eine verstärkte Ausrichtung an wirtschaftlichen Zielsetzungen abzeichnet, zeigen die Forschungen ein diffuses und widersprüchliches Bild. Kühn und Simon weisen schon 2001 auf eine Ökonomisierung des ärztlichen und pflegerischen Denkens und Handelns hin, die sich dergestalt zeigt, dass die in diesem Feld eigentlich vorherrschende Dienstleistungsorientierung durch ökonomische Zielsetzungen überformt wird (Kühn/ Simon 2001: 3). Marrs verweist in diesem Zusammenhang auf einen „systematischen Konflikt“ in der Pflege zwischen den ethisch-moralischen Ansprüchen und den ökonomisch induzierten Veränderungsprozessen im Krankenhaus (Marrs 2008: 88). Dieser berühre auch das berufliche Selbstverständnis in einem besonderen Maße. Indem die Bedingungen, unter denen Pflege heute stattfindet, den Pflegekräften kaum noch ermöglichen, aus ihrer Sicht „gute Pflege“ zu leisten, gerate insbesondere die berufliche Motivation unter Druck. Die „Widerspruchskonstellation“ zwischen der ur-

⁶⁶ Quelle: DBfK (11.03.2021): Pflegeberuf: Kein Grund zu bleiben – Treibt die Pandemie weltweit Pflegefachpersonen aus dem Beruf? URL: <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2021/Treibt-die-Pandemie-weltweit-Pflegefachpersonen-aus-dem-Beruf.php> [27.12.2021]

sprünglichen Motivation der Pflegekräfte für ihren Beruf und den zunehmenden Ökonomisierungsprozessen im Krankenhaussektor führe bei vielen Pflegekräften zu „persönlichen und teilweise auch fachlichen Dilemmata und bewirke eine Infragestellung des Sinns ihrer beruflichen Tätigkeit.“ (Marrs 2008: 81).

Ein widersprüchliches Bild in Bezug auf einen möglichen Wandel im beruflichen Selbstverständnis zeigt sich in den WAMP-Studien. Hier wird einerseits eine Konstanz im Hinblick auf die versorgungsrelevanten Aspekte der Patientenversorgung beschrieben, indem sowohl in der Pflege als auch in der Medizin weiterhin das „Primat des medizinisch Notwendigen und eine umfassende Versorgung der Patienten auf dem Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse“ große Zustimmung erhält (Braun et al. 2010: 18).⁶⁷ Andererseits zeigen sich bei mehr als der Hälfte der befragten Pflegekräfte „Normverunsicherungen“ in Bezug auf das traditionelle berufliche Selbstverständnis. Ein beginnender Wandel im beruflichen Selbstverständnis würde sich abzeichnen, der sich durch eine „zunehmende Integration gewinnwirtschaftlicher Erwägungen in das berufliche Selbstverständnis über alle Ebenen der ärztlichen und pflegerischen Hierarchie hinweg“ äußern würde (ebd.; auch Buhr/Klinke 2006). Unterschiedliche Ausmaße werden jedoch in Bezug auf die Position der Befragten festgestellt. So hätten Pflegekräfte im Stationsbereich und Assistenzärzte mehr Probleme damit, ökonomische Interessen in ihr berufliches Selbstverständnis zu integrieren als Ärzte und Pflegekräfte in leitenden Positionen (Buhr/Klinke 2006; Marrs 2008). Buhr und Klinke führen diesen Umstand auf die Einbindung der Mitarbeiter in die Organisationsentwicklung zurück, da diese ein Faktor dafür sei, wie der Konflikt zwischen Ökonomie und Medizin aufgelöst wird (Buhr/Klinke 2006: 25).

Die Befunde von Slotala, Bauer und Lottmann (2008) zeigen ebenfalls eine diffuse und widersprüchliche Verarbeitung der Ökonomisierungsprozesse durch die Pflege. Sowohl kritische als auch integrative und affirmative Positionen lassen sich identifizieren, z.T. sind diese Positionen gleichzeitig mit unterschiedlicher Gewichtung vorhanden. Wirtschaftliche Aspekte würden mittlerweile auch in der Pflege als „legitimes Handlungsziel“ gelten. Gleichzeitig würde das berufliche Ethos durch die Ökonomisierungsprozesse angegriffen werden. Als eine Ursache für die unterschiedli-

⁶⁷ So wünschten sich z.B. 86% aller befragten Pflegekräfte, dass wirtschaftliche Aspekte eine nachrangige Rolle bei der Behandlung spielen sollten, in der Praxis sind es aber nur 55% der Befragten, die angeben, dass wirtschaftliche Aspekte keinen Einfluss auf die Versorgung haben. Auch zeigt sich in Bezug auf psychosoziale Aspekte, dass hier die Ziele der Pflegekräfte aufgrund von Zeitmangel nicht erreicht werden können, nur knapp über 50% sind der Meinung, dass die Patienten ausreichend soziale und emotionale Zuwendung bekommen würden (Braun et. al. 2008: 12).

chen und teils widersprüchlichen Bewertungsprozesse konstatieren sie die Schwierigkeiten der Pflegeakteure, sich mit einem eigenständigen Leistungsprofil gegenüber wirtschaftlichen Zielen durchzusetzen. Sie identifizieren ein diffuses Pflegeverständnis und Unsicherheiten seitens der Pflege über die Bedeutung der einzelnen pflegerischen Leistungen, die unter den Rationalisierungszwängen auf den Prüfstand gestellt werden würden (Slotala et al. 2008: 384ff; auch Slotala 2011: 47). Aktuelle Studien verweisen darauf, dass das berufliche Ethos in der Pflege trotz des Versuchs der „feindlichen Übernahme“ (Starystach/Bär 2019: 228) relativ stabil zu sein scheint. Sie weisen auf eine hohe Konstanz in den Handlungsorientierungen der Pflege hin, die sich weiterhin primär an den versorgungsrelevanten Aspekten orientieren würde (Mohan 2019: 302; Starystach/Bär 2019: 211). Vor allem das traditionelle pflegerische Ethos scheint dafür zu sorgen, dass ökonomische Prinzipien in der Krankenversorgung von den Pflegekräften weitestgehend abgelehnt werden (Starystach/Bär 2019: ebd.). Es würden sich aber auch Anzeichen eines sich entwickelnden ökonomischen Bewusstseins in der Pflege zeigen. So würden Pflegekräfte vereinzelt die Refinanzierung auch als Teil des pflegerischen Aufgabenbereiches mit ansehen (Mohan 2019: 302f.). Zudem zeige sich in sprachlicher Hinsicht eine „Integration ökonomischer Argumentationsweisen in das berufliche Selbstverständnis Pflegenden“. Diese würden sich z. B. in den Argumentationen zeigen, mit denen Pflegenden die Einführung von Pflege-DRGs fordern würden, um ihre Bedeutung in der Krankenversorgung sichtbar zu machen und neu bewerten zu können (Starystach/Bär 2019: 229).

Auch wird in einigen Studien ein Wandel des beruflichen Selbstverständnisses von einem traditionellen „quasi-religiösem“ beruflichem Ethos der Pflege als „Berufung“ zu einem vermehrten Selbstverständnis der „Pflege als Beruf“ festgestellt, vor allem von der jüngeren Generation der Pflegekräfte (Starystach et al. 2018: 191). Mohan stellt die These auf, dass die Pflege aufgrund der verschärften Arbeitsbedingungen mit einem Wandel im beruflichen Selbstverständnis reagiert, indem sich ein verstärktes Lohnarbeitsbewusstsein in der Pflege entwickeln würde und die Pflege sich von dem „Ethos der Aufopferung“ befreien würde (ebd.: 303.).

Wie jetzt das Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen und versorgungsrelevanten Aspekten austariert wird, ob die „moralische Dissonanz“ (Kühn 2003: 92) tatsächlich einen Wandel im beruflichen Selbstverständnis nach sich zieht, ist den Befunden zufolge noch nicht hinreichend erforscht (vgl. Slotala 2011: 48). Auch wenn Schulz über eine Dekade nach der Einführung der DRGs eher wenig Konfliktpotenzial kon-

statiert und feststellt, dass die von ihr befragten Ärzte und Pflegekräfte sich insgesamt mit der Situation „arrangiert“ hätten (Schulz 2017: 209), weisen die Befunde doch eher auf ein widersprüchliches und unvollständiges Bild hin. Zudem zeigt sich das Problem, dass es wenig empirisches Vergleichsmaterial zum beruflichen Selbstverständnis vor den ökonomisch induzierten Veränderungen gibt.⁶⁸ Die Übernahme gewinnwirtschaftlicher Orientierungen in das berufliche Selbstverständnis kann zwar als ein Hinweis auf einen Wandel gesehen werden, andere Aspekte des beruflichen Selbstverständnisses wie z. B. die Vorstellungen, was Pflege beinhaltet, werden nur wenig berücksichtigt.

Gerade im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, aber auch in Bezug auf die oftmals als unzureichend gekennzeichnete Arbeitssituation in der beruflichen Pflege sind weitere Forschungen nötig. Auch wenn übereinstimmend festgestellt wird, dass sich sowohl die personelle Situation als auch die Arbeitssituation in der Pflege in den letzten zwanzig Jahren erheblich verschärft haben und dringender Handlungsbedarf formuliert wird – nicht zuletzt im Hinblick auf den Fachkräftemangel in der Pflege – bleibt offen, warum sich bislang kaum Verbesserungen in der Pflegepraxis abzeichnen.

Ein weiteres Forschungsdesiderat bzw. eine methodische Einschränkung (vgl. Braun/Klinke/Müller 2010: 8) besteht in den oftmals fehlenden positionsspezifischen Differenzierungen der empirischen Forschungen. Leitende Pflegekräfte und praktizierende Pflegekräfte werden häufig als eine Gruppe gesehen bzw. leitende Pflegekräfte werden als Expert/innen für die gesamte Pflege angesehen.⁶⁹ Dabei ist davon auszugehen, dass es allein aufgrund der Aufgabenbereiche und der Nähe zu den Patient/innen unterschiedliche Wahrnehmungen und Deutungsmuster des ökonomisch induzierten Wandels gibt. Simon zufolge spielen Managementkonzeptionen und Werthaltungen eine zentrale Rolle für die Ausgestaltung der externen Rahmenbedingungen in interne Veränderungsprozesse (Simon 2001: 83). Für die Pflegepraxis bedeutet dieses, dass das Verhalten des Managements einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitssituation der praktischen Pflege hat. Das Zusammenspiel zwischen Krankenhausmanagement und praktizierender Pflege wird jedoch in den Studien zu

⁶⁸ Ausnahmen sind z.B. die Studien von Weidner 1995, Piechotta 2000, Müller 2001. Letztere befragt zwar Studierende der Lehramts Pflegewissenschaft, da diese aber aus der Pflegepraxis kamen und die Daten am Anfang der Studienzeit erhoben wurden, konnten die Daten als unmittelbar in der Praxis entstandene Ansichten untersucht werden (Müller 2001: 15). Neuere Studien zum beruflichen Selbstverständnis in der Pflege im Hinblick auf die Professionalisierungstendenzen in der Pflege sind z.B. die Studie von Cassier-Woidasky (2007) oder von Starystach et al. (2018).

⁶⁹ Ausnahmen sind z.B. die Studien von Buhr/ Klinke (2006) und Marrs (2008), die in ihren Ergebnissen positionsspezifische Differenzierung formulieren.

den Veränderungsprozessen kaum beleuchtet. Eine vergleichende Analyse der beiden Ebenen – zumal sich im Zuge der ökonomisch induzierten Veränderungsprozesse auch eine Neukonzeption der Rolle der Pflegeleitungen abzeichnet ([vgl. Kap. 3.2.2](#))⁷⁰ – ermöglicht zum einen die Ausarbeitung gemeinsamer oder unterschiedlicher Werthaltungen in Bezug auf zentrale Aspekte der Versorgung. Zum anderen können so Konfliktfelder in der beruflichen Pflege im Krankenhaus genauer identifiziert werden.

Für die Pflege als Beruf zeigt sich insgesamt eine widersprüchliche Situation. Auf der einen Seite sind die Umstrukturierungen im Krankenhausesektor mit verschiedensten Neukonzeptionen im Bereich der Pflege verbunden, die sowohl die Organisation der Pflege als auch Inhalte pflegerischer Arbeit betreffen ([vgl. Kap. 3.2.2](#)). Parallel zu diesen Überlegungen, die in erster Linie auf neue Managementkonzeptionen und Restrukturierungsprozesse im Krankenhaus im Zuge der verschärften wirtschaftlichen Bedingungen zurückzuführen sind, zeigen sich im Bereich der beruflichen Pflege Professionalisierungsbestrebungen, verbundenen mit dem Ziel, sich von den traditionellen Strukturen der Unterordnung und Fremdbestimmtheit zu emanzipieren ([vgl. Kap. 2.2.1](#)). Demgegenüber stehen die tatsächlichen Umgestaltungen in der Pflege (-arbeit) im Krankenhaus, die in den Forschungen häufig im Hinblick auf die personelle Situation und die Arbeitssituation betrachtet werden. Wie sich jedoch die Pflege als Beruf verändert, (z. B. hinsichtlich beruflicher Inhalte), wie die Pflege in die Veränderungsprozesse eingebunden ist und welche Statusprozesse sich in der beruflichen Pflege abzeichnen, ist hingegen wenig erforscht. Beinhalten die ökonomisch induzierten Veränderungen tatsächlich eine Chance für einen Bedeutungsgewinn und eine neue Positionierung der Pflege? Auch hier bietet eine vergleichende Analyse zwischen der Ebene des Krankenhausmanagements und der Ebene der praktizierenden Pflege die Möglichkeit, sowohl Statusprozesse als auch spezifische Konfliktfelder der beruflichen Pflege im Kontext Krankenhaus aufzudecken.

Die vorliegende Untersuchung setzt an diesen Forschungsdesideraten an und beleuchtet die Folgen der ökonomisch induzierten Veränderungen aus aktorszentrierter, positionsspezifisch differenzierter Perspektive. Im Mittelpunkt steht die Frage nach Veränderungsprozessen in der beruflichen Pflege (-arbeit) im Krankenhaus. Das Erkenntnisinteresse richtet sich hier auf zwei thematische Komplexe: 1. Welche Auswirkungen haben die ökonomisch induzierten Veränderungen auf das berufliche Handeln – auch in Bezug auf die Patientenversorgung – und das berufliche Selbst-

⁷⁰ Erste empirische Befunde (auch im Rahmen dieser Studie) illustrieren diese neue Rolle der Pflegeleitungen ([vgl. Grimm 2013; Wolf/Ostermann 2016; Vogd et al. 2018](#)).

verständnis der Pflegekräfte? 2. Welche Entwicklungen zeichnen sich im Hinblick auf die Pflege als Beruf unter den neuen Bedingungen ab? Im ersten Komplex geht es um Auswirkungen, die in erster Linie die direkte Arbeitsebene und die Handlungsorientierungen der Pflege betreffen. Im zweiten Komplex stehen dagegen Fragen nach Statusprozessen und weiteren Entwicklungsprozessen in der beruflichen Pflege im Mittelpunkt. Mit dieser mikrosoziologischen Perspektive auf die Situation der Beschäftigten im Krankenhaus können die Entwicklungen in diesem Feld ausgeleuchtet und somit die Problemfelder der beruflichen Pflege genauer bestimmt werden.

4. Methodischer Rahmen

Diese Arbeit hat das Ziel, die ökonomisch induzierten Veränderungen im Krankenhaus aus einer positionsspezifisch differenzierten Sicht zu erfassen. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stehen die Auswirkungen des strukturellen ökonomischen Wandels auf die berufliche Pflege (-arbeit), sowohl in Bezug auf das berufliche Handeln im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Sorge, das berufliche Selbstverständnis als auch im Hinblick auf die Rolle und den Stellenwert der beruflichen Pflege. Um die Auswirkungen der Ökonomisierung für die berufliche Praxis der Pflege aus aktorszentrierter Perspektive in den Blick nehmen zu können, wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt.

Qualitative Methoden eignen sich in besonderer Weise dafür, im Sinne eines „Entdeckungs-Verfahren“ (Kleining 1982) neue Erkenntnisse zu generieren. Kleining zufolge geht es in der qualitativen Sozialforschung nicht um Entschlüsselungen oder die Restauration von originellen Zusammenhängen, sondern um das Aufdecken von Bezügen, um die in „ihren Verbindungen und Bezügen unentdeckte soziale Realität“ (Kleining 1982: 228). Die subjektiven Sichtweisen der Akteure sind dabei von zentraler Bedeutung. In der Tradition des symbolischen Interaktionismus werden diese als Grundlage für das menschliche Handeln gesehen. Der symbolische Interaktionismus geht u. a. von der Prämisse aus, dass „Menschen “Dingen“⁷¹ gegenüber auf der Grundlage der Bedeutungen handeln, die diese Dinge für sie besitzen.“ (Blumer 1973: 81). Dabei ist für das Handeln der Akteure entscheidend, wie sie die Situation deuten, in der sie sich gerade befinden. Im sogenannten Thomas Theorem wird der Zusammenhang zwischen der subjektiven Situationsdefinition und dem daraus folgenden Handeln mit seinen realen Konsequenzen verdeutlicht: „Wenn die Menschen Situationen als real definieren, so sind auch ihre Folgen real“ (Thomas 1965: 114). Die Situation beinhaltet dabei neben den objektiven Bedingungen⁷² sowohl die Einstellungen der Akteure als auch ihre Definition der Situation. Jede konkrete Handlung eines Individuums ist Thomas zufolge die Lösung einer Situation (vgl. ebd.: 84f.). Die subjektive Situationsdefinition bildet die Grundlage für das menschliche Handeln. Um es mit Esser zu formulieren:

⁷¹ Unter „Dingen“ versteht Blumer sowohl physische Gegenstände, andere Menschen, Kategorien von Menschen, Institutionen, Leitideale, Handlungen anderer Personen und Situationen des alltäglichen Lebens, kurz gesagt alles, „was der Mensch in seiner Welt wahrzunehmen vermag“ (Blumer 1973:81).

⁷² Die objektiven Bedingungen resultieren Thomas zufolge aus der Gesamtheit der Werte, die in dem jeweiligen Augenblick den jeweiligen Status des Akteurs beeinflussen. Diese Werte können aus verschiedenen Bereichen kommen, z.B. wirtschaftlichen, sozialen oder religiösen Ursprungs sein (vgl. Thomas 1965: 84).

„Es sind also *nicht* die objektiven, zweckrational angemessenen oder die normativ geforderten Bedingungen, nach denen sich die Akteure in der Selektion ihres Handelns richten, sondern ihre *subjektiven* Ansichten und Vermutungen. Und egal, ob diese subjektiven Ansichten und Vermutungen objektiv richtig sind oder nicht: Sie *haben* auf jeden Fall objektive, *reale* Konsequenzen“ (Esser 1999: 63, Herv. i. Original).

Das Verhalten eines Individuums hängt dementsprechend eng mit seiner subjektiven Situationsdefinition zusammen. Um die Situation der beruflichen Pflege im Krankenhaus erfassen zu können, ist es demnach wichtig, nicht nur die Veränderungen in den äußeren Strukturen zu untersuchen, sondern insbesondere die Sinn- und Erfahrungszusammenhänge der sozialen Akteure in diesem Feld. Speziell im Hinblick auf die Tragweite und Folgen der Ökonomisierung im Gesundheitssystem spielt die Rekonstruktion der normativen Orientierungen und der individuellen Wertehorizonte der Akteure eine wichtige Rolle.

Erhebungsmethode und Erhebungsinstrument

Der Fragestellung dieser Arbeit erschien die Methode der Einzelinterviews als angemessen, da die individuellen subjektiven Sichtweisen im Fokus stehen. Da das Forschungsinteresse dieser Arbeit auf die subjektiven Sichtweisen der Akteure gerichtet ist, zugleich aber eine explizite gesellschaftliche Problemstellung fokussiert wird, wurde als Erhebungsmethode das leitfadengestützte problemzentrierte Interview gewählt (vgl. Witzel 1985). Problemzentrierung bezieht sich dabei auf eine vom Forscher wahrgenommene gesellschaftliche Problemstellung als Ausgangspunkt der Forschung. Die theoretische Ausformulierung dieses Problemfeldes erfolgt dabei über das Vorwissen des Forschenden. Der eigene Wissenshintergrund wird systematisiert und offengelegt, u. a. indem zentrale Theorien und empirische Untersuchungen zu dem jeweiligen Themenbereich kritisch verarbeitet werden. Wichtig ist jedoch, das Prinzip der Offenheit zu berücksichtigen, indem das Vorwissen flexibel gehandhabt und der Empirie gegenüber offen gehalten wird (vgl. Witzel 1985: 230ff.).⁷³ Das Erhebungsinstrument des leitfadengestützten Interviews trägt dem Prinzip der Offenheit in der qualitativen Sozialforschung insofern Rechnung, als das durch offen gestellte Fragen und eine flexible Handhabung des Leitfadens den Interviewten Raum für ihre subjektiven Relevanzstrukturen gegeben wird (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 128). Im Vordergrund steht die Erzählstruktur der Inter-

⁷³ Witzel bezieht sich hier auf die von Blumer entwickelte Programmatik der „Sensitizing concepts“ (Blumer 1954, zitiert nach Witzel 1985: 231). Hier wird der „Doppelnatur“ des Forschenden - auf der einen Seite die Unvoreingenommenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand und auf der anderen Seite das Einbringen und Anwenden seines theoretischen Vorwissens - begegnet, indem der Forschende durch die vorläufige Formulierung des Problemfeldes in seiner Wahrnehmung sensibilisiert wird, dieses Vorwissen aber gegenüber der Empirie „offenhalten“ soll (Blumer 1954, zitiert nach Witzel 1985: 231).

viewten, der Leitfaden wird dabei als Denkhilfe und Orientierungsrahmen genutzt (Schmidt-Grünert 1999: 34). Mit diesem Vorgehen wird der Gefahr einer „Leitfadendbürokratie“ (Hopf 1978) vorgebeugt, gleichzeitig ermöglicht es eine Vorstrukturierung anhand der für die Fragestellung relevanten Themenfelder.

Der Leitfaden (s. Anhang) wurde so konzipiert, dass die Themenblöcke mit offenen, erzählgenerierende Fragen eröffnet wurden, die im weiteren Verlauf durch spezifische thematische Nachfragen ergänzt wurden. Die Interviewten erhalten so die Möglichkeit, ihre subjektive Sicht in ihrer eigenen Erzählstruktur darzustellen. Gerade die frei gestalteten Passagen, z. B. durch Erzählungen und Beschreibungen, bieten einen wichtigen Analysezugang für die Forschende, da sie nicht nur einen Einblick in die Perspektiven und Orientierungen der Interviewten geben, sondern auch in die handlungspraktischen Erfahrungen (Nohl 2017: 3). Im weiteren Verlauf des Interviews wurden spezifische Nachfragen gestellt, um angesprochene Problemdimensionen tiefergehend zu beleuchten. Als Einstiegsfrage in die Interviews wurden die teilnehmenden Personen gebeten, ihren beruflichen Werdegang zu schildern. Dieser offene, eher narrative Anfangsimpuls wurde ausgewählt, um einen Erzählfluss zu generieren und den Interviewten den Einstieg in die Interviewsituation zu erleichtern.⁷⁴ Diese Einstiegsfrage führte in vielen Interviews schon dazu, dass die Interviewten von sich aus auf weitere Themenfelder des Erkenntnisinteresses zu sprechen kamen, die im weiteren Verlauf des Interviews vertieft werden konnten. Der Interviewleitfaden beinhaltet über die Einstiegsfrage hinaus folgende thematische Schwerpunkte:

Persönliche Arbeitssituation/ Arbeitsalltag

Dieser Komplex zielt darauf ab, die aktuelle Arbeitssituation und die Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit zu erfassen. Die Eingangsfrage, wie ein typischer Arbeitstag aussieht, wurde ergänzt durch Fragen zu positiven oder problematischen Situationen im Arbeitsalltag, zur Arbeitsbelastung und zur Situation auf den Stationen (z. B. Besetzung oder Dienstplangestaltung).

Wahrgenommene Veränderungsprozesse

Dieser Schwerpunkt zielt auf die Wahrnehmung und Bewertung der Veränderungsprozesse im Krankenhaus, sowohl im Hinblick auf die eigene Arbeitssituation als auch im Hinblick auf krankenhausinterne Prozesse und auf die Patientenversorgung.

Berufliches Selbstverständnis und normative Orientierungen

⁷⁴ Für Witzel ist die Gestaltung des Gesprächsanfangs ein zentrales Element des problemzentrierten Interviews. Der Einstieg sollte so gestaltet sein, dass gleichzeitig eine „narrative Gesprächsstruktur“ aufgebaut wird, „deren inhaltliche Abfolge und Gliederungspunkte möglichst weitgehend vom Befragten entwickelt werden“ und trotzdem ein problemzentrierter Rahmen abgesteckt wird. (Witzel 1985: 245)

Dieser thematische Block hat zum Ziel, das berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte zu erfassen. Neben den zentralen Aspekten und Besonderheiten der pflegerischen Arbeit standen auch normative Bezugspunkte des pflegerischen Selbstverständnisses im Zentrum, z. B. indem nach den idealtypischen Merkmalen einer „guten“ Pflegekraft gefragt wurde oder nach den zentralen Merkmalen einer „guten“ Patientenversorgung.

Stellenwert Pflege/ Anerkennung

Dieser Schwerpunkt zielt auf die Wahrnehmung der Interviewten in Bezug auf die Rolle der Pflege im Krankenhaus. Wie sehen die Pflegekräfte/ Akteure die Bedeutung der Pflege im Krankenhaus? Welchen Stellenwert und welche Mitsprachemöglichkeiten haben sie? Wie beurteilen sie die Anerkennung pflegerischer Arbeit, insbesondere im Hinblick auf die Bezahlung?

Methodische Anmerkungen zum Leitfaden und zum Erhebungsinstrument

Eine Schwierigkeit des mehrdimensionalen Zuschnittes dieser Arbeit (s. Sample) war die Frage der Schwerpunktsetzung. Im Verlauf des Forschungsprozesses wurde deutlich, dass der Fokus in erster Linie auf den Veränderungsprozessen in der pflegerischen Arbeit liegt und dass die Ebene des Krankenhausmanagements als komplementäre Befragungsebene hinzugezogen wird. Daher gibt es leichte Unterschiede in den Interviewleitfäden. So standen auf der Pflegeebene stärker die Veränderungsprozesse in der persönlichen Arbeitssituation und ihre Auswirkungen auf die Pflege (-arbeit) im Vordergrund, während auf der Ebene des Managements die Veränderungsprozesse im Krankenhaus allgemein mehr Gewicht hatten. Der Interviewleitfaden auf der Managementebene enthält zudem Fragen zu ihrer Sicht auf die Pflege, auch im Hinblick auf den Erwartungshorizont „gute“ Pflege. Da aber alle Schwerpunktthemen auf beiden Ebenen angesprochen wurden, sind die Voraussetzungen für eine komparative Analyse im Hinblick auf die zentralen Aspekte des Erkenntnisinteresses gegeben.

Eine weitere Frage bei den Vorüberlegungen zum Erhebungsinstrument war, ob die Interviews auf der Managementebene als Experteninterviews geführt werden sollten. Als Experte kann Meuser und Nagel zufolge gelten,

„wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder – wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“. (Meuser/Nagel 2005: 73).

Experten/innen können z. B. als „eine zur Zielgruppe komplementäre Handlungseinheit“ betrachtet werden, deren Wissen über die Kontextbedingungen des Handelns der Zielgruppe im Fokus des Interesses steht (ebd.: 75). In diesem Sinne würde durchaus einiges dafür sprechen, die Ebene des Krankenhausmanagements als Experten/innen zu interviewen. Das Management verfügt sowohl über ein spezifisches Wissen über die Abläufe in ihrer jeweiligen Institution als auch über spezifische Kenntnisse in Bezug auf die ökonomisch induzierten Veränderungsprozesse. Da aber auch die Pflege über ein spezifisches Wissen in Bezug auf ihren Arbeitsbereich verfügt, könnten sie ebenfalls als Experten/innen angesprochen werden (vgl. Slotala 2011: 80). Zentral ist jedoch, dass es abhängig vom jeweiligen Forschungsinteresse ist, ob die betreffende Person als Experte/in angesprochen wird. Ausschlaggebend für die Entscheidung, die Interviews auf beiden Ebenen als leitfadengestützte problemzentrierte Interviews zu führen, war in erster Linie das Erkenntnisinteresse. Es richtet sich auf die subjektiven Sichtweisen der Krankenhausakteure in Bezug auf die mit der Ökonomisierung verbundenen Veränderungsprozesse und nicht auf die Generierung von „Expertenwissen“⁷⁵. Vertreter/innen des Krankenhausmanagements nehmen zwar eine exponierte Rolle ein, indem sie die Veränderungsprozesse mitgestalten, sind aber gleichzeitig auch in ihrer persönlichen Arbeitssituation von den Umstrukturierungen betroffen und müssen sich in verschiedenster Hinsicht neu orientieren.

Sample

Die Eingrenzung des Forschungsfeldes erfolgte schon im Vorwege über die Fragestellung dieser Arbeit. Da diese sich auf die Auswirkungen der ökonomisch induzierten Veränderungsprozesse auf die berufliche Pflege (-arbeit) im Krankenhaus richtet, stehen Vertreter/innen der beruflichen Krankenhauspflege im Mittelpunkt dieser Studie. Zentral für diese Untersuchung ist der Aspekt, dass die Interviews mit Akteuren/innen geführt wurden, die innerhalb der Institutionen in hierarchisch verschiedenen Positionen tätig waren. Dieser mehrdimensionale Zuschnitt wurde gewählt, um eine positionsspezifisch differenzierte Sicht auf die Veränderungsprozesse zu gewinnen. Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungsbestände und subjektiven Deutungsmuster der Pflegekräfte, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind. Die Perspektive der direkten Pflege ist von zentraler Bedeutung, um die Reichweite und die tiefergehenden Folgen des Umbaus für die berufliche Pflege (-arbeit) im Krankenhaussektor

⁷⁵ Helfferich zufolge unterscheiden sich Leitfadeninterviews von Experteninterviews dadurch, dass erstere über die Methode definiert sind, während letztere über die spezielle Zielgruppe der Interviewten und das Interesse an der Generierung von Expertenwissen als spezielle Art von Wissen definiert sind. (Helfferich 2019:670).

in den Blick zu nehmen. Ergänzt wird die Sichtweise der direkten Pflege durch die Perspektive von ausgewählten Vertreter/innen des Krankenhausmanagements. Die Ebene des Managements wurde zum einen in das Sample aufgenommen, um quasi einen „Gegenhorizont“ zu konstruieren. Aufgrund der bisherigen Forschungsergebnisse (vgl. Kap. 3.3.2) kann davon ausgegangen werden, dass sie einen anderen Blickwinkel auf die ökonomisch induzierten Veränderungsprozesse haben und somit als Kontrastgruppe das Sample bereichern. Zum anderen erfassen die Neustrukturierungen im Krankenhaus auch die Managementebene und bewirken eine Neujustierung der krankenhausesinternen Strukturen, die wiederum Einfluss auf die Situation der Pflege haben (vgl. Simon 2001:83). Da das Management bezüglich der Rahmenbedingungen und Veränderungsprozesse in der pflegerischen Arbeit eine zentrale Rolle spielt, bietet ein mehrdimensionaler Zugang die Möglichkeit, einen vertiefenden und differenzierten Blick auf die Ökonomisierungsprozesse zu werfen.

Die Auswahl der Fälle erfolgte über verschiedene Wege. Zunächst erfolgte eine Vorüberlegung zur Strukturierung des Samples anhand verschiedener Merkmale, z. B. Geschlecht⁷⁶, Trägerschaft des Krankenhauses, Tätigkeitsfeld und Position. Diese Form der Stichprobenziehung, bei der die relevanten Merkmale, Merkmalsausprägungen und die Größe des Samples vorab festgelegt werden, wird in der Literatur teilweise auch als „selektives Sampling“ bezeichnet (Kelle/Kluge 2010: 50). Die Festlegung der Kriterien beruht auf den theoretischen Vorüberlegungen zu dieser Untersuchung. Die reine Vorabstrukturierung des Samples beinhaltet jedoch die Gefahr, die Offenheit für den Forschungsprozess zu verlieren und wichtige Daten zu übersehen. Um die Offenheit zu wahren und bestimmten, in den Interviews angesprochenen Dimensionen nachzugehen, wurde daher im Forschungsprozess auch induktiv weiteres Datenmaterial erhoben, in Anlehnung an die Methode des „Theoretical Samplings“ (vgl. Glaser/Strauss 2005: 53).⁷⁷ So äußerte in der hier vorliegenden Untersuchung eine Pflegekraft aus der direkten Patientenversorgung, dass „jünge-

⁷⁶ Hier ist anzumerken, dass nicht die Abbildung der „realen“ Geschlechterverteilung in der Pflege im Krankenhaus ein Auswahlkriterium war, sondern die Erfassung der Veränderungsprozesse sowohl aus Sicht der männlichen Pflegekräfte als auch aus Sicht der weiblichen Pflegekräfte.

⁷⁷ Beim „Theoretical Sampling im Sinne der Grounded Theory werden die zu untersuchenden Fälle im Prozess sukzessive erhoben, indem während der Datenerhebung eine erste Analyse der erhobenen Daten stattfindet, auf deren Grundlage entschieden wird, welche weiteren Daten erhoben werden müssen (Glaser/Strauss 2005:53). Wichtig für die Datengenerierung ist das Wechselspiel zwischen minimaler Kontrastierung und maximaler Kontrastierung der Fälle. Durch ersteres wird die Brauchbarkeit des theoretischen Konzeptes überprüft. Letzteres dient der „theoretische Sättigung“, die dann erreicht ist, wenn keine weiteren Daten mehr gefunden werden können, durch die weitere Eigenschaften der Kategorie entwickelt werden können (Glaser/Strauss 2005:63ff.)

re“⁷⁸ Pflegekräfte ein anderes Pflegeverständnis hätten als die Pflegekräfte, die schon länger im Beruf tätig sind. Diesem Hinweis auf einen möglichen Wandel im beruflichen Selbstverständnis wurde im Untersuchungsverlauf nachgegangen, indem das Sample um verschiedene Interviews mit „jüngeren“ Pflegekräften erweitert wurde.

Die Interviewpartner auf der Pflegeebene wurden in erster Linie durch das sogenannte „Schneeballverfahren“ akquiriert. Bei dieser Methode besteht die Gefahr der Verzerrung der Stichprobe, da möglicherweise nur Fälle erhoben werden, die sich alle in einem bestimmten Kontext bewegen (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 184f.). Da sich in diesem Sample jedoch vorab strukturiert verschiedene Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft befinden, erfolgte der Zugang zu den Fällen über unterschiedliche Personen, so dass eine Verzerrung des Samples vermieden werden konnte. Auch hinsichtlich der Ausrichtung der Stationen wurden verschiedene Merkmale berücksichtigt: So befinden sich sowohl intensivmedizinische und chirurgische Stationen als auch Stationen der Inneren Medizin im Sample. Insgesamt entstand ein sehr heterogenes Sample, das aber im Hinblick auf die Dauer der Berufszugehörigkeit auf der Pflegeebene auch homogene Strukturen aufweist. Von den 21 Interviews des Samples wurden vierzehn mit Personen geführt, die in der direkten Patientenversorgung tätig waren und sieben mit Personen in leitenden Funktionen (s. Tabelle 1).

⁷⁸ Das Adjektiv „jünger“ bezieht sich hier auf die Dauer der Berufszugehörigkeit und nicht auf das tatsächliche Alter, auch wenn die beiden Merkmale häufig korrelieren. Als „jüngere“ Pflegekräfte werden in dieser Arbeit diejenigen bezeichnet, die zum Zeitpunkt des Interviews maximal fünf Jahre als examinierte Pflegekraft in der Pflege tätig waren und somit erst mit oder nach Beginn der ökonomisch induzierten Veränderungen in den Krankenhäusern tätig waren. Die Vergleichsgruppe der „älteren“ Pflegekräfte besteht aus Pflegekräften, die zum Zeitpunkt der Interviews mehr als 15 Jahre in der Pflege tätig sind und den Umbruchprozess miterlebt haben.

Tabelle 1 Sample

	Direkte Patientenversorgung	Krankenhausmanagement
Insgesamt		
	14	7
Krankenhausträgerschaft		
Privat	5	2
Öffentlich	4	3
Freigemeinnützig	4	2
Zeitarbeit	1	
Geschlecht		
Weiblich	8	4
Männlich	6	3
Berufszugehörigkeit		
> als 15 Jahre	7	4
> als 10 Jahre	2	2
≥ als 5 Jahre	5	1

Auswertung

Ziel der Untersuchung ist es, die tiefergehenden Folgen der ökonomisch induzierten Veränderungen für die Pflege (-arbeit) und die daraus resultierenden Konfliktfelder der beruflichen Pflege herauszuarbeiten. Im Mittelpunkt der Analyse stehen die subjektiven Erfahrungen und Orientierungen der Interviewten. Die Analyse und Rekonstruktion dieser Deutungs- und Handlungsmuster erfolgt in verschiedenen Analyseschritten. In Anlehnung an Witzel (2000)⁷⁹ erfolgte die erste Sichtung des Datenmaterials auf der Basis der vollständig transkribierten Interviews. Dabei wurden sowohl theoriegeleitet – basierend auf dem theoretischen Vorwissen und den Forschungsfragen – als auch induktiv Stichworte bzw. Codes identifiziert, die im weiteren Schritt zu Kategorien zusammengefasst wurden. Diese Kategorien wurden im Verlauf des Analyseprozesses stetig anhand des Datenmaterials geprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt und ergänzt (vgl. Kelle/Kluge 2010: 61; Schmidt 2010: 477). So entstand ein mehrdimensionales Kategorienschema (s. Tabelle 2).

⁷⁹ Das von Witzel vorgeschlagene Verfahren zur Auswertung problemzentrierter Interviews korrespondiert eng mit dem Auswertungsverfahren der Grounded Theory, z.B. in Bezug auf das Codieren des Materials, das Erstellen von Memos und der Erstellung von Kernkategorien (vgl. Witzel 2000)

Tabelle 2 Zentrale Kategorien in Abhängigkeit zur Befragungsebene

	Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung	Krankenhausmanagement
Umbruchprozesse in Bezug auf die direkte Arbeitsebene	Arbeitsanforderungen	Organisationsstruktur/ Führungsstruktur
	Arbeitsinhalte	Arbeitsinhalte/-Arbeitsverdichtung
	Arbeitsvolumen	Entscheidungsprozesse/ Mitarbeiterführung
	Personelle Situation	
Ökonomie und Gesundheitsversorgung	Spannungsfeld Wirtschaftlichkeit und Sorge	Neujustierung Krankenhausesektor
	Umgang mit dem Spannungsfeld	Wettbewerbsstrategien
	Berufliches Selbstverständnis/ Positionierung zu den Veränderungsprozessen	Organisationales Selbstverständnis
		Versorgungsqualität
Rolle und Stellenwert der Pflege im Kontext Krankenhaus	Neustrukturierung der Aufgabenbereiche	Wahrnehmung und Umgang mit der Arbeitssituation der Pflege
	Zusammenspiel Pflege und Management aus Sicht der Pflege	Erwartungen an das Pflegepersonal: Idealtypus Pflegekraft aus Sicht des Managements
	Sicht auf die eigene Rolle und den eigenen Stellenwert	Stellenwert der Pflege aus Sicht des Managements

Die Identifizierung der fallspezifischen zentralen Themen und die Sequenzierung des Materials anhand der für die Forschungsfragen relevanten Interviewpassagen dienen als vorbereitende Schritte für die fallübergreifende vergleichende Analyse. Um Gemeinsamkeiten, Widersprüche oder Unterschiede in den subjektiven Deutungs- und Handlungsmustern in Bezug auf die Veränderungsprozesse zu identifizieren und zu rekonstruieren, wurden die Interviews in Bezug auf die ermittelten Kategorien analysiert, interpretiert und miteinander verglichen. Die komparative Analyse erfolgte unter Berücksichtigung des mehrdimensionalen Zuschnittes dieser Arbeit in zwei Schritten: im ersten Schritt wurden die Interviews innerhalb ihrer Befragungsebene miteinander verglichen. Im zweiten Schritt erfolgte ein Vergleich zwischen den beiden Befragungsebenen. Ziel dieser vergleichenden Analyse ist zum einen die Ausarbeitung gemeinsamer oder unterschiedlicher Werthaltungen in Bezug auf zentrale

Aspekte der Versorgung und zum anderen die Ausarbeitung positionsspezifischer Arbeitslogiken und daraus resultierenden Konfliktfeldern. Die Interviews wurden in erster Linie inhaltsanalytisch ausgewertet. Hier kamen sowohl die zusammenfassende Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2008) als auch die hermeneutisch-interpretierende Inhaltsanalyse (vgl. Bos/Tarnei 1989) zur Anwendung.⁸⁰

Das Interviewmaterial zeichnet sich dabei durch eine besondere Komplexität aus, d. h. dass einzelne Interviewausschnitte oft gleichzeitig verschiedene zentrale Themen beinhalteten und dementsprechend verschiedenen Kategorien zugeordnet werden können. Dieser Komplexität wurde begegnet, indem die Sequenzen in Bezug auf die jeweilige behandelte Kategorie intensiver analysiert und die anderen enthaltenen Themen eher nachrangig behandelt wurden. Auch sind die Themenfelder im beruflichen Alltag in der Regel nicht so voneinander trennbar wie in diesem Kategorienschema, oftmals bedingen sich verschiedene Prozesse und sind eng miteinander verwoben. So sind zum Beispiel die Veränderungen in den Arbeitsinhalten der Pflege z. T. eng verknüpft mit der Neustrukturierung der Aufgabenbereiche im Krankenhaus. Auf diese Querverbindungen wird in der Ergebnisdarstellung entsprechend verwiesen.

Da das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit in erster Linie auf eine Analyse der Auswirkungen der ökonomisch induzierten Veränderungen auf die berufliche Pflegearbeit im Krankenhaus ausgerichtet ist und der Vergleich zwischen den beiden Befragungsebenen im Vordergrund steht, erfolgt die Darstellung der empirischen Ergebnisse themenzentriert.

⁸⁰ In einzelnen Abschnitten finden sich auch Elemente, die aus der dokumentarischen Methode (vgl. Bohnsack et al. 2007) entlehnt sind. So bietet die reflektierende Interpretation der dokumentarischen Analyse die Möglichkeit, nach einander begrenzenden Horizonten zu suchen, die dann als Orientierungsrahmen verstanden werden können (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 302). Hier kann hier sowohl nach einen „positiven Horizont“ als auch nach einem „negativen Horizont“ gesucht werden (ebd.). In Bezug auf das berufliche Selbstverständnis wurde in dieser Arbeit in erster Linie nach einen „positiven Horizont“ gesucht, dem Leitbild der „idealen“ Pflegekraft.

5. Veränderungsprozesse aus Sicht der Pflege

Die Folgen der ökonomisch induzierten Veränderungen aus der Sicht der Akteure zu erfassen, ist das zentrale Anliegen dieser Arbeit. In diesem Kapitel stehen die Sichtweisen der befragten Pflegekräfte im Mittelpunkt, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind. Wie diese die Umstrukturierungsprozesse erleben, wird im Folgenden anhand verschiedener Themen rekonstruiert. Zunächst stehen die Auswirkungen auf die Arbeitssituation in der Pflege im Vordergrund, vor allem im Hinblick auf Aspekte wie Arbeitsanforderungen und Arbeitsinhalte, aber auch hinsichtlich des Arbeitsvolumens und der personellen Situation (Kap. 5.1).

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels steht das Spannungsfeld zwischen den Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit, die in hohem Maß von wirtschaftlichen Aspekten beeinflusst werden, und den versorgungsrelevanten Aspekten im Fokus. Anhand verschiedener Beispielsituationen wird dieses Spannungsfeld illustriert, auch unter Bezugnahme der spezifischen Handlungsanforderungen, die sich aus der Arbeit der Pflege als soziale Dienstleistung ergeben. Auch die Folgen für die Versorgungssituation werden thematisiert. Im Anschluss daran wird dargestellt, wie die Pflegekräfte dieses Samples mit diesem Spannungsfeld umgehen, auf welche Art und Weise sie dieses austarieren (Kap. 5.2).

Anschließend werden zentrale Aspekte des beruflichen Selbstverständnisses beleuchtet (Kap. 5.3). Wie in Kap. 2.3 dargestellt, umfasst das berufliche Selbstverständnis verschiedene konstitutive Aspekte, wie z. B. Aufgabeninhalte, Erfolgsmaßstäbe und auch habituelle Aspekte (vgl. Warwas 2009: 478). In dieser Arbeit wird eine modifizierte Form der Definition des beruflichen Selbstverständnisses von Warwas⁸¹ verwendet. Hierzu wird das berufliche Selbstverständnis noch einmal differenziert in allgemeines berufliches Selbstverständnis und Pflegeverständnis. Letzteres wird als ein Teilaspekt des beruflichen Selbstverständnisses betrachtet und bezieht sich auf das, was die Pflegekräfte als Kern ihrer Tätigkeit ansehen, unter anderem auch in Bezug auf Aufgabeninhalte und Maßstäbe, an denen sich der Erfolg messen lassen kann. Ersteres berücksichtigt darüber hinausreichende Aspekte wie den Habitus.

Abschließend steht die Pflege im Kontext Krankenhaus im Fokus (Kap. 5.4). Pflege ist als eine der zentralen Berufsgruppen im Krankenhaus in den spezifischen Bezugsrahmen des jeweiligen Krankenhauses eingebunden. Die Arbeit auf den Stationen

⁸¹Das berufliche Selbstverständnis wird verstanden als „die berufsbiografisch erworbenen Einstellungen und Verhaltensweisen des jeweiligen Positionsinhabers [...], denen eine orientierende und handlungsleitende Funktion für die Alltagspraxis zuerkannt wird.“ (Warwas 2009: 478).

wird in einem erheblichen Maße von den Rahmenbedingungen beeinflusst, die sowohl extern durch bestimmte Vorgaben auf politischer Ebene vorgegeben werden als auch intern durch die Managementkonzeptionen und Werthaltungen der Führungskräfte⁸². Wie die Pflege in diesen Kontext eingebunden ist, wie das Zusammenspiel zwischen den Pflegenden an der Basis und dem Krankenhausmanagement aus Sicht der praktizierenden Pflege wahrgenommen wird und wie die Pflege ihre Rolle und ihren Stellenwert bewertet, wird in diesem Abschnitt rekonstruiert.

5.1 Veränderungsmomente im pflegerischen Alltag

Die strukturelle Neujustierung des Krankenhausesektors hat den interviewten Pflegekräften zufolge deutliche Auswirkungen auf die berufliche Pflegearbeit im Krankenhaus. Veränderungsprozesse wie z. B. die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf das DRG-System⁸³ und interne Reorganisationsprozesse in den Krankenhäusern beeinflussen den pflegerischen Alltag auf verschiedenste Weise. Dass die Veränderungsprozesse zu einer Verdichtung der Arbeit im Krankenhaus geführt haben, ist mittlerweile viel diskutiert und hinreichend bekannt. Auch die personelle Situation ist häufig Gegenstand der Diskussionen (vgl. Kap. 3.2.2). In diesem Kapitel werden die Umbrüche im pflegerischen Alltag explizit aus Sicht der hier tätigen Pflegekräfte beleuchtet. Welche Veränderungen nehmen sie in ihrem Arbeitsalltag wahr? Mit welchen Anforderungen sehen sie sich konfrontiert? Der Wandel wird in erster Linie aus Sicht der Pflegekräfte rekonstruiert, die auch schon vor den ökonomisch induzierten Veränderungen als Pflegekraft im Krankenhaus tätig waren, da sie mehr Vergleichsmomente als die „jüngeren“ Pflegekräfte haben. Aber auch die Aussagen der „jüngeren“ Pflegekräfte, die erst mit Beginn oder nach den Umstrukturierungen in den Krankenhäusern tätig waren, werden kontextuell berücksichtigt.

5.1.1 Arbeitsanforderungen

Unter den interviewten Pflegekräften herrscht eine hohe Übereinstimmung in der Hinsicht, dass sich die Arbeitssituation im Zuge der Neujustierung deutlich gewandelt hat. In verschiedenster Weise hätten sich die Anforderungen an sie als Pflegekraft verändert. So zeige sich zum einen – insbesondere auf den operativen Stationen – eine deutliche Zunahme des organisatorischen Aufwands im pflegerischen Alltag.

⁸² Vgl. Simon 2001: 83.

⁸³ Ob und wie sich die Arbeitssituation der Pflegekräfte aufgrund der Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System verändert, ist noch unklar.

Exemplarisch hierfür ist die folgende Schilderung von Frau Lange⁸⁴. Sie arbeitet seit vielen Jahren auf einer chirurgischen Station eines Krankenhauses in öffentlicher Trägerschaft. Ausgangspunkt ihrer Schilderung ist die Frage, wie viel Prozent sie momentan arbeiten würde. Frau Lange antwortet, aktuell arbeite sie

Immer noch dreiviertel, weil nun hatte sich ja auch wieder derbe verändert, die Arbeitssituation so [...] also bei uns jedenfalls. Wir sind ja eben operativ und so 'n tierischen Durchlauf an Patienten, Anmeldungen ohne Ende. Das ist immer die Diskrepanz mit der Bettensituation. Wir kommen überhaupt nicht mehr hin. Aber es rafft auch keiner. Eh, die gehen immer nach ihren OP-Plätzen, ne? [...] das is ja alles gut und schön, aber wir haben die Betten nicht mehr. Wir haben einfach die Betten nich dafür, ne? Gestern, weiß nich, oder vorgestern waren so viele Aufnahmen wieder, dass irgendwo sechs Leute müssen dann eben woanders hin verlegt werden zuzusagen. Da muss dann immer wild gesucht werden. [...] Dann sind da Patienten und alles ist ganz unglücklich. Dann liegen sie auf der Haut, oder auf der HNO, ne? (Frau Lange: 56)

Schon im Einstieg in diese Interviewpassage illustriert Frau Lange, dass sie einen massiven Wandel in der Arbeitssituation wahrnimmt. Aus diesem Grund würde sie auch nicht als Vollzeitkraft arbeiten. Deutlich wird in ihrer Schilderung, dass der Durchlauf an Patienten auf den operativen Stationen sehr hoch ist, was die Interviewte eindrücklich mit „tierischer Durchlauf“ und Anmeldungen „ohne Ende“ verbalisiert. Zudem zeigt sich in ihrer Aussage ein wahrgenommener Widerspruch zwischen den organisationalen Anforderungen und den tatsächlichen Versorgungsmöglichkeiten auf den Stationen. So verweist Frau Lange nachdrücklich auf eine Diskrepanz zwischen der Bettensituation auf ihrer Station und den geplanten Operationen. Die Planungen würden sich an den vorhandenen OP-Plätzen orientieren und nicht an den Versorgungsmöglichkeiten auf den Stationen. Dementsprechend würden Situationen entstehen, in denen mehr Patienten zu Operation einbestellt werden würden als Betten zur Verfügung stehen. Hierdurch entstehe für die Pflege ein hoher organisatorischer Zusatzaufwand, der kaum zu bewältigen sei. Die Aussage „Aber es rafft ja keiner“ impliziert, dass die Pflege aus ihrer Sicht mit dem Problem allein da steht. Im Weiteren konkretisiert Frau Lange, wie sich diese Diskrepanz im Arbeitsalltag der Pflege auswirkt. So hätten z. B. an einem Tag sechs Patienten auf andere – in der Regel fachfremde – Stationen verlegt werden müssen, da müsse erst „wild gesucht“ werden, um die Patienten unterbringen zu können. Die hieraus entstehende Versorgungssituation sei für alle Beteiligten unbefriedigend:

Ich mein', jetzt geht es schon 'n bisschen [...] wir hatten denen natürlich auch so 'n paar Zettel dann irgendwie gegeben, ne? Wie das mit Vorbereitungen, oder wie die

⁸⁴ Die Namen aller Interviewten wurden anonymisiert und durch Pseudonyme ersetzt. Zudem wurden für die weitere Anonymisierung einige Kontextinformationen leicht abgeändert.

dann zu betreuen sind. Manchmal mussten wir sie auch zurück nehmen, je nach Art der Operation. Dann kommen die wieder zurück dann. Dann gehen sie erst noch in den OP. Und aus dem OP dann wieder zu uns, und, es ist ein ständiges hin und her mit den armen Patienten kann man auch sagen einfach, ne? (Frau Lange: 57-60)

Auch wenn sie ihre Kritik etwas relativiert und sagt, dass es mittlerweile einigermaßen gehen würde, zeigen ihre Ausführungen, dass die Pflege mit einem erheblichen Mehraufwand konfrontiert ist. Das Pflegepersonal auf den fachfremden Stationen sei in Bezug auf die Besonderheiten der speziellen Krankheitsbilder der fachfremden Patienten – z. B. hinsichtlich der Operationsvorbereitung und Operationsnachsorge – nicht immer ausreichend informiert und eingearbeitet. Mittlerweile hätten sie zwar Informationsmaterial an die Kollegen auf den Stationen weitergegeben und die Betreuung sei einigermaßen gewährleistet. Für die Patienten sei diese Situation aber mit vielen Verlegungen verbunden, aus Sicht von Frau Lange ist das keine zufriedenstellende Situation. Die Unstimmigkeiten zwischen den Operationsplanungen und der Versorgungssituation auf den Stationen, die Frau Lange wahrnimmt, gehen ihren Schilderungen zufolge mit einem im doppelten Sinne erhöhten Aufwand für die Pflegekräfte einher, indem sie nicht nur nach Versorgungsmöglichkeiten außerhalb ihrer Station suchen müssten, sondern auch die Kolleginnen bei der Betreuung der fachfremden Patienten unterstützen müssten. Hier zeigt sich eine Entgrenzung der Pflegearbeit über die Stationsgrenzen hinaus.

Herr Schreiner ist ebenfalls seit vielen Jahren Pflegekraft und arbeitet auf einer chirurgischen Station in einem Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft. Auch er kennt dieses Problem aus seinem Stationsalltag:

Und, also dieses organisieren und suchen und telefonieren, wo kann der hin und das erfordert ja ganz viel Verhandlungsgeschick und Ideenreichtum und Kreativität. Auf der anderen Seite muss ich ja eben auch 'ne gute Intuition haben so, weil in diesem ganzen Kram vergisst man ja auch irgendwie dass man vielleicht auch da und da 'ne Blutkonserve noch angehängt hat. Und dass man da ja auch mal gucken muss, wie geht's dem eigentlich oder irgendjemand der überwachungspflichtig ist da, wirklich dass eben alles so im Kopf zu haben, also das is sehr, sehr anspruchsvoll, denk ich mir. (Herr Schreiner: 173)

Herr Schreiner verweist in diesem Zitat auf die organisatorischen Folgen im Falle einer Überbelegung. So seien bei der Suche nach Versorgungsmöglichkeiten zum einen Fähigkeiten wie „Verhandlungsgeschick“, „Ideenreichtum“ und „Kreativität“ gefragt, um Betten für die Patienten zu finden. Diese Fähigkeiten erscheinen im Hinblick auf die Pflege als Beruf neu. Zum anderen sei es sehr anspruchsvoll, neben den organisatorischen Herausforderungen die pflegerische Versorgung der anderen Patienten im Blick zu behalten. Deutlich wird, dass eine erhöhte Komplexität in der Pati-

entenversorgung wahrgenommen wird, nicht nur in organisatorischer Hinsicht, auch indem die fachliche Versorgung der Patienten – auch über die Stationsgrenzen hinaus – sichergestellt werden muss.

Thema der nächsten Sequenz sind die Veränderungsmomente im pflegerischen Alltag, die im Zusammenhang mit der Verkürzung der Verweildauer stehen. Frau Lange berichtet, dass die frühzeitigen Entlassungen auf den operativen Stationen dazu führen, dass die Pflegekräfte verstärkt in die Organisation der Nachsorge eingebunden seien:

Aber wenn eben durch frühzeitige Entlassung, ne, wenn die einfach noch 'n paar Tage was brauchen, oder womöglich noch ein, zwei Monate oder so, es besteht ja auch die Möglichkeit, dass die eben noch so 'n Pflegedienst dann organisiert werden muss und so. Dann müssen wir die wieder kontaktieren. Oder auch diese ganzen Reha-Geschichten [...] wir müssen das dann immer anmelden. Und durch diesen kurzen Aufenthalt, die sind ja wirklich nur noch vier oder fünf Tage da. Du musst auch die Patienten immer gleich am ersten Tag schon fragen: „Möchten sie eine?“ [...] Die sind immer so überfahren mit von allem. Weißt du, dann hast du die OP. Dann musst du da drüber erst mal, das ist Krebs, dann, ne? Für viele is das viel, ne? Das merkt man ja immer. Immer wieder an diesen Gesprächen, die du dann immer wieder führen musst, ne? [...] Es ist einfach viel, viel Orga in noch kürzerer Zeit dann eben geworden dadurch, ne? (Frau Lange: 152)

Diese Interviewsequenz verweist auf eine durch die frühzeitigen Entlassungen entstehende Verschiebung der Behandlung vom Akutkrankenhaus in den nachsorgenden Sektor. Pflegedienste und Rehabilitationseinrichtungen übernehmen die Versorgung von Patienten, die nach dem Krankenhausaufenthalt noch weiter auf Unterstützung angewiesen sind. Diese Verschiebung sei für die Pflege zum einen mit einer weiteren Zunahme von organisatorischen Aufgaben verbunden, indem sie die Nachsorge anbahnen müssen. Zum anderen seien die Patienten teilweise durch die Schnelligkeit der Abläufe überfordert. Als Folge entstehe ein erhöhter Kommunikationsbedarf seitens der Patienten. Auch die psychosoziale Komponente, z. B. durch die Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung, müsse aus den Reihen der Pflegekräfte durch vermehrte Gespräche kompensiert werden. Auf die Frage, inwieweit die in den Fallpauschalen vorgesehenen Liegezeiten für die Patienten angemessen seien, antwortet sie:

Es geht, würd ich sagen. Es geht schon. Aber, sie gehen halt mit mehr Fragen, würd ich sagen [...] Sie sind immer überrascht: „Oh, ich was,“ ne? Wenn du Donnerstag operiert bist und dann sagen wir: „Ja, Montag tschüs,“ ne? So in netter Form natürlich [...] Aber es sind dann halt immer viel, viele Fragen, weil es kommt ja einfach vor, dass sie jetzt immer mal mit Kathetern nach [Hause gehen, Anm. d. Verf.] [...] du hast Unmengen mehr Gespräche einfach. Weil früher wurde das alles auf Station raus genommen schon. Dann war gut. Dann war die Frage noch, kann ich Wasser lassen oder nich? Jetzt, ne, kann der verstopfen, kann dies, kann jenes? Du hast da

schon viel, viel mehr auch Gespräche. Es ist aufwändiger geworden. Und auch natürlich eher mal viele Rücktelefonate hier denn von unsicheren Patienten. Manche sind auch ganz souverän und sagen: Ja, okay.“ Aber die sind oft dann eben sehr verunsichert. (Frau Lange: 146).

Frau Lange betont in dieser Sequenz noch mal eindringlich den erhöhten Kommunikationsbedarf der Patienten, Auch verweist sie hier wiederholt auf Irritationen auf Seiten der Patienten, die aufgrund der Verkürzung der Verweildauer entstehen würden. Auch wenn die Liegezeiten bei den meisten Patienten nicht unrealistisch seien, hätten diese oftmals noch viele Fragen. Die schnellen Entlassungen würden insbesondere zu Verunsicherungen führen, wenn die Behandlung noch nicht endgültig abgeschlossen ist und die Patienten z. B. mit medizinischen Hilfsmitteln entlassen werden. Dass der Kommunikationsbedarf der Patienten auch nach der Entlassung teilweise hoch ist, wird an ihrer Beschreibung der „Rücktelefonate“ deutlich. Hier zeigt sich eine weitere Form der Entgrenzung der Pflegearbeit. Aufgrund der Verkürzung der Verweildauer ist die Verunsicherung der Patienten teilweise hoch und sie wenden sich auch nach der Entlassung mit Fragen und Unsicherheiten an die Pflege auf den Stationen.

Diese Veränderungen sind in besonderem Maß auf den operativen Stationen anzutreffen. Aber auch auf den nichtoperativen Stationen zeigen sich Auswirkungen der verkürzten Verweildauer. Herr Becker ist zum Zeitpunkt des Interviews seit mehr als fünfzehn Jahren in der Krankenpflege tätig und hat schon in verschiedenen Pflegebereichen gearbeitet. Aktuell arbeitet er auf einer internistischen Station in einem Krankenhaus in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die Verkürzung der Verweildauer erlebt er als „extrem“:

Und dass die Verweildauer der Patienten hat sich verkürzt. Das erleb' ich auch extrem. Jetzt gibt es Patienten, die werden aufgenommen, am nächsten Tag entlassen. Das gab's früher eigentlich nicht. Das gab's nur, wenn jemand mit zwanzig Jahren wegen Bauchschmerzen aufgenommen wurde auf 'ner internistischen Station. [...]. Aber ältere Leute lagen zwei, drei Wochen im Krankenhaus. Was wahrscheinlich auch nicht nötig war, aber das macht einfach weniger Arbeit. Dieses ganze Aufnehmen, sich immer wieder an die neuen Patienten gewöhnen, das Entlassen, und dieses immer nur schwerkranke Patienten pflegen, is deutlich mehr Belastung. (Herr Becker: 203)

Die Prozesse hätten sich aufgrund der Verkürzung beschleunigt und gehen aus Sicht von Herrn Becker mit einer deutlichen Zunahme der Belastung einher. Er spricht hier nicht nur die Zunahme des organisatorischen Aufwands an, sondern auch eine Zunahme des pflegerischen Aufwands. Im Verlauf des Interviews konkretisiert er diesen Aspekt:

Das ja, das hab ich ja vorhin schon gesagt, das verdichtet auch die Arbeit. Dass Patienten kommen, sind schwer krank, und sobald es ihnen etwas besser geht, werden sie entlassen. Und früher war das so, dann blieben die noch einige Tage, haben die Betten belegt, machten aber viel weniger Arbeit. Und dann war das 'ne gute Mischung aus mehr und weniger Kranken. Und jetzt ist es so, häufig, dass es nur noch Schwerkranke sind. (Herr Becker:209)

Die frühe Entlassung hat zur Folge, dass in erster Linie schwerkranke Patienten auf der Station liegen würden, die viel pflegerische Unterstützung benötigen. Sobald sich der Zustand verbessert, würden sie entlassen werden. Einen „guten“ Patientenmix, bestehend aus Patienten mit einem geringeren Pflegeaufwand und Patienten mit einem hohen Pflegeaufwand, gebe es heute nicht mehr. Die Liegezeiten vor der Einführung der DRGs sind Herrn Becker zufolge auch nicht immer angemessen gewesen, sondern werden tendenziell als zu lang eingeschätzt. Sie hätten aber für die Pflege eine Arbeitserleichterung bedeutet, da hierdurch auch Patienten mit einem niedrigen Pflegebedarf auf den Stationen liegen würden.

Die Ausführungen zeigen, dass sich der Arbeitsanforderungen an die Pflege aus Sicht der Befragten deutlich verändert haben. Sie verzeichnen nicht nur eine Zunahme der organisatorischen Aufgaben in ihrem pflegerischen Alltag, auch stellen sie einen erhöhten pflegerischen, kommunikativen und psychosozialen Versorgungsaufwand im Zuge der Umstrukturierungen im Krankenhaus fest. Die Erhöhung des organisatorischen Aufwands lässt sich den Befragten zufolge nicht nur auf die DRG-induzierten Veränderungen zurückführen, auch Managementstrategien scheinen eine entscheidende Rolle zu spielen. Zudem wird eine „Ausweitung“ bzw. Entgrenzung des pflegerischen Zuständigkeitsbereichs sichtbar, indem Patienten auf fachfremden Stationen versorgt werden müssen oder sich auch nach der Entlassung mit ihren Verunsicherungen an das Pflegepersonal wenden. Insgesamt zeichnet sich eine deutliche Zunahme der Komplexität in der Patientenversorgung ab, die mit einer Erhöhung des Arbeitsaufwandes in der Pflege und einer Erhöhung der Belastungen einhergeht.

5.1.2 Arbeitsinhalte

Auch in Bezug auf die Arbeitsinhalte nehmen die Pflegekräfte dieses Samples Veränderungen wahr, die z.T. mit den oben genannten Veränderungsmomenten korrespondieren. Neben der schon beschriebenen Zunahme der organisatorischen Aufgaben berichten sie von einer deutlichen Zunahme der Dokumentation in ihrem pflegerischen Alltag. Die Dokumentation von Patienten- und behandlungsrelevanten Daten hat auch vor den ökonomisch induzierten Veränderungen eine wichtige Rolle gespielt. Der Umfang hat den Interviewten zufolge allerdings stark zugenommen. Frau

Christiansen ist eine der „älteren“ Pflegekräfte im Sample. Sie arbeitet auf einer intensivpflegerischen Station in einem Krankenhaus in privater Trägerschaft, die einen rehabilitativen Schwerpunkt hat. Sie kommentiert diesen Wandel folgendermaßen:

Immer mehr Dokumentationen, was natürlich in einer Weise richtig und vernünftig is, was ich auch verstehen kann. Aber andererseits natürlich auch sehr zeitraubend is. Weil man natürlich immer sehen muss, wenn du 'ne lange Dokumentation hast, da musst du dich da hinsetzen und dann is mal schnell 'ne halbe Stunde rum. Diese halbe Stunde hätt' ich aber lieber natürlich am Patienten. [...]. Und ja, das hat so vor so 'n paar Jahren angefangen, als dieses ganze Qualitätsmanagement da auf uns zugerollt is, was natürlich klar, immer am Anfang natürlich Zeit fressend is. (Frau Christiansen: 20)

Allein sprachlich wird deutlich, dass die Zunahme der Dokumentation viel Zeit in Anspruch nimmt. Die Befragte bezeichnet sie als „zeitraubend“, „Zeit fressend“. Inhaltlich führt sie die Zunahme der Dokumentation auf die verstärkte Einführung des Qualitätsmanagements im Krankenhaus zurück. Die Sinnhaftigkeit der Dokumentation stellt sie nicht infrage, verdeutlicht aber, dass sie hierfür Zeit aufwenden muss, die sie lieber für die Versorgung der Patienten zur Verfügung hätte. Im folgenden Zitat konkretisiert sie den Anstieg von dokumentarischen Aufgaben:

Irgendwelche Zettel ausfüllen, für irgendwelche Kassen, oder für's Haus, oder was weiß ich, oder irgendwelche Studiensachen wieder machen. Das hat wahnsinnig viel zugenommen. Auch die klassische Dokumentation hat zugenommen. Also früher hast du deine klassische Fieberkurve geführt, und hast da hinten was rein gekritzelt. Mittlerweile musst du dit einhalten, das noch einfüllen, dies noch einfüllen. Das noch abhaken. Also da is so viel dazu gekommen. Alleine, um sich auch abzusichern. Wenn du mittlerweile mit dem Qualitätsmanagement, um sich da abzusichern und solche Sachen. Was ja auch in Ordnung is, ne? Aber es is 'ne ganze Menge. (Frau Christiansen: 120)

Nicht nur im Zuge der Qualitätssicherung zeigt sich eine Zunahme der Dokumentationsaufgaben, auch insgesamt nehme die Dokumentation immer mehr Zeit in Anspruch. In diesem Zitat wird zudem ein Wandel in Bezug auf die Dokumentationsmethode beschrieben, der auch in anderen Krankenhäusern zu beobachten ist. Mit der in vielen Krankenhäusern eingeführten elektronische Patientenakte – die Umstellung von handschriftlicher Dokumentation auf eine computergestützte Dokumentation – findet eine Digitalisierung statt, die von den Interviewten einerseits begrüßt wird, andererseits aber kritisiert wird. Erleichterung verschaffe die elektronische Patientenakte z. B. durch die Vereinfachung von bestimmten Prozessen, wie das Ausdrucken von Laboretiketten (Herr Becker: 203). Auf der anderen Seite wird formuliert, dass sich der zeitliche Aufwand auch durch die digitalisierte Form erhöht hätte:

Dann hast du ja diese ganzen Dokumentationen alleine zu machen, wenn du das nicht mit 'ner Kollegin aufteilen kannst. Da sitzt du zwei Stunden. [...] ich hab

glaub ich zweieinhalb die Nacht davor gesessen [...] ich hab gar nicht groß was geschrieben irgendwie, ne? Aber du musst anklicken, noch kurz überlegen, war da jetzt noch was oder so? (Frau Lange: 184)

Frau Lange beschreibt hier den Zeitaufwand, den sie für die Dokumentation benötigt. So würde die Dokumentation im Nachtdienst z. B. zwischen zwei und zweieinhalb Stunden brauchen, je nachdem wie viel Personal da sei. Zudem sei die elektronische Patientenakte sehr vorstrukturiert:

Wir haben [vor der Einführung der elektronischen Patientenakte, Anm. d. Verf.], Patienten, wenn die neu kamen, nach ihren Lebensaktivitäten aufgenommen, Pflege. Wir machen natürlich immer noch so 'ne kleine Pflegeanamnese. Aber die Pflegeanamnese, die's jetzt gibt in dem Computer eben, da gibt's dann nur noch, weißt du, so nach dem Motto: riechen, schmecken, alles intakt, fühlen, Arm bewegen, hoch, runter. Du kannst da im Grunde kaum noch mal 'ne persönliche Sache reinbringen, ne? Du schreibst doch die Telefonnummer von der Angehörigen auf und oder so. Und ansonsten geht's nur um so funktionelle Sachen. (Frau Lange: 126)

Frau Lange kritisiert an den vorgegebenen Strukturen der elektronischen Patientenakte, dass diese wenig Raum für eine ausführliche, individuelle Pflegeanamnese bieten würden. Der Fokus liege eher auf der Abfrage von funktionellen Dingen.

Herr Schreiner nimmt für sich einen Wandel in der Bedeutsamkeit der Dokumentation wahr. Sie habe für ihn mittlerweile nicht mehr den informativen Charakter, den sie vor der Einführung der elektronischen Akte gehabt hat:

Und die Dokumentation fand ich eigentlich auch immer sehr wichtig. Als wir noch die Papierdokumentationen gehabt haben, das is für mich jetzt so brandaktuell auch, da hab ich immer mit den Pflegeberichten, dass die wirklich auch richtig gut sind so. Weil ich die auch immer noch gelesen hab, so von den Kollegen, was die Kollegen so geschrieben haben. [...] aber dieses Geklicke, das dauert einfach alles viel zu lang [...] ich kann's nich aufschlagen und seh alles. Sondern ich muss hier und da hin und dort hin und da hab ich nich die Zeit dafür. Das heißt, für mich is die Dokumentation irgendwie so halb abhandengekommen. (Herr Schreiner: 140)

Zu Zeiten der Papierdokumentation, so Herr Schreiner, hätte er gerne die Pflegeberichte seiner Kollegen gelesen. Das neue elektronische System ist seiner Meinung nach zu kompliziert. Um an die relevanten Informationen zu kommen, seien sehr viele Einzelschritte nötig, die den Zeitaufwand deutlich erhöhen würden. Diese Zeit hätte er im pflegerischen Alltag nicht zur Verfügung. Für ihn verringere sich der Informationsfluss durch die Einführung der elektronischen Patientenakte. Der digitale Fortschritt scheint diesen Aussagen zufolge nicht nur mit Erleichterungen im pflegerischen Alltag einherzugehen. Die wahrgenommene Funktionalisierung durch die vorgegebene Struktur und die mehrfach als kompliziert beschriebenen Arbeitsschritte

scheinen aus Sicht einiger Pflegekräfte auch mit einem Verlust von Informationen verbunden zu sein.

Herr Schreiner nimmt im Zusammenhang mit den Arbeitsinhalten in der Pflege einen deutlichen Bruch zwischen dem Pflegealltag heute und dem Pflegealltag früher wahr. Insgesamt liege der Schwerpunkt mittlerweile mehr auf organisatorischen und administrativen Aufgaben, demgegenüber hätten pflegerische Tätigkeiten und der Kontakt zu den Patienten an Umfang verloren:

Also das is sehr, sehr stark verändert [...] also, weniger Patientenkontakt, weniger Pflege, so in dem Sinne und mehr Schwerpunkt auf diesen Orga-, Administrationskram. [...]. Das war früher anders. (Herr Schreiner: 169)

Weitere Aspekte, die im Zusammenhang mit den Arbeitsinhalten in der Pflege thematisiert werden – z. B. die vermehrte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten – werden in Kap. 5.4.1 behandelt, da sie im Kontext der Neustrukturierung verschiedener Aufgabebereiche im Krankenhaus betrachtet werden.

5.1.3 Arbeitsvolumen

Neben den geschilderten Veränderungen im pflegerischen Alltag ist die Zunahme des Arbeitsvolumens in den Interviews in diesem Sample ein großes Thema. Die Beschreibungen des Arbeitsalltages sind geprägt von einem Gefühl des Zeitmangels, wie die folgende Sequenz beispielhaft illustriert. Frau Schmitz ist seit über zwanzig Jahren Krankenschwester und arbeitet auf einer internistischen Station in einem Krankenhaus in freigemeinnütziger Trägerschaft. In der folgenden Sequenz schildert sie, wie sich ihr Arbeitsalltag durch die strukturellen Veränderungsprozesse verändert hat:

Also, früher war's so, wenn man auf Station kam, hat man sich umgezogen, man hat die Übergabe gemacht. Das war immer noch so, ja, man konnte 'n Kaffee trinken, man hatte noch Zeit anschließend untereinander sich, ja, noch 'n bisschen zu reden [...] man hat sich organisiert [...] man hat dann seinen Durchgang gemacht [...] Dann hat man sich abgesprochen [...] beide Teams, welches zuerst zum Frühstück geht, wer die Seite mit übernimmt. [...] Oder man hat zwischendurch auch mal 'n Späßchen gemacht und ja, man is dann nach Hause gegangen, man war auch kaputt, aber ich fand, man is zufrieden nach Hause gegangen. (Frau Schmitz: 95)

In dieser Beschreibung des Arbeitsalltages „früher“ finden sich viele kommunikative Aspekte. Frau Schmitz spricht von den Spielräumen der Pflegekräfte, ihren Arbeitsalltag in einem gewissen Rahmen selber zu strukturieren, sich selbst zu organisieren und sich gegenseitig zu unterstützen. Hervorgehoben wird in diesem Zitat neben den kommunikativen Aspekten auch der Aspekt der Zusammenarbeit im Team,

die Möglichkeit, den pflegerischen Alltag durch „Späßchen“ aufzulockern, sich in den Pausen zu unterhalten. Diese Faktoren sorgen laut Frau Schmitz dafür, dass sie nach der Schicht zufrieden nach Hause gegangen ist, auch wenn der Alltag fordernd war. Ihre Beschreibung des Arbeitsalltages heute ist dagegen geprägt von einem deutlichen Gefühl des Zeitmangels:

Heute is so, man kommt auf die Station. Man zieht sich schnell um [...] wenn man Glück hat, kriegt man noch den Kaffee. Zwischendurch is permanentes Geklingel so dass man dann auch immer zur Klingel gehen muss [...] Meist fängt man dann gleich an einen Wust an Infusionen aufzuziehen. wenn man Glück hat wird dann noch besprochen wer wohin möchte [...] wenn Glück, dann kommt noch mal 'n Arzt und fragt, ob irgendwas war [...] Ja, dann rasen wir im Grunde genommen durch die Zimmer [...] Wenn wir Glück haben, schaffen wir es dann zum Frühstück [...] Manchmal kann man auch nur einmal abbeißen und der Kaffee wird kalt und man kommt zu nichts mehr. (Frau Schmitz: 95ff.)

Um den pflegerischen Alltag zu beschreiben, nutzt Frau Schmitz in diesem Zitat auffallend oft die Formulierung „wenn man Glück hat“. Damit vermittelt sie den Eindruck, dass die Organisation des Arbeitsalltages nicht mehr in ihrer Hand bzw. der Hand der Pflegekräfte liegt. Dieses Gefühl scheint nicht nur punktuell den Alltag zu bestimmen, die Schilderung schließt den gesamten Dienst mit ein. Sogar die Frühstückspause ist von der Hektik bestimmt. Das Gefühl der Fremdbestimmtheit scheint mit einer Zunahme des Arbeitsvolumens und der Geschwindigkeit im pflegerischen Alltag einherzugehen. Aussagen wie das „permanente Geklingel“, der „Wust an Infusionen“ und ihre eindrückliche Beschreibung der Geschwindigkeit, die sie an den Tag legen muss, um die Anforderungen bewältigen zu können, veranschaulichen diesen Zusammenhang. Die Pflegearbeit ähnelt aus Sicht von Frau Schmitz immer mehr einer Akkordarbeit:

Also, ich hab manchmal das Gefühl, das is Akkordarbeit, ne? Es is mehr, dass du irgendwas zu Ende machen kannst.“ (Frau Schmitz: 134)

Der Arbeitsalltag der Pflege ist diesen Äußerungen zufolge nicht nur von einer Verdichtung der Arbeit und einer Beschleunigung der Prozesse bestimmt, sondern auch mit einem Verlust der selbstbestimmten Organisation der täglichen Arbeit verbunden, die Frau Schmitz zufolge früher in einem höheren Maß vorhanden war als heute. Die pflegerischen Handlungsspielräume scheinen sich aufgrund der Zunahme des Arbeitsvolumens zu verringern, statt selbstbestimmt ihre Aufgaben organisieren zu können, erlebt Frau Schmitz eine zunehmende Fremdbestimmtheit in ihrem Arbeitsalltag.

In den anderen Interviews wird der Bruch zwischen dem Arbeitsalltag vor und nach den ökonomisch induzierten Veränderungen nicht ganz so eindrücklich geschildert wie bei Frau Schmitz. Es wird aber in allen Interviews deutlich, dass die Arbeitssituation heute insgesamt als sehr belastend empfunden wird. Auf Nachfrage berichten einige Pflegekräfte, dass sie das Arbeitsvolumen in 80 – 100% der Dienste als zu hoch einschätzen:

ich würd' sagen, achtzig Prozent der Dienste jetzt in diesen Monaten, sind schon sehr hektisch. Was weiß ich, dass man von einer Klingel zur anderen rennt, oder ans Telefon. (Herr Becker: 139)

Also, ich würde sagen, durch die Bank weg kann man sagen, wir haben nicht genug Zeit für die Tätigkeiten, die wir auf Station machen müssen. (Frau Duve: 111).

Frau Duve z. B. arbeitet seit Mitte der 1990er Jahre in einem Krankenhaus, das im Zuge des Umbaus im Krankenhausesektor privatisiert wurde. Zum Zeitpunkt des Interviews ist sie auf einer intensivmedizinischen Station tätig. Im Zusammenhang mit dem von ihr geschilderten Zeitmangel wünscht sie sich, einfach mal wieder „normal“ arbeiten zu können:

Einfach dass das angemessen is, das was=wie sag ich immer, in jedem Beruf is das, dass man nicht immer jeden Tag hundertachtzig Prozent geben muss oder hundertzwanzig Prozent, sondern vielleicht auch einfach mal 'n normales Arbeiten möglich is. Was glaub ich, viele in unserem Beruf total verlernt haben [...] viele Leute gehen zur Arbeit, arbeiten ganz normal und sind danach sicherlich auch belastet, aber nicht total belastet. Und ich glaub dass wir=also sicherlich gibt's bei mir auch Tage, wo ich mich nicht so belastet fühle, aber ich glaub', dass man das schon nicht mehr richtig einschätzen kann. (Frau Duve: 160ff)

Frau Duve bringt in diesem Zitat deutlich zum Ausdruck, dass sie die Arbeitsbelastung in der Pflege als unangemessen hoch empfindet. Insbesondere im Vergleich zu anderen Berufen werde dieses deutlich. Sie glaube nicht, dass dort auch eine dauerhafte Überschreitung dessen, was Frau Duve als „normales Arbeiten“ bezeichnet, an der Tagesordnung sei. Ihren persönlichen Arbeitseinsatz schätzt sie auf 120-180% ein, auch wenn es Tage gibt, an denen das Arbeitsvolumen niedriger ist. Die hohen Belastungen hätten zudem den Effekt, dass die Pflegekräfte kaum noch in der Lage seien, eine adäquate Einschätzung bezüglich ihrer tatsächlichen Belastungssituation vorzunehmen. Ein Maßstab für „normales Arbeiten“ sei nicht mehr vorhanden. Hier zeigen sich mögliche Hinweise auf eine Entgrenzung der Arbeit in dem Sinne, dass die eigenen Belastungsgrenzen nicht mehr gespürt werden. Als Referenzrahmen für normales Arbeiten nennt Frau Duve in erster Linie die Einhaltung der geregelten Pause:

Na ja, von der normalen Arbeit würd ich mir halt erwarten, dass ich meine geregelte Pause nehmen kann, dass ich in der Pause vielleicht auch die Möglichkeit hab', mich von meiner Arbeit mal abzugrenzen [...] Denn das is das so das, was bei uns echt so häufig zwischen Tür und Angel abläuft. Also, wo man echt im Stehen mal schnell sein Brötchen irgendwie zu sich nimmt, oder noch mal kurz Feierabend, oh ich ja noch gar nichts getrunken hab', noch mal schnell 'nen halben Liter Wasser trinkt. (Frau Duve: 171)

Frau Duve beschreibt hier eine für sie unbefriedigende Pausensituation. In ihrem Arbeitsalltag sei eine geregelte Pause kaum möglich, stattdessen finde diese häufig in Eile statt. Erholungszeiten und Abgrenzungsmöglichkeiten scheinen in ihrem pflegerischen Alltag, wenn überhaupt, nur spärlich vorhanden zu sein.

5.1.4 Personelle Situation

Die personelle Situation in der beruflichen Pflege ist ein immer wiederkehrendes und hochbrisantes Thema (vgl. Kap. 3.2.2). Auch in den für diese Arbeit erhobenen Interviews wird die personelle Situation als zentrales Thema bzgl. der Veränderungen im pflegerischen Alltag genannt. Im Folgenden stehen insbesondere die Aussagen im Mittelpunkt, die sich nicht nur auf den quantitativen Stellenabbau beschränken, sondern Themen wie die Frage nach der Personalbemessung vor dem Hintergrund der gestiegenen Anforderungen oder die Frage nach den Personalplanungen und der tatsächlichen Situation auf den Stationen behandeln.

Das eine Reduktion von Pflegepersonal stattgefunden hat und dieses deutliche Auswirkungen auf den pflegerischen Alltag hat, ist Gegenstand vieler Interviews, nicht nur „ältere“ Pflegekräfte thematisieren diesen Aspekt, auch die „jüngeren“ Pflegekräfte weisen auf die Problematik der personellen Situation im Arbeitsalltag hin.⁸⁵ Die folgende Sequenz zeigt die Einschätzung von Herrn Schreiner zur personellen Situation. Er ist seit Ende der 1980er/ Anfang 1990er Jahren in der Pflege und vergleicht die Situation damals mit der Situation zum Zeitpunkt des Interviews:

Also so kopfmäßig, zahlenmäßig, sind da mehr Pflegekräfte, als in diesen, so Anfang der '90iger war das ja teilweise super schlimm irgendwie. Da haben wir die ganze Station irgendwie dann nur zu zweit oder so gemacht. Auf der anderen Seite is ja dieser ganze Verwaltungsaufwand unendlich groß geworden. Also dass, und das is für mich, ich kann das gar nich messen, oder ich weiß nich. Es würde mich mal interessieren, ob es so jemanden gibt, der diese Relationen mal misst. Also unsern Durchlauf zum Beispiel. Das is ja 'ne Zahl, die kann ich mir leider immer nich merken. Aber es hat sich irgendwie verdreifacht oder so, ne? Ahm, aber was das jetzt konkret bedeutet, ja doch eigentlich, das reicht ja eigentlich schon, ne, wenn

⁸⁵ So beschreibt Frau Schumacher vor dem Hintergrund der personell besser ausgestatteten Privatstationen, dass auf den „normalen“ Stationen immer zu wenig Personal gewesen sei. (Frau Schumacher:70)

sich das verdreifacht hat und natürlich auch entsprechend mehr zu tun [ist, d. Verf.].
(Herr Schreiner: 101)

Die Aussage von Herrn Schreiner verdeutlicht, dass es auch schon vor der Einführung von marktzentrierten Steuerungsmechanismen in den Krankenhaussektor personelle Notsituationen in der Pflege im Krankenhaus gegeben hat. Im Vergleich zu dem von ihm erlebten Notstand Anfang der 1990er Jahre seien jetzt „zahlenmäßig“ mehr Pflegekräfte auf den Stationen tätig. Diesen rein quantitativen Aspekt der personellen Situation setzt er in einen Zusammenhang mit dem gestiegenen Arbeitsvolumen. Es reiche nicht aus, allein die quantitative Seite zu betrachten, sie müsse auch vor dem Hintergrund der gestiegenen Arbeitsanforderungen gesehen werden. Die Zahl der Patienten habe sich im Zuge der Umstrukturierungen verdreifacht und dementsprechend hätte sich der Arbeitsaufwand – vor allem der Verwaltungsaufwand – der Pflege erhöht. Ob und wie dieses in der personellen Ausstattung der Station berücksichtigt ist, scheint nicht transparent zu sein. Er äußert den Wunsch nach einer Bemessungsgrundlage für die personelle Ausstattung auf den Stationen, die nicht nur quantitativ ausgerichtet ist, sondern auch die Relation des gestiegenen Arbeitsaufwandes berücksichtigen würde.

Im Gegensatz zu Herrn Schreiner nimmt Herr Becker insgesamt eine Reduktion des Pflegepersonals im Vergleich zu den 1990er Jahren wahr. Er konstatiert, dass pro Schicht mindestens eine Pflegekraft weniger da ist:

es is weniger Personal, das merk' ich schon. Dass einfach mehr Patienten von weniger Pflegekräften gepflegt werden. Und ich finde, dass es mindestens pro Schicht eine Pflegekraft ist. Das is ja schon deutlich, die weniger is. Das war in den 90iger Jahren einfach noch anders. (Herr Becker: 203)

Die unterschiedliche Wahrnehmung in Bezug auf die Reduktion von Pflegepersonal kann dem Umstand geschuldet sein, dass Herr Schreiner und Herr Becker verschiedene Referenzpunkte haben, Ende der 1980er Jahre/ Anfang der 1990er Jahre war der personelle Notstand in der Pflege wesentlich ausgeprägter als im Laufe der 1990er Jahre.⁸⁶

Die personelle Situation wird nicht nur im Hinblick auf die Reduktion von Pflegepersonal betrachtet. Als mindestens genauso problematisch wird die Diskrepanz zwischen der personellen Soll- und Ist-Situation angesehen. Die Soll-Situation bezeichnet hierbei eine zum Teil schriftlich niedergelegte Sollbesetzung auf einer Station. Diese quantitative Größe legt die Mindestanzahl an Pflegepersonal pro Schicht

⁸⁶ 1993 wurde auf den personellen Notstand in der Pflege mit der Pflege-Personalregelung (PPR) reagiert, welche die Schaffung von 26.000 zusätzlichen Stellen in der Pflege zum Ziel hatte ([vgl. Kap. 3.2.2](#)).

fest. Herr Becker schildert, dass sie durchgehend mit weniger Pflegepersonal arbeiten als eigentlich vorgesehen:

Ja, wir sind immer schlechter besetzt als das Soll. Das steht auch in der Stationsbeschreibung. Es gibt 'ne schriftliche Niederlegung wie das sein soll. Da sollen wir morgens fünf Vollkräfte sein, nachmittags vier und im Nachtdienst zwei. Im Nachtdienst sind wir eigentlich zu 95 Prozent auch zwei. Im Frühdienst sind wir manchmal nur zu dritt, und im Spätdienst, wenn wir Pech haben, nur zwei bis drei. Das ist einfach viel zu wenig, ne? Und dann noch mit Auszubildenden, Praktikanten. Die Auszubildenden sind auch durchaus aus dem ersten Ausbildungsjahr. Also die brauchen dann wirklich noch Anleitung. (Herr Becker: 123)

In dieser Sequenz beschreibt der Interviewte eine dauerhafte Diskrepanz zwischen der Soll-Besetzung und der Ist-Besetzung. Bis auf die Nachtdienste würden die Dienste immer schlechter besetzt sein, als in der Stationsbeschreibung festgehalten ist. Interessant ist, dass die Soll-Situation von Herrn Becker als zufriedenstellend bezeichnet wird, die Ursache für die als unzureichend empfundene personelle Situation wird in den Krankheitsausfällen gesehen, die nicht nur ältere Kolleginnen und Kollegen betreffen würde. Herr Becker schildert, wie auch jüngere Kolleginnen über einen langen Zeitraum ausfallen:

Das ist auch so das erste Mal, dass ich das erlebe, dass eine Kollegin, die is fünfundzwanzig, sechsundzwanzig, die is jetzt mindestens 'n halbes Jahr wegen Burnout krankgeschrieben. Dann haben wir eine, die wird jetzt wieder eingegliedert. Die hatte was Neurologisches in der Wirbelsäule. Die war fast 'n ganzes Jahr krank. Die is so Mitte vierzig [...] Sind unheimlich viele Kollegen auch unter Dreißigjährige, die chronisch krank sind schon, berufsbedingt. (Herr Becker: 129)

Die hier genannten Erkrankungen – Burnout und Wirbelsäulenerkrankungen – sind langwierig und werden in einen Zusammenhang mit der Ausübung des Berufes gebracht. Viele Kollegen seien „berufsbedingt“ chronisch erkrankt. Die Diskrepanz zwischen der Soll- und Ist- Situation ist auch in anderen Interviews Thema:

Ja also, so wie sie's plant is es eigentlich gut, aber es gibt eben dann immer wieder Ausfälle, also dass Leute krank werden eigentlich hauptsächlich. Wir haben teilweise vierzig Prozent Krankenstand gehabt [...] Das war 'ne totale Katastrophe. (Herr Schreiner: 101)

Auch Herr Schreiner berichtet von vielen Krankheitsausfällen, teilweise wäre fast die Hälfte des Personals ausgefallen. Die regulären Dienstplanungen dagegen seien seiner Meinung nach gut.

Als zentrale Ursache für die Krankheitsausfälle wird in vielen Interviews die Arbeitssituation gesehen. Frau Krause ist seit Anfang der 1970er Jahre als Pflegekraft in einem Krankenhaus tätig, dass im Zuge der Privatisierungen von einem privaten Krankenhaussträger übernommen wurde. Zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet sie

auf einer intensivmedizinischen Station. Sie äußert die Vermutung, dass der personelle Ausfall mit der Arbeitsbelastung zusammenhängen würde:

man sieht es auf'm Dienstplan, es fällt immer mehr aus an Personal eben nich? Ich denk',das is einfach, weil die Leute sind ausgelutscht. Die können nich mehr. Und dann, is man natürlich auch anfälliger, nich? Und ja, und da von daher denk' ich, muss man einfach sagen, Personaldecke muss aufgestockt werden. (Frau Krause: 156)

Frau Duve führt die personellen Schwierigkeiten dagegen auf eine insgesamt zu knappe Planung zurück:

in dem wir zum Beispiel immer gut besetzt waren. Wenn auch mal jemand ausgefallen is, war das nich so dass man gleich irgendwie gucken musste, "oh Gott, wo kriegen wir jetzt Ersatz her?", oder, "wie soll ich diesen Nachmittag alleine schaffen?" Man war halt noch zu dritt oder zu viert und wenn einer ausfiel, das war halt noch so geplant, dass man das auffangen konnte. Das hat dann schon irgendwie abgenommen nach den ersten zwei Jahren. Also so dass man irgendwie echt immer minimal besetzt war, und wenn jemand ausfiel, eigentlich der Dienst schon zusammenbrach oder nur noch indem man halt viel liegen gelassen hat geleistet werden konnte. (Frau Duve: 22)

Als Frau Duve Mitte der 1990er Jahre in der Pflege angefangen hat, hat sie eine personelle Situation kennengelernt, in der die Dienstplangestaltung so war, dass Krankheitsausfälle vom verbleibenden Personal kompensiert werden konnten. Dieser Zustand hat sich der Befragten zufolge recht schnell geändert. Krankheitsausfälle wären mittlerweile ein großes Problem, da die Planung der Dienste so eng sei, dass Krankheitsausfälle nicht mehr durch das vorhandene Personal ausgeglichen werden könnten. Für das verbleibende Pflegepersonal würden dementsprechend Situationen entstehen, in denen sie die zu leistende Arbeit kaum noch schaffen können.

Die Interviewsequenzen weisen zum einen auf die Problematik der Personalbemessung hin. Es scheint in dieser Hinsicht keine einheitlichen und nachvollziehbaren Richtlinien zu geben. Aus Sicht einiger Pflegekräfte ist es wichtig, nicht nur quantitative Größen als Maßstab zu nehmen, sondern auch weitere Relationen wie die Auslastung der Stationen oder die Arbeitsanforderungen auf den Stationen mit einzubeziehen. Zum anderen zeigen die Aussagen, dass besonders die hohen Krankheitsausfälle als problematisch angesehen werden, die oftmals auf die belastende Arbeitssituation zurückgeführt werden. Viele Pflegekräfte beurteilen die Soll-Planungen hingegen als ausreichend. Die Kompensation von Krankheitsausfällen dagegen scheint ein zentrales Problemfeld in der stationären Pflege zu sein ([vgl. auch Kap. 5.4.2](#)).

5.2 Pflege im Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeit und Sorge

Die ökonomisch induzierten Veränderungen haben den Interviews zufolge einen deutlichen Einfluss auf die Arbeitssituation der Pflege. Nachdem im vorigen Kapitel zentrale Veränderungsmomente aus Sicht der Pflege herausgearbeitet wurden, geht es in diesem Kapitel insbesondere darum, das Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Sorge genauer in den Blick zu nehmen. Pflegearbeit zeichnet sich durch charakteristische Handlungsanforderungen aus, die durch ihr spezifisches Arbeitsfeld begründet sind (vgl. Kap. 2.3.1). Wie lassen sich diese mit den wirtschaftlich geprägten Umstrukturierungen vereinbaren? Wo zeigen sich in besonderem Maße Spannungen oder Konflikte im pflegerischen Alltag? An verschiedenen empirischen Beispielen werden im Folgenden einige dieser Spannungsfelder aufgezeigt (Kap. 5.2.1). Im Anschluss daran wird rekonstruiert, wie Pflegekräfte im pflegerischen Alltag mit diesem Spannungsfeld umgehen, wie sie es austarieren (Kap. 5.2.2).

5.2.1 Spannungsfelder in der beruflichen Pflege

a) „Weil ich kann den Menschen nich planen, den kranken Menschen“⁸⁷

Als besondere Handlungsanforderung für die Arbeit in der Pflege nennen verschiedene Interviewte den Aspekt, dass die pflegerische Arbeit nur in begrenztem Maß planbar sei. Die pflegerischen Handlungsspielräume sind den Aussagen zufolge in hohem Maße von den individuellen Bedürfnissen der Patienten bestimmt, die sich nicht immer aufschieben lassen. Für Frau Duve zeichnet sich der pflegerische Beruf vor allem dadurch, dass

es halt nich um irgendwelche Papiere geht, die ich halt einfach liegen lassen kann so, sondern, halt echt da um Menschen, die halt irgendwie Schmerzen und am Leben sind und Gefühle haben und so [...] dass Menschen natürlich auch 'n ganz anderen Anspruch stellen als irgendwelche Papiere. (Frau Duve: 177)

Die besonderen Handlungsanforderungen in der Pflege werden in diesem Ausschnitt im Kontrast zu anderen Handlungsvollzügen in Berufen, die nicht gekennzeichnet sind als personale Dienstleistungsberufe, dargestellt. Im Gegensatz zu Tätigkeiten, die nicht unmittelbar erfolgen müssen – z. B. Bürotätigkeiten – erfordere die Arbeit in der Pflege oftmals direkte Handlungsvollzüge. In der folgenden Sequenz illustriert Frau Lange exemplarisch diesen Aspekt vor dem Hintergrund der personellen Besetzung:

⁸⁷ (Frau Lange: 235)

also ich hatte jetzt in meinen Nachtdienst 'n=zum Beispiel, gestern war einer schon schlecht. Der blutete. Der dann noch wieder in den OP musste am Tag davor. Der musste zum Glück nicht in den OP, aber hatte auch so 'ne ganz starke Blutung eigentlich nur aus einer völlig Mini-Quelle sozusagen, aber wo man echt handeln musste, Arzt holen und alles Mögliche irgendwie machen musste. Und das immer im Hinblick, dass wir jetzt zum Beispiel eben im Nachtdienst demnächst alleine sein sollen wieder, wo es nur so 'n Springer für zwei, drei Stationen gibt. Also, da haben wir im Moment in dem Sinne echt 'n bisschen Bedenken und Angst. Weil wenn ich nur diese beiden Tage wieder angucke, wo ich eh, zwei Stunden nicht zu den anderen Patienten gehen konnte. Ich hatte nur zum Glück 'ne Aushilfe in der anderen Nacht dabei und gestern war eben 'ne richtige='ne Kollegin von unserer Station noch, dass eben einer irgendwie rum springen konnte. (Frau Lange: 172)

Frau Lange schildert hier eine Akutsituation während des Nachtdienstes, in der eine postoperative Komplikation bei einem Patienten eingetreten ist. In den zwei Stunden, die diese Notfallsituation in Anspruch genommen hat, hätte sie keine Kapazitäten für die anderen Patienten der Station gehabt. Zum Glück sei in den Nächten jeweils noch eine weitere Kraft auf der Station gewesen. Sorge bereitet Frau Lange allerdings die bevorstehende Planung seitens des Krankenhauses, die personelle Besetzung in den Nachtschichten auf eine Pflegekraft plus eine Aushilfskraft zu reduzieren. Dieses findet sie gerade im Hinblick auf solche unvorhersehbaren Ereignisse bedenklich. Aufgrund der knappen personellen Besetzung stehe sie als Pflegekraft in einem Konflikt mit den Bedürfnissen der anderen Patienten, die in diesen unvorhersehbaren Situationen nicht bedient werden können:

die eine Patientin heut Nacht auch wieder. Du musst dich auch dann wieder, weil eben da dieser Notfall war und so, und: (spricht mit hoher Stimme) „Jetzt kommt ja keiner.“ Und immer diese Sachen [...] Ich sach: [...] wir sind nich mehr Leute jetzt.“ Ich muss einfach Prioritäten dann haben, ne? Ich kann es ja nich anders machen. Aber da redest du natürlich wieder, redest, redest, redest. Klar, jeder hat seine Bedürfnisse, ne? Und das ist eben das, was echt deutlich schlechter geworden ist. Einerseits musst du dich immer noch mehr äußern, oder immer Argumente suchen [...]. Das ist super unbefriedigend. (Frau Lange: 229)

Frau Lange verweist in diesem Interviewausschnitt auf ein Spannungsfeld, das sie in erster Linie auf die personelle Situation zurückführt. In dem geschilderten Fall hätte sie priorisieren müssen und sich um den Notfall kümmern müssen. Als Folge hätten andere Patienten warten müssen und sich beschwert. Diese Beschwerde wieder aufzulösen sei mit einem hohen kommunikativen Aufwand verbunden. Aus Sicht von Frau Lange ist diese Situation nicht zufriedenstellend. Auch Herr Schreiner illustriert den Aspekt der begrenzten Planbarkeit des pflegerischen Alltags:

es gibt so 'ne Grobstruktur, aber alles, was dazwischen is, das kann von, irgendwie alles geordnet und nett, bis zu totaler Katastrophe irgendwie, wie dieser Dienst da. (Herr Schreiner: 186)

Herr Schreiner bezieht seine Aussage auf einen Dienst, in dem zwei Notfallsituationen bewältigt werden mussten und die für ihn hochdramatisch waren. Als Folge habe er dann „so 'ne Burnout-Episode“ (Herr Schreiner: 36) gehabt. Die Strukturierung der verschiedenen Prozesse im pflegerischen Alltag sei zwar in einem begrenzten Maß möglich, wie der Alltag dann aber tatsächlich aussehen würde, sei nicht vorhersehbar.

In diesen Interviewaussagen zeigt sich, dass pflegerische Arbeit oftmals durch nicht-planbare Handlungsvollzüge bestimmt ist, die eine schnelle Reaktion erfordern. Vor dem Hintergrund einer insgesamt als zu knapp empfundenen Personalplanung ergeben sich verstärkt Konfliktsituationen für die Pflegekräfte, die u. a. mit einem erhöhten Kommunikationsaufwand einhergehen können.

b) „man steht mit einem Bein im Grunde genommen, immer vorm Richter“⁸⁸

Ein weiterer zentraler Aspekt in der Krankenpflege, der mit spezifischen Handlungsanforderungen einhergeht, ist – so der gemeinsame Tenor in vielen Interviews – die hohe Verantwortung. Diese resultiert den Pflegekräften zufolge in erster Linie aus der Arbeit mit Menschen, die sich durch ihre Krankheit in einer Ausnahmesituation befinden. Exemplarisch hierfür ist die Aussage von Frau Krause. Für sie ist Krankenpflege,

dass man Menschen in Ausnahmesituationen hat. Und dass man diesen Menschen in dieser Ausnahmesituation irgendwo begleiten kann, und ihm es so angenehm wie möglich machen [...] Natürlich, als Kindergärtnerin und so, arbeite ich auch mit Menschen, aber das sind eben gesunde Menschen. Und das ist eben diese Ausnahmesituation, die das von Krankenschwestern eben ausmacht. (Frau Krause: 108ff.)

Frau Krause grenzt hier die Pflege als soziale Dienstleistung von anderen Berufen in der Kategorie soziale Dienstleistungen ab, indem sie den Aspekt der Ausnahmesituation im Krankheitsfall hervorhebt. Aus ihrer Sicht ist es ein Unterschied, ob man mit gesunden Menschen arbeitet oder mit Menschen, die aufgrund ihrer Krankheit eingeschränkt seien. Die Arbeit mit Menschen in Ausnahmesituationen ist für sie ein konstitutiver Bestandteil der Krankenpflege.

Für Frau Christiansen ergibt sich aus der Arbeit mit Menschen eine besondere Fürsorgepflicht:

Naja, du musst dir mal überlegen, du arbeitest mit Menschen. Du sitzt nicht da am Computer, und arbeitest mit Zahlen, sondern das sind lebendige Menschen [...] Das macht das ja schon alleine aus. Du hast 'ne Fürsorgepflicht. Ich meine, bei, Computern, die stell' ich um vier Uhr aus, und da kann nix passieren, außer, dass vielleicht

⁸⁸ (Frau Schmitz: 197)

mal 'n Virus da rein geht [...] Aber 'n Patienten, wenn ich mal wat ausstelle, ja, da is 'n ganzes Leben zu Ende. (Frau Christiansen: 109)

Die hohe Verantwortung resultiert der Befragten zufolge aus den ernsthaften Konsequenzen, die Fehler im Bereich der Patientenversorgung haben können. So könnte z. B. die falsche Bedienung von medizinischen Geräten gravierende Folgen bis hin zum Tod für die Patienten haben. Auch andere Interviewte verweisen auf den existenziellen Aspekt als zentralen Faktor für die hohe Verantwortung. Frau Schmitz antwortet auf die Frage nach den Besonderheiten des Pflegeberufes u. a., dass dieser sich durch eine hohe psychische Belastung auszeichne, die aus dem Verantwortungsaspekt resultiere:

Und natürlich diese hohe psychische Belastung, ne? Die hat man natürlich in anderen Jobs, ich weiß nich, wenn man [sich, Anm. d. Verf.] bewirbt, sagen die's ja auch. Aber ich denke, ob ich jetzt mit Zahlen oder Papier arbeite, is noch was anderes, als wenn ich irgendwie weiß vielleicht, ich hab 'n Patienten das falsche Medikament gegeben. Die Schuld, oder die Verantwortung, die auf den Schultern lastet, die is einfach sehr viel höher und man muss sich immer bewusst sein, man steht mit einem Bein im Grunde genommen, immer vorm Richter. (Frau Schmitz: 197)

Auch in dieser Sequenz wird die hohe Verantwortung in der Pflege vor der Vergleichsfolie anderer Berufe illustriert, in denen es nicht um die Arbeit mit Menschen geht. Nicht nur die Patienten seien von den Konsequenzen aus fehlerhaftem Verhalten betroffen, auch für sie als Pflegekraft hätten Fehler – z. B. eine falsche Medikamentengabe – weitreichende Folgen. Im Vergleich zu anderen Berufen schätzt sie die Last der Verantwortung deutlich höher ein. Frau Schmitz thematisiert mit der Formulierung „man steht mit einem Bein im Grunde genommen, immer vorm Richter“ zudem sehr plakativ die rechtliche Seite der hohen Verantwortung.

Während die obigen Interviewsequenzen allgemein die hohe Verantwortung in der beruflichen Pflege thematisieren, betrachten die folgenden beiden Sequenzen den Aspekt der hohen Verantwortung vor dem Hintergrund der ökonomisch induzierten Umstrukturierungen im Krankenhaus. Für Frau Lange resultiert hieraus eine Zunahme der Verantwortung:

Ich muss eigentlich fast noch mehr Verantwortung übernehmen als früher. Weil wir viel=also diese=Großteil=vieler Organisation, was den Patienten betrifft macht ja die Pflege [...] Ich muss ja mehr Patienten in kürzerer Zeit irgendwie arbeiten, würd ich mal sagen. (Frau Lange: 200-202)

Als Grund für die Zunahme nennt sie die Beschleunigung der Prozesse, die aus der Verkürzung der Verweildauer und der Erhöhung der Fallzahlen resultieren würde. Sie müsse mittlerweile mehr Patienten in kürzerer Zeit versorgen, nicht nur pflege-

risch, sondern auch in organisatorischer Hinsicht. Herr Becker thematisiert ebenfalls die Beschleunigung der Arbeitsprozesse im pflegerischen Alltag. Für ihn resultieren hieraus neue Unsicherheiten in der Patientenversorgung:

Und man einfach viel schneller arbeiten muss, und dadurch auch Fehlerquellen entstehen. Dass, also, dass man einfach viel konzentrierter sein muss. Ich bin ja jetzt nich sehr ängstlich, dass ich ständig mit 'nem Angstgefühl über die Station laufe, sondern, das is mehr so 'ne Grundstimmung, dass mich das schneller auch, überfordert wär' jetzt übertrieben, aber dass ich so eher denke, ich könnte überfordert sein, oder bin manchmal überfordert. Oder fühl' mich überfordert. Das kommt manchmal vor. Aber zum Glück nich so häufig, ne? (Herr Becker: 207)

Die Schnelligkeit der Abläufe würde eine hohe Konzentration seitens der Pflegekräfte erfordern und Fehlerquellen nach sich ziehen. Dieses habe Auswirkungen auf seine „Grundstimmung“. Herr Becker äußert in dieser Sequenz ein Gefühl von Unsicherheit und Überforderung im Krankenhausalltag. Von diesem Gefühl distanziert er sich in dem Zitat sogleich wieder und relativiert es, es würde glücklicherweise nicht so häufig vorkommen. Die Überforderung wird hier klar adressiert an die Schnelligkeit der Abläufe und den daraus resultierenden Stresssituationen, die Herrn Becker zufolge mit einer erhöhten Gefahr von Fehlern einhergehen würde:

Dass einem so Fehler unterlaufen können, die bei diesem großen Stress, denk' ich, eher passieren können (Herr Becker: 192).

Die Reorganisationsprozesse im Krankenhaus gehen den Aussagen zufolge mit einer Erhöhung der ohnehin schon als sehr hoch bewerteten Verantwortung in der pflegerischen Arbeit einher. Die Pflegekräfte scheinen sich in einer Situation zu befinden, in der sie die neuen Unsicherheiten in ihrem Stationsalltag austarieren müssen, die aus dem Aufeinandertreffen des sensiblen Bereiches der Arbeit mit und am kranken Menschen und der neuen Schnelligkeit im Arbeitsprozess resultieren. Im Falle eines Scheiterns sehen sie sich in der Verantwortung. Hier zeigt sich ein weiteres Konfliktfeld im pflegerischen Alltag: Arbeiten unter einer erhöhten Geschwindigkeit in einem Arbeitsfeld, das sich durch eine besonders hohe Verantwortung auszeichnet, da Fehler existenzielle Folgen haben können.

c) „da brauchst du natürlich deine Zeit, und brauchst deine Ruhe“⁸⁹

Ein wesentlicher Aspekt im Zusammenhang mit den geschilderten Spannungsfeldern im pflegerischen Alltag ist der Faktor Zeit. In den gerade beschriebenen Spannungsfeldern wird er in erster Linie in Bezug auf die direkte Interaktion zwischen Pflegekraft und Patienten thematisiert, z. B. beim Arbeiten unter Zeitdruck oder die Ausei-

⁸⁹ (Frau Christiansen: 62)

nersetzungen mit Patienten, wenn nicht genügend Zeit für alle Patienten da ist und priorisiert werden muss. Der Zeitaspekt ist jedoch auch in weiterer Hinsicht von Bedeutung, wie die folgende Interviewsequenz von Frau Christiansen beleuchtet. Sie berichtet hier aus ihrer Erfahrung als Pflegekraft auf einer intensivpflegerischen Station mit rehabilitativen Schwerpunkt. Es geht in diesem Beispiel um die Beurteilung von Rehabilitationspotenzial, die ausschlaggebend dafür ist, ob der Patient eine Chance auf weitere Therapie hat oder ob ein Heimplatz gesucht wird. Der Faktor Zeit wird hier im Hinblick auf die Patientenbeobachtung thematisiert:

Wenn du so 'n Halbkomatösen hast, der so da grade so in dieser Wachphase wird, is halt ganz wichtig, was macht der überhaupt?" Is der Kontakt? Guckt der dich an? Macht der die Augen auf, zu? Hat der nur Phasen? Das is ja wichtig für die weiterführende Pflege oder Therapie. Weil's irgendwann dann nach drei Wochen, heißt es dann auch bei uns, ja eh, wie sieht es aus mit Rehapotenzial? Sehen sie da irgendwas? Lohnt es sich wirklich dann noch hier weiter zu machen? Oder müssen wir uns Gedanken machen, um 'n Heimplatz? Und dafür brauchst du natürlich Zeit. Weil viele Patienten, die so neurologische Erkrankungen haben, die haben oft nur so Zeitfenster, wo die wach sind. Und denn das zu blicken, da brauchst du natürlich deine Zeit, und brauchst deine Ruhe für. Da musst du auch mal fünf bis zehn Minuten einfach den Patienten mal angucken. Gucken, kommt da irgendwas? Guckt der dich an? Macht er die Augen zu? Bewegt er irgendwas? (Frau Christiansen: 62)

Frau Christiansen schildert in dieser Interviewsequenz, wie wichtig es in bestimmten Situationen sei, Zeit und Ruhe für die Patientenbeobachtung zu haben. Die Patienten mit den auf ihrer Station spezifischen Krankheitsbildern wären zwar nicht mehr akut intensivpflichtig, wären aber z.T. noch komatös und hätten nur kurze Wachphasen, in denen beurteilt werden könne, wie therapeutisch weiter vorgegangen wird. Um zu dieser Beurteilung zu kommen, benötige es vor allem Zeit und Aufmerksamkeit. Eine Fehleinschätzung des Rehabilitationspotenzials kann ihr zufolge gravierende Folgen für die Patienten haben:

Das is wirklich wichtig, um nich zu sagen, der fällt durchs Raster und dann ja gut, machen wir nichts mit dem, und eigentlich hat der noch Potenzial und fällt durchs Raster und kommt in irgendein Heim. Und da wird ja gar nichts mehr gemacht. Ne? (Frau Christiansen: 65)

Sie betont hier die Bedeutsamkeit einer richtigen Einschätzung, da ansonsten keine weiterführende Therapie stattfinden würde und die Patienten in ein Heim verlegt werden würden. Um das Rehabilitationspotenzial beurteilen zu können und auch den Patienten das nötige Sicherheitsgefühl zu vermitteln, sei vor allem Zeit und eine gute personelle Ausstattung wichtig:

Also, du musst immer zusehen, dass du immer gut deine Zeit da irgendwie hinkriegst, dass du dementsprechend die Patienten dann auch betreuen kannst, und dir aber auch 'n Bild machst, um denen auch die Sicherheit zu geben. Und deswegen

plädier' ich ja, wir brauchen mehr Pflegepersonal. Weil diese Patienten sind halt aufwändiger. Die brauchen mehr Zuwendung. Und du musst mehr Zeit haben, damit du auf wesentlich kleinere Sachen auch mal blicken kannst. (Frau Christiansen: 62)

Die Interviewsequenz von Frau Christiansen nimmt einen speziellen Arbeitsbereich im Krankenhaus in den Blick. Die Patienten in ihrem Arbeitsbereich sind häufig nicht in der Lage, sich selber zu äußern. An dieser Stelle seien die Pflegekräfte auf den Stationen gefordert, genau hinzuschauen, um kleinste Veränderungen zu bemerken und den Patienten einen sicheren Rahmen zu geben. Hier zeigt sich ein Bewusstsein für den existenziellen Aspekt und die damit einhergehende besondere Fürsorgepflicht in der Pflege. Die hohe Verantwortung in ihrem Arbeitsbereich steht aus Sicht von Frau Christiansen im Kontrast zu den Rahmenbedingungen auf den Stationen:

Damit wo ich nich umgehen kann, wenn sie wirklich Personal reduzieren, reduzieren und reduzieren, und uns arbeiten lassen, arbeiten, arbeiten, und trotzdem irgendwie 'ne hoch qualifizierte Pflege von uns fordern. Und wir eigentlich gefährlich pflegen, weil wir dementsprechend zu wenig sind. Es momentan kein Arzt da is, und solche Scherze. Und ich dann aber trotzdem irgendwie Verantwortung da übernehmen muss. Das find' ich sehr belastend. (Frau Christiansen: 30)

Sie schildert in dieser Sequenz nachdrücklich ihren Unmut darüber, dass auf der einen Seite Personal reduziert wird und die verbliebenen Pflegekräfte auf der anderen Seite trotz der hohen Arbeitsbelastung und der oftmals unzureichenden personellen Situation eine qualitativ hochwertige Pflege leisten sollen. Frau Christiansen nimmt hier einen deutlichen Widerspruch wahr zwischen den Ansprüchen, die an sie als Pflegekraft gestellt werden und den Rahmenbedingungen auf den Stationen. Im Falle einer nicht adäquaten Besetzung mit ärztlichem und pflegerischem Personal würden Situationen entstehen, in denen die Mindeststandards an eine sichere Pflege nicht gewährleistet werden können, in denen aus Sicht von Frau Christiansen „gefährlich“ gepflegt werden würde. Solche Situationen seien sehr belastend für sie als Pflegekraft. Ähnlich wie in dem vorherigen Spannungsfeld weist Frau Christiansen hier auf ein Konfliktfeld hin, das aus den speziellen Besonderheiten in der pflegerischen Arbeit – in ihrem Fall die besondere Verantwortung im Zusammenhang mit der Patientenbeobachtung – und dem oftmals vorhandenen Zeitmangel im pflegerischen Alltag resultiert.

d) „das is ja nun eigentlich genauso 'n hochsensibler Bereich eben, Gesundheit“⁹⁰

Thema der folgenden Sequenz ist das „interdisziplinäre“ Arbeiten, auf das Herr Schreiner in seinem Interview wiederholt hinweist. Für ihn beschreibt es einen ganz

⁹⁰ (Herr Schreiner: 165)

neuen Aspekt im pflegerischen Alltag. Auf Nachfrage erläutert er den Begriff „interdisziplinär“. Er würde sich nicht auf die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit beziehen, sondern auf unterschiedliche „Krankheitsbilder“ (Herr Schreiner: 161). Gemeint ist hiermit die fachübergreifende bzw. fachfremde Betreuung der Patienten.⁹¹ Herr Schreiner stellt diese Form der Arbeitsorganisation deutlich infrage:

das Interdisziplinäre [...]. Das nervt mich auch total. Das find ich auch ganz, ganz, ganz, ganz schlimm und auch höchst fragwürdig irgendwie, ob das professionell is. Weil ich einfach aus eigener Erfahrung, wenn ich nachts, weil in der Orthopädie kein Bett frei is, ich dann orthopädische Patienten nehmen soll, ich mich einfach eben unsicher=dann weiß ich oft nicht, wer is der Ansprechpartner? Welche Ärzte sind die Ansprechpartner? [...] also es is zeitaufwändig bis ich mich da durchgefickelt hab irgendwie wo, wer jetzt eigentlich die kennt. Du rufst sie dann oft an. Dann sagen die: "Ja kenn ich gar nich, wer is 'n das", und so. Also das is super schwierig (Herr Schreiner: 159).

Als Pflegekraft sei er durch diese Arbeitsform mit Situationen konfrontiert, in denen er Patienten mit „fachfremden“ Krankheitsbildern betreuen muss. Problematisch sei unter anderem die Suche nach den richtigen Ansprechpartnern aus dem ärztlichen Bereich. Es sei sowohl zeitaufwändig und schwierig, die nötige Unterstützung zu bekommen. Auch sieht er hierdurch eine Gefährdung des professionellen Handelns in der Pflege. Im folgenden Interviewausschnitt führt er diesen Aspekt weiter aus. Früher seien

auch nur Leute rangelassen worden an die Patienten, die sich auskannten. Und das würd ich sagen, also es is echt unsicherer geworden jetzt. Weil es kommt total drauf an, wo du als Patient irgendwie landest, und wie die Leute, die da mit dir zu tun haben sich kümmern und sich auskennen. Das is irgend=und ich denke, dass das wirklich anders geworden is, also, schlechter oder unsicherer irgendwie. (Herr Schreiner: 167)

Er konstatiert in diesem Interviewausschnitt die zentrale Bedeutung von Pflegepersonal, das die nötige Erfahrung und fachliche Kompetenz für die jeweiligen Krankheitsbilder mitbringen würde. Mit der Aufweichung dieser Kompetenzen, die hier implizit angesprochen wird, ist aus seiner Sicht auch die Versorgung der Patienten unsicherer geworden. Als Ursache für die Zunahme solcher Versorgungssituationen, in denen Patienten auf fachfremden Stationen versorgt werden, sieht er wirtschaftliche Aspekte:

Und jetzt is es so, wir nehmen alles. Bis das letzte Bett voll is. Und dann kommen die halt, auf andere Stationen und ich, also ich seh es ja auch bei Leuten, die, wenn wir voll sind, die woanders stranden, die dann zu uns kommen, dass da auch oft ja auch Fehler einfach irgendwie passieren, weil die Kollegen sich damit nich ausken-

⁹¹ Diesen Aspekt spricht auch Frau Lange im Zusammenhang mit den Veränderungsprozessen auf den operativen Stationen an ([vgl. Kap. 5.1.1](#)).

nen bei bestimmten Sachen. Also das, das soll ja irgendwie eigentlich auch noch ausgebaut [werden, Anm. d. Verf.] und mehr noch, einfach eben, weil's mehr Geld bringt. (Herr Schreiner: 159)

Herr Schreiner vermutet, dass die Bettenauslastung der Grund für die „interdisziplinäre“ Belegung der Betten sei. Aufgrund der Situation, dass jedes Fachgebiet speziell sei und die Pflegekräfte sich nicht in jedem Krankheitsbild detailliert auskennen würden, würde eine solche „Bettenpolitik“ neue Fehlerquellen in der Patientenversorgung verursachen. Seinem Verständnis zufolge ist das Gesundheitssystem ein hochsensibler Bereich und benötige Sicherheitsvorkehrungen, die aus seiner Sicht momentan nicht vorhanden seien. Er vergleicht im folgenden Interviewausschnitt das Sicherheitssystem im Krankenhaus mit den Sicherheitssystemen im Flugbereich:

Oder auch im Flugbereich, was mich ja auch interessiert, wo ich irgendwie auch oft Dokumentationen und so sehe, wo ich denke so: "Mein Gott!" Die haben so viel Sicherheitssysteme irgendwie, und Checklisten und wenn, zum Beispiel, es würde nie passieren, dass 'n Transatlantikflug starten darf, wenn da 'n Flugbegleiter fehlt, ne? Das dürfte nicht, da muss jemand einspringen. Wenn bei uns irgendwie wenn da plötzlich nur ein Stamm an Mitarbeitern mit drei Zeitarbeit und zwei Schülern oder so, das is egal, ne? Dass da überhaupt niemand sagt da: "So geht das nich." Das find ich, das find ich echt 'n Hammer eigentlich [...] Und das is ja nun eigentlich noch 'n=genauso 'n hochsensibler Bereich eben, Gesundheit. (Herr Schreiner: 165)

Herr Schreiner schildert hier deutlich sein Unverständnis darüber, dass im Krankenhaus niemand einschreiten würde, wenn zu wenig qualifiziertes bzw. eingearbeitetes Personal – sei es aufgrund des „interdisziplinären“ Arbeitens oder aufgrund von Krankheitsausfällen – auf den Stationen arbeiten würde. Im Flugbereich würden die Sicherheitsrichtlinien dagegen strengstens befolgt werden und der Flug würde nicht starten, wenn zu wenig Personal da sei:

Genau wie eben dieser Transatlantikflug nicht starten darf, wenn da nur drei Flugbegleiter statt fünf sind. So was muss es im Krankenhaus auch geben. Das dann=und dann müssen welche aus'm Pool meinetwegen kommen, die aber eingearbeitet sind, die sich auskennen, ne? Die irgendwo in so 'nem Raum sitzen, und warten, ob sie abgerufen werden oder nicht. (Herr Schreiner: 196)

In dieser Interviewsequenz werden zwei Aspekte angesprochen, die aus Sicht von Herrn Schreiner zentral für die Patientenversorgung sind. Zum einen den Aspekt des professionellen Handelns in der Pflege. Dieser wird vor dem Hintergrund einer als neu identifizierten Krankenhauspolitik beleuchtet, bei der die Auslastung der Betten einen höheren Stellenwert zu haben scheint als die fachinterne Versorgung der Patienten. Die aus Sicht von Herrn Schreiner damit einhergehende neue Unsicherheit in der Patientenversorgung kann insofern als Deprofessionalisierung interpretiert werden, als dass Aspekte wie Erfahrung und fachliche, auf die Krankheitsbilder bezoge-

ne Kompetenzen eine untergeordnete Rolle zu spielen scheinen. Für eine sichere Patientenversorgung seien diese Aspekte aber essenziell. Für ihn als Pflegekraft ergeben sich aus dem „interdisziplinären“ Arbeiten Situationen, in denen er sich z.T. nicht ausreichend qualifiziert fühlt für die Versorgung, nicht aufgrund einer allgemeinen unzureichenden Qualifikation, sondern aufgrund der Besonderheiten in der Versorgung der jeweiligen Krankheitsbilder. Zum anderen weist er mit seinem Vergleich zu den Sicherheitsvorkehrungen im Flugbereich auf eine aus seiner Sicht mangelhafte Kompensation von personellen Engpässen hin (vgl. auch [Kap. 5.4.2](#)). Wichtig für eine sichere Patientenversorgung ist aus seiner Sicht, dass Krankheitsausfälle nicht durch beliebiges Personal, z. B. Zeitarbeitskräfte kompensiert werden, sondern mit Pflegekräften, die sich auf den Stationen auskennen. Beide Aspekte sprechen ein zentrales Thema im Interview mit Herrn Schreiner an. Es sei im Stationsalltag überaus bedeutsam, nicht nur quantitativ genügend Pflegepersonal zu haben, sondern auch in qualitativer Hinsicht.

Der Aspekt des „interdisziplinären“ Arbeitens wird in diesem Sample nur von Interviewten beschrieben, die auf operativen Stationen tätig sind. Diese scheinen in besonderem Maß von der Erhöhung der Fallzahlen betroffen. Auch wenn sich in den anderen Interviews kaum Hinweise auf das „interdisziplinäre“ Arbeiten im Sinne Herrn Schreiners zeigen, geben die Ausführungen Hinweise auf ein Konfliktfeld in der Pflege, in dem die Pflege durch als ökonomisch identifizierte Strategien wie der Bettenauslastung mit Situationen konfrontiert ist, in denen sie zum einen organisatorischen Mehraufwand leisten muss ([vgl. Kap. 5.1.1](#)) und zum anderen ihr professionelles Handeln infrage gestellt sieht.

Die hier geschilderten Spannungsfelder lassen sich direkt oder indirekt auf die Reorganisationsprozesse in den Krankenhäusern zurückführen. Die Spannungen und Konflikte ergeben sich in erster Linie aus dem Aufeinandertreffen der besonderen Handlungsanforderungen in der Pflege und den ökonomisch orientierten Restrukturierungsmaßnahmen in den Krankenhäusern. Als besondere Handlungsanforderungen und damit konstitutive Merkmale der Pflegearbeit werden die hohe Verantwortung und die nur in begrenztem Maße planbare Arbeit mit und am kranken Menschen genannt. Um diesen im pflegerischen Alltag gerecht zu werden, benötige es Zeit und eine gute personelle Ausstattung, auch in qualitativer Hinsicht. In den Beschreibungen der Arbeitsbedingungen wird jedoch deutlich, dass pflegerische Arbeit oftmals unter hohem Zeitdruck stattfindet und auch die personelle Situation nicht zufriedenstellend ist. Es zeigt sich eher ein permanentes Spannungsfeld zwischen den wirt-

schaftlich geprägten Rahmenbedingungen und den versorgungsrelevanten Aspekten, welches aus Sicht der Pflege mit neuen Unsicherheiten in der Patientenversorgung und vermehrten Konfliktsituationen einhergeht.

5.2.2 Versorgungshandeln unter neuen Rahmenbedingungen

Wie die Pflegekräfte nun mit dem skizzierten Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Sorge umgehen, ist Gegenstand dieses Kapitels. In den Interviews konnten verschiedene Reaktionsformen im Umgang mit diesem Spannungsfeld identifiziert werden. Eine Umgangsform besteht darin, dass bestimmte Tätigkeiten bei Zeitmangel nicht durchgeführt werden. In der folgenden Sequenz schildert Herr Schreiner, welche Tätigkeiten er bei Zeitmangel „liegen lässt“:

Sauber machen irgendwie. Oftmals ist es so, dass man dann ja noch irgendwie sieht, ja hier und da is noch, liegt noch irgendwas rum und so, dass man's da eben einfach liegen lässt. Und seit neuestem eben auch dieses mit der Dokumentation [...] so, dieses Scheiß-Geklicke da irgendwie durch die Pflegemaßnahmen, mach ich das halt nich. Ich hab jetzt Feierabend. Also hatte ich ja, nur, ich war sowieso schon wieder länger [...] mach ich jetzt nich, so, is mir auch echt egal. Weil das is für mich, das geht irgendwie sowieso ins Nirwana. Keiner guckt da irgendwie hin. (Herr Schreiner: 178)

In erster Linie nennt Herr Schreiner hier Tätigkeiten, die nicht direkt mit der Patientenversorgung zu tun haben, wie z. B. Aufräumarbeiten oder die Pflegedokumentation. In Bezug auf die Dokumentation argumentiert Herr Schreiner so, dass diese seit der Einführung der elektronischen Patientenakte für ihn keinen hohen Stellenwert mehr hätte, da sie zu kompliziert sei ([vgl. Kap. 5.1.2](#)). Implizit verdeutlicht das Zitat, das Herr Schreiner auch Mehrarbeit in Kauf nimmt. Er schildert, dass er sich entschieden hat, die Dokumentation nicht mehr zu machen, da er schon länger geblieben sei, als seine offizielle Dienstzeit vorsehen würde. Auch verschiedene Hygienemaßnahmen – insbesondere die Einwirkzeiten bei der Händedesinfektion – können aus seiner Sicht im pflegerischen Alltag aufgrund des Zeitmangels nicht immer genau eingehalten werden:

ja das=also Hygiene, manchmal auch, muss ich sagen. Also Hygiene-Geschichten so mit Einwirkzeit, ne? [...] Aber ich arbeite ja ganz viel mit Handschuhen weil ich denke=aber eigentlich muss man sich genau genommen da drunter ja auch noch mal die Hände desinfizieren, aber, also das=ich zieh einfach dann super viel Handschuhe an. Weil das geht ganz schnell und meine Hände gehen so kaputt auch dann davon, von dem ganzen Desinfektionsmittel. Deswegen benutz=hab ich auch mit der Arbeitsmedizinerin da gesprochen, dass ich dann halt irgendwie ganz viele Handschuhe halt benutze. Also insofern is es irgendwie hygienisch schon=find ich auch nicht gut, Hygiene beiseite zu lassen. (Herr Schreiner: 177f.)

Auch wenn er es grundsätzlich nicht in Ordnung findet, Hygienemaßnahmen nicht

ordnungsgemäß durchzuführen, ist seine hier geschilderte Variante des hygienischen Arbeitens für ihn durchaus vereinbar mit seinem beruflichen Ethos. Was aber auf keinen Fall zu kurz kommen dürfe, sei die Versorgung der Patienten:

Und, aber eigentlich für mich so für mein Berufsethos eher alles Mögliche weglassen [...] Aber also, Patienten lass ich so eigentlich nicht liegen das würde das=ich glaube, dann is auch echt irgendwie vorbei dann. (Herr Schreiner: 178)

Auch bei Zeitmangel würde er die Versorgung der Patienten gewährleisten, alles andere sei mit seinem beruflichen Ethos nicht vereinbar ([vgl. Kap. 5.3.1](#)). Im Gegensatz zu Herrn Schreiner schildert Frau Lange, dass sie durchaus auch Abstriche in der Versorgung der Patienten machen müsse. Auf die Frage, was bei Zeitmangel zuerst liegen bleiben würde, antwortet sie:

Ja, Körperpflege. [...] gut, kannst ja auch sagen: „okay,“ aber is ja auch angenehm, wenn man sich abends die Zähne putzen kann. Und das bleibt dann eben=wird dann eben nicht mehr gemacht oder so, ne? (Frau Lange: 218f.)

Bei Zeitmangel würde die Unterstützung bei der Körperpflege zu kurz kommen, z. B. beim Zähneputzen. Auch wenn es aus ihrer Sicht kein dramatischer Einschnitt ist, findet sie es für das körperliche Empfinden durchaus wichtig. Insgesamt findet sie, dass sie als Pflegekraft mittlerweile viele Abstriche in der Versorgung machen müsse:

Ja, man muss auch mal Dinge lassen. Das is eher der Punkt auch. Ne, du kannst natürlich nicht so ausufern, wie man's vielleicht früher gemacht hat. super ausgiebige Körperpflege [...] ich finde man muss schon sehr viele Abstriche machen. Wir haben früher schon immer so den Anspruch meinetwegen nach=Anspruch gehabt [...] dass wir eigentlich abends immer noch mit den Patienten noch mal aufstehen nach Möglichkeit [...] aber dann, ja es hat ja auch wieder das=die OP-Zeiten gehen bis abends oft. Du kriegst abends um sieben, acht, neun, kommen immer noch Patienten aus'm OP [...] Manchmal geht das ja echt nich, ne? Dann muss man's lassen. Klappt's vielleicht noch am Nachmittag, dass man noch Mal kurz hoch kann. Also grade die OP's, die sollen ja dann auch mobilisiert werden (Frau Lange: 217)

Nicht nur bei der Körperpflege müssten Abstriche gemacht werden, auch die Mobilisation der Patienten nach den Operationen könne nicht mehr in dem Umfang gemacht werden, wie es früher Standard war. Der Grund hierfür sei nicht nur der Zeitmangel, auch die OP Zeiten führen dazu, dass sie ihrem eigentlichen pflegerischen Anspruch, die Patienten nach der Operation zu mobilisieren, nicht immer gerecht werden kann. In den Aussagen von Frau Lange spürt man eine gewisse Resignation, sie scheint es bis zu einem bestimmten Grad akzeptiert zu haben, dass sie Abstriche in der Versorgung und damit auch bei ihren Ansprüchen an „gute“ Pflege ([vgl. Kap. 5.3.1](#)) machen muss.

Fast alle der interviewten Pflegekräfte berichten zudem, dass sie bei zu hohem Arbeitsvolumen ganz bzw. teilweise auf die ihnen zustehende Pause verzichten würden, wie z. B. Frau Christiansen:

Na ja gut, und wenn's nun mal nicht möglich is, dann natürlich offer ich auch meine Pause, klar. (Frau Christiansen: 67)

Kritisch zu der in den Interviews thematisierten Bereitschaft der Pflegekräfte, das Spannungsfeld zwischen den Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit und den Versorgungsaspekten auch durch individuelle Mehrarbeit auszutarieren, äußert sich Frau Weber:

also, ich denke, dass Problem is einfach auch, dass die Pflegekräfte=wir als Pflegekräfte=ich als Pflegekraft, immer gewillt bin, meine Arbeit zu schaffen, und man gewährleistet immer, dass die Arbeit wirklich auch geschafft wird. Und egal, ob mehr oder weniger Personal da is. Und wenn man immer dafür gewährleistet, dass die Arbeit geschafft wird, und man geht dann irgendwann zum Arbeitgeber und sagt, "so Leute, wir brauchen mehr Personal. Wir pfeifen hier aus'm letzten Loch", dann sagen die halt auch, "ja, warum? Ihr schafft doch die Arbeit so. Wozu braucht ihr mehr Personal?" Und ich denke, dass das einfach auch 'n Problem in der Pflege selber is. Dass man halt dann einfach mal Überstunden schiebt, ohne sie sich aufzuschreiben, um seine Arbeit zu schaffen. (Frau Weber: 124)

Frau Weber ist eine von den „jüngeren“ Pflegekräften im Sample und arbeitet auf einer neurologischen Station mit einem rehabilitativen Schwerpunkt in einem Krankenhaus in privater Trägerschaft. Sie schildert in diesem Interviewausschnitt eine generelle Bereitschaft in der Pflege – sich selbst eingeschlossen – die anfallende Arbeit zu schaffen, unabhängig von der personellen Besetzung. Die dabei entstehenden Überstunden würden von den Pflegekräften nicht immer aufgeschrieben werden, so dass sie z.T. unbezahlte Mehrarbeit leisten würden. Frau Weber sieht darin ein Problem, da diese Bereitschaft dem Arbeitgeber signalisieren würde, dass das Arbeitsvolumen auch mit weniger Personal zu schaffen sei. Die Bereitschaft, die anfallende Arbeit immer vollständig erledigen zu müssen, sollte aus ihrer Sicht überdacht werden:

Ich denke, man muss dann halt einfach mal wirklich Abstriche machen, und sagen so, das wirklich sich auf die wichtigsten Dinge beschränken. Und sagen, "das und das mach' ich jetzt und den Rest schaff' ich dann halt nich." (Frau Weber: 126)

Bei zu hohem Arbeitsvolumen sollten die Pflegekräfte Frau Weber zufolge mehr priorisieren und sich auf die wichtigen Dinge beschränken.

Neben den oben genannten Abstrichen werden in den Interviews auch mehrfach Abstriche in der psychosozialen Betreuung thematisiert. Dem Anspruch vieler Pflegenden, die Patienten auch in psychosozialer Hinsicht den Bedürfnissen entsprechend zu

versorgen, kann – aus Sicht von mehreren Interviewten – im Pflegealltag nicht immer nachgekommen werden. Unter der als hoch eingeschätzten Arbeitsbelastung würden teilweise die psychosoziale Unterstützung und die Freundlichkeit der Pflegekräfte den Patienten gegenüber leiden, wie der folgende Interviewausschnitt von Herrn Kaya illustriert:

Jetzt auch auf der Onkologie, wie ich auch meinte so, manche Pflegefälle brauchen halt mehr Zeit als neurologische Pflegefälle. Die sind halt anspruchsvoller. Die brauchen halt mehr Betreuung, oder bräuchten mehr Gespräche. Und ich hab' halt keine Zeit, weil ich weiß es klingelt's schon. Und ich hab' noch so viel Arbeit vor mir, und hab' da keine Zeit und muss die dann abbügeln. Oder bin selber genervt, weil ich noch so, "oh, nein, jetzt geht das schon wieder los." Und ich hab' dann auch gar keine Lust, mich dann emotional noch drauf einzulassen. Weil ich ganz genau weiß, ich hab' keine Zeit, oder ich bin einfach müde, ich will jetzt nich. Dann is es einfach zu viel. (Herr Kaya: 106)

Herr Kaya ist einer von den „jüngeren“ Pflegekräften im Sample und ist in einem freigemeinnützigen Krankenhaus auf einer onkologischen Station tätig. Er berichtet von einem Spannungsfeld zwischen den besonderen Bedürfnissen der Patienten, die gerade auf einer onkologischen Station hoch seien, und dem Arbeitsvolumen. Die Möglichkeit zu Gesprächen mit den Patienten sei aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens nicht immer gegeben. Auch sinke aufgrund der mit der hohen Arbeitsbelastung einhergehenden Müdigkeit und nervlichen Anspannung seine persönliche Bereitschaft zur psychosozialen Unterstützung. Auch Frau Duve schildert Abstriche in der Kommunikation und Zuwendung zu den Patienten:

Weil es is ja schon so, dass halt viel liegen bleibt und häufig Patienten auch sehr unzufrieden sind, wie sie behandelt worden sind, wie mit denen umgegangen worden sind so. Und das denk' ich auch, häufig zu Recht. Aber man muss dann auch wieder unsere Seite sehen, dass das häufig auch nich anders geht einfach, weil die Zeit nicht da is und die man auch selber so belastet ist, dass man halt auch einfach nich mehr nett und freundlich sein kann. (Frau Duve: 181)

Sie berichtet von einer hohen Unzufriedenheit der Patienten als Reaktion auf die nicht immer zufriedenstellende Behandlung und äußert Verständnis hierfür. Gleichzeitig betont sie, dass es aufgrund der hohen Belastungen und dem hohen Zeitdruck nicht möglich sei, immer „nett und freundlich“ zu sein. Bei Herrn Kaya und Frau Duve zeigt sich hier eine Abgrenzung von den emotionalen Bedürfnissen der Patienten, diese können nicht mehr so erfüllt werden, wie es nötig wäre. Während beide Interviewte den Eindruck erwecken, dass sie sich notgedrungen mit der Situation arrangiert hätten, zeigt der folgende Interviewausschnitt von Frau Weber eine innere Zerrissenheit:

So, man merkt zwar, es geht dem Patienten irgendwie nicht so richtig gut, und er hat irgendwo Gesprächsbedarf. Aber man hat gar nicht die Zeit, sich da in Ruhe hinzusetzen, sondern man muss immer auf die Uhr gucken. Man hat die Türklinke in der Hand, weil man weiß, draußen auf'm Flur, auf der Station brennt die Luft. Und eigentlich hat man keine Zeit. Aber man kann den Patienten auch nicht wirklich alleine lassen. Das is dann echt immer so 'n Zwiespalt, "was mach' ich jetzt? Geh' ich raus auf'n Flur, und geh' da zu den anderen klingeln, die da noch läuten. Oder bleib' ich bei dem Patienten, und geb' ihm erst mal Halt, und bleib' erst mal bei ihnen. Und diese Möglichkeit hat man als examinierte Krankenschwester noch weniger, als als Schülerin. Als Schülerin hab' ich mir dann schon einfach mal die Freiheit genommen, und hab' mich raus gezogen. Hab' halt vorher Bescheid gesagt, und hab' gesagt so, ich bin jetzt mal eben da bei dem Patienten, und bin jetzt mal für 'ne Viertelstunde bitte nicht ansprechbar. Die Möglichkeit hat man als examinierte Pflegekraft nicht mehr. [...] Das find' ich sehr, sehr schade [...] auch das is wichtig. Nicht nur die Pflege an sich is wichtig, Unterstützung bei der Körperpflege, Unterstützung beim Toilettengang. Sicherlich beinhaltet auch das die Pflege. Aber wenn dann schon Gespräche nicht mehr möglich sind mit Patienten und Angehörigen, das is dann schon echt sehr, sehr schade. (Frau Weber: 122)

Ebenso wie Herr Kaya und Frau Duve berichtet Frau Weber von dem Konfliktfeld zwischen den psychosozialen und kommunikativen Bedürfnissen der Patienten und dem hohen Arbeitsaufkommen auf der Station. Sie erlebt diese Situation als zwiespältig und als emotional belastend. Es sei in solchen Fällen schwierig, eine Entscheidung zu treffen, Die psychosoziale Unterstützung hat für sie einen ebenso hohen Stellenwert wie die Unterstützung bei den körperlichen Bedürfnissen. Als Schülerin habe sie mehr Möglichkeiten gehabt, sich Zeit für die Patienten zu nehmen, als examinierte Pflegekraft wäre das nicht mehr möglich. Sie betont in diesem Zitat mehrfach, wie sehr sie das bedauert. Die Ursache für die nicht zufriedenstellende Situation sieht Frau Weber in den Rationalisierungen im Bereich des Pflegepersonals: „es wird halt überall eingespart. Und gespart wird als erstes an den Pflegekräften“ (Frau Weber: 124).

Über die geschilderten Reaktionsweisen hinaus lassen sich in den Interviews auch Hinweise – wenn auch sehr spärlich – auf Widerstand gegen einige Reorganisationsprozesse finden. So schildert Frau Lange, wie einige Kollegen eine Unterschriftenliste angefangen haben, um gegen die personelle Umstrukturierung im Nachtdienst zu protestieren:

wir haben jetzt auch 'ne Unterschriftenliste noch mal angefangen [...] also gegen alleinigen Nachtdienst dann [...] Es war so 'ne Initiative, ich weiß nicht von 'n paar Kollegen. Find ich gut. (Frau Lange: 172ff.)

Auch wenn sie die Erfolgsaussichten als nicht sehr hoch einschätzt, findet sie es trotzdem wichtig, sich zu äußern:

Es wird nicht gleich was bewirken, aber einfach mal, die müssen mal wissen, dass man sich da leider auch drüber=dass man da Gedanken hat. (Frau Lange: 182)

Frau Lange drückt sich in diesem Zitat sehr vorsichtig aus. Ihr Anspruch scheint es zunächst zu sein, das Management über die Gedanken der Pflege zu diesem Thema zu informieren. Es scheint ihr weniger darum zu gehen, Forderungen aufzustellen.

Auch Exit-Strategien lassen sich in den Interviews finden. Die folgende Interviewsequenz von Frau Schmitz zeigt, dass das Spannungsfeld zwischen den wirtschaftlich geprägten Rahmenbedingungen und den versorgungsrelevanten Aspekten auch zu einem Ausstieg aus der Pflege führen kann:

Ich möchte dann raus aus der Pflege einfach ne Zeit, weil es mir ja, ich mich mit meinem Gewissen das im Moment einfach nicht vereinbaren kann so zu arbeiten. Das is für mich teilweise=grenzt es wirklich an gefährliche Pflege. Und das möcht ich nicht. Also, ich möchte nicht irgendwann vorm Richter stehen und ja, im Grunde meine Zulassung als Krankenschwester verlieren, weil die Rahmenbedingungen nicht stimmen. Na, wenn ich selber Bockmist mache, weil ich zu blöd bin oder so, is es was anderes. Aber nicht, weil die Rahmenbedingungen nicht stimmen. Ich würde nicht meinen Kopf hinhalten für andere. Das war für mich irgendwie ganz klar. (Frau Schmitz: 248)

Frau Schmitz hat die Entscheidung getroffen, aus der Pflege auszusteigen, wenn auch erst mal nur für eine gewisse Zeit. Als ausschlaggebenden Grund für ihre Entscheidung nennt sie den Konflikt, der sich für sie aus der Arbeit unter den aktuellen Rahmenbedingungen ergibt. Sie könne es mit ihrem „Gewissen“ nicht mehr vereinbaren, so zu arbeiten, die Arbeitsumstände würden aus ihrer Sicht die Gefahr von Fehlern erhöhen und sie sei nicht bereit, die Konsequenzen zu tragen, falls unter diesen Umständen etwas passieren würde. Sie betont aber, dass es nicht der Beruf ist, der sie zum Ausstieg bewegt, sondern die Rahmenbedingungen:

Ich find den Beruf auch nach wie vor toll. Ich hätte da auch gerne weitergearbeitet. Aber nicht unter diesen Bedingungen. (Frau Schmitz: 40)

Insgesamt zeigen die Interviews, dass die Reaktionsweisen auf die gestiegenen Belastungen und den Zeitmangel im pflegerischen Alltag sehr unterschiedlich sind. Sie reichen von der Bereitschaft zur individuellen Mehrarbeit über implizite Rationierungen bis hin zu einer emotionalen Distanzierung, zarten Formen des Widerstands oder Ausstiegstendenzen.

5.3 Berufliches Selbstverständnis

Inwieweit die skizzierten Veränderungen das berufliche Selbstverständnis beeinflussen, ist Thema dieses Kapitels. Um der Frage nach einem möglichen Wandel nachzugehen, werden zunächst die wesentlichen Merkmale des Pflegeverständnisses rekonstruiert (Kap. 5.3.1). Was ist für die Interviewten der Kern der pflegerischen Arbeit? Welche Eigenschaften sind für diesen Beruf erforderlich? Und was sind für die Pflegekräfte die Referenzpunkte für „gute Pflege“? Diese können nicht nur als Maßstäbe für erfolgreiches pflegerisches Handeln gesehen werden, sie illustrieren auch, welche Aspekte aus Sicht der Interviewten zentral für die Qualität der Versorgung sind. Um einen möglichen Wandel des Pflegeverständnisses in den Blick zu bekommen, werden insbesondere die Aussagen von „jüngeren“ und „älteren“ Pflegekräften verglichen. Im zweiten Teil dieses Kapitels wird rekonstruiert, inwiefern ökonomische Prinzipien Einzug in das pflegerische Selbstverständnis gehalten haben. Über die Positionierung der Pflege – als habituellem Aspekt des beruflichen Selbstverständnisses – zu den ökonomischen Veränderungen lassen sich Rückschlüsse über eine Integration ökonomischer Prinzipien in das berufliche Selbstverständnis ziehen (Kap. 5.3.2).

5.3.1 Pflegeverständnis

Eine hohe Übereinstimmung boten die Interviews in Bezug auf die Patientenorientierung als konstitutives Merkmal ihres Pflegeverständnisses, sie wird in fast allen Interviews als zentraler Kern der pflegerischen Arbeit angesehen. Betont wird mehrfach, dass die Versorgung der Patienten im Mittelpunkt stehe und andere Aspekte eine untergeordnete Rolle spielen würden. Die folgende Interviewsequenz von Frau Christiansen veranschaulicht diesen Aspekt am Beispiel der Einarbeitung und Anleitung von Schüler/innen und neuen Kolleg/innen auf der Intensivstation:

du musst, konsequent immer gucken is, nich nur das is das Geile, was ich dir hier gezeigt hab', also, der Patient steht im Mittelpunkt hier. Da musst du immer mit dran denken. Und das heißt nich, nur, nee wir sind hier auf der Intensivstation, ah, tolle Geräte überall super, ah Ping Pong, macht's da. „Nein, nein, nein“ sag' ich immer, "immer auch hier“. Alles andere darfst du drum rum machen, aber im ersten Feld immer der Patient, der im Vordergrund steht. Alles andere is Nebenspielfeld. [...] Aber im Mittelpunkt steht der Patient, und auf den willst du achten, ne? Dass es dem gut geht. (Frau Christiansen: 96)

Auch wenn die Besonderheiten und die Gerätemedizin in diesem Fachbereich eine besondere Faszination ausüben würden, betont Frau Christiansen in diesem Zitat mehrfach und eindringlich, dass der Patient im Mittelpunkt des Geschehens stehen

würde und alles andere Nebenschauplätze seien. Hier wird eine eindeutige Orientierung auf die Bedürfnisse des Patienten beschrieben, sie als Pflegekraft ist darauf ausgerichtet, dass es dem Patienten „gut“ gehe. Der Fokus auf die Patienten als zentraler Bezugsrahmen der pflegerischen Arbeit wird vor der Vergleichsfolie von eher patientenfernen Tätigkeiten illustriert. Frau Christiansen ist nicht die einzige Interviewte in diesem Sample, die die Vorrangstellung der Patientenversorgung im Vergleich zu anderen Tätigkeiten in der Pflege veranschaulicht. Auch Herr Schreiner beschreibt den für ihn zentralen Kern der Pflegearbeit anhand eines Vergleichshorizonts:

Und diese Dokumentation, die mach ich ja schon extra nich, weil da denk ich, das kann ich nachher wenn die [Kollegen, Anm. d. Verf.] zu Hause sind. Da hab ich auch meine Ruhe, da kann ich die Dokumentation machen. Immer erst mal die Patienten versorgen. (Herr Schreiner: 82)

In diesem Zitat wird die Vorrangstellung der Versorgung der Patienten anhand der untergeordneten Rolle der Dokumentation dargestellt. Wie in Kap. 5.2.2 schon beschrieben, ist es für Herrn Schreiner mit seinem beruflichen Ethos nicht vereinbar, die Versorgung der Patienten zu vernachlässigen (Herr Schreiner: 178). Die Differenzierung zwischen den Tätigkeiten, die im direkten Kontakt mit den Patienten erfolgen und den administrativen und dokumentarischen Tätigkeiten spielt nicht nur bei Herrn Schreiner eine Rolle, sie wird in vielen Interviews angesprochen. Patientenferne Tätigkeiten stehen aus Sicht aller Interviewten ausnahmslos hinter der direkten Versorgung der Patienten.

Auch bei den „jüngeren“ Pflegekräften zeichnet sich Pflege vor allem durch die Orientierung auf die Patienten aus. So berichtet Frau Weber nach einem Wechsel von einer akuten Intensivstation zu einer nachgeordneten Station mit einem rehabilitativen Schwerpunkt, das ihr die jetzige Arbeit viel Spaß machen würde, da sie hier einen anderen Blickwinkel auf die Patienten haben würde:

der Blickwinkel is jetzt einfach so, dass man, der Patient steht halt im Mittelpunkt. Und die Entwicklung des Patienten steht im Mittelpunkt. Eh, die Entwicklung weg von der Maschine, hin zum eigenständigen Handeln wieder. Je=so inwiefern soweit, das halt möglich ist, ne? Und dass der Patient halt im eigenständigen Handeln gefördert wird. (Frau Weber: 66)

Der Fokus auf die Patienten und ihren Genesungs- bzw. Entwicklungsprozessen wird hier als positiver Aspekt der pflegerischen Arbeit geschildert. Das Ziel liege in einer Förderung des eigenständigen Handelns der Patienten. Auch in diesem Zitat zeigt sich eine pflegerische Orientierung, die den Patienten in den Mittelpunkt der pflegerischen Arbeit stellt, nicht nur im Hinblick auf die Krankheitsaspekte, sondern auch im Hinblick auf die Förderung von eigenständigen Ressourcen der Patienten.

Die Befunde zeigen, dass die Patientenorientierung einen hohen Stellenwert unter den Interviewten einnimmt, unabhängig von der Dauer der Berufszugehörigkeit. Im Mittelpunkt der Pflegearbeit stehen aus Sicht der Befragten die Patienten, dementsprechend werden patientennahe Tätigkeiten als vorrangig betrachtet, während patientenferne Tätigkeiten ausnahmslos als nachrangig eingestuft werden. Auch die „jüngeren“ Pflegekräfte, die quasi unter den neuen Rahmenbedingungen bzw. während des Umbruchs ausgebildet wurden, orientieren sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und betonen den Beziehungsaspekt. In beiden Vergleichsgruppen kann die Patientenorientierung dementsprechend als grundlegende normative Orientierung identifiziert werden.

Unterschiede werden aber hinsichtlich der Arbeitsinhalte und der Durchführung der Patientenversorgung wahrgenommen. Für Frau Lange – eine Pflegekraft aus der Gruppe der „älteren“ Pflegekräfte – beinhaltet Pflege:

Dass ich dann die Sachen organisiere, die zu organisieren sind. Aber dass ich ihm genauso gut die Haare kämme, oder solche Dinge eben tue. Das ist doch Krankenpflege, ne? So hab ich's jedenfalls oder so fass ich es immer noch auf. Es gibt natürlich auch andere, die finden das vielleicht toll oder so, wenn sie dann das nicht mehr machen müssen, aber das schafft ja auch die Nähe zum Patienten. (Frau Lange: 136)

Dieser Interviewausschnitt steht im Zusammenhang mit einer geplanten Neuorganisation der pflegerischen Arbeit. Diese sieht vor, dass grundpflegerische Tätigkeiten, z. B. Waschen oder auch Kämmen, verstärkt von Pflegehilfspersonal übernommen werden sollen.⁹² Frau Lange sieht dieses skeptisch, weil es in einem Widerspruch zu ihrer ganzheitlichen Ausrichtung bezüglich der Patientenversorgung steht. Krankenpflege beinhaltet für Frau Lange sowohl die Übernahme von organisatorischen Tätigkeiten rund um den Krankenhausaufenthalt als auch die Übernahme von grundpflegerischen Tätigkeiten. Bei letzteren würde eine Nähe zu den Patienten entstehen. Für Frau Lange ist die ganzheitliche Betreuung der Patienten zentral für ihr berufliches Selbstverständnis. Sie konstatiert aber, dass sie auch Pflegekräfte kennen würde, für die die Übernahme von grundpflegerischen Tätigkeiten kein zentrales Merkmal ihres Pflegeverständnisses sei.

Herr Kurtz arbeitet als Zeitarbeitskraft und wird auf verschiedenen Stationen in unterschiedlichen Krankenhäusern eingesetzt. Er gehört zu der Gruppe der „jüngeren“ Pflegekräfte und sieht im Gegensatz zu Frau Lange in dem Einsatz von Pflegehelfern kein Hindernis für den Kontakt mit den Patienten. Möglichkeiten zur Kommunikati-

⁹² Diese Interviewsequenz wird in Kap. 5.3.2 ausführlich dargestellt.

on mit den Patienten gibt es seiner Meinung nach nicht nur bei der Grundpflege, sondern auch bei behandlungspflegerischen Tätigkeiten:

ja man macht ja den medizinischen Teil. Also man misst die Patienten ja auch Blutdruck und so 'ne Sachen, und guckt, wie ist der Zustand des Patienten so 'ne Sachen. Man unterhält sich ja auch mit denen und Kommunikation ist ja auch wichtig. Die Kommunikation fällt ja dadurch, dass man viel zu viele Patienten für viel zu wenig Personal hat, fällt die Kommunikation ja auch weg, weil man gar keine Zeit dafür hat, sich mit dem Patienten zu unterhalten. (Herr Kurtz: 248ff.)

Kommunikation wird auch von Herrn Kurtz als wichtiger Aspekt in der Pflege betrachtet. Hierfür seien grundpflegerische Tätigkeiten aber nicht zwingend erforderlich. Aus seiner Sicht ist es viel problematischer, dass zu wenig Personal zu viele Patienten betreuen würde. Nicht der Einsatz von Pflegehelfern würde die Kommunikation des Fachpersonals mit den Patienten behindern, sondern der Zeitmangel. Die Interviewzitate zeigen, dass es durchaus unterschiedliche Auffassungen unter den Pflegekräften gibt, wer welche Tätigkeiten am Patienten übernehmen sollte. Während für einige Pflegekräfte – vor allem aus der Gruppe der „älteren“ Pflegekräfte – eine ganzheitliche Auffassung von Pflege zentral für ihr berufliches Selbstverständnis ist und die Übernahme grundpflegerischer Tätigkeiten darin eingeschlossen ist, zeigen andere Interviewte, dass die Ausgliederung von grundpflegerischen Tätigkeiten an geringer qualifizierte Pflegehilfskräfte durchaus mit ihrem pflegerischen Selbstverständnis vereinbar ist. Deutlich wird aber, dass die Interaktion mit den Patienten als zentraler Aspekt der Pflege gesehen wird.

Auch im Hinblick auf die Durchführung der Patientenversorgung werden Unterschiede zwischen „älteren“ und „jüngeren“ Pflegekräften thematisiert. Für Herrn Schreiner – aus der Gruppe der „älteren“ Pflegekräfte – ist dieses Thema ganz zentral. In seinem Interview spricht er wiederholt davon, dass die jüngeren Pflegekräfte eine andere Idee von Pflege hätten:

diese jungen Kollegen die da jetzt nachgekommen sind, weil die irgendwie, glaub ich, echt 'ne andere Pflegeidee auch so haben. Und das find ich irgendwie ganz, ganz furchtbar (Herr Schreiner: 62)

Im folgenden Interviewausschnitt konkretisiert er seine Aussage:

Aber meine Patientenversorgung dauert einfach irgendwie viel, viel länger. Und das sehe ich bei fast allen älteren Kollegen, dass unsere Patientenversorgung einfach länger dauert, als deren Patientenversorgung. Und wenn man mal, wenn 'ne Zimmertür auf is und wenn man das auch mitkriecht, wie die Kommunikation da auch abläuft, is das schon 'n Unterschied. Und auch die Patienten, die haben ja auch alle Antennen ausgefahren. Die spüren das ja sofort, ob jemand irgendwie viel Erfahrung oder weniger Erfahrung hat. Und denk ich mir, wenn du da irgendwie mit viel Erfahrung reinkommst, und dann auch noch offen bist für Fragen, dann wirst du

eben auch ganz anders in Anspruch genommen, will ich mal sagen. (Herr Schreiner: 82)

Herr Schreiner illustriert die „andere Pflegeidee“, die jüngere Pflegekräfte seiner Meinung nach haben, hier am Beispiel der Dauer der Patientenversorgung. Diese würde bei ihm und seinen älteren Kollegen wesentlich länger dauern als bei den jüngeren Kollegen. Auch die Kommunikation mit den Patienten sei anders als bei ihm. Er führt diesen Unterschied in diesem Interviewausschnitt auf den Aspekt der Erfahrung zurück. Die Patienten würden sich mit ihren Themen eher an erfahrene Pflegekräfte wenden. Auch würde eine Offenheit für Fragen seitens der Patienten dazu führen, dass Pflegeprozesse länger dauern. Er vermutet, dass jüngere Pflegekräfte „abgegrenzter“ (Herr Schreiner: 84) seien und nimmt bei ihnen eine distanziertere Haltung gegenüber den Patienten wahr, die er vor allem auf eine mangelnde Bereitschaft zur Kommunikation zurückführt. Herr Schreiner grenzt sich in diesen Interviewausschnitten von seinen jüngeren Kollegen ab. Ob die geschilderte Sequenz tatsächlich ein Hinweis auf ein neues pflegerisches Selbstverständnis seitens der jüngeren Pflegekräfte ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Es könnte sich bei der Abgrenzung des Interviewten auch um persönliche Gründe wie z. B. eine Rechtfertigung für die eigenen Arbeitsweisen handeln, die im Vergleich als länger dauernd wahrgenommen werden. In den weiteren Interviews aus der Gruppe der „älteren“ Pflegekräfte wird ebenfalls ein Unterschied zwischen den Arbeitsweisen von jüngerem und älterem Personal festgestellt, das Thema ist bei ihnen aber nicht so dominant wie in dem Interview von Herrn Schreiner.

Interessant ist, dass auch in der Gruppe der „jüngeren“ Pflegekräfte Unterschiede in den Arbeitsweisen konstatiert werden. Diese werden allerdings vollkommen anders wahrgenommen als bei Herrn Schreiner.

die Älteren wissen halt, "okay, gelassener, das lass' ich weg." Oder, "das mach' ich dann=mach' ich dann, oder mach' ich nich." Ja, das is viele jüngere sind auch frisch examiniert, und es is wohl auch unreflektiert, und, "ich schaffe meine Arbeit. Und ich hab' jetzt in acht Stunden alles geschafft, egal, wie viel zu tun is. Ich habe jeden Patienten von oben bis unten gewaschen, alle Betten gemacht und so weiter." (Herr Kaya: 147)

Die älteren Kollegen, so Herr Kaya, seien in Bezug auf die Patientenversorgung gelassener als die jüngeren und würden bei Bedarf auch mal bestimmte Dinge weglassen oder aufschieben. Im Gegensatz dazu, so seine Beobachtung, hätten die jüngeren Pflegekräfte, besonders direkt nach der Ausbildung, den Anspruch, die anfallende Arbeit zu schaffen, egal wie hoch das Arbeitsaufkommen ist. Herr Kaya spricht hier eher respektvoll über die älteren Kollegen, die im Pflegeprozess mehr Erfahrung hät-

ten und daher besser priorisieren könnten. Anscheinend dauere die Patientenversorgung bei ihnen nicht so lange wie bei unerfahreneren Kollegen. Im Umgang mit den Patienten stellt Herr Kaya aber keinen Unterschied zwischen älteren und jüngeren Pflegekräften fest. Aus seiner Sicht ist es eine Frage der Empathie:

Ich glaub' das is so, so 'ne Empathie-Sache. Manchmal klappt es besser, oder manchmal klappt es nich. Oder man=entweder man hat's drauf, oder man hat's nich drauf. Un dann is das egal, ob man jung oder alt is. Also, die Erfahrung habe ich gemacht, na? (Herr Kaya: 155)

Nicht die Dauer der Berufszugehörigkeit würde unterschiedliche Verhaltensweisen im Umgang mit den Patienten hervorrufen, sondern die Empathie, ein Aspekt der sozialen Kompetenz.

Die thematisierten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen betreffen sowohl die Arbeitsweise als auch die Kommunikation mit den Patienten. Es zeigt sich aber kein einheitliches Bild. Sowohl auf Seiten der „älteren“ Pflegekräfte als auch auf Seiten der „jüngeren“ Pflegekräfte werden unterschiedliche Arbeitsweisen angesprochen. Vereinzelt werden diese Unterschiede als Hinweis auf ein neues berufliches Selbstverständnis gedeutet, andere Pflegekräfte aber sehen Merkmale wie persönliche Kompetenzen oder den Aspekt der Berufserfahrung als ursächlich für die verschiedenen Arbeitsweisen.

Idealtypus Pflegekraft

Die Frage nach den Eigenschaften einer „guten“ Pflegekraft zielt darauf ab, die Aspekte zu ermitteln, die aus Sicht der befragten Pflegekräfte wichtig für die Ausübung des Pflegeberufs sind. Diese können als „positiver Horizont“⁹³ in Bezug auf den Orientierungsrahmen pflegerischen Handelns gesehen werden. Übereinstimmung herrscht bei den Befragten hinsichtlich der hohen Bedeutung der sozialen Kompetenzen. In den Interviews lassen sich verschiedene Ausrichtungen identifizieren: zum einen im Hinblick auf die Patienten, zum anderen in Bezug auf die Teamfähigkeit und zuletzt in Bezug auf sich selbst. Im Umgang mit den Patienten ist Empathie ein zentrales Stichwort. Eine gute Pflegekraft zeichnet sich Herrn Schreiner zufolge aus durch:

Also ganz viel Empathie und dann, ja, so diese, diese Schlüsselqualifikation also sozial ganz, ganz, ganz wichtig. Also zugewandt, aufmerksam, freundlich (Herr Schreiner: 182)

⁹³ Dieser Begriff wird in der dokumentarischen Methode verwendet, um im Rahmen der reflektierenden Interpretation den Orientierungsrahmen zu identifizieren. Es geht um die Frage, auf „welches Ideal eine Sinnlichkeit hinstrebt (positiver Horizont), wodurch diese Ausrichtung beschränkt wird oder von welchen (negativen) Ideal die Sinnlichkeit wegstrebt (negativer Horizont).“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 302).

Dieses Zitat zeigt, dass soziale Qualifikationen für Herrn Schreiner unabdingbar sind. Empathie, Freundlichkeit, Zugewandtheit und Aufmerksamkeit werden als zentrale Eigenschaften gesehen, die eine Pflegekraft mitbringen sollte. Frau Weber erläutert im folgenden Zitat ihre Auffassung von Empathie:

Also, man hört ja immer wieder dieses Wort "Empathie". Also, ich glaube, dass es einfach ganz, ganz wichtig ist, sich wirklich in die Situation des Patienten auch hinein zu versetzen, und sich da hinein versetzen zu können [...] zu verstehen geben, dass man das schon irgendwo nachvollziehen kann, wie er ist, so [...] und halt dieses Einfühlungs-vermögen zeigen [...] Also, dieses Respektvolle Verhalten Patienten gegenüber, jeder anders [...] Und ich denke, man sollte die Leute halt immer so behandeln, wie man selber auch behandelt werden möchte. Na, es ist einfach so, das Wichtigste, find' ich (Frau Weber: 158)

Empathie bedeute, dass sich die Pflegekraft in die individuelle Situation der Patienten hineinversetzen und damit die Perspektive der Patienten übernehmen kann. Darüber hinaus findet die Befragte einen respektvollen Umgang mit den Patienten sehr wichtig. Handlungsorientierend ist für sie die Prämisse, dass man als Pflegekraft die Patienten so behandeln sollte, wie man selber auch behandelt werden möchte.

Einen etwas anderen Aspekt beleuchten Frau Lange und Frau Krause. Beide betonen die zentrale Bedeutung der Wahrnehmung der Patienten als Individuen. Für Frau Lange ist es wichtig, den Patienten in seiner Individualität wahrzunehmen und nicht als einen von vielen Fällen. Eine gute Pflegekraft:

N Blick auf den Patienten zu haben, seine Wünsche ernst zu nehmen. Eben auch zu sehen, ja, man selber hat ja 'ne Routine, ne? Ich hab jetzt, weiß nich, Tausende von diesen OP's betreut so über die ganzen Jahre. Aber der Patient ist ja immer wieder 'n neuer. Also, ne, den wirklich=für mich ist immer noch den wahrzunehmen, irgendwie, bestmöglich Anleitung zu geben, dass er eben die paar Tage da gut, ihm dann eben natürlich auch Angst zu nehmen vielleicht oder (Frau Lange: 237)

Hier wird eine Orientierung auf die Patienten propagiert, die die individuellen Eigenheiten der Patienten in den Mittelpunkt stellt. Trotz aller Routine, die sie als Pflegekraft im Laufe der Jahre gewonnen hat, ist es für Frau Lange von großer Bedeutung, die Patienten in ihrer Individualität wahrzunehmen und während des Krankenhausaufenthaltes zu begleiten. Frau Krause nimmt einen weiteren Aspekt in den Blick und konstatiert, dass es wichtig ist, den Patienten als „ganzen Mensch“ wahrzunehmen:

Dass das eben auch noch dazu gehört, dass man das alles zusammen sieht. Und nicht nur so kranker Patient, sondern den ganzen Menschen. (Frau Krause: 194ff.)

Die Patienten – so die Befragte – sollen nicht nur auf ihre Krankheit reduziert werden, sondern ganzheitlich betrachtet werden. In beiden Zitaten wird eine Abgrenzung

von einer rein funktional ausgerichteten Pflege und Medizin sichtbar, aus Sicht von Frau Lange und Frau Krause ist eine ganzheitliche Orientierung auf die Patienten ein zentraler Faktor für eine „gute“ Pflegekraft.

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Kollegen werden Kollegialität und Teamfähigkeit von verschiedenen Interviewten als zentrale Eigenschaften genannt. Beispielfür hierfür ein Ausschnitt aus dem Interview von Herrn Schreiner. Wichtig für den Beruf der Pflege sei:

das auf die Reihe kriegen eben, dass man ja im Team sich eben auch noch mal sozial praktisch darstellen, behaupten muss [...] das is 'n Team-Beruf [...] Also, wenn man sozial kompatibel is im Team (Herr Schreiner: 182)

Hervorgehoben wird die hohe Bedeutung des Teams in der Krankenpflege. Es sei zentral als Pflegekraft, sich in ein Team zu integrieren, „sozial kompatibel“ zu sein. Zudem betont er den Aspekt, dass man sich als Pflegekraft auch behaupten müsse. Letzteres ist auch aus Sicht von Herrn Kurtz eine wichtige Eigenschaft als Pflegekraft. In Bezug auf die Teamarbeit sei eine gesunde Distanz nötig. Als Pflegekraft solle man

nicht zu allem Ja und Amen sagen, weil, wenn man das macht, dann hat man nämlich, nämlich den, dann is es nämlich nachher so, dass man alleine auf 'ner Station mit vierzig Patienten ist, wenn man zu allem Ja und Amen sagt, und sich über nichts aufregt. (Herr Kurtz: 214)

Herr Kurtz spricht hier aus seiner Erfahrung als Zeitarbeitskraft. Hier wird eine professionelle Abgrenzung als Pflegekraft thematisiert. Als Pflegekraft sei es – auch im Umgang mit Kollegen – zentral, seine Grenzen zu wahren und nicht allen Anforderungen, die an einen herangetragen werden, auch nachzukommen. Herr Kurtz spricht mit der Fähigkeit zur Abgrenzung einen Aspekt an, der auch in weiteren Interviews als zentrale soziale Kompetenz in der Arbeit als Pflegekraft thematisiert wird. Vor allem die Gruppe der Pflegekräfte, die schon länger in der Pflege tätig sind, betont diesen Aspekt. Herr Becker konstatiert, dass eine gesunde Distanz zwischen dem eigenen Leben und dem Leben der Patienten wichtig sei:

Dass man es lernt, sich auch abgrenzen zu können. Dass es 'n Unterschied gibt, zwischen dem eigenen Leben und dem Leben der anderen Patienten. Das man das zum Beispiel auch nich mit nach Hause trägt regelmäßig, ne? (Herr Becker: 247)

Für eine Pflegekraft sei es wichtig, sich von den Schicksalen der Patienten abgrenzen zu können und die beruflichen Belastungen nicht mit in den privaten Bereich zu nehmen. Frau Krause spricht im folgenden Interviewausschnitt die Balance an, die hierfür erforderlich sei. Die Patienten in ihrer jeweiligen Situation durch Zuwendung

zu unterstützen, dabei aber die professionelle Distanz zu wahren, ist für sie zentral an ihrer Tätigkeit als Krankenschwester:

Es is mein Patient, wo ich dann eben das tun muss, was ich kann und das muss ich gut tun. Distanz bewahren, aber eben auch immer ja, aufgeschlossen sein, auch zuhören können, und bereit sein einfach durch Zuhören eben auch irgendwie für ihn Ventil irgendwie zu sein, nicht? Dass er da durch die Last, die er da im Moment trägt, entlastet wird. (Frau Krause: 194)

Das Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten sollte sich den Interviewten zufolge in einem gewissen Rahmen bewegen. Frau Lange sagt, dass sie im Laufe der Zeit gelernt hat, Forderungen der Patienten abzuweisen, die sie als „unverhältnismäßig“ wahrnimmt:

Aber dass man eben auch da vielleicht eben dann kritisch im Gespräch is oder so. Also ich hab auch kein Problem, das Patienten dann zu sagen; jedenfalls inzwischen. Früher hat man ja auch eher noch gesagt, okay, dann macht man das eben noch um Ruhe zu haben oder so, ne [...] Eben auch 'm Patienten, der vielleicht unverhältnismäßig was fordert [...] Aber ich finde, da hab ich auch das Recht das zu sagen, dass es so vielleicht nich okay is oder so. (Frau Lange: 253)

Im Vergleich zu früher würde es ihr jetzt leichter fallen, in den Konflikt zu gehen und nicht allen Forderungen, die die Patienten an sie stellen würden, nachzukommen. Hier wird die Fähigkeit zur Abgrenzung in einen Zusammenhang mit der Berufserfahrung gestellt.

Als weitere zentrale Eigenschaft für die Tätigkeit für den Pflegeberuf nennt Herr Becker die hohe Belastbarkeit:

Also, 'ne gute Belastbarkeit. Sowohl körperlich, als auch psychisch, um einfach mit kranken Menschen arbeiten zu können. Aber halt auch körperlich, dass man kräftig genug is und belastbar, auch mal Patienten vom Boden aufzuheben, oder regelmäßig hoch zu helfen, zu lagern. Dass man mit Stresssituationen umgehen kann [...] Man muss wirklich Lust haben, diesen Beruf zu ergreifen. Weil der is so anspruchsvoll, verlangt zu viel, um das nur so als Job zu machen. (Herr Becker: 247)

Aus seiner Sicht zeichnet sich der Pflegeberuf dadurch aus, dass sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht hohe Anforderungen an die Pflegekräfte gestellt werden. Für den Beruf sei daher ein „großes Maß an, einerseits persönlicher Stärke, als auch an körperlicher Belastbarkeit nötig“ (Herr Becker: 247). Die Bereitschaft, diese hohen Belastungen in Kauf zu nehmen sind für Herrn Becker ein Argument dafür, dass es eine besondere Motivation für den Pflegeberuf braucht. Der Beruf sei zu anspruchsvoll, um ihn „nur als Job“ zu verstehen.

Nicht nur sozialen Kompetenzen wird ein zentraler Stellenwert zugesprochen, auch fachliche und organisatorische Kompetenzen sind den Interviewten zufolge wichtig

für die Ausübung des Pflegeberufs. Für Frau Christiansen zeichnet sich eine „gute Krankenschwester“ z. B. dadurch aus, dass sie eine gute Beobachtungsgabe hat und ihr erlerntes Wissen anwenden kann, nicht nur im praktischen, auch in Bezug auf theoretische Argumentationen, z. B. im Zusammenhang mit anderen Berufsgruppen:

Also, für mich macht 'ne gute Krankenschwester aus, wenn sie 'ne gute Krankenbeobachtung machen kann. Also, wenn sie wirklich das, was sie gelernt hat, auch gut umsetzen kann. Auch damit argumentieren kann. (Frau Christiansen: 107)

Hier wird eine wissensbasierte Pflege propagiert, dass, was in der Theorie gelernt wurde, sollte in der Praxis umgesetzt werden. Zudem sollte genug Wissen vorhanden sein, um die eigenen Vorstellungen von Pflege auch umsetzen zu können. Für Frau Krause ist es zentral, dass eine Pflegekraft einen guten Überblick über die verschiedensten Situationen behält. Dazu gehöre auch eine strukturierte Arbeitsweise und die Fähigkeit zu priorisieren. Die „ideale“ Pflegekraft

sieht, wenn sie ins Zimmer kommt, was sie tun soll und arbeitet strukturiert da ihre Arbeit ab, und nich irgendwie so planlos, dass sie sich völlig verfranst und denn nachher nich mehr weiß, wie schaff' ich das bloß alles? Kann auch irgendwie Prioritäten setzen, dass sie sagt, "so, das is jetzt im Moment, das kann ich einfach wegstreichen", das is ja auch immer wichtig zu sehen. (Frau Krause: 195ff.)

Die Arbeitssituation in der Pflege erfordert Frau Krause zufolge die Fähigkeit, zwischen wichtigen und unwichtigen Tätigkeiten zu unterscheiden und dementsprechend zu handeln.

In den Aussagen in Bezug auf den positiven Orientierungsrahmen („ideale Pflegekraft“) zeigen sich geringe Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Sowohl ältere als auch jüngere Pflegekräfte betonen besonders den Beziehungsaspekt, indem vor allem soziale Kompetenzen als zentral für die Ausübung des Pflegeberufs gesehen werden. Als positiver Horizont werden Eigenschaften wie Empathie und Zugewandtheit zu den Patienten genannt, aber auch die Wichtigkeit einer professionellen Distanz wird betont. Neben den sozialen Kompetenzen werden insbesondere die fachlichen Kompetenzen als wichtig erachtet. Eine „ideale Pflegekraft“ sollte ihr erworbenes Fachwissen situationsgerecht anwenden können.

Gute Pflege

Nach der Ausarbeitung der normativen Bezugspunkte im Hinblick auf die Eigenschaften, die als wichtig für den Pflegeberuf angesehen werden, werden im Folgenden die Bezugspunkte für eine „gute“ Pflege rekonstruiert. Es sind zum einen Aspekte, die als zentrale Merkmale für die Qualität der Patientenversorgung gesehen werden können. Zum anderen können sie als Maßstab für das eigene pflegerische Han-

deln gesehen werden. Die Interviews zeigen, dass eine Grundlage für gute Pflege die Orientierung an theoretischen Bezugspunkten ist. Aus Sicht von Herrn Kaya ist die Anwendung von Wissen ein wichtiger Qualitätsaspekt:

Man lernt so viel. Es gibt so viele Bücher über Pflege, was man wann machen soll. Es gibt Studiengänge, oder jetzt Professuren, Pflege kann man studieren und so weiter. Dementsprechend muss das auch gemacht werden, was gelehrt wird. Das ist für mich dann gute Pflege. (Herr Kaya: 193)

Die pflegerische Tätigkeit wird in diesem Interviewausschnitt in Bezug zu pflegetheoretischen Erkenntnissen und ausbildungsspezifischen Inhalten gesetzt. Diese im pflegerischen Alltag anwenden und umsetzen zu können, bedeutet für Herrn Kaya gute Pflege. In der Akademisierung der Pflege sieht er eine Grundlage für eine wissensbasierte, qualitativ hochwertige Pflege. Hier wird eine Abgrenzung zum ärztlichen Wissensbereich sichtbar: Pflege als eigenständiger Wissensbereich mit eigenen Inhalten und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Auch Frau Schumacher beruft sich als Orientierungspunkt für gute Pflege auf theoretische Grundlagen:

das ich dann mit 'm guten Gewissen nach Hause gehen kann und sag' so, "heute hab' ich so gearbeitet, wie ich das gelernt hab'." wie 's eigentlich sein sollte. (Frau Schumacher: 132)

Sie ist eine von den „jüngeren“ Pflegekräften im Sample und arbeitet auf einer internistischen Privatstation in einem Krankenhaus in freigemeinnütziger Trägerschaft. Sie thematisiert in diesem Interviewausschnitt den Bezug zur Ausbildung. Das hier erworbene Wissen in die Praxis umzusetzen zu können, ist für Frau Schumacher ein zentraler Maßstab für gutes Arbeiten. Darüber hinaus ist es für sie auch ein wichtiger Faktor für ihre eigene Arbeitszufriedenheit. Interessant ist, dass die Ausrichtung auf pflegetheoretische Grundlagen von „jüngeren“ Pflegekräften etwas stärker thematisiert wird als von „älteren“ Pflegekräften.

Neben theoretischen Bezugspunkten benennen die Interviewten verschiedene Aspekte in der Pflegepraxis, die als zentral für eine qualitativ hochwertige Pflege angesehen werden. Über eine gute Grundversorgung mit Rücksicht auf die körperlichen Belange und die Überwachung der medizinischen Versorgung (z. B. die Medikamenteneinnahme) hinaus sind für Frau Lange ein ruhiges Genesungsumfeld und die Aufklärung über anstehende Untersuchungen zentrale Faktoren für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung:

die, sag ich mal gute Grundversorgung. Dass ich auf seine körperlichen Belange da Rücksicht nehme. Klar, natürlich dass er auch korrekt seine Medikamente bekommt. Aber dass ich ihn da auch beraten kann. Dass ich ihn auch gut informieren

kann über vielleicht anstehende Untersuchungen noch oder so, ne? Dass er vielleicht auch 'n ruhiges Umfeld hat. (Frau Lange: 253)

Auffallend häufig wird von den Interviewten der Faktor Zeit als zentrales Element für die Qualität der Patientenversorgung genannt:

Aber ich finde immer, wenn ich wirklich den Patienten in meiner Schicht gerecht werden kann, das heißt, ganz banal mal gesagt, ich kann morgens in Ruhe den pflegen. So wie sich das gehört. Auch dementsprechend orientiert. Das heißt, ich kann mir Zeit nehmen, wenn er sich nicht alleine die Zähne putzen kann, dass ich ihn unterstützen kann. Das bedeutet ja Zeit. Dass ich mit ihm Waschraining hab, dass sie ihn einfach=ich mein' bei uns in der Reha, is ja viel wieder, dass man das Eigene wieder fördert. Dass ich dementsprechend das in Ruhe mit denen durchziehen kann. Und das, wie gesagt, ich auch in Ruhe mit ihm arbeiten kann, und ihm auch die Zuwendung geben kann. (Frau Christiansen: 111)

Frau Christiansen nennt auf die Frage, was für sie zu einer guten Patientenversorgung gehört, als erstes den Faktor, genügend Zeit für die Patientenversorgung zu haben. Zum einen im Hinblick auf die Zeit, die sie für die erforderlichen pflegerischen Tätigkeiten benötigt. Zum anderen spricht sie den Faktor einer aktivierenden Pflege an. Es sei wichtig, Zeit für die Förderung und Wiederherstellung der Ressourcen des jeweiligen Patienten zu haben und sie dabei zu unterstützen, Tätigkeiten wieder eigenständig durchführen zu können. Besonders im Bereich der Rehabilitation sei dies ein zentraler Aspekt.

Für Herrn Becker ist der Faktor Zeit im Hinblick auf den Genesungsprozess zentral:

also, dass die Patienten die Möglichkeit haben, ich find' auch, in Ruhe zu genesen, wenn's noch möglich is. Zu mindestens die Lebensqualität, ist ja grade in der Onkologie, dass die Patienten also ausreichend Zeit haben, und die Gelegenheit haben, also auch die Unterstützung bekommen von den Ärzten, vom Pflegepersonal, von Seelsorgern, Psychologen, sich zu erholen. Also dass die entlassen werden, und dass die Lebensqualität gesteigert is. (Herr Becker: 255)

Die Besonderheit einer onkologischen Station erfordere auch in einem besonderen Maß ein Umfeld, in dem die Patienten entweder genesen können oder zumindest die Lebensqualität gesteigert werden kann. Hierfür sei auch die Unterstützung von verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus nötig. Die Pflege übernimmt im Hinblick auf die Kommunikation und Interaktion mit den Patienten aus seiner Sicht eine besondere Rolle:

Dazu gehört einfach auch, dass einfach Zeit is. Zeit für Visiten, für Gespräche, Zeit für, was häufig is, die Nachbesprechung der Visite mit den Pflegenden. Weil viele Patienten denken dann nach, nach der Visite, über die Gespräche und fragen dann das Pflegepersonal. Entweder hinterfragen sie Medikamente, oder, "was der Arzt gesagt?" Oder, "was sind das für Untersuchungen?" Oder, "wie war das gemeint",

ne? Dass genug Zeit auch für so aufklärerische Gespräche is, ne? (Herr Becker: 255)

Auch im Hinblick auf die Kommunikation wird die hohe Bedeutung des Zeitfaktors angesprochen. Die Pflegekräfte würden oftmals gerade nach der Visite von den Patienten angesprochen werden, weil verschiedene Fragen offen geblieben sind. Um diesem Gesprächsbedarf nachkommen zu können, brauche es Zeit. Ein weiterer Bezugspunkt für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist für Herrn Becker eine – dem Leitbild des Krankenhauses entsprechende – ganzheitliche Pflegeausrichtung:

Aber auch dass wir die Patienten ganzheitlich pflegen können, was ja auch im Leitbild steht. Dazu gehört aber auch, dass Patienten wenn sie wollen, dass die Angehörigen mit einbezogen werden können, und dass Zeit is für Gespräche. Dass so 'ne gewisse Vertrautheit so auf beiden Seiten entstehen kann. Von Seiten des Krankenhauspersonals, von Seiten der Patienten und Angehörigen [...] Und ich denke dass, wenn dafür ausreichend Zeit is, kann auch die Diagnostik und die Therapie gut abgestimmt werden, auf die Bedürfnisse. (Herr Becker: 255)

Für die Qualität der Patientenversorgung sei es wichtig, eine auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmte Diagnostik und Therapie anzubieten. Um die hierfür benötigte vertrauensvolle Basis zwischen dem Krankenhauspersonal und den Patienten und ihren Angehörigen zu schaffen, ist es Herrn Becker zufolge wichtig, genügend Zeit für Gespräche zu haben. Auch in diesem Zusammenhang betont Herr Becker die hohe Bedeutung der Interaktion und Kommunikation mit den Patienten und auch mit den Angehörigen.

Besonders hervorgehoben wird in verschiedenen Interviews die wichtige Rolle der personellen Ausstattung. Auch sie wird als zentrales Merkmal für eine gute Patientenversorgung gesehen. Frau Lange thematisiert – wie Frau Christiansen in Kap. 5.2.1 – diesen Aspekt im Zusammenhang mit den Anforderungen, die aus ihrer Sicht im Zuge der Veränderungsprozesse im Krankenhaus an sie als Pflegekraft gestellt werden:

und wenn sie 'ne gute, oder 'ne verbesserte Versorgung wollen, oder dass das auch alles im Grunde ja zügig geht, und wieder zügig abgewickelt wird, musst du aber auch Fachpersonal haben, ne? [...] Und nich auch Leute, die dann immer hin und her springen oder, ne? Dass ich eben mal hier aushelfe und mal da aushelfe. Da is ja wieder dieselbe Situation. (Frau Lange: 271ff.)

Unter den neuen Anforderungen – im speziellen die Beschleunigung der Prozesse im Krankenhaus – könne man nur mit genügend Fachpersonal eine qualitativ hochwertige Versorgung erreichen. Frau Lange setzt hier die gestiegenen Anforderungen in Beziehung mit dem Aspekt der Qualifikation der Pflegekräfte. Der kurzfristige Ein-

satz von Personal, das in verschiedenen Bereichen als Aushilfskraft fungiert, ist ihrer Meinung nach nicht geeignet, um eine hochwertige Patientenversorgung aufrecht zu erhalten. Herr Schreiner stimmt mit dieser Einschätzung überein und betont vor allem den Aspekt der Einarbeitung. Zentral für eine gute Patientenversorgung sei „Eingearbeitetes Personal, Stammpersonal“ (Herr Schreiner: 195).⁹⁴

Insgesamt zeigen die Interviews, dass die Pflegekräfte als zentrale Parameter für die Versorgungsqualität das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten, in pflegfachlicher, aber auch in kommunikativer Hinsicht ansehen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere der Faktor Zeit betont, der für eine qualitativ hochwertige Pflege aus Sicht der Pflegekräfte zentral ist. Zeit, um die erforderlichen pflegerischen Tätigkeiten in Ruhe durchführen zu können, Zeit, um in Ruhe zu genesen, Zeit für Gespräche, mit den Patienten, aber auch mit Angehörigen. Um dieses im pflegerischen Alltag umsetzen zu können, gerade auch im Hinblick auf die gestiegene Komplexität in der Patientenversorgung, ist es aus Sicht verschiedener Pflegekräfte unabdingbar, genügend qualifiziertes und eingearbeitetes Fachpersonal zu haben. Die Ausrichtung auf fachliche Kompetenzen, auch in Bezug auf pflegetheoretische Grundlagen, wird von „jüngeren“ Pflegekräften etwas stärker thematisiert als von „älteren“ Pflegekräften, ansonsten zeigen sich wenig Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen.

5.3.2 Berufliches Selbstverständnis und ökonomische Prinzipien

Die Aussagen zum beruflichen Selbstverständnis zeichnen sich vor allem durch ihre hohe Patientenorientierung aus, ökonomische Prinzipien scheinen – zumindest in normativer Hinsicht – kaum eine Rolle zu spielen. Das bedeutet jedoch nicht, dass die ökonomisch orientierte Neuausrichtung in den Krankenhäusern kein Thema auf der Ebene der interviewten Pflegekräfte ist. Viele der Befragten nehmen einen zentralen Wandel in der normativen Ausrichtung innerhalb der Krankenhäuser wahr. Wie die Pflegekräfte sich zu diesem Wandel positionieren, ob sich Hinweise auf eine Übernahme ökonomischer Prinzipien in das berufliche Selbstverständnis finden lassen, ist Gegenstand dieses Kapitels. Im Folgenden wird zunächst am Beispiel von Ökonomisierungstendenzen in der Organisation der Pflegearbeit rekonstruiert, wie diese aus Sicht einiger Pflegekräfte bewertet werden. Im Anschluss daran wird die Sichtweise der Interviewten zur Neuorientierung der Krankenhäuser an ökonomischen Prinzipien illustriert.

⁹⁴ Vgl. auch [Kap. 5.2.1](#)

Ökonomisierungstendenzen in der Pflegeorganisation

Thema der folgenden Sequenzen sind Veränderungen im Pflegeorganisationssystem. Einige Interviewte nehmen hier einen Wandel wahr, der charakterisiert ist durch eine Abkehr von einer eher ganzheitlichen orientierten Pflege. Die folgende Beispielsequenz aus dem Interview mit Frau Lange beschreibt die Pläne, in ihrem Krankenhaus eine modifizierte Form des Primary Nursing Systems einzuführen. Sie beschreibt zunächst, wie das neue Organisationssystem konzipiert ist:

das super Optimale is, du betreust über mehrere Tage eben eine Patientengruppe, oder der Patient soll möglichst von einer Pflegeperson über seinen Krankenhausaufenthalt begleitet werden. Natürlich hast du ja auch mal frei, ne? Dann gibt es so eine zugeordnete Schwester [...] und dann soll das im Grunde, es soll dann sein, dass du quasi die ganze Organisation machst für den Patienten [...] Und eigentlich wollen die wohl auch noch wieder so KPHs, also diese Pflegehelferstellen irgendwie angeblich schaffen [...] Du machst die ganze Orga quasi, und die KPHs gehen entweder waschen und machen so diese Daddel-Helferleinarbeiten. Was wir echt total blöd finden. (Frau Lange: 128)

Die Interviewte berichtet hier von einer Neuaufteilung der Pflegearbeit in organisatorische und nicht organisatorische Tätigkeiten. Die Primary Nurse ist demzufolge während des gesamten Krankenhausaufenthaltes zuständig für organisatorische Prozesse rund um die Versorgung des jeweiligen Patienten, während ihrer freien Zeit übernimmt eine ihr zugeordnete Pflegekraft (Associated Nurse). Geplant sei darüber hinaus, dass die grundpflegerischen Tätigkeiten wie z. B. das Waschen der Patienten von – kostengünstigeren – Pflegehelferinnen übernommen werden sollen. Frau Lange macht in dieser Sequenz deutlich, dass sie und ihre Kolleginnen die Planungen nicht befürworten würden, da diese Fragmentierung im Widerspruch zu ihrem ganzheitlichen Pflegeverständnis stehen würde:

Na ja, jahrelang werd ich drauf gepolt, den Patient als Ganzes zu sehen, von der Aufnahme her. Dann gehört für mich auch dazu, dass ich ihn wasche, wenn es nötig is. Und das ich alles mit ihm mache, dass ich ihn auch auf'n Pott setze oder solche Sachen. Das sind auch noch mal Punkte, wo ich mit ihm kommunizieren kann. (Frau Lange: 160)

Grundpflegerische Tätigkeiten wie z. B. Waschen und Unterstützung bei Toiletten-gängen gehören für sie dazu und bieten eine Möglichkeit zur Kommunikation mit den Patienten. Sie empfindet diese Form des Primary Nursing als eine Abkehr von der lange propagierten ganzheitlichen Patientenorientierung. Stattdessen würden Elemente auftauchen, die sie aus der Funktionspflege kennen würde:

Aber das basiert grundsätzlich auf diesem System eh, wieder auf so 'nem Wertesystem [...] als ich gelernt hab, gab's ja auch viele Krankenpflegehelferinnen so, ne? Es gibt eben die Schwestern, die machen die oberen Arbeiten, dann gibt es welche,

die machen die niederen Arbeiten, so nach dem Motto, ne? Also für uns alle ist das ein völliger Rückschritt. Dann geht's ja stückweise Ende der Achtziger aufwärts, dass man eben nicht mehr: einer rennt durch mit Blutdruck messen, einer rennt durch mit Temperatur oder so. Sondern, dass du das einfach aufgeteilt hast, dass das viel günstiger war, das in Gruppen zu machen. (Frau Lange: 140)

Frau Lange hat zu Zeiten ihrer Ausbildung zur Krankenschwester die Funktionspflege kennengelernt, in der die Pflegearbeit nach einzelnen Tätigkeiten aufgeteilt wurde und eine Pflegekraft diese Tätigkeit, z. B. Blutdruckmessen, bei allen Patienten durchgeführt hat. Diese Form der Fragmentierung der Pflegearbeit ging ihrer Ansicht nach einher mit einer Hierarchisierung der Pflegetätigkeiten. Ende der 1980er Jahre sei die Funktionspflege dann schrittweise von der Bereichspflege abgelöst worden, was Frau Lange als Fortschritt bewertet. In den neuen Ideen zum Primary Nursing System sieht sie eine erneute Funktionalisierung und Hierarchisierung der Pflegearbeit, die ihrem Verständnis von Pflege nicht entsprechen würde. Die Ökonomisierungstendenzen zeigen sich hier in der modifizierten Form des Primary Nursing, bei der bestimmte Aspekte von geringer qualifiziertem und dementsprechend auch geringer entlohntem Personal übernommen werden sollen. Die ursprüngliche Konzeption des Primary Nursing Systems sieht vor, dass eine Pflegekraft die vollständige Versorgung der ihr zugeordneten Patienten übernimmt, von der Planung bis zur Durchführung pflegerischer Maßnahmen ([vgl. Kap. 3.2.2](#)).

Auch Frau Schmitz nimmt eine Tendenz zur Abkehr von der ganzheitlichen Pflege wahr:

man hat 'ne Stationsassistentin, man hat eine für die Küche, das ist ja alles gut und schön, man hat die Leute zum Waschen, aber dieses, was man eigentlich machen wollte, dieses individuelle Pflegen, diese umfassende, im Grunde genommen geht man davon zurück. Und dadurch eh, ist die Kommunikation einfach nicht mehr gegeben, und dadurch geht auch glaub ich Vieles verloren. Auch sogar im Team, die Weitergabe. (Frau Schmitz: 103)

Diese Aussagen beziehen sich auf die Neustrukturierung der Aufgaben im Krankenhaus ([vgl. Kap. 5.4.1](#)). Frau Schmitz bewertet die Neuaufteilung der pflegerischen Arbeit, vor allem die Ausgliederung grundpflegerischer Tätigkeiten, im Hinblick auf den ganzheitlichen Aspekt in der Pflege als Rückschritt. Darüber hinaus sieht sie hierin ein Problem für die Kommunikation im Team und befürchtet, dass die Weitergabe von wichtigen Informationen hierdurch verloren gehen könnte.

Die Aussagen zeigen, dass das Konzept der ganzheitlichen Orientierung in der Pflege im Zuge der ökonomisch orientierten Veränderungen an Bedeutung zu verlieren scheint. Im Zusammenhang mit der hier beschriebenen Form des Primary Nursing

und der Neustrukturierung der Pflegearbeit zeichnet sich eine Tendenz zur Funktionalisierung und Hierarchisierung der Pflegearbeit ab, die besonders aus den Reihen der „älteren“ Pflegekräfte kritisch gesehen wird.

„Ökonomische“ Neuorientierung der Krankenhäuser aus Sicht der Pflege

Die verstärkte Neuorientierung der Krankenhäuser an wirtschaftlichen Zielen wird in vielen Interviews thematisiert. Die Befragten nennen verschiedene Aspekte, an denen sie die Neuausrichtung festmachen. So nimmt Frau Schmitz z. B. eine Verschiebung in den zentralen Werten im Krankenhaus wahr:

Unser Krankenhaus war ja eigentlich prädestiniert für die Menschlichkeit, dass der Patient im Mittelpunkt stand. Und das hatte sich irgendwie dann auf einmal gewandelt, die Untersuchungen standen im Mittelpunkt. Das Äußerliche stand im Mittelpunkt. Ne, es wurde ein super Kreißaal hingebaut, wo ich sag ja, wenn man sich das anguckt, ist es bestimmt ausschlaggebend. Aber wenn ich in den Wehen liege, ist es mir egal, ob's die Besenkammer ist. Ich mein', da ist es für mich einfach wichtig, dass die Hebamme vor Ort ist und nicht, dass sie dann drei, vier Kreißsäle, hatte, und kaum anwesend war. Und das hat sich einfach so sehr, es wurde zu sehr wirtschaftlich. (Frau Schmitz: 18)

Früher habe ich gerade ihr Krankenhaus durch eine besondere Aufmerksamkeit auf die Patienten ausgezeichnet, die Menschlichkeit stand im Vordergrund. Dann habe ich aber – ihren Schilderungen zufolge relativ unvermittelt – verändert. Die Aufmerksamkeit würde nicht mehr so sehr auf den Patienten liegen, sondern Untersuchungen und Äußerlichkeiten wären im Mittelpunkt. Am Beispiel des Neubaus von Kreißsälen illustriert sie, wie äußerliche Merkmale aus ihrer Sicht mittlerweile eine höhere Wertigkeit bekommen hätten als die personelle Ausstattung. Dabei spiele es für die Patienten keine Rolle, wie die Räumlichkeiten ausgestattet seien, viel zentraler sei für sie, dass genügend Fachpersonal vor Ort sei. Sie nimmt eine „Verwirtschaftlichung“ wahr, nicht mehr der Patient würde im Mittelpunkt des Geschehens stehen würde, sondern die wirtschaftlichen Interessen:

ich hab nicht mehr das Gefühl, dass der Patient mit der Pflege, mit seinen Sorgen, mit seinen Nöten, mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, sondern wirklich nur noch die Untersuchung, wie kann ich Geld mit ihm machen. (Frau Schmitz: 103)

In dem Interview mit Frau Schmitz ist dieser beschriebene Wandel ein Thema, das häufiger auftaucht. Sie stellt mehrfach fest, dass der Fokus nicht mehr auf der Versorgung der Patienten liegen würde, vielmehr sei von Interesse, wie sich mit der Patientenbehandlung Geld verdienen lasse. Auf die Frage, was sie sich wünschen würde, antwortet sie:

ich würde mir im Grunde genommen wünschen, dass die im Grunde genommen wieder so 'n bisschen zurück zu den alten Wurzeln gehen. Also, ich kann's nur für unser Krankenhaus war eigentlich immer so, dass der Patient im Mittelpunkt steht und seine Bedürfnisse. Und ich find, da sollten sie wieder zurück hingehen. Das is glaub ich was, weswegen viele Leute in dieses Haus gekommen sind. Und das war auch der Grund, warum ich die Ausbildung da gemacht hab. Und ich glaube, da sollte man wieder so 'n bisschen näher hin. (Frau Schmitz: 209)

In diesem Zitat positioniert sich Frau Schmitz deutlich gegen die von ihr konstatierte Werteverchiebung im Krankenhaus. Sie plädiert dafür, zu den „alten“ Werten zurückzukehren und die Patienten wieder in den Mittelpunkt zu stellen. Dies sei auch der Grund gewesen, weshalb sie ihre Ausbildung in diesem Krankenhaus gemacht habe. Die Ablehnung der „Verwirtschaftlichung“ in den Krankenhäusern ist nicht nur Thema bei Frau Schmitz. Auch andere Interviewte positionieren sich relativ deutlich gegen die derzeitige Form, mit der die Wirtschaftlichkeit in den Krankenhäusern erhöht werden soll. Vor allem die Gewinnorientierung steht in der Kritik:

ich denk mal das liegt daran dass die Führungskräfte denken, dass das Gesundheitssystem, dass man damit Kapital machen kann. Dass man damit Geld machen, dass es nur noch, nur 'n Geschäft ist um Geld zu machen. Darum geht's. Es wird überall eingespart, eingespart, aber und man sieht ja richtig, dass es an den komplett falschen Stellen gespart wird. Und die Leute, die das planen, die wahrscheinlich jahrelang keine Station von innen gesehen. (Herr Kurtz: 136)

Das Ziel der Gewinnorientierung wird hier eindeutig der Führungsebene zugesprochen. Die Führungskräfte, so Herr Kurtz, würden das Gesundheitssystem mittlerweile als einen Bereich ansehen, mit dem sich Geld erwirtschaften lasse. Er konstatiert hier einen Wandel in der zentralen Ausrichtung des Gesundheitssystems, dieses würde nur noch als „Geschäft“ wahrgenommen werden. Die Rationalisierungsmaßnahmen kritisiert Herr Kurtz in der Hinsicht, dass an den falschen Stellen eingespart werden würde. Die Planungsebene würde die Bedingungen auf den Stationen nicht mit einbeziehen. Sie seien dem Management kaum bekannt. In seiner Aussage zeigt sich die Wahrnehmung einer deutlichen Kluft zwischen dem Management und der Basis, die Planungsebene hätte „wahrscheinlich jahrelang keine Station von innen gesehen“. Die Gewinnorientierung wird auch von anderen Interviewten thematisiert:

Aber ich finde halt, man sollte sich nich an der Gesundheit oder an der Krankheit anderer Menschen bereichern. (Frau Duve: 167)

Aber ich mein' 'n Krankenhaus is doch nich da, dass irgendwie Geld gescheffelt wird oder so. Das is 'eigentlich 'n Dienst der plus/minus 0 eigentlich gerechnet werden müsste, nich? (Frau Krause: 156)

Auch hier zeigt sich eine eindeutige Abgrenzung zu einer Gewinnorientierung im Krankenhaus. Die Versorgung kranker und hilfsbedürftiger Menschen dürfe nicht als

Bereich angesehen werden, mit dem sich Gewinn erwirtschaften lässt.

Interessant ist, dass der Aspekt des wirtschaftlichen Arbeitens an sich nicht infrage gestellt wird. Im Gegenteil, im folgenden Zitat führt Frau Krause aus, dass in bestimmten Bereichen die Kostentransparenz fehlen würde und dementsprechend unwirtschaftlich gearbeitet werden würde:

Und ich mein' ich kann ich nur sagen, das muss mehr transparent sein. Dass ich mit den Sachen auch so umgehe, wenn ich weiß, was es kostet, geh' ich mit den Sachen anders um. So mach' ich immer 'ne Molltex mehr rein [...] Und das war damals so dass wir dann sagten eben, "es muss einfach mehr Transparenz rein, was verbrauchen wir, was kosten die Sachen überhaupt?" Wenn man's nicht weiß, is ja, dann kann ich auch nich irgendwo einsparen [...] Und es steht ja kein Preis bei, nich? Und wenn man das nich weiß, was das überhaupt alles kostet. Na ja. Und, was mir noch aufgefallen ist, dass heute auch so eh, viele Sachen im Vergleich nich mehr so transparent sind. Früher wusste man eben auch, was man mit dem Einkaufen, weil man's bestellt hat. Heute sind so alle irgendwie delegiert für irgendwelche Sachen. Der macht das, so als TPA bestell' ich mir Schreibsachen, und der macht die Sondereinkäufe für das. Aber keiner weiß, wenn einer ausfällt wer is überhaupt Ansprechpartner da? Wer macht das? Und was kostet das? Und da fehlt so 'n bisschen die Transparenz. (Frau Krause: 158)

Die Befragte bemängelt in dieser Sequenz die fehlende Transparenz in Bezug auf die Materialkosten. Aus ihrer Sicht sei diese durch Umstellungen im Bestellsystem verschiedener Verbrauchsgüter teilweise sogar gesunken. Dabei ließen sich Einsparungen bei den Verbrauchsgütern leichter realisieren, wenn die Preise bekannt sind. Sowohl Frau Krause als auch Herr Kurtz (s.o.) verweisen auf Einsparungsmöglichkeiten im Krankenhaus. Hier zeigt sich, dass auch auf der Pflegeebene ein Verständnis für wirtschaftliches Arbeiten vorhanden ist. Die tatsächlich stattfindenden Rationalisierungsmaßnahmen würden aber die falschen Bereiche in den Blick nehmen.

Frau Christiansen nimmt unter den interviewten Pflegekräften eine besondere Position ein, indem sie die ökonomisch induzierten Veränderungen in Bezug auf die Personalreduzierung zwar deutlich kritisiert, darüber hinaus aber als Einzige auch positive Aspekte benennt. Die folgenden Interviewausschnitte zeigen, wie sie als Pflegekraft von den Umstrukturierungen profitiert, zumindest in finanzieller Hinsicht:

ich habe, 'ne, relativ gute Bezahlung, im Gegensatz zu anderen Häusern. Weil die natürlich ganz anders wirtschaften können. Das is ja 'n Privathaus. Die können ganz anders wirtschaften. Und die versuchen auch, dementsprechend leistungsorientiert zu bezahlen. Was ich auch sehr schön finde. Also, die haben ganz klar gesagt, klar, haben sie ihr Limit, du kannst natürlich nich sagen, ja, natürlich so und so viel. Das geht natürlich nicht. Aber, sie zahlen also, übertariflich, sag' ich mal. Sie haben 'n klar einen Tarifvertrag wie jedes Haus. Aber sie können sich erlauben, übertariflich zu bezahlen. Das heißt, du kannst mit denen Nebenabreden vereinbaren, und sagen, "hören sie mal zu, ich hab' 'ne Fachweiterbildung. Damit komm' ich. Ich komme

mit meinem ganzen Wissen und versuche dieser Klinik natürlich unter die Arme zu greifen, und auch mein Fachwissen weiter zu geben. (Frau Christiansen: 24)

Sie beschreibt in dieser Sequenz, wie sie durch ihre Zusatzqualifikationen ein überragendes Gehalt aushandeln konnte. Im Gegensatz zu Krankenhäusern, die nicht in privater Trägerschaft seien, hätten die privaten Krankenhäuser mehr finanziellen Spielraum und könnten dementsprechend auch leistungsorientiert bezahlen. Sie ist der Ansicht, dass sich die Pflege in den Veränderungsprozess einschalten sollte und Konzepte entwickelt werden müssten, die zum einen qualitativ hochwertige Pflege sichern, zum anderen aber auch eine entsprechende Bezahlung beinhalten:

Aber ich denke mal, angesichts der Tatsache, dass wir uns so umstellen müssen, dass das 'n Verein ist, der natürlich auch nach Zahlen geht, ganz klar. Bitter, aber es ist halt so. Es geht nach Zahlen, muss man sich dementsprechend auch dahin stellen, sagen, "so, ich mach' ihnen Vorschläge." Wir versuchen das Beste aus dieser Klinik raus zu holen. Das heißt aber auch, dass wir nach einem Konzept arbeiten müssen, dass alle zufrieden sind. Dass eine positiv gute, qualitativ hohe Arbeit hier geleistet wird. Aber dementsprechend müssen wir was da hin stellen, und das Pflegepersonal muss angeleitet werden. Und eben dann kann man das auch machen. Und man muss natürlich, das muss ich ganz klar sagen, auch in meinem Alter, ein zufriedenes Pflegepersonal, das qualitativ hoch arbeitet und motiviert ist, muss man auch dementsprechend bezahlen. Also der Weg über's Geld geht natürlich. Aber das ist natürlich 'n sehr hoher Anreiz. (Frau Christiansen: 22)

In diesem Zitat wird deutlich, dass Frau Christiansen die „Vorherrschaft der Zahlen“ in ihrer Klinik nicht befürwortet, aber als gegeben hinnimmt und versucht, das Beste aus der Situation zu machen. Sie wünscht sich ein aktiveres Vorgehen der Pflege und Konzepte, mit denen sich unter den Bedingungen für alle Beteiligten eine zufriedenstellende Situation ergibt. Die Forderung nach motivierten Pflegekräften und einer qualitativ hochwertigen Pflege sollte eine angemessene finanzielle Anerkennung erfahren. Frau Christiansen zeigt hier eine ambivalente Haltung, indem sie die Neuorientierung auf ökonomische Ziele zum einen kritisiert, zum anderen aber als Chance für die Pflege sieht, über eine qualitativ hochwertige Arbeit auch eine höhere Entlohnung zu fordern.

Insgesamt zeigen die Interviews in Bezug auf die Integration ökonomischer Prinzipien in das berufliche Selbstverständnis der Pflege, dass ökonomische Zielsetzungen durchaus thematisiert werden. Die Interviewten nehmen einen normativen Wandel im Bereich der Gesundheitsversorgung wahr, Gewinnerorientierung und Außendarstellung der Krankenhäuser scheinen zu zentralen Parametern geworden zu sein, während ganzheitliche Pflegekonzepte scheinbar an Bedeutung verlieren. Auffällig ist, dass deutlich differenziert wird zwischen dem Aspekt des wirtschaftlichen Arbeitens – der durchaus befürwortet wird – und dem Aspekt der Überformung der Dienstleis-

tungsorientierung der Krankenhäuser durch eine Gewinnorientierung. Die Notwendigkeit wirtschaftlichen Arbeitens wird nicht infrage gestellt, infrage gestellt werden die Stellen, an denen gespart wird. Insbesondere die Einsparungen im personellen Bereich der Pflege werden kritisiert. Positive Aspekte in Bezug auf die Neuausrichtung im Krankenhaus an ökonomischen Prinzipien werden vereinzelt im Zusammenhang mit der „Vermarktung“ der eigenen Arbeitskraft in Bezug auf die Aushandlung eines höheren Gehaltes thematisiert. Von einer Orientierung auf Gewinne grenzen sich die Pflegekräfte deutlich ab, diese ist aus ihrer Sicht nicht mit ihrem Selbstverständnis der Arbeit mit und am kranken Menschen vereinbar.

5.4 Pflege im Kontext Krankenhaus

Um der Frage nach Statusveränderungen in der beruflichen Pflege nachzugehen, wurde nach der Selbstwahrnehmung der Pflegekräfte in Bezug auf ihre Rolle und ihren Stellenwert gefragt. Die Aussagen hierzu illustrieren, wo sich die Pflegekräfte des Samples im Krankenhaus verorten und wie sie in die Veränderungsprozesse eingebunden sind. Dabei sind es nicht nur die expliziten Aussagen in Bezug auf die Rolle und den Stellenwert, die Hinweise auf einen möglichen Bedeutungsgewinn oder Bedeutungsverlust im Kontext der ökonomisch induzierten Veränderungen geben. Auch die Schilderungen zur Neustrukturierung der Aufgaben im Krankenhaus und der Blick auf das Verhältnis zwischen Pflege und Management lassen Rückschlüsse auf die wahrgenommene Position der Pflege im Krankenhaus zu.

Im Folgenden wird zunächst die Neustrukturierung der Aufgaben im Krankenhaus aus Sicht der interviewten Pflegekräfte dargestellt (Kap. 5.4.1). Es zeigt sich eine vermehrte Übernahme von verschiedenen Tätigkeiten anderer Berufsgruppen im Krankenhaus seitens der Pflege. Um die Pflege ihrerseits zu entlasten, lässt sich sowohl ein verstärkter Einsatz von Pflegehilfspersonal als auch von Zeitarbeitskräften beobachten. Wie diese Entlastungsstrategien von der Pflege bewertet werden, ist Gegenstand des zweiten Abschnittes dieses Kapitels (Kap. 5.4.2). Im Anschluss daran steht das Zusammenspiel zwischen Pflege und Management im Fokus der Analyse. Anhand prägnanter Interviewsequenzen wird illustriert, wie das Verhältnis zwischen praktizierender Pflege und dem Krankenhausmanagement aus Sicht der Pflege wahrgenommen wird (Kap. 5.4.3). Im abschließenden Teil dieses Kapitels werden die Einschätzungen der Pflegekräfte in Bezug auf ihre Rolle und ihren Stellenwert im Krankenhaus rekonstruiert (Kap. 5.4.4).

5.4.1 Neustrukturierung der Pflegearbeit im Krankenhaus

Die interviewten Pflegekräfte berichten in verschiedener Hinsicht von einer Veränderung in ihrem Aufgabenspektrum. In erster Linie sind es Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich, die in den pflegerischen Bereich übergehen. Diese Entwicklung wird ambivalent bewertet. Herr Becker z. B. findet die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten positiv. Er ist der Meinung, dass die pflegerische Arbeit durch die Übernahme von Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich interessanter wird:

Also, positiv is, dass die Arbeit dadurch interessanter wird, wenn's anspruchsvoller wird. Also, wenn man in seiner Kompetenz mehr gefragt is, und wenn man auch Aufgaben übernimmt, die nich nur grundpflegerisch sind, ne?. Was zwar auch anspruchsvoll is, Krankenbeobachtung, und auch die körperpflegerische Versorgung. Aber, wenn das 'ne Mischung is, und man sowohl medizinische Aufgaben, in manchen Bereichen mit betreut, mit übernimmt, diagnostische Aufgaben, als auch so die Grundversorgung. Das find' ich positiv. Es is abwechslungsreicher (Herr Becker: 205)

Als Pflegekraft fühle er sich in seinen Kompetenzen durch die Erweiterung der Pflegetätigkeit um medizinische und diagnostische Aufgaben mehr gefordert. Diese Tätigkeiten bewertet er als anspruchsvoller als grundpflegerische Tätigkeiten, wie z. B. die Krankenbeobachtung und die körperliche Versorgung der Patienten. Auch wenn Herr Becker im Verlauf des Zitates die Bedeutung grundpflegerischer Tätigkeiten betont, scheint die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten mit einer höheren Wertigkeit und Attraktivität verbunden zu sein. Auch Frau Christiansen bewertet die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten positiv. In der folgenden Sequenz spricht sie über die Herausforderungen, die diese Übernahme mit sich bringt:

Während viele ärztliche Tätigkeiten mittlerweile, gehen ja schon in den Pflegebereich über. Was ich persönlich ja sehr angenehm finde. Weil das is für mich ja dann auch eine Herausforderung, sag' ich mal. Und andere finden das nich gut, aber ich finde das gut, weil wie gesagt, ich sehr offen mit solchen Sachen umgehen kann. Ich plädier' aber immer, wenn ich solche Tätigkeiten übernehme, du weißt warum und du stehst dahinter. Also, ich lass mir unterschreiben, ne nicht das irgendwas passiert. (Frau Christiansen: 117)

Die Interviewte betont hier u. a. die rechtliche Seite bei der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten.⁹⁵ Nicht nur das notwendige Hintergrundwissen über die jeweilige Tätigkeit sei wichtig, sondern insbesondere die rechtliche Absicherung durch die Unterschrift der Ärzte. Sie zeigt sich sehr offen diesen Neuerungen gegenüber, beobachtet aber unter Kollegen auch ablehnende Haltungen.

⁹⁵ Für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten von nichtärztlichem Personal bedarf es bestimmter Voraussetzungen, so muss die Tätigkeit seitens der Ärzte delegiert werden ([vgl. Kap. 3.2.2](#))

Dass es im Stationsalltag teilweise zu Problemen im Zusammenhang mit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten kommen kann, illustriert das folgende Zitat von Frau Duve:

Also das merkt man schon, dass einem immer mehr Verantwortung zugeschant wird. Weil die Ärzte, ja, einfach auch noch mehr andere Funktionen, halt mehr nach Außen, mehr Zeit sich nehmen sollen und wir dann halt, ja, dann Tätigkeiten übernehmen müssen. Was ich manchmal grenzwertig finde [...] wir sind halt viel alleine bei Tätigkeiten [...] zum Beispiel wenn die Leute an der Beatmung hängen, und hyperventilieren oder so. Und dann der Arzt sagt, "ja, stell das mal ein, dass das irgendwie besser klappt." So, wo man sich dann denkt so, "hey, ich? So, das musst Du eigentlich machen" oder so, ne? So gibt's halt Situationen. (Frau Duve: 128ff.)

Die geschilderte Situation verweist auf Unsicherheiten in Bezug auf die Aufgaben- und Kompetenzbereiche. Es scheint Unklarheiten darüber zu geben, welche Aufgaben jetzt in den pflegerischen oder in den ärztlichen Bereich fallen. Frau Duve berichtet, dass sie als Pflegekraft im Stationsalltag teilweise Aufgaben übernimmt, die ihrer Ansicht nach eindeutig in den ärztlichen Bereich fallen, wie z. B. die Einstellung eines Beatmungsgerätes. Frau Duve findet es grenzwertig und konstatiert, dass immer mehr Verantwortung in den pflegerischen Bereich abgegeben wird. Der verwendete Begriff „zugeschant“ lässt den Eindruck entstehen, dass es keine offene Diskussion und wenig Mitsprachemöglichkeiten seitens der Pflege über die Neuverteilung der Aufgaben gibt. Als Ursache für die vermehrte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten vermutet Frau Duve eine verstärkte repräsentative Rolle der Ärzte. Diese seien mittlerweile mehr für die Außendarstellung des Krankenhauses zuständig. Als weitere Ursache für die Verschiebung von ärztlichen Tätigkeiten in den pflegerischen Bereich wird in den Interviews eine Arbeitsverdichtung bei den Ärzten festgestellt, vor allem im Bereich der Dokumentation:

Vielleicht auch deswegen, weil Ärzte auch mehr dokumentieren müssen. Also, es ist ja noch mehr, dass die teilweise auch Aufgaben übernehmen müssen, die früher Schreibkräfte übernahmen. Ich denk', das gehört auch mit zur Arbeitsverdichtung, ne? (Herr Becker: 205)

Die Neustrukturierung der Aufgaben im Krankenhaus beschränkt sich demzufolge nicht nur auf die Pflegekräfte, auch auf Seiten des ärztlichen Personals habe eine Umverteilung der Aufgaben stattgefunden bzw. seien andere Funktionen wichtiger geworden. Die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch das Pflegepersonal kann dementsprechend als Entlastungsstrategie für das ärztliche Personal interpretiert werden. Die Haltungen der interviewten Pflegekräfte weisen zum einen darauf hin, dass die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten mit einer Aufwertung der eigenen Rolle im Kontext Krankenhaus in Verbindung gebracht wird. Auf der anderen Seite aber

scheint es sowohl Unsicherheiten über die jeweiligen Verantwortungs- und Kompetenzbereiche als auch über die rechtliche Absicherung zu geben.

Neben einer Verschiebung von Tätigkeiten aus dem ärztlichen Bereich in den Bereich der Pflege berichten die Interviewten auch von einer Übernahme von Aufgaben aus anderen Bereichen des Krankenhauses. Die Aufgaben kommen zum einen aus dem Bereich der Patientenverwaltung:

Dass immer mehr Aufgaben, die früher von anderen Abteilungen übernommen wurden, dass die von der Pflege mit übernommen wurden, durch Einführung der EDV. Dass man 'n Intranet hat, dass man vernetzt is über einen Computer auf der Station. Dass man die Patientenverwaltung mit übernimmt, dass man Patienten aufnimmt auf der Station, dass man das eingibt in den Computer. Dass man Patienten entlässt. (Herr Becker: 203)

Herr Becker schildert in diesem Interviewausschnitt, dass die Pflege immer mehr Aufgaben übernehmen müsse, z. B. die Aufnahme und die Entlassung von Patienten. Vor den Umstrukturierungen wurden diese Tätigkeiten durch eine externe Abteilung durchgeführt, mit der Einführung des Intranets fallen sie jetzt in den pflegerischen Bereich. Frau Christiansen zeigt sich nicht erfreut über die Übernahme von solchen „Sekretärinnen-Aufgaben“:

ich sag' immer, die Sekretärinnen-Aufgaben fallen mittlerweile alle in unseren Bereich. Was ich nich gut finde, weil, wie gesagt, das uns die Zeit raubt, ne? (Frau Christiansen: 121)

Sie kritisiert, dass diese Tätigkeiten der Pflege „Zeit rauben“ würde. Zeit, die sie lieber für die Patienten zur Verfügung hätte. Neben der Übernahme von Verwaltungsaufgaben sind den Interviewten zufolge auch Tätigkeiten aus Funktionsbereichen oder aus anderen Bereichen in den Bereich der Pflege übergegangen:

Es wird auch immer mehr abgeschoben. Blutentnahmen, EKG, wo früher so 'ne EKG-Schwester extra kam, rum ging, muss alles jetzt selbst gemacht werden. Jetzt müssen wir selbst die Transporte zu ebener Erde, wo früher Transport eh, im Haus war, müssen wir auch wieder selbst leisten, nich? Weil den Transport machen meistens Zivis nur noch, früher waren extra Leute irgendwie eingestellt. (Frau Krause: 145)

Früher gab es Frau Krause zufolge extra Personal für Funktionsaufgaben wie z. B. EKG schreiben oder für Transportaufgaben. Mittlerweile müssten die Pflegekräfte diese Aufgaben übernehmen. Frau Krause empfindet die Übernahme von Tätigkeiten aus dem nicht pflegerischen Bereich als „abschieben“. Diese Wortwahl weist darauf hin – ähnlich wie der Begriff „zugeschaut“ von Frau Duve (s.o.) – dass die Pflege aus Sicht von Frau Krause keine Mitsprache in Bezug auf die Neustrukturierung der Aufgaben im Krankenhaus hat. Zudem vermittelt die Aussage den Eindruck, dass der

Abbau von Personal aus anderen Funktionsbereichen in einigen Krankenhäusern vom Pflegepersonal auf den Stationen aufgefangen wird. Auch hier zeigt sich eine geringe Einbindung der Pflege in die Veränderungsprozesse.

5.4.2 Entlastungsstrategien seitens des Managements

Die Neustrukturierung der Aufgaben im Krankenhaus geht den Interviewten zufolge mit einem Anstieg des Arbeitsvolumens in der Pflege einher, da verschiedenste Aufgaben aus anderen Arbeitsbereichen im Krankenhaus mittlerweile von der Pflege übernommen werden. Um die Pflege ihrerseits zu entlasten, wird vor allem auf einen verstärkten Einsatz von Pflegehilfspersonal – Pflegehelfer/innen und Servicekräfte – oder bei personellen Engpässen auf den Einsatz von Zeitarbeitskräften gesetzt. Wie diese Strategien aus Sicht der Pflege bewertet werden, wird im Folgenden rekonstruiert.

Der Einsatz von Pflegehilfspersonal wird in verschiedenen Interviews thematisiert und wird unterschiedlich bewertet. Im Gegensatz zu Servicekräften haben Pflegehelferinnen eine ein- bis zweijährige Ausbildung im Pflegebereich und werden u. a. für grundpflegerische Tätigkeiten wie z. B. das Waschen der Patienten eingesetzt. Die meisten der interviewten Pflegekräfte sehen in ihnen eine Entlastung, stellen allerdings fest, dass es im Gegensatz zu früher heute kaum noch Pflegehelferinnen auf den Stationen gibt:

Und vom Personal her, also früher war auch nicht so viel Personal da. Aber da hatten wir immer noch auch diese Pflegehelferinnen, ich weiß gar nicht, [ob es, d. Verf.] auf den peripheren Stationen noch Pflegehelferinnen gibt. [...] das fand ich doch schon 'ne wirklich 'ne Erleichterung auch, nich? Also ich mein', im Grunde genommen is ja auch das, was ich jetzt heutzutage mach'. Dass ich so, was so rundum is, die Arbeit noch 'n bisschen abnehme (Frau Krause: 92ff.)

Frau Krause ist aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage, alle Tätigkeiten als Krankenschwester zu übernehmen. Sie sieht in ihren jetzigen Einsatzmöglichkeiten Parallelen zur Tätigkeit einer Pflegehelferin. Sie bewertet den Einsatz von Pflegehelferinnen uneingeschränkt positiv. Unter den Interviewten gibt es aber auch Stimmen, die dem Einsatz von Pflegehelferinnen skeptisch gegenüberstehen. Frau Lange berichtet – im Zusammenhang mit der Einführung des Primary Nursing als Pflegeorganisationsprinzip – dass in ihrem Krankenhaus wieder Pflegehelferstellen geschaffen werden sollen, sie und ihre Kollegen das aber „total blöd finden“ (Frau Lange: 128). Sie ist der Meinung, dass dieses mit einer Abkehr

von der ganzheitlichen Ausrichtung in der Pflege und einer Tendenz zur Funktionalisierung und Hierarchisierung der Pflegearbeit einhergehen würde.⁹⁶

Neben dem Einsatz von Pflegehelferinnen werden verstärkt Servicekräfte oder Außendienstmitarbeiter eingesetzt. Im folgenden Interviewausschnitt erläutert Frau Christiansen, von welchen Aufgaben die Pflege durch die Außendienstmitarbeiter entlastet wird:

Also, die versuchen uns schon zu entlasten, und zwar haben sie, fangen sie jetzt auch an, die Nebentätigkeiten mit Personal zu besetzen. Was sehr angenehm ist. Das heißt, dass wir da Außendienstmitarbeiter kriegen, in jeder Schicht [...] Die machen zum Beispiel=die füllen auf die Schränke. Die=was wir hier machen, Wäschesäcke wegbringen und solche Sachen, Müll. Die bringen dir Sachen ran, wenn du was brauchst. Die kümmern sich um die Geräte, Spülmaschine und solche, das hast ja alles selber gemacht. Die machen die Apotheke aus, knödeln die auseinander, wenn die Apotheke kommt. Die füllen die Wäsche auf. Also, das sind ja Sachen, die irgendwie wir uns noch alle mit gekümmert haben, ne? Die können dir auch mal eben mit anfassen helfen [...] Also das sind so Dinge, um die dich kümmern. Da fällt dann schon mal viel weg. Wo man dann auch wieder Zeit hat, für'n Patienten, ne? (Frau Christiansen: 112ff.)

Es sind vor allem Nebentätigkeiten wie z. B. Schränke auffüllen, Wäschesäcke wegbringen oder die Sortierung der Apothekenlieferung, die vom nicht pflegerischen Personal übernommen werden. Für Frau Christiansen ist es eine große Entlastung, wenn sie als Pflegekraft diese Nebentätigkeiten nicht mehr übernehmen muss. Dementsprechend hätte sie wieder mehr Zeit für die Patienten. Der Einsatz von Servicekräften bzw. Außendienstmitarbeitern wird auch von vielen anderen Interviewten positiv aufgenommen. Als problematisch wird jedoch empfunden, dass in einigen Krankenhäusern die Servicekräfte auf das Stellenpotenzial der Pflege angerechnet werden. Im folgenden Interviewausschnitt äußert sich Frau Duve kritisch zu der in ihrem Krankenhaus in privater Trägerschaft vorhandenen Regelung:

wir haben aber inzwischen so Helfer [...] die uns Tätigkeiten abnehmen uns examinierten Schwestern [...] Aber, die beiden Kollegen, die das jetzt übernehmen, die gelten halt jeweils auf 'ne Dreiviertelstelle wieder für 'ne normale Pflegekraft. Also, die gehen wieder mit von dem normalen Stellenpotenzial runter. Zwar nicht wie 'ne Voll=die arbeiten zwar Vollzeit, gelten nich voll, aber dreiviertel [ja]. Und können ja dafür auch wieder 'ne ganze Latte an Tätigkeiten nich übernehmen. (Frau Duve: 111)

Die beiden Servicekräfte auf ihrer Station – so Frau Duve – würden mit jeweils 75% auf das Stellenpotenzial der Pflege angerechnet werden, hätten aber einen wesentlich eingeschränkteren Tätigkeitsbereich. Eine examinierte Pflegekraft könne demgegen-

⁹⁶ Die Interviewsequenz zur Einführung des Primary Nurse System wurde in 5.3.2 im Zusammenhang mit dem beruflichen Selbstverständnis genauer analysiert.

über wesentlich mehr Tätigkeiten übernehmen als eine Servicekraft. Ob und wie in anderen Krankenhäusern die Servicekräfte vom Stellenkontingent der Pflege abgezogen werden, ist in den weiteren Interviews nicht thematisiert worden.

Einsatz von Zeitarbeitskräften

Der Einsatz von Zeitarbeitskräften wird von den Pflegekräften eher zwiespältig gesehen. Vor allem die zusätzlichen Belastungen, die sich hieraus für die festangestellten Pflegekräfte ergeben, stehen in der Kritik. Frau Lange schildert exemplarisch, dass die Zusammenarbeit mit Zeitarbeitskräften aus ihrer Sicht, „mehr oder weniger schlecht“ (Frau Lange: 257) funktionieren würde. In der folgenden Interviewsequenz präzisiert sie ihre Aussage und illustriert die Problematik:

„das Problem ist immer, du kannst ja nie denjenigen jetzt alleine in 'ne Gruppe geben. Der muss immer irgendwo mitarbeiten. Ich muss viel erklären. Es ist eigentlich immer 'ne Zusatzbelastung [...] Ja, da fehlt ja ein Kollege, der die Gruppe betreut. Dann müssen wir uns die noch eben aufteilen, was natürlich wieder zu einer Mehrbelastung führt [...] Wir hatten auch schon mal Glück, als wir 'n Langzeitausfall hatten, dann jemand 'n Vierteljahr da, ist klar. Den kannst du optimal einarbeiten und dann geht das, ne? Aber es ist immer 'ne Zusatzbelastung. (Frau Lange: 257)

Frau Lange differenziert hier zwischen einem kurzfristigen und einem langfristigen Einsatz von Zeitarbeitskräften. Der kurzfristige Einsatz von Zeitarbeitskräften ist für sie aus zwei Gründen mit zusätzlichen Belastungen verbunden. Zum einen müsse sie die stationsfremde Fachkraft anleiten und in die Abläufe und Besonderheiten der Station einarbeiten. Zum anderen müsse sie eine größere Patientengruppe als üblich betreuen, da aus ihrer Sicht eine Zeitarbeitskraft keine eigene Patientengruppe betreuen sollte. Beide Faktoren seien in der akuten Ausfallsituation eine Zusatzbelastung. Nur im Falle eines längerfristigen Einsatzes mit der Möglichkeit einer adäquaten Einarbeitung sei der Einsatz von Zeitarbeitskräften eine Entlastung für sie als Pflegekraft.

Die Frage, ob Zeitarbeitskräfte als vollwertiger Ersatz für ausfallendes Stammpersonal gesehen werden können, scheint allerdings unter den Pflegekräften umstritten zu sein. Herr Schreiner beschreibt im folgenden Zitat, dass es aus seiner Sicht nicht zu verantworten sei, Zeitarbeitskräfte eine eigene Patientengruppe betreuen zu lassen. Einige seiner Kollegen hingegen seien anderer Ansicht:

Weil da hab ich dann immer das Gefühl, ich möchte eigentlich gar nicht die 'ne Patientengruppe betreuen lassen, sondern lieber mit denen zusammenarbeiten. Und dann sagen die Kollegen aber: "Nee, die sollen jetzt auch 'ne Gruppe machen." Und ich find's aber irgendwie schrecklich, weil, wie sollen die das alles wissen? Ich wüsste es ja auch nicht, wenn ich woanders hingesteckt werden würde. Man lässt sie oft dann so ins Messer rennen. (Herr Schreiner: 101)

Herr Schreiner spricht hier – ebenso wie Frau Lange – den Punkt der Einarbeitung an. Solange Zeitarbeitskräfte nicht über das notwendige Wissen über die Gegebenheiten der Station und die Besonderheiten der Krankheitsbilder verfügen, sei es nicht zu verantworten, ihnen eine eigenständige Patientengruppe zu geben, damit würde man sie „ins Messer laufen lassen“. Die starke Ablehnung einer solchen Arbeitsweise von Herrn Schreiner zeigt sowohl ein hohes Verantwortungsbewusstsein als auch eine deutliche Kritik an einem solchen Vorgehen. Im folgenden Zitat adressiert er diese Kritik an das Krankenhausmanagement:

was ich eben vorhin auch schon mal sagte, dass, wenn irgendwie vier Leute, fünf Leute krank sind, das es irgendwie eigentlich keinen richtig kümmert. Hauptsache, der Laden läuft. Das find ich irgendwie wiederum ganz schlimm. Dass man da oft das Gefühl hat, man is völlig auf sich allein gestellt, und da kümmert sich eigentlich kein Mensch irgendwie drum. (Herr Schreiner: 196)

Aus seiner Sicht würden unsichere Versorgungssituationen von Seiten des Managements in Kauf genommen werden. Er als Pflegekraft fühle sich mit dem Problem der Krankheitsausfälle alleingelassen und für ihn entsteht der Eindruck, dass es nur von Bedeutung ist, dass die Versorgung der Patienten einigermaßen aufrechterhalten wird. Unter welchen Bedingungen diese stattfindet, würde niemanden interessieren. Hier wird ein deutlicher Unmut mit den personellen Strategien des Krankenhausmanagements formuliert.

Frau Lange geht noch einen Schritt weiter und sieht in kurzfristigen Lösungsansätzen von personellen Engpässen wie dem Einsatz von Zeitarbeitskräften ein bewusstes Vorgehen seitens des Krankenhausmanagements:

Aber es is auch gewollt [...] irgendwie könnte man ja, wenn du das alles hochrechnest, könntest du ja auch jemandem noch 'ne richtige Stelle verschaffen. Oder mindestens 'ne Dreiviertelstelle oder so noch zusätzlich machen. Aber das kalkulieren die ja nicht [...] wenn der Vorstand Glück hat, dann hast du eben wenig Bedarf. Und wenn eben Ausfall is, dann kannst die Leute holen. Nach dem Motto: "Ja, sie können ja bestellen, können 'ne Zeitkraft bestellen. Dass das überhaupt kein adäquater Ersatz is, is meist, oft jedenfalls nich, ne, das sehen die ja nich. (Frau Lange: 261)

Sie wiederholt in diesem Zitat ihr Argument, dass Zeitarbeitskräfte kein adäquater Ersatz für ausgefallene Kollegen seien. Zudem unterstellt sie dem Management in dieser Hinsicht ein taktisches Vorgehen, da Zeitarbeitskräfte im Gegensatz zu festangestelltem Pflegepersonal nur bezahlt werden müssen, wenn sie angefordert werden. Die Häufigkeit, mit der Zeitarbeitskräfte eingesetzt werden, würde aus ihrer Sicht ungefähr dem Volumen einer vollen Stelle entsprechen.

Die Aussagen zum Einsatz von Zeitarbeitskräften zeigen zum einen, dass aus Sicht der Befragten im pflegerischen Alltag eingearbeitetes Personal von zentraler Bedeutung ist. Um adäquat eingesetzt werden zu können und als Entlastung in der personellen Ausfallsituation zu dienen, ist es aus Sicht der Pflege wichtig, Personal zu haben, das sich mit den Besonderheiten der Station auskennt. Zum anderen weisen die Aussagen auf ein Misstrauen der praktizierenden Pflege gegenüber den Strategien des Managements hin. Das Krankenhausmanagement setze – ganz im Sinne der ökonomischen Logik – auf kurzfristige und flexible Maßnahmen anstatt nach langfristigen Lösungen für die personellen Engpässe zu suchen. Bei den Pflegekräften entsteht so der Eindruck, dass ihre Situation eine untergeordnete Rolle spielt.

5.4.3 Zusammenspiel Pflege und Management

Wie das Verhältnis zwischen Pflege und Management aus Sicht der interviewten Pflegekräfte wahrgenommen wird, wird im Folgenden rekonstruiert. Hierzu werden zum einen die Aussagen im Hinblick auf einen konstatierten Wandel in der Führungs- und Organisationsstruktur herangezogen. Zum anderen wird anhand der Darstellungen des Umgangs des Managements mit Überlastungsanzeigen ein Einblick gegeben, wie sich die Pflege vom Management gesehen und vertreten fühlt.⁹⁷

Wandel in der Führungs- und Organisationsstruktur

Einige interviewte Pflegekräfte berichten von einem Wandel auf der Managementebene, den sie u. a. auf die ökonomischen Umstrukturierungen zurückführen. Dieses Thema ist insbesondere bei Frau Schmitz zentral, die seit vielen Jahren im selben Krankenhaus arbeitet. In der folgenden Interviewsequenz illustriert sie eindringlich den personellen Wechsel auf der Ebene der Pflegedienstleitung:

Also, die [ehemalige Pflegedienstleitung, d. Verf.] war immer präsent. Sie is immer über die Station gegangen. Sie kannte auch jeden Mitarbeiter mit dem Namen. [...] ja, sie war einfach da. Und wenn man irgendwas hatte, sie war Ansprechpartner. Und selbst, wenn man den größten Bockmist verzapft hatte, man wusste ganz genau, es war nicht gut, aber sie war souverän. Es wurde nie geschimpft. Es war klar, sie hat es deutlich gemacht warum, wieso, weshalb. Aber es war ne ganz andere Ebene wie kommuniziert wurde. Und das war eben halt mit dem Tag, nachdem das dann jemand gemacht hat, die wirklich nur noch aus der Wirtschaft kam, total anders. Von da an, find ich auch, ging's bergab in vielen Bereichen. (Frau Schmitz: 10ff.)

In dieser Sequenz wird deutlich, dass Frau Schmitz den Wandel auf der Führungsebene der Pflege als tiefgreifenden Umbruch wahrnimmt. Die ehemalige Pflegedienstleitung war eine Ordensschwester und wurde abgelöst von einer Pflegedienst-

⁹⁷ Vgl. auch Grimm 2013

leitung mit einem – wie Frau Schmitz sagt – ökonomischem Hintergrund. Auffällig ist, dass Frau Schmitz den Umbruch genau auf den Tag datiert, an dem der personelle Wechsel stattgefunden hat. Sie betrachtet besonders den rein wirtschaftlichen beruflichen Hintergrund der neuen Pflegedienstleitung kritisch. Der Wechsel geht aus ihrer Sicht mit tiefgreifenden Veränderungen einher, ab diesem Tag „ging es berg-ab“. Im folgenden Zitat führt sie die Veränderungen genauer aus:

Na ja, erst mal war es so, es wurden=also, es war bei uns so eine Stationsleitung und zwei Vertretungen. Das wurde dann relativ schnell abgeschafft. Es gab's danach eben Bereichsleitung und dann nur noch eine Stationsleitung, die dann ja nachher "Pflegefachbeauftragte" hieß [...] Und diese Bereichsleitung hat dann immer so 3 - 4 Stationen unter sich gehabt. Dann war sie [die neue Pflegedienstleitung, d. Verf.] nicht so präsent. Sie hatte ihr Büro ganz am anderen Teil vom Haus. Man musste Termine machen. Bei Schwester Ludmilla⁹⁸ konnte man immer vorbeikommen. Und sie hatte eigentlich immer ‚ne offene Tür. Sie ging ja immer über Station. Das hat Frau Meier fast gar nicht gemacht [...] Und der Ton wurde einfach anders, ne? Es is einfach so, ja, Frau Meier hat einfach ‚n sehr barschen Ton, teilweise so überfahrend auch gehabt, wenn irgendwas schief ging. Wenn's gut lief, dann war sie auch lieb und nett. (Frau Schmitz: 18)

Frau Schmitz nimmt sowohl einen Wandel in der Leitungsstruktur als auch einen Wandel im Führungsstil wahr. Der als wertschätzend und persönlich beschriebene Führungsstil der ehemaligen Pflegedienstleitung hätte sich insbesondere im Hinblick auf die Kommunikation und Interaktion deutlich gewandelt. Die ehemalige Pflegedienstleitung wird als Führungsperson beschrieben, die ein Interesse an den Pflegekräften zeigt und als Ansprechpartnerin wahrgenommen wird. Das Verhältnis zwischen Pflegekräften und der ehemaligen Pflegedienstleitung ist Frau Schmitz zufolge von einer positiv bewerteten Präsenz und Kommunikation bestimmt. Im Gegensatz dazu sei das Verhältnis zwischen den Pflegekräften auf der Station und der neuen Pflegedienstleitung – auch in räumlicher Hinsicht – wesentlich distanzierter. Die „offene Tür“ für die Pflegekräfte gebe es nicht mehr, der Ton sei rauer geworden, insbesondere in problematischen Situationen. Parallel zum Wechsel in der Leitungsposition schildert Frau Schmitz eine Ausdünnung an Leitungspersonal auf den untergeordneten Ebenen. Sowohl auf der Ebene der Bereichsleitungen und als auch auf der Ebene der Stationsleitungen seien Stellen abgebaut worden. Mit dem Wandel auf der Führungsebene geht Frau Schmitz zufolge auch ein normativer Wandel einher: „es wurde irgendwie so verwirtschaftlicht“ (Frau Schmitz: 18). Auch andere Interviewte nehmen eine neue Ausrichtung des Managements wahr. So hat Frau Lange z. B. den Eindruck, dass die Entscheidungen des Krankenhausmanagements häufig im Wider-

⁹⁸ Alle Namen in den Interviewausschnitten wurden anonymisiert und durch Pseudonyme ersetzt.

spruch zu den Umsetzungsmöglichkeiten auf den Stationen stehen. In der folgenden Interviewpassage erläutert sie diese Unstimmigkeiten:

Trotzdem is für mich immer noch so 'ne Diskrepanz da, ne? Es wird vom Vorstand und so, da werden diese ganzen Dinge raus gebracht, was umgesetzt werden soll um ein modernes Unternehmen zu schaffen. Und das is eben immer dieser Widerspruch. Und die Praxis is oft immer so meilenweit davon entfernt. Klar, das hört sich immer nur so lapidar wieder an, ne, weil das sagen andere auch, ne, immer: „mh“. Aber ich finde, im Krankenhaus kommt das besonders zum Tragen, so. Weil ich kann den Menschen nich planen, den kranken Menschen Das is der Punkt. (Frau Lange: 235)

Die Modernisierungsbestrebungen des Managements würden mit Neuerungen einhergehen, die aus Sicht von Frau Lange mit der Praxis oftmals nicht vereinbar sind. Insbesondere die zentrale Besonderheit der pflegerischen Arbeit – die nur in geringem Maße planbare Arbeit mit und am „kranken“ Menschen – würde von Seiten des Managements nicht ausreichend mitbedacht werden. Frau Lange nimmt einen deutlichen Widerspruch zwischen den Managementstrategien und den Umsetzungsmöglichkeiten auf den Stationen wahr und konstatiert eine „meilenweite“ Entfernung zwischen Management und Pflegepraxis. Auch aus Reihen der „jüngeren“ Pflegekräfte gibt es kritische Blicke auf die wahrgenommene Neuausrichtung des Managements an ökonomischen Zielen. So stellt Frau Weber die Einstellung von Leitungspersonal mit einem rein ökonomischen Hintergrund insgesamt infrage:

was mich halt immer so geärgert hat, auch in meiner alten Klinik, is einfach die Tatsache, dass die Leute, die da in ihren Büros sitzen und die Entscheidung treffen, eigentlich gar nich wissen, was auf Station läuft, und was da wirklich Sache ist [...] Okay, die haben BWL studiert, die kennen sich mit diesem ganzen Marktwirtschaftskram irgendwie aus. Aber sie wissen nich, was in der Pflege läuft, und sie wissen nich, wie's wirklich aussieht auf Station. Und das fand ich und finde ich immer noch, sehr, sehr frustrierend. Dass man dann einfach den Blick aus der Sicht der Pfleger im Endeffekt ignoriert [...] Sondern das alles nur nach diesem marktwirtschaftlichen Blickwinkel sieht. (Frau Weber: 194)

Der rein „marktwirtschaftliche“ Blickwinkel würde bei den Entscheidungen – auch pflegerelevanten – dominieren, dabei würden die Gegebenheiten auf den Stationen und die Besonderheiten der pflegerischen Arbeit außer Acht gelassen. Dieser Umstand sorgt bei Frau Weber für große Frustration. Die hier geschilderte Kluft und Entfremdung zwischen der praktizierenden Pflege und dem Krankenhausmanagement wird in den bisherigen Zitaten in erster Linie in einem Zusammenhang mit den ökonomisch induzierten Veränderungen gesehen. Andere Interviewte wie Frau Duve hingegen konstatieren, es hätte immer schon Diskrepanzen zwischen dem Pflegemanagement und den Pflegenden an der Basis gegeben:

Also, ich hatte immer so das Gefühl, dass man=also zum Beispiel mit der Pflegedienstleitung, als ganz normale Krankenschwester wenig zu tun hat so. Dass die sich auch ja, sicherlich das anhören müssen, was die Leitungen zu sagen haben [...] Aber dass da halt viele auch nicht ich weiß nicht, vielleicht haben die auch keine Zeit sich so um die Basis zu kümmern, ne? Ich weiß nicht, was so eine Pflegedienstleitung am Tag da in acht Stunden machen muss, und ob die sich das erlauben kann, mal irgendwie zu hören, irgendwie, "wie geht's euch?", oder so, ne? Das weiß ich nicht. Ob das Interesse nicht da is, oder die Zeit nicht? Aber ich würde sagen, das war nie viel anders als jetzt. (Frau Duve: 77)

Frau Duve führt die Entfernung zwischen den beiden Ebenen nicht auf die ökonomisch induzierten Veränderungen zurück, sondern nimmt insgesamt eine Distanz wahr. Von Seiten der Pflegedienstleitung gebe es keine große Aufmerksamkeit für die Situation der praktizierenden Pflege, ob dieses nun der mangelnden Zeit oder dem mangelnden Interesse geschuldet sei, könne sie nicht beurteilen. Aus ihrer Sicht sei das kein neues Phänomen. Das Verhältnis zwischen Pflege und Management wird allerdings nicht von allen Interviewten so negativ gesehen, es gibt auch verschiedene Pflegekräfte, die sich gut vertreten fühlen vom Management.

Umgang mit Überlastungsanzeigen

Ein weiteres Thema, das Hinweise auf das Verhältnis zwischen Pflege und Management aus Sicht der praktizierenden Pflege gibt, ist der Umgang des Managements mit Überlastungsanzeigen. Diese werden in Situationen geschrieben, in denen das Pflegepersonal eine ausreichende Versorgung der Patient/innen nicht mehr gewährleisten kann, häufig im Zusammenhang mit einer personellen Unterbesetzung. Mit der Überlastungsanzeige informieren sie die Pflegeleitungen über Situationen, in denen sie die Verantwortung nicht mehr übernehmen können. Überlastungsanzeigen sind – gerade auch im Hinblick auf haftungsrechtliche Aspekte – ein wichtiges Instrument zur Absicherung der Pflegekräfte. In Bezug auf die Häufigkeit des Schreibens von Überlastungsanzeigen schildert Frau Krause, dass es auf ihrer Station keine Seltenheit ist. Auf Nachfrage konkretisiert sie ihre Aussage und sagt, dass sie „Eigentlich in jeder Schicht“ (Frau Krause: 151) geschrieben werden. Im Umgang des Managements mit Überlastungsanzeigen zeigt sich aus Sicht von Frau Krause jedoch eine deutliche Gleichgültigkeit gegenüber der Situation der Pflegenden:

Eine Pflegeleitung soll letztens mal gesagt haben, ob wir den schreiben oder nicht, ist sowieso egal, passiert sowieso nichts. Ist 'n Zeichen von Gleichgültigkeit oder Ignoranz oder, ich weiß das nicht. Wenn man das so sagt, zu seinen Pflegenden, ob wir das schreiben oder nicht ist mir alles egal, ich hefte es sowieso nur ab. Das is schon heftig. (Frau Krause: 145)

Überlastungsanzeigen werden diesem Zitat zufolge von der Pflegeleitung „nur abgeheftet“ und erfahren keine weitere Beachtung. Mit der Mutmaßung, dass das Ma-

164

nagement den Überlastungsanzeigen wenig Aufmerksamkeit schenkt, ist Frau Krause nicht allein. Der folgende Interviewabschnitt illustriert die Sicht von Frau Duve auf den Umgang des Managements mit überlastenden Situationen:

und das is halt schade, dass immer erst was passieren muss eigentlich, was Gravierendes, bevor irgendwie gesagt wird, "nein, so geht es eigentlich nicht", na, und dass das nich anhand der Mitarbeiter gesehen wird, können ja auch diese Überlastungsanzeigen schreiben. Die werden gar nich gesehen, hat man manchmal so das Gefühl, gar nich für voll genommen. "Is halt so, wir können nichts ändern", sagt sich, glaub ich, die Chefetage und, "die schaffen das schon. Die haben das immer irgendwie geschafft und is ja noch keiner gestorben so." Also, so heißt es unter Kollegen immer. Und so lange geht das so weiter.“ (Frau Duve: 26)

Frau Duve das Gefühl, dass die Belange der praktizierenden Pflege auf der Ebene des Managements erst dann wahrgenommen werden würden, wenn etwas Schwerwiegendes passiert. Solange „noch keiner gestorben“ sei – so der Tenor unter den Pflegekräften – würde es seitens des Managements trotz Überlastungsanzeigen keinen Handlungsbedarf geben. Sowohl Frau Krause als auch Frau Duve gehen von einem Desinteresse des Managements an der Situation der Pflege aus. Aus verschiedenen Gründen – sei es aufgrund einer fatalistischen Grundhaltung, dass die Situation nicht veränderbar sei oder aufgrund einer Gleichgültigkeit gegenüber der pflegerischen Situation – scheint das Management den Aussagen zufolge keinen Veränderungsbedarf zu sehen. Die Zitate weisen darauf hin, dass die interviewten Pflegekräfte sich nicht ernst genommen fühlen vom Management. Selbst Situationen, in denen sie anzeigen, dass sie die Verantwortung nicht mehr übernehmen können, würden vom Management hingenommen werden in dem Glauben, dass die Pflegenden die Situation schon bewältigen würden. Das Management scheint diesen Aussagen zufolge auf die Bereitschaft der Pflegenden zu setzen, auch in Überlastungssituationen ihre Arbeit zu schaffen.

Auf Seiten der ausführende Pflege entsteht das Gefühl, in problematischen Situationen kaum auf die Unterstützung der Pflegeleitungen zählen zu können. Im folgenden Zitat mutmaßt Frau Duve, dass das Pflegemanagement die unzureichende Arbeitssituation der ausführenden Pflege bewusst ausblenden würde:

Manchmal denk ich auch, dass viel im Krankenhaus damit zu tun hat irgendwie, ja, dass die obere Etage gar nich so viel manchmal wissen will von den Belangen der unteren Etage, sag ich jetzt mal einfach so grob gesagt. Weil die dann auch sagen können, "das haben wir ja gar nich gewusst." [...] wir hatten jetzt ja wie gesagt, in den letzten drei Jahren oder vier Jahren, hatten wir drei oder vier Pflegedienstleitungen, die alle nur ein Jahr da waren, die alle gesagt haben, "hier muss sich was ändern. Es muss mehr Personal her." Und die wurden alle nach einem Jahr abgesetzt. (Frau Duve: 73).

In dieser Äußerung zeigt sich, dass aus Sicht von Frau Duve eine deutliche Kluft zwischen der Ebene des Managements und der Pflegeebene besteht, die u. a. auf die hierarchische Position zurückgeführt wird. So wolle die „obere Etage“ von den Belangen der „unteren Etage“ gar nicht so viel wissen. Sie hegt die Vermutung, dass das Management die Situation der Pflege gar nicht wahrnehmen will, auch im Hinblick auf Rechtfertigungsstrategien: „das haben wir ja gar nicht gewusst“. Zum anderen hat die interviewte Pflegekraft das Gefühl, dass Pflegedienstleitungen, die eine Verbesserung der Arbeitssituation der Pflegekräfte fordern, nicht erwünscht seien. Verschiedene Pflegedienstleitungen, die sich für mehr Pflegepersonal eingesetzt hätten, sind ihrer Aussage zufolge nach einem Jahr entlassen worden. Die Aussagen zum Thema Überlastungsanzeigen stammen in erster Linie von Pflegekräften, die in Krankenhäusern in privater Trägerschaft tätig sind. Aber auch Pflegekräfte aus Krankenhäusern in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft thematisieren Spannungen zwischen den hierarchischen Ebenen.

Die Ausführungen weisen auf eine deutliche Kluft zwischen der Ebene des Managements und der Ebene der direkten Pflege hin. Viele Pflegekräfte – sowohl in öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern – haben das Gefühl, dass ihre Belange auf der Managementebene kaum relevant sind bzw. sogar bewusst ausgeblendet werden. Einige Entlastungsstrategien des Managements im Bereich der Pflege, z. B. der Einsatz von Pflegehilfspersonal werden zwar überwiegend positiv bewertet, kritisiert wird aber die Politik einiger Krankenhäuser, die Servicekräfte anteilig auf das Stellenpotenzial der Pflege anzurechnen. Auch die Kurzfristigkeit der Maßnahmen steht wiederholt in der Kritik, insbesondere in Bezug auf die Kompensation personeller Engpässe durch Zeitarbeitskräfte. Im Zusammenhang mit den wahrgenommenen Diskrepanzen zwischen strategischen Entscheidungen des Managements und den Umsetzungsmöglichkeiten auf den Stationen wird vor allem kritisiert, dass die Besonderheiten der pflegerischen Arbeit – insbesondere die nur in geringem Maß planbare Arbeit mit und am „kranken Menschen“ – nicht mitbedacht werden würden. Die wahrgenommene Kluft zwischen den beiden Ebenen spiegelt sich auch in den Beschreibungen einer erschwerten Kommunikation und Interaktion.

5.4.4 Rolle und Stellenwert der Pflege

Die folgenden Interviewausschnitte illustrieren, wie die Pflegekräfte des Samples ihre Rolle und ihren Stellenwert im Kontext Krankenhaus wahrnehmen. In Bezug auf ihre eigene Rolle wird deutlich, dass einige der Pflegenden ihren Arbeitsbereich als

relativ unstrukturiert wahrnehmen. Frau Schmitz schildert im folgenden Zitat ihren Eindruck vom Beruf der Krankenpflege:

ich hab auch das Gefühl, Krankenschwester, dieser Beruf, is auch irgendwie überhaupt nich, dass das irgendwie strukturiert is. Man macht irgendwie alles. Ich hab gedacht, Krankenschwester is irgendwie Raumpflegerin, Toiletten-Putze, Seelsorgerin [...] Und immer mehr Tätigkeiten von denen [die Ärzte, Anm. d. Verf.] übernehmen, ne? Und die auch noch beaufsichtigen. Kindermädchen is man auch noch. (Frau Schmitz: 160ff.)

Die Befragte zählt in diesem Interviewausschnitt eine Reihe von Tätigkeiten auf, die sie als Krankenschwester übernehmen müsse. Diese würden von Putztätigkeiten über seelsorgerische Tätigkeiten bis hin zu ärztlichen Tätigkeiten reichen. Darüber hinaus müsse sie als Krankenschwester auch das ärztliche Personal beaufsichtigen.⁹⁹ Dieses Zitat erweckt den Eindruck, dass sie Pflege als „Mädchen für alles“ wahrnimmt. Pflege erscheint hier als ein diffuser und unstrukturierter Tätigkeitsbereich ohne klare Abgrenzung zu anderen Aufgabenbereichen im Krankenhaus.

Herr Kaya beschreibt im folgenden Zitat einen weiteren Aspekt, der ebenfalls auf eine diffuse Rolle hinweist, allerdings in einem ganz anderen Kontext:

Das is ja immer so, ich werd' dann immer persönlich für irgendwas verantwortlich gemacht, was nich funktioniert. Und das find' ich auch so das Undankbare an diesem Beruf. Ich steh' immer im Mittelpunkt. Wenn was nich läuft, beim Arzt krieg ich die Schuld, bei Patienten krieg' ich die Schuld, bei den Angehörigen krieg' ich die Schuld, und ich kann eigentlich gar nichts dafür. Gut, manchmal kann ich was dafür. Aber, im Großen und Ganzen nich, und das nervt dann. (Herr Kaya: 140)

Herr Kaya hat das Gefühl, dass er als Pflegekraft häufig zur Verantwortung für verschiedene Missstände gezogen wird. Sowohl Patienten als auch Ärzte und Angehörige würden ihm Dinge vorwerfen, die seiner Ansicht nach nicht in seinem Zuständigkeitsbereich liegen würden. Diese Schuldzuweisungen empfindet er oftmals als ungerecht. Auch Frau Weber thematisiert den Aspekt der Schuldzuweisung seitens der Patienten:

Und die Pflege is halt immer vor Ort. Die is immer am Patienten dran, und wir kriegen's halt auch als erstes ab, wenn der Arzt irgendwie Mist gebaut hat. (Frau Weber: 130)

Aufgrund des Umstandes, dass die Pflegekräfte immer „vor Ort“ seien und als erste Ansprechpartner für die Patienten fungieren, würden sie auch als erste den Unmut der Patienten abbekommen, auch wenn dieser von anderen Berufsgruppen verursacht werde, z. B. von den ärztlichen Kollegen. So entstehe das Gefühl, der „Sündenbock“

⁹⁹ Sie bezieht sich hier auf die Einarbeitung und Anleitung von jungen Assistenzärzten.

für alle zu sein. Auch diese Zitate weisen darauf hin, dass die Pflege ihre Rolle als nicht klar abgegrenzt empfindet.

In Bezug auf den Stellenwert, den die Pflege im Krankenhaus aus Sicht der Interviewten einnimmt, zeigt sich im Sample ein uneinheitliches Bild. Die Befragten differenzieren hierbei zwischen dem Stellenwert der Pflege unter den Berufsgruppen im Krankenhaus und dem Stellenwert der Pflege aus Sicht der Patienten und Angehörigen. Letztere würden der Pflege durchaus einen hohen Stellenwert zusprechen, wie Frau Duve feststellt:

Und ich glaub', dass Patienten, die im Krankenhaus liegen, der Pflege schon 'n hohen Stellenwert geben, weil sie einfach gesehen haben irgendwie, was so 'ne Pflegekraft macht. (Frau Duve: 179)

Der hohe Stellenwert, den die Pflege aus Sicht der Patienten habe, lässt sich ihrer Meinung nach darauf zurückführen, dass die Patienten sehen, was die Pflegekräfte leisten. Im Gegensatz hierzu wird der Stellenwert der Pflege unter den Berufsgruppen im Krankenhaus – auch dem Krankenhausmanagement – eher gering eingeschätzt. Herr Kaya beschreibt es folgendermaßen:

Und ja, die Pflege is dann immer so, nebenbei. Das läuft ja immer irgendwie. Also ich find' den Stellenwert schon gering. Weil sonst würd' man irgendwie mehr machen, damit sich was an der ganzen Situation, an meinen Arbeitsbedingungen ändert. (Herr Kaya: 179)

Der Fokus im Krankenhauseschehen liege, so Herr Kaya, nicht auf der Pflege. Da sie immer „irgendwie“ funktionieren würde, ziehe sie wenig Aufmerksamkeit auf sich. Er konstatiert in diesem Interviewausschnitt einen Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen der Pflege und dem Stellenwert der Pflege. Der Aspekt, dass die Arbeitsbedingungen der Pflege von der Krankenhausleitung so hingenommen werden, ist für ihn ein Zeichen für den geringen Stellenwert der Pflege.

Frau Lange sieht in den Umstrukturierungen im Krankenhaus Hinweise auf einen Bedeutungsverlust der Pflege im Kontext Krankenhaus:

man wird nich so gehört [...] man merkt eben deutlich diese ganzen Umstrukturierungen. Es is einfach ein Managementunternehmen [...] es is ja in jedem Krankenhaus inzwischen so. Die müssen auf Profit gucken. Und natürlich können sie ohne uns nicht leben. Aber wir sind immer zu Kompromissen gezwungen (Frau Lange: 263).

Auch wenn die Interviewte deutlich formuliert, dass das Krankenhaus ohne die Pflege nicht existieren könne, würden andere Werte im Vordergrund stehen. Krankenhäuser seien inzwischen zu Managementunternehmen geworden, die auf Profit aus-

gerichtet seien. Die Anliegen der Pflegenden würden kaum noch Gehör finden und die Pflege wäre permanent zu Zugeständnissen gezwungen.

Für Frau Duve ist die Neuorientierung bezüglich der Außenwirkung des Krankenhauses ein weiterer Indikator für den Stellenwert der Pflege:

Aber so in der Gesellschaft, und auch von der Krankenhausleitung selber, ja, is es sicherlich was, was unverzichtbar is für die [...] Aber so, wie's im Moment is, glaub' ich, is das Bild nach Außen einfach wichtiger, dass da 'n schöner, schicker Professor sitzt, der schon so und so viel gemacht hat. Und die Erfahrung hat und halt wie gesagt, auch die Leute aus' m Ausland anzieht. Ich glaub, das is für die wichtiger. Also, meiner Meinung nach, sollte es 'n höheren Stellenwert haben. Mehr gesehen werden, was da jeden Tag geleistet wird irgendwie. (Frau Duve: 179)

Die Interviewte führt hier aus, dass die Außendarstellung der Krankenhäuser mittlerweile – sowohl gesellschaftlich als auch aus Sicht der Krankenhausleitung – von zentraler Bedeutung sei. Um hier einen positiven Eindruck zu erzielen und auch „Kunden“ aus dem Ausland anzuziehen, würde hochrangiges ärztliches Personal akquiriert werden. Die Pflege würde da eher nachrangig behandelt werden. Auch wenn sie die zentrale Bedeutung der pflegerischen Arbeit betont, bekommt diese Frau Duve zufolge nicht die Anerkennung und den Stellenwert, der ihr zustehen würde. Der Pflege als Berufsgruppe wird diesem Zitat zufolge keine repräsentative Funktion zugesprochen wie z. B. dem ärztlichen Personal. Hier zeigt sich die Wahrnehmung eines deutlichen Statusunterschiedes zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal.

Der Stellenwert der Pflege im Kontext Krankenhaus wird nicht von allen Interviewten negativ bewertet. Einige, z. B. Herr Becker, nehmen eine positive Entwicklung wahr. Er hat den Eindruck, dass der Stellenwert der Pflege mittlerweile genauso hoch sei wie der des ärztlichen Personals:

Ich find' schon, dass die Pflege einen Stellenwert hat, der durchaus gleich is, wie der der Mediziner, also der Ärzte. Das find' ich in den letzten Jahren haben sich da die Pflegekräfte schon emanzipiert. Das hat sich auch zum Guten gewandt [...] Also, ich mein', mir is schon bewusst, dass es Ärzte sind, dass es Akademiker sind, dass die letztendlich auch mehr Verantwortung haben. Ich möchte auch nich' unbedingt diese Verantwortung haben, die die tragen. Da hab' ich auch Respekt vor. Aber, ich fühl' mich nich untergeordnet. Das is zum Glück auch mittlerweile nich mehr so. (Herr Becker: 253)

Das ärztliche Personal hätte zwar eine höhere Qualifikation durch ihre Akademisierung und würde mehr Verantwortung tragen. Aus seiner Sicht habe aber eine Emanzipation der Pflege stattgefunden, die mit dem Aufbrechen der traditionellen Rollen einhergehe. Er habe nicht mehr das Gefühl, dem ärztlichen Personal untergeordnet

zu sein. Frau Schumacher hat ebenfalls den Eindruck, dass sich das Ansehen der Pflege verbessert hat. Die alten Vorurteile, dass Pflege nur aus „waschen und füttern und Scheiße wegmachen“ bestehe, seien heute „viel mehr zurückgegangen“ (Frau Schumacher: 130). Sie nimmt eine Aufwertung der Pflegearbeit auch unter den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus wahr.

Es zeigt sich ein ambivalentes Bild der Pflegenden in Bezug auf ihren Stellenwert im Krankenhaus. In den Interviews wird deutlich, dass sie sich ihrer hohen Bedeutung für das Funktionieren eines Krankenhauses durchaus bewusst sind, sich diese hohe Bedeutung aber nicht in dem Maße in ihrem Stellenwert widerspiegelt. Frau Weber sieht eine Erklärungsmöglichkeit für diese Diskrepanz in dem eigenen Verhalten der Pflegenden:

Vielleicht behauptet sie sich selber auch zu wenig. Also, ich weiß nicht, ob wir uns einfach selber immer unter den eigenen Scheffel stellen, und uns teilweise selber zu dem machen, was wir sind. Und uns nicht dann auflehnen und sagen, "so, jetzt hört mal zu, unsere Arbeit, die wir machen ist auch wichtig. Und die ist auch gut." Und das ist eigentlich mit das Wichtigste hier im Krankenhaus. Weil, wenn wir nicht wären, was würden dann alle anderen machen? [...] Ich denke, das ist wirklich schon auch 'n Problem der Pflege selbst ist. Dass man sich da zu wenig behauptet. Ja. Das ist ja in anderen Ländern auch ganz anders. Also so in den skandinavischen Ländern und in der Schweiz ist der Stellenwert der Pflege, ja, ganz, ganz anders auch im Krankenhaus, ganz anders gesehen. (Frau Weber: 132)

In dieser Interviewpassage erläutert Frau Weber mögliche Gründe für den niedrigen Stellenwert der Pflege. Zum einen würde sich die Pflege zu wenig selbst behaupten. Auch wenn sie sich der zentralen Bedeutung ihrer Tätigkeit bewusst seien, würden die Pflegenden sich nicht für eine Verbesserung ihrer Position oder ihres Ansehens einsetzen, sondern ihr „Licht unter den Scheffel stellen“. Das damit einhergehende Verbleiben in einer untergeordneten Rolle, die in diesem Zitat implizit angesprochen wird, schreibt Frau Weber auch der Pflege selbst zu. Sie würde nicht aufstehen und die Position einnehmen, die ihr aufgrund der Wichtigkeit ihrer Tätigkeit eigentlich zustehen würde. Sie zieht einen Vergleich zu dem Stellenwert der Pflege in anderen Ländern wie der Schweiz oder den skandinavischen Ländern, dort sei die Pflege viel angesehener.

Frau Christansen sieht ebenfalls die Pflege selbst in der Verantwortung bzgl. ihres Stellenwerts. Aus ihrer Sicht ist die fehlende Lobby der Pflege in Deutschland ein Grund für die untergeordnete Position der Pflege:

Zudem muss man dazu immer noch sagen, dass wir natürlich immer noch nicht 'ne eigene Lobby haben in vielen Bereichen. Dass wir dann immer natürlich unter anderen Fuchteln stehen, und uns langsam natürlich davon frei machen müssen. Wir müssen uns mal langsam dahin stellen, und auch sagen, "hören sie mal zu, das ist

unser Bereich und dafür stehen wir ein." Und dementsprechend, dass wir dann auch 'ne Lobby finden. Aber viele Altschwestern wollen das halt noch gar nicht irgendwie [...] was ich nich verstehen kann. Also, da muss man sich für einsetzen. Sonst kann man auch nichts fordern (Frau Christiansen: 20)

Wichtig für die Emanzipation der Pflege sei eine eigene Lobby und auch ein Bewusstsein für den pflegerischen Bereich. Wenn die Pflege eine eigene Lobby hätte, so Frau Christiansen, könne sie sich langsam von ihrer untergeordneten Rolle befreien und einen eigenständigen Pflegebereich etablieren, der dementsprechend eine besondere Verantwortung beinhaltet. Hier zeigt sich, dass die Entwicklung eines eigenständigen Arbeitsbereiches der beruflichen Pflege als wichtiger Faktor für den Stellenwert und die Position der Pflege gesehen wird. Widerstände in Bezug auf die Emanzipation sieht sie z.T. bei ihren Kolleginnen, die schon lange im Beruf tätig sind, diese seien dazu nicht wirklich bereit. Die traditionellen Strukturen im Krankenhaus aufzubrechen – insbesondere die Rollen der Ärzte und der Pflege – erfordere viel Selbstbewusstsein:

Und ich glaube, da gehört natürlich auch viel dazu. Viel Selbstbewusstsein, um sich durchzusetzen. Und das is manchmal wirklich schwierig. Und du musst auch in vielen Situationen ja sehr redegewandt sein. Weil natürlich, wenn da 'n Akademiker kommt, der zwanzig Jahre im Bereich is, der labert dich in die Tasche, wenn er intelligent genug is. Ich mein', da gibt's auch andere, aber, da musst du dich natürlich da hinstellen. Und alleine diese Lobby aufzuknacken Arzt-Schwester, is ja schon 'n Problem. (Frau Christiansen: 100)

Frau Christiansen thematisiert hier Statusunterschiede zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und der Pflege. Das ärztliche Personal sei aus ihrer Sicht u. a. aufgrund der akademischen Ausbildung rhetorisch besser aufgestellt als die Pflege. Es sei nicht so einfach, die „Lobby aufzuknacken“. Aus ihrer Sicht ist es aber für die Emanzipation der Pflege von den alten hierarchischen Strukturen zentral, dass die Pflege sich für einen eigenen Pflegebereich mit einer eigenen Lobby einsetzt.

Insgesamt wird deutlich, dass die Pflege aus Sicht der Interviewten zum einen eine unspezifische und diffuse Rolle im Krankenhaus einzunehmen scheint, die zudem eine kompensatorische Funktion hat, da die Pflege sowohl Aufgaben aus anderen Bereichen im Krankenhaus übernimmt als auch als Ansprechpartner für offen gebliebene Fragen¹⁰⁰ und Kritik seitens der Patienten fungiert. Bei einigen Pflegekräften entsteht so der Eindruck, sowohl „Mädchen für alles“ als auch „Sündenbock“ für alle zu sein. Zum anderen zeigen die Aussagen, dass viele der Interviewten ihren eigenen Stellenwert im Kontext Krankenhaus eher niedrig einschätzen. Auch wenn

¹⁰⁰ vgl. Kap. 5.3.1

einige Pflegekräfte Aufwertungstendenzen wahrnehmen und eine Emanzipation der Pflege vom ärztlichen Bereich konstatieren, sehen andere Interviewte in dem Umgang des Managements mit der Arbeitssituation der Pflege einen deutlichen Hinweis auf den geringen Stellenwert der Pflege im Kontext Krankenhaus. Eine Ursache für den geringen Stellenwert wird demzufolge in den ökonomischen Umstrukturierungen gesehen. Eine weitere Ursache für den als gering empfundenen Stellenwert schreiben einige Interviewte der Pflege selbst zu. So würde sich das pflegerische Personal zu wenig behaupten, auch fehle ein Bewusstsein für den eigenen Arbeitsbereich. Nichtsdestotrotz erhalte die Pflege nicht die Anerkennung, die ihr aufgrund der zentralen Bedeutung der pflegerischen Arbeit zustehen würde. Hier zeigt sich ein klares Bewusstsein für die zentrale Rolle der Pflege im Kontext Krankenhaus, die aber in einem Widerspruch zu dem wahrgenommenen Stellenwert steht.

6. Veränderungsprozesse aus Sicht der Managementebene

Die ökonomisch induzierten Umstrukturierungen im Krankenhaussektor werden mit weitreichenden Umbauprozessen in der internen Struktur und in der Ausrichtung der Krankenhäuser in Verbindung gebracht. Um ihre Existenz im verschärften Wettbewerb sichern zu können, findet in vielen Krankenhäusern ein Umdenken statt. Neue Managementkonzeptionen halten Einzug, auch die Führungs- und Organisationsstruktur in vielen Krankenhäusern befindet sich in einem Prozess der Neuausrichtung (vgl. Kap. 3.2.1). Wie dieser Umbruchprozess aus Sicht des Krankenhausmanagements wahrgenommen wird, ist Gegenstand dieses Kapitels. Sowohl pflegerische Leitungskräfte als auch Personen aus dem strategischen Management und dem kaufmännischen Bereich werden dieser Ebene zugerechnet.

Im Folgenden wird zunächst rekonstruiert, welche Anpassungsstrategien an die Neuausrichtung an markt- und wettbewerblichen Prinzipien sich in den Krankenhäusern dieses Samples finden lassen und welche Auswirkungen sich hierdurch für die Arbeitssituation und die Arbeitsinhalte des Krankenhausmanagements ergeben (Kap. 6.1).

Im Anschluss daran wird die Sicht des Managements auf die Veränderungsprozesse dargestellt. Wie die Interviewten die neue Ausrichtung an marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen wahrnehmen, welches organisationale Selbstverständnis sie in Bezug auf die Aufgaben der Krankenhäuser haben und welche Erwartungen bzgl. der Versorgungsqualität bestehen, wird im zweiten Abschnitt dieses Kapitels (Kap. 6.2) nachgegangen.

Abschließend wird die Sicht des Managements auf die Pflege rekonstruiert. Hier wird zum einen dargestellt, wie die Arbeitssituation in der Pflege vom Management wahrgenommen wird und welche Handlungsstrategien seitens des Managements in Bezug auf die hohe Arbeitsbelastung in der Pflege verfolgt werden. Zum anderen wird die Sicht des Managements in Bezug auf die Rolle und den Stellenwert der Pflege im Kontext Krankenhaus rekonstruiert (Kap. 6.3).

6.1 Krankenhausmanagement im Wandel

6.1.1 Krankenhausorganisation und Führungsstruktur

Die Neuorientierung an Markt und Wettbewerb im Krankenhaussektor hat auch in den Krankenhäusern dieses Samples zu verschiedenen Anpassungsstrategien geführt. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass in allen Krankenhäusern eine Neuausrich-

tung auf der organisatorischen Ebene zu beobachten ist, vor allem im Hinblick auf die Organisations- und Führungsstruktur. In der folgenden Interviewsequenz von Herrn Müller¹⁰¹ wird illustriert, wie die Zentrenbildung zu Veränderungen in der Führungsstruktur führt:

Dann haben wir eine neue Organisationsstruktur hier bekommen. Wir waren früher immer nur für eine Klinik zuständig, Pflegedienstleitung. Dann gab's die Zentrenbildung. Und ich bin im Moment jetzt für zwei Zentren Pflegeleitung. Dort haben wir einen Vorstand, ärztlichen Leiter, Pflegeleitung, kaufmännische Leiter und stellvertretenden ärztlichen Leiter. Und diese Funktion für die Pflege habe ich in zwei Zentren. (Herr Müller: 16)

Herr Müller ist Pflegeleitung in einem Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft. Die Zentrenbildung kann im Zusammenhang mit der Tendenz zur Dezentralisierung in der Organisationsstruktur der Krankenhäuser gesehen werden. Im Zuge einer neuen Organisationsstruktur in seinem Krankenhaus ist Herr Müller jetzt nicht mehr als Pflegedienstleiter für eine Klinik zuständig sein, sondern als Pflegeleitung für zwei Zentren. Das Leitungsgremium in den Zentren bestehe aus einem Vorstand, einer ärztlichen Leitung und einer stellvertretenden ärztlichen Leitung, einem kaufmännischen Leiter und einer Pflegeleitung. Im weiteren Interviewverlauf erklärt Herr Müller, dass sein Verantwortungsbereich insgesamt vierzehn Stationen umfassen würde. Die neue Organisationsstruktur betrifft nicht nur die Ebene der Pflegeleitungen, sondern auch die untergeordneten hierarchischen Ebenen. Sie geht insgesamt mit einer deutlichen Reduktion von Führungskräften in der Pflege einher:

Wir haben das alles ein bisschen umorganisiert, die Leitungs-Struktur. Das heißt, eine Stationsleitung ist für zwei Stationen zuständig, und übernimmt dort vornehmlich Management- und Personalentwicklungsaufgaben. Und natürlich die Steuerung dieser Stationen. Also das heißt, dass sehr viele von den Aufgaben, sonst ginge das auch gar nicht, wir waren früher sechzehn Pflegedienstleitungen, und wir sind jetzt noch sieben. Das ginge sonst auch nicht, dass man die gleiche Arbeit macht. (Herr Müller: 20ff)

Aus diesem Zitat geht hervor, dass nicht nur der Bereich der praktizierenden Pflege von einer Ausdünnung des Personals betroffen ist, auch im Bereich der übergeordneten hierarchischen Ebenen in der Pflege zeigt sich eine deutliche Reduktion des Personals. So habe sich die Anzahl der Pflegeleitungen mehr als halbiert. Um die Pflegeleitungen zu entlasten, würde mittlerweile ein Teil der Aufgaben, die vormals die Pflegeleitungen übernommen haben, von den Stationsleitungen übernommen wer-

¹⁰¹Auch die Namen der Interviewten auf der Managementebene wurden anonymisiert und durch Pseudonyme ersetzt. Zudem wurden hier ebenfalls für die weitere Anonymisierung einige Kontextinformationen leicht abgeändert.

den, z. B. Management- und Personalentwicklungsaufgaben, aber auch die Steuerung der Prozesse auf den Stationen. Die Neustrukturierung auf organisationaler Ebene geht dementsprechend nicht nur mit einer Reduktion des Leitungspersonals einher, auch Aufgaben verschieben sich (s.u.). Der Trend zur Neustrukturierung der Krankenhaushierarchie lässt sich auch in weiteren Krankenhäusern des Samples beobachten. So schildert Frau Wolff, die als pflegerische Bereichsleitung in einem freigemeinnützigen Haus arbeitet, wie sich mit der Einstellung einer neuen „weltlichen“ und nicht mehr kirchlichen Pflegedirektorin die Organisationsstruktur in ihrem Krankenhaus verändert hat:

Und wir kriegten dann eine neue Pflegedirektorin hier, eine weltliche. Und sie hat viele Veränderungen gemacht hier im Krankenhaus 'ne ganz andere Organisationsstruktur innerhalb der Pflege. Und seitdem bin ich in Bereichsleitung so zuständig für alle chirurgischen Stationen und die beiden chirurgischen Ambulanzen [...] Da bin ich eben halt auch zuständig für die beiden Ambulanzen und dann sechs chirurgische Stationen [...] Und auf den Stationen hab' ich insgesamt drei Pflegefachleitungen, oder das, was man früher Stationsleitungen sagten, die regeln das unten vor Ort auf den Stationen. (Frau Wolff: 12ff.)

Frau Wolff berichtet, dass sie als Bereichsleitung zuständig sei für sechs Stationen und zwei Ambulanzen. Auf den Stationen wird sie unterstützt von drei Pflegefachleitungen, die ehemals Stationsleitungen hießen und die die Prozesse „unten vor Ort“ auf den Stationen regeln. Auch diese Aussagen implizieren eine Reduktion von Leitungspersonal, vor den Umstrukturierungen gab es eine Stationsleitung für jede Station, mittlerweile ist eine Pflegefachleitung für zwei Stationen zuständig. Ihre Formulierung, dass die Pflegefachleitungen sich um die Belange „unten vor Ort“ kümmern, lässt auf eine gewisse Distanz zu den Pflegekräften an der Basis schließen. Insgesamt zeigt sich ein deutlicher Trend zur Verschlinkung des mittleren Managements, der u. a. auf das Managementkonzept der Lean-Production zurückgeführt werden kann.

6.1.2 Arbeitsinhalte/ Arbeitsverdichtung

Auf der Arbeitsebene des Managements zeigen sich – ebenso wie auf der Ebene der Pflege – deutliche Veränderungen in der Arbeitssituation und in den Handlungsanforderungen. Die Neuorganisation der Leitungsstruktur und die Verschlinkung des mittleren Managements gehen einher mit einer Verschiebung der Aufgabenbereiche und Arbeitsinhalte. Am Beispiel von Herrn Müller wird im Folgenden rekonstruiert, wie sich die Rolle der Pflegeleitungen im Zuge dieser Umstrukturierungen verän-

dert.¹⁰² Seit den oben geschilderten Umstrukturierungen liegen die Aufgaben von Herrn Müller mittlerweile viel mehr im betriebswirtschaftlichen Bereich:

Die sind viel mehr im betriebswirtschaftlichen Bereich, also, Budget-Steuerung der gesamten Bereiche, dass ich sozusagen Mittel-Eingabe innerhalb des Zentrums-Vorstandes, aber auch mit dem Zentrums-Vorstand zusammen beim Krankenhaus Vorstand dann wieder. Also wir haben zwei Mal im Jahr Zielvereinbarungsgespräche, dann auch strategische Geschichten, dass wir uns überlegen, in welche Bereiche sollen sich die Zentren entwickeln, dass, welche Schwerpunkte, mehr Aufgaben in der Entwicklung, also Primary Nurse eingeführt. Da bin ich sehr stark involviert. Also, dass wir so Pflegeorganisations-Geschichten, verändern. Dann in übergeordneten Gremien, Qualitätsmanagement bin ich sehr stark involviert, dass ich dort mit in den Qualitätsgruppen der Kliniken sitze, und dort auch die Sachen dann mitnehme, die dann dort zu organisieren sind, zu regeln sind [...] übergeordnete Prozesse. (Herr Müller: 33)

Aus den Beschreibungen des neuen Aufgabenbereichs von Herrn Müller geht hervor, dass Pflegeleitungen mittlerweile mehr Managementfunktion übernehmen. Budgetsteuerung, Zielvereinbarungen hinsichtlich organisationaler Entwicklungen, strategisches Management sind mittlerweile zentrale Tätigkeiten eines Pflegeleiters. Pflege-rische Bereiche werden mit dem Qualitätsmanagement und neuen Pflegeorganisati-onssystemen wie Primary Nursing auch berührt, insgesamt sei er aber mehr in über-geordnete Prozesse eingebunden. Mit diesen Veränderungsprozessen gehe auch eine Veränderung im Kontakt mit den Pflegekräften an der Basis einher. Den Aussagen von Herrn Müller zufolge war dieser früher intensiver, da war „noch viel mehr Kon-takt mit den Mitarbeitern.“ (Herr Müller: 31). Die Betreuung des Personals vor Ort auf den Stationen ist jetzt, wie oben schon geschildert, mehr Aufgabe der Stationslei-tungen:

Also dass, die Stationsleitungen es mehr übernommen haben, sage ich mal, die Per-sonalentwicklung der Mitarbeiter intensiv zu übernehmen. Und auch Ausfall-Management zum Beispiel, das sind so Punkte, die die mehr übernehmen. Und auch, sag ich mal, die Steuerung der Prozesse vor Ort. Jetzt, wenn's so um Beleg-ung geht, oder so Geschichten. (Herr Müller: 31).

Auch Frau Wolff berichtet von neuen Aufgaben, die im Zuge der Restrukturie-rungsmaßnahmen in ihren Tätigkeitsbereich übergegangen sind:

Also, [ich, Anm. d. Verf.] organisier' und strukturier' auch den gesamten Ablauf, der Patienten. Also, von der Aufnahme bis zur Entlassung. Also in enger Zusam-menarbeit mit den beiden Chefärzten [...] aber so übergreifend, dass man schon ei-ne Struktur haben, wo es schon ein Konzept haben und ein Ablaufstruktur, wie läuft dieser Prozess, nich? Und wie sieht es aus, wenn der Patient aufgenommen worden is? Wo geht er dann hin? [...] Und natürlich dann auch dass die Patienten korrekt

¹⁰² Vgl. Grimm 2013

entlassen werden. Also den ganzen Prozess um den Patienten herum. (Frau Wolff: 30ff.)

Die Interviewte berichtet hier, dass sie sehr in strukturelle Prozesse eingebunden sei. Als Bereichsleitung organisiere und strukturiere sie den gesamten organisatorischen Prozess der Versorgung der Patienten, von der Aufnahme über den Aufenthalt bis hin zur Entlassung. Diese erfolgt aus ihrer Sicht koordiniert und in Absprache mit den ärztlichen Leitungspersonal. Aber auch Aufgaben wie Personalführung und Qualitätsmanagement fallen in ihren Tätigkeitsbereich:

Also ich hab' 'nen Personalführung und bin befugt, also jede Krankenschwester, Krankenpfleger hier, also, des muss ich alles regeln. Weil die gesamte Organisation, Neueinstellungen, und Qualitätsmanagement auf den Stationen, und also ich hab' hundertzehn Mitarbeiter. Das is ja auch eine Menge (Frau Wolff: 28)

Deutlich wird an diesem Zitat, dass der Aufgabenbereich von Frau Wolff sehr groß ist. Die Ausdünnung des leitenden Pflegepersonals geht demnach mit einem deutlichen Zuwachs an Zuständigkeiten einher. Die angesprochenen Hierarchie- und Aufgabenverschiebungen illustrieren, dass das obere Management in erster Linie mit betriebswirtschaftlichen oder prozessorientierten Aufgaben betraut ist. Die Bildung von dezentralen Organisationseinheiten mit Leitungskräften, die sowohl die Budget- als auch die Ergebnisverantwortung in diesem Bereich haben, erfordert mittlerweile auch von den Pflegeleitungen betriebswirtschaftliches Handeln.

Dass die strukturellen Veränderungen nicht nur Auswirkungen auf die Arbeitsinhalte der leitenden Pflegekräfte, sondern auch auf ihre Arbeitssituation haben, illustrieren die folgenden Interviewausschnitte. Die Entwicklungen werden von vielen Interviewten als sehr dynamisch und schnelllebig empfunden, wie der folgende Interviewausschnitt von Frau Wolff exemplarisch zeigt:

Einige Veränderungen geschehen so schnell, also, das is dieses Schnelllebig, nicht? Also einen Tag is es so und am nächsten Tag, hab' ich manchmal so das Gefühl, da müssen wir schon wieder was anderes machen. Also das finde ich schon sehr, sehr, sehr anstrengend. (Frau Wolff: 50)

Frau Wolff beschreibt hier eine hohe Geschwindigkeit und eine gewisse Unbeständigkeit, die mit den Veränderungen einhergehen. Dinge, die an einem Tag gelten würden, könnten am nächsten Tag schon wieder anders geregelt sein. Sie formuliert sehr deutlich, dass sie diese Schnelligkeit als sehr anstrengend empfindet. Auch Herr Müller findet es „nicht ganz einfach, da hinterher zu kommen“ (Herr Müller: 37).

Neben der Wahrnehmung einer neuen Schnelligkeit in Bezug auf die Anpassungsprozesse in den Krankenhäusern berichten verschiedene Befragte auf der Manage-

mentebene auch von einer Arbeitsverdichtung in ihrem Arbeitsalltag. Die strukturellen Veränderungen haben nicht nur auf der Ebene der Pflegekräfte zu einer Verdichtung der Arbeit geführt, sondern auch auf der Ebene des Krankenhausmanagements. So stellt Herr Andres, der als kaufmännische Leitung in einem freigemeinnützigen Krankenhaus tätig ist, fest, dass es vor allem die Themenvielfalt in Kombination mit wenig Zeit ist, die zu einer Verdichtung geführt hat:

Das ist genau hier 'n Thema der Arbeitsverdichtung, dass wir dermaßen viele Themen haben, dass wir kaum dazu kommen, die, in der Breite zu diskutieren. Das is ein Punkt. Und 'n anderer Punkt is der, dass auf Grund der Themenvielfalt, viele Themen auch nich, so wie es gewollt ist, zu Ende gebracht werden. Sondern die werden zwar zu Ende gebracht, aber nicht wie gewollt. Und da fehlt eigentlich die Muße, um das genauso nachzuhalten, wie es eigentlich erforderlich wäre. Das is schade. (Herr Andres: 188)

Eine Folge dieser Arbeitsverdichtung sei es, dass viele Themen in kürzester Zeit diskutiert werden müssen. So sei es kaum möglich, den einzelnen Themen die Aufmerksamkeit zu geben, die sie bräuchten. Auch die Ergebnisse seien dementsprechend nicht immer zufriedenstellend. Herr Andres äußert in dem Zitat sein Bedauern darüber. Neben der Themenvielfalt sieht er eine weitere Ursache für die Arbeitsverdichtung in der Wettbewerbssituation:

Ja, das liegt einfach an der Themenvielfalt, mit der man da überrollt wird und auch ein Konkurrenzdruck natürlich in dem Wettbewerb. Das is halt 'n zeitliches Thema. (Herr Andres: 190)

Die Einführung von Wettbewerbsstrukturen im Krankensektor würde den Konkurrenzdruck zwischen den Krankenhäusern erhöhen. Herr Andres nimmt diesen gestiegenen Konkurrenzdruck in erster Linie als zeitliches Thema wahr. In diesem Interviewausschnitt erweckt er den Eindruck, dass es nicht in seinem Ermessensspielraum liegt, welche Themen in welcher Zeit besprochen werden können, er würde „überrollt“ von der Themenvielfalt. Die Themenvielfalt wird auch von anderen Interviewten wahrgenommen. Herr Dannert arbeitet im Management eines Krankenhauses in privater Trägerschaft. Aus seiner Sicht ist es ebenfalls nicht möglich, sich umfassend mit einem Thema auseinanderzusetzen. Auch er empfindet es als anstrengend, ist aber der Meinung, dass es ein Lernprozess sei:

Und auf der anderen Seite, is natürlich diese Themenvielfalt auch insofern schwierig, dass natürlich immer verschiedenste Informationen auf einen einfließen, und man sich gar nich sozusagen, zwei Stunden mal auf eine Sache konzentrieren kann, sondern muss dann schon sehr stark multitaskingfähig sein. Das is natürlich anstrengend, aber also das lernt man auch mit der Zeit. (Herr Dannert: 24)

Die Ausführungen zeigen, dass die Arbeitsverdichtung ambivalent bewertet wird. Auf der einen Seite wird sie als belastend und anstrengend empfunden, auf der anderen Seite aber als notwendiger Anpassungsprozess im Wettbewerb angesehen.

6.1.3 Mitarbeiterführung und Entscheidungsprozesse

Neben dem beschriebenen Wandel in der Führungs- und Organisationsstruktur berichten die Interviewten auch von neuen Managementstrategien, die mit einer verstärkten Orientierung auf Aspekte wie Mitarbeiterführung und Personalmanagement einhergehen. Diese werden mittlerweile als zentrale Steuerungsinstrumente im Krankenhaus angesehen. Herr Müller schildert dieses exemplarisch am Beispiel der Rolle der Stationsleitungen:

Also, diese alte Führungsrolle der Stationsleitung, wie es früher hieß, „die Öse“ oder da sitzt so 'n Drachen am Schreibtisch irgendwie, die nur delegiert, „Du das, das, das, das“, und dann am liebsten auch funktional, das gehört wirklich mehr und mehr der Vergangenheit an. Solche Leitungen glaube ich, haben wir nicht mehr. Also, dort haben wir auch einen sehr großen Ausleseprozess gehabt jetzt, durch 'n sehr gutes Auswahlverfahren, wo die ganzen Kompetenzen abgeklopft wurden [...] Also dass, die Leitungen die vielleicht gut organisieren konnten, aber nicht wirklich gut führen konnten, nicht wirklich gut Mitarbeiter ansprechen konnten, die mitnehmen konnten, die begeistern konnten, sage ich mal, so 'ne Führungsrolle auch vorleben konnten, durch 'ne hohe soziale Auffangkompetenz, also solche Leitungen haben wir jetzt nicht mehr. (Herr Müller: 94)

Hier wird von einem „Ausleseprozess“ in Bezug auf die unterste Leitungsebene in der Pflege, den Stationsleitungen, berichtet. Die Stationsleitungen, deren Führungsstil als hierarchisch und funktional delegierend beschrieben wird, würde es heute nicht mehr geben. Neue Kompetenzen seien gefragt, nicht mehr die organisatorischen Fähigkeiten würden im Vordergrund stehen, sondern Führungsqualitäten. Im Zuge eines verbesserten Auswahlverfahrens seien mittlerweile nur noch Stationsleitungen im Einsatz, die dieser Neuausrichtung entsprechend ihre Führungsrolle auch ausfüllen könnten. Die Mitarbeitermotivation wird als zentrale Aufgabe gesehen:

Und da ist die Kunst der Stationsleitung, da wirklich mit diesen Mitarbeitern ständig im Gespräch zu sein, die versuchen ins Boot zu holen. Das ist so die größte Aufgabe, sage ich mal vor Ort, für, für so 'n Leadership-Ansatz. Also, jetzt weg vom Management, das können viele Führungskräfte lernen, organisieren. Früher war das wichtig, dass man 'ne Station organisiert hat. Aber wir haben da so 'n bisschen einen Wandel in der Philosophie, dass wir sagen: Nee, wir wollen genau diesen Ansatz eigentlich, dass Mitarbeiter, sage ich mal, geführt werden sollen, müssen und entwickelt werden sollen (Herr Müller: 88).

Herr Müller beschreibt hier einen Wandel in der Philosophie, den er als Leadership-Ansatz bezeichnet. Die Mitarbeiter mit „ins Boot“ zu holen, wird als zentrale Aufga-

be für die Stationsleitungen beschrieben. Im weiteren Verlauf präzisiert der Interviewte, dass die Mitarbeiter angeleitet, geführt und entwickelt werden sollen. Die Optimierungstendenzen im Krankenhaus beschränken sich demzufolge nicht nur auf die Prozesse, auch die Mitarbeiter sollen sich entwickeln und müssen hierzu angeleitet werden. Im folgenden Interviewausschnitt erläutert Herr Müller den Leadership-Ansatz etwas genauer. Dieser hätte

viel mit Feedbackkultur zu tun. Also, und dann gibt es dann verschiedene Instrumente, wie sie sich 'n Bild machen können, wie die Mitarbeiter Patientenversorgung gestalten, sprich, über geplante Pflegebeobachtung, ungeplante Pflegebeobachtung. dass die einfach auch mitgehen, zugucken, wie geht der Mitarbeiter mit Patienten um, so, wie ist die Ansprache? Wie erklärt er denen das? aber auch einfach durch Beobachtung [...] wenn sie präsent sind vor Ort, die Stationsleitungen, zwar nicht mitarbeiten, aber angucken, wie gehen die miteinander um? Wie gehen die mit Patienten um? Wie gehen die mit ärztlichen Kollegen um? Wie gehen die mit den Reinigungskräften um? Wie gehen die mit Angehörigen um? So, und dann zeitnah Feedback geben (Herr Müller: 92)

Der Leadership-Ansatz bezieht sich den Ausführungen zufolge in erster Linie auf die Kontrolle der Arbeitsweisen der Mitarbeiter. Sowohl der Umgang mit den Patienten und Angehörigen als auch der Umgang mit Kollegen aus anderen Arbeitsbereichen stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit, hierzu sollen die Pflegekräfte auf den Stationen direkt oder auch indirekt beobachtet werden und zeitnah ein Feedback über ihr Verhalten bekommen. Auf die Frage, wie die Mitsprachemöglichkeiten der Pflegekräfte auf den Stationen seien, auch in Bezug auf Verbesserungsvorschläge, antwortet Herr Müller: „jetzt nicht explizit benannt, aber das soll schon so sein, dass das ein partnerschaftliches Miteinander ist“. (Herr Müller: 94). Die Sequenz verweist aber deutlich auf eine hierarchische Sicht auf das Pflegepersonal. Die leitenden Pflegekräfte würden sich mittlerweile durch eine „hohe soziale Auffangkompetenz“ auszeichnen. Diese würden sie benötigen, um die Pflegekräfte auf den Stationen zu führen und zu entwickeln. Die Gruppe der Stationsleitungen wird hier als kontrollierendes und motivierendes Organ gesehen. Demgegenüber wird den Pflegekräften an der Basis die Kompetenz zu adäquaten eigenständigem Handeln weitestgehend abgesprochen, indem eine Hauptaufgabe der Stationsleitungen in der direkten oder indirekten Kontrolle der Arbeitsweisen der Pflegekräfte gesehen wird, um diese durch ein zeitnahes Feedback zu verbessern. Ein „partnerschaftliches“ Miteinander lässt sich in den Schilderungen des Leadership-Ansatzes nicht erkennen. Die Bedeutung der Personalführung wird auch in anderen Interviews herausgestellt. Herr Andres, kaufmännische Leitung eines freigemeinnützigen Krankenhauses, spricht diese im Zusammenhang mit den Arbeitsbelastungen in der Pflege an, hier wird die Personal-

führung und Personalentwicklung als geeignetes Instrument gesehen, um den Belastungen zu begegnen (vgl. Kap. 6.3.1).

In Bezug auf Machtstrukturen und Entscheidungskompetenzen zeigen die Interviews, dass Entscheidungen und Prozesse in allen Krankenhäusern des Samples von der Geschäftsführung ausgehen und von den folgenden hierarchischen Ebenen umgesetzt werden:

Das machen wir über die Krankenhausleitung, die ist der Ärztliche Direktor, Pflegedirektoren, kaufmännische Direktoren. Wir überlegen uns natürlich schon, wie wir das einfach wirtschaftlicher gestalten können, wie wir die Abläufe halt verbessern können? Und dann legen wir da so 'n Projekt auf. Einfach über Projektmanagement. Und das ist in der Regel interdisziplinär. (Herr Andres: 30)

Es gibt aber so 'nen Entscheidungsweg, dass die Geschäftsführung sich sozusagen strategisch was überlegt, und sagt, okay, wir könnten jetzt den Bereich zum Beispiel neu aufmachen. Also, der Anstoss kommt immer von der Geschäftsführung in der Regel. (Herr Dannert: 40)

Strategische Prozesse in den Krankenhäusern werden den Aussagen zufolge in erster Linie von der Krankenhausleitung bzw. der Geschäftsführung initiiert. Auch pflegerische Leitungskräfte seien hier eingebunden. Zentrale Kriterien für Veränderungsprozesse sind z. B. die Wirtschaftlichkeit oder die Optimierung von Prozessen.

Die Pflegekräfte an der Basis sind demgegenüber in übergeordnete Krankenhausprozesse nicht eingebunden, selbst wenn es sich um die direkte Arbeitsumgebung der Pflegenden handelt. Am Beispiel der Planung einer neuen Station schildert Herr Dannert im folgenden Zitat, dass die Pflege aus seiner Sicht hierfür nicht relevant sei:

und die Mitarbeiter, die an der Basis sind, die, sag' ich mal, nich so sehr eingebunden werden wie eben die Pflege zum Beispiel. Weil die Pflege is für eine Organisation 'ner neuen Station erst mal nicht relevant, ne? Das heißt also, wir informieren jetzt nicht unbedingt die Pflegenden wenn die eine neue Station planen, die kriegen das natürlich irgendwann mit im Laufe des Projekts. Aber dadurch entsteht natürlich auch manchmal so 'ne Informationslücke, wo dann die Mitarbeiter sagen, ja, "okay, warum machen die des jetzt?" Da ist vielleicht kein Verständnis da, ne? Und dann sind die eher abgeneigt, als die Führungskräfte zum Beispiel. (Herr Dannert: 46)

Die Organisation einer neuen Station kann dem Befragten zufolge auch ohne die Einbindung der Pflegekräfte erfolgen. Auch wenn er einen Unmut in der Pflege über diese fehlende Einbindung wahrnimmt, der mit einem mangelnden Verständnis für Managemententscheidungen einhergehen würde, scheint daraus kein Handlungsbedarf zu folgen. Herr Dannert stellt in diesem Zitat auch einen Unterschied zwischen den Führungskräften in der Pflege und den Pflegekräften an der Basis fest. Erstere

seien Veränderungsprozessen gegenüber aufgeschlossener. Ob die ablehnende Haltung der Pflege einer mangelnden Einbindung oder der mangelnden Transparenz geschuldet ist, bleibt unklar. Auch über die Organisation einer neuen Station hinaus sei die Pflege in organisatorische Prozesse kaum eingebunden:

aber insgesamt wie ich's vorhin auch schon mal beschrieben habe, is so mein Eindruck, dass die Pflege so in diese ganzen organisatorischen Prozesse, nich so stark eingebunden is. Is ja auch net unbedingt notwendig. Weil, die sind ja wirklich zur Patientenversorgung da, sag' ich mal. Ehm, kann natürlich bei der Pflege das Gefühl hinterlassen, "hey, wir werden ja gar nie gefragt", so. Na? So, das entsteht glaub' ich schon dabei. (Herr Dannert: 72)

Herr Dannert wiederholt in diesem Interviewausschnitt sein Argument, dass es nicht notwendig sei, die Pflege in überordnete organisatorische Prozesse einzubinden. Der Aufgabenbereich der Pflege wird klar definiert, Pflegekräfte seien „wirklich nur“ für die Patientenversorgung zuständig. Auch hier wird der Unmut der Pflegekräfte über die mangelnde Einbindung deutlich thematisiert, ohne dass daraus eine Handlungsempfehlung folgt.

Eine etwas andere Perspektive auf die Entscheidungsprozesse und die Einbindung der Pflege nimmt Frau Schneider ein. Sie schildert aus ihrer Erfahrung als Pflegedienstleitung in einem Krankenhaus in privater Trägerschaft, dass Entscheidungen des Managements aus ihrer Sicht oftmals im Widerspruch zu den Umsetzungsmöglichkeiten auf den Stationen stehen:

Ich arbeite seit einigen Jahren mit in der Pflegedienstleitung. Und hab' da ja auch immer Dienstplanabrechnungen das alles gemacht. Und ja, und hab' dann halt ja, bis letztes Jahr auch da gearbeitet. Also jetzt mit allem Drum und Dran, Bereitschaftsdienst, also Ruf-Bereitschaftsdienste und solche Sachen. Aber ich hab' festgestellt, das is nichts für mich. Da ich weiß, was so auf den Stationen läuft, was da an Arbeit ist. Ich kann viele Sachen nich so mitgeben, wie es sein soll. Weil ich weiß, dass das teilweise auch nicht umsetzbar is. Und ich kann das nich so vertreten. (Frau Schneider: 154)

Frau Schneider hat in ihrer Berufskarriere als Krankenschwester angefangen und kennt dementsprechend die Situation auf den Stationen. In ihrer Schilderung berichtet sie von einem Spannungsfeld zwischen den strategischen Entscheidungen des Managements und den Umsetzungsmöglichkeiten auf den Stationen. Den für sie hieraus resultierenden Konflikt hat Frau Schneider gelöst, indem sie ihre Position in der Pflegeleitung aufgegeben hat und jetzt in einem anderen Tätigkeitsbereich arbeitet. In den anderen Interviews auf der Managementebene wird die Diskrepanz zwischen Managemententscheidungen und der Situation auf den Stationen nicht thematisiert.

6.2 Ökonomie und Gesundheitsversorgung aus Sicht des Managements

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich die Interviewten auf der Ebene des Managements im Hinblick auf die ökonomisch induzierten Veränderungen – die Neuausrichtung an markt- und wettbewerblichen Prinzipien, die Einführung des DRG-Systems und die Öffnung des Krankenhausesektors für Privatisierungen – positionieren (Kap. 6.2.1). Im zweiten Abschnitt werden die Strategien dargestellt, mit denen die Krankenhäuser auf die neuen Wettbewerbsstrukturen reagieren (Kap. 6.2.2). Anschließend steht das organisationale Selbstverständnis der Interviewten im Fokus. Hier wird rekonstruiert, was die Interviewten als die zentrale Aufgabe eines Krankenhauses ansehen und an welchen Zielen sie sich orientieren (Kap. 6.2.3). Welche Auswirkungen in Bezug auf die Versorgungsqualität wahrgenommen werden und was für die Interviewten zentrale Maßstäbe für eine qualitativ hochwertige Versorgung sind, wird abschließend rekonstruiert (Kap. 6.2.4).

6.2.1 Neujustierung Krankenhausesektor

Markt und Wettbewerb

Die Neuausrichtung an marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen, vor allem die Einführung von Wettbewerbsstrukturen, wird von den Interviewten überwiegend befürwortet. Frau Voss z. B. bewertet den Wettbewerb uneingeschränkt positiv. Sie arbeitet in einem Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft in einem Geschäftsbereich, der sich mit der strategischen Weiterentwicklung des Krankenhauses beschäftigt. Auf die Frage, ob sie in Bezug auf den Wettbewerb auch problematische Faktoren sieht, antwortet sie:

Ehrlich gesagt: Nein. Also, dieses Gesundheitssystem war in einer solchen Starre, dass auch mir nichts anderes eingefallen wäre, als Wettbewerb, um das 'n bisschen in Wallung zu bringen. Denn dass das so sein musste, bei den ständig steigenden Kosten. Also wir haben ja ständig steigende Kosten, aber keine Verbesserung der Qualität. Wenn die steigenden Kosten durch Qualität, durch 'ne verbessert Versorgung gerechtfertigt wären, glaub ich, wären auch Beitragszahler bereit, mehr zu zahlen. Wenn ich aber sage, die Qualität wird eigentlich immer schlechter und trotzdem steigen die Kosten immer, dann ist irgendwas falsch am System. Und die Frage ist, wie kommt man da an das System? Und da glaube ich, is Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern 'n ganz guter Weg, weil das zu 'ner Spezialisierung führt. (Frau Voss: 24)

Aus Sicht der Interviewten ist eine Reform des Gesundheitssystems dringend notwendig geworden, da auf der einen Seite die Qualität im Gesundheitssystem immer schlechter geworden sei und auf der anderen Seite die Kosten immer weiter gestiegen sind. Dieser Widerspruch sei ein Hinweis darauf, dass das bestehende System

deutliche Defizite aufweisen würde. In der Einführung von Wettbewerbsstrukturen sieht Frau Voss einen guten und auch alternativlosen Weg, die Struktur des „starren“ Gesundheitssystems aufzubrechen. Wettbewerb würde zu mehr Spezialisierungen im Leistungsspektrum führen und damit die Qualität der Versorgung verbessern:

Das is die gute Seite des Wettbewerbs. Weil sich dadurch wirklich Qualitäten verändern. [...] und über die politischen Vorgaben der Gesundheitsreform, mit der Aufwertung integrierter Versorgungsmodelle. Das is ja im Grunde genommen das: Versorgung aus einer Hand. Einer hat den Hut auf und bietet 'ne Leistung mit Partnern dem Patienten an, und der Patient kann sich dann auf bestimmte Abläufe auch verlassen. Das is im Grunde genommen, wie ich finde, auch 'n sehr guter Ansatz, also, der gesundheitspolitische Ansatz. (Frau Voss: 20)

Positiv sieht sie insbesondere den gesundheitspolitischen Ansatz, integrierte Versorgungsformen aufzuwerten. Dadurch läge die Versorgung der Patienten nicht mehr in der Hand verschiedener Leistungserbringer, sondern in der Hand eines Anbieters, der mit anderen Partnern kooperieren würde. Aus ihrer Sicht würde sich hierdurch die Qualität der Versorgung verändern. Im Verlauf des Interviews spricht sie sowohl Grenzen des Wettbewerbs an als auch Grenzen, die den Krankenhäusern von politischer Seite aus aufgezwungen werden:

Und insofern, denke ich, kann man den Wettbewerb, würde er 'ne Grenze da haben, wo's an Unterversorgung geht. Also die kleinen Krankenhäuser haben's viel schwerer als die großen. Sie werden sicher 'ne Lösung finden müssen [...] wenn sie in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und auch Teilen von Niedersachsen sind, da muss man anders damit umgehen, sorgfältiger damit umgehen. Sie können ja nich für eine ärztliche Versorgung hundertfünfzig Kilometer fahren. Da muss man sich was überlegen, wie man auch da 'ne sachgerechte Qualität aufrechterhält. Insofern muss der Wettbewerb sicher auch Grenzen haben. Hat er aber auch durch die Krankenhaus-Planungsbehörde und all diese Dinge, die's ja auch immer noch gibt. (Frau Voss: 25)

Als zentrale Grenze des Wettbewerbs sieht Frau Voss die Unterversorgung. Sie weist zudem auf regionale Unterschiede im Hinblick auf die Versorgungssituation und strukturelle Unterschiede zwischen den Krankenhäusern im Hinblick auf die Wettbewerbssituation hin. So sei die Gefahr einer Unterversorgung in bestimmten Regionen höher. Zudem hätten kleinere Krankenhäuser deutlich mehr Schwierigkeiten, sich im Wettbewerb zu positionieren. An dieser Stelle seien die immer noch bestehenden politischen Strukturen und Institutionen wie z. B. die Krankenhausplanungsbehörde gefordert, diese Nachteile auszugleichen und weiterhin eine ausreichende, flächendeckende Gesundheitsversorgung anzubieten. In Bezug auf die operative Unternehmensführung wünscht sie sich jedoch mehr Freiheiten seitens der Politik:

Ich glaube, sie sollte sich aus dem operativen Geschäft mehr raushalten. Weil, das Problem is, also sie hatten ja früher im Krankenhausmanagement, oder sie hatten ja

früher 'ne Verwaltung. Und dann hatten sie 'n Verwaltungsdirektor und der hat eigentlich nur das Geld verwaltet und so weiter. Also, und es gibt einfach 'nen Quantensprung an Expertise auf Seiten der Krankenhäuser. Und in der Politik hat man zum Teil das nötige Verständnis, also manche Maßnahmen, zum Beispiel, wenn sie sich Gesetze durchlesen, dann merken sie, die haben einen Teil geändert, aber die wussten gar nicht, dass dieses Gesetz ganz viel verzahnt ist mit anderen Gesetzen, und dann haben die das nich geändert. Und dann funktioniert das gar nich [...] dann is das 'ne unheimlich hohe Unsicherheit auf allen Seiten. [...]Und dieses Einmischen ins Operative find ich schwierig. Und was ich dann noch schwierig, also die Kompromisse sind zum Teil eben auch schwer zu ertragen. Gut, wir ertragen das und wir setzen es auch um, aber das is zum Teil schwierig. Ich wüsste jetzt aber keine bessere Politik, nich wirklich. (Frau Voss: 86)

Die Interviewte beschreibt hier einen Wandel von „Verwalten“ des Krankenhauses zum „Managen“ des Krankenhauses. In diesem Bereich hätten die Krankenhäuser eine gewaltige Entwicklung gemacht, während die Politik aus ihrer Sicht nicht immer das nötige Fachwissen in Bezug auf die aktuelle Situation haben würde. Am Beispiel von Gesetzesänderungen beschreibt sie Diskrepanzen zwischen politischen Vorgaben und Umsetzungsmöglichkeiten im operativen Geschäft. Die Vorgaben umzusetzen sei in der Praxis teilweise schwierig und erfordere oftmals Kompromisse. Ihre Kritik an den bestehenden und oftmals schwierigen Regularien mildert sie abschließend ab, indem sie sagt, dass sie aber auch keine „bessere“ Politik wüsste.

Weitere Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitssystem werden vor der Vergleichsfolie des Wettbewerbs im produktionswirtschaftlichen Bereich angeführt:

Also, hier können sie halt nicht nur mit Stückzahlen argumentieren und so. Letztlich jeder, der irgendwie krank wird, wünscht sich, eine möglichst optimale, fachliche und menschliche Versorgung. und insofern ist das finde ich, schon schwer zu vergleichen mit jetzt irgend 'nem Opel-Werk oder so. Das finde ich kann man nicht. Das sucht sich niemand aus, dass er krank wird. Ich suche mir aber aus, ob ich jetzt 'nen Metallicgrünen Opel noch was haben will, oder mir nur 'nen Smart leisten kann. Also, ich kann mir aber nicht aussuchen, ob ich irgendwie mir den Blinddarm billig oder teuer rausnehmen lassen will. Ahm, das, finde ich, da hat der Staat schon eine Verpflichtung, da gewisse Standards zu setzen. Also den Anspruch habe ich schon. (Herr Müller: 124)

Herr Müller betont hier die Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsleistungen seien keine Leistungen, die man freiwillig konsumieren würde. Zudem hätte der „Verbraucher“ dieser Leistungen keine Wahlmöglichkeit in Bezug auf den Preis. Im Vergleich zum Produktionsbereich seien das gravierende Unterschiede. Leistungen im Gesundheitssystem könnten dementsprechend nicht anhand von Produktzahlen bewertet werden. Wie Frau Voss sieht auch Herr Müller den Staat als Korrektiv für die möglichen negativen Auswirkungen des Wettbewerbs. Aus Sicht der Interviewten trägt er die Verantwortung für die Ausgestaltung des Wettbewerbs

im Krankenhaussektor. Der Staat müsse sowohl Sorge dafür tragen, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen gesichert sei, als auch qualitative Standards setzen.

DRGs

Die Einführung der DRGs wird von den Interviewten einhellig als größter Einschnitt im stationären Sektor gesehen. Die Verkürzung der Verweildauer und die Erhöhung der Fallzahlen, die mit der Einführung der Fallpauschalen einhergehen, hätten ein enormes Tempo in die stationäre Versorgung gebracht. Die Interviewten bewerten die Einführung der DRGs überwiegend positiv, nennen aber auch problematische Aspekte. Aus Sicht von Herrn Dannert bedeutet die Einführung der DRGs einen „kompletten Gedankenwandel“:

Also, die einschneidendste Veränderung war sicherlich die Einführung des DRG-Systems. Weil das 'n kompletten Gedankenwandel ausgelöst hat. Weil, früher sag' ich mal, waren das ja paradiesische Zustände. Je länger ich den Patienten lass, desto besser is es. Aber, das dreht ja alles um, also, ich glaub' der Vorteil vom DRG-System für den Patienten is, das is jetzt auch sicherlich 'ne sehr optimistische Annahme, aber der muss nich mehr so lang im Krankenhaus bleiben, ne? Also, er kann sozusagen auch mit weniger Behandlungstagen wieder nach Hause gehen. Und es is ja glaub' ich grundsätzlich im Sinne eines jeden Patienten, ne? Aber auf der anderen Seite muss da echt gucken, dass man diese Entwicklung nicht dahin führen lässt, dass da blutige Entlassungen gemacht werden. Und dass dann eben halt Patienten zu früh entlassen werden. Is natürlich die Risikoseite. Daher denk' ich, war das der entscheidendste Einschnitt in der Vergangenheit. (Herr Dannert: 170)

Positiv bewertet wird hier die Senkung der Verweildauer. Herr Dannert argumentiert, dass diese auch im Interesse der Patienten sei, die durch die Verkürzung der Verweildauer schneller aus dem Krankenhaus entlassen werden würden. Als Kehrseite sieht Herr Dannert jedoch die Gefahr, dass die Patienten zu früh entlassen werden und es zu den sogenannten „blutigen Entlassungen“ kommen würde. Dieses sei ein Punkt, an dem die Krankenhäuser gefordert seien, genau hinzugucken. Frau Wolff ist ebenfalls der Meinung, dass die Verweildauer vor der Einführung der DRGs viel zu lang gewesen sei. Aus heutiger Sicht sei diese bei bestimmten Erkrankungen vollkommen unangemessen gewesen:

Ich kann's natürlich nur jetzt im Rückblick sehen, dass ich finde, so wie wir heute arbeiten, da find ich das vollkommen übertrieben, Patienten mit'm Blinddarm zwei Wochen im Krankenhaus liegen zu lassen, nicht? Oder auch nach einer Entbindung, 'ne, lag man ja auch zwei Wochen im Krankenhaus oder so. Das is ja vollkommen verrückt. (Frau Wolff: 45)

Frau Voss findet die Einführung der DRGs insofern „sinnstiftend“, da sie aus ihrer Sicht zu einer engeren Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich führen würde:

Das Krankenhaus im Hintergrund im Grunde genommen um die stationäre Versorgung, so sie erforderlich ist und nicht mehr ambulant durchgeführt werden kann, dann eben auch dann eben da zu sein, die Versorgung zu übernehmen, aber so schnell wie möglich in den ambulanten Bereich zurück zu geben. Insofern finde ich das DRG-System auch Sinn stiftend. Früher wurden wir nach Tagen bezahlt. Es ist klar, dass man dann einfach mal ein, zwei Tage länger liegen lässt. Das ist jetzt auch nicht betrügerisch oder verwerflich, sondern das ist einfach so. (Frau Voss: 35)

Sie sieht die stationäre Versorgung als „Hintergrund“, die nur für die Fälle genutzt werden sollte, die ambulant nicht durchgeführt werden können. Sobald es möglich sei, sollten die Patienten wieder ambulant versorgt werden. Die in den DRGs enthaltene Begrenzung des stationären Aufenthaltes scheint sie zu befürworten. Auch in Bezug auf die Anreizsetzung findet sie die DRGs sinnvoll. Die vorher praktizierte tagesbezogene Vergütung hätte den Anreiz gesetzt, die Verweildauer der Patienten auch mal um ein bis zwei Tage zu verlängern. Auch wenn das aus ihrer Sicht eine nachvollziehbare Strategie sei, befürwortet sie den systemischen Wandel.

Die von Herrn Dannert angesprochene Risikoseite der DRGs, die „blutigen“ Entlassungen, ist ein Thema, bei dem die Meinungen der Interviewten auseinander gehen. Frau Voss ist der Ansicht, dass sich dieses „Gespenst“ nicht bewahrheitet hat:

Das DRG-System hat nicht zu blutigen Entlassungen geführt. Also das muss man auch ganz klar sagen, dass dieses Gespenst was damals 2004 bei der Einführung 2003/2004 war, "es gehen jetzt alle irgendwie hinkend und blutend nach Hause und die Verbände werden nicht gewechselt", ist jedenfalls nicht das, was ich gespiegelt kriege, weder von Patienten, noch von niedergelassenen Ärzten noch aus unserem Haus. [...] Und dass man dann eben 'ne gute ambulante Nachsorge da, also dann als Krankenhaus auch schon organisiert, damit der Patient wenn er nach Hause geht, für Fragen: "ist das jetzt richtig, dass ich immer noch nicht auf der Toilette war," 'n Ansprechpartner im Krankenhaus hat. (Frau Voss: 35)

Frau Voss verlässt sich auf das ärztliche Ethos und vertraut darauf, dass die ärztliche Verantwortung dafür Sorge trägt, dass es nicht zu „blutigen“ Entlassungen kommt. Sie greift in diesem Zitat den zentralen Aspekt der ambulanten Nachsorge auf. Diese sollte vom Krankenhaus organisiert werden, damit die Patienten auch nach ihrer Entlassung einen Ansprechpartner für ihre Fragen hätten. Aus dem Zitat geht jedoch nicht eindeutig hervor, ob der Ansprechpartner aus dem ambulanten Bereich kommt oder ob die Nachsorge auch durch das Krankenhaus übernommen wird. Einerseits spricht sie von einer guten ambulanten Nachsorge und andererseits von einem Ansprechpartner innerhalb des Krankenhauses, an den sich die Patienten nach ihrer Ent-

lassung wenden könnten. Diese Widersprüchlichkeit lässt den Eindruck entstehen, dass es noch Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten gibt.¹⁰³

Eine andere Einschätzung in Bezug auf die „blutigen Entlassungen“ hingegen haben Herr Müller und Herr Andres. Sie sind in verschiedenen Krankenhäusern mit unterschiedlichen Trägern tätig (öffentlich und freigemeinnützig) und beschreiben unabhängig voneinander, dass die Verkürzung der Verweildauer durchaus zu „blutigen“ Entlassungen“ führen würde. Zudem sprechen beide einen weiteren negativen Effekt des DRG-Systems an, den „Drehtüreffekt“:

So, also die so genannte „blutige Entlassung“, die ja so durch die Gazetten geistert, die gab's und die gibt's weiterhin. Und das ist der Drehtür-Effekt, der ist sicherlich nicht vollständig, sag ich mal, weg, also, das gibt's sicherlich nach wie vor. Also dass Patienten sehr, sehr zügig entlassen werden, wo man sich wünschen würde, denen würde das schon gut tun, noch mal ein, zwei, drei Tage noch mal länger sich ein bisschen zu konstituieren. (Herr Müller: 52)

Herr Müller spricht in dem obigen Zitat ganz klar darüber, dass es „blutige Entlassungen“ geben würde. Die Verweildauer sei nicht für alle Patienten angemessen, einige würden aus seiner Sicht zu früh entlassen. Als Folge zeichne sich der „Drehtür-Effekt“ ab, d.h. die Patienten werden ziemlich schnell nach ihrer Entlassung wieder stationär aufgenommen. Herr Andres Einschätzung ist ähnlich:

Schwierig seh' ich davon eigentlich für die Patienten, das gibt es nämlich auch, das is das Thema "blutige Entlassung". Dass natürlich schon häufig zu früh entlassen wird, zu unversorgt entlassen wird. Gibt's 'ne Menge Patienten. Das kann man in den Foren auch nachlesen. Das is sicherlich 'n Problem, ne? Und dann hat's natürlich auch so 'n Stück weit Drehtüreffekt, nicht? [...] Das is natürlich nicht gut. Es gibt ja auch andere Themen, wie, was ja durch die Fallpauschalen auch eingeführt worden is, hat man früher mehr den ganzheitlichen Blick in der Medizin werfen können, weil das einfach ökonomisch auch nicht so gesteuert war, geht das heute nich. Also, wenn heute einer Bluthochdruck hat, und kommt deswegen in die Kardiologie, und gibt einen in der ärztlichen Anamnese. Na ja auf Nachfrage. hätt' der wohl auch so mal hin und wieder Blut im Stuhl, so würd' ihm schon auffallen, jetzt wo der Arzt hier grad fragt. Dann hat man das früher mit untersucht. Macht man heut nicht mehr, sondern da kommt 'n Entlassungsbrief rein von dem weiterbehandelndem Arzt, "Patient gab hier an, bitte untersuchen" Also, dieser ganzheitliche Aspekt, der is nicht mehr da, sondern es is sehr symptombezogen die Behandlung. Das is durch das Pauschalensystem halt so getriggert. Denn wenn ich da noch 'ne Koloskopie mache bei diesem Patienten mit'm Hochdruck, die krieg ich nich bezahlt innerhalb Fallpauschalensystems für den Bluthochdruck. (Herr Andres: 52)

Die strukturellen Veränderungen würden – neben der Problematik einer zu frühen Entlassung – nach Meinung von Herrn Andres dazu führen, dass der ganzheitliche Blick auf die Patienten verloren geht. So sei es im Fallpauschalensystem nicht vorge-

¹⁰³ Vgl. Kap. 5.1.1, in den Interviews auf der Pflegeebene wird berichtet, dass Patienten sich nach ihrer Entlassung mit offenen Fragen an die Pflegekräfte wenden würden.

sehen, unterschiedliche Erkrankungen (oder auch Fälle) eines Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes abzurechnen. Mit einer Untersuchung, die medizinisch zwar sinnvoll sei, aber in der Fallpauschale des Aufnahmefalles nicht enthalten sei, könne das Krankenhaus keine Erlöse erzielen. Aus ökonomischen Gründen wird in dem geschilderten Fall ein weiterer Krankenhausaufenthalt angestrebt, damit beide Erkrankungen abgerechnet werden können. Als Folge sind die Krankenhäuser durch das DRG-System zum „Fallsplitting“ angehalten, da sie ansonsten ihre Leistungen nicht vergütet bekommen würden. Die genannten Anreize sieht Herr Andres problematisch.

Privatisierung

Neben der Einführung der DRGs ist die Zunahme der Privatisierungen eine weitere entscheidende strukturelle Veränderung im Krankenhausesektor. Frau Voss, tätig in einem Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft, sieht einen deutlichen Unterschied zwischen Krankenhäusern in privater und nicht privater Trägerschaft:

die haben Geld. Wir haben kein Geld. das is logisch, die können investieren. Wir können nur begrenzt investieren. Die haben 'nen ganz anderen Zugang zu Geld am Markt, als das öffentliche Krankenhäuser haben. Und, das is, ja, also, das kann man so sagen. Aber wir sind darüber eigentlich nich unglücklich. Also, das is jetzt nich so dass wir sagen: "Oh Gott, schrecklich." [...] Also mit vor allen Dingen ja auch ein bisschen Spaß. [...] ich finde das nich schlimm, wenn man öffentlich-rechtlich is. Also ich finde es nich so sehr der Heilsbringer, die Privaten sind. Man muss halt dafür sorgen, dass man in dieser öffentlich-rechtlichen Struktur auch flexibel agieren kann. (Frau Voss: 79)

Private Träger haben aus Sicht von Frau Voss einen Wettbewerbsvorteil, da sie finanziell besser aufgestellt seien und mehr investieren könnten als z. B. öffentlich-rechtliche Krankenhäuser. Ihre Schilderung erweckt den Eindruck, dass sie diesen Wettbewerbsvorteil der privaten Häuser nicht als Nachteil sieht, sondern als Herausforderung. Sie macht aber deutlich, dass es auch für Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft bedeutend ist, dass die Strukturen flexibles Handeln ermöglichen. Aus ihrer Sicht sind die Krankenhäuser in privater Trägerschaft nicht die „Heilsbringer“ und es sei auch nicht erstrebenswert, alle Krankenhäuser zu privatisieren. Wichtig sei – und da wiederholt sie ihr Argument von vorhin – dass auch nicht privatisierte Häuser flexibel agieren können:

also privatisiert und privatisiert is ja 'n Unterschied. Also, wenn man eine selbständige Rechtsform für sich selber hat und in staatlicher Trägerschaft bleibt, also, sie könnten sich ja vorstellen, eine GmbH wo Gesellschafter die Stadt is oder 'n Bundesland. Das find ich, kann man machen, weil man einfach in bestimmten Strukturen flexibler is. (Frau Voss: 75)

Frau Voss spricht in diesem Zitat die formellen Privatisierungen an, bei der bisher rechtlich unselbständige Krankenhäuser in eigenständige privatrechtliche Unternehmen umgewandelt werden. Aus ihrer Sicht ist dieses zu befürworten.

Auch Herr Müller, ebenfalls in einem Krankenhaus in öffentlicher Trägerschaft tätig, argumentiert ähnlich. Auch er ist der Meinung, dass effektives und betriebswirtschaftliches Arbeiten nicht so sehr von der Trägerform abhängig ist, sondern vielmehr von der Gestaltung der Strukturen:

Also, wenn das so bürokratisiert ist. Aber wenn sie da die Entscheidungsgewalt vor Ort legen, dann haben auch Häuser in öffentlicher Hand, dann Chancen am Markt. Also das muss nicht, das Heil liegt nicht in der Privatisierung, dafür, dass es effektiv, also, gesund läuft betriebswirtschaftlich (Herr Müller: 116)

Interessant ist, dass Herr Müller ebenso wie Frau Voss betont, dass die Privatisierungen nicht als Heilmittel für den Krankenhaussektor gesehen werden können. Viel wichtiger sei es, auch nicht privat geführten Häusern die Möglichkeit zu effektiven betriebswirtschaftlichem Handeln zu geben und bürokratische Strukturen aufzulösen. In diesen Interviewausschnitten wird indirekt auch der hohe Marktdruck angesprochen. Um am „Krankenhausmarkt“ bestehen zu können, ist aus Sicht der Interviewten in erster Linie unternehmerische Freiheit vonnöten.

Insgesamt zeigen die Interviews, dass die Neustrukturierung des Krankenhaussektors auf der Ebene des Krankenhausmanagements überwiegend positiv bewertet wird. Auch wenn die Grenzen des Wettbewerbs angesprochen werden – z. B. beim Thema Unterversorgung – und deutlich gemacht wird, dass das Gesundheitssystem sich vom „freien“ Markt unterscheidet, zeigen alle Interviewten eine zustimmende Haltung zur Etablierung des Wettbewerbs im Krankenhaussektor. Als Korrektiv für die möglichen negativen Folgen des Wettbewerbs wird der Staat gesehen. Dieser habe die Aufgabe, die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs derart auszugestalten, dass die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sichergestellt ist und bestimmten qualitativen Standards entspricht. Zugleich werden Diskrepanzen zwischen den politischen Regularien und der Realisierung im alltäglichen operativen Geschäft konstatiert und die staatlich gesetzten Grenzen des Wettbewerbs teilweise als zu eng empfunden. Verschiedene Interviewte betonen die zentrale Bedeutung der unternehmerischen Freiheit, die wichtig sei, um am „Krankenhausmarkt“ bestehen zu können. Hierzu seien aber nicht nur private Träger in der Lage, auch Krankenhäuser in anderer Trägerschaft hätten die Möglichkeit, über eine formelle Privatisierung flexiblere Strukturen aufzubauen. In Bezug auf die DRGs wird deutlich, dass diese unterschiedlich bewertet werden. Während einige der Interviewten kaum unerwünschte

Auswirkungen beobachten, sprechen andere Interviewte offen über die Beobachtung von „blutigen Entlassungen“ und dem sogenannten „Drehtüreffekt“. Als positiver Effekt der DRGs wird vor allem die Verkürzung der Verweildauer und die neue Schnelligkeit in den Prozessen wahrgenommen.

6.2.2 Wettbewerbsstrategien

In den Interviews lassen sich verschiedene Strategien identifizieren, mit denen die Krankenhäuser dem gestiegenen Wettbewerbsdruck begegnen. Zum einen werden krankenhauserne Maßnahmen ergriffen, z. B. der Ausbau neuer Geschäftsbereiche. So ist Frau Voss in einem Geschäftsbereich tätig, der sich mit der strategischen Weiterentwicklung des Krankenhauses beschäftigt. Im folgenden Zitat schildert sie, mit welchen Themen sie sich dort auseinandersetzen:

das sind im Grunde genommen alle übergeordneten Projekte, die nicht die Linie betreffen, kann man so sagen. Das sind alle Innovationen, die man als Projekt bezeichnen kann [...] was wir hier bearbeiten, sind neue Versorgungsformen, integrierte Versorgungsverträge. Was wir hier bearbeiten sind Kooperationen, unsere Netzwerkstrategie, Verhandlungen mit anderen Krankenhäusern. aber auch mit niedergelassenen Ärzten, für 'ne möglichst hochwertige, qualitative, medizinische Versorgung [...] Also das eine sind die Vertragsverhandlungen und das andere sind die internen Gespräche mit den Chefärzten, die manchmal im ersten Moment nicht verstehen, warum das gut sein soll, was wir hier so machen. Also das interne Werben um Innovationen, und dann aber auch das externe Werben um Vertrauen, dass man sich ruhig mit uns einlassen kann. (Frau Voss: 10ff.)

In ihrem Arbeitsbereich – so die Interviewte – gehe es in erster Linie um übergeordnete Projekte wie z. B. Kooperationen, Netzwerkstrategien, den Ausbau der Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten, aber auch Überlegungen zu neuen Versorgungsformen. Diese haben zunächst mit dem eigentlichen Versorgungsauftrag der Krankenhäuser nichts zu tun, können aber als Anpassungsstrategien an die Neuausrichtung an Markt und Wettbewerb gesehen werden. Extern werden z. B. Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten angestrebt, um Zuweiserströme zu sichern und die eigene Position im Wettbewerb zu stärken. Intern gehe es viel um das Initiieren von Veränderungen, um das „Werben um Innovationen“. Dieses sei nötig, um die Chefärzte mit ins Boot zu holen. Die Stärkung der eigenen Wettbewerbsposition wird in diesem Zitat nicht explizit als Ziel angesprochen, argumentiert wird mit der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung.

Als weitere strategische Maßnahmen im Wettbewerb werden Veränderungen im Leistungsspektrum der Krankenhäuser thematisiert. So berichtet Herr Dannert, dass

seine Klinik gerade eine neue neurologische Station eröffnet habe. In diesem Bereich habe es regional eine Unterversorgung gegeben:

Also, konkurrenzfähig zu bleiben, sag' ich mal so, oder einerseits is natürlich wichtig, dass man halt, würd' mit seinen Kliniken ganz gut aufgestellt is, was so das Leistungsspektrum anbelangt und ich such' jetzt grad' nach'm aktuellen Beispiel, was wir machen. Also, wir haben zum Beispiel eine Neurologie eröffnet, eine neurologische Station, die gab's jetzt bisher in dieser Gegend so noch nicht. (Herr Dannert: 36)

Um konkurrenzfähig zu bleiben, so Herr Dannert, würde nach Versorgungslücken geschaut werden, um dann dementsprechend das Leistungsspektrum zu erweitern.

Zudem wird verstärkt auf Marketing im Hinblick auf die Außendarstellung gesetzt. Herr Dannert schildert im folgenden Zitat, das vor allem das Anwerben von ärztlichem Personal ein geeignetes Instrument für die Stärkung der eigenen Position im Wettbewerb sei:

und die andere Möglichkeit is eigentlich, gute Ärzte zu gewinnen, sag' ich mal. Weil, also die Ärzte sind schon das Aushängeschild häufig, und damit hängt natürlich auch so zusammen, welche niedergelassenen Ärzte weisen denn die Ärzte, weisen dann ihre Patienten ins Krankenhaus ein. Das is natürlich häufig auch so eine persönliche Bindung, ne? Man kennt sich irgendwie. Ärzte kennen sich dann vom Studium her zum Beispiel. Oder wissen einfach, der Arzt hat 'n guten Ruf im Krankenhaus, und weisen dann dementsprechend die Patienten zu. Also, das is auch noch mal ne Möglichkeit, so jetzt mal einfach aus ökonomischer Sicht Patienten zu gewinnen, und damit dann konkurrenzfähig zu bleiben, ne (Herr Dannert: 36)

In diesem Interviewausschnitt wird die Bedeutung des ärztlichen Personals in Bezug auf die Wettbewerbssituation betont. Nicht nur im Hinblick auf die Außenwirkung, auch im Hinblick auf die Patientenzuweisungen sei es wichtig, „gutes“ und vernetztes ärztliches Personal zu haben. Niedergelassene Ärzte würden ihre Patienten eher in ein Krankenhaus einweisen, in dem das ärztliche Personal einen guten Ruf habe. Auch würde eine persönliche Bindung zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Arzt im Krankenhaus eine positive Auswirkung auf die Zuweisung von Patienten haben. Ärztliches Personal wird hier als entscheidender Faktor im Konkurrenzkampf um Patienten gesehen.

Ambivalent ist Herr Dannert hingegen in Bezug auf die Frage nach der Bedeutung der Qualität eines Krankenhauses als Wettbewerbsfaktor:

über den dritten Faktor Qualität, sag' ich mal, des is, mag man jetzt so nicht meinen, das es 'n wichtiger Punkt is. Glaub' ich aber gar nich so, weil den Patienten selber, es gibt zwar Qualitätsberichte und so, die man sich auch im Internet runter laden kann, aber der Patient selber, für den is ja die Qualität eines Krankenhauses schwer messbar, ne? Also, daher fungiert es eigentlich eher so über die, ja, über die Ärzte hauptsächlich. Wie ich vorher schon dargestellt? Wenn der Arzt bekannt is, und

man weiß einfach, der macht seinen Job hier gut, dann kommen auch die Zuweisungen letzten Endes, ne? (Herr Dannert: 36)

Aus Sicht von Herrn Dannert ist die nach außen getragene Qualität zwar ein wichtiger Faktor in der Wettbewerbssituation. Er bezweifelt aber, dass diese für die Patienten in irgendeiner Form messbar sei, auch nicht über die Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Vielmehr sei das ärztliche Personal ein sichtbares Merkmal für Qualität. Herr Dannert wiederholt hier sein Argument, dass für die Sicherung der Position im Wettbewerb in erster Linie die Ärzte ausschlaggebend seien.

Zusammenfassend zeigen die Aussagen, dass sowohl der Ausbau von neuen Versorgungsformen und Kooperationen mit anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen als auch die Anpassung des Leistungsspektrums als Wettbewerbsstrategien verfolgt werden. Darüber hinaus wird die Außendarstellung als wichtiger Faktor im Konkurrenzkampf mit den anderen Krankenhäusern gesehen. Hier wird vor allem dem ärztlichen Personal eine besondere Rolle zugesprochen.

6.2.3 Organisationales Selbstverständnis/ Zielsetzungen

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass die Neuausrichtung der Krankenhäuser an Markt und Wettbewerb zwar mit einigen negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung in Zusammenhang gebracht wird, im Großen und Ganzen von den Interviewten aber eher positiv konnotiert ist. Ob und inwieweit die ökonomisch induzierten Veränderungen auch zu einer Neuausrichtung in den Zielsetzungen der Krankenhäuser geführt haben, wird im Folgenden rekonstruiert.

In den Interviews lassen sich in Bezug auf die Aussagen zu den Aufgaben und der Zielsetzung der Organisation Krankenhäuser in erster Linie Gemeinsamkeiten unter den Befragten identifizieren. Als zentrale Aufgabe der Krankenhäuser wird die Erfüllung des Versorgungsauftrages gesehen. Frau Voss differenziert hier zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Die Aufgabe der Krankenhäuser liege in der Unterstützung des ambulanten Sektors, als Hintergrundversorgung für die Behandlungen, die im ambulanten Bereich nicht durchgeführt werden können, z. B. bei schweren Erkrankungen und operativen Eingriffen. Krankenhäuser sind aus ihrer Sicht zuständig

Für Spezialitäten auch ambulante Versorgung für schwere Erkrankungen, Aufklärung ganz stark, 'ne interdisziplinäre Versorgung, und dann eben die stationäre Versorgung. Also operative Eingriffe, aber auch, Versorgung von Schlaganfallpatienten, onkologischen Patienten und so weiter, sofern stationäre Sachen da erforderlich sind. (Frau Voss: 37)

Herr Andres betont ebenfalls den Versorgungsaspekt. Aufgabe der Krankenhäuser ist es:

Menschen in Not zu helfen durch Krankenpflege und Medizin. Das is Selbstverständnis hier. Das is was anderes, das konnten wir ja auch in den zehn Jahren sehen, als wenn sie zu privaten Kliniken gehen, wie Rhön und so weiter, die als Aktiengesellschaften, aufgestellt sind, oder in Personeneigentümerschaft stehen, und die 'ne fünfzehnprozentige Rendite sehen wollen. Das is hier nicht die Zielsetzung. Das, was wir hier verdienen, das stecken wir in das Krankenhaus rein [...] Natürlich müssen wir hier auch sparen. Wir kriegen ja auch weniger Mittel von den Krankenkassen. Also insofern müssen wir uns da auch anpassen, und wenn sie die einzelne Schwester fragen, ob sie zu viel zu tun hat. das is die Arbeitseinrichtung, wie ich sage. Das is sicherlich so. Aber es is was anderes eh, als wenn dahinter steht, dass ich eben meinen Eigentümer befriedigen muss. (Herr Andres: 134)

In seinem Selbstverständnis bezüglich der Aufgaben seines Krankenhauses grenzt sich Herr Andres deutlich von den Renditeerwartungen ab, die er im Zusammenhang mit privaten Krankenhausträgern beobachtet. Die Ausrichtung auf Rendite entspricht nicht seinem Selbstverständnis von den Aufgaben eines Krankenhauses, diese liegen vielmehr in den Versorgungsaspekten, es gehe darum, „Menschen in Not zu helfen“. Die wirtschaftlichen Zwänge sind seines Erachtens deutlich spürbar und hätten eine erhöhte Arbeitsdichte zur Folge. Im Unterschied zu privaten Trägern würden Gewinne in seinem Haus reinvestiert werden und somit dem Krankenhaus zugutekommen. Auch wenn der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser immer noch die zentrale Aufgabe der Krankenhäuser sei, hat sich der Charakter gesundheitsbezogener Dienste aus Sicht von Herrn Andres verändert:

Also der hat sich verändert. das sind die Themen, die ich schon genannt habe, das is durch mehr Transparenz, einfach mehr Kommunikation, mehr auch fachliche Kommunikation zwischen Patienten und Leistungserbringer da. Und wir haben 'ne deutlich höhere Service-Komponente damit drin. Das sind so Veränderungen, die eingetreten sind. (Herr Andres: 178)

Gesundheitsversorgung sei heutzutage gekennzeichnet durch mehr Transparenz, mehr Kommunikation und eine erhöhte Servicekomponente. Die Servicekomponente wird in einem weiteren Zitat ausgeführt. An die Patienten wird heutzutage

mehr serviceorientiert auch herantreten, also nicht nur die Wahrung der individuellen Bedürfnisse, in Bezug jetzt auf das Thema Krankheit und Lebenssituation, sondern auch noch die Hotel-Komponente dabei, ne? (Herr Andres: 182)

Die Orientierung auf die Bedürfnisse der Patienten würde mittlerweile nicht mehr nur auf die Krankheit und die Lebenssituation bezogen sein, sondern auch auf den Komfort, eine „Hotel-Komponente“ sei dabei. Der „neue“ Charakter gesundheitsbezogener Dienstleistungen zeichnet sich Herrn Andres zufolge vor allem durch positi-

ve Attribute aus. Seine Ausführungen weisen zudem auf eine neue Sicht auf die Patienten hin. Sie würden nicht mehr nur in Bezug auf ihre Bedürfnisse wahrgenommen werden, sondern auch als Kunden, wie die Benennung einer „Hotel-Komponente“ impliziert. Diese „Kundenorientierung“ wird von dem Interviewten aber eher als Ergänzung zur Patientenorientierung verstanden.

Auffällig ist, dass sich nicht nur Herr Andres, sondern auch weitere Interviewte aus den Krankenhäusern in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft sich in ihrer Zielsetzung von den Renditeerwartungen in Krankenhäusern in privater Trägerschaft deutlich abgrenzen. Während sie privaten Trägern eine Ausrichtung auf Rendite als zentrales Ziel zusprechen, stellen sie in ihren Ausführungen Versorgungsaspekte in den Vordergrund. Zeitgleich wird deutlich, dass auch in öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern eine Gewinnerwartung vorhanden ist. So berichtet Herr Müller, dass in seinem Haus die Dividende u. a. in eine vernünftige Personalausstattung reinvestiert werden würde:

So, wenn wir die Dividende haben, die können wir reinvestieren. Machen die [privaten, d. Verf.] natürlich auch zum Teil, aber die brauchen auch mehr Ausschüttung. So und das, meine ich, geht heute noch zu Lasten der Belegschaften. [...] Wir können unsere Rendite, die wir jetzt leider nicht so effektiv haben, aber die wir letztlich schon haben, weil wir immer wirtschaftlicher werden, und dort eben eher reinvestieren in vernünftige Personalausstattung, ärztlicher, pflegerischer. (Herr Müller: 118)

Wie Herr Andres betont Herr Müller, dass die erwirtschafteten Gewinne in seinem Krankenhaus – im Gegensatz zu den privaten Häusern – für versorgungsrelevante Zwecke genutzt werden würden, z. B. pflegerisches oder ärztliches Personal. Die Renditeerwartung in Krankenhäusern in privater Trägerschaft dagegen würde zu Lasten der Belegschaft gehen.

Dass die Vermutung der Interviewten in Bezug auf eine höhere Renditeerwartung in Krankenhäusern privater Trägerschaft nicht unrealistisch ist, zeigt das folgende Zitat von Herrn Dannert, der in einem Krankenhaus in privater Trägerschaft tätig ist:

wir haben 'ne Marge von ich glaub', so was um die acht Prozent in etwa. Also sprich, das heißt acht Prozent unseres Umsatzes können wir als Gewinn sozusagen verbuchen im operativen Geschäft. Damit sind wir im Vergleich zu den Konkurrenten [andere private Träger, d. Verf.] definitiv hinten dran [...] die machen eher so was dreizehn, vierzehn Prozent vielleicht. Also, das haben wir sozusagen auch eine Lücke, was ein ökonomisches Problem darstellt. Das heißt dann einfach, dass wir noch sozusagen effizienter arbeiten können grundsätzlich, ne? (Herr Dannert: 162)

Die ökonomische Zielsetzung wird in diesem Zitat deutlich angesprochen. Die im Vergleich zu anderen Krankenhäusern in privater Trägerschaft niedrigere Rendite

wird als „ökonomisches Problem“ angesehen. Aus der konstatierten deutlich höheren Gewinnmarge anderer Häuser wird die Schlussfolgerung gezogen, dass es noch Potenzial zur Erhöhung der Effizienz gibt. Hier wird eine eindeutige Orientierung auf ökonomische Ziele sichtbar. Darüber hinaus nennt Herr Dannert auch Versorgungsaspekte wie die Notfallversorgung, die aus seiner Sicht die wichtigste Aufgabe der Krankenhäuser ist:

Also, die wichtigsten Aufgaben sind, vierundzwanzig Stunden nonstop für die Notfall-Versorgung da zu sein. Kurz und bündig. (Herr Dannert: 182)

Die Aussagen zum organisationalen Selbstverständnis der Interviewten zeigen eine verstärkte Integration ökonomischer Prinzipien in den Zielsetzungen der Krankenhäuser. Auch wenn Einigkeit darüber herrscht, dass die Erfüllung des Versorgungsauftrages die zentrale Aufgabe der Krankenhäuser sei, ist die Ausrichtung auf Gewinne, die erwirtschaftet werden können, nicht nur Thema bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft, sondern auch in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern. Die Erwirtschaftung von Gewinnen ist mittlerweile zu einem legitimen Unternehmensziel avanciert. Dieses steht aus Sicht der Interviewten aber nicht in einem Konflikt mit den versorgungsrelevanten Aspekten, da die Gewinne „reinvestiert“ werden würden. In diesem Punkt grenzen sich die Interviewten aus den öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern deutlich von der reinen Gewinnorientierung ab, die sie in Krankenhäusern in privater Trägerschaft beobachten würden. Neben einer verstärkten Gewinnorientierung lässt sich auch eine Neuausrichtung in Bezug auf die Patienten identifizieren. Diese werden nicht mehr nur als Patienten wahrgenommen, sondern zunehmend als „Kunden“, sichtbar in einer verstärkten Serviceorientierung. Diese scheint dem Verständnis der Interviewten zufolge aber nicht in einem Widerspruch zur allgemeinen Patientenorientierung zu stehen, sondern wird als Ergänzung wahrgenommen.

6.2.4 Versorgungsqualität

Die Versorgungsqualität ist ein zentraler Punkt, an dem die Auswirkungen der strukturellen Veränderungen im Gesundheitssystem gemessen werden können. Die Gefahr verschiedener nicht intendierter Folgen, z. B. zu frühe „blutige“ Entlassungen durch die Anreize der DRGs, wurde schon in der Planungsphase gesehen. Um dem entgegenzuwirken, wurde u. a. die Ausweitung der Qualitätssicherung gesetzlich verankert. Auf der anderen Seite wurde aber gleichzeitig davon ausgegangen, dass die Qualität der Versorgung durch die Neustrukturierungen im Krankenhaussektor steigen würde (vgl. [Kap. 3.3.1](#)). Schon im Zusammenhang mit der Positionierung der

Interviewten zu den Neustrukturierungen wurden verschiedene Qualitätsaspekte angesprochen. Im Folgenden werden weitere Aussagen der Interviewten im Hinblick auf zentrale Gesichtspunkte der Versorgungsqualität beleuchtet. Was sehen sie als zentrale Aspekte für die Qualität der Versorgung an? Wie ist diese messbar und welche Auswirkungen auf die Qualität haben die Umstrukturierungen aus Sicht der Interviewten auf der Managementebene?

Im Zusammenhang mit der Versorgungsqualität nennen die Befragten verschiedene Aspekte. Frau Voss ist der Meinung, dass sich eine „gute“ Patientenversorgung durch Transparenz und eine gute menschliche Versorgung auszeichnet:

Transparenz, glaub ich. Der [Patient, d. Verf.] muss wissen, was wann warum mit ihm passiert und wie seine Prognose is, und, 'ne gute menschliche Versorgung in 'nem möglichst bequemen Umfeld [...] Aber die Atmosphäre ist halt auch wichtig. Aber ich glaube, ganz wichtig ist für den Patienten der zuverlässige Patient - Arzt Kontakt und 'ne wirkliche Transparenz: "Wann werde ich operiert? Wie lange dauert der Eingriff? Welche Risiken erwarten mich? Was kann ich dazu beitragen, dass es möglichst gut verläuft?" (Frau Voss: 39)

Frau Voss schildert in diesem Interviewausschnitt die aus ihrer Sicht wichtigen Faktoren für Qualität in der Versorgung: Transparenz in Bezug auf die verschiedenen Prozesse, die für die Versorgung nötig sind, ein guter Kontakt zwischen dem Arzt und dem Patienten und eine „gute menschliche Versorgung“. Auf Nachfrage präzisiert Frau Voss, was sie unter einer guten menschlichen Versorgung versteht:

Na ja, dass jemand fragt, wie's einem geht und sich erkundigt, mal 'n offenes Ohr hat, Sachen auch erklärt, die man nicht verstanden hat. dass so die Schwester, die stundenlang am Bett sitzt und sich die ganze Lebensgeschichte anhört, ich glaub, das mein' ich nich [...] weil dafür sollte es auf jedem Zimmer 'n Telefon geben, dass man mit Angehörigen und Freunden telefonieren kann. Dafür haben wir Ehrenamtliche, die sich dann eben auch um Patienten die überraschend eingewiesen sind, und die ganze Familie wohnt woanders, und die haben keinen Pyjama dabei und keine Zahnbürste, und denen fehlt diese Dinge halt die man so braucht, um sich wohl zu fühlen, die dann auch nach Hause gehen, und diese Dinge bringen und solche Sachen. (Frau Voss: 43)

Während Frau Voss im ersten Interviewausschnitt nur die Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten betont, spricht sie hier auch die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patienten an. Die Kommunikation mit dem Patienten und Aufmerksamkeit für seine Bedürfnisse sind für Frau Voss bedeutsam für eine gute menschliche Versorgung. Sie betont aber gleichzeitig, dass es nicht darum gehe, dass eine Pflegekraft „stundenlang am Bett sitzt“. Das ist ihrer Ansicht nach nicht Aufgabe der Pflege. Hierfür gebe es Angehörige und Freunde oder auch Ehrenamtliche, die sich um die Patienten kümmern. Betont wird in dieser Interviewsequenz der Beziehungs-

aspekt, der als zentral für eine „gute“ Patientenversorgung gesehen wird. Die Umsetzung dieses Beziehungsaspektes liegt Frau Voss zufolge jedoch nicht in erster Linie in den Aufgaben einer Pflegekraft, auch Ehrenamtliche können aus ihrer Sicht sorgende Aspekte übernehmen.

Auch Herr Dannert betont – neben einer ausreichenden personellen Besetzung und der Fachkompetenz der Pflegenden – den Beziehungsaspekt, der ihm zufolge gerade aus Sicht der Patienten ein Qualitätsmerkmal ist:

Also das Krankenhaus muss auf jeden Fall also, eine ausreichende ärztliche und pflegerische Besetzung bieten. [...] und die Fachkompetenz muss da sein von den Pflegenden, dass die wissen, was mit den Patienten zu tun is. und die Ergänzung durch die Servicekräfte, find' ich eigentlich sehr angenehm, weil die tatsächlich auch noch mal 'n Ticken mehr Zeit haben, um sich um den Patienten tatsächlich zu kümmern, ja? also, da sollte man schon drauf achten, dass das gegeben is, weil diese Ansprache die die Patienten brauchen, das is glaub' ich, so fünfzig Prozent von dem, was der Patient dann wirklich als gute Qualität wahrnimmt? und daher is diese Trennung glaub' ich, langfristig auch von Vorteil, wenn die Pflegenden sozusagen schon schnell durch die einzelnen Zimmer gehen, aber man hat dann halt noch sag' ich mal, 'ne Servicekraft, die sich zusätzlich noch mal umso diese organisatorischen Angelegenheiten kümmert. (Herr Dannert: 132)

Deutlich wird in diesem Zitat zum einen, dass die Kommunikation mit den Patienten, das „Kümmern“ aus Sicht von Herrn Dannert ein zentraler Qualitätsaspekt ist. Diese würde fünfzig Prozent von dem ausmachen, was die Patienten dann als gute Qualität empfinden. Zum anderen spricht Herr Dannert hier eine Trennung der Aufgaben in der direkten Patientenversorgung an. Genau wie Frau Voss ist er der Meinung, dass die Übernahme von „sorgenden“ Aspekten nicht in erster Linie pflegerische Aufgabe ist. Von der Pflege erwartet er in Bezug auf die Qualität der Versorgung Fachkompetenz, für das „Kümmern“ seien in erster Linie die Servicekräfte da. Diese Differenzierung sei „langfristig auch von Vorteil“. Auffällig ist, dass beide Interviewte den Beziehungsaspekt als zentralen Faktor für die Qualität ansehen und gleichzeitig formulieren, dass hier aber nicht die Pflege gefragt sei, sondern diese Aufgabe von Ehrenamtlichen oder Servicekräften übernommen werden sollte. Hier wird eine Fragmentierung in der Versorgung der Patienten propagiert, bei der niedriger qualifiziertes Personal die „sorgenden“ Aspekte übernehmen sollen, während das höher qualifizierte Pflegepersonal für die „fachlichen“ Aufgaben zuständig sei.

Frau Schneider hingegen ist anderer Meinung. Sie sieht den „sorgenden“ Aspekt, auch in Form von Gesprächen, durchaus als Bestandteil der pflegerischen Tätigkeiten:

Für mich gehört mit auch dazu, dass ich mich mit den Patienten unterhalte. Ahm, weil oftmals so 'n Wortwechsel viel mehr macht, als wenn ich ihm 'ne Tablette geb'.
(Frau Schneider: 110)

Frau Schneider hat früher in der Pflege gearbeitet und schildert hier ihre Erfahrung, dass Gespräche genauso wichtig seien wie fachliche Tätigkeiten, z. B. die Gabe eines Medikaments. Sie betont ebenfalls den Beziehungsaspekt und die hohe Bedeutung der psychosozialen Seite der Versorgung, sieht die Umsetzung der „sorgenden“ Aspekte aber weiterhin im Bereich der Pflegekräfte.

Als weiterer zentraler Aspekt für die Versorgungsqualität wird die Prozessqualität genannt. Diese beinhaltet Frau Wolff zufolge einen strukturierten Ablauf des Patientenaufenthalts. So sollte es „klare“ Linie für die Patienten geben, über die Aufnahme bis hin zu den Stationen, wo der Patient dann versorgt wird. Über die funktionierenden Abläufe sei dann auch die Qualität der Versorgung spürbar:

Dass man schon eine Struktur hat, Ablaufstruktur, wie läuft dieser Prozess, nich? Und wie sieht es aus, wenn der Patient aufgenommen worden is? Wo geht er dann hin? Also dass eine klare Linie und eine rote Linie is in einem Aufnahmeprozess, und dass die Patienten dann unsere Qualität dann auch wirklich spüren auf den Stationen. (Frau Wolff: 32)

Im Zuge der Qualitätssicherung stellt sich darüber hinaus immer mehr die Frage der Messbarkeit von Qualität. Seit der Einführung der DRGs steht vor allem die quantitative Erfassung und Darstellung von Qualität im Fokus. Innerhalb der Krankenhäuser werden neben dem Qualitätsmanagement weitere Instrumente zur Erfassung der Qualität installiert. So gibt es mittlerweile in vielen Krankenhäusern die Möglichkeit für Patienten, Lob und Kritik abzugeben. Als zentrale Aufgabe des Qualitätsmanagements nennt Frau Voss, neben der Vorbereitung von Zertifizierungen, das Risikomanagement:

das Qualitätsmanagement hat die Funktion der Zertifizierung: Zertifizierung der Apotheke, einzelner Abteilungen, einzelner Kliniken, einzelner Bereiche. und hat auf der anderen Seite den Bereich, Risikomanagement. Also, so genannte unerwünschte Ereignisse oder fast unerwünschte Ereignisse, wo man [...] melden kann, wenn einem was aufgefallen is, wo'n Ablauf nicht richtig [...]. Also so Fast-Ereignisse. (Frau Voss: 51)

Im Bereich des Risikomanagements als Teilbereich des Qualitätsmanagement bestehe die Möglichkeit, „unerwünschte“ Ereignisse zu melden. Diese würden dann geprüft werden, damit Abläufe verbessert und Risiken minimiert werden können. Darüber hinaus würde sich das Qualitätsmanagement um die Beschwerden der Patienten kümmern. Für die Messung der Versorgungsqualität sei das Qualitätsmanagement jedoch nicht zuständig:

Und wie misst man Qualität? Das ist sicher nicht jetzt unbedingt im Qualitätsmanagement, wir machen Patientenbefragungen. Wir machen aber auch Mitarbeiterbefragungen. [...] Und gucken dann halt auf die Ergebnisse. Und ansonsten haben sie in der Medizin natürlich einmal die Fallzahlenhäufigkeit, sie haben die Sterblichkeit. (Frau Voss: 51)

Die Messung von Qualität erfolge zum einen über Patienten- und Mitarbeiterbefragungen. Zum anderen sieht Frau Voss in statistisch erfassbaren medizinischen Daten einen Faktor für die Messbarkeit der Qualität. Die Darstellung von medizinischen Daten, z. B. die Fallzahlenhäufigkeit oder die Sterblichkeitsrate, erfolgt über einen öffentlich zugängigen Qualitätsbericht:

Wobei das Daten sind, wir haben ja unseren Qualitätsbericht auch im Netz [...] kann man aus diesen Zahlen eben das eine oder andere eben doch sehen, wenn man sie qualitativ so einordnet. (Frau Voss: 53)

Mit qualitativer Einordnung meint Frau Voss den spezifischen Kontext, in dem z. B. die Sterblichkeitsrate beurteilt werden sollte, da bestimmte Krankenhäuser einen höheren Anteil an Risikopatienten haben als andere. Wenn man diesen Kontext berücksichtigt, könne man aus den Daten Rückschlüsse auf die Qualität eines Krankenhauses ziehen.

Aus Sicht von Herrn Andres ist die Frage nach der Messbarkeit von Qualität noch nicht abschließend geklärt, da sei man „auf´m Weg“. Sie hätten aber schon ein

Beschwerdemanagement eingeführt hier, das hilft schon. So da tut sich=und die Transparenz über die Qualität der Leistung, also, wenn sie so die Qualitätsberichte kennen [...] Da stehen die ganzen harten Facts drin zu den Qualitätsdaten. Was weiß ich, von Infektionsraten und solchen Themen. Das ist schon der richtige Weg. (Herr Andres: 46ff.)

Auch in dem Krankenhaus, in dem Herr Andres tätig ist, wurde ein Beschwerdemanagement eingeführt. Wie Frau Voss ist er der Meinung, dass sich Qualität an statistisch messbaren medizinischen Daten messen lasse. Die Veröffentlichung dieser Daten im Qualitätsbericht der jeweiligen Krankenhäuser sei schon der richtige Weg, um die Leistungsqualität transparent zu machen.

In Bezug auf die Frage nach den Auswirkungen der Neustrukturierung im Krankenhaussektor auf die Versorgungsqualität zeigen die Interviews, dass überwiegend positive Effekte wahrgenommen werden. Zum einen wird die Wettbewerbssituation an sich schon als qualitätssteigernd eingestuft:

Das ist die gute Seite des Wettbewerbs. Weil sich dadurch wirklich Qualitäten verändern. (Frau Voss: 21)

Frau Voss konkretisiert im folgenden Interviewausschnitt ihre Aussage:

Und da glaube ich, is Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern 'n ganz guter Weg, weil das zu 'ner Spezialisierung führt, und es ist einfach so, wenn ich dreihundert Hüften operiere, dann kann ich es besser als jemand, der fünf Hüften operiert. (Frau Voss: 25)

Durch den verstärkten Wettbewerb seien die Krankenhäuser mehr gefordert sich zu spezialisieren. Und diese Spezialisierungen würden schon allein aufgrund der höheren Quantität und damit verbundenen Erfahrung in bestimmten Leistungsbereichen, wie z. B. bei Hüftoperationen, zu einer höheren Qualität führen. Frau Wolff zufolge bewirkt die aus der verkürzten Verweildauer resultierende Schnelligkeit in den Krankenhäusern und die Zunahme der Transparenz eine „besondere Qualität in den Krankenhäusern“:

ich kann's natürlich nur jetzt im=im Rückblick sehen, dass ich finde, so wie wir heute arbeiten, da find ich das vollkommen übertrieben, Patienten mit'm Blinddarm zwei Wochen im Krankenhaus liegen zu lassen, nicht? [...] des war schon sehr, sehr viel ruhiger und bedächtiger, nich? Und, ich finde, eh, es hat eigentlich dazu geführt, das heute eine besondere Qualität is in den Krankenhäusern, da wir eben schneller arbeiten müssen, und es wird alles transparenter auch gemacht eben. Dass finde ich nur zum Vorteil. (Frau Wolff: 45)

Frau Wolff bewertet die verkürzten Liegezeiten positiv. Wie oben im Zusammenhang mit den DRGs dargestellt, seien die langen Liegezeiten, die es vor der Einführung der DRGs gegeben hätte, vollkommen übertrieben. In der heutigen Schnelligkeit des Arbeitens und in der Transparenz sieht sie eine Steigerung der Qualität, das findet sie „nur zum Vorteil“. Transparenz und Schnelligkeit sind dementsprechend aus Sicht von Frau Wolff entscheidende Qualitätsmerkmale.

Unter den Interviewten auf der Managementebene ist Herr Dannert der einzige, der die Gefahr eines Qualitätsverlustes durch eine „Verschlankung“ der Prozesse anspricht. Man müsse bei der Prozessoptimierung im Blick behalten, dass die Qualität nicht sinkt:

also, ohne dass das begründet wär', würd' ich sagen, dass die Qualität nicht sinkt, sondern dass die auch eher steigt, weil man einfach dann als privatwirtschaftliches Unternehmen guckt, dass die Prozesse gut laufen, aber dass man auch trotzdem, also, dass man die Prozesse net nur so verschlankt, dass alles irgendwie hinten den Bach runter geht, sondern, dass man die Qualität schon auch noch halten muss. Also, da glaub' ich, haben die Privaten 'n stärkeres Auge drauf, als jemanden, der sozusagen bei einer Behörde arbeitet, und letzten Endes 'n sicheren Job hat. Also, so würd' ich jetzt argumentieren, ne? (Herr Dannert: 158)

Herr Dannert argumentiert hier, dass privatwirtschaftlich geführte Krankenhäuser stärker darauf achten würden, dass die Prozessoptimierungen sich in einem Rahmen bewegen, in dem sie keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität hätten.

ten. Im Gegensatz zu staatlichen Behörden seien private Anbieter mehr gefordert, wirtschaftlich zu arbeiten. Dieses scheint aus Sicht von Herrn Dannert zu gelingen, da er eine Steigerung der Qualität wahrnimmt. Hier wird den Krankenhäusern in privater Trägerschaft eine größere Expertise im Zusammenhang mit den Prozessoptimierungen zugesprochen.

Die Aussagen zeigen, dass fast alle Interviewten der Meinung sind, dass die Versorgungsqualität im Rahmen der ökonomisch induzierten Veränderungen eher gestiegen sei als sich verringert hätte. Auch wenn vereinzelt über negative Auswirkungen des DRG-Systems berichtet wird, z. B. den sogenannten „blutigen“ Entlassungen oder das Fallsplitting, sind die Interviewten auf der Managementebene überwiegend der Meinung, dass die Bedingungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung auch unter veränderten Rahmenbedingungen gegeben sind. Die strukturellen Veränderungen werden sogar mit positiven Auswirkungen auf die Versorgungsqualität in Verbindung gebracht. So werden die mit der Verkürzung der Verweildauer einhergehende Schnelligkeit in den Abläufen und die gestiegene Transparenz in Bezug auf die Prozesse als positive Qualitätsmerkmale wahrgenommen. Auch zunehmende Spezialisierungen aufgrund der Wettbewerbssituation werden als qualitätssteigernd betrachtet. Nur einer der Interviewten thematisiert die Gefahr des Qualitätsverlustes durch die Prozessoptimierungen, dieser Gefahr könne man aber begegnen, indem die Verschlinkung der Prozesse innerhalb eines gewissen Rahmens bleibt. Auf die Frage nach der Erfassung der Qualität in den Krankenhäusern werden neben Patienten- und Mitarbeiterbefragungen und dem Beschwerdemanagement in erster Linie messbare, quantitative Faktoren wie medizinische Daten genannt. Auch wenn die Frage nach der Messbarkeit von Qualität nicht abschließend beantwortet wird, zeigen die Ausführungen doch, dass in erster Linie messbare Daten als Richtlinien für die Qualität der Versorgung gesehen werden.

6.3 Pflege aus Sicht des Managements

Im Folgenden wird die Sicht des Managements auf die praktizierende Pflege rekonstruiert. Nach einem kurzen Blick des Managements auf die Arbeitssituation und die personelle Situation werden verschiedene Strategien dargestellt, die aus Sicht der Interviewten als geeignete Maßnahmen angesehen werden, um die Pflege zu entlasten (6.3.1). Im Anschluss daran werden die Wahrnehmungen bzgl. der Rolle und des Stellenwerts der Pflege im Kontext Krankenhaus herausgearbeitet (6.3.2).

6.3.1. Arbeitssituation Pflege

Ein zentrales Spannungsfeld für die Pflege im Kontext Krankenhaus ist die Arbeitssituation. Diese wird auch auf der Ebene des Managements thematisiert. Die Befragten nehmen eine deutliche Veränderung der Arbeitssituation der Pflege im Zuge der Umstrukturierungen wahr. Sowohl die Anforderungen als auch die Belastungen seien gestiegen, der Arbeitsalltag sei „härter“ geworden:

Das ist härter geworden. Durch die verkürzten Liegezeiten haben sie kaum noch Patienten da, die einfach nur so da liegen. Sie haben eigentlich Patienten da, die immer versorgt werden müssen. Und dadurch, dass es immer schwerere Erkrankungen gibt, oder beziehungsweise immer, Erkrankungen gab's schon immer, aber Heilungsmöglichkeiten auch für schwerere Erkrankungen, also durch den Fortschritt ist natürlich die Belastung bei den Pflegekräften, aber auch bei den Ärzten gestiegen. (Frau Voss: 67)

Sie sind einfach kranker. Sind älter und, ja, sie sind gut informiert. Wenn die älteren Patienten nicht selber gut informiert sind, dann sind die Angehörigen gut informiert. [...] Also die Patienten und Angehörigen sind sehr gut informiert, die meisten, und stellen dadurch vielleicht auch enorm hohe Ansprüche. Und das merken die Pflegekräfte sicherlich und die Ärzte auch [...] aber, ja, es ist belastend für die Pflegekräfte, eindeutig. (Frau Wolff: 115).

Beide Interviewte – Frau Voss und Frau Wolff – stellen eine Zunahme der Belastungen fest. Frau Voss konstatiert, dass diese nicht nur im Bereich der Pflege angestiegen seien, auch das ärztliche Personal sei betroffen. Als Ursachen für die Veränderungen werden, ähnlich wie auf der Ebene der Pflege, die Verkürzung der Liegezeit, der medizinische Fortschritt, Veränderungen im Patientenspektrum und eine neue Anspruchshaltung von Patienten und Angehörigen genannt. Auch bei den anderen Interviewten herrscht eine hohe Übereinstimmung in Bezug auf die gestiegenen Belastungen beim Pflegepersonal:

Das hat natürlich dann auch die Auswirkungen eben auf die Pflege, ja? Also das DRG-System eben halt, dass die Pflegenden einfach mit mehr Arbeitsbelastung konfrontiert werden. (Herr Dannert: 176)

Und was auf den Stationen natürlich sich extrem verändert hat, ist die Arbeitsdichte. Also wenn sie früher eine Station hatten, 'ne dreißig Bettenstation in Allgemeinchirurgie, da lag vielleicht die Hälfte Patienten mit mit Struma, mit Hernien, mit Appendix, und jetzt liegen da 97 Prozent ah, Patienten nach Wippel, nach anderen großen, schweren OPs, mit hohen Komplikationsraten, Multimorbide, wirklich alles todkranke, schwerkranke Patienten und so. Also die, da gibt's so wenig Durchatmen (Herr Müller: 54)

Es ist schon eine enorme Belastung und auch wirklich eine hervorragende Leistung die sie bringen. Denn sie sind vierundzwanzig Stunden mit den Patienten. Eh, und sind für die Patienten vierundzwanzig Stunden zuständig. Und das find ich schon eine Leistung. Und sie müssen alles anhören, nicht? (Frau Wolff: 52)

Die gestiegenen Belastungen werden nicht nur auf die Verkürzung der Verweildauer als Folge der Fallpauschalen zurückgeführt, auch eine erhöhte Arbeitsdichte und eine neue Schnelligkeit in der Versorgung werden als zentrale Aspekte genannt. Die „Schnelllebigkeit“ und das gestiegene Tempo illustrieren auch die folgenden Aussagen:

Ja, also einige Veränderungen geschehen so schnell, das is dieses Schnelllebiges, nicht? Also einen Tag is es so und am nächsten Tag, hab' ich manchmal so das Gefühl, da müssen wir schon wieder was anderes machen. (Frau Wolff: 50)

Das geht so schnell alles. Vieles wird ja ambulant schon gemacht. Also, insofern, hat sich das schon ordentlich gewandelt [...] Es ist einfach unheimlich Tempo. (Herr Andres: 58)

In den Interviews werden zudem Veränderungen im Aufgabenspektrum der Pflege thematisiert. Frau Schneider, die zu Beginn ihrer Berufslaufbahn in der direkten Patientenversorgung tätig war, schildert diesen Wandel folgendermaßen:

Also das, wir waren ja früher wirklich für die Pflege zuständig. Inzwischen is es ja vieles Behandlungs=also, na, wie soll ich sagen? Also, früher war's so: Wir haben Patienten gewaschen, wir haben, Essen für die zubereitet, wir haben auch Behandlungspflege gemacht, nur, die is mehr geworden. Viele Sachen sind von den Ärzten rüber geschwappt zu den Krankenschwestern. Gut, is auch anerkanntere Arbeit, weiß ich nich. Aber, da is doch schon so 'n Umschwung passiert, nich? [...]. Also, da hat sind die Anforderungen doch höher geworden. (Frau Schneider: 104)

Im Gegensatz zu früher sei der Anteil der Behandlungspflege im pflegerischen Alltag höher geworden. Die Zunahme wird auch auf eine Verschiebung von Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich in den pflegerischen Bereich zurückgeführt. Diese Neustrukturierung sei mit einer Erhöhung der Anforderungen an die Pflege verbunden. In diesem Kontext nimmt Frau Schneider auch eine unterschiedliche Wertigkeit der verschiedenen Tätigkeiten wahr. So seien ärztliche Tätigkeiten anerkannter als z. B. grundpflegerische Tätigkeiten. Ihr Nachsatz „weiß ich nicht“ erweckt den Eindruck, als ob es eher eine von außen kommende Zuschreibung ist als ihre persönliche Ansicht.

Mit den Umstrukturierungen gehen auch neue Erwartungen seitens des Managements an die Pflegekräfte einher:

Ne höhere, Flexibilität wird verlangt als noch vor zehn, fünfzehn Jahren. Also, wir erwarten schon, dass Mitarbeiter, sage ich mal, auf einer Station dann aushelfen bei Arbeitsspitzen, dass die auch mal zwei, drei Monate in ein anderes Team rein routieren, wenn's dort durch Schließung oder Umwidmung oder Neueröffnung 'n Bedarf gibt. Sind auch wirklich sehr, sehr viele bereit und sehen das auch als Chance, sich da irgendwie fortzubilden, oder finden das ganz spannend mal was anderes zu

sehen. Es gibt natürlich auch 'ne ganze Reihe, die sich da schwer mit tun und da Probleme mit haben. (Herr Müller: 74)

Herr Müller spricht hier in seiner Funktion als Pflegeleitung und konstatiert, dass vom Pflegepersonal eine höhere Flexibilität erwartet werde als noch vor „zehn, fünfzehn“ Jahren. Die Flexibilität bezieht sich hier auf den Einsatzort der Pflegekräfte. Im Falle von Arbeitsspitzen oder internen Restrukturierungsmaßnahmen, wie z. B. die Umwidmung oder Eröffnung einer Station, erwarte das Pflegemanagement die Bereitschaft, auf anderen Stationen auszuhelfen, teilweise auch längerfristig. Diese flexible Einsatzbereitschaft wird Herrn Müller zufolge aus den Reihen der Pflegekräfte unterschiedlich bewertet. Einige würden es als Chance sehen, andere hätten hiermit eher Schwierigkeiten.

Neben der Arbeitssituation und den Anforderungen ist auch die personelle Situation der Pflege im Krankenhaus ein zentrales Thema auf der Ebene des Krankenhausmanagements. Diese wird sowohl im Hinblick auf die Personalbemessung als auch hinsichtlich der tatsächlichen personellen Situation in den jeweiligen Krankenhäusern betrachtet. In Bezug auf die Personalbemessung zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Während in einigen Krankenhäusern die Personalplanungen von den aktuellen Belegungszahlen abhängig zu sein scheinen, zeigen sich in anderen Krankenhäusern keine wirklich nachvollziehbaren Bezugspunkte zur Personalbemessung. Frau Wolff, zuständige Bereichsleitung in einem Krankenhaus in freigemeinnütziger Trägerschaft, berichtet im folgenden Zitat von Personalkürzungen, die sie auf die Belegungszahlen zurückführt:

du hast neununddreißig Komma achtundzwanzig Planstellen. Und, jetzt sind die Belegzahlen nich mehr so, dass wir so viele Pflegekräfte haben können. Das passt nicht zusammen. Also, wenn da jetzt eine geht, aus'm Pflegeteam, wird die Stelle nich mehr neu besetzt. Das gibt Unmut. Also des is die Entwicklung die so is und das find ich negativ. (Frau Wolff: 50)

Dieses Zitat steht im Zusammenhang mit einem insgesamten „Unmut“ über die Vorherrschaft der Zahlen, den Frau Wolff im Kontext des ökonomischen Wandels wahrnimmt (Frau Wolff: 50). Durch ihre etwas ironische Beschreibung der bis auf die Kommastelle genau definierten Planstellen entsteht der Eindruck, dass sie diesem Bemessungssystem – das direkte Reagieren auf neue Belegzahlen mit Personalkürzungen – ablehnend gegenüber steht. Auch in der Pflege nimmt sie diesbezüglich eine ablehnende Haltung wahr. Herr Dannert – tätig im Bereich der Geschäftsführung eines Krankenhauses in privater Trägerschaft – geht von einer „historisch bedingten“ Größe aus:

Würd' ich jetzt sagen, es is historisch bedingt. Also, man kommt sozusagen von dem Pflegebestand pro Station, der vom Jahr vorher schon gegeben is. Ich mein', es is jetzt 'n bisschen so Adam und Eva Theorie. Ja, weil des dann sozusagen bis ins Unendliche geht. Daher ist es auf den Stationen, wo sich das Leistungsspektrum nicht stark verändert von einem Jahr zum anderen, wird es sozusagen einfach fortgeschrieben [...] Kommt dann sozusagen, 'n neues Leistungsspektrum dazu. Also, Patienten, die anderweitig, oder vielleicht auch schwerer zu versorgen sind. Dann werden die Pflegestellen auch unter Umständen aufgestockt. Dann gesagt, "okay, ihr bekommt jetzt 'ne halbe Stelle mehr, oder 'ne Stelle mehr", weil einfach die Patienten schwerer sind. (Herr Dannert: 88)

Die Personalbemessung – so Herr Dannert – würde keiner nachvollziehbaren Berechnungsgrundlage folgen, sondern bemesse sich an den schon bestehenden Zahlen. Wie diese ursprünglich zustande gekommen sind, bleibt offen. Eine Anpassung würde dann vorgenommen werden, wenn sich das Leistungsspektrum oder der pflegerische Aufwand durch versorgungsintensivere Patienten ändern würde. Aber auch hier scheint es keine geregelte Größe zu geben.

Herr Müller äußert sich im Zusammenhang mit der Personalbemessung zur Pflegepersonalregelung (PPR), die 1993 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeführt wurde:

Also die Pflegepersonalregelung wurde abgeschafft, die, dritte Stufe wurde nicht umgesetzt, weil, dort gab es mal ein Instrument, wo, sage ich mal, eine Leistung relativ gut gemessen werden konnte, was Personalbedarf angeht. aber das hätte bedeutet, dass man, keine Ahnung, fünfundzwanzig, zwanzigtausend Stellen mehr in Deutschland gebraucht hätte, und das angeblich nicht finanzierbar ist. So, das hat man mal ganz schnell wieder abgeschafft so. (Herr Müller: 120)

Die Aussage zeigt, dass die PPR von Herrn Müller als ein geeignetes Instrument für die Erfassung der pflegerischen Leistungen angesehen wird und dementsprechend auch als eine mögliche Grundlage für die Personalbemessung auf den Stationen. In den 1990er Jahren, wo sie zur Anwendung gekommen ist, sei aufgrund der PPR ein Mehrbedarf von über zwanzigtausend Stellen in Deutschland festgestellt worden. Da dieser Mehrbedarf aber als nicht finanzierbar angesehen wurde, habe man dieses Instrument zur Leistungserfassung in der Pflege wieder abgeschafft. Herr Müller konstatiert hier einen Zusammenhang zwischen politischen Vorgaben und der personellen Ausstattung des Pflegepersonals. Die Bemessung des Personalbedarfs in der Pflege scheint insgesamt von unterschiedlichen, nicht immer begründbaren Parametern bestimmt zu sein und ist zudem eng verbunden mit der Frage der jeweiligen finanziellen Situation bzw. der Bereitschaft, finanzielle Mittel für eine bedarfsgerechte Ausstattung der Pflege bereitzustellen.

In Bezug auf die Bewertung der tatsächlichen personellen Situation auf den Stationen gibt es unterschiedliche Einschätzungen. Herr Dannert, der oben dargelegt hat, dass es bei erhöhtem pflegerischem Aufwand auch mal zu einer Aufstockung des Personals kommen würde, scheint in Bezug auf die Umsetzung dieses Ansatzes unsicher zu sein. Auf die Frage, wie er die personelle Situation der Pflege einschätzen würde, antwortet er:

Also, ich bin da selber immer mal am überlegen, ob das bei uns wirklich so gut is, also wenn ich die Pflegenden selber hör', dann klagen, die mir eigentlich zu oft, ja? Das da irgendwie schlechte Besetzung is, et cetera pp. Ehm, wobei ich da sagen muss, da is natürlich immer viel, also grad=ich hab' nen ganz guten Kontakt zu 'n paar Pflegenden vom Betriebsrat, ja? und da is natürlich Vieles auch Polemik dabei, ja? Also, das is natürlich auch so, da wird dann sozusagen stärker auf die Glocke gehauen, als eigentlich notwendig is, ne? aber nichts desto trotz glaub' ich, dass wir häufig, dann doch zu schlecht besetzt sind, so dass wir mal 'ne Servicekraft, nicht 'ne Servicekraft, sondern 'ne=ne Fremdarbeiter anfordern müssen. und darunter leidet dann die Patientenversorgung, ja? Also, sollten wir tatsächlich abstellen, ne? Wenn das gegeben ist, das wir 'ne Grundbesetzung dauerhaft durchhalten können, dann is gut. (Herr Dannert: 133)

Herr Dannert kann nicht eindeutig sagen, ob er die personelle Situation als gut bezeichnen würde. Er äußert er sich in diesem Zitat zunächst über das Verhalten der Pflegekräfte, die sich aus seiner Sicht zu häufig über die personelle Situation beklagen würden, da sei „viele auch Polemik“. Die Aussagen der Pflege in Bezug auf die personelle Situation werden hier als eine Strategie im Kampf um mehr Personal gesehen und es entsteht zunächst der Eindruck, dass die Klagen aus Sicht von Herrn Dannert keine Berechtigung hätten. Im weiteren Verlauf stellt er dann aber fest, dass die personelle Situation durchaus häufig kritisch sei und sie in diesen Fällen mit Zeitarbeitskräften arbeiten würden. Aus seiner Sicht sei dieses aber keine geeignete Maßnahme, da die Patientenversorgung darunter leiden würde. Herr Dannert sieht durchaus Handlungsbedarf in dem Sinne, dass die Grundbesetzung auf den Stationen gewährleistet sein sollte. Trotz dieses konstatierten Handlungsbedarfs schildert Herr Dannert an anderer Stelle, dass eine dauerhafte Lösung personeller Engpässe, z. B. durch die Aufstockung des Personals, von Seiten der Geschäftsführung nicht praktiziert werden würde:

da is auch der ökonomische Druck sag' ich mal, is also für uns auch zu groß, als dass man jetzt sagen könnte, wir nehmen das zur Kenntnis und stellen deswegen mehr Mitarbeiter ein zum Beispiel, ja? Also das is nicht der Fall. Das is 'ne gute Frage, wann das mal der Fall sein wird, sag' ich mal, ne? Weil man kann sich ja sozusagen nicht auf die ganze Zeit, auf Dauerüberbelastung einstellen. (Herr Dannert: 92)

In diesem Zitat stellt Herr Dannert mit der Aussage, dass eine „Dauerbelastung“ der Pflege aufgrund der personellen Situation eigentlich nicht tragbar sei, noch einmal Handlungsbedarf fest. Gleichzeitig argumentiert er mit dem ökonomischen Druck gegen einen Aufstockung des Pflegepersonals. Hier wird der ökonomische Druck als Argument für den als gering empfundenen Handlungsspielraum des Managements genommen. Auch wenn in diesem Zitat deutlich wird, dass eine Dauerüberlastung nicht als Lösung gesehen wird, scheint daraus aus ökonomischen Gründen kein Handlungsbedarf zu folgen.

Auch in anderen Krankenhäusern wird eher auf den kurzfristigen Einsatz von Zeitarbeitskräften gesetzt. Dauerhafte Entlastungen durch die Einstellung von mehr Personal werden nicht thematisiert bzw. nicht als Handlungsoption gesehen. Alle Krankenhäuser im Sample nutzen die Option, bei Bedarf Zeitarbeitskräfte zu ordern. Einige nach eigenen Angaben sehr intensiv, insbesondere bei Krankheitsausfällen oder bei Schwierigkeiten, eine Stelle neu zu besetzen:

Ganz intensiv. Also weil, bei hohen Krankheitsausfällen oder Arbeitsspitzen, Arbeitsspitzen gar nicht mal, das sind, in erster Linie sind's Krankheitsausfälle, und Stellen, die man nicht so schnell nachbesetzen kann, weil irgendjemand 'ne kurze Kündigungsfrist hat, oder schwer erkrankt, oder. (Herr Müller: 64)

Die auf der Pflegeebene angesprochenen Überlastungsanzeigen als Instrument der Pflege, um prekäre Versorgungssituationen anzuzeigen, werden auch in den Interviews auf der Managementebene thematisiert:

Ehm, also, was ich weiß, ist, dass, also wenn die Auslastung zum Beispiel relativ hoch ist auf den einzelnen Stationen, dann kommen häufig Überlastungsanzeigen, so. Is halt 'ne Maßnahme, wo sich der Mitarbeiter absichert, ne, dass er sozusagen das angezeigt hat, dass er auch, rechtlich net belangt werden kann. kann ich aber schwer einschätzen, ob das als erstes kann ich nicht einschätzen, ob's zugenommen hat und zweitens kann i=also, ich hab, den Eindruck manchmal, es sind relativ viele Überlastungsanzeigen. auf der anderen Seite, sagt die Klinikleitung, "okay, das is noch in 'nem normalen Maß ja, verglichen mit anderen Krankenhäusern, so. (Herr Dannert: 68)

Herr Dannert formuliert hier, dass von Seiten der Pflege häufig Überlastungsanzeigen geschrieben werden würden, wenn die „Auslastung“ „relativ hoch“ sei. Ob der Umfang der Überlastungsanzeigen zugenommen hätte, könne er nicht beurteilen, aus seiner Sicht seien es aber schon recht viele. Er äußert hier Verständnis für die Pflege, die sich mit diesem Instrument absichern will, stellt aber gleichzeitig fest, dass die Überlastungsanzeigen kaum Handlungsbedarf seitens der Klinikleitung nach sich ziehen würden, solange sie sich – gemessen an der Situation in anderen Krankenhäusern – in einem „normalen Maß“ bewegen würden. Es entsteht der Eindruck, dass

Überlastungsanzeigen nicht in erster Linie als Indiz für die Belastungssituation auf der Station wahrgenommen werden, sondern als Benchmark Kriterium. Zugleich scheinen die Belastungssituationen bis zu einem gewissen Grad von der Klinikleitung in Kauf genommen zu werden.

Dass die personelle Situation nicht von allen Interviewten als problematisch angesehen wird, illustrieren die folgenden Zitate. So ist Herr Müller der Meinung, dass die personelle Besetzung in der Pflege ausreichend sei, um eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten. Er schildert am Beispiel einer chirurgischen Station, dass die Besetzung dort seit vielen Jahren unverändert sei. Die im Zuge der Neustrukturierung gestiegene Arbeitsverdichtung würde durch eine verbesserte Organisation ausgeglichen werden:

Also, das Arbeiten, die Allgemeinchirurgie zum Beispiel, zum Beispiel kenne ich seit vielen Jahren, dort arbeiten immer noch die gleiche Anzahl Mitarbeiter. Ah, aber wir haben das Drumherum sehr viel besser organisiert. Dafür haben wir aber natürlich 'ne höhere Dichte, so dass sich das dann ausgleicht. (Herr Müller: 138)

Auch Frau Wolff ist der Meinung, dass die personelle Besetzung ausreichend sei. Sie antwortet auf die Frage, ob die Arbeitssituation der Pflegekräfte es erlaubt, eine angemessene Versorgung der Patienten leisten zu können oder ob es ihrer Meinung nach Einschränkungen gibt: „nein, eigentlich können sie das leisten“ (Frau Wolff: 122). Auch wenn es Tage geben würde, wo die Situation problematischer sei, würden die Pflegekräfte wissen, „wo sie dann Hilfe holen können wenn's so ist“ (Frau Wolff: 122). Sie ist der Meinung, dass es vor allem eine Frage der eigenen Arbeitsorganisation sei:

man muss, ständig hingucken und sehen, ist die Organisation jetzt richtig? Mache ich das und das zum richtigen Zeitpunkt? werden die Temperaturen jetzt=müssen wir die und die Aufgaben Temperatur messen, Vitalzeichen, müssen die morgens gleich um Viertel nach sieben gemessen werden? Oder könnten sie nicht auch um elf Uhr gemessen werden? [...] Und also da muss man immer wieder hingucken. Also, man kann nicht Ablaufstrukturen planen und dann, so machen wir's. Eh, es wird gemacht und es ist auch wichtig. Aber es ist ein ständiger Prozess und das erleb' ich auch häufig bei den Pflegekräften, dass sie das einfach nicht so richtig umsetzen können. Na, jetzt müsste schon wieder was geändert werden und trotzdem da glaub ich ist es ganz, ganz wichtig, hinzugucken. Und natürlich ist es immer am leichtesten, dann zu sagen wir schaffen nicht die Arbeit. Wir müssen mehr Personal haben. (Frau Wolff: 52)

Einige Probleme in der Arbeitssituation der Pflege werden von Frau Wolff auf die Pflege selbst zurückgeführt. So sieht sie zum einen organisatorische Defizite. Die Ablaufstrukturen müssten ständig überprüft und angepasst werden. Dieses scheint aus Sicht von Frau Wolff nur unzureichend stattzufinden. Zum anderen beobachtet

sie Defizite auf Seiten der Pflegekräfte, die organisatorischen Neuerungen auch umzusetzen. Die Forderung der Pflege nach mehr Personal führt sie auf den Umstand zurück, dass dieses leichter sei als die Arbeitsstrukturen ständig neu zu überdenken. Die Äußerungen von Frau Wolff machen deutlich, dass sie das Problem nicht in den bestehenden Rahmenbedingungen sieht, sondern in einer mangelnden Anpassung der Pflege an die „schnellebigen“ Veränderungen. Frau Wolff spricht im Zusammenhang mit der Arbeitsverdichtung noch einen weiteren Punkt an, der sich aus ihrer Sicht in der Pflege ändern müsse:

Und das is natürlich 'n bisschen diese Arbeitsverdichtung, macht es natürlich schwierig. Weil dann is man grade in einem Gespräch nich, dann wird man abgerufen [...]. Immerzu is irgendwas anderes, nich? Aber da gehört ja auch etwas dazu, ich denke, man muss auch irgendwann überlegen: "Muss ich jetzt gleich da anrufen?" Und, "muss ich jetzt das und das jetzt gleich machen?" Also, etwas, kritischer halt drüber nachdenken. das sind wir sicherlich noch so gewohnt im Krankenhaus so, ja, so, so herkömmliche Strukturen. Viele denken auch das is vielleicht wie eine große Familie. Und das is es nich im Krankenhaus. Und da, glaube ich, kommen auch viele Probleme mit rein, nich? Wir sind allzeit bereit, nich? Das is man aber auch zu Hause in der Familie. [...] mehr' ne Professionalität muss rein. (Frau Wolff: 115)

Wie schon im Zusammenhang mit der personellen Situation greift Frau Wolff auch in diesem Zitat den Punkt der Arbeitsorganisation der Pflege auf. Hier allerdings nicht im Zusammenhang mit den Ablaufstrukturen, sondern im Zusammenhang mit dem professionellen Handeln in der Pflege. Frau Wolff ist der Meinung, dass einige der Probleme der Pflegekräfte in Bezug auf die Arbeitsverdichtung auf „herkömmliche“ Strukturen zurückzuführen sind. Ein Krankenhaus sei keine „Familie“, hier wären andere Eigenschaften erforderlich, insbesondere die Fähigkeit, sich abzugrenzen und sich selbst zu organisieren, nicht „allzeit bereit“ zu sein. Das versteht sie unter professionellem Handeln. Frau Wolff verweist hier auf Handlungsvollzüge in der Pflege, die eine große Nähe zu den Handlungsvollzügen im privaten Bereich aufweisen. Die Schwierigkeiten, sich professionell von den vielen Anforderungen abzugrenzen, führt sie auf diesen Aspekt zurück.

Die Aussagen von Frau Wolff zeigen, dass Verbesserungen in der Arbeitsorganisation der Pflege als ein Ansatzpunkt gesehen werden, um für Entlastungen zu sorgen. In diesen Kontext lässt sich auch der verstärkte Einsatz von Servicekräften einordnen, den Herr Müller implizit angesprochen hat mit seiner obigen Aussage, dass sie das „Drumherum“ um die Pflegearbeit besser organisiert hätten. Ein vermehrter Einsatz von Servicekräften wird auch im Krankenhaus von Herrn Dannert praktiziert. Im

folgenden Interviewausschnitt schildert er die Aufgabenverteilung zwischen Pflege und Servicekräften:

Die Servicekräfte sind hauptsächlich zuständig für das Thema Essen. Also, rund um Bestellungen, Vorbereitung, dann zum Patienten hintragen, wieder abräumen et cetera pp. und die machen, Aufgaben, Stationsverschönerungen, leichte Schreibarbeiten, auch mal was in die Akte einpflegen sozusagen, vielleicht zum Allgemeinzustand vom Patienten. Und dieses sozusagen sich kümmern um den Patienten, um die Angehörigen, das machen die Servicekräfte hauptsächlich. sich auch mal um organisatorische Sachen kümmern. Wie, dem Patienten 'ne Telefonkarte besorgen, et cetera pp. Und die Pflege soll sich da halt einfach 'n bisschen raus halten, und soll sich dann mehr oder weniger, auf die tatsächliche medizinische Versorgung beschränken, ne? (Herr Dannert: 76)

Herr Dannert wiederholt hier seine Idee einer neuen Arbeitsaufteilung in der Pflege, die er im Zusammenhang mit der Versorgungsqualität genannt hat. Seiner Ansicht nach sei es eine sinnvolle Aufgabenverteilung, wenn die Servicekräfte den „kümmenden“ Teil der Patientenversorgung übernehmen würden und die Pflege die „tatsächliche“ medizinische Versorgung. Er stützt seine Argumentation im folgenden Zitat:

das sind größtenteils Hotelfachfrauen und Hotelfachmänner. So dass die da auch noch so 'n gewissen Servicegedanken eben schon mitbringen, ne? Also, da sieht man schon den Unterschied zwischen 'ner Krankenschwester, die halt sozusagen ihr Tagesgeschäft macht, und den Servicekräften, die dann einfach so 'n bisschen das Auge für den Patienten haben, und dem auch mal sozusagen den Wunsch erkennen wo die Pflegekraft einfach darüber hinweg geht, und sagt, "okay, dann bin ich jetzt net dafür zuständig, weil ich mich ums Medizinische kümmer', ne? Es is halt so 'ne Aufgabenteilung dann, ne? (Herr Dannert: 78)

Herr Dannert begründet die Sinnhaftigkeit dieser Form der Arbeitsteilung mit dem beruflichen Hintergrund, den viele Servicekräfte mitbringen würden. Da sie oftmals aus der Hotelbranche kommen würden, würden sie den Servicegedanken schon verinnerlicht haben. Den Pflegekräften schreibt er in diesem Zitat eher wenig Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse der Patienten zu, diese seien mehr für die medizinische Seite der Versorgung zuständig. Die Aussagen zeigen, dass Pflegearbeit in einigen Krankenhäusern verstärkt unter funktionalen Aspekten betrachtet wird und eine Neuausrichtung befürwortet wird, bei der die „sorgenden“ Aspekte der Pflegearbeit ausgegliedert werden und von geringer qualifiziertem Personal übernommen werden. Dass es in Bezug auf den Einsatz von Servicekräften kritische Reaktionen seitens der Pflege gibt, verwundert ihn:

aber es gibt auch komischerweise die Reaktionen, dass dann die Pflegekräfte sagen, "nee, diese Tätigkeit möcht' ich net abgeben, weil das is originär pflegerische Tätigkeit. So, also dieses Festhalten an Bewährtem gibt's auf jeden Fall auch. Und das erzeugt ja dann natürlich die Stimmung in irgendeiner Weise, die Servicekräfte

nehmen uns jetzt Arbeit weg, oder wie auch immer. Wobei man natürlich ehrlicherweise sagen muss, wenn wir Servicekräfte einsetzen, dann machen wir das natürlich im Austausch gegen Pflegestellen. Also, die kommen ja nicht additiv hinzu, sondern die ersetzen ja sozusagen Pflegestellen, ne? (Herr Dannert: 84)

Die Kritik seitens der Pflegekräfte würde darin bestehen, dass Servicekräfte Tätigkeiten übernehmen, die eigentlich in den pflegerischen Bereich gehören. Aus Sicht von Herrn Dannert ist es ein „Festhalten an dem Bewährten“: die Pflege sei nicht bereit, Tätigkeiten aus ihrem Aufgabenspektrum an andere Berufsgruppen abzugeben, u. a. auch aus den Bedenken heraus, dass die Servicekräfte ihnen die Arbeit wegnehmen würden, sie somit teilweise ersetzbar seien. Dass diese Bedenken berechtigt sind und Servicekräfte tatsächlich auf die Stellensituation der Pflege angerechnet werden, wird im Verlauf des Zitates deutlich. In welchem Verhältnis dieses erfolgt, konnte Herr Dannert nicht genau beantworten:

Die ersetzen ja sozusagen Pflegekräfte, die ausscheiden oder wie auch immer dann. Aber eins zu ein glaub' ich, kann ich mir jetzt nicht vorstellen. Aber is 'ne gue Frage. Weiß ich jetzt so gar net. (Herr Dannert: 86)

Die Praxis, Servicekräfte auf das Pflegekontingent anzurechnen, wird nicht in allen Krankenhäusern in diesem Sample angewandt. Herr Müller schildert, dass in seinem Haus Servicekräfte zusätzlich eingestellt wurden und somit die Arbeitsverdichtung ausgleichen:

so dass wir da schon einen sehr hohen Grad haben an Tätigkeiten, die früher noch die Pflege gemacht hat. Die, die, aber wir haben halt dafür das Personal auch nicht abgebaut. So also, der Service ist im Prinzip dazu gekommen, und das ist dann, dann schon gut an die Verdichtung, und an den höheren Durchsatz auf Stationen so. (Herr Müller: 138)

In den Interviews auf der Managementebene lassen über eine verbesserte Arbeitsorganisation und eine Neuaufteilung der Aufgaben rund um die Patientenversorgung hinaus weitere Strategien identifizieren, die aus Sicht des Managements geeignete Instrumente im Umgang mit der Arbeitssituation der Pflege sind. So wird zum einen auf eine verbesserte Qualifikation gesetzt. Frau Voss antwortet auf die Frage, wie das Krankenhaus auf die von ihr zuvor thematisierten Belastungen der Pflege reagiert: „Durch Spezialisierung, bessere Ausbildung“ (Frau Voss: 69). Die Erhöhung der Qualifikation durch eine bessere Ausbildung und Spezialisierung wird von Frau Voss als ein geeignetes Instrument zur Entlastung der Pflegekräfte gesehen. Hier wird die individuelle Seite betont. Um den gestiegenen Anforderungen gewachsen zu sein, müssen aus Sicht von Frau Voss die persönlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten der Pflegekräfte verbessert werden. Auch Frau Wolff verknüpft die gestiegenen Anforder-

derungen, die sie im Bereich der Pflege wahrnimmt, mit der Frage nach der Qualifikation:

Wir brauchen Krankenpflegehelferinnen, wie es früher gegeben hat. Das finde ich hervorragend. Die können auch 'ne gute Arbeit leisten. Aber eine examinierte Krankenschwester muss schon ganz was anderes können heutzutage. Also, das geht ja in so eine Richtung, dass wir ja auch gewisse ärztliche Tätigkeiten übernehmen, also, Kurzinfusionen anhängen und Braunülen legen und so [...] auch 'ne gute Schulbildung haben. Also, jetzt kenn' ich das aus Skandinavien, da eh, muss man Abitur haben, das hat man schon ewig lange gehabt, um da überhaupt rein zu kommen. Und das is ein Studium sagen sie, also das dauert auch fast vier Jahre. [...] und man muss einfach exzellent sein. Nur dann kann man auch eine exzellente Pflege machen. Und das ist wichtig. Und ich glaube, das wird immer wichtiger (Frau Wolff: 83ff.)

Die gestiegenen Anforderungen, hier bezogen auf die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, gehen Frau Wolff zufolge notwendigerweise mit einer höheren Qualifikation einher, nur dann könne man auch eine hochwertige „exzellente“ Pflege leisten. Als Vergleichsfolie zieht Frau Wolff die skandinavischen Länder heran. Dort seien die Einstiegsvoraussetzung höher und die Ausbildung finde in Form eines Studiums statt. Die hier angesprochene Akademisierung der Pflege scheint sich Frau Wolff auch für Deutschland zu wünschen. Deutlich wird in ihrem Zitat aber auch, dass sie eine höhere Qualifizierung nicht für die gesamte Pflege fordert, sondern den Einsatz von niedriger qualifizierten Pflegehelferinnen sehr befürwortet.

Zum anderen werden als Ansatzpunkte im Zusammenhang mit den gestiegenen Belastungen Themen wie Personalführung und Personalentwicklung genannt. Sie sind aus Sicht von Herrn Andres wichtige Aspekte, an denen das Management ansetzen kann. Seiner Meinung nach sei es die Aufgabe der Krankenhausleitung, das Personal dabei zu unterstützen, das richtige Aufgabenfeld für sich zu finden:

Also den einen Punkt, den man schauen muss, is, wo fühlt sich der=der/die Einzelne überhaupt aufgehoben? Wir haben natürlich auch Innere Stationen. Wir haben die Geriatrie, da sind ja die Verweilzeiten der Patienten deutlich länger. Aber, das heißt, man muss schon gucken, wer is der Richtige am richtigen Platz. Also, insofern is das so, vor allem das Thema Personalentwicklung, Personalbegleitung. Ehm, was will der/diejenige tatsächlich machen? Und da is die Kluft zwischen Chirurgie, also zwischen den schneidenden Fällen und den konservativen Fächern halt sehr groß. hat sich doch sehr auseinander gespreizt, und das ist das, wo wir begleiten und entwickeln. Da is schon so 'n Konzept mit vorgeben und Spezialisierung auch. Also, wenn man jetzt Onkologie nimmt, da muss man schon 'ne ganze Weile was machen, um in dem Bereich auch hochspezialisiert arbeiten zu können. Das is das, was wir machen als Krankenhausleitung, dass wir da den Menschen begleiten und mit ihnen 'n Weg suchen. (Herr Andres: 60)

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Fachdisziplinen hätten sich durch die Einführung der Fallpauschalen sehr vergrößert. Vor allem die operativen Stationen seien

von der Verkürzung der Verweildauer betroffen. Daneben würde es jedoch auch Stationen geben, in denen die Verweildauer der Patienten deutlich länger sei, z. B. geriatrische Stationen. Hier sei es eine zentrale Aufgabe der Krankenhausleitung, im Zusammenhang mit Themen wie Personalentwicklung und Personalführung für die einzelnen Pflegekräfte beratend tätig zu sein, um das richtige Aufgabenfeld für sich zu finden. Er spricht in diesem Zusammenhang auch das Thema Spezialisierung an. Um in bestimmten Bereichen zu arbeiten, sei es wichtig, die hierfür erforderlichen speziellen Kompetenzen mitzubringen. So sei z. B. in der Onkologie Erfahrung durch eine langjährige Tätigkeit in diesem Fachbereich nötig, um „hochqualifiziert“ arbeiten zu können. Herr Andres verweist in dem obigen Zitat ebenso wie Frau Voss auf die individuellen Eigenschaften der Pflegekräfte, den „richtigen Platz“ im Krankenhaus zu finden, ist seiner Meinung nach ein zentraler Aspekt bei der Frage nach Entlastungsmöglichkeiten.

Die Ausführungen zeigen, dass die Entlastungsstrategien des Managements vielfältig sind. Neben Verbesserungen auf verschiedenen Ebenen der Organisation stehen Faktoren wie Qualifikation und Spezialisierungen im Fokus. Darüber hinaus wird deutlich, dass Mitarbeiterführung und Personalmanagement mittlerweile als Instrumente angesehen werden, um den gestiegenen Belastungen zu begegnen.

6.3.2 Rolle und Stellenwert Pflege aus Sicht des Managements

Schon in den Aussagen zu anderen Themenfelder, z. B. im Zusammenhang mit dem Leadership-Ansatz als Personalführungsinstrument oder der forcierten Ausrichtung auf Personalmanagement als Entlastungsstrategie zeigen sich Hinweise auf die Rolle, die der Pflege im Kontext Krankenhaus zugeordnet wird. Wie nun das normative Leitbild der „ideale“ Pflegekraft aussieht, welche Eigenschaften aus Sicht des Managements erforderlich sind, um diesen Beruf auszuüben, wird im Folgenden dargestellt. Dabei fällt auf, dass Management und Pflege ähnliche Orientierungspunkte in Bezug auf die „ideale“ Pflegekraft zu haben scheinen. Auch in den Interviews mit dem Krankenhausmanagement wird die soziale Kompetenz an erster Stelle genannt, gefolgt von fachlicher Kompetenz:

Also die hohe, soziale Kompetenz und hohe fachliche Kompetenz. wenn eine gute Krankenschwester, ein guter Krankenpfleger einen Patienten vernünftig, sage ich mal, anspricht, also den mit einer entsprechenden Sozialkompetenz versehen, den Mitarbeiter 'n Patient so anspricht, wie ich auch selber angesprochen werden möchte, irgendwie vernünftig angesprochen werden möchte. So erwarte ich es von Mitarbeitern, und natürlich mit 'ner, 'ner guten Fachkompetenz versehen ist [...] Also, die Beziehung eingehen. Trotzdem mit einer professionellen Distanz so versehen sein. Also das ist natürlich ideal. (Herr Müller: 88)

Die von Herrn Müller betonte Bedeutung der sozialen Kompetenz bezieht sich in erster Linie auf kommunikative Aspekte. Als handlungsleitende Prämisse nennt Herr Müller – ähnlich wie Frau Weber auf der Pflegeebene¹⁰⁴ – den Aspekt, dass man die Patienten so ansprechen soll, wie man selber angesprochen werden will. Der Beziehungsaspekt wird hier betont, der von einer professionellen Basis heraus eingegangen werden soll. Direkt gefolgt wird die soziale Kompetenz von der fachlichen Kompetenz, die Herr Müller in seiner Funktion als Pflegeleiter von seinen Mitarbeitern erwartet. Auch Frau Voss nennt die soziale Kompetenz an erster Stelle, diese wird hier im Zusammenhang mit den hohen Belastungen thematisiert:

die müssen das ja aushalten alles. Die sind ja mit den Patienten die ganze Zeit zusammen. Da muss man, glaub ich, 'ne hohe Sozialkompetenz haben, 'ne hohe Belastbarkeit auch. (Frau Voss: 63)

Hier wird die Sozialkompetenz als Eigenschaft genannt, die den Pflegekräften die Arbeit mit den Patienten überhaupt erst ermöglicht, Sozialkompetenz wird demnach als Voraussetzung für eine hohe Belastbarkeit gesehen. Frau Voss konkretisiert in dem folgenden Interviewausschnitt ihre Vorstellung von sozialer Kompetenz:

'N Einfühlungsvermögen, 'n Verständnis, 'ne hohe Auffassungsgabe und die Dinge schon 'n bisschen an sich ran zu lassen, aber nich so weit also, es nachfühlen zu können. Also 'n Einfühlungsvermögen, 'ne Empathie eigentlich, ohne, dass man jedes Einzelschicksal zu seinem eigenen macht. Und auch 'ne Konfliktfähigkeit im Zweifel. (Frau Voss: 65)

Soziale Kompetenz, so Frau Voss, zeichne sich aus durch Einfühlungsvermögen und eine hohe Auffassungsaufgabe, beide werden als empathische Fähigkeiten gesehen. Wichtig sei die Balance zwischen der Nähe zu den Patienten, die für die Einfühlung in die Situation notwendig sei, und der professionellen Distanz, um sich gleichzeitig von den Patientenschicksalen abzugrenzen. Darüber hinaus betont Frau Voss auch die Bedeutung der Konfliktfähigkeit. Auch diese Aussagen verweisen auf den Beziehungsaspekt als zentrales Element in der beruflichen Krankenpflege.

Thema der nächsten Interviewsequenz ist die besondere Motivation, die man als Pflegekraft mitbringen sollte. Die „ideale Pflegekraft“, so Herr Andres,

braucht natürlich auch Freude und Herz am Beruf. Also diese Zugewandtheit muss da sein. Also das als Job zu begreifen wär' eben zu wenig. Aber da geht es halt häufig hin, das kann man schon=kann man schon sehen. [...] das liegt eben daran, was so nachwächst. (Herr Andres: 108).

Herr Andres schildert in seinem Zitat zum einen, dass es nicht ausreichen würde, die

¹⁰⁴ Vgl. Kap. 5.3.1

Pflege als Beruf zu sehen, mit dem man Geld verdienen könne. Es brauche eine besondere Motivation, eine besondere Aufmerksamkeit für die Patienten. Diese Aussage kann ein Hinweis darauf sein, dass Herr Andres Pflege mehr als Berufung sieht denn als Beruf. Dieser Umstand kann möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass er in einem freigemeinnützigem Krankenhaus tätig ist und hier Pflege als „christliches Tun“ verstanden wird, was Herr Andres auch im weiteren Interviewverlauf so benennt (Herr Andres: 116). Er nimmt jedoch einen Wandel in Bezug auf den pflegerischen Nachwuchs wahr und stellt fest, dass die nachkommenden Pflegekräfte das gelebte „christliche Tun“ nicht mehr so praktizieren würden, sondern die Tendenz dahin gehen würde, Pflege als „Job“ zu begreifen.

Dass auch auf der Managementebene der ganzheitliche Aspekt der Pflege als wichtig erachtet wird, zeigt die folgende Aussage von Frau Wolff:

Das ist, dass sie sich interessiert eh, für Menschen. Was is das für ein Mensch? Was steckt dahinter? Wie is der Mensch dazu gekommen so zu werden wie er is? Eh, aus welchem Umfeld kommt er? Wo wohnt er? Wie lebt er? Was für Interessen hat er? Eh, wo hat er so seine Schwerpunkte im Leben und sehen wie geht es weiter? (Frau Wolff: 77)

Die ganzheitliche Sichtweise umfasst Frau Wolff zufolge ein umfassendes Interesse an den Patienten, das weit über den Krankenhausaufenthalt hinaus auch das persönliche Umfeld, die Interessen, die Schwerpunkte und auch die Ziele des jeweiligen Patienten in den Blick nehmen sollte. Im Verlauf des Interviews führt Frau Wolff aus, dass es dabei insbesondere darum gehe, die Patienten nicht nur im Hinblick auf ihre Erkrankung wahrzunehmen, sondern als ganzen Menschen. Ein Ziel der Behandlung sollte sein, die Selbstständigkeit des Patienten wieder herzustellen und ihn mit seinen Ressourcen in die Behandlung mit einzubinden (Frau Wolff: 81). Hier zeigt sich ein Gegensatz zu der im vorherigen Kapitel (6.3.1) geschilderten Befürwortung einer Funktionalisierung in der Pflege seitens einiger Vertreter/innen des Managements, bei der sich die Pflegekräfte auf die medizinischen Aspekte konzentrieren sollen. Über die hier beschriebenen Kompetenzen hinaus werden auch Faktoren wie Organisationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Motivation und Einsatzbereitschaft als positiver Horizont für eine „gute“ Pflegekraft benannt.

Die Aussagen des Managements in Bezug auf die Rolle der Pflege zeigen, dass Pflege vor allem als Beziehungsarbeit gesehen wird und von den Pflegekräften neben fachlichen Kompetenzen eine hohe soziale Kompetenz erwartet wird. Zudem wird eine besondere Motivation für den Beruf erwartet. Was nicht genannt wird, sind ökonomische Aspekte. Auch wenn wirtschaftliche Aspekte im Krankenhaus zuneh-

men, zeigen die Aussagen, dass von den Pflegekräften kein wirtschaftliches Denken erwartet wird, zumindest werden ökonomische Fähigkeiten als Eigenschaften in der Pflege von keinem der Interviewten auf der Managementebene genannt.

In Bezug auf den wahrgenommenen Stellenwert der Pflege im Kontext Krankenhaus aus Sicht der Managementebene zeigt sich zum einen, dass die klassische Hierarchie zwischen Pflegekräften und Ärzten immer noch Bestand zu haben scheint:

Also die Pflege hat schon relativ also, hierarchisch is es so, schon der klassische Ansatz wie, Ärzte sagen sozusagen an, wo's lang geht, und lassen sich von der Pflege net zu viel sagen. Also, grad' unsere Chefärzte, glaub' ich auch, sind da schon so 'n bisschen hochnäsig, ne? Und sagen so, "ja gut, es is halt nur die Pflege letzten Endes", ne? das hängt, glaube ich eh, in gewisser Weise von den Stationsleitungen ab. Also, wir haben zum Beispiel eine Stationsleitung auf einer chirurgischen Station. Ehm, und die is echt top. Also, die, organisiert und macht und tut. Und die is auch anerkannt dementsprechend, ja? (Herr Dannert: 72)

Der Stellenwert der Pflege wird hier am Beispiel der Rollenaufteilung zwischen Pflege und Medizin illustriert. Aus Sicht von Herrn Dannert scheint der „klassische Ansatz“ auch heute noch in den Krankenhäusern vorherrschend zu sein. Die Ärzte seien diejenigen, die „sagen, wo's lang geht“, die Pflege hätte kaum Mitsprachemöglichkeiten. Insbesondere Ärzte in einer hochrangigen Position wie z. B. Chefärzte würden der Pflege einen geringen Stellenwert zusprechen und aus Sicht von Herrn Dannert eher geringschätzig über die Pflege denken: „ja gut, es ist halt nur die Pflege letzten Endes“. Im weiteren Verlauf stellt Herr Dannert dann die Vermutung auf, dass die Wahrnehmung und Anerkennung der Pflege z.T. auch von den Stationsleitungen abhängig sei. Im obigen Zitat illustriert er diese Vermutung am Beispiel einer Stationsleitung, die durch ihren Einsatz und ihre Organisationsfähigkeit positiv auffallen würde und infolgedessen mehr Anerkennung bekommen würde. Im folgenden Interviewausschnitt fasst Herr Dannert seine Überlegungen zum Stellenwert der Pflege in eine Theorie, die den Stellenwert vor allem anhand der ausgeübten Tätigkeiten klassifiziert:

Das is natürlich 'ne Aufwertung von der Pflege. Weil man sagt, "okay", also, wenn man jetzt mal von der Theorie her denkt, hätte man sozusagen die Tätigkeiten des Arztes, die Tätigkeiten der Pflege, und dann die der Servicekräfte unten drunter. Ahm, wenn jetzt die Pflege in gewisser Weise aufgewertet wäre, könnte die natürlich auch noch arztnahe [Tätigkeiten, d. Verf.] übernehmen. Ich sag' jetzt mal, Infusionen legen, Blut abnehmen, et cetera pp., was ja nicht überall unbedingt gemacht wird, das wär' sozusagen die Aufwertung der Pflege, wo man sagt, "okay", da machen sich die Mitarbeiter auch noch für den Betrieb wertvoller in Führungszeiten weil sie dann Tätigkeiten machen, die noch unerlässlicher sind, sag' ich mal, als, jetzt irgendwie 'nen Essensdienst, den man ja auch rein theoretisch outsourcen könnte, ne? (Herr Dannert: 76)

Aus Sicht des Interviewten zeichne sich eine Aufwertung der Pflege durch die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten ab, da diese anerkannter wären als pflegerische Tätigkeiten. An unterster Stelle der Hierarchie würden sich Aufgaben aus dem „kümmernden“ Bereich der Servicekräfte, wie z. B. die Essensversorgung, befinden. Argumentativ führt Herr Dannert diese Aufwertung auf eine höhere Bedeutung ärztlicher Tätigkeiten für den Wertschöpfungsfaktor im Krankenhaus zurück. Diese würden sich nicht so leicht „outsourcen“ lassen wie andere Tätigkeiten rund um die Patientenversorgung. Die Bedeutung und Anerkennung der verschiedensten Aufgaben rund um die Patientenversorgung werden hier aus rein ökonomischer Sicht betrachtet. Tätigkeiten, die im Rahmen des DRG-Systems sichtbar und abrechenbar sind, werden mit einer höheren Anerkennung in Verbindung gebracht. Einen Bedeutungsgewinn erfährt die Pflege aus Sicht von Herrn Dannert nicht aufgrund der Bedeutung der pflegerischen Tätigkeiten für die Patientenversorgung, sondern aufgrund der Übernahme von erlösnahe ärztlichen Tätigkeiten.

Einen anderen Blick auf die Bedeutung pflegerischer Tätigkeiten hat Frau Schneider. Aus ihrer Sicht gibt es einen Widerspruch zwischen der Bedeutung der Pflege für die Krankenhäuser und dem Stellenwert der Pflege:

Ja, die können auch nich ohne Pflege. Dann wären sie aufgeschmissen. ich denk' das is auch immer unterschiedlich so auf den Abteilungen. Einige, wo die Pflege total integriert is, weil es gar nich anders geht, und ja, gut, wir müssen ja mit denen zusammenarbeiten so ungefähr. Also, ich denk', wir haben auch allgemein nich so den Stand, wie's eigentlich sein sollte. (Frau Schneider: 122)

Die hohe Bedeutung der Pflege ergibt sich für Frau Schneider aus dem Aspekt, dass die anderen Berufsgruppen ohne die Pflege nicht funktionieren könnten, ohne die Arbeit der Pflege seien sie „aufgeschmissen“. Auch wenn es Bereiche geben würde, in denen der Stellenwert der Pflege höher sei als in anderen, ist Frau Schneider insgesamt der Meinung, dass die Pflegekräfte nicht so einen Stand haben, „wie's eigentlich sein sollte“. Die Bedeutung der Pflege spiegelt sich Frau Schneider zufolge nicht in ihrem Stellenwert wider. Eine Ursache sieht Frau Schneider in den Fallpauschalen, da hier die pflegerischen Leistungen nur unzureichend abgebildet sind:

Weil was wir, am Patienten machen, was die Pflege anbelangt, da wird nur 'n ganz kleiner Bruchteil berücksichtigt, der mit codiert wird, wo wir Erlöse kriegen. Ansonsten, fließt das irgendwie in eine DRG mit rein, und eh, oftmals haben wir doch mehr getan, als was, was weiß ich was da für 'n Betrag rauskommt. (Frau Schneider: 148)

Der Stellenwert der Pflege wird in den Interviews nicht nur im Kontext Krankenhaus beurteilt, sondern auch im Hinblick auf den gesellschaftlichen Stellenwert. Im fol-

genden Interviewausschnitt schildert Frau Schneider ihre Eindrücke, die sie im Rahmen zweier Pflegekongresse gewonnen hat:

Wir waren zum Kongress in Würzburg, wo wir auch, in Berlin, wir haben Politiker immer dabei. Aber, wir werden immer wie Dummerchen dargestellt. Und versprechen einem alles und im Endeffekt kommt nichts bei rüber. (Frau Schneider: 150)

Frau Schneider nimmt auch auf politischer Ebene eine untergeordnete Position der Pflege wahr. Bei beiden Kongressen hätte sie das Gefühl gehabt, dass die Pflege nicht ernst genommen werden würde. Zwar würde die Politik in großem Rahmen Versprechungen an die Pflege machen, diese würden aber zu keinen wirklichen Verbesserungen führen. Sie konstatiert hier einen Widerspruch zwischen den Versprechen, die seitens der Politik an die Pflege gemacht werden und den tatsächlichen Resultaten. Auch Frau Wolff wirft einen Blick auf die gesellschaftliche Anerkennung der Pflege. Sie zieht den Vergleich zu skandinavischen Ländern und stellt fest, dass der Beruf dort viel anerkannter ist als in Deutschland:

Das ist eine viel größere Anerkennung, nicht? 'Ne soziale Anerkennung. Man kriegt ein viel besseres Gehalt, und man ist anerkannt im Krankenhaus. in Skandinavien, wenn man sagt, dass man Krankenschwester ist, also das eh, ist ganz oben eingestuft, ne? [...] Das macht schon, ganz, ganz viel, dass man eine größere Anerkennung bekommt. Das find' ich=das erlebe ich sehr häufig, auch bei den Pflegekräften. warum werten sie sich selber so ab hier in Deutschland? Das ist einfach richtig schade. Ich finde, das ist so ein wunderschöner Beruf. (Frau Wolff: 101)

Nicht nur hinsichtlich der Bezahlung, auch insgesamt würde die Pflege in Skandinavien mehr Anerkennung bekommen als in Deutschland. Dort seien Pflegeberufe in der beruflichen Hierarchie viel höher angesiedelt. Aus Sicht von Frau Wolff hätte die Pflege in Deutschland aber auch einen Anteil an ihrem geringen Stellenwert, indem sie sich selber abwerten würde. Einen zentralen Grund für den immer noch als gering empfundenen Stellenwert der Pflege sehen sowohl Frau Wolff als auch Frau Schneider in der geschichtlichen Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland:

Weil wir waren ja immer so ja, Zuarbeiter der Ärzte. ich denke, daran lag's so. Also, Hilfsarbeiter wollt' ich grad' sagen. Aber so dass wir ja immer den Ärzten zugearbeitet haben. Das ist ja dann so entstanden. Also, die Frauen sind auch in die Krankenpflege erst gekommen. Ja, das waren Unverheiratete, weil jemand gesucht worden ist und irgendwann so peu à peu gab's dann 'ne Ausbildung dafür. Also, es durften ja keine Verheirateten in die Pflege gehen, das waren Alleinstehende und dann entwickelte sich das so. [...] achtzehnhundert=ich weiß nicht, Sechzigern, oder so, da entstand dann irgendwann so peu à peu=da gab's so kleine Ausbildungsstätten. Das wurde' dann eben erweitert. (Frau Schneider: 124ff.)

Also ich, ich weiß nicht, vielleicht so von der gesamten Entwicklung, von der geschichtlichen Entwicklung. also, wie man hier angefangen hat die Pflege. Das wa-

ren ja mehr, Mädchen aus Aristokraten=konservativen Haushalten [...] da hat es angefangen [...] Auch so 'ne gewisse Ausnutzung. (Frau Wolff: 106)

Beide Interviewte betonen in diesen Aussagen den Geschlechteraspekt und die Herausbildung der Pflege als Frauenberuf als zentrale Faktoren für die untergeordnete Position der Pflege. Frau Schneider sieht darüber hinaus in der anfänglichen Rollenverteilung zwischen Medizin und Pflege einen weiteren Grund für die die untergeordnete Position der Pflege, da sie immer schon den Status der „Zuarbeiter“ gehabt hätte. Aus Sicht der Interviewten ist die hier entstandene untergeordnete Position der Pflege auch in der heutigen Pflege noch spürbar.

Insgesamt scheint der Stellenwert der praktizierenden Pflege im Kontext Krankenhaus nicht sehr hoch eingeschätzt zu werden. So wird z. B. von einer weiter bestehenden „klassischen“ Hierarchie zwischen Medizinerinnen und Pflegekräften gesprochen, bei der die Pflege eine untergeordnete Position einnimmt. Auch wenn vereinzelt ein hoher Stellenwert der Pflege konstatiert wird, scheint sich dieser auf individuelle Pflegekräfte zu beziehen und nicht auf die ganze Berufsgruppe der Pflegekräfte. Eine Aufwertung der Pflege wird nur im Hinblick auf die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten wahrgenommen. Gleichzeitig wird – von einigen leitenden Pflegekräften – auf einen Widerspruch zwischen der Bedeutung der Pflege im Krankenhaus und ihrem Stellenwert hingewiesen. Nicht nur im Kontext Krankenhaus, sondern auch auf politischer und gesellschaftlicher Ebene sei dieser Widerspruch sichtbar. Die Ursachen werden nicht nur in strukturellen Bedingungen wie die Ausgestaltung der DRGs gesehen, die sich durch eine mangelnde Sichtbarkeit der pflegerischen Leistungen im Hinblick auf die Erlöse des Krankenhauses auszeichnen. Auch die historischen Entstehungsbedingungen in der Pflege werden als Ursachen für den geringen Stellenwert angeführt.

7. Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Arbeit war es, die Auswirkungen der ökonomisch induzierten Veränderungen auf die Pflegearbeit im Krankenhaus zu untersuchen. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses standen dabei neben den Auswirkungen auf das berufliche Handeln und das berufliche Selbstverständnis auch die Veränderungsprozesse im Hinblick auf die Pflege als Beruf. Da die ökonomisch induzierten Veränderungen mit einer Hoffnung auf einen Bedeutungsgewinn pflegerischer Arbeit und einer Aufwertung des Status der Pflege verbunden waren ([vgl. Kap. 2.2.2](#)), wurde in dieser Arbeit auch Fragen nach der Einbindung der Pflege in die Umstrukturierungen und nach der Rolle und dem Stellenwert der Pflege nachgegangen.

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt – auch unter Einbeziehung des mehrdimensionalen Zuschnitts dieser Arbeit – in drei Schritten. Zunächst wird anhand der empirischen Ergebnisse auf der Ebene der praktischen Pflege diskutiert, ob die ökonomisch induzierten Veränderungen zu einem Wandel im beruflichen Selbstverständnis geführt haben (Kap. 7.1). Im Anschluss daran werden anhand verschiedener Themenfelder die empirischen Ergebnisse der Befragung auf der Ebene der praktizierenden Pflege und auf der Ebene des Krankenhausmanagements miteinander verglichen und in Beziehung zueinander gesetzt, um über die Identifikation von gemeinsamen und unterschiedlichen Werthaltungen Konfliktfelder, aber auch zentrale Werte in der Krankenhausversorgung aufzudecken (Kap. 7.2). Ob sich tatsächlich ein Bedeutungsgewinn und eine neue Positionierung der Pflege unter den veränderten Bedingungen abzeichnen und welche Auswirkungen sich im Hinblick auf die Pflege als Beruf abzeichnen, wird zum Abschluss diskutiert (Kap. 7.3).

7.1 Berufliches Selbstverständnis unter neuen Bedingungen

Als eine Auswirkung der ökonomisch induzierten Veränderungen im Krankenhaussektor wird ein Wandel im beruflichen Selbstverständnis diskutiert, ein Wandel derart, dass eine Veränderung in der Patientenorientierung stattfindet und ökonomische Kalküle und Ziele an Bedeutung gewinnen bzw. sogar die Dienstleistungsorientierung überformen (vgl. Kühn/Simon 2001: 3). In den Forschungen diesbezüglich zeigt sich ein diffuses und widersprüchliches Bild. So werden sowohl eine deutliche Konstanz des beruflichen Selbstverständnisses konstatiert als auch Anzeichen einer Integration ökonomischer Prinzipien in das berufliche Selbstverständnis Pflegenden (vgl. Braun et al. 2010; Mohan 2019; Starystach/Bär 2019). Im Folgenden wird diskutiert, ob sich bei den Befragten dieser Studie ein Wandel im beruflichen Selbstver-

ständnis abzeichnet. Hierzu wird zum einen der „Generationenvergleich“ zwischen den Aussagen der „jüngeren“ und „älteren“ Pflegekräfte in Bezug auf ihr allgemeines berufliches Selbstverständnis herangezogen. Zum anderen werden die empirischen Ergebnisse daraufhin untersucht, ob sich eine Integration ökonomischer Prinzipien in das berufliche Selbstverständnis abzeichnet.

Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem die Patientenorientierung als konstitutives Merkmal des beruflichen Selbstverständnisses identifiziert werden kann. Unabhängig von der Dauer der Berufszugehörigkeit steht die Patientenversorgung für die Pflegekräfte an erster Stelle. Die direkte Interaktion mit den Patient/innen wird als zentral für den Beruf gesehen, als das „eigentliche Pflegen“. Vorrang für die Pflegekräfte haben patientennahe Tätigkeiten, während patientenferne Tätigkeiten ausnahmslos als nachrangig eingestuft werden. Die Aussagen in Bezug auf den positiven Orientierungsrahmen in der Pflege („ideale Pflegekraft“) zeigen, dass beide Vergleichsgruppen neben fachlichen Kompetenzen vor allem soziale Kompetenzen als zentrale Eigenschaften nennen. Hier wird deutlich, dass Pflege in erster Linie als interaktive Tätigkeit verstanden wird. Die Ausrichtung auf die Patientenversorgung und die Betonung des Beziehungsaspekts können als wichtige Faktoren für die Identifikation der Pflegekräfte mit ihrem Beruf gesehen werden, sie haben eine orientierende und handlungsleitende Funktion für die Alltagspraxis.

Auch wenn beide Vergleichsgruppen die direkte Arbeit mit den Patient/innen als zentralen Kern der pflegerischen Arbeit sehen, zeigen sich zum einen Unterschiede hinsichtlich der Tätigkeiten, die Pflege beinhalten sollte. Während einige Pflegekräfte, vor allem aus der Gruppe der „Älteren“, die ganzheitliche Ausrichtung in der Patientenversorgung betonen, bei der Pflege sowohl behandlungspflegerische als auch grundpflegerische Tätigkeiten umfasst, wird dieser Aspekt von „jüngeren“ Pflegekräften kaum genannt bzw. ist eine Ausgliederung grundpflegerischer Tätigkeiten vereinzelt durchaus mit ihrem Verständnis von Pflege vereinbar. In der eher ganzheitlichen Orientierung der „älteren“ Pflegekräfte lassen sich Parallelen zu den Konzepten der Patientenorientierung erkennen, die Mitte der 1970er Jahre Einzug in den Pflegediskurs gehalten haben und seit den 1990er Jahren verstärkt für die berufliche Pflege in Deutschland gefordert wurden. In Abgrenzung zu der lange Zeit vorherrschenden funktionalisierten Arbeitsteilung in der Krankenhauspflege zeichnet sich Pflege diesen Konzepten zufolge durch eine ganzheitliche Ausrichtung aus, bei der sowohl pflegerische Tätigkeiten als auch der Beziehungsaspekt als zentrale Faktoren für die Pflegearbeit angesehen werden (vgl. Taubert 1992:117f., Bischoff 1992:177,

auch Elkeles 1993). Diese Neuorientierung in der beruflichen Pflege wurde nicht nur als wichtiger Faktor für die Arbeitszufriedenheit gesehen, sondern auch als Möglichkeit zur Entwicklung eines eigenständigen Arbeitsbereichs. Indem die Pflege die individuellen Grundbedürfnisse der Patient/innen, sowohl in körperlicher als auch in psychosozialer Hinsicht, in den Mittelpunkt stellt, reklamiert sie Bischoff zufolge ein „eigenständiges Arbeitsgebiet für sich“ und grenzt sich somit vom medizinischen Arbeitsbereich ab (Bischoff 1992:177).

Weitere marginale Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen zeigen sich im Zusammenhang mit den zentralen Qualitätsmerkmalen in der Pflege. Hier wird der Bezug zu pflge theoretischen Grundlagen von „jüngeren“ Pflegekräften etwas stärker thematisiert als von „älteren“ Pflegekräften. Möglicherweise können diese Unterschiede als Tendenzen eines Wandels in dem Sinne gesehen werden, dass jüngere Pflegekräfte sich in ihrem beruflichen Selbstverständnis mehr in Richtung eines „pflegeprofessionellen Denkstils“ (vgl. Brüche et al. 2004) entwickeln. Es könnte aber auch ein Hinweis darauf sein, dass pflge theoretische Konzepte über die Ausbildung hinaus kaum den Weg in die Pflegepraxis finden. Zum anderen wurden in den Interviews Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen bzgl. der Arbeitsweisen und der Kommunikation thematisiert. So wird z. B. „jüngeren“ Pflegekräften vereinzelt ein distanzierteres Verhältnis zu den Patient/innen und eine mangelnde Kommunikationsbereitschaft zugesprochen. Ob die angeführten Differenzen als Hinweis auf einen Wandel im beruflichen Selbstverständnis gesehen werden können, lässt sich aus den Interviewaussagen nicht abschließend beurteilen. So werden zum einen – neben einem anderen Pflegeverständnis – auch Merkmale wie persönliche Kompetenzen oder der Aspekt der Berufserfahrung als Ursache für die thematisierten Unterschiede benannt. Auch persönliche Gründe wie Rechtfertigungsstrategien der eigenen Arbeitsweisen könnten in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen. Zum anderen ist die Verallgemeinerbarkeit der Aussagen aufgrund des relativ kleinen, heterogenen Samples begrenzt. Um diesen Aspekten genauer nachgehen zu können, bräuchte es größere Vergleichsgruppen.

In Bezug auf die Integration ökonomischer Prinzipien in das berufliche Selbstverständnis zeigen sich verschiedene Tendenzen. Einerseits nehmen die Pflegekräfte eine sehr kritische Haltung gegenüber ökonomischen Zielsetzungen – insbesondere der Gewinnorientierung – im Krankenhaus ein. Andererseits wird die Notwendigkeit wirtschaftlichen Arbeitens aber nicht infrage gestellt, zudem werden verschiedene Bereiche aufgezeigt, in denen aus Sicht der Pflege unwirtschaftlich gearbeitet wird.

Dieses Bewusstsein und die – zwar nur vereinzelt – vorhandene Bereitschaft, die verstärkte markt- und wettbewerbliche Orientierung auch für die eigenen Bedürfnisse zu nutzen, z. B. die Aushandlung eines besseren Gehalts, weisen darauf hin, dass zumindest in Ansätzen ökonomisches Denken auch im Bereich der Pflege anzutreffen ist. Die deutliche Abgrenzung der Interviewten von einer Gewinnorientierung zeigt aber, dass auf der Ebene der praktizierenden Pflege eine „universalistische Patientenorientierung“ (Bode 2010:207) weiterhin handlungsleitend zu sein scheint. Die Versorgung der Patient/innen steht im Mittelpunkt, die Interviewten betonen einheitlich, dass mit der Arbeit mit und am kranken Menschen kein Profit gemacht werden dürfe. Auch wenn es von Seiten der interviewten Pflegekräfte nicht so deutlich ausgesprochen wird, lässt sich hier eine hohe Gemeinwohlorientierung (vgl. Vogel 2012: 6) beobachten. Die Pflegekräfte scheinen sich trotz zunehmender Marktorientierung im Gesundheitssektor dem öffentlichen Auftrag der Bereitstellung und Durchführung von gesundheitlichen Dienstleistungen verpflichtet zu fühlen, in der alle Patient/innen den gleichen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung haben. Es lässt sich dementsprechend nicht eindeutig beantworten, ob es sich bei dem vorgefundenen Bewusstsein für wirtschaftliche Aspekte um eine „Normverunsicherung“ handelt, wie sie in anderen Studien beobachtet wurde (vgl. Braun et al. 2010:78).

Deutlich wird aber, dass die veränderten Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit, insbesondere die Schnelligkeit der Prozesse, die personelle Situation und der Zeitmangel, oftmals im Widerspruch zum beruflichen Selbstverständnis stehen und zu Konfliktsituationen führen, die von den Pflegenden auf verschiedene Weise austariert werden. So zeichnen sich im Umgang mit dem Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen und versorgungsrelevanten Aspekten vor allem zwei Reaktionsformen ab: Zum einen die Bereitschaft zur individuellen Mehrarbeit der Pflegekräfte, indem Pflegekräfte ihre Pause opfern oder Überstunden machen, z.T. auch unbezahlt, um ihre Arbeit zu schaffen. Zum anderen werden bei Zeitmangel bestimmte Tätigkeiten nicht durchgeführt. In erster Linie sind es patientenferne Tätigkeiten, aber auch patientennahe Tätigkeiten wie z. B. bestimmte Aspekte der Körperpflege oder insbesondere die psychosoziale Unterstützung können oftmals nicht in dem Rahmen geleistet werden, wie es aus Sicht der Pflegenden nötig wäre. Diese implizite Rationierung – die auch in anderen Studien thematisiert wird (z. B. Braun et al. 2014) – steht zwar im Widerspruch zum beruflichen Selbstverständnis, wird aber in vielen Fällen als alternativlos gesehen. Neben diesen Reaktionsformen zeigen sich auch verschiedene emotionale Reaktionen auf die Belastungssituationen. Sowohl eine innere Zerrissen-

heit ist spürbar als auch Wut und Resignation. Vor allem im Zusammenhang mit der psychosozialen Unterstützung lässt sich auch vereinzelt ein emotionaler Rückzug beobachten. In der Pflegeforschung wird dieses Phänomen „Coolout“ genannt (vgl. Kersting 2011). Auch wenn sich Ermüderscheinungen zeigen, wird das Bemühen der Pflegekräfte sichtbar, trotz der Rahmenbedingungen weiterhin ihrem Pflegeverständnis entsprechend zu pflegen. Dafür nehmen sie – momentan noch – einen hohen Arbeitsdruck und Mehrarbeit in Kauf (vgl. auch Kühn 2003). Vereinzelt lassen sich auch Exit-Strategien und zarte Formen des Widerstandes beobachten (vgl. Hirschman 1970).

Die in dieser Studie vorgefundene hohe Konstanz des beruflichen Ethos in der Pflege und die Orientierung auf versorgungsrelevante Aspekte auch unter sich verschlechternden Rahmenbedingungen wird in verschiedenen Studien beobachtet (z. B. Braun et al. 2010:18; Mohan 2019; Starystach/Bär 2019). Die Beständigkeit des beruflichen Selbstverständnisses und die deutliche Positionierung gegen die marktwirtschaftlichen Tendenzen im Krankenhaus können dahingehend interpretiert werden, dass sich der pflegerische Habitus auch unter den „neuen Zwängen“ der Neustrukturierung des Gesundheitssystems (vgl. Flecker/Herrmann 2012:33) kaum verändert zu haben scheint. Diese Stabilität oder auch „Trägheit“ des pflegerischen Habitus (ebd.) resultiert möglicherweise aus dem Umstand, dass die direkte Arbeit mit den Patient/innen für viele Pflegekräfte sinnstiftend ist und sie zudem die größte Wertschätzung und Anerkennung von den Patient/innen und ihren Angehörigen bekommen, während von Seiten der Institution Krankenhaus eher ein Anerkennungsverlust beschrieben wird (vgl. Kap. 7.3). Zum anderen könnte die Beständigkeit ein Hinweis auf eine oppositionelle Haltung gegenüber den „Zwängen und Versuchungen der Institution“ (Kühn 2003:92) sein.

Eine weitere Erklärung für die hohe Konstanz des beruflichen Ethos in der Pflege könnte darin liegen, dass sich Pflegearbeit als soziale Dienstleistungsarbeit durch besondere Handlungsanforderungen auszeichnet (vgl. Baumgart et al. 2004:195; Böhle/Wehrich 2020:22; Rieder 2004:154). Pflegekräfte sind in ihrer täglichen Arbeit mit Patient/innen konfrontiert, die sowohl körperlich als auch psychosozial auf Unterstützung angewiesen sind. Diese direkte Konfrontation macht es für die Pflegekräfte schwierig, die Versorgung der Patienten unter ökonomischen Gesichtspunkten zu betrachten oder bestimmte Dinge liegen zu lassen (vgl. Ostner/Beck-Gernsheim 1979:42). Sie werden direkt mit den Folgen konfrontiert. Der Aspekt der Unmittelbarkeit im pflegerischen Alltag ist demnach ein zentraler Faktor in der Pflegearbeit.

In der Patientenorientierung als zentrales Element des beruflichen Selbstverständnisses spiegeln sich die besonderen Handlungsanforderungen in der Pflegearbeit, ebenso wie in der Bereitschaft zur individuellen Mehrarbeit.

Abschließend lässt sich festhalten, dass das pflegerische Selbstverständnis zwar auf der einen Seite eine hohe Konstanz aufweist und insbesondere die Versorgung der Patient/innen in den Mittelpunkt stellt. In Bezug auf weitere Merkmale des beruflichen Selbstverständnisses, z. B. der Frage, welche Tätigkeiten Pflege beinhalten und an welchen Konzeptionen sie sich orientieren sollte, scheint es jedoch unterschiedliche Ansichten innerhalb der Pflegekräfte in der direkten Patientenversorgung zu geben. Diese Differenzen könnten durchaus ein Hinweis auf ein sich wandelndes berufliches Selbstverständnis in der Pflege sein.

7.2 Pflege und Management – zwei Seiten einer Medaille?

Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit ist es, die Auswirkungen der ökonomisch induzierten Veränderungen auf die Pflegearbeit im Krankenhaus zu erfassen. Um einen differenzierten Blick auf die Folgen der Ökonomisierung in den Krankenhäusern zu bekommen, wurde in dieser Arbeit ein positionsspezifischer Zuschnitt gewählt. Im Folgenden werden die Aussagen der praktischen Pflege und des Managements anhand zentraler Themenfelder miteinander verglichen und diskutiert.

Arbeitssituation

Ein zentrales Themenfeld in Bezug auf die ökonomische Umstrukturierung in den Krankenhäusern ist die Arbeitssituation. In allen Krankenhäusern des Samples wird von tiefgreifenden Umstrukturierungen berichtet. Die Anpassungsprozesse an die veränderten Rahmenbedingungen seitens der Krankenhäuser sind vielfältig. Neben strukturellen Veränderungsprozessen wie z. B. Dezentralisierungen, einer Verschlankung des mittleren Managements oder die Bildung neuer Geschäftsbereiche (strategisches Management) lässt sich eine normative Neuausrichtung identifizieren, z. B. in der Etablierung neuer Managementkonzepte und einer verstärkten Orientierung auf Aspekte wie Mitarbeiterführung und Personalmanagement. Die Umstrukturierungen gehen sowohl auf der Ebene der praktizierenden Pflege als auch auf der Ebene des Managements mit massiven Veränderungen in der Arbeitssituation und in den Handlungsanforderungen einher. Auf beiden Interviewebenen werden eine Arbeitsverdichtung, eine Reduktion des Personals und eine Beschleunigung der Prozesse beschrieben. Die personelle Reduzierung auf der Managementebene betrifft in erster Linie das pflegerische Leitungspersonal auf verschiedenen Hierarchieebenen.

Hier wird eine deutliche Ausdünnung beschrieben, die im Zusammenhang mit einer Verschlankung des mittleren Managements gesehen werden kann, einem zentralen Aspekt des Lean Managements. Neue Handlungsanforderungen zeigen sich besonders im Bereich der Pflegeleitungen. Während diese vor der Neustrukturierung eine größere Nähe zur Pflege an der Basis hatten und mehr in die Prozesse vor Ort involviert waren, übernehmen sie mittlerweile mehr betriebswirtschaftliche und übergeordnete Aufgaben, z. B. Budgetsteuerung oder strategische Prozessentwicklung. Zeitgleich zeichnet sich auch eine neue Rolle der Stationsleitungen ab. Während die Pflegeleitungen mehr in übergeordnete Prozesse eingebunden sind, sollen die Stationsleitungen die Prozesse vor Ort steuern.

Auf der Pflegeebene zeigen die empirischen Ergebnisse im Hinblick auf die Arbeitssituation, dass sich der pflegerische Alltag in vielerlei Hinsicht geändert hat. Wie in vielen anderen Studien zur Arbeitssituation in der Pflege im Krankenhaus (u. a. Braun et al. 2010; Isfort/Weidner 2010; Marrs 2008; Mohan 2019) können auch in dieser Arbeit vor allem die Arbeitsverdichtung und die personelle Situation als hauptsächliche Belastungsfaktoren identifiziert werden. Die Befragten nehmen insgesamt einen erhöhten pflegerischen, kommunikativen und psychosozialen Versorgungsaufwand und eine deutlich erhöhte Komplexität in der Patientenversorgung wahr.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die Arbeitssituation der Pflege nicht nur durch Rationalisierungen und DRG -induzierten Veränderungen wie die Verkürzung der Verweildauer und die Erhöhung der Fallzahlen beeinflusst wird. Auch wird eine Diskrepanz zwischen strategischen Entscheidungen des Krankenhausmanagements und den Umsetzungsmöglichkeiten auf den Stationen festgestellt (vgl. auch Grimm 2013). Die Problematik wird in erster Linie am Beispiel der Auslastung der Operationssäle beschrieben, bei der die Nachsorgesituation auf den Stationen eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint. Als Folge berichten die Pflegekräfte von einem zusätzlichen Anstieg des organisatorischen und psychosozialen Aufwands, da Patient/innen auch über die Stationsgrenzen hinaus betreut werden müssen bzw. die Kolleg/innen auf den fachfremden Stationen angeleitet werden müssen. Hier zeigt sich eine Entgrenzung der pflegerischen Arbeit. Diese Form des „interdisziplinären“ Arbeitens¹⁰⁵ in der Pflege wird als neues Phänomen beschrieben und untergräbt aus Sicht einiger Pflegekräfte das professionelle Arbeiten in der Pflege. Auch insgesamt berichten die Pflegekräfte von Widersprüchen zwischen den Optimierungsstrategien

¹⁰⁵ Das „interdisziplinäre“ Arbeiten bezieht sich auf die Versorgung fachfremder Patient/innen (vgl. Kap. 5.2.1).

seitens des Managements und den Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis. Eine zentrale Besonderheit der pflegerischen Arbeit – die nur in sehr geringem Maße planbare Arbeit mit und am kranken Menschen – würde kaum mit bedacht werden. Dieser Befund zeigt zum einen, wie strategische Maßnahmen, die in einem Bereich im Krankenhaus die Prozesse optimieren sollen, in anderen Bereichen zu vermehrtem organisationalen Stress führen können. In dem beschriebenen Beispiel lässt sich ein Spannungsfeld zwischen ökonomisch orientierten Zielen – so ist die Auslastung der Operationssäle aus wirtschaftlicher Sicht ein entscheidender Kostenfaktor (vgl. Korff 2012: 55) – und den Versorgungsmöglichkeiten auf den Stationen identifizieren. Ökonomische Ziele wie die Betten- bzw. OP-Auslastung scheinen Vorrang vor Versorgungsaspekten zu haben. Der hierdurch entstehende Mehraufwand wird in erster Linie von den Pflegenden auf den Stationen aufgefangen. Zum anderen zeigt sich hier eine Kluft zwischen der Pflege an der Basis und dem Krankenhausmanagement. Auf Seiten der Pflegenden entsteht das Gefühl, dass ihre Situation wenig Aufmerksamkeit seitens des Managements bekommt bzw. ökonomischen Aspekten untergeordnet wird.

Dass sich die Arbeitssituation der Pflege im Zuge der Umstrukturierungen deutlich verändert hat, ist auch auf der Managementebene ein zentrales Thema. Unter den Interviewten herrscht Einigkeit darüber, dass die Anforderungen und die Belastungen auf Seiten der Pflege gestiegen seien. Die strategischen Maßnahmen, mit denen das Management der belastenden Arbeitssituation in der Pflege begegnen will, sind vielfältig. Sie zielen zum einen auf organisatorische Aspekte rund um die Pflegearbeit, z. B. im Zusammenhang mit der Neustrukturierung der Aufgaben im Krankenhaus oder im Zusammenhang mit der direkten Arbeitsorganisation im pflegerischen Alltag. Zum anderen fokussieren sie die Qualifikation der Pflegekräfte. Sowohl Verbesserungen in der Ausbildung, eine partielle Akademisierung der Pflege als auch Spezialisierungen werden als geeignete Maßnahmen gesehen, um den Belastungen besser begegnen zu können. Darüber hinaus werden Mitarbeiterführung und Personalmanagement als wichtige Mittel im Zusammenhang mit den gestiegenen Belastungen gesehen.

In den genannten Strategien lassen sich Ansätze einer neuen Funktionalisierung und Hierarchisierung der Pflegearbeit erkennen, indem im Zusammenhang mit der Neustrukturierung der Aufgaben im Krankenhaus von einigen Vertreter/innen des Managements eine Neuaufteilung der pflegerischen Tätigkeiten proklamiert wird. Hier sollen die „sorgenden“ Aspekte der Pflegearbeit von Servicekräften übernommen

werden, während die Pflegekräfte sich mehr um die „medizinischen“ Tätigkeiten kümmern sollen. Auch in der Neukonzeption¹⁰⁶ zum Primary Nursing als Pflegeorganisationssystem lassen sich Tendenzen einer Funktionalisierung und Hierarchisierung der Pflegearbeit erkennen, indem grundpflegerische Tätigkeiten von Pflegehilfskräften übernommen werden sollen, während examinierte Pflegekräfte vorwiegend organisatorische Aufgaben übernehmen sollen. Vor allem aus Sicht einiger „älterer“ Pflegekräfte dieses Samples werden diese Tendenzen als Rückschritt betrachtet und vehement abgelehnt. Im Kern richtet sich die Kritik auf den hier enthaltenen Widerspruch zu einer ganzheitlichen Orientierung in der Pflege, die lange Zeit als geeignet angesehen wurde, um die Arbeitszufriedenheit in der Pflege zu erhöhen (vgl. u. a. Bischoff 1992; Elkeles 1993). Hier zeigt sich, dass die Restrukturierungsmaßnahmen nicht nur die Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus in den Blick nehmen, sondern tief in die Pflegearbeit eingreifen.

Zudem zeigen die Befunde, dass Probleme in der Arbeitssituation der Pflege auch auf die Pflegenden selbst zurückgeführt werden. So gibt es Sicht einiger Vertreter/innen des Managements noch Optimierungspotenzial in der pflegerischen Arbeitsorganisation. Defizite werden im Hinblick auf die Selbstorganisation der Pflegekräfte, aber auch im Hinblick auf die professionelle Distanz konstatiert. Letztere werden auf eine Nähe der Pflegearbeit zu Handlungsvollzügen aus dem privaten Bereich zurückgeführt. Im Gegensatz zum familiären Bereich erfordere professionelles Handeln im Krankenhaus die Fähigkeit, sich auch abgrenzen zu können von den Wünschen und Anforderungen der Patient/innen. Anstatt generell mehr Personal einzufordern, solle die Pflege auf den Stationen ihre Arbeit effizienter organisieren bzw. die schon vorhandenen, aus Sicht des Pflegemanagements verbesserten Ablaufstrukturen umsetzen.

Die Entlastungsstrategien des Managements zeigen, dass in erster Linie auf Maßnahmen gesetzt wird, die vereinbar mit der ökonomischen Neuausrichtung der Krankenhäuser sind. Nicht die Rahmenbedingungen stehen im Fokus, diese werden vor allem aus ökonomischen Gründen als weitestgehend unveränderbar eingestuft. Stattdessen fokussieren die Lösungsansätze des Managements eine Anpassung der Pflegekräfte an die neuen Rahmenbedingungen. Zu dieser Sichtweise passt auch, dass verstärkt auf Managementinstrumente wie Personalführung gesetzt wird, um den gestiegenen Belastungen im Pflegebereich zu begegnen. Die Aufgabe würde darin

¹⁰⁶ Die ursprüngliche Form des Primary Nursing sieht vor, dass eine Pflegekraft die komplette Versorgung der ihr zugewiesenen Patient/innen übernimmt, sowohl in Bezug auf die Planung als auch in Bezug auf die Durchführung aller pflegerischer Maßnahmen, einschließlich grundpflegerischer Tätigkeiten (vgl. Manthey 2005).

bestehen, den richtigen Arbeitsplatz für die einzelnen Pflegekräfte zu finden. Hier sei die Krankenhausführung gefragt, die Pflegekräfte auf ihrem Weg zu begleiten und zu beraten.

Insgesamt lässt sich in den Strategien eine Tendenz zur Individualisierung struktureller Problemlagen erkennen: nicht die als „schnelllebig“ bezeichneten Veränderungen werden als problematisch angesehen, sondern die konstatierten Defizite in Bezug auf die Organisationsfähigkeit der Pflegekräfte. Nicht die Situation auf den Stationen wird in den Blick genommen, sondern die einzelnen Pflegekräfte, für die es den „richtigen“ Arbeitsplatz zu finden gilt. Auch wenn in den Interviews auf der Managementebene die veränderten Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit als eine Ursache für den Anstieg der Belastungen gesehen werden, stehen in den Strategien vornehmlich die individuellen Fähigkeiten der Pflegekräfte im Fokus.

Versorgungssituation/ Versorgungsqualität

Ein weiteres zentrales Themenfeld im Zusammenhang mit der ökonomischen Neuausrichtung in den Krankenhäusern sind die Auswirkungen auf die Versorgungssituation und die Versorgungsqualität. Hier lassen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede zwischen den Befragungsebenen identifizieren. Interessant ist, dass die normativen Bezugspunkte von „guter Pflege“ und der positive Horizont einer „idealen Krankenschwester“ auf beiden Ebenen recht ähnlich sind, unabhängig vom biographischen Hintergrund der Befragten. Der Beziehungsaspekt und die soziale Kompetenz werden betont, ebenso wie die fachliche Kompetenz. Die hohe Übereinstimmung zwischen den Aussagen des Managements und der praktizierenden Pflege in Bezug auf die zentralen Aspekte der Krankenpflege kann zum einen als Hinweis darauf gesehen werden, dass die Orientierung auf die Patient/innen, die sich hier widerspiegelt, mittlerweile zu einem Qualitätsmerkmal geworden ist und als Wettbewerbsfaktor gesehen wird (vgl. Buchstor 2010; Cassier-Woidasky 2007: 404). Zum anderen weisen die auf beiden Ebenen vorherrschenden Normen auf ein universelles Verständnis von Pflege hin, in dem Pflege in erster Linie als Beziehungshandeln verstanden wird.

Es zeigen sich aber deutliche Unterschiede zwischen den Befragungsebenen in Bezug auf die Bewertung, wie dieser Versorgungsanspruch im pflegerischen Alltag umgesetzt werden kann. Die Interviewten auf der Managementebene sind überwiegend der Meinung, dass die Bedingungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung auch unter veränderten Rahmenbedingungen gegeben sind. Mehr noch, die strukturellen Veränderungen werden mit positiven Auswirkungen auf die Versorgungsquali-

tät in Verbindung gebracht. Als qualitätssteigernd werden sowohl die Prozessoptimierung als auch die gestiegene Transparenz bewertet. Vereinzelt wird zwar auf problematische Auswirkungen der DRGs hingewiesen, hieraus folgt aber kein Handlungsimpuls. Unterschiedliche Einschätzungen zeigen sich im Hinblick auf die personelle Situation in der Pflege. Während einige Vertreter/innen des Managements der Meinung sind, dass die Situation sehr wohl ausreichend ist, um eine qualitativ gute Patientenversorgung zu gewährleisten, formulieren andere Interviewte durchaus Handlungsbedarf, die Umsetzung wird dann aber aus ökonomischen Gründen als nicht realisierbar bewertet, da hierfür die finanziellen Mittel fehlen würden. Stattdessen wird auf kurzfristige und flexible Lösungen wie die Kompensation von personellen Engpässen mit Zeitarbeitskräften oder Pflegepersonal von anderen Stationen gesetzt. In Bezug auf die in normativer Hinsicht herausgestellte Bedeutung des Beziehungsaspektes für die Versorgungsqualität wird von einigen Interviewten des Krankenhausmanagements – ganz im Sinne der ökonomischen Logik – eine funktionale Differenzierung der Pflegearbeit befürwortet (s. o.), bei der sowohl grundpflegerische als auch „sorgende Aspekte“ wie die Zuwendung zu den Patient/innen im Hinblick auf die psychosozialen Bedürfnisse von geringer qualifiziertem – und kostengünstigerem – Personal oder von ehrenamtlich Tätigen übernommen werden sollen. Diese Idee einer arbeitsteilig organisierten Beziehungsarbeit kann auf Seiten des Managements als auflösender Faktor für den Widerspruch zwischen den Ansprüchen an eine hochwertige Versorgung und den personellen Ressourcen gesehen werden. Hier lassen sich zudem Tendenzen einer Taylorisierung der Pflegearbeit erkennen (vgl. auch Bode 2010: 20).

Aus Sicht der Pflege dagegen werden die Rahmenbedingungen oftmals als nicht ausreichend bewertet, um eine qualitativ hochwertige Versorgung leisten zu können. Vor allem der Zeitmangel im pflegerischen Alltag und die personelle Situation stehen in der Kritik. Die allgemeine personelle Situation und die kurzfristige, flexible Handhabung von personellen Engpässen seitens des Managements stehen in einem Widerspruch zu den als deutlich erhöht wahrgenommenen Anforderungen in der Pflege. Besonders das Arbeiten mit fachfremden Patient/innen oder nicht ausreichend eingearbeitetem Personal wird als problematisch wahrgenommen und stellt aus Sicht einiger Pflegekräfte das professionelle Handeln in der Pflege infrage. Als weiterer Unsicherheitsfaktor wird die neue Schnelligkeit im Zusammenhang mit der gestiegenen Komplexität der Versorgung wahrgenommen, die aus Sicht der Pflege mit einer Zunahme der ohnehin schon als hoch empfundenen Verantwortung in der Pflege einhergeht. Hier zeigt sich, dass sich insbesondere vor dem Hintergrund der

speziellen Handlungsanforderungen in der beruflichen Pflegearbeit – vor allem die besondere Verantwortung und die nur in geringem Maße planbare pflegerische Arbeit – Konfliktsituationen abzeichnen. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung leisten zu können, ist aus Sicht der praktizierenden Pflege nicht nur eine ausreichende quantitative Personalausstattung nötig, auch qualitative Aspekte wie z. B. Erfahrung und Kenntnisse der stationsinternen Besonderheiten und Krankheitsbilder sind von hoher Bedeutung. Damit sprechen die Pflegenden Aspekte an, die dem „subjektivierenden Arbeitshandeln“ (Böhle 1999) zugeordnet werden können. Hier wird insbesondere dem situativen Gespür und dem Aspekt der Erfahrung ein hoher Stellenwert für das Handeln in sozialen Dienstleistungsberufen zugesprochen (vgl. Böhle/Wehrich 2020: 18).

Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass es auf beiden Ebenen einen unterschiedlichen Bezugsrahmen für Qualität gibt. Auf Seiten des Managements stehen ganz im Sinne der ökonomischen Logik messbare Daten und Fakten im Vordergrund, insbesondere die gestiegene Transparenz in der Patientenversorgung wird als qualitätsfördernd bewertet. Für die Pflege stehen demgegenüber die inhaltlichen Aspekte der Pflegearbeit im Vordergrund, die nur schwer messbar sind. Hier werden der Beziehungsaspekt und die sozialen Kompetenzen – als zentrale Aspekte der Patientenorientierung – betont. Für eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung benötigt es insbesondere genügend Zeit und genügend qualifiziertes Personal.

Die Frage nach der Messbarkeit der Qualität ist auch im Hinblick auf die Rolle der Pflege von Bedeutung. Welcher Stellenwert der Pflege für die Wertschöpfungsprozesse im Krankenhaus zugeordnet wird, ist u. a. davon abhängig, wie die Leistungen der Pflege bewertet werden und abgebildet werden können. Tätigkeiten wie die psychosoziale Betreuung oder „sorgende“ Aspekte sind nur schwer messbar und unterliegen daher der Gefahr, nicht berücksichtigt zu werden (vgl. Bode/Vogd 2016; Mühlkamp 2003:69ff.). Dabei scheint insbesondere die hohe Patientenorientierung seitens des Pflegepersonals und die damit verbundene Bereitschaft zur Mehrarbeit, die sich in den empirischen Ergebnissen zeigt, die negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu mildern, die mit den strukturellen Veränderungen, wie z. B. der personellen Situation, in Verbindung gebracht werden (Aiken et. al. 2011, Rafferty et. al. 2007). Schon Cassier-Woidasky hat in ihrer qualitativen Studie einen positiven Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Patientenorientierung festgestellt (Cassier-Woidasky 2007:404). Die Befunde dieser Arbeit weisen ebenfalls da-

rauf hin, dass das Handeln dem beruflichen Ethos entsprechend eine hohe Bedeutung für die Qualität der Versorgung zu haben scheint.

Verhältnis Pflege und Management

Die unterschiedlichen Sichtweisen der Befragungsebenen auf zentrale Themenfelder im Krankenhaus spiegeln sich auch in den Aussagen zum Verhältnis zwischen Pflege und Management. Dieses ist vor allem aus Sicht der praktizierenden Pflege von Spannungen und Diskrepanzen geprägt. Die Pflegenden nehmen eine große Distanz zwischen den beiden Ebenen wahr, die in erster Linie auf die Neuausrichtung des Managements an ökonomischen Zielsetzungen zurückgeführt wird. Nicht nur die geschilderten Diskrepanzen zwischen strategischen Entscheidungen des Managements und den Umsetzungsmöglichkeiten auf den Stationen verweisen auf eine Kluft zwischen Pflege und Management. Auch personelle Veränderungen im Bereich der pflegerischen Leitungskräfte und die neue Rolle der Pflegeleitungen scheinen eine – nicht nur in räumlicher Hinsicht – eine größere Entfernung nach sich zu ziehen, die sowohl im Hinblick auf Statusprozesse als auch im Hinblick auf Konfliktfelder in der praktizierende Pflege bedeutsam ist ([vgl. Kap. 7.3](#)). Das Miteinander ist von Seiten der Pflege eher durch ein Misstrauen bestimmt, auch wenn einige der Interviewten ein positives Verhältnis zu leitenden Pflegekräften wahrnehmen. Vor allem im Zusammenhang mit den Überlastungsanzeigen seitens der Pflegekräfte zeigt sich dieses Misstrauen, sie fühlen sich oftmals in unsicheren Versorgungssituationen vom Management allein gelassen. Die Kommunikation und die Interaktion zwischen den beiden Ebenen scheinen – zumindest aus Sicht der Pflege – erschwert zu sein.

Die Perspektive des Managements auf die Pflege ist demgegenüber von einer Neuausrichtung in Bezug auf die Personalführung geprägt. Die Pflegekräfte sollen dem Gedanken des Leadership entsprechend angeleitet, entwickelt und geführt werden. Auch zeigen sich verstärkt Mechanismen der Kontrolle, indem die Pflegekräfte in ihrem Verhalten den Patient/innen gegenüber, aber auch anderen Mitarbeiter/innen gegenüber beobachtet werden und zeitnah ein „Feedback“ bekommen sollen. Die Einbindung der praktizierenden Pflege in die Umstrukturierungen scheint marginal und als nicht notwendig erachtet zu werden. Ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen den beiden Ebenen wird zwar benannt, die Interviews weisen aber vielmehr auf einen Top-Down Führungsstil hin, bei dem die Arbeitssituation und die Interessen der Pflegekräfte ökonomischen Aspekten untergeordnet werden. Mitarbeiterführung und Personalmanagement scheinen zu neuen Steuerungsinstrumenten im Krankenhaus zu avancieren. Auch die oben genannten Strategien in Bezug auf die Ar-

beitssituation spiegeln diese Sichtweise auf die Pflege. Nicht die Arbeitssituation und ihre Rahmenbedingungen werden als veränderbar gesehen, sondern die Pflegekräfte müssen angeleitet und entwickelt werden, um unter den bestehenden Bedingungen funktionieren zu können. Die Rolle, die der Pflege an der Basis zugeschrieben wird, ist gekennzeichnet durch eine Fremdbestimmtheit und eine geringe Einbindung in interne Veränderungsprozesse.

Die vorliegenden Befunde können als Hinweis auf Spaltungsprozesse in der beruflichen Pflege im Krankenhaus gesehen werden. Je nach Position scheinen mittlerweile unterschiedliche Interessen verfolgt zu werden. Auch wenn durchaus gemeinsame Werthaltungen und Einschätzungen identifiziert werden können, z. B. hinsichtlich zentraler Werte in der Patientenversorgung oder im Hinblick auf die Arbeitsbelastungen in der Pflege, zeigen sich darüber hinaus in erster Linie Divergenzen. Sichtbar werden diese vor allem im Hinblick auf die Strategien, mit denen das Management der belastenden Arbeitssituation in der Pflege begegnen will, und den Einschätzungen bzgl. der Versorgungssituation. In den unterschiedlichen Sichtweisen lassen sich positionsspezifische Arbeitslogiken und Handlungsorientierungen erkennen. Auf der Ebene des Managements ist eine Orientierung an ökonomischen Aspekten vorherrschend, während die Perspektive der Pflegenden an der Basis auf zentrale Versorgungsaspekte ausgerichtet ist. Aus Sicht der interviewten Pflegekräfte zeigt sich ein deutliches und permanentes Spannungsfeld zwischen den wirtschaftlich geprägten Rahmenbedingungen und den versorgungsrelevanten Aspekten, die Umstrukturierungen werden mit neuen Konfliktfeldern in der Pflege und neuen Unsicherheiten in der Patientenversorgung in Verbindung gebracht. Demgegenüber wird auf der Managementebene kaum ein Widerspruch zwischen ökonomischen und versorgungsrelevanten Aspekten wahrgenommen. Die Neuausrichtung an ökonomischen Prinzipien wie z. B. einer Gewinnorientierung wird als durchaus vereinbar mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung gesehen. Gemäß der ökonomischen Logik wird davon ausgegangen, dass die Rationalisierungsmaßnahmen im Bereich der Pflege durch eine verbesserte Organisation aufgefangen werden können. In diesen Kontext kann auch die Tendenz zur Funktionalisierung der Pflegearbeit eingeordnet werden.

Die unterschiedlichen Sichtweisen auf die Umstrukturierungen sind nicht überraschend, zeigen aber zum einen, wie sehr diese von der jeweiligen Position der Befragten abhängig sind (vgl. auch Buhr/Klinke 2006; Marrs 2008). Zum anderen wird ein Zusammenhang zwischen den Einschätzungen und den jeweiligen Aufgabenbe-

reichen sichtbar. Rohde konstatiert schon Anfang der 1970er Jahre, dass sich Konflikte in der Organisation Krankenhaus verschärfen, wenn die Organisation technologisch und administrativ derart hochgradig differenziert ist, dass die soziale und räumliche Distanz zu den eigentlichen Leistungszielen der Organisation sehr groß ist und diese daher nicht mehr unmittelbar erfahren werden (Rohde 1973:21). Die Differenzierungsprozesse in der Pflege zeigen, dass der Aspekt der Unmittelbarkeit, der hier angesprochen wird, eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit den Konfliktfeldern im Krankenhaus zu spielen scheint.

7.3 Pflege heute – auf dem Weg in eine neue Zeit?

Weitere zentrale Fragen dieser Arbeit waren, wie sich die ökonomische Neuausrichtung in den Krankenhäusern auf die Position der Pflege auswirkt und ob sich ein Bedeutungsgewinn der Pflege abzeichnet. Hier zeigen die Befunde unterschiedliche und z.T. gegenläufige Tendenzen. So lassen sich parallel verlaufende Auf- und Abwertungsprozesse identifizieren. Ein Blick auf die Arbeitssituation zeigt, dass die inhaltliche Dimension der Pflegearbeit – die direkte Interaktion und Versorgung der Patient/innen – eine Abwertung erfährt. Pflege findet oftmals unter großem Zeitdruck statt und es müssen in verschiedenster Hinsicht Abstriche in der Patientenversorgung gemacht werden. Aus Sicht der praktizierenden Pflege entfernt sie sich von dem, was sie als Kern der pflegerischen Arbeit ansieht, der Versorgung der Patient/innen. Die von einigen Vertreter/innen des Managements befürwortete Ausgliederung der „sorgenden“ Aspekte der pflegerischen Arbeit, wie z. B. die psychosoziale Unterstützung, an geringer qualifiziertes Personal oder ehrenamtlich Tätigen, weist ebenfalls auf eine Abwertung inhaltlicher Aspekte der Pflege hin, da diese als ein zentraler Aspekt der Beziehungsarbeit gesehen werden können. Aufgewertet werden hingegen organisatorische und administrative Aufgaben, diese nehmen immer mehr Raum im pflegerischen Alltag ein. Eine Aufwertung organisatorischer Tätigkeiten ist ebenfalls in den Planungen zum Pflegeorganisationssystem Primary Nursing enthalten, bei der die übergeordnete Primary Nurse organisatorische Aufgaben rund um die Patientenversorgung übernimmt, während geringer qualifiziertes Personal wie z. B. Pflegehelfer/innen die grundpflegerischen Tätigkeiten übernehmen sollen.

Diese Befunde zeigen, dass im Zuge der Neuausrichtung an ökonomischen Prinzipien im Krankenhaus die Tätigkeiten an Bedeutung gewinnen, die mit der ökonomischen Logik erfassbar und messbar sind, während schwer messbare Tätigkeiten wie Beziehungs- und Sorgeaspekte an Stellenwert verlieren. Insbesondere die Tätigkeiten

erfahren eine Abwertung, die als „weiblich“ konnotierte Tätigkeiten gelten und deren Anerkennung als berufliche Tätigkeit schon sehr lange ein zentrales Thema in der Pflege ist (vgl. u. a. Bischoff 1992; Picchotta 2000; Krampe 2014). Die Anerkennung dieser pflegerischen Tätigkeiten als berufliche Tätigkeiten ist somit weiterhin virulent, auch wenn ihnen eine hohe Bedeutung für die Versorgungsqualität zugesprochen wird ([vgl. Kap. 7.2](#)).

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse eine enge Verknüpfung zwischen Status und ausgeübten Tätigkeiten. Der Status der einzelnen Berufsgruppen wird an verschiedenen Stellen anhand der ausgeübten Tätigkeiten bemessen, die einer internen Hierarchie zu folgen scheinen. So wurde z. B. aus den Reihen des Managements eine Theorie aufgestellt, in der ärztlichen Tätigkeiten der höchste Stellenwert zugesprochen wird. Es folgen Tätigkeiten aus der Behandlungspflege, während grundpflegerische Tätigkeiten und „sorgende“ Tätigkeiten an unterster Stelle der Hierarchie zu stehen scheinen. Daher verwundert es nicht, dass die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten seitens der Pflege in der Regel positiv konnotiert ist und mit einer Aufwertung der Pflegenden in Verbindung gebracht wird.

In der Frage, ob sich ein Bedeutungszuwachs und eine Stärkung der beruflichen Eigenständigkeit in der Pflege als Berufsgruppe abzeichnen, spielt die positionsspezifische Differenzierung eine besondere Rolle. So zeigt sich im Bereich der praktizierenden Pflege, dass die Umstrukturierungen durchaus die Möglichkeit für einen Bedeutungszuwachs der Pflege enthalten, in erster Linie aber in Bezug auf organisationale Prozesse im Krankenhaus oder der Übernahme von als höherwertig eingeschätzten Tätigkeiten und nicht in Bezug auf pflegeinhaltliche Tätigkeiten. Diese Form der Aufwertung scheint mit einer verstärkten Funktionalisierung und Hierarchisierung in der Pflege einherzugehen. Auf der anderen Seite weisen die Befunde auf ein Fortbestehen der untergeordneten Position der praktizierenden Pflege im Kontext Krankenhaus hin. Sichtbar wird diese zum einen daran, dass ökonomische Prinzipien pflegerisch-inhaltlichen Aspekten übergeordnet werden, die verfolgten Strategien seitens der Krankenhausführung orientieren sich in erster Linie an ökonomischen Zielen und nicht am Professionsverständnis der Pflegenden. Hier zeigen sich u. a. Tendenzen einer professionellen Aushöhlung der Pflegearbeit, indem das Arbeiten mit nicht genügend qualifiziertem oder eingearbeitetem Personal aus Sicht der Pflege in Kauf genommen wird. Die geringe bis gar nicht vorhandene Einbindung in die Veränderungsprozesse, die kaum vorhandenen Mitsprachemöglichkeiten, die Sicht auf die praktizierende Pflege als Gruppe, die angeleitet und geführt werden muss und die

geringen Handlungsspielräume im hochverdichteten Pflegealltag sind weitere Hinweise auf einen eher geringen Status und zeigen, dass sich (noch) keine Selbstbestimmtheit und berufliche Eigenständigkeit der Pflege abzeichnet. Hier zeigen sich eher Hinweise auf einen Anerkennungsverlust der praktizierenden Pflege im Kontext Krankenhaus.

Insbesondere die Neukonzeptionen der pflegerischen Arbeit können als Indiz dafür gesehen werden, dass die Fremdbestimmtheit, die die berufliche Pflege seit ihrer Entstehungsgeschichte begleitet, weiter fortgeführt wird. Diese werden erster Linie von außen an die Pflege herangetragen, ohne die Akteure vor Ort mit „ins Boot“ zu holen. Die hier sichtbar werdende mangelnde Selbstbestimmtheit spiegelt sich auch in der Selbstwahrnehmung der Pflegenden in Bezug auf ihre Rolle im Kontext Krankenhaus. Diese wird oftmals als unspezifisch und diffus wahrgenommen. Der pflegerische Aufgabenbereich erscheint als nicht klar abgegrenzt von den Aufgabenbereichen anderer Berufsgruppen. Auch im Bereich der Verantwortlichkeiten gebe es Unklarheiten und einige Pflegekräfte haben den Eindruck, sowohl „Mädchen für alles“ als auch „Sündenbock“ für alle zu sein. Auf der anderen Seite wird aber deutlich, dass sich die meisten Pflegekräfte ihrer zentralen Bedeutung für das Funktionieren der Krankenhäuser bewusst sind. Die Kluft zwischen dem Wert und der Wertschätzung pflegerischer Arbeit, die sich hier zeigt, wird nicht nur auf die Neuausrichtung des Krankenhauses auf ökonomische Ziele zurückgeführt. Auch die eigene Rolle der Pflege in diesem Zusammenhang wird als Grund angeführt. Es fehle an Selbstbehauptung und an einem Bewusstsein für den eigenen pflegerischen Arbeitsbereich. Um die – von einigen Pflegekräften immer noch als traditionell bewerteten – Strukturen im Krankenhaus aufzubrechen, brauche es viel Selbstbewusstsein und Unterstützung in Form einer Lobby für die Pflege.

Möglicherweise bahnt sich im Zusammenhang mit dem Stellenwert der Pflege im Kontext Krankenhaus – zumindest in ökonomischer Hinsicht – ein Wandel an, da Pflege zunehmend als Erfolgs- und Wertschöpfungsfaktor wahrgenommen wird (vgl. Deerberg-Wittram 2019; Hug 2019). Auch die neuen Finanzierungsbedingungen für die Pflege im Krankenhaus, die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen und Einführung von Pflegebudgetverhandlungen (vgl. Wieteck 2019) bieten eine Chance für Verbesserungen in der Pflege, zumindest im Hinblick auf die Arbeitssituation. Ob sich hierdurch auch die Position der praktizierenden Pflege verändert, bleibt abzuwarten.

Die augenscheinlichste Veränderung in Bezug auf Statusprozesse in der Pflege im Krankenhaus betrifft das pflegerische Leitungspersonal. Geht man davon aus, dass Anerkennungsverhältnisse in Organisationen nicht nur durch die Entlohnung, sondern auch durch die Beteiligung an Entscheidungsprozessen ausgedrückt werden (vgl. Kumbruck et al. 2010:170; Flecker/Hermann 2012), scheinen die krankenhaushinteren Umstrukturierungen im Bereich der leitenden Pflegekräfte, die Zugehörigkeit der Pflegeleitungen zum Leitungsgremium und die neuen Aufgabenzuschnitte mit einer Aufwertung des leitenden Pflegepersonals verbunden zu sein (vgl. auch Grimm 2013). Auf der anderen Seite aber zeigt sich in den Umstrukturierungen eine deutliche Ausdünnung des pflegerischen Leitungspersonals, verbunden mit einer Ausweitung des Zuständigkeitsbereiches. Zudem erwecken Aussagen der Befragten den Eindruck, dass sie eher reagieren als gestalterisch tätig werden und die Handlungsspielräume durch die ökonomischen Zwänge stark eingeschränkt sind. Hier zeigt sich ein strukturelles Problem, da das DRG-System Simon zufolge so aufgebaut ist, das sich die Krankenhäuser permanent auf Veränderungen in den ökonomischen Rahmenbedingungen einstellen müssen (Simon 2019a:17ff.). Inwiefern im Zuge der neuen Rolle der Pflegeleitungen tatsächlich von einer Statusaufwertung gesprochen werden kann, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Ein Anerkennungsgewinn scheint hier nur durch eine Anpassung an die neuen, ökonomisch ausgerichteten Strukturen möglich. Andere empirische Forschungsarbeiten kommen zu ähnlichen Ergebnissen. So beschreiben Wolf und Ostermann, dass im Zuge der Neustrukturierung des Gesundheitssystems diejenigen Akteure an Bedeutung gewinnen, die sich an der betriebswirtschaftlichen Logik orientieren (Wolf/Ostermann 2016: 180). Friesacher sieht hier ein grundlegendes Problem für die Pflege. Die Konzeption einer Ökonomie als nicht infrage zu stellende Größe, die oftmals einseitige ökonomische Ausrichtung, die im Bereich der Pflegeleitungen zu beobachten ist, führe dazu, dass zentrale Faktoren für die Pflegearbeit, die lebensweltliche und biographisch-existentielle Dimensionen, aus der Pflegepraxis weitgehend ausgeklammert werden (Friesacher 2009: 6). Gerade in Bereichen, die sich durch ethische Prinzipien auszeichnen wie die Pflege, sei es sinnvoller, „die Ökonomie selbst normativ und kritisch zu konzeptualisieren und sie ihres scheinbar neutralen und wertfreien Kerns zu entkleiden“ (ebd.: 15).

Für die praktizierende Pflege scheint die Rollenverschiebung im Bereich der Pflegeleitungen in verschiedenster Hinsicht Konfliktpotenzial zu beinhalten. So ist zum einen davon auszugehen, dass die Differenzierungen und unterschiedlichen Ausrichtungen auch Auswirkungen auf die Durchsetzung pflegerischer Interessen haben.

Das Pflegemanagement entfernt sich – ob aus eigenem Antrieb oder gezwungenermaßen – durch die vermehrte Übernahme betriebswirtschaftlicher Verantwortung vom eigentlichen Kern der Pflege. Pflegerische Interessen verlieren an Bedeutung bzw. werden aufgrund von eingeschränkten Handlungsspielräumen nicht berücksichtigt. Die Position der praktischen Pflege scheint sich somit zu verschlechtern. Zum anderen weisen die Befunde auf eine Verlagerung des Konfliktes zwischen ökonomischen und versorgungsrelevanten Zielsetzungen im Kontext Krankenhaus hin. Das Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlichen und versorgungsrelevanten Zielen ist nicht neu (vgl. Rohde 1974). Auch zahlreiche empirische Arbeiten in Bezug auf die Umstrukturierungen thematisieren dieses Spannungsfeld (z. B. Marrs 2008; Simon/Kühn 2001; Slotala et al. 2008; Vogd et al. 2018). Entscheidend ist aber, dass den Pflegekräften auf den Stationen mittlerweile eine besondere Rolle hinsichtlich des Austarierens dieses Spannungsfeldes zukommt. Indem die Pflegeleitungen mehr in die betriebswirtschaftliche Pflicht genommen werden, müssen sie ihr Handeln verstärkt an ökonomischen Kriterien ausrichten. Diese neue Rolle der Pflegeleitungen führt dazu, dass sie nicht mehr die Rolle der Vermittler zwischen ökonomischen und versorgungsrelevanten Zielsetzungen übernehmen, wie es früher der Fall war (vgl. Krampe 2009:142). Durch die Rollenverschiebung und die größtenteils unkritische Übernahme der ökonomischen Logik wird der Konflikt zwischen ökonomischen und versorgungsrelevanten Anforderungen nicht mehr auf der Ebene der Pflegeleitungen ausgetragen, sondern auf die Ebene der direkten Pflege übertragen (vgl. Grimm 2013). Auch wenn ökonomische Prinzipien hier in erster Linie indirekt wirksam sind und direkte ökonomische Steuerungsanreize auf dieser Ebene nicht beobachtet werden können, zeigt sich im pflegerischen Alltag ein deutliches Spannungsfeld zwischen versorgungsrelevanten und ökonomischen Aspekten, welches von den Pflegenden immer wieder aufs Neue austariert werden muss. Problematisch ist an dieser Entwicklung, dass die Pflegenden auf der einen Seite unmittelbar mit den Bedürfnissen der Patient/innen konfrontiert sind, auf der anderen Seite aber in ihren Handlungsspielräumen durch die ökonomisch beeinflussten Rahmenbedingungen deutlich eingeschränkt sind.

Betrachtet man diese Entwicklungen aus dem Blickwinkel des Steuerungskonzeptes der „verantwortlichen Autonomie“ (vgl. Marrs 2008:23), indem u. a. die Handlungsspielräume in Dienstleistungsunternehmen erweitert werden sollen, um die Arbeitsbereitschaft der Mitarbeiter/innen zu sichern, zeigen sich hier problematische Tendenzen in Bezug auf die Arbeitsmotivation von Pflegenden. Die Möglichkeiten der Pflege zu selbstbestimmten Handeln sind aufgrund der Rahmenbedingungen eher

gesunken als gestiegen. Darüber hinaus wird insbesondere eine Kombination aus hohem Arbeitsstress und geringen Handlungsspielräumen mit negativen Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Mitarbeiter/innen in Verbindung gebracht (vgl. Karasek/Theorell 1990:32).

In der Verlagerung des Konflikts zwischen ökonomischen und versorgungsrelevanten Aspekten lässt sich zudem eine weitere Form der Individualisierung struktureller Problemlagen erkennen. So scheint nicht nur eine Individualisierung im Hinblick auf die Arbeitssituation stattzufinden, bei der die individuellen Fähigkeiten der Pflegekräfte und nicht die Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit im Fokus stehen, sondern auch im Hinblick auf die Versorgungssituation. Hier scheint das individuelle Handeln der Pflegekräfte dem eigenen Arbeitsethos entsprechend teilweise für einen Ausgleich der strukturellen Verschlechterungen zu sorgen (vgl. Kap. 7.2).

Auch wenn die Ergebnisse dieser Arbeit aufgrund des relativ kleinen und heterogenen Samples in einem speziellen Pflegesektor limitiert sind, liefern sie Hinweise auf widersprüchliche und ambivalente Entwicklungsprozesse, die mit den Entwicklungen in der beruflichen Pflege insgesamt korrespondieren. So zeigen sich in den in dieser Arbeit identifizierten Spaltungsprozessen in der Pflege im Krankenhaus Parallelen zu den Modernisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen der beruflichen Pflege. Auch hier werden Modelle vorgeschlagen, die eine verstärkte Hierarchisierung und Binnendifferenzierung in der beruflichen Pflege beinhalten. So wird z. B. die Professionalisierung durch eine Akademisierung der Pflege nur für einen bestimmten Teil der beruflich Pflegenden angestrebt und eine Differenzierung der Pflegeausbildung in verschiedene Qualifikationsstufen mit unterschiedlichen Aufgabenzuschnitten und Kompetenzen befürwortet (vgl. Kap. 2.2.2). Betrachtet man die Ergebnisse im Hinblick auf die Frage nach den Anerkennungsverhältnissen und Professionskämpfen im Bereich der öffentlichen Güter (vgl. Flecker/Hermann 2012; Vogel 2012) zeigen sich hier Hinweise auf pflegeinterne Professionskämpfe mit Anerkennungsgewinnern und Anerkennungsverlierern. Die Modernisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen in der beruflichen Pflege scheinen dabei die Differenzen eher noch zu fördern. Besonders in der Situation der Pflegekräfte an der Basis zeigt sich, dass Themen wie Anerkennung, Handlungsspielräume und Mitbestimmungsmöglichkeiten auf dieser Ebene weiterhin virulent sind bzw. sich z.T. noch verschlechtern haben.

8. Ausblick

Die Frage nach einem funktionsfähigen Gesundheitswesen ist ein zentrales gesellschaftliches Thema. Dabei geht es nicht nur um die Ausgestaltung der Strukturen, sondern besonders auch um die Akteure, die an der Herstellung des öffentlichen Gutes der Gesundheitsversorgung beteiligt sind. Wie sehr die Gesellschaft von einem funktionierenden Gesundheitssystem abhängig ist, ist besonders im Zusammenhang mit der Corona Pandemie deutlich geworden. Die Situation der beruflichen Pflege wird aber nicht erst seitdem diskutiert. Themen wie der Fachkräftemangel in der Pflege, Anerkennungsprobleme und nicht zuletzt die Arbeitssituation werden seit einigen Jahren auch verstärkt von politischer Seite in den Blick genommen, z. B. im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege.

Ausgangspunkt dieser Untersuchung war, die Auswirkungen der Ökonomisierung im Krankenhaus auf die Pflegearbeit aus einer mikrosoziologischen Perspektive in den Blick zu nehmen. Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass sich die in dieser Arbeit identifizierten Problemlagen – die Tendenz zur Individualisierung struktureller Problemlagen, die Diskrepanzen zwischen Managemententscheidungen und Umsetzungsmöglichkeiten auf den Stationen, parallel verlaufenden Auf- und Abwertungsprozesse und die wachsende Entfernung zwischen Pflegeleitungen und den Pflegekräften an der Basis – nicht nur auf die ökonomisch induzierten Veränderungen zurückführen lassen, sondern auch auf Statusprozesse innerhalb der beruflichen Pflege. Vor allem die wachsende Kluft zwischen den Pflegekräften an der Basis und den leitenden Pflegekräften und die unterschiedlichen Ausrichtungen zeigen, dass sich Positionen innerhalb der Pflege auseinanderbewegen und pflegeinterne Spaltungsprozesse sichtbar werden.

Zum anderen zeigen die Befunde, dass sich auch in Bezug auf die Inhalte und die Organisation der Pflegearbeit Veränderungsprozesse abzeichnen. So entfernt sich die Pflege durch die Zunahme pflegefremder Aufgaben – in erster Linie organisatorischer und administrativer Art – von dem, was die Pflegekräfte an der Basis als ihre eigentliche Aufgabe wahrnehmen, der Versorgung der Patient/innen. Im Zuge der Ökonomisierung scheint insbesondere die ganzheitliche Ausrichtung in der Pflege auf dem Prüfstand zu stehen, neue Ideen zur Funktionalisierung und Hierarchisierung in der Pflegearbeit werden sichtbar, die mit einer Aufwertung organisatorischer Aspekte und einer Abwertung der „sorgenden“ Aspekte einhergehen. Eine Aufwertung der Pflege scheint in erster Linie nur durch die Anpassung an pflegefremde Strukturen möglich, im Bereich der Pflegeleitungen durch die Anpassung an die

ökonomische Ausrichtung, im Bereich der praktizierenden Pflege durch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten.

Die Neukonzeptionen der Pflegearbeit im Krankenhaus korrespondieren mit den Modernisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen in der Pflege. Nicht nur in der Pflege im Krankenhaus werden Spaltungsprozesse sichtbar, auch insgesamt scheint der Trend zu mehr Differenzierung und Hierarchisierung in der Pflege zu gehen, was sich in der Forcierung einer – auch politisch gewollten – partiellen Akademisierung widerspiegelt. In der beruflichen Pflege zeichnen sich momentan unterschiedliche und widersprüchliche Entwicklungsprozesse ab. So werden z. B. auf der einen Seite Verbesserungen in der Qualifikation der Pflegekräfte gefordert und u. a. Spezialisierungen als ein Instrument zur Entlastung der Pflege gesehen, auf der anderen Seite wird aus arbeitsorganisatorischen Gründen Flexibilität erwartet. Zudem zeichnet sich eine Tendenz zur Dequalifizierung in der Pflege ab, indem geringer qualifiziertes Personal bestimmte Tätigkeiten übernehmen soll. Widersprüchlich erscheint in diesem Zusammenhang, dass insbesondere die „sorgenden“ Aspekte auf der einen Seite eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patient/innen spielen und als zentral für die Versorgungsqualität gesehen werden, auf der anderen Seite aber eine verstärkte Funktionalisierung der Pflege mit einer Ausgliederung eben dieser Aspekte thematisiert wird.

Pflege – so scheint es – ist mittlerweile eine in sich differente Berufsgruppe mit unterschiedlichen Interessen und unterschiedlichen Ideen, was Pflege beinhalten sollte, wie sie organisiert sein und an welchen Konzeptionen sie sich orientieren sollte. Inwieweit die praktizierende Pflege in diese Konzepte eingebunden ist, bleibt fraglich. Die Befunde zeigen, dass ihre Situation oftmals bestimmt wird von Anforderungen und Konzepten, die von außen an die Pflege herangetragen werden. Die praktizierenden Pflegekräfte werden dabei kaum gefragt geschweige denn als Expert/innen für ihr Arbeitsfeld angesehen. Hier zeigt sich weiterhin eine große Kluft zwischen dem Wert und der Wertschätzung pflegerischer Arbeit. Themen wie Handlungsspielräume und Mitbestimmungsmöglichkeiten – die auch als Ausdruck einer gesellschaftlichen Wertschätzung der beruflichen Pflege gesehen werden können – verweisen darauf, dass sich ein Großteil der beruflich Pflegenden weiterhin in einer untergeordneten Position befindet. Es erscheint paradox, dass sich bei dem Versuch, die Pflege durch eine Professionalisierung aufzuwerten, neue Brüche innerhalb der beruflichen Pflege abzeichnen. Nichtsdestotrotz ist in der beruflichen Pflege in den letzten Jahren und Jahrzehnten viel in Bewegung und mit der Einrichtung verschie-

dener Studiengänge zeichnen sich erste Schritte in Richtung Emanzipation und Eigenständigkeit in der Pflege ab. Wie erfolgreich diese sein werden, wird auch von der Bereitschaft der anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem abhängig sein, der Pflege einen eigenständigen Arbeitsbereich zuzugestehen.

Um die Situation der Pflege nachhaltig zu verbessern, um die Leistungsfähigkeit der Pflege als öffentliches Gut zu gewährleisten, ist es nicht nur erforderlich, die Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit zu betrachten, sondern auch die internen Entwicklungsprozesse in der Pflege in den Blick zu nehmen. In Bezug auf weitere Forschungen wird hier noch einmal die besondere Bedeutung einer positionsspezifischen Differenzierung sichtbar.

Die in dieser Studie ermittelten Tendenzen zur Individualisierung struktureller Problemlagen zeigen zudem, dass es nicht nur gesellschaftlich, sondern auch berufspolitisch von zentraler Bedeutung ist, die praktizierende Pflege verstärkt „ins Boot“ zu holen. Nicht nur, um die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Auch im Hinblick auf die identifizierten Diskrepanzen und die besonderen Handlungsanforderungen in der beruflichen Pflegearbeit ist es wichtig, die Expertise der Pflegekräfte vor Ort einzuholen und anzuerkennen.

9. Literaturverzeichnis

- Aiken, L.H.; Sloane, D.M.; Clarke, S.; Poghosyan, L.; Cho, E.; You, L.; Finlayson, M.; Kanai-Pak, M.; Aunguroch, Y. (2011): Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. In: *International Journal for Quality in Health Care*, Advance Access published May 11, 1-8.
- Arnold, Doris (2001): Das Verhältnis zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis: Anmerkungen aus feministischer Sicht. In: *Pflege und Gesellschaft*, 6. Jg., Nr. 1.
- Augurzky, Boris; Beivers, Andreas und Rosemarie Gülker (2012): Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Essen, RWI Materialien, Heft 72.
- Augurzky, Boris; Felder, Stefan und Alois Tinkhauser (2011): Perspektiven des Gesundheitssektors: Wachstumsmotor oder Milliardengrab? Essen, RWI.
- Auth, Diana (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. In: *WSI-Mitteilungen*, 6/2013.
- Axmacher, Dirk (1991): Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg, Ursula (Hrsg.): *Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person*. Bielefeld, Böllert, KT-Verlag.
- Bär, Stefan und Markus Pohlmann (2016): Kurswechsel im Krankenhaus. Auf dem Weg zu einer markt- und profitorientierten Dienstleistungsorganisation? In: Bode, Ingo und Werner Vogd (Hrsg.): *Mutationen des Krankenhauses: soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*. Wiesbaden, Springer VS.
- Bär, Stefan und Sebastian Starystach (2018): Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege. Ein (institutionen-)theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse der Organisation Krankenhaus. In: *Soziale Welt* 68 (4/2017), S. 385-403.
- Bartholomeyczik, Sabine (2003): Zwei Welten. Pflegeforschung zwischen Theorie und Praxis. In: *Dr. med. Mabuse* 142, März/April, S. 45-48.
- Bartholomeyczik, Sabine (2011): Pflege im Krankenhaus. In: Schaeffer, Doris und Klaus Wingenfeld (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, Juventa Verlag.
- Bartholomeyczik, Sabine (2013): Voller Widersprüche. Eine Bilanz zur Entwicklung der Pflege in Deutschland. In: *Dr. med. Mabuse* 203; Mai/Juni 2013; 38. Jahrgang; S. 46-49.
- Bauer, Ullrich (2008): Polarisierung und Entsolidarisierung: Ansätze zu einem Impact Assessment der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In: Hensen, Gregor und Peter Hensen (Hrsg.): *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Wirklichkeit und Anspruch*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baumgart, Ute; Metz, Anna-Marie und Mirko Degener (2003): Psychische Belastungen und Beanspruchungen von Pflegekräften in Brandenburger Krankenhäusern. In: Ulich, Eberhard (Hrsg.): *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern [u. a.], Verlag Hans Huber.
- Becker-Schmidt, Regina und Helga Krüger (2009): Krisenherde in gegenwärtigen Sozialgefügen: Asymmetrische Arbeits- und Geschlechterverhältnisse – vernachlässigte Sphären gesellschaftlicher Reproduktion. In: Aulenbacher, Brigitte und Angelika Wetterer (Hrsg.): *Arbeit. Perspektiven und Diagnosen der Geschlechterforschung*. Münster, Verlag Westfälisches Dampfboot.
- Bischoff, Claudia (1992): Frauen in der Krankenpflege: zur Entwicklung von Frauenrolle

- und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. 2. Aufl. Frankfurt a.M [u. a.], Campus Verlag.
- Bischoff-Wanner, Claudia (2001): 170 Jahre Sonderweg in der Ausbildung in der Pflege – und kein Ende!? Über das Ausbildungsmodell „Pflege neu denken“. Hrsg. von der Robert-Bosch-Stiftung. In: Pflege & Gesellschaft, 6. Jg., Nr. 3.
- Bischoff-Wanner, Claudia (2002): Pflege im Spiegel der Zeit: Berufskonstruktion der Krankenpflege im 19. Jahrhundert. In: Stöcker, Gertrud: Bildung und Pflege: Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. Hannover, Schlütersche.
- Blank, Florian (2011): Soziale Rechte 1998 – 2005. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Blum, Karl (2003): Entlastungspotenziale im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus, 6/2003.
- Blum, Karl (2012) Stationäre Versorgung. In: Thielscher, Christian (Hrsg.) Medizinökonomie Bd. 1. Das System der medizinischen Versorgung. Wiesbaden, Springer/Gabler [u. a.].
- Blumer, Herbert (1973): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.) Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit 1. Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Bode, Ingo (2010): Die Malaise der Krankenhäuser. In: Leviathan 38: 189-211.
- Bode, Ingo (2013): Die Infrastruktur des postindustriellen Wohlfahrtsstaats. Organisation, Wandel, gesellschaftliche Hintergründe. Wiesbaden, Springer VS.
- Bode, Ingo (2016): Stress durch rekursive Ambivalenz. Oder: Wie und warum das Krankenhauswesen mutiert. In: Bode, Ingo und Werner Vogd (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses: soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden, Springer VS.
- Bode, Ingo und Werner Vogd (2016): Einleitung: Mutationen des Krankenhauses. In: Dies. (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses: soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden, Springer VS.
- Bode, Ingo (2019): DRG oder Markt? Zum Ambivalenzdruck im deutschen Krankenhauswesen. In: Dieterich, Anja; Braun, Bernard; Gerlinger, Thomas und Michael Simon (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden, Springer VS.
- Böhle, Fritz (1999): Nicht mehr nur Qualität, sondern auch höhere Effizienz – Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Heft 3, Jg. 53, 174 – 181.
- Böhle, Fritz und Margit Wehrich (2020): Das Konzept der Interaktionsarbeit. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 74: 9-22.
- Bölt, Ute und Thomas Graf (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, Februar 2012.
- Böhnke, Petra; Kersten, Jens und Berthold Vogel (hrsg. von der Heinrich-Böll-Stiftung) (2015): Der Wert öffentlicher Güter. Bericht der „Kommission Öffentliche Güter“ der Heinrich Böll Stiftung. Berlin, Heinrich-Böll-Stiftung.
- Bohsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris und Arnd Michael Nohl (Hrsg.) (2007): Die

- dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Aufl., Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bollinger, Heinrich und Annette Grewe (2002): Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts – Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade. In: Bollinger, Heinrich und Thomas Gerlinger (Hrsg.) Qualifizierung und Professionalisierung. Hamburg, Argument Verlag.
- Bos, Wilfried und Christian Tarnei (1989): Entwicklung und Verfahren der Inhaltsanalyse in der empirischen Sozialforschung. In: Bos, Wilfried und Christian Tarnei (Hrsg.): Angewandte Inhaltsanalyse in Empirischer Pädagogik und Psychologie. Münster/ New York, Waxmann Verlag.
- Brandenburg, Hermann und Stephan Dorschner (2003): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Bern [u. a.], Huber.
- Braun, Bernard (2009): Krankenhaus unter DRG-Bedingungen. In: Böckmann, Roman (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Braun, Bernard (2014): Bessere Arbeitsbedingungen für mehr Qualität. Zur Situation der Pflege in hessischen Krankenhäusern. In: Dr. med. Mabuse, Band 39, Heft 208, S. 48-49.
- Braun, Bernard, Petra Buhr und Rolf Müller (2008): Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK - Routinedaten. Asgard Verlag, St. Augustin.
- Braun, Bernard; Buhr, Petra; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf und Rolf Rosenbrock (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern, Verlag Hans Huber.
- Braun, Bernard; Klinke, Sebastian und Rolf Müller (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akut-Krankenhäusern. In: Pflege und Gesellschaft 15(1):5-18.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf und Andreas Timm (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. St. Augustin, Asgard.
- Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela; Hilbert, Josef und Fikret Öz (2014): Arbeitsreport Krankenhaus: Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Arbeitspapier, Arbeit und Soziales, No. 306. Düsseldorf, Hans-Böckler Stiftung.
- Brühe, Roland; Rottländer, Ruth und Sabine Theis (2004): Denkstile in der Pflege. In: Pflege 2004; 17:306-311.
- Buchstor, Beate (2010): Patientenorientierung in der Pflege. In: Debatin, Jörg F.; Ekkernkamp, Axel und Barbara Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Buhr, Petra und Sebastian Klinke (2006): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

- BMG (2019): Die Bundesregierung. Konzertierte Aktion Pflege. URL https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf. [26.04.22]
- Cassier-Woidasky, Anne-Kathrin (2007): Pflegequalität durch Professionsentwicklung. Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von professioneller Identität, Pflegequalität und Patientenorientierung. Frankfurt a. M., Mabuse-Verlag.
- Dahlgaard, Knut und Peter Stratmeyer (2005): Patientenorientiertes Management der Versorgungsprozesse im Krankenhaus. In: Pflege und Gesellschaft, 10. Jg. Heft 3.
- DAK/BGW (2000): DAK-BGW Krankenpflegereport 2000. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik. Hamburg, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Debatin, Jörg F. (2008): Krankenhäuser: Mehr Qualität und Effizienz durch Wettbewerb. In: Schumpelick, Volker und Bernhard Vogel (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Probleme, Trends und Perspektiven. Freiburg i.Br., Herder Verlag.
- Deerberg-Wittram, Jens (2019): Strategie: Pflege- und Medizinstrategie. In: Pröhl, Joachim; Lux, Vera und Peter Bechtel (Hrsg.): Pflegemanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Deppe, Hans-Ulrich (1997): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ökonomische Grenzen und ethische Fragen. In: systema 1/1997; 11. Jg. S. 31-41.
- Dingeldey, Irene (2006): Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. 8-9/2006.
- Dunkel, Wolfgang (2011): Arbeit in sozialen Dienstleistungsorganisationen: die Interaktion mit dem Klienten. In: Evers, Adalbert; Heinze, Rolf und Thomas Olk (Hrsg.): Handbuch soziale Dienste. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eichhorn, Siegfried (1995): Stand und Perspektiven der Ordnungspolitik in der Krankenhauswirtschaft. In: Eichhorn, Siegfried und Barbara Schmidt-Rettig (Hrsg.): Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel: Handlungsempfehlungen für die Praxis. Berlin, Köln, Kohlhammer.
- Eid, V. (1994): Ethik und Moral der Pflegeberufe. In: Kruse, Torsten und Harald Wagner (Hrsg.): Ethik und Berufsverständnis der Pflegeberufe. Berlin [u. a.], Springer.
- Elkeles, Thomas (1993): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege: zur Kritik der Funktionspflege. 4. Aufl., Frankfurt a.M., Mabuse Verlag.
- Esser, Hartmut (1999): Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 1: Situationslogik und Handeln. Frankfurt/New York, Campus Verlag.
- Etzioni, Amitai (1969): The Semi-Professions and Their Organization. Teachers, Nurses, Social Workers. New York, Free Press.
- Ewers, Michael (2011): Case Management und andere Steuerungsaufgaben der Pflege. In: Schaeffer, Doris und Klaus Wingefeld (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, Juventa Verlag.
- Flecker, Jörg und Christoph Hermann (2012): Die »große Transformation« öffentlicher Dienstleistungen. Materielle und symbolische Folgen für Arbeit und Beschäftigung. In: Mittelweg 36, 21. Jahrgang, Oktober/November 2012.
- Flecker, Jörg; Schultheis, Franz und Berthold Vogel (Hrsg.) (2014): Im Dienste öffentlicher Güter. Metamorphosen der Arbeit aus Sicht der Beschäftigten. Berlin, Edition Sigma.

- Foucault, Michel (1977): Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- Friesacher, Heiner (2009): Ethik und Ökonomie. Zur kritisch-normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung. In: Pflege & Gesellschaft, 14. Jg. H.1.
- Galbraith, John Kenneth (1974): Wirtschaft für Staat und Gesellschaft. München/Zürich, Droemer Knauer.
- Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitsreform in Deutschland – Hintergrund und jüngere Entwicklungen. In: Manzei, Alexandra und Rudi Schmiede (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden, Springer VS.
- Gerlinger, Thomas und Kai Mosebach (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Böhlke, Nils; Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai; Schmucker, Rolf und Thorsten Schulten (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg, VSA- Verlag.
- Glaser, Barney G. und Anselm L. Strauss (2005): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern, Verlag Hans Huber.
- Görres, Stefan und Heiner Friesacher (2005): Der Beitrag der Soziologie für die Pflegewissenschaft, Pflegetheorien und Pflegemodelle. In: Schroeter, Klaus R. und Thomas Rosenthal (Hrsg.): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München, Juventa Verlag.
- Grabbe, Yvonne; Nolting, Hans-Dieter und Stefan Loos (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Hamburg, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.
- Grimm, Manuela (2013): Im Dienste der Pflege oder im Dienste der Ökonomie? Zur neuen Rolle der Pflegeleitungen in deutschen Krankenhäusern. In: Estermann, Josef; Page, Julie und Ursula Streckeisen (Hrsg.). Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winterthur 2012. Wien [u. a.], LIT Verlag; Beckenried [u. a.] Orlux Verlag.
- Gross, Peter (1983): Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Opladen, Westdeutscher Verlag.
- Gürkan, Irmtraut und Anja König (2019): Konzepte und Modelle der Krankenhausführung oder wie „gleichberechtigt“ ist die Pflege im Unternehmensleitungsgremium. In: Pröbß, Joachim; Lux, Vera und Peter Bechtel (Hrsg.): Pflegemanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hajen, Leonhard; Paetow, Holger und Harald Schumacher (2013): Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. 7. Aufl., Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- Hämel, Kerstin und Doris Schaeffer (2013): Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. In: Zeitschrift für Sozialreform 59, Heft 4, S. 413-431.
- Harms, Jens und Christoph Reichard (2003): Ökonomisierung des öffentlichen Sektors – eine Einführung. In: Harms, Jens und Christoph Reichard (Hrsg.): Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors: Instrumente und Trends. Baden-Baden,

Nomos Verlagsgesellschaft.

- Hasebrook, Joachim und Klaus Hahnekamp (2016): Ein Leben lang im Krankenhaus arbeiten – geht das? In: *Pflegezeitschrift*, Jg. 69, Heft 10.
- Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika und Michael Simon (2005): *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW, Verlag für Neue Wissenschaft.
- Hausen, Karin (2000): *Arbeit und Geschlecht*. In: Kocka, Jürgen und Claus Offe (Hrsg.): *Geschichte und Zukunft der Arbeit*. Frankfurt/New York, Campus Verlag.
- Helfferich, Cornelia (2019): *Leitfaden- und Experteninterviews*. In: Baur, Nina und Jörg Blasius (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 2. Aufl., Wiesbaden, Springer VS.
- Hensen, Gregor und Peter Hensen (Hrsg.) (2008): *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Wirklichkeit und Anspruch*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hillmann, Karl-Heinz (1994). *Wörterbuch der Soziologie*. 4. Aufl. Stuttgart, Kröner.
- Hirschman, Albert O. (1970): *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Hochschild, Arlie Russell (1990): *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt a.M., Campus-Verlag.
- Höhmman, Ulrike; Lautenschläger, Manuela und Laura Schwarz (2016): *Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate*. In: Jacobs, Klaus; Kuhlmeiy, Adelheid; Greß, Stefan; Klaubner, Jürgen und Antje Schwinger (Hrsg.). *Pflegereport 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart, Schattauer.
- Hopf, Christel (1978): *Die Pseudo-Exploration. Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung*. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 7, S. 97-115.
- Hug, Josef (2019): *Die Pflege als Erfolgsfaktor und als differenzierter Wertschöpfungsfaktor für das Krankenhaus*. In: Pröbl, Joachim; Lux, Vera und Peter Bechtel (Hrsg.): *Pflegemanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*. Berlin, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Igl, Gerhard (2012): *Rechtliche Stellung von Fachkräften in der Pflege – Anforderungen und Veränderungsbedarfe*. In: Bettig, Uwe (Hrsg.): *Konzepte, Strategien, Lösungen*. Heidelberg, Medhochzwei-Verlag.
- Igl, Gerhard (2017): *Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe – gelungene oder nur fast gelungene Reform der Pflegeberufe?* In: *MedR-Medizinrecht*, Jg. 35, S. 859-863.
- Ingwersen, Ruth (1999): *Vom „Mädchen für alles“ zur Führungskraft im mittleren Management: für eine andere Mitarbeiterführung im Pflegedienst der Krankenhäuser*. Hamburg, Verlag Dr. Kovač.
- International Council of Nurses (ICN) (2021): *Der ICN Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Überarbeitet 2021*. URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf [08.07.22]
- Iseringhausen, Olaf und Johannes Staender (2012): *Das Krankenhaus als Organisation*. In: Apelt, Maja und Veronika Tacke (Hrsg.): *Handbuch Organisationstypen*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Isfort, Michael (2010): Personalbemessung im Krankenhaus – oder zur Beharrlichkeit der Normativität. In: *Pflege & Gesellschaft* 15. Jg., H. 1; S. 20-33.
- Isfort, Michael und Frank Weidner (2010): *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).
- Isfort, Michael; Weidner, Frank; Neuhaus, Andreas; Brühe, Roland; Kraus, Sebastian; Köster, Veit und Danny Gehlen (2011): Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern. Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009. In: *Pflege & Gesellschaft*, Jg. 16, H. 1, S. 5-19.
- Jakobi, Tobias (2005): Sozialer Wandel und die Ökonomisierung des Krankenhaussektors. In: *impulse: Newsletter zur Gesundheitsförderung*, hrsg. von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Nr. 49 (4. Quartal), 4 – 5.
- Karasek, Robert und Töres, Theorell (1990): *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books.
- Kelle, Udo und Susann Kluge (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2. Aufl., Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kersting, Karin (2011): „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. 2. Aufl., Frankfurt a.M., Mabuse Verlag.
- Kirstein, Alexander und Christoph Schmitz (2006): Von zentraler Verwaltung zum dezentralen Management. In: Debatin, Jörg.; Goyen, Matthias und Christoph Schmitz (Hrsg.): *Zukunft Krankenhaus. Überleben durch Innovation*. Berlin, ABW Wissenschaftsverlag.
- Kleining, Gerhard (1982): Umrisse einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Bd. 34, S. 224-253.
- Klotter, Christoph (1999): Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In: Oesterreich, Rainer und Walter Volpert (Hrsg.): *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.
- Kölking, Heinz (2007): Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland. In: Ders. (Hrsg.): *DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Korff, Ulrich (Hrsg.) (2012): *Patient Krankenhaus. Wie Kliniken der Spagat zwischen Ökonomie und medizinischer Spitzenleistung gelingt*. Wiesbaden, Springer Gabler.
- Krampe, Eva Maria. (2009): *Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen*. Frankfurt a.M., Mabuse Verlag.
- Krampe, Eva-Maria (2014): Professionalisierung der Pflege im Kontext der Ökonomisierung. In: Manzei, Alexandra und Rudi Schmiede (Hrsg.): *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen: Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*. Wiesbaden, Springer VS.
- Kühn, Hagen (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. In: Büssing, André. und Jürgen Glaser (Hrsg.): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*. Göttingen [u. a.], Hogrefe Verlag.

- Kühn, Hagen (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner, Gine; Gerlinger, Thomas und Klaus Stegmüller (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg, VSA-Verlag.
- Kühn, Hagen und Michael Simon (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Forschungsprojekt des Berliner Forschungsverbundes Public Health; gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung durchgeführt von der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Kumbruck, Christel; Rumpf, Mechthild und Eva Senghaas-Knobloch (2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung.= Studien zur Pflege 3. Mit einem Beitrag von Ute Gerhard. Berlin, LIT Verlag Dr. W. Hopf.
- Lachmund, Jens (1987): Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 16, Heft 5, 353-366.
- Lauterbach, Karl und Markus Lungen (2001): DRG-Fallpauschalen: eine Einführung. Anforderungen an die Adaption von Diagnosis-Related Groups in Deutschland. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Stuttgart, New York, Schattauer Verlag.
- Leber, Wulf-Dietrich und Charlotte Vogt (2020): Reformschwerpunkt Pflege: Personaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split. In: Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg; Wasem, Jürgen und Andreas Beivers (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Berlin, Heidelberg, Springer.
- Manthey, Marie (2005): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Aus dem amerik. von Gerhard Kelling. Dt.-sprachige Ausgabe hrsg. von Maria Mischo-Kelling. 2. Aufl., Bern, Huber.
- Manzeschke, Arne (2005): Global Health – Wirtschaftsethische Anmerkungen zur Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Bd.10. Berlin, De Gruyter: 129–149.
- Marrs, Kira (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? In: WSI Mitteilungen 9/2007: 502-507.
- Marrs, Kira (2008): Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit. Berlin, Ed. Sigma.
- Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Aufl., Weinheim [u. a.], Beltz.
- Meuser, Michael und Ulrike Nagel (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander, Littig, Beate und Wolfgang Menz (Hrsg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl., Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Michelsen, Kai und Klaus Stegmüller (2004): Gesundheit und Gesundheitspolitik im flexiblen Kapitalismus: Der gesellschaftliche Umgang mit »Gesundheit« als »sensibler Maßstab«. In: Elsner, Gine: Markt versus Solidarität: Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg, VSA Verlag.
- Moers, Martin (1994): Anforderungs- und Berufsprofil der Pflege im Wandel. In: Schaeffer, Doris (Hg.): Public Health und Pflege: zwei neue gesundheitswissenschaftliche

- Disziplinen. Berlin, Ed. Sigma.
- Mohan, Robin (2019): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit. Bielefeld, transcript Verlag.
- Moldaschl, Manfred und G. Günter Voß (Hrsg.) (2002): Subjektivierung von Arbeit. München, Mering, Hampp.
- Mühlbauer, B.H. (2005): Managementkonzepte und –strategien im Gesundheitswesen am Beispiel des Krankenhauses. In: Kerres, A.; Seeberger, B. (Hrsg.) Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Berlin, Heidelberg, Springer.
- Mühlenkamp, Holger (2003): Zum grundlegenden Verständnis einer Ökonomisierung des öffentlichen Sektors – Die Sicht des Ökonomen. In: Harms, Jens und Christoph Reichard (Hrsg.): Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors: Instrumente und Trends. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Müller, Elke (2001): Leitbilder in der Pflege: eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Bern, Göttingen [u. a.], Huber.
- Nohl, Arnd-Michael (2017): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 5. Aufl., Wiesbaden, Springer VS.
- Oberender, Peter und Jochen Fleischmann (2002): Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft: Analyse der Schwachstellen und Perspektiven einer Reform. Stuttgart : Lucius & Lucius.
- Oberender, Peter und Jürgen Zerth (2004): Nur der Markt kann uns noch retten: ein Plädoyer für eine marktwirtschaftliche Ordnungspolitik. In: Ullshöfer, Gotlind (Hrsg.): Ökonomisierung der Diakonie: Kulturwende im Krankenhaus und bei sozialen Einrichtungen. Frankfurt a.M., Haag und Herchen.
- Offermanns, Matthias (2010): Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen: Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Düsseldorf, Deutsches Krankenhausinstitut (DKI).
- Ostner, Ilona (1993): Zum letzten Male: Anmerkungen zum “weiblichen“ Arbeitsvermögen. In: Krell, Gertraude und Margit Osterloh (Hg.): Personalpolitik aus der Sicht von Frauen – Frauen aus der Sicht von Personalpolitik. Was kann die Personalforschung von der Frauenforschung lernen? 2. Aufl. München [u. a.], Hampp Verlag.
- Ostner, Ilona und Almut Krutwa-Schott (1981): Krankenpflege – ein Frauenberuf? Bericht über eine empirische Untersuchung. Frankfurt a.M.; New York, Campus Verlag.
- Ostner, Ilona und Elisabeth Beck-Gernsheim (1979): Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt a. M., New York, Campus Verlag.
- Oswald, Julia und Holger Bunzemeier (2020): Auswirkungen der Personalkostenvergütung auf die Prozesse im Krankenhaus. In: Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg; Wasem, Jürgen und Andreas Beivers (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Berlin, Heidelberg, Springer.
- Paetow, Holger (2002): Ökonomisierung der Gesundheit. Über die Rolle der Gesundheitsökonomie. In: Gesunde Reformen? Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft spw 3/ 2002.
- Parsons, Talcott (1969): Evolutionäre Universalien der Gesellschaft. In: Zapf, Wolfgang (Hg.) Theorien sozialen Wandels. Köln/Berlin, Kiepenheuer und Witsch, S. 55-74.
- Piechotta, Gudrun (2000): Weiblich oder kompetent? Der Pflegeberuf im Spannungsfeld

- von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung. Bern, Verlag Hans Huber.
- Pöhls, Katja (2012): Lean Management in Krankenhäusern. Erfolgsfaktoren für die Umsetzung. Wiesbaden, Gabler Verlag.
- Porter, Michael E. und Clemens Guth (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikulärinteressen zu mehr Patientennutzen. Berlin/Heidelberg, Springer-Verlag.
- Pracht, Gerlinde und Ullrich Bauer (2009): Burnout im Klinikalltag. Empirische Erkenntnisse zur Emotionsarbeit, Stressbelastung und Klientenaversion in der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit. In: Pflege und Gesellschaft, 14.Jg., Heft 1.
- Przyborski, Aglaja und Monika Wohlrab-Sahr (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl., München, Oldenbourg Verlag.
- Rabe-Kleberg, Ursula (1993): Verantwortlichkeit und Macht. Ein Beitrag zum Verhältnis von Geschlecht und Beruf angesichts der Krise traditioneller Frauenberufe. Bielefeld, Kleine Verlag.
- Rafferty, A.M.; Clarke, S.P.; Coles, J.; Ball, J.; James, P.; McKee, M.; Aiken, L.H. (2007): Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (2), 175-182.
- Rantzsch, Thorsten und Ricarda Klein (2006): Von der Pflege zum „Nursing-Expert“. In: Debatin, Jörg F.; Goyen, Matthias und Christoph Schmitz (Hrsg.): *Zukunft Krankenhaus. Überleben durch Innovation*. Berlin, ABW Wissenschaftsverlag.
- Reifferscheid, Antonius; Pomorin, Natalie und Jürgen Wasem (2016): Pflegerische Versorgungsdefizite in deutschen Krankenhäusern. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Krankenhaus-Leitungspersonal. In: *Das Gesundheitswesen*, 78, 97-102.
- Remmers, Hartmut (2000): Ethische Aspekte in der Pflege. In: Rennen-Allhoff, Beate und Doris Schaeffer (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim und München, Juventa Verlag.
- Rieder, Kerstin (2004): Dialogische Dienstleistungsarbeit in der Krankenpflege: Konzepte für die Analyse von Belastungen und Anforderungen. In: Ulich, Eberhard (Hrsg.): *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern [u. a.], Verlag Hans Huber.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1992): *Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege*. Gerlingen, Bleicher Verlag.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000): *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart/New York, Schattauer.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013): *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart, Robert Bosch Stiftung.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2018): *Mit Eliten pflegen. Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Stuttgart, Robert Bosch Stiftung.
- Rohde, Johann Jürgen (1973): Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution. In: Döhner, Otto (Hrsg.): *Arzt und Patient in der Industriegesellschaft*.

- Frankfurt a. M., Suhrkamp Verlag, S. 13-35.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. 2. Aufl. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag.
- Rong, Oliver (2010): *Exkurs: Verweildauerorientiertes Case Management als Schlüssel zur Verweildaueroptimierung*. In: Debatin, Jörg F.; Ekkenkamp, Axel und Barbara Schulte (Hrsg.): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rosenbrock, Rolf und Thomas Gerlinger (2006): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. 2. Aufl. Bern, Verlag Hans Huber.
- Roßbruch, Robert (2003): *Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 2. Teil*. In: *PflegeRecht (PflR)* 4/2003.
- Schaeffer, Doris (1998): *Neugestaltung der Pflege: Innovations- und Professionalisierungschancen in einem sich ökonomisierenden Gesundheitswesen*. In: *Pflege & Gesellschaft*, 3. Jg., Nr. 4.
- Schaeffer, Doris und Klaus Wingenfeld (2011): *Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland*. In: Schaeffer, Doris und Klaus Wingenfeld (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, Juventa Verlag.
- Schedler, Kuno und Isabella Proeller (2003): *New Public Management*. 2. Auflage, Bern [u. a.], Verlag Paul Haupt.
- Schimank, Uwe und Ute Volkmann (2008): *Ökonomisierung der Gesellschaft*. In: Maurer, Andreas (Hrsg.): *Handbuch der Wirtschaftssoziologie*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 382-393.
- Schmidbauer, Marianne (2002): *Vom »Lazaruskreuz« zu »Pflege Aktuell«: Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000*. Königstein/Taunus, Ulrike Helmer Verlag.
- Schmidt, Christiane (2010): *Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews*. In: Friebertshäuser, Barbara; Langer, Antje und Annedore Prengel (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. 3. Aufl., Weinheim und München, Juventa Verlag.
- Schmidt-Grunert, Marianne (1999): *Grundlagen*. In: Schmidt-Grunert, Marianne (Hrsg.): *Sozialarbeitsforschung konkret. Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode*. Lambertus, Freiburg im Breisgau 1999.
- Schrenker, Annetrin; Samtleben, Claire und Markus Schrenker (2021): *Applaus ist nicht genug. Gesellschaftliche Anerkennung systemrelevanter Berufe*. In: *APuZ* 13-15/2021.
- Schroeter, Klaus R. (2006): *Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen*. Weinheim und München, Juventa Verlag.
- Schulten, Thorsten und Nils Böhlke (2009): *Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkung auf Beschäftigte und Patienten*. In: Böhlke, Nils; Gerlinger, Thomas; Mosebach, Kai; Schmucker, Rolf und Thorsten Schulten (Hrsg.): *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten*. Hamburg, VSA- Verlag.

- Schulz, Susanne Eva (2017): Arbeiten im Krankenhaus. Der Umgang von Beschäftigten mit der Ökonomisierung. In: WSI Mitteilungen; Bd. 70 2017.
- Scupin, O. (2005): Gedanken zum Pflegemanagement. – Ein praxisrelevanter Erweiterungsversuch. In: Kerres, Andrea und Bernd Seeberger (Hrsg.): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Berlin, Heidelberg, Springer.
- Seidler, Eduard und Karl-Heinz Leven (2003): Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 7. Aufl. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2011): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. In: Berliner Journal für Soziologie, 18, 2, S. 221-243.
- Sens, Brigitte; Wenzlaff, Paul; Pommer, Gerd und Horst von der Hardt et al. (2010): Auswirkungen der DRG-Einführung: Die Qualität hat nicht gelitten. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107(1-2): A 25-7.
- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Opladen/Wiesbaden, Westdeutscher Verlag.
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichung der Arbeitsgruppe Public Health. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Simon, Michael (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: Pflege & Gesellschaft, 14. Jg. H. 2.
- Simon, Michael (2013). Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler. In: Deutsches Ärzteblatt; 110(39): A-1782 – A 1786.
- Simon, Michael (2014): Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens. Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus. In: Manzei, Alexandra und Rudi Schmiede (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden, Springer VS.
- Simon, Michael (2019a): Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung. In: Dieterich, Anja; Braun, Bernard; Gerlinger, Thomas und Michael Simon (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden, Springer VS.
- Simon, Michael (2019b): Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Dieterich, Anja; Braun, Bernard; Gerlinger, Thomas und Michael Simon (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden, Springer VS.
- Slotala, Lukas (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Slotala, Lukas; Bauer, Ullrich und Kathrin Lottmann (2008): Pflege im ökonomischen Wandel. In: Bonde, Ingo u. a. (Hrsg.): Medizin und Gewissen. Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Kongressdokumentation Nürnberg 20.–22. Oktober 2006. Frankfurt a. M.: Mabuse, 383–396.
- Stapelfeldt, Gerhard (1998): Wirtschaft und Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland:

Kritik der ökonomischen Rationalität; zweiter Band. Hamburg, LIT.

- Starystach, Sebastian und Stefan Bär (2019): Feindliche Übernahme? Krankenhauspflege in Zeiten der Ökonomisierung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie 71:211–235.
- Starystach, Sebastian; Bär, Stefan; Ernst, Carolin und Christina Streib (2018): Organisationale Hindernisse auf dem Weg zur Profession. Eine wissenssoziologische Untersuchung über das berufliche Selbstverständnis von Pflegekräften im Krankenhaus. In: Arbeit; 27(3):191-212.
- Statistisches Bundesamt (2013): Grunddaten der Krankenhäuser 2012. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2014): Grunddaten der Krankenhäuser 2013. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2015): Grunddaten der Krankenhäuser 2014. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2016): Grunddaten der Krankenhäuser 2015. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2017): Grunddaten der Krankenhäuser 2016. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2021): Grunddaten der Krankenhäuser 2019. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Stemmer, Renate (2008): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Katholische Fachhochschule Mainz. Mainz, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz.
- Stemmer, Renate und Hans Böhme (2008): Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen eines Gutachtens für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz. In: Pflege und Gesellschaft, 13. Jahrgang, Heft 3.
- Steppe, Hilde (1994): Selbstverständnis in der Pflege. Vortrag zur Feier des 30-jährigen Bestehens des Hufeland-Hauses, Frankfurt, 14. Juni 1994. In: Ulmer, Eva-Maria; Krampe, Eva-Maria; Haas, Walburga und Hilde Wackerhagen (Hrsg. 2003). Hilde Steppe «Die Vielfalt sehen, statt das Chaos zu befürchten» Ausgewählte Werke. Bern [u. a.], Verlag Hans Huber.
- Sticker, Anna (1960): Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Stuttgart [u. a.], Kohlhammer.
- Stöcker, Gertrud (2002): Pflege im Spiegel der Zeit: Entwicklung der pflegeberuflichen Bildung. In: Stöcker, Gertrud: Bildung und Pflege: Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. Hannover, Schlütersche.
- Stöhr, Monika und Nicole Trumpetter (2006): Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen: Themenbereich 10: Analyse und Vorschläge für den Unterricht. München, Elsevier, Urban & Fischer.
- Stratmeyer, Peter (2010): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Das KoPM-Modell (KoPM®). In: Debatin, Jörg F.; Ekkernkamp, Axel und Barbara Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Strauss, Anselm; Fagerhaugh, S.; Suczek, B. und C. Wiener (1980): Gefühlsarbeit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, S. 629
- Stüber, Christiane (2013): Berufsethos im Krankenhaus: zu den Auswirkungen der Ökonomisierung auf die berufsethischen Orientierungen des medizinischen Personals im Krankenhaus. Stuttgart, idibem-Verlag.
- Taubert, Johanna (1992): Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis: berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung. Frankfurt a.M., Mabuse Verlag.
- Thomas, William I. (1965): Das Kind in Amerika. In: Volkart, Edmund H. (Hrsg.): William I. Thomas. Person und Sozialverhalten. Neuwied am Rhein/Berlin, Luchterhand.
- Vera, Antonio (2009): Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse. In: Das Gesundheitswesen, 71. Jg., Nr. 3, S. e10-e17.
- Vogd, Werner; Feißt, Martin; Molzberger, Kaspar; Ostermann, Anne und Juliane Slotta (2018): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Wiesbaden, Springer VS.
- Vogel, Berthold (2009): Wohlstandskonflikte. Soziale Fragen, die aus der Mitte kommen. Hamburg, Hamburg Edition.
- Vogel, Berthold (2012): Schrumpfende Zukunft. Warum sich die Soziologie für öffentliche Dienstleistungen interessieren muss. In: Mittelweg 36, 21. Jahrgang, Oktober/November 2012.
- Warwas, Julia (2009): Berufliches Selbstverständnis und Beanspruchung in der Schulleitung. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 12, S. 475-498.
- Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt a.M., Mabuse Verlag.
- Weidner, Frank (2019): Pflege in Deutschland: Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Dimensionen. In: Pröbß, Joachim; Lux, Vera und Peter Bechtel (Hrsg.): Pflegemanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wetterer, Angelika (2002): Arbeitsteilung und Geschlechtskonstruktion. „Gender at work“ in theoretischer und historischer Perspektive. Konstanz, UVK-Verlag.
- Wieteck, Pia (2019): G-DRG-Systematik unter dem Fokus der Abbildung pflegerischer Leistungen – sowie dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). In: Pröbß, Joachim; Lux, Vera und Peter Bechtel (Hrsg.): Pflegemanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, Gerd (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim, Beltz.
- Witzel, Andreas (2000): Das Problemzentrierte Interview [25 Absätze]. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, Bd. 1, Nr. 1, Art. 22, Januar 2000.
- Wolf, Julian und Anne Ostermann (2016): Von der Organisation der Pflege zur Pflege der

Organisation. Ein neuer Typus der Pflegedienstleitung im Krankenhausmanagement. In: Bode, Ingo und Werner Vogd (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses: soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden, Springer VS.

Zander, Britta und Reinhard Busse (2017): Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. In: Bechtel, Peter; Smerdka-Arhelger, Ingrid und Kathrin Lipp (Hrsg.): Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. 2. Aufl. Berlin, (Heidelberg), Springer-Verlag.

10. Anhang

Die Interviews für diese Arbeit wurden zwischen 2009 und 2011 in verschiedenen Krankenhäusern mit unterschiedlichen Trägern geführt. Ein zusätzliches Experteninterview wurde mit einem Vertreter einer Krankenkasse geführt. Dieses Interview wurde in der Ergebnisdarstellung nicht berücksichtigt, da es in erster Linie der Sammlung von Hintergrundwissen diente.

10.1 Leitfaden Pflegepersonal

Erwerbsbiographie

Dann erzählen Sie mir zum Einstieg doch mal, wie Sie zu dem Beruf Krankenschwester/-pfleger gekommen sind.

Wunschberuf?

Wo haben Sie schon überall gearbeitet?

Seit wann auf Station, wenn Wechsel, warum? Arbeit außerhalb der Pflege?

Aktuelle Arbeitssituation

Wie sieht ein typischer Arbeitstag aus?

Wichtigste Aufgaben in einer Schicht; Zeitfaktor, was bleibt zuerst liegen? Verantwortlichkeiten?

Wenn Sie jetzt einen typischen Arbeitstag auf Station vor Augen haben (falls es den überhaupt gibt), was sind so Situationen, in denen Ihnen Ihr Beruf Spaß macht?

Positive Beispiele aus dem Pflegealltag.

Und was sind Situationen, in denen es keinen Spaß macht? Die besonders schwierig sind? Können Sie mir da Beispiele nennen?

Was belastet Sie am meisten? Was ist besonders anstrengend?

Wie ist das so insgesamt mit der Arbeitsbelastung? Ist genügend Zeit für die anfallenden Tätigkeiten?

Wie gehen Sie mit Arbeitsbelastungen um? Wer oder was unterstützt Sie dabei?

Nehmen Sie viel mit nach Hause?

Angebote vom Haus, Teilnahme, aktuelle Lebenssituation

Können Sie mir etwas zur Situation auf Station erzählen? In puncto personelle Besetzung, Arbeitsorganisation etc.

Besetzung (Examinierte Pflegekräfte), Patientenzahl, Dienstplangestaltung, Fortbildungen und Teilnahme, Vorschriften, Pflegetheorie, Bereichspflege etc.

Wie ist das Arbeitsklima?

Spannungen? Leiharbeit

Wie sieht es mit Ihrer Gesundheit aus? Haben Sie Einschränkungen, die sie auf den Beruf zurückführen würden?

Veränderungsprozesse/ Umbruch

Hat sich in den Jahren, in denen Sie als Krankenschwester arbeiten, etwas verändert? Oder ist es im Wesentlichen gleich geblieben?

Persönliche Arbeitssituation

Krankenhaus allgemein: Fluktuation, Lohn, Zusatzleistungen, unterschiedliche Bezahlungen zwischen den Pflegekräften

Haben sich die Anforderungen an Sie als Krankenschwester/-pfleger verändert? Wenn ja, wie? Was glauben Sie, ist der Grund dafür?

Es wird ja viel über zu wenig Geld und Sparmaßnahmen auch im Krankensektor gesprochen. Spüren Sie davon was im Stationsalltag? Wenn ja, was hat sich verändert? Was glauben Sie, ist der Grund für diese Maßnahmen?

Was hat sich im Umgang mit den Patient/innen verändert?

Was finden Sie positiv an den Veränderungen? Was negativ?

Was würden Sie ändern, wenn Sie könnten? Was würden Sie sich für den Arbeitsalltag wünschen, was sollte sich ändern?

Berufliches Selbstverständnis/ Pflegeverständnis

Was macht für Sie eine gute Krankenschwester/ guter Krankenpfleger aus? Welche besonderen Fähigkeiten sollte sie haben?

Was ist das besondere an Ihrer Arbeit? Wie unterscheidet sich der Job von anderen Jobs? Worauf kommt es an?

Was gehört für Sie zu einer optimalen Patientenversorgung? Was sollte ein Krankenhaus bieten?

[Welche Rolle spielen Tätigkeiten, die nach dem Fallpauschalensystem nicht abgerechnet werden können, z. B. Gespräche mit den Patient/innen?]

Welche Bedeutung hat Ihr Beruf für Sie? (ökonomische Existenzsicherung...)

Ist der Beruf ihren Vorstellungen gerecht geworden?

Was glauben Sie, wie lange sie noch in dem Job arbeiten werden?

Stellenwert Pflege/ Anerkennung

Wie sehen sie die Bedeutung der Pflege im Krankenhaus? Welchen Stellenwert und welches Mitspracherecht hat sie?

Finden Sie, dass Sie angemessen bezahlt werden?

Prekarität (Zusatz)

Waren Sie schon mal in der Zeitarbeit tätig oder vorübergehend arbeitslos? Wie war das für Sie?

Wie ist Ihre jetzige Arbeitssituation? Haben Sie einen befristeten Vertrag?

Politische Verantwortlichkeiten

Was würden Sie sich für die Zukunft von der Politik wünschen? Für das Krankenhaus, für das Gesundheitssystem.

[Wie finden Sie die Leistungen des Gesundheitssystems? Sind sie ausreichend?

Abschlussfrage:

Wo sehen Sie sich in fünf (zehn) Jahren?

10.2 Leitfaden Management- und Leitungsebene

Erwerbsbiographisches

Dann erzählen Sie mir doch mal, wie es so nach der Schule bei Ihnen weiterging, was Sie so beruflich gemacht haben.

Schulabschluss? Wie ging es dann weiter? Wo haben Sie schon gearbeitet?

Wie lange arbeiten Sie schon hier im Krankenhaus? Was ist Ihre Aufgabe hier?

Veränderungen Krankenhaussektor

Was würden Sie sagen, wenn Sie die Zeit betrachten, die Sie in diesem Beruf/ Krankenhaus arbeiten, hat sich viel verändert oder ist es im Wesentlichen gleich geblieben? Persönliche Arbeitssituation, Krankenhaus allgemein, was hat sich verändert?

Und was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Einschnitte?

Wie sehen Sie die Veränderungen? Was finden Sie gut? Und was ist eher schwierig?
Größte Herausforderung, größte Sorge?

Welche Bedeutung hat die Einführung des DRG Systems für die Krankenhäuser? Bedeutung für die Pflege, Bedeutung für die Patient/innen

Eigene Arbeitssituation

Welche Folgen haben die Entwicklungen für Ihre konkrete Arbeitssituation? Können Sie mir da ein Beispiel schildern? Was jetzt anders läuft als früher.

Was ist besonders schwierig sind, was macht Spaß?

Wie gehen Sie mit Arbeitsbelastungen um? Nehmen Sie viel mit nach Hause? Wie geht Ihre Familie damit um?

Pflegepersonal

Wie sehen Sie die Situation des Pflegepersonals? Hat sich da was verändert? Wenn ja, was?

Stellensituation, Arbeitsbelastung, Bezahlung, Leistungsbezogene Staffellungen, Handlungsbedarf, was ist positiv?

Arbeiten Sie häufig mit auswärtigen Pflegekräften? Z.B Zeitarbeitskräften?

Wann, wie ist das, Probleme zwischen hauseigenen Mitarbeiterinnen und Zeitarbeitskräften?

Haben sich die Anforderungen an das Pflegepersonal verändert?

Was gehört Ihrer Meinung nach zu einer guten Pflegekraft, was sollte sie mitbringen?

Wie ist aus ihrer Sicht der Stellenwert der Pflege in ihrem Krankenhaus?

Patientenversorgung

Wenn Sie die Patientenversorgung betrachten, hat sich da in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren was geändert oder ist es im Wesentlichen gleich geblieben?

Was gehört alles für Sie zu einer guten Patientenversorgung?

Aufgabenbereich Krankenhaus

Was denken Sie, sind die wichtigsten Aufgaben eines Krankenhauses?

Welche Leistungen sollte das Krankenhaus anbieten? Welche Leistungen kann das Krankenhaus anbieten?

Was gehört Ihrer Meinung nach nicht zu den Aufgaben eines Krankenhauses? Wer sollte stattdessen dafür sorgen?

Hat sich da in den letzten Jahrzehnten was geändert oder ist es gleich geblieben?

Ökonomie und Soziales

Was würden Sie sagen, unterscheidet sich ein Krankenhaus von anderen Betrieben in der Wirtschaft?

In welchen Punkten, wo gibt es Gemeinsamkeiten?

Seit einiger Zeit gibt es im Krankenhausektor einen Trend zur Privatisierung, wie finden Sie das? Chancen und Schwierigkeiten

Bewertung der Veränderungsprozesse im Gesundheitssystem

Wie schätzen Sie die Entwicklungen im Gesundheitssystem insgesamt ein?

Welche Chancen sehen Sie da? Und welche Schwierigkeiten?

Wo sehen Sie die Aufgabe der Länder und des Bundes?

Was würden Sie sich von der Politik wünschen? Wo sollte sie eingreifen? Wo greift sie zu viel ein?

Zukunft

Wo sehen Sie Ihr Krankenhaus in zehn Jahren?

ISBN 978-3-7376-1058-2



9 783737 610582 >