

Die Pflege als vermittelnde Dritte im Krankenhausmanagement?

Empirische Befunde zur Rolle der PflegedirektorInnen

Julian Wolf und Anne Ostermann

Beitrag zur Veranstaltung »Partner in Crisis: Professionen, Organisationen und Management« der Sektion Professionssoziologie – organisiert von Ellen Kuhlmann und Andreas Langer

Die Rolle der Pflege im Krankenhausmanagement ist in der soziologischen Krankenhausforschung bisher kaum aufgearbeitet. Während das Verhältnis von Ärzten¹ und Management in den letzten Jahren Thema vieler Untersuchungen war², werden Pflegedienstleitungen bzw. Pflegedirektorinnen als Managementakteure kaum wahrgenommen. Neben vereinzelt Studien, in dem das Pflegemanagement thematisiert wird (zum Beispiel Küpper 1996; Bolton 2005; Kirkpatrick et al. 2011), ist keine systematische Ausarbeitung der Rolle der Pflegeleitung aus organisations- oder professionssoziologischer Perspektive erfolgt (siehe auch Rosenthal 2005: 302).

Angesichts des derzeit zu beobachtenden »epochalen Strukturwandels« (Bode 2010: 63) im Gesundheitssektor ist dieser Umstand überraschend, legen doch Strukturänderungen wie die Einführung des DRG-Systems, die Konzipierung von Managementstudiengängen für das Krankenhauswesen oder der Einsatz von New-Publik-Management-Tools auch Änderungen in den Verhältnissen der professionellen Akteure zueinander, deren Aufgabenübernahme und Rollenausgestaltung nahe. Krankenhäuser sind nicht nur zunehmend ökonomischem Druck ausgesetzt, sondern können auch als »permanently failing organizations« (Meyer, Zucker 1989) beschrieben werden. Das Management gewinnt unter diesen Umständen gegenüber der Profession der Ärzte an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Rolle die Pflegedirektorinnen im Krankenhaus einnehmen. Können sie als *vermittelnde Dritte* begriffen werden, die neben Ökonomie (Geschäftsführung) und Medizin (Ärzte) eine eigene Position im Krankenhausmanagement ausbilden, oder reiben sie sich zwischen den beiden Polen auf? Und was bedeutet Vermittlung? Kann damit das Überwinden von Professionsgrenzen gemeint sein, oder das Austarieren interner Spannungen?

1 Für die Berufsbezeichnungen verwenden wir im Folgenden die Form des in unserem Sample häufiger vorkommenden Geschlechts in der jeweiligen Position. Das jeweils andere Geschlecht ist immer mitgemeint.

2 Zum Beispiel: Kitchener 2000, Vogd 2007, Evetts 2011, als Übersicht: Numerato et al. 2012.

Im Rahmen der DFG-geförderten Studie *Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement*³ wurden 12 Expert/-inneninterviews (Meuser, Nagel 1991) mit Pflegedirektorinnen aus deutschen Krankenhäusern mit der dokumentarischen Methode (Bohnsack 2003) ausgewertet. Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass sich zwei unterschiedliche Pole der Positionierung und Vermittlung finden lassen. Auf der einen Seite kann ein Typus rekonstruiert werden, der sich von der eigenen Berufsgruppe distanziert und die eigene Position im Krankenhausmanagement wahrnimmt. Zwei Handlungsmodi können diesem zugerechnet werden: ein strategischer und ein situativ-vermittelnder. Einhergehend damit variiert die Positionierung der Pflegedirektorinnen zu anderen Managementakteuren und Berufsgruppen im Krankenhaus, beispielsweise werden Ärzte eher als Gegner (strategisch) oder als Partner (situativ-vermittelnd) wahrgenommen. Beide Modi übergreifend zeigt sich ein handlungsleitendes Selbstverständnis der Pflegedirektorinnen, die sich am Wohl der gesamten Organisation orientieren. Auf der anderen Seite können Formen des Umgangs mit dem Spannungsverhältnis zwischen Management- und Pflegeinteressen rekonstruiert werden. Damit korrespondierend zeigen sich unterschiedliche Bearbeitungsformen seitens der Pflegedirektorinnen. Die zunehmende Arbeitsbelastung der Pflegemitarbeiter kann zum Beispiel durch Effizienzmaßnahmen versucht werden abzufedern, kann aber auch zu leidvollen Erfahrungen werden, wenn persönliche Beziehungen zum Personal ausgebildet sind. Andererseits kann anhand einer kommissarischen Pflegedienstleitung gezeigt werden, dass das Verhältnis zwischen Geschäftsführung und Pflegemitarbeitern ein ständiges role-making impliziert.

Das reibungslose Funktionieren der Organisation: Zwei Handlungsmodi

Anhand der Interviews lassen sich zwei Handlungsmodi rekonstruieren, die den Pflegedirektorinnen zur Verfügung stehen: Der Modus der situativ-vermittelnden Problemlösung und der Modus der Prozessstrukturierung. Beide sind am reibungslosen Funktionieren der Organisation orientiert und werden von fast allen Befragten themenabhängig wechselnd angewendet. Beide Handlungsmodi werden im Folgenden anhand ausgewählter Zitate illustriert.

Situativ-vermittelnde Problemlösung

Der erste Handlungsmodus der Pflegedirektorinnen korrespondiert mit der Selbstbeschreibung der Pflegeleitung als Managementakteur. Diese schreiben sich die Identität als *Bindeglied zwischen den Berufsgruppen* zu. An den folgenden Interviewziten kann abgelesen werden, dass sich die Pflegeleitung in den Dienst der Organisation stellt und in dieser Rolle verschiedene Organisationsakteure miteinander verknüpft, um situativ auftretende Probleme zu bearbeiten:

³ Die DFG-geförderte Studie *Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement* untersucht die Entscheidungspraxen von Managementakteuren in Krankenhäusern in Deutschland. Das Sample besteht aus 14 Krankenhäusern der Regelversorgung (ca. 200–500 Betten) in Berlin, Brandenburg, Hamburg und Nordrhein-Westfalen. Die Studie ist auf drei Jahre angelegt. Start: Oktober 2013.

Frau Sick: Wir hatten vorige Woche hatten wir ein Problem, da sind unsere beiden C-Bögen, das sind so Röntgengeräte, die während der Operation sozusagen benutzt werden, zeitgleich am späten Nachmittag ausgefallen. Und es hätte bedeutet, wenn wir es nicht in den Griff bekommen hätten, dass wir am nächsten Vormittag nicht hätten operieren können. Und in der Nacht ja auch wieder von der Rettungsstelle auch verunfallte Patienten kommen. Und da ist es ganz normal, dass ich dann auch die Medizintechniker zu Hause anrufe und sage: «Mensch, wir haben hier ein Problem und ich möchte jetzt gerne, dass Sie sich mit der Firma in Verbindung setzen, was kann man denn da jetzt machen?»

Ein medizinisches – also nicht genuin pflegerisches – Problem (PatientInnen können aufgrund eines Gerätedefekts nicht behandelt werden) wird hier zu einem Problem der Pflegeleitung, das von dieser durch einen Telefonanruf beim Medizintechniker bearbeitet wird. Frau Sick verknüpft verschiedene Berufsgruppen (Medizin, Medizintechnik) miteinander. Die Bearbeitung des Problems wird nicht als unangemessen oder überlastend interpretiert, sondern als »ganz normal«. Ähnlich fällt auch die Schilderung bezüglich Abstimmungsproblemen oder Konflikten zwischen Pflege und Medizin aus.

Frau Sick: Oder wenn es irgendwo Personalengpässe gibt, hatten wir vorige Woche einen Riesenkrankenstand bei uns im Diagnostikzentrum, da finden die ganzen vor- und nachstationären Spezialsprechstunden, Einweisungssprechstunden statt. Dann ist es halt auch immer so, dass immer eine Sprechstunde ohne Arzthelferin laufen muss, dann kommt der Chefarzt, war grad gestern der Fall, sagt, »Mensch Frau Sick, ein ganz schlechter, eine schlechte Situation für uns Ärzte, was ist vorgesehen, wie lange müssen wir mit diesem Zustand noch leben?« Oder wenn beispielsweise die Pflege den Impuls gibt und sagt, wir haben hier Probleme, die ärztliche Präsenz ist nicht so, wie wir uns das vorstellen. Wir haben keinen Ansprechpartner, oder das läuft nicht rund in der Abteilung. Dann kommen die Stationschwwestern zu mir und bringen ihre Probleme hierher und dann sage ich mal, dann machen wir mal einen gemeinsamen Termin, weil sie sagen, wir haben schon oft gesprochen beispielsweise mit dem Chefarzt und merken nicht, dass da was passiert, dann sage ich, dann wäre ja gut, wenn wir uns alle mal zusammen an einen Tisch setzen.

In diesem Interviewausschnitt werden zwei Probleme thematisiert. Erstens gab es im Diagnostikzentrum Personalengpässe aufgrund eines Krankenstandes. Ein Chefarzt ist zur Pflegeleitung gegangen, um sich über die Situation zu erkundigen. Zweitens gab es auf Stationsebene Abstimmungsprobleme zwischen Pflege und Ärzten, die trotz mehrmaliger Thematisierung nicht bereinigt werden konnten. Die Pflegeleitung hat infolge dessen einen »runden Tisch« mit den beteiligten Berufsgruppen einberufen.

Was sagen die Beispiele über die Rolle der Pflegeleitung aus?

Erstens wird diese von verschiedenen Berufsgruppen (also nicht nur von der Pflege) kontaktiert, wenn Probleme auftreten. Zweitens werden die Probleme von der Pflegeleitung unparteiisch bearbeitet. Die Probleme vom Chefarzt wie von der Pflege werden beide als relevant eingestuft, und die Pflegedienstleitung vertritt eben nicht primär die Interessen der Pflege. Die beiden Berufsgruppen sollen sich untereinander, in Anwesenheit der Pflegeleitung, absprechen. Das Verhältnis der Berufsgruppen und Akteure zueinander wird als partnerschaftlich im Hinblick auf das reibungslose Funktionieren der Organisation gerahmt. Drittens werden die punktuell auftretenden Probleme als handhabbar beschrieben. Abstimmungsprobleme, technische Defekte oder Krankenstände treten auf, die von der Pflegedirektorin relativ mühelos bearbeitet werden. Viertens werden die auftretenden Probleme als Managementaufgaben gerahmt. Die nicht be-

sonders aufwendigen Aufgaben könnten auch von anderen Organisationsakteuren übernommen werden⁴. Doch die Zuständigkeit für die Probleme wird positiv – und nicht im Sinne, man sei *Mädchen für alles* – gerahmt. Durch die Selbstzuschreibung als Bindegliedfunktion können somit triviale Aufgaben als Managementaufgaben gerahmt und positiv angenommen werden.

Prozessstrukturierung

Der zweite Handlungsmodus, der sich aus den Interviews mit den Pflegedirektorinnen rekonstruieren lässt, betrifft die Strukturierung von Aufnahme- und Belegungsmanagement im Krankenhaus. Hier zeigt sich die Pflege weniger als Bindeglied zwischen den Berufsgruppen, sondern als *kompetenter Managementakteur hinsichtlich der Prozesssteuerung*. Während es im ersten Handlungsmodus darum geht, Probleme situativ und partnerschaftlich mit den anderen Akteuren zu lösen, werden hinsichtlich Strukturierungsbemühungen Ärzte häufig als Gegner gerahmt, die Widerstand gegen vernünftige Organisationsentscheidungen leisten. Dabei wird das Wissen über Prozesse als originär pflegerische Kompetenz gerahmt und als strategische Kompetenz auf die Managementebene übertragen. Der Handlungsmodus der Prozessstrukturierung wird anhand zweier Zitate illustriert werden.

Herr Kämpfer: »Zu sagen Bitteschön, du bist Mediziner, du bist Chirurg, sieh zu, dass du gut operierst und [...] zu den Fällen gerufen wirst, wo es kritisch ist und wo es schwierig ist, aber alles andere, wie wir das organisieren, das machen wir dann. So, das ist das, wo wir, glaube ich, in der Pflege hin müssen, dass wir hier diejenigen sind, weil wir so nah an Patienten sind, 24 Stunden, dass wir die Prozesse auch dementsprechend sinnvoll steuern und auch im Rahmen der Interprofessionalität [...].«

Herr Fuchs, der seine Meinung in Appellform formuliert, möchte ein Neuarrangement der Stationsarbeit: der Arzt (in diesem Fall ein Chirurg) soll Aufgaben übernehmen, die ausschließlich seine medizinische Kompetenz betreffen (operieren). Für den organisatorischen Rahmen soll der Pflegebereich (»wir«) zuständig sein, der »die Prozesse auch [...] sinnvoll steuer[t]«. Die Pflege soll zusätzliche Aufgaben übernehmen und Kompetenzen erhalten, der Arzt hingegen wird in seiner Arbeit fragmentiert: er muss nicht den Überblick haben, sondern nur definierte Abläufe ausführen. Als Argument für das neue Arrangement wird die Patientennähe der Pflegekräfte angeführt, also eine spezifische Kompetenz, die folgelogisch den Ärzten abgeht. Diese berufsspezifische Unterscheidung basiert auf einer Managementperspektive, die die Prozesse auf Stationsebene durch Fragmentierung der Arbeit optimieren möchte. Interessant dabei ist die Aufteilung der Aufgaben: die Pflege wird zur Kopfarbeiterin, die die Prozesse begleitet und Änderungen einleitet. Der Arzt ist in diesem Arrangement der Handarbeiter, der gut zu operieren hat. Obwohl Herr Fuchs in einem anderen Interviewabschnitt das medizinische Handeln als »ärztliche Kunst« definiert, für die die Pflege »nur der Boden« sein soll, um diese zu ermöglichen, wird diese Hierarchisierung in der vorgestellten Praxis umgedreht. Hier bestimmt die Pflege den Prozess und die Ärzte werden auf einen engen Handlungsbereich begrenzt. Die an-

⁴ Den Medizintechniker könnte auch der Oberarzt anrufen, der Chefarzt könnte sich auch bei der Stationschwester erkundigen und die Probleme zwischen den Berufsgruppen könnten auch auf einer anderen Hierarchieebene geklärt werden.

gestrebte Logik wird von Herrn Fuchs zusätzlich durch einen wirtschaftlichen Rahmen argumentativ abgestützt, indem er im weiteren Interviewverlauf auf die »zurückgehende Ressource Arzt« verweist: »Das muss nicht alles ärztlich gesteuert werden, das kann dementsprechend auch von anderen Berufsgruppen genommen werden.« Im Modus des prozessstrukturierenden Handelns werden Ärzte als knappe Ressource, Kostenträger, *Durchreisende* mit Loyalitätsdefiziten (bedingt durch ausbildungs- und berufsbiographisch bedingten Arbeitsplatzwechsellern) und Nicht-Wissende wahrgenommen. Demgegenüber wird das Pflegepersonal als kostenschonend, prozesskompetent, wissend und organisationsloyal interpretiert. Folglich ist es unter Rationalitätsgesichtspunkten vernünftig, das Pflegepersonal mit mehr Kompetenzen auszustatten.

Dass die angestrebten Umstrukturierungsmaßnahmen jedoch auf Widerstände seitens der Mediziner stoßen, stellt die Pflegedirektorinnen vor erhebliche Probleme. Aufgestellte Regeln können von den Ärzten unterlaufen werden, ohne dass der Pflegedirektion Sanktionsmittel zur Verfügung stünden. Beispielsweise wird den Ärzten vorgeworfen, das mühsam vom Management eingeführte Patientenmanagement bewusst zu unterminieren, indem Fälle ungerechtfertigt zu Notfällen umdefiniert werden, die dann außerhalb der Regelprozeduren behandelt werden können.

Herr Kämpfer: Wo man irgendwie das einfach mal so auch als zwar medizinisch Bewandertes ganz klar sagt: Wo ist denn da der Notfall? Dann wird da aber daraus ein Notfall definiert. Das ist alles möglich. Also man kann solche Systeme immer unterminieren, indem man dann einfach seine eigenen Regeln aufstellt.

Hier zeigt sich, dass Herr Kämpfer sich einerseits zutraut, ärztliche Entscheidungen als sachlich falsch (kein Notfall) zu beurteilen, und dass ihm andererseits bewusst ist, in einem Machtspiel den Ärzten trotzdem unterlegen zu sein. Zu einer Krise der eigenen Managementposition führt dies für die Pflegedirektorinnen jedoch nicht. Im Gegenteil, der ärztliche Widerstand kann in das Gesamtbild integriert werden: Die eigene Position ist die vernünftigere im Sinne einer besser funktionierenden Organisation, und die Position der Ärzte wird machtpolitisch interpretiert. Es wird den Ärzten nicht zugestanden, dass sie durch ihren professionellen Blick sinnvolle Entscheidungen treffen können. Sogar medizinische Notfälle werden kritisch betrachtet, nämlich als Versuche der Ärzte, ihr mikropolitische Spiel weiterzuführen. Eine machtpolitische Rahmung mit Rückgriff auf die Professionen wird von den Pflegeleitungen jedoch explizit abgelehnt. Sie selbst berufen sich in erster Linie auf die Interessen der Organisation und eben nicht auf ein Pflegeethos, wenngleich, wie schon aufgezeigt, auf argumentativer Ebene einige Managementkompetenzen als typisch pflegerisch interpretiert werden. Der Pflege steht auch als Managementakteur keine Sanktionsmöglichkeit dieser ärztlichen Praxis zur Verfügung.

Es findet eine doppelte Legitimation der Pflegedirektorinnen als Managementakteure statt. Erstens wird Prozesskompetenz als originär pflegerisch gerahmt und im Umkehrschluss Ärzten abgesprochen. Zweitens wird argumentiert, dass es Chefärzten, da sie im Gegensatz zu Pflegedirektorinnen auch in die Stationsarbeit eingebunden sind, strukturell nicht möglich ist, der Organisation auf Managementebene so gute Dienste zu leisten wie die Pflege. Damit wird gleichzeitig der negativ unterstellte Spartenkannibalismus der Ärzte strukturell begründet, was es wiederum möglich macht, sie im Modus der situativen Problemlösung als Partner zu adressieren. Es wird versucht, sie auf ihr professionelles, operatives Handeln zu begrenzen und Managementaufgaben der Pflege vorzubehalten. Weiter wird auf ökonomische Argumente zurück-

gegriffen, worin sich eine Nähe zur Geschäftsführung und gleichzeitig Distanzierung zu Professionslogiken der Medizin und der Pflege zeigt.

Positionierung zwischen Geschäftsführung und Stationspflege

Dass der ökonomische Druck im Krankenhaussektor insbesondere den Pflegebereich betrifft, zeigen aktuelle Statistiken. Im Zeitraum zwischen 1995 und 2006 ist ein Rückgang von 45.839 (14.2%) Vollkräften zu verzeichnen, der in den Jahren 2003 und 2004 (das heißt kurz nach der DRG-Einführung) einen Höhepunkt erreicht hat (Simon 2009). Zwar hat seit 2007 eine Beruhigung der Situation eingesetzt (11.000 neue Stellen im Zeitraum 2007–2014), doch die Arbeitssituation im Pflegebereich ist nach wie vor angespannt (Isfort et al. 2014). Gründe dafür sind neben der Personalknappheit die Fallzahlsteigerung, die Reduktion durchschnittlicher Verweildauern (und damit ein Anstieg der arbeitsintensiven Patientenaufnahmen und -entlassungen) und die demographische Entwicklung, die eine Zunahme älterer (multimorbider und dementer) Patienten zur Folge hat. Aus diesem Grund kann davon ausgegangen werden, dass das Verhältnis zwischen Management und Stationsmitarbeitern angespannt ist. Wie Pflegedienstleitungen mit dieser Situation umgehen, wird anhand von drei Fällen aufgezeigt.

Distanzierung von der Stationsebene

Die Vermittlung zwischen diesen beiden Polen wird nicht von allen Interviewten durchgeführt. Die Mehrzahl der Pflegeleitungen entziehen sich der Vermittlungsarbeit und gehen in einer wirtschaftlich orientierten Managementrationalität auf. Personaleinsparungen werden in einer solchen Orientierung nicht als Problem wahrgenommen, sondern als logische Folge der wirtschaftlichen Entwicklung des Krankenhauses. Folglich werden die Perspektive der Pflegemitarbeiter und die Logik der Pflegearbeit nicht mitreflektiert. Paradigmatisch dafür steht Herr Kämpfer, der wie folgt auf die Personalkürzungen antwortet:

Herr Kämpfer: Na ja, es ist ja immer eine Frage, wie man es verkündet, nicht? Also ich versuche nun wirklich viel zu kommunizieren und das auch viel zu erläutern, also ich meine, mir ist das plausibel, ich habe mich ja jetzt nicht mit der Geschäftsführung darüber gestritten, weil das für mich klar war, dass das ist ein notwendiger Prozess. Wenn wir hier rote Zahlen schreiben, können wir alle etwas dafür tun und habe das nachvollziehen können und entsprechend natürlich auch mit den Stationsleitungen gesprochen, weil das ist dann ja sozusagen für mich dann - sind das die Multiplikatoren. Und da, wo es dann natürlich hakt, wo es dann möglicherweise Probleme gibt, da gehe ich dann natürlich auch jeweils in die Teamsitzung rein und dann besprechen wir das. Also jetzt nächste Woche beispielsweise bin ich noch auf einer Station, weil das da halt nicht so empfunden oder als nicht als richtig empfunden wird, dann erläutere ich das halt noch mal; aber es bleibt trotzdem natürlich, es gibt ja keine Alternative.

Obwohl Herr Kämpfer versucht, viel zu kommunizieren und viel zu erläutern, wird in diesem Absatz klar, dass es für diesen keine Alternative zum Stellenabbau gibt. Damit wird eine Kausalität konstruiert, die mit dem Geschäftsführer geteilt wird: wenn rote Zahlen, dann Personalkürzung. Die Kommunikation nach unten läuft über die Stationsleitungen. Nur bei Problemen schaltet sich Herr Kämpfer persönlich ein und bespricht den Stellenabbau in Teamsitzungen. Dies elaboriert der Interviewte an den Mitarbeitern, die die Maßnahme nicht als richtig empfinden. An der Wortwahl merkt man, dass die Entscheidung aus Sicht von Herrn Kämpfer alterna-

tivlos ist und die Personen, die diese Sichtweise nicht teilen, nur anders *empfinden* würden. Objektiv ist die Entscheidung folglich richtig, aber subjektiv sind davon abweichende Wahrnehmungen festzustellen, denen mit Erläuterungen entgegnet wird. Die Teamsitzung ist dann auch kein Gespräch auf Augenhöhe, in dem beide Seiten Argumente liefern und die Entscheidung ein offener Prozess ist, sondern die Einsparungen müssen nochmals auf den Tisch gelegt werden. Mögliche Folgen und Bedenken von pflegerischer Seite werden von Herrn Kämpfer an dieser Stelle nicht mitreflektiert. Die Vermittlungsarbeit wird somit zu einem Minimum reduziert: die Personaleinsparungen müssen umgesetzt werden und die möglichen Gegenargumente werden erst gar nicht in Betracht gezogen.

Vermittlung zwischen ökonomischem Druck und Pflegearbeit

Als kontrastierenden Fall kann Herr Fuchs angeführt werden. Dieser ist seit 30 Jahren im selben Krankenhaus und kennt die Pflegemitarbeiter, unter denen eine geringe Fluktuation bestehen würde, persönlich. Durch den Trägerwechsel vor einem Jahr ist die personelle Situation angespannt. Gute Pflegearbeit, die Nähe zum Patienten, die Bedürfnisse der Mitarbeiter und der ökonomische Druck werden als »erhebliches Spannungsverhältnis« erlebt. Dieses wird versucht, durch verschiedene Maßnahmen abzufedern:

1. Appell: An die Pflegekräfte wird appelliert, Patientennähe und die Ausführung guter fachlicher Pflege ernst zu nehmen. Dies sind für Herrn Fuchs Werte, die nicht unter einer wirtschaftlichen Logik subsumiert werden können (zum Beispiel gute Pflege als Werbemaßnahme, um Patientenzufriedenheit zu steigern und Fallzahlen zu erhöhen), sondern für sich stehen.
2. Prozessoptimierung: Um neue Kapazitäten freizusetzen, wird versucht bestimmte Prozesse zu optimieren. So hat Herr Fuchs die Stationsschwestern durch Bereichsleiter ersetzt oder versucht, den Aufwand der Dokumentation durch Digitalisierung zu reduzieren.
3. Verschiebungen der Pflegekräfte: wenn auf einer Station Personalmangel herrscht, wird versucht diesen durch »Verschiebungen« von anderen Stationen aufzufangen.

Um die hier beschriebenen Praktiken durchzuführen, die das Spannungsverhältnis entschärfen sollen, ist eine intensive Absprache mit den Pflegebereichsleitungen notwendig. So meint Herr Fuchs: »24 Stunden, sieben Tage die Woche kümmern wir uns darum, dass die Stationen (..) sich um Nachbesetzungen im Krankheitsfall nicht kümmern müssen«. Die Nähe zu den Mitarbeitern ist allerdings nicht nur Segen (»was immer ganz gut angekommen ist, dass wir uns um unsere Mitarbeiter kümmern«), sondern auch Fluch, weil die Abgrenzung zu diesen gleichzeitig eine Belastung darstellt:

Herr Fuchs: Das heißt wir sind hier alle gemeinsam alt geworden, merken jetzt, dass einfach die (..) Arbeitsdichte doch relativ groß ist und dass die älter werdenden Mitarbeiter an ihre Grenzen kommen. Das ist das, was ich mit im Fokus habe zu sagen wie gehen wir damit um [...]

[D] Ja ich in diesem Haus groß geworden bin, habe ich zu den Mitarbeitern auch einen relativ engen persönlichen Kontakt, was manchmal die Situation noch ein bisschen erschwert, weil man eben auch mitbe-

kommt, wie der eine oder der andere eben dementsprechend auch leidet. Manchmal wäre es ganz schön, mehr Distanz zu haben, um zu sagen, (lacht) das geht mich gar nichts an, aber das geht nicht.

Der Interviewte teilt aufgrund des jahrelangen persönlichen Austauschs einen gemeinsamen Erfahrungsraum mit den Mitarbeitern, (»wir sind hier alle gemeinsam alt geworden«). Die Arbeitsdichte wäre aber recht groß geworden und das würden auch besonders die älteren Mitarbeiter zu spüren bekommen (»an ihre Grenze kommen«). Herr Fuchs versucht zunächst, dieses Spannungsverhältnis positiv zu gestalten und einen Umgang damit zu finden. Doch erhält der zunächst nette gegenseitige Umgang einen bitteren Beigeschmack: man sieht wie die Mitarbeiter leiden. Daraufhin wird der Wunsch geäußert, mehr Distanz zu haben, aber dies gehe aufgrund des persönlichen Involviertseins nicht. Somit wird nicht nur das gestalterische Momentum der Situation mitreflektiert, sondern auch die Gefahren – die Situation lasse nicht mehr Distanz zu und deshalb müsse man (mit)leiden. So meint Herr Fuchs, dass man als »Pflegedienstleiter schauen muss, wie lange kann ich das selbst eigentlich aushalten. [...] Also das ist etwas, wo man aufpassen muss, dass man da selbst nicht (..) nicht an seine Grenzen kommt«.

Das Spannungsverhältnis zwischen Einsparen und guter Pflege/Mitarbeiterorientierung ist bei Herrn Fuchs inkorporiert: dieser hängt als *Urgestein* am konkreten Krankenhaus, versteht daher auch, dass gespart werden muss, damit das Krankenhaus überleben kann (ist deshalb auch froh, dass das Krankenhaus von einem privaten Träger übernommen worden ist). Daneben verfolgt dieser das Ziel der Patientennähe der Pflege. Zusätzlich identifiziert er sich mit seinen Pflegekräften und kann nicht auf Distanz gehen. Die Integration der Perspektiven (Personalkürzungen, Patientennähe, gute Pflege, Mitarbeiterbedürfnisse) wird einerseits versucht pragmatisch zu lösen (Prozessoptimierung, Verschiebungen der Mitarbeiter), andererseits zur leidvollen Erfahrung.

Positionierung (Role-Making)

Ein weiterer Kontrastfall zum Haupttypus der sich auf die Managementseite zurückziehenden Pflegedirektorinnen ist Frau Köfler. Im Unterschied zu Herrn Fuchs ist Frau Köfler erst seit einem halben Jahr kommissarische Pflegedienstleitung. Diese Stelle hat sie von der Geschäftsführung angeboten bekommen. Nach einigem Zögern hat sie die neue Position angenommen und ist seitdem *kommissarisch* tätig. Das Verhältnis von Geschäftsführungserwartungen und der Pflegepraxis erlebt sie als ein Spannungsverhältnis, wobei im Unterschied zu Herrn Fuchs, der Pflegebezug bei Frau Köfler um einiges ausgeprägter ist. In dem folgenden Interviewausschnitt geht es um die Dokumentation der Pflegekräfte. Diese würden in manchen Situationen nicht bzw. falsch dokumentieren, was aus der Sicht von Frau Köfler nichts mit »Bösartigkeit« zu tun hätte, sondern mit der »pflegerischen Denke«, die primär am Patienten orientiert wäre.

Frau Köfler: Ich bin natürlich in so einer Zwittersituation. Da sage ich natürlich, ich bin vom Herzen her Pflegekraft, ne, wie gesagt, ich habe bis vorletztes Jahr selbst am Bett gestanden, war im Rahmen der Pflegebereichsleitung halt eben auch nochmal ganz nah dran am Patienten, Pflegequalitätskontrollen, ne, Matratze mit aussuchen und, und, und. Und bin jetzt natürlich in der höheren Position halt eben eher im Sinne, von wegen einhalten. Obwohl ich der Letzte bin, der sagt, einhalten um jeden Preis. Ich weiß ja, was die da

durchmachen, und, ja. Schulung, ja, Lob, Belohnung, aber auch Verständnis dafür, wenn es halt eben mal nicht hinhaut.

I: Und das müssen Sie dann in der, also der Geschäftsführung gegenüber/

Frau Köfler: Das ist aber wiederum die andere Sache, zu sagen, nach dem Motto, von wegen, was wollen Sie denn, im Sinne von wegen, wollen Sie gut versorgte Patienten, ne, die keine Komplikationen erleiden, oder die vielleicht nicht bezahlt werden, die trotzdem gut und lebendig hier raus gehen, übertrieben.

Frau Köfler beschreibt sich als in einer »Zwitterposition« zwischen den Pflegekräften und der »höheren Position« eingebettet. Wobei eine stärkere Bindung mit der Pflegerolle besteht (»vom Herzen her Pflegekraft«). Diese Bindung zur Pflege hat sie auch in der Rolle der Bereichsleitung aufrechterhalten können, obwohl die direkte Patientenarbeit abgenommen hat. Der Bruch und somit der Übergang in die »Zwitterposition« vollzieht sich jedoch erst mit der »höheren Position« der Pflegedirektorin, in der es darum ginge, »einzuhalten«. Frau Köfler bezieht sich hier auf die Einhaltung von Kodierrichtlinien durch Pflegekräfte, die sie auf Stationsebene anmahnt. Das »Einhalten« wird jedoch problematisiert und »einhalten um jeden Preis« möchte Frau Köfler nicht. Diese Position wird damit gerechtfertigt, dass sie weiß, was »die [Pflegerinnen auf Station, Anm. d. Verf.] da durchmachen«. Durch den Praxisbezug weiß Frau Köfler, was die Pflegemitarbeiter »durchmachen«, also weiß auch, dass in der Praxis Normen mal nicht eingehalten werden (können).

Der Zwitterbezug bedeutet nicht, dass die Perspektive der Geschäftsführung als gleichwertig behandelt wird. Dies zeigt sich daran, dass diese in Form eines Appells adressiert wird: gut versorgte Patienten werden monetären Erwartungen gegenübergestellt und die Geschäftsführung fiktiv mit der Frage adressiert, was dieser wichtiger wäre. Anhand des Appells wird deutlich, dass die Geschäftsführung mit der wirtschaftlichen Perspektive gleichgesetzt wird. Folglich wird eine Distanz zur Geschäftsführung aufgebaut, Frau Köfler identifiziert sich nicht mit dieser Perspektive (sonst wäre der Appell nicht nötig). Gleichzeitig unterscheidet sich ihre Perspektive von der der Stationspflege, sie sieht die *Kehrseite der Medaille*, die Notwendigkeit der Abrechenbarkeit der Leistungen. Der Zwitterbezug kann somit als ein Konflikt der Pflegeverbundenheit von Frau Köfler mit den Erwartungen, denen sie in der »höheren Position« ausgesetzt ist, interpretiert werden: einerseits Normeinhaltung, andererseits Arbeitsbelastung und Patientenbetreuung. Die Vermittlungslogik verläuft einerseits im Appell an die Geschäftsführung und in der Übertretung von Regelungen/Normen, wenn es dafür gute Gründe gibt (zum Beispiel gut versorgte Patienten), andererseits in der Aufforderung der Regelbefolgung seitens der Pfleger oder, wie andere Interviewstellen zeigen, der Arbeit an einem eigenen Regelwerk. Der Fall von Frau Köfler unterscheidet sich von der Mehrheit der Fälle durch eine stärkere Identifizierung mit der Stationspflege und einer Distanzierung von der Geschäftsführung.

Diskussion

Die vorgestellten Fälle lassen unterschiedliche Positionierungen und Formen der Vermittlung von Pflegedirektorinnen erkennen. Diese Vielfalt ist zunächst überraschend und erklärungsbedürftig. Zunächst ist auffällig, dass ein Großteil der durchgeführten Interviews (9 von 12 Fällen) dem rekonstruierten Typus zuzuweisen ist, für den das reibungslose Funktionieren der Organi-

sation Priorität hat. Dies korrespondiert zumeist mit einer Positionierung im Management, das Verhältnis zum Pflegebereich ist distanziert. Die Pflege wird dann als ein Bereich neben den anderen wahrgenommen und bei Problemen (zum Beispiel Personaleinsparungen) wird unter Umständen kurz interveniert, aber die grundsätzliche Orientierung (Management) dabei nicht in Frage gestellt. Die Positionierung im Management kommt damit einer *Flucht nach oben* gleich: Die eigene Berufsgruppe, in der man sozialisiert wurde, wird nicht im Management vertreten und der *Pflegeblick*, der die Bedürfnisse des Patienten fokussiert, weicht einem *Organisationsblick*, der die Bedürfnisse der Organisation identifiziert und bearbeitbar macht. Aus einer machththeoretischen Perspektive⁵ heraus ist diese Orientierung und Positionierung nachvollziehbar. Sich als *Management* zu begreifen und wahrgenommen zu werden, bedeutet eine symbolische Aufwertung. Die Identifizierung mit den Pflegekräften, die im Verhältnis zu den Ärzten marginalisiert sind, schafft keine Distinktionsgewinne. Die hergestellte Nähe zur neuen Gruppe der Manager (Geschäftsführer) hingegen ermöglicht nicht nur Anerkennung, sondern auch neues Einflusspotenzial. Gegen die Ärzte, denen man als Pflegekraft unterlegen war, kann man, in Allianz mit den Geschäftsführern und im Namen der *vernünftigen Organisation*, selbstbewusst entgegentreten.

Auf der anderen Seite kann gefragt werden, warum sich manche Fälle überhaupt dem Spannungsverhältnis zwischen Management- und Stationsebene aussetzen. Am Fall von Herrn Fuchs wird eine Identifikation mit den eigenen Mitarbeitern bewahrt, da diese einen gemeinsamen Erfahrungsraum (man ist gemeinsam alt geworden) bilden. Die Distanzierung kann hier nicht funktionieren, auch wenn es sich Herr Fuchs durchaus wünscht. Die Vermittlungsarbeit, die zum Beispiel in der Literatur des *boundary spannings* häufig positiv konnotiert wird, verkommt zur leidvollen Erfahrung. Etwas anders ist der Fall von Frau Köfler gelagert. Hier ist eine noch stärkere Verbundenheit mit Pflege gegeben. Die angesprochene »Zwitterposition« zwischen Geschäftsführung und Pflegepersonal kann als Intrarollenkonflikt beschrieben werden. Darüber hinaus sieht man an dem Fall, dass nicht nur unvereinbare Erwartungen austariert werden müssen, sondern dass darüber hinaus Frau Köfler eine eigene Position herstellt, von der aus sie Forderungen an die Geschäftsführung und die Pflegekräfte adressiert. Das *role-taking* kombiniert sich hier mit einem *role-making*.

Die Verknüpfungsarbeit der Pflegedirektorinnen korrespondiert mit dem Standort in der Organisation. Jene Akteure, die sich stärker im Krankenhausmanagement verorten, können als Netzwerkakteure beschrieben werden, die unterschiedliche Berufsgruppen situativ miteinander verknüpfen. Diese Praxis wird als unproblematisch erfahren: man ist Partner der anderen Akteure, mit dem Ziel, die Organisation am Laufen zu halten. Die Verknüpfungsarbeit zwischen Pflegebereich und Management wird dahingegen als Spannung erlebt. Diese Spannung muss tagtäglich bearbeitet werden und kann zur leidvollen Erfahrung werden. Daneben besteht die Herausforderung in der Positionierung zwischen Geschäftsführererwartungen und Pflegemitarbeitererwartungen.

⁵ An dieser Stelle könnten beispielsweise die Überlegungen zu Feldern bei Bourdieu (1998) angewendet werden.

Literatur

- Bode, I. 2010: Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor. In M. Endreß, T. Matys (Hg.), *Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bohnsack, R. 2003: *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. 5. Auflage. Opladen: Barbara Budrich.
- Bolton, S. C. 2005: ›Making up‹ managers: the case of NHS nurses. *Work, employment and society*, 19. Jg., Heft 1, 5–23.
- Bourdieu, P. 1998: *Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Evetts, J. 2011: A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59. Jg., Heft 4, 406–422.
- Isfort, M., Klostermann, J., Gehlen, D., Siegling, B. 2014: *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. <http://www.dip.de>, Köln (letzter Aufruf 19. Juni 2015).
- Kirkpatrick, I., Dent, M., Jespersen, P. K. 2011: The contested terrain of hospital management: Professional projects and healthcare reforms in Denmark. *Current Sociology*, 59. Jg., Heft 4, 489–506.
- Kitchener, M. 2000: The ‹bureaucratization› of professional roles: The case of clinical directors in UK hospitals. *Organization*, 7. Jg., Heft 1, 129–154.
- Küpper, G. 1996: *Weibliche Berufskarrieren in der stationären Krankenpflege. Pflegedienstleiterinnen als Führungskräfte zwischen Tradition und institutioneller Modernisierung*. Bielefeld: Kleine Verlag.
- Meuser, M., Nagel, U. 1991: *ExpertInneninterviews – Vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In D. Garz, K. Kraimer (Hg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Meyer, M.W., Zucker, L.G. 1989: *Permanently failing organizations*. Newbury Park California: Sage Pub.
- Numerato, D., Salvatore, D., Giovanni, F. 2013: The impact of management on medical professionalism: a review. *Sociology of Health & Illness*, 34. Jg., Heft 4, 626–644.
- Rosenthal, T. 2005: *Pflege und Management: ein Spannungsfeld. Konzepte – Kontroversen – Konsequenzen*. In K. S. Schroeter, T. Rosenthal (Hg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Weinheim: Juventa.
- Simon, M. 2009: *Persalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven*. *Pflege & Gesellschaft*, 14. Jg., Heft 2, 101–123.
- Vogd, W. 2007: Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung. *Berliner Journal für Soziologie*, 17. Jg., Heft 1, 97–119.