

BERUFLICHE WEITERBILDUNG UND KOMPETENZENTWICKLUNG
MIT DEM ZIEL "STATIONSLEITUNG IM
KRANKENHAUS"

Zur Erlangung des akademischen Grades eines
DOKTORS DER PHILOSOPHIE
(Dr. phil.)

von der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften
der
Universität Karlsruhe (TH)
angenommene

DISSERTATION

von
Helmut Müller

aus
Mülheim/Ruhr

Dekan: Prof. Dr. phil. Klaus Bös

1. Gutachter: Prof. Dr. Gerd Gidion
2. Gutachter: Prof. Dr. Martin Fischer

Tag der mündlichen Prüfung: 23.11.2011

INHALTSVERZEICHNIS

0	Einleitung	3
I	Zum Problem	3
II	Gegenstand, Fragestellung und Methoden	6
A HISTORISCH-STRUKTURELLE BETRACHTUNG AUS DER PERSPEKTIVE DER FORSCHUNG		
1.	Rahmenbedingungen und Strukturen	12
1.1	Frühe Ansätze einer organisierten Krankenpflege	12
1.2	Berufliche Krankenpflege seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts	14
1.2.1	Einfluß gesellschaftlicher Rahmenbedingungen	14
1.2.2	Konfessionell organisierte Mutterhaus-Krankenpflege	16
1.2.3	Nichtkonfessionell gebundene Mutterhäuser	18
1.2.4	Krankenpflege als bürgerlicher Frauenberuf	19
1.3	Berufsorganisationen und –verbände	21
1.3.1	Weitere Entwicklung der Berufsverbände nach 1945	23
1.4	Gegenwärtige Situation	25
1.4.1	Strukturdaten zum Krankenhauswesen	25
1.4.2	Überlegungen zum Versorgungsmanagement im Krankenhaus	34
1.4.3	Erwartungen an die berufliche Krankenpflege	40
1.5	Resümee	43
2.	Der Beruf „Krankenpflege“	45
2.1	Das Berufsbild	45
2.1.1	Die Berufsgruppe aus dem Blickwinkel ihrer Sozialisation	45
2.1.2	Motive zur Berufswahl	47
2.1.3	Persönliche Karriereplanung	49
2.1.4	Persönlichkeitsmerkmale bei Krankenpflegekräften	50
2.2	Die Entwicklung der Aus- und Weiterbildung	52
2.2.1	Die Pflegeausbildung	52
2.2.2	Berufliche Weiterbildung	55
2.2.3	Die Akademisierung der Krankenpflege	59
2.2.4	Paradoxien der gegenwärtigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	64
2.2.5	Resümee	67
3.	Aktuelle Problemfelder für die Pflege im Krankenhaus	68
3.1	Konfliktebenen	68

3.1.1	Der Berufseinstieg	68
3.1.2	Pflege und Medizin	69
3.1.3	Heterogenes Berufsverständnis und seine Folgen	74
3.1.4	Problematische Kollegialitätsverhältnisse	76
3.1.5	Pflegerische Leitungskräfte in der Sicht der Pflegenden	79
3.2	Zunehmende Ökonomisierung und die Folgen für die Arbeit im Krankenhaus	83
3.3	Rollenwandel im Gesundheitswesen	87
3.4	Resümee	89
4.	Die Stationsleitung als mittleres Management verstanden	91
4.1	Handlungsdimensionen	91
4.2	Arbeitsfeld Stationsleitung	95
4.3	Überlegungen zur Organisation der Stationsleitung	101
4.4	Übergang von der Fachkraftposition zur Leitungsposition	109
4.5	Prozeß der Akzeptanz der Leitung durch die Mitarbeiter	113
4.6	Resümee	115
5.	Überlegungen zum Begriff „Führung“	117
5.1	Allgemeines zu Führung	117
5.2	Der Organisationsbegriff	117
5.3	Führung in Organisationen	118
5.4	Vorgesetzte – Mitarbeiter – Beziehung	122
5.5	Resümee	127
	Exkurs: Gedanken zur Macht im Krankenhaus	128
6.	Zusammenfassung und Entwicklung der Forschungsfragen	142
B	UNTERSUCHUNGSTEIL	
7.	Untersuchungsmethode	147
7.1	Erhebungsverfahren – das qualitative Interview	150
7.2	Erstellen des Interviewleitfadens	152
7.3	Untersuchungsteilnehmer und Feldzugang	155
7.4	Zur konkreten Interviewsituation	157
7.5	Transkription	159
8.	Auswertungsmethode	160
8.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	160
8.1.1	Betrachtung der Gütekriterien	165

8.2	Vorgehensweise der Bearbeitung	167
8.2.1	Entwicklung der Kategorien	170
9.	Darstellung der Ergebnisse	178
9.1	Quantitativ gewonnene Daten zu den Befragten	179
9.2	Motive zur Berufswahl	181
9.3	Entscheidung zur Führungstätigkeit	186
9.4	Führungsverständnis	188
9.4.1	Zusammenarbeit / Konflikte mit den Mitarbeitern	193
9.4.2	Zusammenarbeit / Konflikte mit den Ärzten	196
9.4.3	Zusammenarbeit / Konflikte mit der Pflegedienstleitung	199
9.5	Veränderungen der Sichtweise	201
9.5.1	Veränderungen beim Wissenserwerb der Stationsleitungen	205
9.6	Einschätzung der Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und bei den Mitarbeitern	207
9.7	Berufspolitisches Verständnis	210
9.8	Bedeutung von Beruflichkeit	211
9.9	Berufliche Pläne	213
9.9.1	Leitungstätigkeit erneut übernehmen	213
9.9.2	Aufstieg in die Pflegedienstleitung	214
9.10	Gender mainstreaming	216
10	Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen	219
10.1	Schritt zur Stationsleitung	221
10.1.1	Überlegungen zum weiteren Berufsweg	222
10.2	Erleben der Leitungstätigkeit	224
10.2.1	Stationsleitung und ärztlicher Dienst	227
10.3	Veränderte Sichtweise auf die Pflege	229
10.4	Berufliches Selbstverständnis	230
10.5	Resümee	234
11.	Berufspädagogische Schlußfolgerungen	238
12	Ausblick	243
	Literaturverzeichnis	244
	Abbildungsverzeichnis	253
	Tabellenverzeichnis	254

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, Informationen über die beruflichen Denkweisen von Krankenschwestern-/ Pflegern zu gewinnen, die aus dem Pflegedienst in die Stationsleitung im Krankenhaus aufgestiegen sind.

In einem ersten Arbeitsschritt wurden mit Hilfe einer umfassenden Literaturanalyse die Rahmenbedingungen beschrieben, die auf die Pflege im Krankenhaus einwirken. Traditionslinien, Werte, Normen und Deutungsmuster, die die Pflegenden prägen, wurden herausgearbeitet. Als höchster Präferenzwert gilt die direkte Pflege am Krankenbett. Die Beschäftigung mit organisatorischen Dingen wird als notwendiges Übel aufgefaßt, aber nicht als originäre Pflegearbeit angesehen.

Im zweiten Arbeitsschritt erfolgte eine qualitative Befragung von Krankenschwestern und Pflegern, die in die Stationsleitung aufgestiegen sind. Bemerkenswerte Ergebnisse sind, daß die befragten Krankenschwestern – im Gegensatz zu den Pflegern- nicht von sich aus die Position angestrebt haben. Eine deutliche Rollenunsicherheit wird angegeben, die Position wird als sehr Konflikt behaftet erlebt. Die Stationsleitungen vermissen Unterstützung durch ihre vorgesetzte Pflegedienstleitung. Veränderungen in der beruflichen Denkweise werden deutlich. Die direkte Pflege am Patienten tritt in den Hintergrund, die Organisation und Personalführung wird bestimmend. Diese Veränderungen in der Sichtweise von „Pflege“ sind u.a. abhängig von der Größe der zu leitenden Station und der Zeitdauer, die die Befragten bereits in der Leitung tätig sind.

Von allen Befragten wird die Wichtigkeit der absolvierten Weiterbildung angegeben, die ihnen wertvolle Impulse und Handlungswissen mit gegeben hat.

0 Einleitung

I Zum Problem

In einer Zeit, in der sich im Gesundheitswesen alles um Kostensenkung zu drehen scheint, kommen die Leistungserbringer immer mehr unter Druck. Dies gilt im besonderen Maß für die Krankenhäuser, die in der Verpflichtung stehen, mit immer weniger Mitteln eine gute Patientenversorgung gewährleisten zu müssen. Mit der Einführung des DRG-Abrechnungssystems hat sich die ökonomische Situation für die Krankenhäuser völlig verändert. Bezahlt werden nicht mehr die Liegetage, sondern jetzt werden Krankheiten pauschal bezahlt ohne Berücksichtigung des erforderlichen Pflegeaufwandes. Das hat zu einer erheblichen Leistungsausweitung geführt: so haben sich die Fallzahlen im Zeitraum von 1991 – 2005 um 19,9 % erhöht (Simon, 2007, S.36). Die durchschnittliche Verweildauer verkürzte sich im selben Zeitraum von 14,7 Tagen auf 8,6 Tage (DKG 2007).

Der ökonomische Druck, unter dem die Krankenhäuser stehen, hat zu einem erheblichen Stellenabbau geführt. Im Pflegebereich sind in der Zeit von 1995-2005 44.000 Stellen abgebaut worden. Im Kontrast dazu steht eine Ausweitung der Stellen im ärztlichen Dienst um 19.000 Vollkräfte (Simon, 2007, S.3).

Die aus der Ökonomisierung des Gesundheitswesens resultierenden ethischen Fragen und ihre möglichen Auswirkungen auf die Beschäftigten und die Patienten werden ebenfalls breit diskutiert. Ein Ende dieser Diskussion ist nicht abzusehen (Schweidtmann 1997, Blaudszun 2000, Manzeschke 2007).

Bei diesen Rahmenbedingungen gewinnt die Frage nach der Pflegeorganisation und einer effektiven Führungsstruktur im Pflegedienst an Bedeutung für die ökonomische Situation des jeweiligen Krankenhauses. Hohm (2001) beschreibt diesen Modernisierungsdruck aus soziologischer Perspektive. Für die Führungskräfte der Pflege konstatiert er einen wachsenden Druck von forcierter Ökonomisierung und damit einher gehender Laiisierung. Denn neben hoher pflegerischer Fachlichkeit wird auch zunehmend Laien-/Hilfsarbeit angebahnt.

Für die Pflegenden im Krankenhaus sind die Veränderungen vorrangig damit verbunden, unter noch größerem Zeitdruck als bisher Pflegeleistungen erbringen und begründen zu müssen. Dabei wird die Arbeit im Krankenhaus vielfach immer noch eher nach Tradition denn nach Notwendigkeit erbracht. Vielen Mitarbeitern, und das keinesfalls nur im Pflegedienst, fehlt das Verständnis dafür, daß Pflege im Kontext gesellschaftlicher Anforderungen, ökonomischer Zwänge und politisch gesetzter Rahmenbedingungen steht.

Die Arbeitsbedingungen sind ein Spiegel des sehr unscharfen Berufsbildes der „Pfleger“. Denn pflegerisches Handeln als Beruf befaßt sich mit einem äußerst breiten Spektrum an Aufgaben, was dazu führt, daß die Breite oft auf Kosten der Tiefe geht und gehen muß. Dies hatte zur Folge, daß im vergangenen Jahrhundert einige Berufe „herausgeschnitten“ und mit vertieften Teilaufgaben der Pflege neu entstanden sind. Derartige neue Berufe sind z.B. die Physiotherapie, die Logopädie oder die Ergotherapie. Der verbleibende „Rest“ an Aufgaben ist entweder eher hauswirtschaftlich-allgemein angelegt oder an der Medizin orientiert. Erschwerend kommt hinzu, daß Pflege als Prototyp einer personenorientierten Dienstleistung anzusehen ist. Wie Böhle und Brater (1997) überzeugend herausgearbeitet haben, sind für diesen Arbeitstyp standardisierte Arbeitsabläufe geradezu kontraproduktiv.

Auch der Versuch, das unscharfe Berufsbild über wissenschaftlich angelegte Pflege-theorien und Pflegemodelle zu bestimmen, befriedigte nicht. Nach anfänglicher Euphorie werden die Grenzen der vor allem aus den USA stammenden theoretischen Modelle und Theorien vermehrt diskutiert. Vor allem hat eine kritische Diskussion vieler Schlüsselbegriffe eingesetzt, die zu „rosa-Wolken-artigen“ Leerformeln geronnen waren. Das beste Beispiel dafür ist der Begriff der „Ganzheitlichkeit“, mit dem sich z.B. Stemmer (2001) kritisch auseinandersetzt.

Wie notwendig Änderungen in Organisation und Führung sind, läßt sich u.a. aus der Auswertung des „DAK-BWG Gesundheitsreport 2005 Krankenpflege“ ableiten. Nach den Berechnungen dieser beiden Kostenträger liegt der Krankenstand im Pflegedienst deutlich über dem Gesamtdurchschnitt aller Versicherten der DAK. Als ursächlich für diesen alarmierenden Krankenstand werden neben den pflegespezifischen Arbeitsbedingungen vor allen Dingen unzureichende Organisations- und Führungsstrukturen im Krankenhaus vermutet.

Als mitverantwortlich für dieses Dilemma ist die unzureichende Pflegeausbildung anzusehen. Diese ist als „Ausbildung eigener Art“ außerhalb des Bildungssystems angesiedelt. Die Krankenpflegeschulen sind Teil des Krankenhauses und bis heute teilweise in der Hand von Schwesternschaften, die Pflege eher als Liebesdienst denn als professionelle Dienstleistung begreifen und entsprechend ihre Schülerinnen in den Beruf sozialisieren. Diese traditionelle Sichtweise sieht die Arbeit mit dem einzelnen Patienten als Mittelpunkt der Pflege. In so sozialisierten Pflegeteams wird eine Kultur der Gleichheit ausgebildet, die Rangunterschiede negiert.

Wichtige Aspekte wie z.B. die Pflegeorganisation oder Standespolitik bleiben in der Ausbildung außer Acht (Gores/Ruppert-Fürstos 2009).

Diese tradierte Sichtweise ist einseitig und strukturkonservativ. Entsprechend hoch sind die Schwierigkeiten für eine derart sozialisierte Schwester, eine Führungsposition im „Betrieb Krankenhaus“ auszufüllen.

Bei der Neuausrichtung der pflegerischen Arbeitsabläufe im Krankenhaus kommt den Stationsleitungen als Bindeglied zwischen Patienten, Betrieb und Mitarbeitern im Pflegedienst entscheidende Bedeutung zu. Die Leitung eines derart komplexen Gebildes, in dem viele unterschiedliche Interessen zu bündeln sind, ist naturgemäß äußerst konfliktrichtig.

Übernahme einer Führungsposition

In der Krankenhaushierarchie ist die Position der Stationsleitung in der mittleren Führungsebene angesiedelt. Diese Führungsebene wird als sehr konfliktbehaftet angesehen und in der Literatur als „Sandwich-Position“ beschrieben. Der Aufstieg in die Stationsleitung stellt zwangsläufig einen Bruch sowohl in der beruflichen Biographie als auch im Arbeitsalltag dar. Der Ausstieg aus dem gewohnten Pflgeteam belastet emotional, da das Berufsbild der Stationsleitung als vergleichsweise einsame Position anzusehen ist. Gab das Team bislang Sicherheit, so ist die neue Rolle exponiert und ohne Rückhalt durch in der Krankenhaushierarchie gleichgestellte Kollegen. Während im Berufsbild „Pflege“ der Patient im Mittelpunkt des Handelns steht, so tritt er beim Wechsel von der direkten Pflege am Krankenbett in die mittlere Führungsposition in den Hintergrund. Organisatorische und administrative Aufgaben und nicht zuletzt Aufgaben der Personalführung treten in den Vordergrund. Das ursprünglich ausschlaggebende Motiv für die Berufswahl – nämlich die Pflege des Patienten – spielt nur noch eine sekundäre Rolle. Statt dessen werden die Organisation und die Mitarbeiterführung zum „Hauptgeschäft“.

Völlig neue Aufgaben, die in der Ausbildung und in der bisherigen pflegerischen Arbeit nur wenig Berücksichtigung fanden, sind nun anzugehen. Die Position „Stationsleitung“ erfordert eine weitgehende Neuorientierung im beruflichen Denken hinsichtlich Patient, Betrieb, Mitarbeitern und Pflege.

II Gegenstand, Fragestellung und Methoden

Während sich der Beruf „Pflege“ und der Betrieb „Krankenhaus“ allgemein einer hohen wissenschaftlichen Aufmerksamkeit in verschiedenen Disziplinen¹ erfreut, hat der Teilbereich „Pflegefachkräfte in der mittleren Führungsebene im Krankenhaus“ (Stationsleitung) bisher nur geringes Forschungsinteresse gefunden. Dabei ist dieser Teil der Pflegearbeit besonders interessant, weil hier die Aspekte „Person und Beruf“, „Pflege als Beruf“, „Krankenhaus als Organisation“ und „Führung in der mittleren Ebene“ zusammenfließen.

Die vorliegende Arbeit setzt sich zum Ziel, den Prozeß des Wechsels aus dem Pflegeteam in die Leitungsposition als Stationsschwester zu erfassen. Die Frage, ob und ggf. welche Veränderungen im beruflichen Denken durch den Aufstieg in die Stationsleitung ausgelöst wurden, steht im Mittelpunkt der Überlegungen. Daran werden sich Überlegungen anschließen, wie der Prozeß der Rollenübernahme begleitet, unterstützt und gefördert werden kann.

Die gegenwärtige Situation der Krankenhäuser ist so angespannt, daß die Entscheidungsträger ein hohes Interesse an guten Führungskräften in der mittleren Führungsebene haben (sollten).

Auch für die Weiterentwicklung des Pflegeberufes sind gute Führungskräfte von Bedeutung. Mit der zunehmenden Professionalisierung und Akademisierung wird eine Entwicklung forciert, die verstärkt einen Ausbruch aus der herkömmlichen Pflegementalität bewirken kann, die gekennzeichnet ist durch eine Mentalität des Dienens, eines völligen Desinteresses an Standespolitik, an Strukturen und formalisierter Macht und nicht zuletzt an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Für diesen berufspolitisch gewollten Aufbruch bedarf es guter Führungskräfte. Nur so lassen sich tradierte Denkweisen und Verhaltensmuster verändern.

Ebenso kommt einem erfolgreich verlaufenden Prozeß der Rollenübernahme als Stationsleitung entscheidende Bedeutung bei, ob es gelingt, Pflege im Alltag eines Krankenhauses weiterzuentwickeln.

¹ In der Pflegeforschung sei auf Rieder (2002) hingewiesen. Sie hat herausgearbeitet, daß alte Ansichten über „Pflege als Liebedienst“ auch heute noch bei den Berufsangehörigen virulent sind und die Übernahme ergebnisorientierter Arbeitsweisen behindern. Hohm (2002) hat aus systemtheoretischer Sicht das Pflegesystem und die darin stattfindenden Karriereverläufe analysiert. Büssing (2000) hat aus arbeitspsychologischer Sicht Pflegearbeit im Krankenhaus beschrieben und Störfaktoren identifiziert. Bals u.a. (1997) haben aus berufspädagogischer Sicht verschiedene Herausforderungen an die berufliche Qualifizierung beschrieben.

Angeregt wurde mein Interesse für diese Thematik neben meiner eigenen (allerdings schon lange zurückliegenden) Tätigkeit als Stationsleiter vor allen Dingen durch meine langjährige Tätigkeit in Lehrgängen zur Weiterbildung zur Stationsleitung im Krankenhaus. In diesen Lehrgängen wird von den Teilnehmern durchgehend die Übernahme der Führungsaufgaben als großes Problem für sie beschrieben. Dieses Problem objektivierbar und damit berufspädagogisch bearbeitbar zu machen ist Anliegen dieser Arbeit.

Daneben bin ich in meiner berufspolitischen Arbeit involviert in zahlreichen Gremien, die sich mit der Weiterentwicklung der Pflege befassen. So werden Überlegungen aus dieser Arbeit in die zurzeit laufende Diskussion über die Novellierung des Weiterbildungsgesetzes für die Gesundheitsfachberufe in Rheinland-Pfalz einfließen.

Aus dem skizzierten Kontext ergeben sich für den Aufbau der Arbeit die folgenden Vorüberlegungen:

Die „Sorge um den Patienten“ bestimmt die Denkweisen, Werte, Normen und Deutungsmuster der Pflegenden. Diese Auffassung wird häufig als Einstiegsmotivation in den Beruf von den Bewerbern genannt, in der Ausbildung vertieft und von den Mitarbeitern auf Station im Alltagshandeln gelebt. Diese Sichtweise auf den einzelnen Patienten als Mittelpunkt der pflegerischen Arbeit läßt wichtige Aspekte, wie z.B. die Organisation der Pflege, außer Acht. Die Identität als Pflegenden erschwert die Übernahme einer Funktion, die ihren Schwerpunkt außerhalb der „eigentlichen“ Pflegetätigkeit hat. Daraus lassen sich die folgenden Hypothesen ableiten:

- Pflegenden erleben die Veränderung ihrer beruflichen Aufgaben, die mit dem Wechsel in die Führungsposition „Stationsleitung“ verbunden sind, als Bruch.
- Es erscheint für Pflegenden nicht erstrebenswert, eine berufliche Laufbahn mit dem Schwerpunkt „Organisation der Pflege“ anzustreben.

Mit der Übernahme der Stationsleitung gewinnen bisher vernachlässigte pflegerische Aufgabenfelder außerhalb der direkten Pflege am Patienten an Bedeutung. Führung der Mitarbeiter kommt als neues Aufgabengebiet dazu. Es ist zu vermuten, daß der veränderte Zuschnitt der beruflichen Aufgaben als Stationsleitung Auswirkungen auf das berufliche Selbstbild hat. Daraus folgt die abschließende Hypothese:

- Das berufliche Selbstbild verändert sich mit der Übernahme der Leitungsposition.

Die Hypothesen leiten über zu den Forschungsfragen:

- **Wie erleben Pflegende die Veränderungen ihrer beruflichen Tätigkeit, die mit dem Wechsel aus dem Pflgeteam in die Führungsposition „Stationsleitung“ verbunden sind?**
- **Liegt dem Aufstieg in die Führungsposition eine persönliche Karriereplanung zugrunde?**
- **Verändert sich das berufliche Selbstverständnis mit der Übernahme der Leitungsposition?**

Die Arbeit gliedert sich in einen Theorie- und in einen Untersuchungsteil.

Zur Beantwortung der o.a. Fragen wird im ersten Teil ein deskriptiver Ansatz gewählt. Die Antworten sollen überwiegend literaturgeleitet hinsichtlich ihrer Entwicklung und ihres aktuellen Standes untersucht und zueinander in Beziehung gesetzt werden. Leitlinien der Untersuchung sind die aus der beschriebenen Beobachtung des Berufsfeldes gewonnenen o.a. Hypothesen.

Die Denkweisen in der Pflege und über die Pflege sind nur vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung des Berufes und des Krankenhauses zu verstehen.

Kapitel 1 analysiert zunächst die historischen Wurzeln der beruflichen Pflege, die bis heute noch nachwirken und das gesellschaftliche Bild einer „Schwester“ prägen.

Anschließend werden die gegenwärtigen Problemlagen des Betriebes „Krankenhaus“ dargestellt. Neben Strukturdaten, aus denen die Problemlagen hervorgehen, werden auch Überlegungen zur künftigen Organisation des Versorgungsmanagements angestellt und zu den sich daraus erwachsenden Aufgaben der Pflege.

Um seine Interessen angemessen artikulieren zu können, benötigt jeder Beruf eine berufspolitische Vertretung. So erfolgt abschließend ein Überblick über die berufspolitischen Organisationen der Pflege.

Kapitel 2 befasst sich mit den Personen, die den Pflegeberuf ergreifen. Nachgefragt wird, welche Motive für Berufswahl und Berufsausübung entscheidend sind. Bei der Berufsausübung sind Fragen der persönlichen Karriereplanung von Interesse. Bedeutenden Einfluß auf die Sichtweise der beruflichen Tätigkeiten und der beruflichen Karriereplanung hat dabei die Pflegebildung, die als „Ausbildung eigener Art“ spezielle Besonderheiten aufweist. Ob dieser besondere Bildungsweg von der Sache her gerechtfertigt ist oder als

Hemmschuh für die Weiterentwicklung des Berufes anzusehen ist steht im Zentrum der Darstellung.

Um ein Bild über die Anforderungen an eine Stationsleitung zu gewinnen wird in Kapitel 3 der berufliche Alltag der Pflege im Krankenhaus mit seinen typischen Konfliktbereichen analysiert. Als typische Konfliktbereiche gelten der Berufseinstieg und das Verhältnis Medizin – Pflege. Konflikträchtig ist auch das sehr heterogene Berufsverständnis der Pflegenden, aus dem vielfältige Kommunikationsprobleme innerhalb der Berufsgruppe erwachsen. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, ob und wie sich die Pflegenden durch ihre Leitungen vertreten sehen.

Die Arbeit im Krankenhaus der Gegenwart ist ohne Beachtung der ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht fassbar. Welche Auswirkungen das (betriebswirtschaftlich durchaus sinnvolle) DRG - Abrechnungssystem auf die Motivation der Beschäftigten im Krankenhaus hat, wird ebenfalls analysiert.

In Kapitel 4 wird die Stellung einer Stationsleitung aus betriebswirtschaftlicher und pflegewissenschaftlicher Sicht betrachtet. Vergleiche zum betrieblichen Meister werden angestellt. Die im Vergleich zu den Pflegekräften in der direkten Pflege anders gelagerten Aufgaben einer Stationsleitung werden beschrieben und die daraus resultierenden Überlegungen zur Ausgestaltung dieser mittleren Führungsebene aufgeführt.

Die mit dem Aufstieg in die Position der Stationsleitung einhergehenden Probleme für den Vorgesetzten werden herausgearbeitet. Führung kann nur gelingen, wenn die Mitarbeiter den Vorgesetzten akzeptieren. Der Prozeß der Akzeptanz des Vorgesetzten durch die Mitarbeiter steht am Ende des Kapitels.

Neben der vertrauten Pflgetätigkeit hat eine Stationsleitung Führungsaufgaben zu übernehmen. Kapitel 5 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Sichtweisen von Führung, die in den Wissenschaften diskutiert werden.

Führung in einer Organisation hat immer mit Macht zu tun. Gerade im Krankenhaus, wo ganz unterschiedliche Interessen aus Medizin, Betriebswirtschaft, Pflege und nicht zuletzt Politik austariert werden müssen, spielen Machtfragen eine große Rolle. In einem Exkurs werden Gedanken Foucaults zur Macht dargestellt. Die Auswirkungen von Macht auf Medizin,

Krankenhaus und das Verhältnis Medizin – Pflege werden aus der Sichtweise Foucaults diskutiert.

Der Untersuchungsteil widmet sich speziell der besonderen Problematik der Pflegefachkräfte, die in die Stationsleitungen aufsteigen. Die im Theorieteil ausführlich beschriebenen Sichtweisen von Pflege, von Konfliktfeldern im Krankenhaus und Führung bilden die Grundlage der Untersuchung.

Die Untersuchung zielt insbesondere darauf ab, die Veränderungen im beruflichen Denken im Prozeß der Übernahme der Leitungsrolle zu erhellen. Ziel ist es, konkrete Informationen über die beruflichen Denkweisen von denen zu gewinnen, die aus dem Pflegedienst in die Leitungsposition „Stationsleitung“ aufgestiegen sind.

Mit der Untersuchung ist die Hoffnung verbunden, daß die gewonnenen Erkenntnisse Hinweise für die Weiterentwicklung des Pflegedienstes im Krankenhaus und Anregungen für Inhalte und Gestaltung von Weiterbildungslehrgängen zur Stationsleitung liefern.

Aus diesem Grunde wurden Interviews mit 18 Stationsleitungen aus rheinland-pfälzischen Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft geführt. Die aufgezeichneten Interviews wurden qualitativ ausgewertet. Um die Situation und Sichtweise der Betroffenen umfassend ermitteln zu können, wurden unterschiedliche Bereiche des beruflichen Alltags im Interview angesprochen. Derartige Bereiche sind:

- Schulischer und beruflicher Werdegang: Hier ist von Interesse, aus welchem sozialen Umfeld die Befragten kommen und welche Motive für die Berufswahl eine Rolle spielten.
- Entscheidung zum beruflichen Aufstieg: Welche Faktoren haben eine Rolle gespielt bei der Entscheidung, die Stationsleitung zu übernehmen? Setzt die Tätigkeit als Stationsleitung Anreize, in die Pflegedienstleitung weiter aufzusteigen?
- Berufliches Selbstverständnis: Hat sich durch die Anforderungen in der Leitung gegenüber den Pflegetätigkeiten eine Neubestimmung hinsichtlich Strukturen, Mitarbeitern, Ansehen des Berufes entwickelt? Führen die Erfahrungen als Stationsleitung zu einem vermehrten Engagement bei Berufsverbänden? Wie bewerten die Stationsleitungen ihre Position?

-
- Selbstverständnis als Leitungskraft: Welche Führungsaufgaben stehen für die Befragten im Vordergrund? Wie erleben die Stationsleitungen die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, der Pflegedienstleitung und nicht zuletzt mit dem ärztlichen Dienst? Wo kann Unterstützungsbedarf identifiziert werden?

In der abschließenden Diskussion der Ergebnisse werden die wichtigsten Erkenntnisse der Untersuchung zusammengefaßt. Auf der Grundlage der im Theorieteil gewonnenen Ergebnisse werden die Erkenntnisse einer Bewertung unterzogen und Empfehlungen für die berufliche Praxis und die Ausgestaltung von Weiterbildungslehrgängen zur Stationsleitung gegeben.

A. HISTORISCH-STRUKTURELLE BETRACHTUNG AUS DER PERSPEKTIVE DER FORSCHUNG

1. Rahmenbedingungen und Strukturen

Der heutige Stand der Krankenpflege und seine gegenwärtigen beruflichen Probleme lassen sich nur schlüssig mithilfe eines Blicks auf seine historische Entwicklung erklären. Die Geschichte der beruflichen Krankenpflege zeichnet sich durch eine Reihe von Eigenarten und Widersprüchlichkeiten aus, für die die jeweiligen politischen, kulturellen, religiösen und gesellschaftlichen Bedingungen den Hintergrund bilden. "Durch ihre soziale Bedingtheit weist die Krankenpflege (...) den für die Kulturgeschichte der Menschheit in den unterschiedlichsten Lebensräumen typischen Wechsel von Vervollkommnung und Niedergang, von Stagnation und sprunghaftem Fortschreiten, von Verlorengehen und Bewahren oder von Irrweg und bewährter Tradition auf" (Wolff und Wolff, 1993, S.9).

Im Folgenden soll die Entwicklung der Pflege im Krankenhaus nachgezeichnet werden. Die anderen Felder der Pfl egetätigkeit, wie zum Beispiel Altenheim oder ambulante Pflege, bleiben unberücksichtigt.

1.1 Frühe Ansätze einer organisierten Krankenpflege

Die Geschichte der Krankenpflege ist eng mit dem Christentum verbunden. Die Armen- und Krankenfürsorge war eine Aufgabe aller Mitglieder der frühchristlichen Gemeinde und sicherte ihnen das Überleben im römischen Staat. Zeugnisse aus den Evangelien von Matthäus und Lukas belegen, daß sich die Bereitschaft zur Krankenpflege aus der christlichen Lehre ergab (ebd., S. 37ff.). Das Gebot der Nächstenliebe machte es den Gläubigen zur Pflicht, sich um die Pflege der Kranken zu kümmern. Aufgrund der raschen Ausbreitung des Christentums wurde innerhalb der christlichen Hierarchie ein gesondertes Organ, das Diakonat, geschaffen, zu dessen Aufgabe die Pflege und Fürsorge der Armen und Kranken wurde. Dem männlichen Diakon leisteten bei der karitativen Arbeit die weiblichen Diakonissen Hilfestellung, wobei diese im weiteren Verlauf die Hauptarbeit in der Diakonie übernahmen: Wahrscheinlich wurzelt hier die in späteren Auseinandersetzungen um die beste Krankenpflege weit verbreitete Auffassung von der Krankenpflege als vorzugsweise „weiblicher Tätigkeit“. Nachdem das Christentum im Jahr 391 zur Staatsreligion im römischen Reich erhoben wurde, konnten sich umfangreichere Formen einer organisierten Armen- und Krankenpflege entwickeln. Mit dem Bau von so genannten

„Xenodochien“, die jeder Bischof in seiner Diözese errichten sollte, entstanden erstmals größere Gebäude für die Unterbringung von armen und kranken Menschen.

Die Geschichte der Krankenpflege ist im weiteren Verlauf eng verknüpft mit dem Mönchs- und Klosterwesen. Der von Benedikt von Nursia (480-543) gegründete Orden der Benediktiner formulierte in seinem Regelwerk auch Maßnahmen zur Pflege und Behandlung von Kranken und machte es für die Ordensgemeinschaft zur Pflicht, sich um alle Kranken in der Umgebung des Klosters zu kümmern. „Die Sorge für die Kranken muß vor und über allem stehen. Man diene ihnen so, als wäre er wirklich Christus (...)“ (36. Regel des Benedikt). Auch schrieb die Benediktregel für jedes Kloster einen Raum für die Krankenpflege, das so genannte „Infirmarium“, vor. Aus dem Klosterplan von St. Gallen aus den Jahren um 1180 ist deutlich zu erkennen, welchen hohen Stellenwert die Pflege der Kranken im Benediktinerorden hatte (Duft, 1998, S. 13).

Die Klosterspitäler waren jedoch dem anwachsenden Bedarf an Kranken- und Armenpflege bald nicht mehr gewachsen. In Folge der Kreuzzüge ab dem Ende des 11. Jahrhunderts wurde eine ganze Reihe von geistlichen Ritterorden (zum Beispiel Johanniterorden, Malteserorden oder der „Deutsche Orden“) gegründet. Der ursprüngliche Zweck dieser Orden lag in der Krankenpflege.

Infolge der zunehmenden Verstädterung im Mittelalter konnten die Kloster- und Ordensspitäler die Armen-, Alten- und Krankenpflege weder flächendeckend noch organisatorisch bewältigen, so daß die Städte eigene Hospitäler gründen mußten (Bischoff, 1992, S. 25ff.). Verschärft wurde die Situation durch die Auswirkungen des 30-jährigen Krieges und der Reformation. Die bestehenden Einrichtungen konnten dem Bedarf bei Weitem nicht mehr gerecht werden. Zusätzlich mangelte es an Pflegekräften. Obgleich es im Laufe des 16. und 17. Jahrhunderts noch zu bedeutenden Ordensgründungen kam, ging die Verwaltung der Hospitäler auf die schnell wachsenden Städte über. Der Einfluß der Orden verminderte sich im Zuge der Französischen Revolution entscheidend, zumal in deren Folge bis weit über Frankreich hinaus viele Orden abgeschafft wurden.

Im Laufe des 18. Jahrhunderts entwickelten sich neben den bereits existierenden Hospitälern erste Krankenhäuser. Während sich die Hospitäler mehr zu Alten- und Armenheimen

umwandelten, wurden in den Krankenhäusern erstmals ausschließlich nur akut Erkrankte aufgenommen. In diesen Krankenhäusern herrschten katastrophale Versorgungsverhältnisse. Der große Mangel an Krankenpflegepersonal wurde durch das so genannte „Lohnwarterssystem“ überbrückt. Wie die Insassen kamen die weiblichen wie männlichen Pflegehilfskräfte aus den ärmeren Schichten der Bevölkerung und waren kaum für eine derartige Tätigkeit ausgebildet. Wie der Begriff „Lohnwärter“ schon anzeigt, ging es ihnen weniger um die inhaltliche Ausübung der Pflege im Krankenhaus, als vielmehr um die Sicherung ihrer Existenz durch den gewährten (minimalen) Lohn.

1.2 Berufliche Krankenpflege seit Beginn des 19. Jahrhunderts

1.2.1 Einfluß gesellschaftlicher Rahmenbedingungen

Das 19. Jahrhundert war geprägt durch tief greifende gesellschaftliche und wirtschaftliche Veränderungen. War Deutschland bis dahin noch ein reines Agrarland, so änderte sich dies durch die rasante Entwicklung der Industrieproduktion. Weite Teile der bäuerlichen Bevölkerung verarmten und zogen in die ausufernden Städte. Dort fanden sie katastrophale Verhältnisse vor: Kinderarbeit, 12 –16 Stunden Arbeitszeit, unhygienische und gefährliche Tätigkeiten verursachten Berufsunfälle und Vergiftungen. Beengte Wohnverhältnisse und die mangelhafte Ernährung führten bei den Arbeitern zu einem erhöhten Krankheits- und Sterberisiko. Auftretende Seuchen wie Cholera, Pocken, Typhus, Diphtherie und Tuberkulose breiteten sich schnell aus und führten bei den geschwächten Menschen oft zum Tode. All dies erforderte eine Verbesserung der gesellschaftlich organisierten Versorgung im Krankheitsfalle.

Das Krankenhaus war im 19. Jahrhundert bei der Bevölkerung übel beleumdet. „Noch lange nach dem Jahr 1800 kümmerten sich in Deutschland Krankenhäuser vorrangig um gesellschaftlich benachteiligte Menschen wie beispielsweise chronisch kranke und allein stehende Tagelöhner, Prostituierte und Arme wie auch um alte Menschen ohne Angehörige, die für sie sorgen konnten. (...) Das Bürgertum und – soweit es ihnen möglich war – die Kleinbürger leisteten sich häusliche Pflege. Sie mieden das Krankenhaus, weil dort keine Möglichkeit existierte, von der Masse der armen Menschen getrennt untergebracht zu werden“ (Evans, 1990, S. 422).

Die großen medizinischen Behandlungserfolge ab der Mitte des 19. Jahrhunderts veränderten das Image und die Aufgabenstellung der Krankenhäuser. Sie wandelten sich von multifunktionalen Organisationen, die Arme, Sieche und Kranke versorgte, in eine ausschließlich auf die Behandlung von Kranken zugeschnittene Organisation.

Der Aufschwung der Medizin wurde erst durch ihren Wandel zu einer Naturwissenschaft auf empirisch-naturwissenschaftlicher Grundlage eingeleitet. Neue Methoden der Wundbehandlung wie auch wichtige virologisch-bakteriologische Entdeckungen zeigten erstmals große Behandlungserfolge. Die Armenhospitäler wurden nun zu modernen Krankenhäusern umgewandelt, in denen die Ärzte ideale Ausbildungs-, Lehr- und Fortbildungsbedingungen vorfanden. Systematisch konnten hier aufgrund der größeren Patientenzahlen Reihenuntersuchungen und experimentelle Verfahren eingesetzt werden. Es kam zu weitreichenden Veränderungen der Rollen von Arzt und Patient. Die „klientendominierte“ Medizin hat sich zu einer professionsdominierten gewandelt, die durch ärztliche Definitionsmacht über Gesundheit und die Krankheit und ihre Behandlung gekennzeichnet ist“ (Lachmund, 1997, S. 219). Naturwissenschaftliche und technische Methoden bestimmen von nun an Diagnose und Therapie, die Krankheitssicht des Patienten tritt völlig in den Hintergrund. „Die Krankheitserfahrung der Betroffenen wird damit weniger durch deren Alltagskontext bestimmt, als durch die Imperative ärztlicher Arbeitsorganisation“ (a.a.O., S. 218). Patienten fühlten sich zunehmend als Objekt ärztlicher Versuche. Es verbreitete sich wiederum eine Abneigung gegen das Krankenhaus, „weil die dortigen Ärzte im Verdacht standen, mit den Patienten zu viele Versuche zu machen“ (Evans, 1990, S. 421).

Durch die Weiterentwicklung der therapeutischen Möglichkeiten und die mit ihr einhergehende gerätetechnische Ausweitung konnten die reichen Bürger nicht mehr nur zu Hause oder in der Arztpraxis behandelt werden. Damit wurden die Krankenhäuser neben dem wissenschaftlichen Interesse auch aus finanziellen Gründen für die Ärzte attraktiv. Es entstand das bis heute existierende Verfahren der Privatabrechnung.

Vor allen Dingen im kommunalen Bereich entstand ein neuer Krankenhaustyp, das Städtische Krankenhaus. Es kam zu einem regelrechten Krankenhausboom: 1876 wurden im Deutschen

Reich 3 000 Anstalten mit 140 900 Betten gezählt, 1900 waren es bereits 6 300 Anstalten mit 370 000 Betten.

Mit der Definitionsmacht über „Gesundheit und Krankheit“ ausgestattet, setzten sich die Ärzte als die bestimmende Berufsgruppe durch. Ihre beruflichen Regeln bestimmten den Ablauf im Krankenhaus. „Diagnose und Therapie fallen ganz in die Kompetenz des Arztes. Das Handeln des Patienten reduziert sich auf den passiven Mitvollzug der ärztlichen Anordnungen“ (Lachmund, 1997, S. 218). Die Regelung der nicht im engeren Sinne medizinischen Aspekte des Krankenhausaufenthaltes, wie Verpflegung, Hygiene, Organisatorisches, kleinere medizinische Handreichungen, wird von dem Pflegepersonal getroffen. Lachmund beschreibt damalige Erfahrungen und Erwartungen von Patienten an das Pflegepersonal. Gefragt war ein menschlicher Kommunikationsstil, daß also „in menschlichem Tone gesprochen und nicht grob oder schmutzig“ (S. 166) geredet werde. Erfahren wurde dagegen - gerade von Angehörigen der unteren Schichten - ein „rauer, grober und schnauziger“ Umgangston, der wenig Rücksicht auf die Kranken nahm.

Mit dem schnellen Zuwachs der Krankenhausbetten und den zunehmenden therapeutischen Möglichkeiten wuchs auch der Bedarf an fachlich geschultem Personal für die Krankenpflege und für die Mithilfe bei den ärztlichen Maßnahmen der Diagnostik und Therapie. Die Ansprüche an die Pflege, wie sie vor allem von den Ärzten und den Patienten der oberen Schichten erhoben wurden, konnten nicht mehr durch die Lohnwärtner erfüllt werden, deren Lebensstil und kommunikativer Umgang während der Pflege zunehmend als untragbar empfunden wurden.

1.2.2 Konfessionell organisierte Mutterhaus-Krankenpflege

Die Initialzündung für die neuzeitliche Krankenpflege ist nicht von den Medizinern oder der Medizinwissenschaft geleistet worden, sondern von Theologen, Ordensgemeinschaften und Frauenvereinen und den sich daraus bildenden Institutionen wie Schwesternschaften und Mutterhäusern (Kruse, 1987, S. 7). Bis heute spielen im Bereich des Krankenhauses und der Krankenpflege katholische Ordensgemeinschaften, Diakonissen-Krankenpflege und Schwesternschaften vom Roten Kreuz eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Diese Pflegeorganisationen lehnten sich an religiöse Vorläuferformen mittelalterlicher Orden an und traten zunächst in Form katholischer Kongregationen und dann als Kaiserswerther Modell der evangelischen Diakonie auf.

Theodor Fliedner gründete für evangelische Pflegerinnen in Kaiserswerth bei Düsseldorf 1836 die erste rheinische Diakonissenanstalt. Da diese Einrichtung einen großen Einfluß auf die Krankenpflege in Deutschland genommen hat, sollen einige ihrer wesentlichen Strukturmerkmale aufgezeigt werden (vgl. Kruse 1987, Hohm 2002). Die Mutterhäuser (Kongregationen) rekrutierten ihr Personal vornehmlich aus Töchtern ärmerer bäuerlicher Familien, die als moralisch intakt galten und an harte Arbeit gewöhnt waren. Der Eintritt ins Mutterhaus bot den jungen Frauen eine der wenigen Möglichkeiten, außerhalb der Familie gesellschaftlich geachtet leben zu können.

An der Spitze der Mutterhäuser stand eine Oberin, der die Diakonissen zu Gehorsam verpflichtet waren. Ebenfalls verpflichteten sie sich zu den religiös motivierten Idealen der Armut und der Ehelosigkeit. Sie erhielten dafür lebenslang Unterkunft und Versorgung. Das Mutterhaus fungierte als quasi-familiäre Gemeinschaft, die den Schwestern einen Schutz- und Rückzugsraum bot.

Das Mutterhaus knüpfte also an die urchristliche Tradition der Diakonie an und bildete ein entsprechendes Pflegeethos heraus. Pflege wurde begriffen als Dienst am Nächsten, der aus Nächstenliebe und Barmherzigkeit unter Zurückstellung persönlicher Bedürfnisse und ohne finanziellen Verdienst für den einzelnen geleistet wird. Dieses pflegerische Dienstethos garantierte die Disziplin gegenüber den Anweisungen der Ärzte und die Unterordnung unter die Oberin. Das Mutterhaus steigerte die Pflegequalität durch eine Form pflegerischer Ausbildung. Fliedner sah nun Pflege als praktische Tätigkeit an, die am Krankenbett unter Anleitung einer älteren Schwester eingeübt wird. Zusätzlich wies er den Diakonissen auch religiöse Aufgaben zu. So erteilte er selbst mehrmals wöchentlich einen Unterricht, „durch den die Pflegerinnen befähigt werden sollten, Seelsorge an den Kranken auszuüben“ (Kruse, 1987, S. 35).

Das Mutterhaus in Person der Oberin schloss Gestellungsverträge mit Krankenhausträgern. Damit stand den Verwaltungen der Krankenhäuser und den Ärzten eine starke Partnerin gegenüber. Für den Einsatz der Diakonissen zahlte das Krankenhaus Beträge an das Mutterhaus,

mit denen die Organisationskosten gedeckt und die erforderlichen Rücklagen gebildet werden konnten. Der Gestellungsvertrag ermöglichte der Oberin die Bereitstellung, aber auch die Kündigung der Arbeit ihrer Diakonissen bei den entsprechenden Krankenhäusern. Die Oberin hatte deshalb eine Verhandlungsmacht inne, da sie durch Kündigung die pflegerischen Dienstleistungen für das Krankenhaus beenden konnte.

1.2.3 Nichtkonfessionell gebundene Mutterhäuser

Die Erfahrungen des Schweizer Bankiers Henry Dunant (1828 - 1910) während des Krieges zwischen Italien und Österreich im Jahr 1854 führte zur Gründung des Roten Kreuzes. In Deutschland gründeten sich Männervereine, die als Sanitätskolonnen verwundete und erkrankte Soldaten pflegten. Im Deutsch-Französischen Krieg von 1870/71 kamen zu diesen Vereinen noch die so genannten „Vaterländischen Frauenvereine“ hinzu, in denen sich Frauen aus höheren Schichten für die Kriegskrankenpflege engagierten. Frauen deutscher Länder hatten sich schon während der Befreiungskriege (1813 - 15) freiwillig um die Versorgung von Kriegsverwundeten bemüht. Im Jahr 1878 nannte sich der Zusammenschluß all dieser Vereine „Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz“, das den Bau eigener Krankenhäuser betrieb und ein eigenes Ausbildungswesen schuf. Für den Einsatz in der Krankenpflege kamen neben religiösen Motiven nun also auch patriotische und humanitäre Gründe hinzu, was letztlich zu einer Erhöhung der Rekrutierungszahlen führte. Die Rotkreuzmutterhäuser besaßen zunächst überwiegend Mitglieder aus kleinbürgerlichen und bäuerlichen Schichten, während die Oberinnen meistens aus den oberen Gesellschaftsschichten entstammten.

Das Rote Kreuz übernahm die konfessionell geprägte Organisationsform der so genannten „Mutterhäuser“, wie sie bereits in vielfältigen Formen vorhanden waren. Der Krankenpflege lag ja eine überwiegend religiöse Motivation zugrunde, welche ein strenges Gehorsams- und Armutsideal mit einschloss. Kost und Logis waren in der Regel frei, zusätzlich wurde ein kleines Taschengeld ausbezahlt. Die Krankenhäuser schlossen die Verträge direkt mit dem jeweiligen Mutterhaus ab, was für beide Seiten von großem finanziellem Vorteil war.

Das Mutterhaussystem ermöglichte Frauen den Schritt in eine außerfamiliäre Arbeit, wenn auch unter äußerst erschwerten Bedingungen. Ihre Arbeit in der Krankenpflege zählte zu den von der

Gesellschaft akzeptierten beruflichen Tätigkeiten für eine Frau aus (klein-) bürgerlichem Haus, allerdings nur unter der Voraussetzung ihrer Zugehörigkeit zu einer Schwesternschaft.

1.2.4 Krankenpflege als bürgerlicher Frauenberuf

Die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen des 18. und 19. Jahrhunderts ließen neben einem immer größer werdenden Industrieproletariat auch eine neue gesellschaftliche Schicht entstehen: das Bürgertum. Dieses brachte einen neuen Familientypus hervor, der von einer klaren Aufgabenverteilung zwischen Mann und Frau bestimmt war: Der Mann arbeitete außer Haus, seine Bezahlung stellte die ökonomische Grundlage für die Familie dar, wobei die Frau die häusliche Arbeit übernahm. Mann und Frau bildeten zusammen eine Wirtschaftseinheit. Lothar Gall (1989, S. 164f.) beschreibt diesen Lebensstil und das Selbstbewußtsein der bürgerlichen Hausfrau. „Anders als im heutigen Bewusstsein erschien die Hauswirtschaft dabei mit systematischer Planung, systematischem Einkauf und systematischer Vorratshaltung größeren Stils noch als integraler Bestandteil der allgemeinen Wirtschaft, Hausfrauen in diesem Sinne als Geschäftsfrauen, von deren Umsicht, Sparsamkeit und Geschäftssinn Entscheidendes abhing. Dem entsprach ihr Selbstbewußtsein als gleichberechtigte (...) Partner ihrer Männer.“

Die aufkommenden technischen Verbesserungen erleichterten die Hausarbeit spürbar, das Berufsfeld der Hausfrau löste sich schrittweise auf. „Damit aber verlor die Frau (...) ihren bisherigen zentralen Platz in der Lebenswelt, ihre faktische Unentbehrlichkeit“ (Gall, S. 165). Das Interesse gerade der bürgerlichen Frauen an einer sinnvollen, außerhäuslichen Tätigkeit wuchs entsprechend. Hinzu kam, daß infolge eines Frauenüberschusses viele von ihnen unverheiratet blieben und nach einer Möglichkeit suchen mussten, ihren Lebensunterhalt allein zu bestreiten. Hier trafen Arbeitsbedarf und Arbeitswunsch zusammen.

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts stieg der Bedarf an vorgebildeten Arbeitskräften in einem sich stetig ausweitenden Dienstleistungsgewerbe. Da die bürgerlichen Frauen aufgrund ihrer Vorbildung gegenüber proletarischen Männern und Frauen im Vorteil waren, gelang ihnen nach langen Kämpfen der Zugang zum gehobenen Arbeitsmarkt. Aufgrund der vorherrschenden patriarchalischen Strukturen war Frauen bis 1908 in Deutschland der Zugang zur Universität, und damit zu führenden beruflichen Positionen verschlossen. Das galt für zahlreiche Bereiche in Wissenschaft, Medizin, Politik, Recht und Wirtschaft. Die möglichen Berufe waren dagegen entweder niedrig bezahlte und gering geschätzte Tätigkeiten im öffentlichen Dienst, im Handel

und Gewerbe, oder sie wiesen Ähnlichkeiten mit der „weiblichen“ Hausarbeit auf. Unverheiratete bürgerliche Frauen begannen in Bereichen der Schulerziehung, der Armenfürsorge und der sich rasch ausbreitenden Krankenpflege zu arbeiten.

War die bürgerliche Frau bisher im Rahmen der Haushaltsführung zuständig für das Wohlbefinden ihrer Familie, so wurde nun diese Tätigkeit auf den Beruf der Krankenpflege ausgeweitet. Denn auch hier ging es um das Wohlbefinden des Kranken. Generell gilt, daß diejenigen Berufe, welche der Hausarbeit am nächsten kamen, insbesondere im Bereich der Fürsorge, des Erziehens, des Lehrens und der Pflege, sich zu typischen Frauenberufen entwickelten. Das Prinzip der Nicht-Bezahlung blieb jedoch erhalten. Die Bestimmung der Frau in ihrer Liebestätigkeit war „natürlich“ und damit schlicht nicht bezahlenswert. „Die Krankenpflege sollte vor allem aus der barmherzigen Zuwendung zum Kranken erlernt und geleistet werden“ (Kruse, 1987, S. 42).

1.3 Berufsorganisationen und -verbände

Da die kirchlichen und religiösen Schwesternschaften den Bedarf an notwendiger Pflege bei Weitem nicht abdecken konnten, wurde die Ausübung der Krankenpflege als bezahlter Beruf möglich. Krankenpflege wurde damit erstmals unabhängig von konfessionellen Institutionen ausgeübt, zumal die althergebrachte Form der Mutterhäuser mit ihrem abschirmenden und ausbeutenden Charakter für viele Frauen wenig erstrebenswert erschien. Diese freien Pflegerinnen wohnten oft in Schwesternwohnheimen, die gleichzeitig als Arbeitsvermittlungsstelle fungierten. Gleichwohl verfügten auch diese als „wilde Schwestern“ gesellschaftlich diffamierten Frauen über keinen sozialen Schutz und hatten keine Absicherung im Krankheitsfalle oder im Alter.

Sowohl für die frei arbeitenden als auch für die religiös gebundenen Schwestern waren die Arbeitsbedingungen katastrophal. Die Arbeitszeit betrug durchschnittlich 11 - 13,5 Stunden, zum Teil sogar bis zu 17 Stunden. Hinzu kamen Nachtwachen, so daß mehrmals im Monat ununterbrochene Arbeitszeiten von bis zu 30 Stunden abzuleisten waren. Für die konfessionellen Schwestern in den Mutterhäusern war Freizeit nahezu unbekannt, zumal sie sich immer dort aufhalten mußten. Hinzu kam der Kost- und Logiszwang, der fast 60 Prozent des Lohnes beanspruchte. Das Arbeitsentgelt war sehr niedrig und entsprach gerade dem eines Dienstmädchens bzw. eines ungelernten Arbeiters. Die Krankheitsrate war aufgrund dieser harten Arbeitsbedingungen entsprechend hoch.

Zur Verbesserung der Situation der nichtorganisierten Schwestern gründete Agnes Karll mithilfe der bürgerlichen Frauenbewegung im Jahr 1903 die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“ (B.O.K.D.). Diese Krankenpflegeorganisation war damit die erste in Deutschland, die von Schwestern für Schwestern gegründet wurde. Aus den Mitteilungen des B.O.K.D. -Vorstandes (1903, S. 77, zitiert nach Kruse) wird deutlich, daß nur durch eine übergeordnete Organisation die Interessen der weit verstreuten Schwestern durchgesetzt werden konnten: „Der Zweck dieses Zusammenschlusses ist, die zu Hunderten außerhalb der bisherigen Verbände wirkenden Schwestern zu sammeln und ihnen in beruflicher, persönlicher und rechtlicher Beziehung den nötigen Rückhalt zu schaffen, ohne ihnen das Selbstbestimmungsrecht in so weitgehender Weise zu nehmen, wie das bei den meisten der bisherigen Organisationen nötig war.“ Agnes Karll kann als die Begründerin der weiblichen Professionalisierungsbestrebungen im Krankenpflegebereich angesehen werden. Sie strebte eine

Entkoppelung von der Mutterhaustradition an und versuchte, die Krankenpflege mit den Ansprüchen der bürgerlichen Frauenbewegung an eine moderne weibliche Berufstätigkeit zu verbinden. Die Gründerinnen des ersten freien Berufsverbandes wollten sich jedoch nicht vollständig von den christlichen Pflegegemeinschaften distanzieren. So gehörte es zur Zielsetzung der B.O.K.D., die Fachkenntnisse und das Können der Pflegepersonen durch eine staatlich geregelte Ausbildung zu steigern. Aber auch die ethische Seite des Krankenpflegeberufes sollte nicht vernachlässigt werden: „Vor allem müssen wir dahin streben, daß uns bei der besseren technischen Ausbildung nicht das für die Zukunft vorenthalten wird, was wir am Nötigsten für unseren Beruf brauchen und was sich durch Gesetzesformeln schlecht festlegen lässt: eine ethische Vertiefung“ (Karll, 1908, S. 19, zitiert nach Kruse S. 59). So wurde Wert auf die Anrede „Schwester“ gelegt, um Abwertungen gegenüber den Mutterhausschwestern zu vermeiden.

In sozio-ökonomischer Hinsicht wurde das Ziel eines modernen Frauenberufes durch die Verbesserung der finanziellen, arbeits- und sozialrechtlichen Bedingungen angestrebt. Mithilfe umfangreicher Statistiken und Umfragen versuchte die B.O.K.D., sich einen Überblick über die soziale Situation der Krankenpflegerinnen zu verschaffen. Mit diesen Informationen konnte sich die Organisation gezielt für die Belange der Schwestern einsetzen. In Verhandlungen mit städtischen Krankenhäusern konnte sie so eine Reihe von finanziellen und sozialen Verbesserungen für ihre Mitglieder erreichen. Zudem forderte die B.O.K.D. ein stärkeres Engagement des Staates für die Belange der Krankenpflege. Dabei ging es um gesetzliche Vorschriften für die Alters- und Invaliditätssicherung. Vehement trat die Organisation für eine staatlich geregelte Ausbildung von drei Jahren, für den gesetzlichen Schutz der Berufsbezeichnung und für eine Festlegung der Ausbildungsinhalte ein. Es kann als ein Verdienst der B.O.K.D. angesehen werden, daß 1907 das erste Krankenpflegegesetz in Preußen verabschiedet wurde und damit erstmals eine staatliche Prüfung und Anerkennung der Krankenpflegeausbildung erfolgte. Aus Rücksicht auf die Mutterhausverbände wurde jedoch nur eine einjährige Ausbildungszeit an einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule an einem Krankenhaus festgelegt. Damit geriet die deutsche Krankenpflegeausbildung im Vergleich zu anderen Ländern in einen Nachteil. Weder wurde die Ausbildung im Ausland anerkannt, noch sah die neue Gesetzgebung eine Verbindung zum sich entwickelnden beruflichen Schulwesen vor. Die Pflegebildung wurde als „Ausbildung eigener Art“ ohne Durchlässigkeit zum

allgemeinen Bildungswesen konzipiert. Gesetzlich verankert wurde dagegen die Nachrangigkeit der Pflege gegenüber der Medizin. So wurde zum Beispiel festgelegt, daß der Leiter einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule ein Arzt sein musste.

1.3.1 Weitere Entwicklung der Berufsverbände nach 1945

Nach dem Zweiten Weltkrieg setzten Schwesternschaften und Berufsverbände ihre Arbeit fort. Dabei blieb deren Vielfalt und Aufsplitterung weiter bestehen. Die in „Agnes-Karll-Verband“ umbenannte B.O.K.D. nahm bereits 1945 ihre Arbeit auf regionaler Ebene wieder auf, 1954 wurde ein bundesweiter Berufsverband gegründet. Innerhalb der Gewerkschaft „ÖTV“ bildete sich der „Bund der freien Schwestern“. Gleich nach dem Krieg konnte auch die 1937 gegründete Caritas-Schwesterenschaft ihre Arbeit fortsetzen. Neben diesen großen Verbänden gab es noch eine Vielzahl von kleineren Schwesternschaften. Ende der 1950er Jahre war der größte Teil der Krankenpflegekräfte jedoch nicht in diesen, sondern in den immer noch existierenden konfessionellen Verbänden mit ihren entsprechenden Mutterhäusern (zum Beispiel „Verband katholischer Ordensmutterhäuser“ oder „Kaiserswerther Verband Deutscher Diakonissenmutterhäuser“) organisiert. Da der Nachwuchs der Ordensgemeinschaften zu stagnieren droht, wird auf Veranlassung der deutschen Bischöfe 1959 der „Katholische Berufsverband für Pflegeberufe“ gegründet.

Im Jahr 1949 gründete sich als Dachverband die „Deutsche Schwesterngemeinschaft“ (DSG), welche umgehend auch Mitglied im Weltbund der Krankenschwestern (ICN) wurde. Der Verband setzte sich besonders für ein verbessertes Krankenpflegegesetz, für die systematische Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte und für eine internationale Zusammenarbeit ein. Erhebliche Differenzen führten im Jahre 1957 dazu, daß sich die konfessionellen Mutterhäuser und der DRK-Verband aus der DSG herauslösten. Diese Verbände gründeten die „Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände“ (ADS). 2008 traten die Schwesternschaften des DRK aus der ADS aus.

Im Jahr 1971 trat aus der DSG auch der gewerkschaftlich ausgerichtete „Bund Freier Schwestern“ aus, und dieser verlor dadurch fast die Hälfte seiner Mitglieder. Nach heftigen internen Diskussionen wurden 1973 der Agnes-Karll-Verband und die anderen Verbände des DSG in dem „Deutschen Berufsverband für Krankenpflege DBfK“ zusammengefasst. Aufgrund

der Öffnung für andere Pflegeberufe (zum Beispiel Kinderkranken- und Altenpflege) nennt sich dieser seit 1991 „Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe“.

Eine gemeinsame Organisation der Krankenpflegekräfte schien damit für die Zukunft unmöglich gemacht. Die große Anzahl von Verbänden und verschiedenen Einstellungen zu wichtigen Fragen der Krankenpflege führten zu einer berufspolitischen Zersplitterung. Die unterschiedliche Entstehungsgeschichte wirkte nach. Eine gemeinsame Interessenvertretung aller Verbände war anscheinend nicht möglich.

Erst gegen Ende der 1980er Jahre des vorherigen Jahrhunderts veränderten sich besonders im Bereich der ADS die Strukturen. Die Mutterhausverbände konnten keinen Nachwuchs mehr rekrutieren. Zu einer ersten Annäherung der Verbände kam es, als 1988 auf der WHO-Pflegekonferenz in Wien ADS und DBfK gemeinsam auftraten. Die deutlich spürbaren Restriktionen im Gesundheitswesen und speziell im Krankenhausbereich ließen die bestehenden Differenzen über die inhaltliche Gestaltung des Pflegeberufes weiter in den Hintergrund treten. 1997 bildete sich zunächst in Rheinland-Pfalz ein „Dachverband der Pflegeorganisationen“ als gemeinsames Sprachrohr der Pflegeverbände gegenüber der Politik und den anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Auf der Bundesebene bildete sich 1998 der „Deutsche Pflegerat“. In den meisten Bundesländern gibt es mittlerweile (2010) ein gemeinsames Dach der Pflegeverbände.

Die Schlagkraft der Verbände leidet aber aktuell unter dem mangelnden berufspolitischen Interesse ihrer Mitglieder. So stellt Dätwyler (1995, S. 57) resignierend fest: „Die Krankenschwestern wissen, daß auch heute nach wie vor Defizite bestehen. Allerdings haben weder die kürzeren Arbeitszeiten noch die formale Gleichstellung der Frau dazu geführt, daß sich die Krankenschwestern verpflichtet fühlen, aktiv an der (Berufs-)Politik teilzunehmen.“

1.4 Gegenwärtige Situation

1.4.1 Strukturdaten zum Krankenhauswesen

Um ein Verständnis für die Rahmendingungen der Pflegearbeit im Krankenhaus zu gewinnen, wird zunächst ein Überblick über die gegenwärtige Situation der Krankenhäuser in Deutschland gegeben. Dazu gehören neben der Auflistung statistischer, allgemeiner Kennziffern wie Zahl der Betten, Fallzahlen, Verweildauer, Personalstruktur und ihre Entwicklung im Verlauf der letzten Jahre auch eine Beschreibung der Besonderheiten des „Betriebes“ Krankenhaus, die sich aus der spezifischen Aufgabenstellung ergeben.

Vor diesem Hintergrund sollen dann die Auswirkungen auf die Pflegearbeit im Krankenhaus analysiert werden.

Krankenhäuser sind Einrichtungen, in denen überwiegend komplizierte Dienstleistungen an Patienten erbracht werden, die sich durch ihre Erkrankungen in einer existentiellen Ausnahmesituation befinden. Art und Umfang der Leistungen, die zusammen die Behandlung ausmachen, werden im Normalfall nicht von den Präferenzen der Patienten, sondern von den Leistungserbringern nach Maßgabe des von ihnen für medizinisch notwendig erachteten bestimmt. Die Patienten sind in der Regel nicht in der Lage, den Nutzen der Behandlung abzusehen. Ihr Anspruch auf Leistung ist nicht von ihrer Kaufkraft abhängig.

Aus diesen Bedingungen ergeben sich eine Reihe von Besonderheiten, die für den Betrieb der Einrichtung „Krankenhaus“ bedeutsam sind, so u. a.:

- Eine hochdifferenzierte berufliche Kompetenz der Mitarbeiter, die ihren Niederschlag in einer ausgeprägten Arbeitsteiligkeit findet.
- Eine hohe soziale und emotionale Kompetenz derselben, die für den Umgang mit dem Patienten gefordert ist.
- Die Notwendigkeit zur Kooperation der Berufsgruppen miteinander.
- Ein hoher Stellenwert der Bedürfnisse des Patienten und die Sorge um ihn, die grundsätzlich höherrangig ist, als die betriebswirtschaftliche Effizienz.
- Die grundsätzliche Unbegrenztheit der Bedürfnisse, die u. a. daraus folgt, daß die Opportunitätskosten angesichts des Todes gegen Null gehen.
- Die Vorhaltung des zur Behandlung qualifizierten Personals sowie der erforderlichen Geräte und Räume, unabhängig davon, ob sie immer betriebswirtschaftlich sinnvoll ausgelastet werden.

- Die Unsicherheit über das Ergebnis einer Behandlung, was Kosten-Nutzen-Abwägungen schwierig macht.
- Die Rolle als karitative Instanz für Patienten ohne medizinische Behandlungschance. (Arnold 2002, XV).

Diese „Bedingungen“ für den Betrieb eines Krankenhauses, die Arnold, langjähriges Mitglied und Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, hier aktuell skizziert, verweisen auf eine letztlich fast paradoxe Situation, in der Krankenhäuser stehen: Einerseits haben Krankenhäuser einem in hohem Maße wertbesetzten, gleichsam unbegrenzten (Leistungs-)Anspruch genüge zu tun, andererseits wird dessen Einlösung unter Rahmenvoraussetzungen erwartet, die eine Organisation an die Grenzen ihrer Funktionalität bringen können. Dies läßt den Handlungsspielraum des Krankenhausmanagements keineswegs unbeeinflusst – im Gegenteil: dieses ist damit auch unter Anforderungen gestellt, unter deren Maßgabe es nicht selten bereits als Erfolg zu werten ist, wenn im Personalbereich auch nur die Aufrechterhaltung der Balance im Alltag gelingt. Und dennoch greift eine solche Beurteilung allein zu kurz, denn sie vernachlässigt die im Krankenhaus und seinem Personal gleichwohl und in besonderer Weise innewohnende, auch gerade aus wertbesetzten Traditionen und Normen heraus sich speisende Dynamik, Motivation und Leistungsbereitschaft. Ein im Kern nicht bestrittener, hoher Grad an berufsgruppenbezogener Professionalität (ärztliche, pflegerische, technisch-funktionale usw.) charakterisiert darüber hinaus das Krankenhauswesen und liefert wesentliche Erklärungsmomente dafür, daß sich einem vielfach hochqualifizierten Spezialistentum eine wachsende Anzahl von Patienten (16,8 Millionen Behandlungsfälle im Jahr 2006) in Deutschland anvertraut. Berufsgruppeninterne Qualifizierungs- und Auswahlprozesse verantworten seit Jahrzehnten verläßlich ein hohes Niveau der jeweiligen Berufsausübung.

Krankenhäuser haben die Aufgabe, die Versorgung von Patienten zu übernehmen, wenn eine dauerhafte Unterbringung und medizinische Überwachung erforderlich ist. Darüber hinaus sollen sie für die Einwohnerschaft in ihrem Einzugsgebiet gewährleisten, daß jederzeit bei unvorsehbaren Unfällen oder Erkrankungen eine medizinische Versorgung gesichert ist.

Mit den Merkmalen Einrichtungsart, Versorgungsstufe und Trägerschaft lassen sich die Krankenhäuser klassifizieren.

Mit dem Merkmal Einrichtungsart werden Allgemein- und Sonderkrankenhäuser unterschieden. Dabei verfügen Allgemeinkrankenhäuser über Betten in unterschiedlichen Fachabteilungen, während Sonderkrankenhäuser nur Betten in einer medizinischen Fachrichtung enthalten. Klassische Sonderkrankenhäuser sind z. B. psychiatrische Fachkliniken.

In Abhängigkeit vor allem von der Bettenzahl, Anzahl der medizinischen Fachabteilungen und medizinisch-technischen Ausrüstung werden die Krankenhäuser verschiedenen Versorgungsstufen zugeordnet. Diese können die Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung ausmachen. Die Versorgungsstufen und die Zahl der Betten pro Fachabteilung werden in den Krankenhausplänen der Bundesländer festgelegt.

Historisch bedingt ist bei den Krankenhausträgern eine gewachsene Vielfalt kennzeichnend. Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher, frei-gemeinnütziger und privater Trägerschaft. Öffentliche Krankenhäuser werden von Kommunen, Landkreisen oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Gebietskörperschaften betrieben. Frei-gemeinnützige Häuser werden von einem religiösen, kirchlichen, humanitären oder sozialen Träger geführt. Private Krankenhäuser stehen in privater Rechtsform und werden von ihren Trägern nach erwerbswirtschaftlichen Grundsätzen betrieben.

Was Krankenhäuser leisten und für ihre Patientinnen und Patienten erbringen – Untersuchung, Behandlung, Pflege, Unterkunft, Verpflegung u.a.m., ist Ergebnis eines sehr komplexen Zusammenspiels mehrerer und speziell qualifizierter Berufsgruppen. Die z.T. höchst personalintensiv erstellten Dienstleistungen am Kranken erfolgen unter einer Vielzahl von Regeln und Vorgaben einerseits, erfordern andererseits organisatorische Flexibilität, Anpassungs- und Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft, um den jeweiligen Versorgungsauftrag erfüllen zu können. Daraus erklärt sich unmittelbar, daß Krankenhäuser hochdifferenzierte Organisationen mit überdurchschnittlichen Anteilen an Personal und Personalkosten sind: Im Jahr 2005 entfielen in Deutschland durchschnittlich 67,3% der Kosten auf den Personalbereich (DKG 2007). Bei diesem deutlich über dem Industrie- und Produktionssektor liegenden hohen Anteil an Personalkosten erscheint es paradox, daß bis vor wenigen Jahren zielorientiertes personalwirtschaftliches Handeln und Personalmanagement in Krankenhäusern in der Aufgabenhierarchie nur einen eher beiläufigen Platz einnahmen. Es wäre jedoch unzutreffend,

davon ausgehend auf immer schon defizitäre Gegebenheiten in Krankenhäusern im Hinblick auf effektive Steuerung zu schließen. Ein derartiges Denken übersieht, daß ausgeprägte formelle und informelle Regelwerke den erfolgreichen Bestand von Krankenhäusern z.T. über ein Jahrhundert lang sicherten und unter den Bewertungsmaßstäben der jeweiligen Zeit und Aufgabenstruktur zweifelsohne qualifiziertes und sachgerechtes Handeln ermöglichten. Folglich müssen die für Krankenhäuser historisch konstitutiven Entwicklungsbedingungen mit in die Betrachtung einbezogen werden, um einerseits die Annahme oder die bloße Behauptung eines in Permanenz gegebenen Nachholbedarfs der Krankenhäuser auf dem Gebiet des Personalmanagements mindestens zu relativieren, andererseits zu einer angemessenen Beurteilung der aktuellen Handlungsnotwendigkeiten und Handlungsspielräume zu kommen. In aller Kürze lassen sich folgende Entwicklungen und Einflußfaktoren benennen:

Das Krankenhauswesen ist wesentlich durch seine Herkunft aus dem konfessionell, „philanthropisch“ und sozialetisch motivierten, privat oder verbandlich getragenen Bereich einerseits und dem kommunalen, der gemeindlich-gesellschaftlichen Daseinsfürsorge verpflichteten Wirkungsbereich andererseits geprägt. Für Erstgenannten stehen als typische Beispiele die vor allem im 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts gegründeten Krankenhäuser in Trägerschaft von Orden und Kirchengemeinden sowie die Krankenhäuser des Roten Kreuzes. Kommunale Krankenhäuser hingegen entstehen bereits zur Wende des 18./19. Jahrhunderts, in größerer Zahl nach der Reichsgründung 1871 und insbesondere vor und nach der Wende des 19. zum 20. Jahrhunderts, auch als Bestandteil eines öffentlich getragenen und verantworteten Gesundheitssektors.

Im kirchlichen-konfessionell gebundenen wie im sozialetisch verpflichteten Krankenhaus- und Trägerbereich erfolgten und erfolgen (vielfach noch) Personalauswahl, Personalsteuerung und Personaleinsatz entscheidend entlang übergeordneter Leit- und ideeller Ziele. So ist für Ordensgemeinschaften die Verpflichtung auf die Ordensregeln konstitutive Vorbedingung für die Tätigkeit im Krankenhaus (gewesen). Arbeitseinsatz, Abläufe und auch Hierarchien wurden davon bestimmt; „Personalmanagement“ realisierte sich so gesehen über alltäglich gelebte Arbeits- und Werthaltung als Korrelat und Folge einer institutionell verankerten „Lebensregel“. Im öffentlichen und kommunalen Trägerbereich steckte ein im Allgemeinen nicht auf das Krankenhauswesen zugeschnittenes, sondern diesbezüglich unspezifisches öffentliches Dienst- und Vergütungsrecht von vorneherein die personalwirtschaftlichen Spielräume ab. Diese

Einflußfaktoren entfalteten ihre Wirkung bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts, und sie markierten Gegebenheiten, in denen „extraprofessionelle“ und krankenhausspezifische (Vorab-)Festlegungen des personalwirtschaftlichen Handelns die Notwendigkeit eines und den Auftrag zu einem krankenhausesbezogenen Personalmanagement nicht erkennbar und vor allem eben nicht „not-wendig“ werden lassen.

Diese Notwendigkeit entsteht auch nicht dadurch, daß nach zweifelsohne schwierigen Jahren für die Krankenhäuser nach 1945 und bis hinein in die 60er Jahre sowohl der qualitative und quantitative Ausbau im Gesundheitswesen (ab ca. 1965/1970) und damit in enger Verbindung auch der Gesetz- und Verordnungsgeber Rahmenbedingungen herbeiführen, die den Krankenhäusern ein Wirtschaften nach dem sog. „Selbstkostendeckungsprinzip“ ermöglichen. Darunter fallen die Personalkosten ohne Einschränkung. Beides zusammen – Expansion und verbrieftes Vertrauen in den jeweiligen Rückfluss des Verausgabten – setzte, wenn überhaupt, nur schwache Impulse für das Personalmanagement.

Schließlich trug die Ansicht, die Krankenhäuser als „selbstgängige“ Einrichtungen der über lange Jahre mit Zuwachsraten refinanzierten wohlfahrtsorientierten Gesundheits- und Sozialpflege auffasst, jedoch nicht als das, was sie mittlerweile geworden sind – Betriebe und Unternehmen im gegenseitigen Wettbewerb mit z.T. enormem Ressourceneinsatz in vielfacher Millionenhöhe – dazu bei, daß Ansätze bspw. zu einer eigenständigen „Krankenhausbetriebswirtschaftslehre“ überhaupt erst in den Jahren nach 1970 entstanden¹.

Ein pflegespezifisches, betriebswissenschaftlich erarbeitetes und pflegewissenschaftlich orientiertes Instrumentarium des Pflegemanagements existiert in Deutschland erst seit Mitte der 90er Jahre. Die Robert-Bosch-Stiftung gab dazu mit ihrer Denkschrift „Pflege braucht Eliten“ (1992) den Startimpuls.

Mit einer im Kern ab ca. 1985/1986 beginnenden Reformphase im Gesundheitswesen beginnen sich die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser jedoch grundlegend und tief greifend zu ändern. Eine - historisch betrachtet - bisher einmalige „Serie“ von ab 1993 fast jährlich verabschiedeten Gesetzen und Verordnungen (beginnend mit dem Gesundheitsreform-Gesetz vom 01.01.1989, fortgesetzt mit dem Gesundheits-Strukturgesetz vom 01.01.1993, der

¹ 1975 erschien mit „Theorie und Praxis der Krankenhausbetriebswirtschaft“ von Siegfried Eichhorn das erste spezifische Lehrbuch.

Bundespflegesatzverordnung 1995 und ihren nachfolgenden Novellierungen, dem Solidaritätsstärkungsgesetz vom 01.01.1999 usw) veranlaßt und zwingt zugleich die Krankenhäuser, sich zu „Anbietern von Gesundheitsleistungen auf dem Markt“, zu „Dienstleistungsunternehmen“ im Wettbewerb, zu einer „Klinikorganisation im Sinne eines Profitcenters“ bei vollständiger Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips umzuwandeln. Diese Entwicklung hat ihrerseits viele Ursachen: Gesetzespolitische Begründungen wie „erforderliche Kostendämpfung im Gesundheitswesen“ und „Beitragssatzstabilität in der Sozialversicherung“ benennen dabei nur pauschal Ursache- und Wirkfaktoren; letztlich sind es eine ungebrochen wachsende Inanspruchnahme und Angebotsdifferenzierung im Gesundheitswesen aufgrund des medizinischen Fortschritts und des demographischen Wandels, die Verhältnisse herbeiführen, die mit den tradierten Strukturen des Sozialstaats und seinen Finanzierungsgrundlagen nicht mehr bruchlos in Einklang zu bringen sind. Für den Krankenhausbereich hat dieser seit ca. fünfzehn Jahren wirkende Reform- und Veränderungsimpetus aller Beteiligten im Übrigen alles andere als seinen Höhepunkt erreicht, im Gegenteil: Die schließlich mit der „Gesundheitsreform 2000“ insbesondere durch Einfügung des § 17b in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verordnete Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein pauschalierendes Entgeltsystem als Basis so genannter „Diagnosis Related Groups“ (DRG-System) für alle Krankenhausfälle (schrittweise eingeführt bis 2007) hat eine Durchforstung aller Krankenhausstrukturen und –abläufe geradezu erzwungen, um sie vor dem Hintergrund dieses neuen Vergütungssystems zu erhalten bzw. refinanzierbar zu gestalten. Die neue Vergütungsregelung, die sich am Aufwand für den einzelnen Patienten bzw. Behandlungsfall orientiert, hat folglich dazu beigetragen, daß sich gegebene Klinikstrukturen und –abläufe grundlegend geändert haben. Verweildauer und damit Bettenkapazitäten sind deutlich gesunken. Innerhalb der Krankenhausorganisation entsteht die Notwendigkeit, fach- und berufsbezogenes Spartendenken zugunsten einer interdisziplinär herbeigeführten Optimierung des Behandlungsprozesses orientierten Arbeitweise aufgeben zu müssen.²

Waren es zunächst die Kommunen und Landkreise, die sich angesichts ihrer prekären Haushaltslage bemühten, ihre Krankenhäuser zu verkaufen, sind jetzt auch die Bundesländer dabei, sich ihrer stark defizitären Universitätskliniken zu entledigen. Immer häufiger treten in solchen Fällen private Kapitalgesellschaften auf, um potentiell profitable Häuser zu übernehmen

² In Rheinland-Pfalz werden unter Federführung des MASGFF in vier Modellkrankenhäusern wissenschaftlich begleitete Projekte durchgeführt, in denen neue Formen des Versorgungsmanagements erprobt werden.

und nach eigenen Vorstellungen umzugestalten. Vor diesem Hintergrund ist eine Privatisierungswelle in Gang gekommen, die in den nächsten Jahren noch weiter voranschreiten dürfte.

Weiter ist die aktuelle Krankenhauslandschaft durch einen starken Abbau von Betten gekennzeichnet. Von 1996 bis 2006 verringerte sich die Bettendichte von 593.743 auf 510.767 Betten. Gleichzeitig ging die Verweildauer von 10,8 auf 8,5 Tage zurück (DESTATIS, 2007).

Gleichwohl verfügt Deutschland im internationalen Vergleich immer noch über hohe Kapazitäten bei den Akutbetten und deutsche Krankenhäuser weisen eine überdurchschnittlich hohe Verweildauer auf. Alle Prognosen gehen davon aus, daß sich der Trend zum Bettenabbau und zur Verkürzung der Verweildauer unter dem neuen DRG- Abrechnungssystem verstärkt fortsetzen wird.

Die Zahl der stationären Behandlungsfälle stieg dagegen kontinuierlich an. Zwischen 1996 und 2006 vermehrten sich die Behandlungsfälle um rund 4,1 Prozent von 16,1 Millionen auf 16,8 Millionen. Unter ihnen hat die Zahl der besonders arbeitsintensiven Kurzlieger besonders stark zugenommen. Die wachsende Zahl der Behandlungsfälle und insbesondere die Zahl der Kurzlieger dürfte zu einem erheblichen Teil auf eine Veränderung der Morbidität zurückzuführen sein. Dank des technischen Fortschritts in der Medizin kann eine Vielzahl von Krankheiten mit größerem Erfolg als früher behandelt werden – wenn auch oftmals nicht mit dem Ergebnis der völligen Heilung, sondern eher mit einer Verzögerung des Krankheitsverlaufes. Derartige Therapien erfordern häufige, kurze Krankenhausaufenthalte.

Auch die demographische Situation erklärt wegen des mit steigendem Alter wachsenden Krankheitsrisikos die Erhöhung der stationären Behandlungsfallzahlen. Zudem spielen moderne Behandlungstechniken, wie zum Beispiel endoskopische Operationstechniken und ein schnellerer Übergang zu weiterversorgenden Kliniken der Rehabilitation, eine bedeutende Rolle.

Etwa 16,8 Millionen Menschen wurden im Jahre 2006 im Krankenhaus behandelt. Damit war statistisch jeder fünfte Bewohner der Bundesrepublik einmal im Jahr zur stationären Behandlung im Krankenhaus. Nach Altersgruppen gegliedert waren knapp 40 Prozent der Patienten 65 Jahre und älter. In der Gesamtbevölkerung macht diese Gruppe 19 Prozent der Bevölkerung aus. Ca. 47 Prozent aller Sterbefälle in Deutschland ereignen sich im Krankenhaus.

Veränderungen im Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland			
	1996	2006	Veränderung
Anzahl Krankenhäuser	2.269	2.104	-7,27 %
Aufgestellte Betten	593.743	510.767	- 13,97 %
Fallzahl	16.165.019	16.832.883	+ 4,13 %
Verweildauer	10,8	8,5	- 21,29 %
Belegungstage	175.247.000	142.251.000	- 18,82 %

(Tabelle 1: Veränderungen im Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland nach DESTATIS, 2007)

Die Erhöhung der Fallzahlen bei gleichzeitiger Verringerung der Verweildauer und immer komplexer werdenden Krankheitsbildern führt bei allen Beschäftigten im Krankenhaus zu einer starken Erhöhung der Arbeitsbelastung. Für die Pflege kommt noch erschwerend dazu, daß im Pflegedienst zwischen 1993 und 2005 ca. 30 000 Stellen abgebaut wurden (DKG 2007). Gleichzeitig erhöhte sich die Zahl der Ärzte von 95 640 im Jahre 1993 auf 121 610 im Jahr 2005.

Der Krankenhausesektor ist volkswirtschaftlich von außerordentlich großer Bedeutung. Er bot im Jahre 2005 Arbeitsplätze für etwa 1,1 Millionen Menschen. Das bedeutet, daß jeder 30. Arbeitnehmer seinen Arbeitsplatz im Krankenhaus hat (DKG 2007). Die Beschäftigtenstruktur ist weiblich dominiert:

Von den 1,1 Millionen Beschäftigten sind 822 000 Frauen.

Die Gesamtkosten der Krankenhäuser beliefen sich im Jahr 2005 auf 64,7 Milliarden Euro, davon trug die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) allein 50,4 Milliarden Euro (DKG 2007). Angesichts des hohen und weiter anwachsenden Anteils der GKV-Ausgaben ist der Krankenhausesektor in besonderem Maße Gegenstand von Bemühungen zur Kostendämpfung. So hat sich der auf den Krankenhäusern liegende wirtschaftliche Druck seit Jahren kontinuierlich erhöht, ohne daß ein Ende abzusehen ist. Da etwa zwei Drittel der Krankenhausaufgaben auf die Personalkosten entfallen, richten sich die Sparbemühungen der Krankenhausgeschäftsleitungen vor allen Dingen auf diesen Bereich. Dabei ist die Entwicklung bei den Berufsgruppen verschieden gelaufen: Während die Zahl der Ärzte kontinuierlich anstieg, ist sie im Pflegedienst deutlich rückläufig. Zudem sinkt im Pflegedienst der Anteil der Vollbeschäftigten zugunsten der

Teilzeitbeschäftigten. Wirtschafts- und Versorgungsdienste sind weitgehend ausgelagert und an private Unternehmer vergeben worden, die mit geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen und unter Umgehung von Tarifbestimmungen preisgünstigere Angebote machen können.

Die Interessenvertretungen von Ärzten und Pflegekräften klagen seit Jahren über eine unzureichende Personalausstattung der Krankenhäuser. Obwohl die Gesamtzahl der Pfl egetage zurückgeht, steigt der Versorgungsaufwand an, weil die steigende Zahl der alten, multimorbiden Patienten einen erhöhten Arbeitsaufwand mit sich bringt. Außerdem wächst, nicht zuletzt durch die betriebswirtschaftliche Durchdringung der Krankenhausleistungen, der Zeitaufwand für patientenferne Tätigkeiten, wie Dokumentation, Kodierung etc. Vor diesem Hintergrund wundert es nicht, wenn insbesondere Pflegekräfte über eine steigende Leistungsdichte bei der Arbeit klagen. Nicht überraschend ist dann, daß die Krankheitsrate der Beschäftigten im Pflegedienst gegenüber vergleichbaren anderen Berufen deutlich erhöht ist. Auch Fluktuation und die Bereitschaft zum Verlassen des Pflegeberufes bewegen sich auf anhaltend hohem Niveau (vgl. NEXT-Studie 2005).

Laut Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten-Krankenkasse „hat das Gesundheitswesen (...) mit 3,7 Prozent deutschlandweit die höchste Krankenstandsrate“ (Flenreiss & Rümmele 2008, S.2). Sowohl stressbedingte psychische Krankheiten als auch Wirbelsäulenerkrankungen als Folge der einseitigen Belastung sind hier ausschlaggebende Faktoren für den krankheitsbedingten Ausfall. So monieren mehr als ein Drittel der befragten Pflegekräfte, unter ständigem Zeitdruck zu stehen und oftmals nicht einmal die vertraglich zugesicherten Pausen einlegen zu können.

Aus einer OECD-Studie (August 2007) geht hervor, daß in deutschen Kliniken ein besonders niedriger Personalstand herrscht. Der besonders wirtschaftliche Einsatz des Personals enthält laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Pressemitteilung, 03.08.2007) aber auch die Gefahr, daß eine weitere Personalverknappung zwangsläufig mit einer Gefährdung der Versorgungsqualität einhergeht.

1.4.2 Überlegungen zum Versorgungsmanagement im Krankenhaus

Nachdem die Krankenhäuser über Jahre hinweg mit einer relativ stabilen wirtschaftlichen Umwelt rechnen konnten, haben sich die Rahmenbedingungen der Kliniken seit 1993 mit dem in Kraft treten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) rapide geändert. Die zunehmende ökonomische Krise des Gesundheitswesens zwingt die Akteure immer stärker dazu, ihr Handeln unter wirtschaftliche Prämissen zu stellen. Der medizinische Fortschritt, die Technisierung der Medizin und die zunehmende Professionalisierung der Pflege erzeugen einen hohen Innovationsdruck. Die gesetzliche Forderung nach Qualitätssicherung sowie die Qualitätsmanagementkonzepte wie ISO 9004 und TQM rücken sowohl die Schnittstellenproblematik zwischen den beteiligten Berufen als auch den Patienten als eigenständigen betriebswirtschaftlichen Faktor in den Blickpunkt. Das Management im Krankenhaus steht der Aufgabe gegenüber, eine herausgehobene „Kunden-“, besser „Patientenorientierung“ in die historisch gewachsenen Interessen der Subsysteme Medizin, Pflege, Verwaltung und Technischer Dienst für das Gesamtwohl des Betriebes einzubinden. Pfaff (1997, S. 324) spricht von einem „magischen Dreieck des Krankenhausmanagements“ mit den Eckpunkten Patientenorientierung, Wirtschaftlichkeit und Personalorientierung. Komplex ist die Situation, weil diese Ziele nicht immer gleichzeitig zu erreichen sind und oftmals im Widerspruch zueinander stehen. So kann bei fortschreitender Ökonomisierung und medizinischer Technisierung die besondere Situation des Patienten als subjektiv Betroffener mißachtet und aus der gewünschten Patientenorientierung eine Patientenignorierung werden.

Unter dem geschilderten Druck der wirtschaftlichen Situation rückte der klinische Versorgungsprozeß in den Blickpunkt.

Die Ausgestaltung des innerklinischen Versorgungsprozesses in der stationären Krankenhausbehandlung unterliegt diversen Koordinationsherausforderungen. Diese zu bewältigen ist essentiell, da es sich beim innerklinischen Versorgungsprozess um den Kernprozess der Leistungserbringung innerhalb unseres Krankenhauses handelt. Eine nicht optimal gestaltete Abstimmung zeigt unterschiedliche Auswirkungen. Diese stellen sich zum Teil innerhalb des Unternehmens und an den Schnittstellen, dem Übergang von der vor- zur nachgelagerten Versorgungsstruktur, dar.

Haubrock et al. (2000) beschreiben mit Verweis aus Smigielski (1996) Reibungsverluste, welche durch Schnittstellenprobleme in den Übergängen des Behandlungsprozesses zwischen einzelnen Sektoren entstehen.

Darüber hinaus stellen Haubrock et al. weitere Auswirkungen eines nicht optimal abgestimmten Prozesses dar:

- Doppeluntersuchungen, Überdiagnostik
- Vernachlässigung der Prävention
- Keine Förderung von Selbsthilfe und Selbstbehandlungsmöglichkeiten
- Konflikte zwischen Leistungsträgern und Leistungsanbietern

(Haubrock et al. 2000, S. 115)

Die genannten Schnittstellenprobleme bei Übergängen zwischen einzelnen Sektoren lassen sich auf die innerklinische Situation übertragen. Hierbei ist unter anderem das teilweise vorliegende Abteilungsdenken ausschlaggebend. Dieses beeinflusst die Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen zwei Abteilungen und hat somit Auswirkungen auf die Ausformung des innerklinischen Behandlungsprozesses. Beim Eintritt des Patienten in die stationäre Versorgung und in der Gestaltung des Austrittes stellen sich die von Haubrock et al. beschriebenen weiteren Auswirkung eines nicht optimal abgestimmten Prozesses dar.

Die Anzahl der Schnittstellen des Behandlungsprozesses lässt Rückschlüsse auf die im Behandlungsprozess subsumierten Teilprozesse zu. Jeder dieser Teilprozesse hat Einfluss auf den Behandlungsprozess. Aus diesem Grund ist es wichtig, ein gemeinsames Verständnis der Behandlung und Versorgung bei den unterschiedlichen Akteuren der Teilprozesse zu erreichen. Dieses Verständnis wirkt bisher zu einer eher krankheitsorientierten Ausgestaltung des Behandlungsprozesses, mit einer diagnose – oder organspezifischen Therapie. Die Abkehr von dieser Intention, hin zu einem mehr ganzheitlichen Verständnis, vollzieht sich teilweise nur langsam.

Bei der Betrachtung des Behandlungsprozesses ist es notwendig, die Strukturen miteinzubeziehen, in welchem sich diese Prozesse ausgestalten lassen. Prozesse und Strukturen bedingen sich gegenseitig. Es zeigt sich ein enges beiderseitiges Zusammenspiel. Bezogen auf die strukturellen Voraussetzungen der Krankenhausbehandlung lassen sich in den letzten Jahren weitreichende Veränderungen abbilden. Die strukturellen Voraussetzungen im Krankenhauswesen zeigen deutlich, die Realisierung von Effizienzreserven durch Reduktion der Krankenhausanzahl, Abbau von Krankenhausbetten sowie sinkende Verweildauer und Belegungstage. Struktur- (bspw. Anzahl der aufgestellten Betten) und Prozessmerkmale (bspw. Verweildauer) sind hierbei nicht losgelöst zu betrachten. Insbesondere haben die aufgeführten

Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung, durch die Einführung von Fallpauschalen, zunehmend ökonomische Anreize gesetzt, eine prozessorientierte Behandlung zu forcieren.

Eine Verdichtung der Leistungserbringung innerhalb eines kürzeren Zeitraums ist ein Aspekt, der zu einer Reduktion der Verweildauer beigetragen hat. Diese Tendenz wird in den kommenden Jahren vermutlich fortgeführt, wenn auch wahrscheinlich nicht mehr in dem Maße, wie dies in den vergangenen Jahren der Fall war. Eine weitere Reduktion der Verweildauer realisiert nicht zwangsläufig weitere Reserven. So geht Wingefeld davon aus, daß durch eine intensiviertere Leistungserbringung innerhalb eines kürzeren Zeitraums nicht automatisch eine Kostenersparnis resultiert (vgl. Wingefeld, 2005, S. 49). Die Herausforderung eines optimalen Versorgungsmanagements besteht somit in der effizienten Ausgestaltung ressourcenintensiver Behandlungstage im Hinblick auf die innerhalb dieses Zeitraums erbrachten Leistungen.

Eine weitere Veränderung im Behandlungsprozess betrifft die Rollen der beteiligten Akteure. Diese Rollen haben sich in den letzten Jahren verändert. In der Vergangenheit zeigte sich zwischen Arzt, Pflegefachpersonen und weiteren Therapeuten auf der einen Seite und dem Patienten auf der anderen Seite ein paternalistisch geprägtes Über- / Unterordnungsverhältnis. Hierbei wurde der Patient im Extremfall zu einem passiven Leistungskonsumenten auf Grund des vorliegenden Wissensdefizits degradiert. Die aktive Einbeziehung des Patienten und ggf. dessen Angehörige in den Behandlungsprozess wird zunehmend gefordert. Damit diese umgesetzt werden kann, muss der Patient befähigt werden, dieser Verantwortung gerecht zu werden. Braun von Reinersdorff verweist in diesem Zusammenhang darauf, daß von ärztlicher Seite die notwendige medizinische Sachkenntnis gegenüber dem Patienten zu vermitteln ist, damit dieser autonom über den Behandlungsfortgang entscheiden kann (vgl. Braun von Reinersdorff 2007, S. 133). Ebenso wie die Einbindung des Arztes, ist es notwendig Pflegefachpersonen in die Beratung des Patienten einzubinden. Pflegefachpersonen können edukative Maßnahmen durchführen, um eine gesundheitsbewusste Verhaltensänderung bei Patienten positiv zu unterstützen. Hierdurch wird ein Behandlungsverlauf über den stationären Sektor hinaus unterstützt.

Ein weiterer Aspekt, ein erreichtes Behandlungsergebnis zu bewahren, ist die Etablierung eines Entlassungsmanagements. Hierzu ist es notwendig, die Entlassung bzw. Überleitung in die ambulante Versorgung sorgfältig vorzubereiten und durchzuführen um den sog. Drehtüreffekt zu vermeiden. Es zeigt sich ggf. eine Steigerung des fallbezogenen Aufwands, aufgrund von

Leistungen (bspw. Instruktionen) für Patienten und Angehörige (vgl. Wingenfeld 2005, S. 46). Die Versorgungsplanung muss somit in der Anfangsphase einen vermehrten Koordinationsaufwand berücksichtigen und bereits während der Aufnahme Aspekte der Entlassung mit aufgreifen. Der Expertenstandard zum Thema Entlassungsmanagement hat wichtige Impulse geliefert und ist in die Ausgestaltung des Versorgungsprozesses eingeflossen.

Eine Etablierung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in der pflegerischen Praxis ist durch unterschiedliche Faktoren bedingt. So orientiert sich pflegerisches Handeln seit der Implementierung pflegerischer Expertenstandards³ konsequenter an einer umfassenden Informationssammlung unter Verwendung von Assessmentinstrumenten. Aufbauend auf der Pflegeanamnese erfolgt die Planung, Durchführung und Evaluierung der Pflege. Eigene Beobachtungen im Arbeitsalltag lassen vermuten, daß der Schwerpunkt hierbei auf der Durchführung liegt und Planungsaspekte sich zum Teil am geforderten Minimum orientieren. Dies spiegelt den zur professionellen pflegerischen Versorgung notwendigen Informationsbedarf teilweise nur unzureichend wider und erschwert durch Informationsverluste die konsequente Orientierung an einer patientenorientierten Pflege.

Die bisher beschriebenen Problemstellungen beziehen sich auf die prozessorientierte Steuerung der Patientenversorgung und somit auf das Versorgungsmanagement. Darüber hinaus ist es notwendig, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie und in welchem Maße eine Organisationsstruktur die Ausgestaltung der Prozesse innerhalb des Versorgungsmanagements beeinflusst. Ein patienten- und prozessorientierter Behandlungsverlauf ist in ein darauf abgestimmtes Organisationssystem einzubetten, welches die Anforderungen an eine prozessorientierte Verteilung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung aufgreift. Diese Arbeitsorganisation pflegerischer Tätigkeiten orientierte sich in der Vergangenheit häufig an Einzeltätigkeiten. Darstellbar ist dies exemplarisch am Organisationsprinzip der Funktionspflege. Das Kriterium zur Arbeitsteilung / -organisation ist hierbei die Komplexität der einzelnen Tätigkeit. Dieser Differenzierungsansatz versucht die Besonderheiten des Uno-Actu-Prinzips der Leistungserstellung im Gesundheitswesen auf die tayloristische Arbeitsorganisation zu übertragen.

³ Expertenstandards für die Pflege werden seit 2000 vom Deutschen Netzwerk für die Qualitätsentwicklung in der Pflege herausgegeben.

Der Komplexitätsbegriff und die Berücksichtigung von Patienteninteressen werden hierdurch nur unzureichend abgebildet. Um dieses Missverhältnis auszugleichen, erfolgte in einzelnen Bereichen der stationären Krankenversorgung die Implementierung der Bereichspflege. Diese stellt eine konsequentere Patientenversorgung durch eine schichtbezogene Zuordnung von Pflegefachpersonal und organisatorischen Bereichen dar. Im Rahmen der Bereichspflege werden täglich organisatorische Bereiche mit allen darin anfallenden Tätigkeiten den jeweiligen Fachpersonen zugeordnet, eine Zuordnung einzelner pflegerischer Tätigkeiten erfolgt nicht. In der Umsetzung zeigte sich, daß die Bereichspflege tendenziell durch die Funktionspflege unterlaufen wurde, so daß sich im Sprachgebrauch und Arbeitsalltag die funktionsorientierte Bereichspflege etablierte.

Die Verantwortung einer für den pflegerischen Versorgungsprozess zuständigen Pflegefachperson wurde diffus unter den im Dienst tätigen Pflegefachpersonen verteilt, ohne eine konsequente Gesamtprozesssteuerung des Patientenaufenthaltes über den einzelnen Arbeitstag hinaus umzusetzen. Als Kompensationsmechanismus dieses Verantwortungs- und Steuerungskompetenzvakuums auf pflegerischer Seite trat verstärkt die ärztliche Steuerung des Behandlungsprozesses durch den verantwortlichen Arzt in den Vordergrund. Ein nun zu diskutierender Ansatz, ein Pflegesystem sowie die Verantwortung und Steuerungskompetenz aneinander anzugleichen, stellt die Ergänzung des Versorgungsmanagements durch die Bezugspflege dar. Hierdurch erfolgt eine Orientierung der pflegerischen Organisation über die gesamte Aufenthaltsdauer des Patienten. Somit stehen weder Einzeltätigkeiten noch organisatorische Bereiche im Fokus der Arbeitsteilung, sondern der Patient und das über die gesamte Dauer seines Aufenthalts. Patienten werden hierbei primär nach der situationsangemessenen Komplexität einer festen pflegerischen Bezugsperson zugeordnet, um die Durchführung des pflegerischen Versorgungsprozesses sicherzustellen.

Versorgungsmanagement und Bezugspflege ergänzen sich sinnvoll. Auf der Ebene des Versorgungsmanagements steht die Organisation des Versorgungsprozesses im Vordergrund, wobei sich auf der Ebene der Bezugspflege die Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung an den organisatorischen Vorgaben des Versorgungsmanagements orientiert. Ein gutes Versorgungsmanagement erfüllt die folgenden Funktionen:

- Die Kontinuität im Behandlungsprozess ist sichergestellt.
- Das Versorgungsmanagementteam begleitet den Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung.

- Die Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind klar geregelt.
- Das Versorgungsmanagementteam hat organisatorisch und fachlich Entscheidungskompetenzen in seinen jeweiligen Aufgabenbereichen.
- Das Versorgungsmanagementteam gewährleistet in der Kernarbeitszeit eine ständige Verfügbarkeit.
- Für alle Mitglieder des Versorgungsmanagementteams sind feste Stellvertretungen benannt.

Es wird ergänzt durch die Pflegeorganisation der Bezugspflege, die gekennzeichnet ist durch:

- Prozessbetrachtung aus der Patientenperspektive
- Primärer pflegerischer Ansprechpartner ist die Bezugspflegeperson
- Gestaltung und Verantwortung der pflegerischen Versorgung in Anlehnung an den Pflegeprozess
- Zuweisung der Patienten nach der Fallmethode (Patienten werden durch das Patientenmanagement einer Bezugspflegeperson zugewiesen. Dabei wird die Pflegeintensität und die jeweilige Situation des Patienten sowie die Qualifikation / Kompetenz der jeweiligen Bezugspflegeperson berücksichtigt.)
- Reflexion der pflegerischen Versorgung im Sinne eines Abstimmungsprozesses
- Ausgestaltung der Arbeitsaufgaben unter Berücksichtigung einer der Situation angemessenen Delegation
- Aktive Einbeziehung des Patienten in die pflegerische Übergabe
- Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit durch Stärkung der Kernkompetenz der Pflege

In den letzten Jahren experimentieren viele Krankenhäuser mit einem Management der Patientenversorgung. Ziel ist die Übertragung der prozessualen Verantwortung der Patientenversorgung auf ein Patientenmanagementteam vor. Die direkte pflegerische Versorgung der Patienten erfolgt primär im Rahmen einer an der Bezugspflege orientierten Organisation. Im Rahmen der medizinischen Versorgung erhält der Patient durch einen Stationsarzt in vielen Abteilungen einen weitgehend eindeutigen Ansprechpartner. Im Hinblick auf die Abstimmung der beteiligten Akteure sind detaillierte Abstimmungserfordernisse vonnöten, die eine hohe Kommunikationskultur voraussetzen.

1.4.3 Erwartungen an die berufliche Krankenpflege

Bis Ende der 1960er Jahre dominierten in Deutschland die Mutterhausverbände die Pflege. Pflege wurde wie oben ausgeführt, als christliche Liebestätigkeit angesehen, die dominierende Rolle der Medizin nicht angetastet. Allmählich entwickelte sich dann in den Folgejahren, initiiert durch angelsächsische Vorbilder, auch in Deutschland ein neues Pflegeverständnis. Pflege löste sich in dieser Zeit zaghaft von der Medizin, konzentrierte sich erstmalig auf ein ganzheitliches Menschenverständnis aus Körper, Seele und Geist und verstand das eigene Handeln als „Beziehungsprozess“.⁴ Gleichzeitig wurde der Pflege (dokumentiert im Krankenpflegegesetz von 1985, § 4) eine wachsende Rolle in der Prävention zugewiesen.

1980 definierte der beratende Ausschuß der Kommission der Europäischen Gemeinschaft: Krankenpflege umfasst eine spezifische und individuelle Verantwortung gegenüber den Kranken/Ratsuchenden und der Familie, die sich erstreckt auf:

- die Pflegeleistung,
- die Förderung der Gesundheit, einschließlich der Gesundheitserziehung,
- die Verhütung von Krankheiten,
- die Bereitstellung angemessener Hilfeleistung unter Berücksichtigung pflegerischer, psychologischer, sozialer und ethischer Aspekte im Krankenhaus und im weiteren Bereich (zitiert nach Juchli, 1997, S. 11).

Eine intensive Diskussion über die Konzeption und Zielsetzung der Pflege war die Folge. 1988 fand in Dortmund eine viel beachtete Demonstration von Pflegenden statt, in der auf den Pflegenotstand, hervorgerufen durch einen Mangel an Ressourcen für die Pflege im Krankenhaus, aufmerksam gemacht wurde. 1992 veröffentlichte die Robert-Bosch-Stiftung ihre Denkschrift „Pflege braucht Eliten“, in der sie eine Akademisierung für leitendes und lehrendes Pflegepersonal forderte.

Die Pflegearbeit im Krankenhaus ist durch die ständige Präsenz der Pflegenden auf den Stationen und durch einen engen Patientenkontakt gekennzeichnet. Pflege gilt als klassische personenorientierte Dienstleistung. Der daraus resultierende Anspruch, die Arbeit ganz auf die Person des Patienten auszurichten, kann aber nur sehr eingeschränkt verwirklicht werden, weil

⁴ Eine Übersicht über die vor allem in den USA entwickelten Pflegemodelle bietet z.B. Arets, 1996, S. 113 ff

sie in den Kontext eines arbeitsteilig organisierten sozialen Systems zu stellen ist. Die Pflegenden sind nicht nur für einen oder eine kleine Gruppe von Patienten zuständig, sondern für eine ganze Station mit im Regelfall ca. 30 Betten.

Daraus resultiert für die Organisation der pflegerischen Arbeitsprozesse ein dreifacher Anspruch:

- Das Organisationserfordernis verlangt eine rationelle, routinemäßige Bewältigung der Arbeit.
- Der Patient erwartet einen individuell geprägten und rücksichtsvollen Umgang mit seiner Person.
- Die Ärzte erwarten, daß ihre medizinischen Anordnungen jederzeit Vorrang haben.

Dazu kommen Probleme in der Koordination der Arbeitsprozesse zwischen den einzelnen diagnostisch/therapeutischen Funktionsabteilungen und den Stationen. Auf den Stationen wird der Versorgungsrhythmus durch den personalen Lebensrhythmus über 24 Stunden gelenkt, während in den Funktionsabteilungen das Hintereinanderschalten der Untersuchungen und Behandlungen nach unterschiedlichen Kriterien den Arbeitsablauf bestimmt.

Die Arbeit auf den Stationen wird ständig unterbrochen, die Anforderungen der Funktionsabteilungen und diejenigen anderer Berufsgruppen fordern ein Vorrecht. „Im Verhältnis zwischen bettenführenden Stationen und diagnostisch/therapeutischen Funktionsbereichen sind letztere die ton- und taktangegende Seite“ (Staender, 1997, S. 347). In der Folge zerfällt die pflegerische Arbeit auf den Stationen in eine Vielzahl einzelner Funktionen. Dadurch werden inhaltlich und personell zusammenhängende Tätigkeiten auseinanderdividiert. Der Sinn der pflegerischen Arbeit droht für die Beteiligten sich zwischen den Funktionen zu verlieren.

Besonders das Verhältnis der Medizin zur Pflege ist als äußerst konfliktrüchtig anzusehen. Hinsichtlich Ausbildung, Status, Hierarchie, Entlohnung, (Fach-)Sprache, beruflicher Kultur, organisatorischer Einbindung und auch hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses sind die beiden Berufsgruppen höchst unterschiedlich. Dabei ist im Stationsbereich die Arbeit von Medizin und Pflege durch eine enge organisatorische und inhaltliche Verzahnung charakterisiert. Gemeinsam gilt für beide Berufsgruppen, daß die Betreuung der Patienten hohe emotionale und medizinisch-technische Aufmerksamkeit verlangt. Für die Planung und Durchführung der Arbeitsabläufe ist

darum eine möglichst enge und zuverlässige Kooperation erforderlich, wenn eine effiziente und wirtschaftliche Versorgung der Patienten erreicht werden soll.

Ein Kennzeichen der stationären Krankenversorgung ist die große Heterogenität der Arbeitssituationen. Es gibt zahlreiche Tätigkeiten, die im Bedarfsfall von beiden Berufsgruppen, Pflegenden und Ärzten, geleistet werden können. Die Spannbreite reicht vom hochkomplexen Fall der Reanimation über die emotional fordernde Arbeit bei der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen bis hin zu ganz praktischen Hilfestellungen wie etwa dem Hochstellen des Bettes. Wegen der Komplexität der Aufgaben und Prozesse muß eine formale Arbeitsplanung und Abstimmung unbedingt erfolgen. In vielen nicht vorhersehbaren Situationen ist sie aber nur von begrenztem Wert. Denn das Nebeneinander von Routine und Sonderfall ist konstitutiv für die Stationsarbeit. Systemimmanent kann es leicht zu einer Personalignorierung kommen, wenn von Seiten des Krankenhausmanagements vor allem das Pflegepersonal als austauschbare Arbeitskräfte mit eingeschränktem Tätigkeitsbereich wahrgenommen wird.

Die Vergütung der Krankenhausleistung durch Fallpauschalen zwingt die Akteure im Krankenhaus nun geradezu, die traditionellen Arbeitsteilungen und Organisationsprinzipien zu überdenken. Obwohl die Fallpauschalenbudgets vom ärztlichen Sektor federführend verwaltet werden, können sich für die Pflege neue Kooperations- und Handlungsmöglichkeiten ergeben, die von der Pflege im Sinne eines Autonomiezuwachses auch angenommen werden. So sieht Harms (2004) die Pflege bei der Entwicklung von multiprofessionellen Behandlungspfaden als „die treibende Kraft im Gesundheitswesen zur Realisierung von Veränderungen“ an.

Andere Stimmen aus der Pflege warnen davor, daß bei einer Überbetonung wirtschaftlicher Sachzwänge das eigentliche pflegerische Moment verschwindet. So befürchtet Höhmann (1998, S. 82), daß die Entwicklungslinie dahin geht, „Diagnose und Therapie in ein naturwissenschaftliches Problem zu verwandeln“ und die Pflege der Patienten fließbandähnlich abzuwickeln. Für die Führung einer Station stellt sich also die Aufgabe, unter restriktiven äußeren Rahmenbedingungen Wirtschaftlichkeit, Personalorientierung und Patientenorientierung anzustreben. Für die Steuerung der Arbeitsabläufe wird somit hohe Organisationsfähigkeit erwartet. Die fast zwangsläufig auftretenden Konflikte zwischen den Berufsgruppen und Abteilungen erfordern große Moderationsfähigkeiten; im Sinne der Patientenbetreuung ist eine hohe Pflegefachlichkeit erforderlich, und das Pflegepersonal erwartet Verständnis sowie

notwendige Freiräume für die Arbeitsgestaltung, Vertretung der Stationsinteressen gegenüber Ärzten ,der Pflegedienstleitung, sowie der Verwaltung. .

1.5 Resümee

Bei der Betrachtung der beruflichen Krankenpflegegeschichte von ihren Anfängen bis hin zur Gegenwart lassen sich verschiedene Merkmale herauskristallisieren, die für die gegenwärtige berufliche Problematik von Bedeutung sind:

- Berufliche Krankenpflege entstand aus der Tradition einer christlichen Armenpflege. Auf der Grundlage der christlichen Nächstenliebe wurde der Krankenpflegeberuf als dienende Tätigkeit etikettiert und durch ein die Schwestern vertretendes Mutterhaus organisiert.
- Erst spät entwickelte sich die „freie“ Pflege als bürgerlicher Frauenberuf, in dem Pflege gegen Entgelt ausgeübt wurde.
- Die Ärzteschaft hatte sich das Monopol auf einen Expertenstatus durch den Staat gesichert, die Binnenkontrolle ihrer Berufsgruppe durch eine Ärztekammer erreicht und eine finanzielle Absicherung durch eine ausreichende Vergütung bei der Krankenversicherung erkämpft. Von diesem gesicherten Fundament aus konnte sie die Krankenpflege als einen nachgeordneten Heilhilfsberuf ansehen.
- Krankenpflege trägt als semi-professionelle Berufstätigkeit das Stigma eines typischen Frauenberufes. In Phasen der Krankenpflegegeschichte wurden bewußt vermeintlich weibliche Typisierungen mit fachlichen Anforderungen verknüpft, um damit die Nachrangigkeit gegenüber einer von Männern dominierten, universitär-zentrierten Medizin zu verdeutlichen.
- Der Einfluß der Konfessionen auf die Krankenpflege und die Entwicklung der Berufsverbände führten zu einer berufspolitischen Zersplitterung, welche bis heute das Bild der Krankenpflege prägt. Das geringe berufsverbandliche Fundament war auch einer der Hauptgründe, warum die Aus- und Weiterbildung der Krankenpflege ökonomischen und politischen Interessen stark ausgesetzt war und noch ist und damit eine Sonderstellung in der bundesdeutschen Bildungslandschaft einnimmt.
- Das gesellschaftliche Bild der Krankenpflege als helfendem Beruf wurde von den Berufsangehörigen verinnerlicht und führte zu einer Idealisierung der Berufstätigkeit, obgleich die Krankenpflege in allen Phasen ihrer Entwicklung schwierigen ökonomischen

Rahmen- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt war. Das diffus ausgeprägte Berufsverständnis führt bis in die Gegenwart hinein zum Desinteresse an jeglicher Berufspolitik.

2. Der Beruf „Krankenpflege“

2.1 Das Berufsbild

2.1.1 Die Berufsgruppe aus dem Blickwinkel ihrer Sozialisation

Es gibt wohl kaum einen Beruf, der sich aus einer so heterogenen Gruppe von Menschen zusammensetzt wie der Pflegeberuf. Entsprechend vielfältig sind die Gründe für die Entscheidung, Krankenschwester oder Krankenpfleger zu werden. Und ebenso vielfältig sind die Vorstellungen von der zukünftigen Tätigkeit. Was für die einen ein lang ersehnter Traum ist, stellt für andere eine Kompromisslösung oder sogar nur eine Übergangslösung dar, bis etwa der angestrebte Studienplatz frei wird.

Der familiäre Einfluß auf den Berufswunsch „Krankenschwester/-Pfleger“ bei Jugendlichen fand bisher nur wenig Beachtung in der Berufswahlforschung. Die Herkunftsfamilie kann für die Entscheidung für den Pflegeberuf deshalb eine wichtige Rolle spielen, weil in ihrem Rahmen personenbezogen und geschlechtsspezifisch sozialisiert wird. Das berufliche Vorbild eines Elternteils als Krankenschwester oder Krankenpfleger oder ein familiärer Krankheits- bzw. Pflegefall kann ausschlaggebend für die Berufswahl sein. Veit (1996, S. 64) bestätigt in ihrer Studie zur Motivation für die Berufswahl diese Annahme. Sie stellt ebenfalls fest, daß bei 16 Prozent ihrer Probanden ein Elternteil Arzt oder Ärztin war. Eigenes Krankheitserleben verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt war bedeutungsvoll für die Berufswahl von 44 Prozent. Hier ist es offensichtlich eine positiv erlebte Schwesternrolle, die den Berufswunsch auslöst. Der größte Teil der Eltern ist der oberen Unterschicht bzw. unteren Mittelschicht zuzuordnen (Hohm 2002, S. 95). Damit setzt sich der historische Trend fort, daß der Pflegeberuf sich überwiegend aus eher unteren sozialen Schichten rekrutiert. Interessant ist auch die hohe Selbstrekrutierung, in der der Beruf gleichsam von Generation zu Generation weitergereicht wird. Das ist jedoch nicht unproblematisch, weil die Tendenz besteht, daß dabei ein eher traditionelles Berufsbild vermittelt wird.

Das Bildungssystem stellt neben der Herkunftsfamilie einen weiteren, wenn nicht sogar den wichtigsten Selektionsmechanismus dar. Laut Krankenpflegegesetz ist seit 1965 der

Sekundarabschluss I als bildungsmäßige Voraussetzung festgelegt.¹ Bewerbern mit Hauptschulabschluss steht die landesrechtlich geregelte Krankenpflegehilfeausbildung offen. An einen erfolgreichen Abschluß kann sich dann die dreijährige Krankenpflegeausbildung anschließen. In der Studie von Veit (1996) weisen 46 Prozent der Auszubildenden den Realschulabschluß auf, immerhin noch 12 Prozent den Hauptschulabschluß. Das deutet an, daß die beschriebene Durchlässigkeit des Pflegebildungssystems durchaus in Anspruch genommen wird. Immerhin 41 Prozent weisen mit dem Abitur bzw. der Fachhochschulreife einen höheren Bildungsabschluss auf als erforderlich. Dieser eigentlich erfreuliche Befund hat aber auch seine Kehrseite. Der Pflegeberuf hat für Abiturienten ein deutlich schlechteres Image als bei Realschulabgängern. Sie verbinden mit dem Pflegeberuf wenige Möglichkeiten zum selbständigen Arbeiten, kaum Aufstiegsmöglichkeiten und betonen das geringe Einkommen. Diese Berufswahl ist für Abiturienten deshalb häufig nur die zweite Wahl. Entsprechend sehen sie den Pflegeberuf auch eher als Übergangslösung an (vgl. Veit, 1996).

Als Phänomen stellt Veit fest, daß bei den unterschiedlichen Schulabschlüssen der in etwa gleiche Notendurchschnitt von 2,3 - 2,7 zu finden ist. Das kann so interpretiert werden, daß bei allen Schultypen die Interessenten für den Pflegeberuf im oberen Mittelfeld zu finden sind. Die schlechteren wissen, daß ihre Chancen auf einen Ausbildungsplatz eher gering sind, die besseren wählen für sich vermeintlich bessere Berufsmöglichkeiten. Als Konkurrenz zur Pflegeausbildung sind heute vor allem die anderen nichtakademischen Gesundheitsfachberufe wie Physiotherapie oder Logopädie zu nennen.

Neben Herkunftsfamilie und Schulabschluß wirken weitere Sozialisationsinstanzen bei der Berufswahl „Krankenschwester/Pfleger“ mit. So spielen besonders die Informationen durch Lehrer in der Schule und die Kooperation der Schulen mit möglichen Ausbildungsträgern über Praktika oder Besichtigungen eine wichtige Rolle. Die Mitgliedschaft in Jugendorganisationen der Kirchen oder Wohlfahrtsverbänden etwa in Form des Rettungssanitäters oder Zivildienstleistenden führen ebenso häufig zur Berufswahl Krankenpflege.

¹ Der Bundestag beschloß im Juni 2009 mit den Stimmen der Großen Koalition gegen den heftigen Widerstand u.a. der Pflegeverbände, daß zur Aufnahme in die Ausbildung ein Hauptschulabschluß nach 10 Jahren genügt.

2.1.2 Motive zur Berufswahl

Veit (1996) befragte Krankenpflegeschüler, welche Eigenschaften aus ihrer Sicht für den Pflegeberuf von Bedeutung seien. Am wichtigsten war den Schülern das Merkmal, etwas Sinnvolles zu tun, und der intensive Kontakt zu anderen Menschen. Gegenüber dem Patienten sollten die Pflegepersonen eine liebevolle Zuwendung, Einfühlungsvermögen und Mitleidensfähigkeit aufweisen. Nach dieser Untersuchung wurden weitere Berufswahlmotive in folgender Reihenfolge genannt (ebd., S. 64):

- der Wunsch, Menschen zu helfen,
- durch die Tätigkeit Befriedigung zu erfahren,
- sicherer Arbeitsplatz,
- medizinisch-fachliches Interesse,
- Interesse an der Pflege.

Nicht unerwartet werden ethisch-moralische Gründe am häufigsten als Begründung für die Berufswahl genannt. Hier stimmen die Ergebnisse von Veit mit älteren Untersuchungen, wie etwa denen von Pinding (1972) überein, wonach ein Großteil der Schülerinnen ein traditionelles weibliches Rollenverständnis aufweist und sich eine derartige Haltung auf den Krankenpflegeberuf überträgt. Es bleibt zweifelhaft, ob Pflegekräfte mit einer vorwiegend ethisch-moralischen Motivation langfristig für eine Professionalisierung der Krankenpflege von Vorteil sind. Es ist m.E. eher zu befürchten, daß mit dieser Einstellung das althergebrachte Verständnis von Krankenpflege als unbezahlter Liebesdienst kultiviert wird.

Neben der Betonung der Hilfsmotivation zählt aktuell allerdings auch die Erwartung eines relativ sicheren Arbeitsplatzes zu den meistgenannten Gründen. Heidecker (2004, S. 69 f.) bestätigt diesen Trend. Neben der am häufigsten genannten Motivation „Ich wollte Menschen helfen“ ist die zweithäufigste Begründung für die Berufswahl, daß Krankenpflege ein relativ krisensicherer Beruf ist. „Dieses Ergebnis unterscheidet sich klar von allen bisherigen Untersuchungen“ (Veit, S. 64). Hier zeigt sich ein deutlicher Wandel in der Einstellung zum Pflegeberuf. Zur Zeit der Untersuchung von Pinding war es fast undenkbar, im Bewerbungsgespräch an einer Krankenpflegeschule den Berufswunsch mit der (vermeintlichen) Sicherheit des Arbeitsplatzes

zu begründen.² Heute werben Krankenpflegeschulen selbst mit diesem Argument und verweisen auf Aufstiegsmöglichkeiten im Pflegeberuf.

Allerdings sind immer noch Attribute, die sonst in der Regel von einer Berufstätigkeit erwartet werden, für die Berufswahl Krankenpflege kaum von Bedeutung. „Krankenpflegeschülerinnen und -schüler sind sich bei der Berufswahl bewußt, daß sie eine Belohnung für ihr Tun in Form von Einkommen, Aufstiegsmöglichkeiten und gesellschaftlichem Ansehen weniger erwarten können als Personen anderer Berufe“ (Veit, S. 65).

Frauen schätzen zu Beginn der Ausbildung Aufstiegsmöglichkeiten als wichtig für sie ein. Im Berufsleben machen Männer dann jedoch relativ häufiger Karriere im Pflegesystem als Frauen. Woran dies liegt bzw. welche Einflüsse hierfür von Bedeutung sein können, ist eine Frage, der in dieser Arbeit u.a. nachgegangen wird. Auf jeden Fall entspricht dieser Befund dem Bild der Krankenpflege in der Gesellschaft. Sie wird allgemein gebraucht, auch als wichtig eingestuft, erfährt aber nicht die ihr angemessene Anerkennung, Achtung und Bezahlung.

Auffällig ist der Vergleich der Motive „Interesse an der Medizin“ und „Interesse an der Pflege“, die hinter der Nennung „sicherer Arbeitsplatz“ rangieren. Das geringfügig stärkere Interesse an der Medizin kann entweder für eine Art Zweitwahl zugunsten der Krankenpflege aufgrund der kürzeren Ausbildungsdauer oder für einen zu schlechten Notendurchschnitt für ein Medizinstudium sprechen. Es kann jedoch auch als ein authentisches Interesse an den medizinischen Bestandteilen der Pflege bewertet werden. Bei dem gegenwärtigen Trend zur Entkoppelung der Pflege von der Medizin wird es interessant sein zu beobachten, wie sich die neuen Ausbildungsregeln auswirken werden, die auf eine Verstärkung des Pflegewissens und der Sozialwissenschaften hinwirken.

Im Gegensatz zu Untersuchungen aus den 80er Jahren (Weinert 1984; Flammang/Markward 1985) kann Veit neben der altbekannten „Helfermotivation“ auch eher extrinsische Berufswahlmotive wie „Arbeitsplatzsicherheit“ nachweisen. „Die Krankenpflege hat damit einen wichtigen Schritt von der Berufung zum Beruf vollzogen. Sie ist heute viel mehr ein ‚normaler Beruf‘, für dessen Wahl unterschiedliche Gründe Berechtigung haben“ (Veit, 1996, S. 71). Ob zu

² Hier sind auch ökonomische Gründe in Betracht zu ziehen: die Untersuchung fand vor der ersten Ölkrise statt und in Deutschland herrschte Vollbeschäftigung.

diesen Gründen auch Laufbahnplanung und Aufstiegsorientierung gehören, wird hier zu klären sein.

2.1.3 Persönliche Karriereplanung

„Karriere ist, grundsätzlich betrachtet, Bestandteil eines jeden Berufes (...) und dort so selbstverständlich, daß der Verzicht darauf auf Dauer mit einem modernen Berufsbild nicht vereinbar ist. Das gilt selbstverständlich auch für die sozialen Berufe; sogar im entsprechenden Leitfaden des Deutschen Instituts für Normung (DIN ISO 9004, Teil 2) wird die Karriereplanung ausdrücklich erwähnt“ (Sperl 1996, S. 92).

Der ethisch hohe Anspruch, den Pflegekräfte an sich selbst stellen, tritt vor allem bei jungen, gut ausgebildeten und ambitionierten Mitarbeitern in den Hintergrund zugunsten der je eigenen beruflichen Weiterentwicklung. Oftmals kommt aus den eigenen Reihen der Vorwurf, die ursprüngliche Motivation zur Berufswahl für die persönliche Karriereplanung fallengelassen zu haben. Für viele Pflegekräfte haben „sich grundlegende Einstellungen und Werthaltungen“ (Schneider 2008, S. 33), die traditionell mit dem Pflegeberuf assoziiert werden, verändert: „Wünsche nach persönlicher Entwicklung, perspektivische Karrierewege und hohe Erwartungen an einen attraktiven Arbeitsplatz treten neben Motive, eine sinnvolle Arbeit für andere Menschen zu verrichten und über einen sicheren Arbeitsplatz zu verfügen“ (Schneider 2008, S. 33).

Viele gut ausgebildete Pfleger wählen den Schritt hin zu einer Führungsposition, da sie der Meinung sind, in der Position der Stationsleitung das administrative System besser beeinflussen und verändern zu können. Nicht nur die persönliche Weiterentwicklung steht hierbei im Mittelpunkt, sondern auch der Wunsch, bestimmte Arbeitsabläufe auf der Station durch die eigenen Ideen und Vorstellungen verbessern zu können, was letztlich dem gesamten Team und dem Arbeitsklima auf der Station zugute kommt.

Dieses Engagement seitens der Mitarbeiter wird unterminiert durch hohe Kosten für Weiterbildungsmaßnahmen, die von den Teilnehmern oftmals zumindest teilweise selbst zu tragen sind. Wettreck (2001, S. 25) konstatiert: „Auch aufgrund mangelnder Karriere-Aussichten droht der Pflege der ‚brain drain‘, der Verlust ihrer hellsten Köpfe“. Ziel muß es sein, mehr Aufstiegsmöglichkeiten zu schaffen und damit den Beruf Pflege wieder attraktiv für einsatzwillige und einsatzfähige Mitarbeiter zu machen. Nur so läßt sich langfristig ein

Qualitätsverlust in der Pflege verhindern.

Dieser Qualitätsverlust wird laut Danziger/Kloimüller (2003, zitiert nach Flenreiss & Rümmele 2008) dadurch forciert, daß sich viele qualifizierte Pflegekräfte, die zuvor auf der Pflegestation Karriere gemacht haben, aus der aktiven Betreuung zurückziehen und in Lehre und Leitung abwandern.

So fordert Wettreck (2001, S. 254) dezidiert: „Wesentlich ist die Umorientierung der Personentwicklung. Leitungsaufgaben und Pflegekompetenzen sind zu entschränken: Es müssen Karrieremuster in der Pflege entwickelt werden, die nicht ‚weg vom Bett‘ führen, sondern ‚an der Basis‘ attraktive Karrieremöglichkeiten enthalten“.

Auch Sperl (1996, S. 93) bemerkt: „Die Zielrichtung von Karriereplanung ist in unserem Beruf eine zweifache. Zunächst wird natürlich an die Ausrichtung »oben – unten« gedacht, das heißt an eine vertikale Karriereleiter. Als Inbegriff dieser Orientierung steht die Forderung nach Öffnung der Universitäten für die Pflege. Daneben gibt es aber auch die horizontale Ebene, wie sie etwa im Zusammenhang mit Spezialisierung (...) diskutiert worden ist. Auch »laterale Karrieren« (...) sind zu ermöglichen und zu fördern, um den einzelnen Mitarbeitern den Arbeitsplatz bieten zu können, der ihren fachlichen und finanziellen Vorstellungen weitestgehend entspricht“.

Gedes (2008, S. 125) schließt aus zahlreichen von ihr durchgeführten Interviews mit Stationsleitungen: „Im Großen und Ganzen äußern sich die Stationsleitungen durchaus zufrieden in ihrer Position. (...). Grundsätzlich wird das Aufgabengebiet und das Spektrum der Tätigkeit mit der Verknüpfung von Pflegepraxis und organisatorischer Aufgabenerfüllung als weiterhin interessant angesehen“. Stationsleitungen, die mit den mit ihrem Aufstieg in der Hierarchieleiter verbundenen Bedingungen unzufrieden sind, wechseln in der Regel eher in ein anderes Metier und versuchen z.B. nicht, einen weiteren Karrieresprung zur Pflegedienstleitung zu vollziehen.

2.1.4 Persönlichkeitsmerkmale bei Krankenpflegekräften

Aussagen über Persönlichkeitsmerkmale bei Krankenpflegekräften sind mit Vorsicht zu bewerten, da die wenigen Hinweise sich fast ausschließlich auf Querschnittsuntersuchungen bei Krankenpflegeschülern beziehen. Nach der älteren Untersuchung von Weinert (1984, S. 290) haben Schwesternschülerinnen im Vergleich zu jungen Frauen in anderen Berufen „häufig hohe Werte in den Bereichen ‘Bedürfnis, sich mit anderen zu beschäftigen und ihnen zu helfen’,

‘Schutzbedürfnis’ und ‘Selbsterabsetzung’ und vergleichsweise niedrigere Werte in den Bereichen ‘Dominanzstreben’, ‘Unabhängigkeit’ und ‘unabhängiges Leistungsstreben’“. So beschrieben sich Schwesternschülerinnen in standardisierten Einstufungslisten häufig selbst als verlässlich, fähig und gewissenhaft und mit einer leichten Tendenz in Richtung „Gehorchen“ und „Ergebensein“. Auch Dätwyler (1995, S. 62) identifiziert bei ihrer Untersuchung zum Berufsverständnis von Krankenschwestern eine „dienende Haltung“. Am wichtigsten an ihrer Arbeit ist den Krankenschwestern dieser Untersuchung zufolge das Wohl der Patienten. Typisch ist eine „gebende Haltung, die Forderungen beziehen sich stark auf sich selbst im Sinne von: Es ist wichtig, daß ich den Kranken menschlich gegenüber treten kann“. Weinert (1984, S. 292 ff.) verweist darauf, daß sich im Gegensatz zu anderen Berufen die Persönlichkeitsprofile der weiblichen und männlichen Krankenpflegeschüler weit ähnlicher sind, als dies bei anderen Berufen der Fall ist. „Schüler und Schülerinnen in der Krankenpflege erscheinen demnach insgesamt weiblicher, verantwortungsvoller, großzügiger, aber auch passiv-abhängiger und weniger aggressiv als gleichaltrige Männer und Frauen in anderen Berufsausbildungssparten“ (ebd., S. 292). Veit (1996, S. 65) meint, daß „für Frauen Krankenpflege häufiger ein besonderer Beruf ist, während Männer ihn eher nüchtern als einen Beruf wie jeden anderen betrachten“.

In allen Untersuchungen zu verschiedenen Zeiträumen läßt sich nachweisen, daß Pflegeschüler hohe Erwartungen an ihren Beruf haben. Sie erhoffen sich von ihrer Tätigkeit auch eine Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit. „Sie sehen die Krankenpflege als persönliche Herausforderung, die mit selbständigen und kreativen Arbeiten und Selbstverwirklichung verbunden ist“ (Veit, 1996, S. 71). Interessanterweise wird der Wunsch nach persönlicher Herausforderung nicht mit einer Karriereplanung im Sinne eines beruflichen Aufstiegs in eine Leitungsfunktion verbunden. Als wesentlich gilt die direkte Arbeit am Patienten und nicht die Administration und Organisation der Abläufe (vgl. Dätwyler, 1995, S. 61 ff).

Diese enge Verknüpfung zwischen dem Helfermotiv und dem Wunsch nach persönlicher Selbstverwirklichung durch den Beruf erscheint durchaus ambivalent: „Ca. 50 Prozent der Befragten erwarten für sich eine individuelle Weiterentwicklung und Selbstentfaltung. Altruismus scheint deshalb nicht nur uneigennützig zu sein“ (Flammang /Markward, 1985, S. 567).

2.2 Die Entwicklung der Aus- und Weiterbildung

2.2.1 Die Pflegeausbildung

Die Pflegeausbildung weist eine Reihe von Besonderheiten auf. Während die sonstigen Berufsausbildungen entweder im dualen System durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG) oder länderrechtlich durch (Fach-)Schulabschlüsse geregelt sind, gilt die Pflegeausbildung rechtlich als „Ausbildung eigener Art“. Nach Art. 74 GG hat der Bund die Befugnis, die Zulassung zu den „Heilhilfsberufen“ zu regeln. In den jeweiligen Krankenpflegegesetzen werden die normativen Vorgaben für die Berufszulassung definiert. Geschützt ist lediglich die Berufsbezeichnung, vorbehaltene Tätigkeiten werden nicht aufgeführt. Geregelt werden schulische Vorbildung, Mindestalter, Ausbildungsdauer, die Zahl und Fächer der theoretischen und praktischen Ausbildungsstunden, Fehlzeiten sowie die zu erreichenden Ausbildungsziele. Festgelegt werden auch die Leitung der Schule sowie gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Prüfungsvorsitzende und die Mitglieder des Prüfungsausschusses.

Die Krankenpflegeschulen sind keine Schulen im Sinne des Schulrechts, sondern Ausbildungsstätten in enger Anbindung zu einem oder mehreren Krankenhäusern. Die Finanzierung erfolgt über die Pflegesätze der Krankenhäuser. Die Schüler erhalten ein tariflich festgelegtes Ausbildungsentgelt und werden konsequenterweise in der Praxis auch mehr als Arbeitskräfte denn als Lernende gesehen. Die Ausbildung wird als eine in sich abschließende Qualifizierung bewertet und weist keine strukturelle Verbindung mit dem Hochschulbereich auf. Lediglich in Rheinland-Pfalz erwerben die Absolventen seit August 2008 mit dem Bestehen der Krankenpflegeprüfung auch die Berechtigung zum Studium an den Fachhochschulen in Rheinland-Pfalz (Zweite Landesverordnung zur Änderung der Landesverordnung über den Erwerb der Fachhochschulreife nach § 65,3 des Hochschulgesetzes vom 29.8.08).

Die Lehrer für Pflegeberufe haben nicht die ansonsten im Bildungssystem übliche universitäre Ausbildung, sondern sind durch pflegespezifische Weiterbildungen oder seit 1992 durch ein Fachhochschulstudium der Pflegepädagogik oder Berufspädagogik qualifiziert.

Erst im Jahr 1957 trat das erste bundesdeutsche Krankenpflegegesetz in Kraft und löste damit die Gesetzgebung von 1938 ab. Die Ausbildungszeit wurde von zwei auf drei Jahre erhöht (zwei Jahre Lehrgang und ein Jahr Praktikum) und der Theorieanteil auf 400 Stunden festgelegt. Die Verlängerung der Ausbildungszeit erfolgte gegen den ausdrücklichen Willen der konfessionellen

Schwesterschaften. Die lange Zeit der Gesetzesvorbereitung, wie auch die heftigen Diskussionen in den Berufsverbänden, waren von berufs-, macht- und wirtschaftspolitischen Interessen bestimmt: „Das neue Gesetz war stark von arbeitsmarktpolitischen Erwägungen diktiert und ließ die berufsständischen Forderungen weitgehend außer acht" (Wolff/ Wolff, 1993, S. 227).

Erst die Novellierung des Krankenpflegegesetzes von 1965 entsprach in weiten Teilen den Forderungen der Berufsverbände. Zwar blieb es bei der Ausbildungszeit von drei Jahren, dafür fiel jedoch das einjährige Praktikum weg. Der Theorieanteil verdreifachte sich auf 1 200 Ausbildungsstunden. Erstmals wurde als Zugangsvoraussetzung die Mittlere Reife festgelegt. War es schon mit Hilfe von Ausnahmeregelungen möglich, die Ausbildung mit 17 Jahren zu beginnen, so wurde dies 1985 in der weiteren Neufassung des Krankenpflegegesetzes endgültig festgelegt. Jahrelang war diese Novellierung ein Streitpunkt zwischen den Parteien, Berufsverbänden und Anstellungsträgern. In den 70er Jahren war verschiedentlich angeregt worden, die Krankenpflegeausbildung den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) anzupassen und damit in das duale Bildungssystem zu integrieren. Finanzielle wie politische Gründe spielten eine entscheidende Rolle, daß diese Forderung nicht umgesetzt wurde. Aber auch von berufsständischer Seite wurde die Gleichstellung der Krankenpflege mit Berufen des Handels, des Handwerks und der Industrie als gewissermaßen „rufschädigend“ abgelehnt. Die Sonderstellung der Krankenpflege im bundesdeutschen Ausbildungswesen blieb auch mit der Neuregelung weiterhin bestehen.

Die Neufassung des Gesetzes im Jahr 1985 war aufgrund des europäischen Übereinkommens von 1967 über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern/-pflegern längst überfällig, zumal die bundesdeutsche Ausbildung weit unter dem europäischen Standard lag. Der theoretische Anteil erhöhte sich nochmals um 400 Stunden auf nunmehr insgesamt 1 600 Stunden. Eine erste zaghafte Loslösung der Pflegeausbildung von der ausschließlichen Ausrichtung auf das Krankenhaus wurde mit einem Pflichtpraktikum im Bereich der ambulanten Pflege und der Einführung des Prüfungsfaches „Sozialmedizin“ vorgenommen. Zeichen einer beginnenden Abkoppelung von der Dominanz der Medizin in der Pflegeausbildung war sicherlich, daß die Leitung einer Krankenpflegeschule nicht mehr wie bisher einem Arzt vorbehalten blieb, sondern nun auch von einer Lehrerin für Pflegeberufe ausgeübt werden konnte. Zudem war der Chefarzt des Krankenhauses nicht mehr kraft Amtes Mitglied der

Prüfungskommission. Auch mit der Gesetzesnovelle blieb der Sonderstatus der Lehrer für Pflegeberufe weiterhin bestehen.

Mit dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) von 2003 setzte sich die Abkoppelung von Medizin und Krankenhaus weiter fort. Deutliches Zeichen ist die Änderung der Berufsbezeichnung: Anstelle der traditionellen Bezeichnung „Krankenschwester/-pfleger“ lautet die neue Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflegerin /-pfleger“.

Erstmals sind gegen den erbitterten Widerstand der Ärzteverbände im Gesetz (§3) eigenverantwortliche Aufgaben für die Pflege festgelegt:

- a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
- b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
- c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
- d) Einleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes.

Als Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung gelten:

- a) die eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
- b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
- c) Maßnahmen in Krisen- oder Katastrophensituationen.

Zu der von den Pflegeverbänden geforderten Festlegung von Vorbehaltsaufgaben für die Pflege kam es nicht.

Der Pflegewissenschaft als Bezugswissenschaft kommt im Gesetz eine hohe Bedeutung zu. Ein neues Denken in der Pflege wird ausdrücklich gefördert. Als Ausbildungsziel formuliert §3 KrPflG: „Die Ausbildung (...) soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Erkennung, Heilung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.“

(...) Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung des Menschen zu berücksichtigen.“

Formal bleibt die Krankenpflegeschule weiter ein Teil des Betriebes Krankenhaus, und auch die Finanzierung geschieht weiter über die Pflegesätze. Die Ausbildung wird weiter verschult, indem sich der Anteil der Theoriestunden nun auf 2 100 Stunden gegenüber 2 500 Stunden praktischer Ausbildung beläuft. Die Pflichteinsatzzeiten in ambulanten Einrichtungen werden deutlich erhöht. Die Praxisstellen sind gehalten, besonders qualifizierte Praxisanleiter bereitzustellen.

Die Stellung der Pflegelehrer wurde aufgewertet, denn für die Ausbildung der Pflegelehrer wurde eine akademische Ausbildung zwingend vorgeschrieben. Als Schulleiter kann nur ein Pflegelehrer mit Hochschulabschluß fungieren, für die anderen Pflegelehrer ist ebenfalls zukünftig ein solcher notwendig. Auch in der theoretischen Ausbildungsgestaltung findet eine Annäherung an das berufliche Schulwesen statt, indem die bisherigen Fächer, wie in der Berufsbildung üblich, durch fächerübergreifende Themenbereiche abgelöst werden.

Der Prüfungsvorsitz der staatlichen Abschlußprüfung ist nicht länger an einen Arzt gebunden, sondern kann auch durch eine entsprechend qualifizierte Pflegekraft wahrgenommen werden.¹

2.2.2 Berufliche Weiterbildung

Schon vor dem Krieg gab es Fortbildungskurse für leitende Pflegekräfte und Unterrichtspfleger. Bereits 1927 bot die „Werner-Schule“ des DRK in Berlin gemeinsame Kurse für leitende Schwestern und Lehrkräfte an und führte diese nach 1945 wieder weiter. Auch die Schwesternhochschule der Diakonie Berlin bot bereits 1945/46 Kurse zur Weiterbildung für leitende Schwestern und Unterrichtsschwestern an. Im Jahr 1946 gab es erste Überlegungen, die Krankenpflegeausbildung nach amerikanischem Vorbild auf einer Collegeebene durchzuführen. Widerstände von politischer wie auch universitärer Seite verhinderten deren Umsetzung. Im Jahr 1953 gründete die „Rockefeller Foundation“ die Heidelberger Schwesternhochschule.

Die Schüler dieser Modellschule hatten die Erlaubnis, als Gasthörer an Veranstaltungen der Universität Heidelberg teilzunehmen. Im Laufe der 50er Jahre kamen für leitende und unterrichtende Pflegekräfte noch eine Reihe anderer Weiterbildungsinstitute hinzu, so zum Beispiel 1965 das „Katholische Fortbildungsinstitut für Krankenpflege“ in Freiburg und die

¹ Diese Möglichkeit wird z. Z. nur in den Bundesländern Hessen und Rheinland-Pfalz genutzt.

„Agnes-Karll-Krankenpflegehochschule“ in Frankfurt/Main. Das breite Angebot an Fort- und Weiterbildungseinrichtungen entsprach weitestgehend der Vielfalt der existierenden berufsständischen Trägerschaften. Da die Weiterbildungen auf keiner gesetzlichen Grundlage durchgeführt wurden, zeichneten sich die einzelnen Ausbildungskurse der verschiedenen Träger durch erhebliche Unterschiede in Bezug auf Ausbildungsinhalte und Dauer aus.

Der Katholische Berufsverband führte 1965 den ersten „Stationsschwesternkurs“ mit 45 Teilnehmern durch. In Ermangelung gesetzlicher Regelungen entwickelte die Deutsche Krankenhausgesellschaft seit den siebziger Jahren Richtlinien für einzelne Weiterbildungen. Eine erste Richtlinie zur Weiterbildung als Stationsleitung wurde 1975 herausgegeben. Sie sah 420 Theoriestunden vor.

Die Robert-Bosch-Stiftung beschreibt in der Publikation *Pflege neu denken: Zur Zukunft der Pflegeausbildung* (2000) verschiedene Fortbildungsmaßnahmen – sowohl national als auch international – im Pflege- und Gesundheitswesen. Hierbei wird zwischen Fortbildung und Weiterbildung unterschieden:

„Die Wahrnehmung von Fortbildungen durch beruflich Pflegende führt üblicherweise nicht zu einer Übernahme von neuen Aufgabenbereichen mit entsprechend höherer Vergütung. Unter Weiterbildung werden dagegen in der Pflege längerfristige Bildungsmaßnahmen auf der Grundlage der Ausbildung und entsprechender Berufserfahrung verstanden. Sie können sich durchaus auch über Jahre in Vollzeit- oder berufsbegleitenden Maßnahmen erstrecken und führen nicht selten zu der Übernahme von neuen Verantwortungsbereichen durch die Weitergebildeten und damit einhergehender höherer Vergütung, wie zum Beispiel Stationsleitungslehrgänge“ (Robert-Bosch-Stiftung 2000, S.112).

Gerdes (2008) beobachtet anhand von Interviews mit Stationsleitungen die Tendenz, daß die Teilnahme an Weiterbildungskursen für Stationsleitungen und die damit einhergehende Aneignung an theoretischem Know-how „in Personalführung, Gesprächsführung und in der Strukturierung von Stations- und Arbeitsabläufen“ (ebd. S.123) ein erhöhtes Maß an Sicherheit bei anstehenden Entscheidungen schafft. „Insbesondere der Erwerb von Hintergrundwissen zu rechtlichen und arbeitsrechtlichen Fragen, zu psychologischen Themen und Gesprächsführungsübungen anhand von Rollenspielen führen zu diesem zunehmenden Gefühl der Sicherheit in der alltäglichen Praxis“ (ebd. S.123).

Als Manko stellt Gerdes heraus, daß Weiterbildungskurse oftmals von Krankenhäusern erst dann angeboten werden, wenn die Tätigkeit als Stationsleitung bereits übernommen wurde – also nicht schon im Vorfeld –, da das finanzielle Risiko bei einem Nichtantritt der Stationsleitung zu groß sei.

Hackmann (2005) weist darauf hin, daß sich die Bildungsstrukturen für Pflegeberufe momentan im Umbruch befinden. Sie widmet sich sowohl den Erstausbildungen in der Pflege als auch der Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen mit dem Schwerpunkt ambulante Pflege: „Die Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen hat eine lange Tradition in Deutschland. (...). Im Bereich der längerfristigen Weiterbildungen ließen sich bis vor kurzem grob zwei Richtungen unterscheiden: Weiterbildungen zur Leitung (Stationsleitung, Bereichsleitung, Pflegedienstleitung) sowie die Fachweiterbildungen (z.B. Intensivpflege, Psychiatrie, OP). (...). Allerdings wurde die klassische Aufteilung dieser Weiterbildungen durch die Errichtung von pflegerischen Studiengängen an Hochschulen aufgebrochen“ (Hackmann, 2005, S.43).

Hackmann kritisiert, daß bei der Weiterbildung der marktwirtschaftliche Themenkomplex dominiert und die Problematik rund um die Pflege in den Hintergrund gerückt wird:

„Die Weiterbildung zur Leitung legt aber grundsätzlich den Schwerpunkt auf Betriebswirtschaft und Management, inhaltliche Fragen ambulanter Pflege sind dabei deutlich in den Hintergrund getreten“ (Hackmann, 2005, S.44).

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) stellt in seiner Publikation „Pflegebildung – offensiv“ einen neuen Ansatz für die Fort- und Weiterbildung in der Pflege vor:

„Derzeit stehen auch die allgemeine und berufliche Bildung sowie alle Formen der Weiterbildungen und das lebenslange Lernen auf dem Prüfstand. (...). Der vorgestellte Strukturplan „Pflegebildung – offensiv“ impliziert einen Systemwechsel, dessen Realisierung einen Umdenkungsprozess bei allen beteiligten Personen und Institutionen des Gesundheits- und Bildungswesens und nicht zuletzt bei den beruflich Pflegenden erforderlich macht“ (DBR, 2007, S.VIII).

Der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) rät zu einer Vereinheitlichung in der Gesetzgebung der Weiterbildung und zu leichterem Zugang zum sekundären und tertiären Bildungssystem. Dies veranschaulicht das unten abgebildete, aktuelle) Schaubild auf übersichtliche Weise.

„Auf der Ebene der pflegeberuflichen Weiterbildung ist die Landschaft sehr heterogen. Die in einigen Ländern geltenden Weiterbildungsgesetze geben mit ihren Regelungen sehr unterschiedliche Bedingungen vor. (...). Die Weiterbildungen sind in Struktur und Inhalten starr: Bisher erworbene Kompetenzen aus fachverwandten Weiterbildungen können nur in ausgewählten Bundesländern angerechnet werden, ebenso ist nur vereinzelt eine Durchlässigkeit in akademische Bildungsgänge gegeben“ (DBR, 2007, S.4).

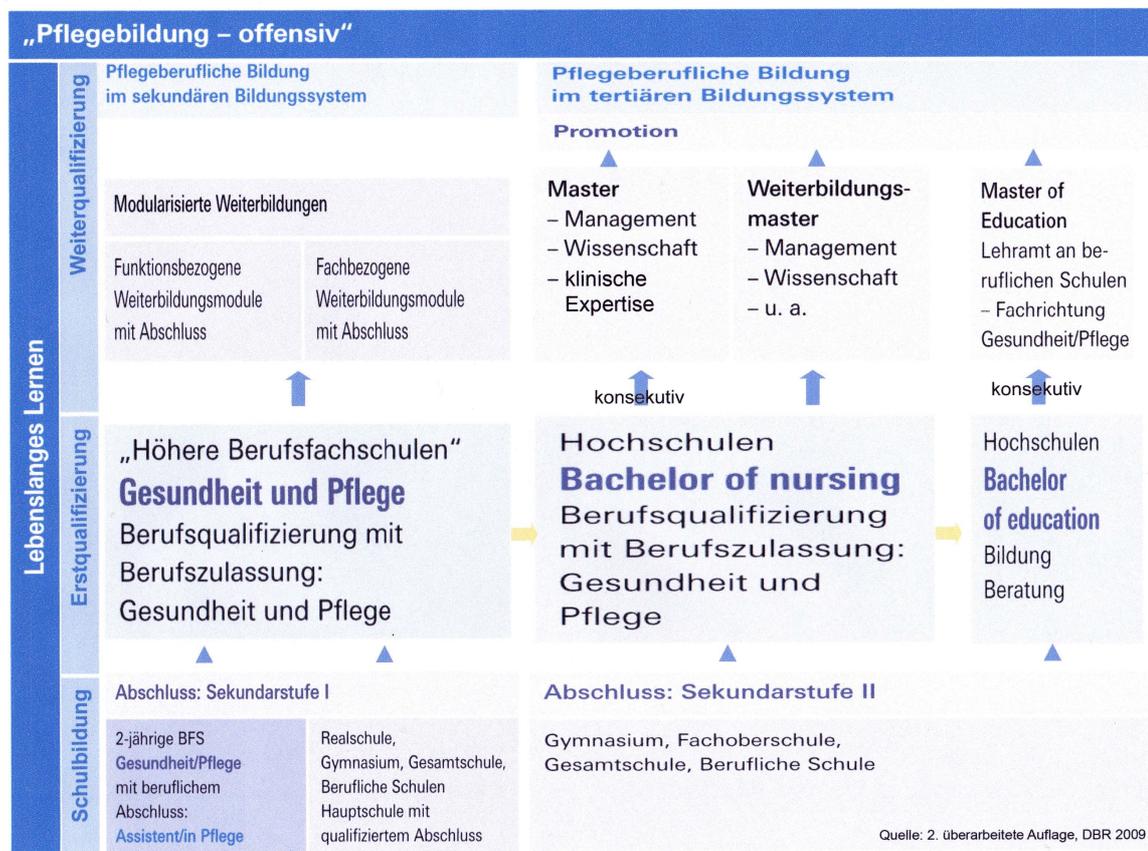


Abb.1 Pflegebildung - offensiv

Da die Weiterbildung in der Pflege in die Hoheit der Bundesländer fällt, existiert eine Vielzahl an Regelungen. Zum Beispiel wurde in Rheinland-Pfalz 1997 das „Landesgesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen“ verabschiedet. In ihm wurde die Weiterbildung zur „Leitung einer Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen“ gesetzlich geregelt. Das Gesetz sieht eine Weiterbildung von 460 Theoriestunden vor. An Aufgaben für die Stationsleitung nennt das Gesetz:

- a) die Organisation einer Pflege- oder Funktionseinheit,
- b) die situationsgerechte Führung der Mitarbeiter,
- c) die Sicherstellung qualitativ hochwertiger Versorgungsleistungen,
- d) die Gewährleistung einer wirtschaftlichen Betriebsführung,
- e) die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit,
- f) die verantwortliche Mitgestaltung der bereichsübergreifenden Kommunikation und Information,
- g) die zielorientierte Mitgestaltung der Lernprozesse und ihre Steuerung im Rahmen der Betriebsabläufe.

Aus den aufgeführten Aufgaben wird das komplexe, konfliktgeladene Aufgabenfeld einer Leitung auf der mittleren Ebene deutlich. Eine verbindliche Vorschrift, für die Leitung einer Station eine Weiterbildung zu absolvieren, existiert nicht.

2.2.3 Akademisierung der Pflege

Im Zuge der bildungspolitischen Reformen zu Anfang der 70er Jahre regten die beratenden Gremien an, an den Hochschulen Studiengänge einzurichten, die bereits nach drei Jahren zum Abschluß führen sollten. Speziell für das Gesundheitswesen empfahl der Wissenschaftsrat (1973), die Hochschulen auch für nichtärztliche Berufe zu öffnen. Unter anderem war vorgesehen, dreijährige Studiengänge für die Berufe der Krankenpflege, der medizinischen Assistenz und der Medizintechnik einzurichten. Die Modellstudiengänge sollten zu einem qualifizierten Studienabschluss „Diplommediziner“ in den Bereichen Technik, Labor und Pflege führen. Obgleich etwa die Universität Ulm Interesse an der Einrichtung von solchen Studiengängen zeigte, wurden derartige Pläne aufgrund der Widerstände von Seiten der Ärzteschaft, der Ministerien und Krankenpflegeverbände nicht verwirklicht. Hauptgrund der ablehnenden Haltung der Pflegeverbände war die Eingangsvoraussetzung der Allgemeinen Hochschulreife, was den größten Teil der Pflegenden vom Studium ausschloss.

Es dauerte noch Jahre, bis erste Modellstudiengänge an der Universität Osnabrück und der Freien Universität Berlin eingerichtet wurden. Der 1979 eingerichtete Studiengang „Weiterbildendes Studium für Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens“ an der Universität Osnabrück stellt hier einen Sonderfall dar (vgl. Wanner, 1987, S. 209 ff.). Die Zulassungsbedingungen

umfassten eine dreijährige Berufsausbildung in der Krankenpflege, einen bereits abgeschlossenen Weiterbildungskurs für Unterrichtspflege und eine zweijährige Unterrichtspraxis. Aufgrund der geringen Anzahl von 500 Ausbildungsstunden war dieses Angebot lediglich als ein Vertiefungsstudium für praktizierende Krankenpflegelehrkräfte konzipiert. Eine entscheidende Einschränkung bestand darin, daß dieses Weiterbildungsstudium weder zu einem staatlich anerkannten Abschluß noch zu einem akademischen Titel führte.

Der erste Studiengang für den Krankenpflegebereich wurde von der Freien Universität Berlin in den Jahren 1978 bis 1981 eingerichtet. Der Modellstudiengang mit dem Titel „Entwicklung und Erprobung eines dreijährigen Studiengangs für Lehrkräfte an Lehranstalten für Medizinalfachberufe“ war ursprünglich für alle Lehrenden im Bereich Gesundheitswesen gedacht. Der Studiengang sollte die Zersplitterung der vielfältigen Berufe im Gesundheitsbereich in Bezug auf deren Aus- und Weiterbildung aufheben. Darüber hinaus sollte mit einem einheitlichen Studiengang „eine Anhebung des Niveaus der Lehrerbildungsmaßnahmen, eine breitere Einsetzbarkeit der Lehrkräfte sowie eine Verbesserung der Durchlässigkeit und der Aufstiegsmöglichkeiten in dem an solchen Möglichkeiten armen Berufsfeld“ (Wanner, S. 219) erreicht werden. Schon in der Vorbereitungsphase konnten sich die Medizinalfachberufe auf kein einheitliches Studienkonzept festlegen, so daß der Studiengang nur für Lehrkräfte aus dem Kranken- und Kinderkrankenpflegebereich, welche die Fachhochschulreife und eine zweijährige Berufspraxis aufweisen konnten, eingerichtet wurde. Das Studium schloss mit dem akademischen Grad „Lehrer/in für Kranken- und Kinderkrankenpflege (Diplom)“ ab. Bezeichnenderweise wurde der Studiengang nicht an die erziehungswissenschaftliche, sondern an die Medizinische Fakultät der Universität angeschlossen.

Erstmals wurde nun Krankenpflege in Deutschland wissenschaftlich gelehrt und gelernt. Der Modellstudiengang sollte ein erster „Kristallisationspunkt einer institutionalisierten, wissenschaftlichen Krankenpflegeforschung sein“ und damit entscheidend „zur Professionalisierung der Krankenpflege und ihrer Lehrkräfte“ (Wanner, S. 223) beitragen. In dem sechssemestrigen Studium wurden die Schwerpunkte auf Krankenpflegelehre und auf erziehungs- und sozialwissenschaftliche Grundlagen gelegt. Neue Krankenpflegekonzepte wie „Patientenorientierte Pflege“ und fundierte pädagogische Lernmethoden sollten auf wissenschaftlicher Basis für die Krankenpflegelehrkräfte angeboten werden. Für die Einrichtung

des Studiengangs spielten auch statusbezogene Gründe eine Rolle: „Nur ein akademischer Abschluss würde eine erfolgreiche und pflegeorientierte Mitwirkung an politischen und institutionsbezogenen Entscheidungsprozessen ermöglichen" (ebd., S. 222).

Obgleich es von Seiten der traditionellen Weiterbildungsinstitutionen (insbesondere von jenen in kirchlicher Trägerschaft), der Berufsverbände und der Krankenpflegekräfte große Vorbehalte gegen diesen Modellstudiengang gab, wurde er letztlich als Einstieg in die Akademisierung begrüßt. Trotz einiger festgestellter Mängel befürworteten verschiedene Gutachten ausdrücklich diesen Modellstudiengang und empfahlen die Umwandlung in einen Regelstudiengang. Im Jahr 1984 wurde der Studiengang von den zuständigen politischen Gremien des Berliner Senats abgelehnt. Obgleich inhaltliche Aspekte als Begründung angeführt wurden, dürften jedoch eher finanzielle und politische Gründe für das Scheitern von Bedeutung gewesen sein. Von Seiten der politisch eher konservativen Gremien bestand wenig Interesse, Krankenpflege universitär zu etablieren und einer weiteren Akademisierung Vorschub zu leisten.² So blieb es im Laufe der 80er Jahre für den Leitungs- und Lehrbereich weiterhin bei den traditionell gewachsenen Weiterbildungsmöglichkeiten. Aufgrund der recht unterschiedlichen Trägerschaften und deren verschiedenen Zielsetzungen hatten diese Bildungsinstitutionen nur einen geringen Einfluß auf die weitere Entwicklung. Neuere bildungspolitische Impulse ergaben sich erst als Folge der Wiedervereinigung. Daraus entstand die politische Notwendigkeit, Bildungskonzepte der ehemaligen DDR im Pflegebereich zu reformieren bzw. teilweise zu übernehmen.

In der ehemaligen DDR war die Krankenpflege bereits in den 60er Jahren im Hochschulbereich eingerichtet worden. Gleich nach Ende des Krieges wurde hier der Krankenpflegeberuf unter gesetzlichen Schutz gestellt und in den darauf folgenden Jahren in das staatliche Bildungssystem integriert. Ein abgestuftes Ausbildungssystem wie auch die zentral gelenkte staatliche Bildungspolitik ließen keine Sonderwege in den einzelnen Fachausbildungen zu. Die Medizinalberufe wurden ausschließlich auf den medizinischen Fachschulen ausgebildet. Aufgrund des steigenden Bedarfs an Lehrkräften wurde bereits 1963 das Studium „Diplom-Berufschullehrer für das Gesundheitswesen" an der Humboldt-Universität Berlin eingerichtet und

² Scheller-Hedin hat 1985 in der Deutschen Pflege Zeitschrift (DKZ) eine kritische Bilanz des Studienganges gezogen und Gründe für sein Scheitern ausführlich erörtert.

1970 in den Studiengang „Diplom-Medizinpädagogik“ umbenannt. Danach wurde der gleiche Studiengang auch an der Universität Halle eingerichtet. Damit war eine universitäre Einbindung geschaffen, die neben einer Promotion auch die Habilitation ermöglichte. Bis 1988 wurden in diesem Studiengang etwa 1.700 Diplommedizinpädagogen ausgebildet (Beier, 1991, S. 52 ff.).

Die Eigenständigkeit der Krankenpflege in der ehemaligen DDR und ihre akademische Etablierung werden unterschiedlich bewertet (vgl. Hoppe, 1991, S. 332 ff.; Bals, 1993, S. 808 ff.). Kritisiert wird unter anderem, daß sich auch in der ehemaligen DDR die Krankenpflege an den medizinischen Grundlagen orientierte und in den Ausbildungsgängen die Mediziner als Lehrpersonal dominierten. Dennoch muß es als eine bildungspolitische Errungenschaft angesehen werden, daß es in der DDR gelungen war, der Pflege den Zugang in den Hochschulbereich zu ermöglichen. Allein die Tatsache, daß die hohe Anzahl der ausgebildeten Diplom-Medizinpädagogen im Zuge der Wiedervereinigung in das hiesige Berufssystem übernommen werden mußten und diese verständlicherweise eine Herabsetzung ihres akademischen Abschlusses befürchteten, gab der Akademisierungsdiskussion Anfang der 90er Jahre wichtige Impulse.

Schon aus bildungspolitischen und pragmatischen Gründen waren die „Freie Universität“ und die „Humboldt-Universität“ in Berlin gezwungen, ihre unterschiedlichen Erfahrungen der Lehrerausbildung für Pflegeberufe in die neuen Studienkonzepte miteinfließen zu lassen. Daraus entstand der seit dem Wintersemester 1991/92 eingerichtete Studiengang „Diplom-Medizin/Pflegepädagogik“. Obgleich der Studiengang „Diplom-Medizinpädagogik“ an der Universität Halle erhalten blieb und seit dem Wintersemester 1993/94 auch die Universität Bremen einen Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaften“ einrichtete, vollzog sich der weitere Ausbau von Pflegestudiengängen sonst auf Fachhochschulebene. Dagegen hatten jahrelang die Berufsverbände wie auch Pflegewissenschaftler die Einrichtung von Pflegestudiengängen an den Universitäten gefordert (vgl. Bischoff, Botschafter, 1992, S. 4 ff.). Als Gründe wurden insbesondere angeführt, daß eine qualifizierte wissenschaftliche Ausbildung wie auch eine fundierte Krankenpflegeforschung nur an den Universitäten möglich sei. Speziell für die Lehrerausbildung wurde befürchtet, daß die Fachhochschulen für eine grundlegende erziehungswissenschaftliche Theorievermittlung kaum geeignet seien, zumal sie im Gegensatz zu den Universitäten über keine entsprechenden Bildungsstrukturen, Personal und Erfahrungen

verfügten. Kritisiert wurde auch, daß mit der Einbindung auf Fachhochschulebene weder eine Promotion noch eine eigenständige Forschung möglich sei.

Die Wende hin zu den Fachhochschulen war Anfang der 90er Jahre insbesondere durch die Empfehlungen der politischen Gremien zustande gekommen. Wegweisend empfahl der „Wissenschaftsrat“ (1991, S. 79), in dem die Universitäten maßgeblich vertreten sind, die Einrichtung von Pflegestudiengängen an den Fachhochschulen: „Der Wissenschaftsrat empfiehlt den Fachhochschulen, neue Studiengänge für nichtärztliche Gesundheitsberufe zu entwickeln. Soweit es dabei um klinische Medizinalberufe geht, für die gegenwärtig an Fachschulen des Gesundheitswesens in Kliniken ausgebildet wird, sollten neue Studiengänge nur in Kooperation mit den Fachschulen und Kliniken entwickelt werden. Neue Studiengänge dürfen nicht dazu führen, daß dadurch erfahrene, qualifizierte Fachkräfte keine Chance mehr haben, in höherwertige berufliche Positionen aufzusteigen.“ Der Wissenschaftsrat versprach sich von der Einbindung der Pflegestudiengänge an den Fachhochschulen eine engere Vernetzung von Theorie und Praxis. Durch spezielle Zulassungsprüfungen sollte auch berufserfahrenen Fachkräften ohne Fachhochschulreife der Zugang zu einem Studium ermöglicht werden.

Eine ähnliche Empfehlung kam vom „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ (1991, S. 158 ff.), welcher sich von der Einführung der Pflegestudiengänge auch eine Linderung des Pflegenotstandes erhoffte. Die personellen Mißstände in den Krankenhäusern, welche von den Krankenpflegekräften gegen Ende der 80er Jahre öffentlich artikuliert worden waren, blieben nicht wirkungslos. (vgl. Kap. 1.4.3) Die hohe Fluktuation, das Abwandern von zumeist jungen Krankenpflegekräften aufgrund mangelnder Aufstiegsmöglichkeiten und die zukünftigen Szenarien eines noch größeren Pflegenotstandes stellten plausible Gründe dar, Akademisierungskonzepte für die Krankenpflege endlich umzusetzen. Der Sachverständigenrat forderte deshalb unter anderem, für besonders qualifizierte Pflegekräfte „Weiterbildungsmöglichkeiten im Rang eines Fachhochschulstudiums“ (ebd., S. 158) zu schaffen. Die Übernahme von qualifizierten Aufgaben im Krankenpflegebereich sollte zukünftig Absolventen dieser Studiengänge vorbehalten sein: „Die Neustrukturierung der Weiterbildung kann nur dann zu einer Verbesserung der Verhältnisse führen, wenn die Übernahme bestimmter Funktionen von der Absolvierung eines solchen Fachhochschulstudiums abhängig gemacht würde“ (ebd., S. 159).

Mehrere Bundesländer setzten diese Empfehlungen um und etablierten insbesondere in den Jahren 1992 und 1993 Pflegestudiengänge an den Fachhochschulen (Oelke, 1994, S. 44 ff.). Die Bildungshoheit der Länder und die damit verbundenen unterschiedlichen Planungskonzepte haben seitdem dazu geführt, daß ihre curriculare Gestaltung sehr vielfältig ist. Neben Studiengängen, die langjährige Berufserfahrungen voraussetzen und die traditionellen Weiterbildungen etwa für leitende Krankenpflegekräfte und Pflegepädagogen ersetzen, finden sich auch grundständige Studiengänge „Pflege“ und solche für spezielle Arbeitsfelder wie „Pflegeberatung“. Damit verbunden sind erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Studienform (zum Beispiel Vollzeit, berufsbegleitendes Studium usw.) und Studiendauer. Neben den wenigen Universitäten und staatlichen Fachhochschulen ist die hohe Anzahl der kirchlichen Träger auffällig und „muß insbesondere vor dem Hintergrund des traditionellen Bildungsmonopols der Kirchen in diesem Bildungsbereich gesehen werden“ (Bals, 1993, S. 810). Die meisten Pflegestudiengänge sind an konfessionellen Fachhochschulen zu finden.

In dieses Bild paßt auch, daß 2007 an der Philosophisch-Theologischen Hochschule der Pallotiner in Vallendar (bei Koblenz) ein Studiengang Pflegewissenschaft eingerichtet wurde, der sich vorwiegend an Fachhochschulabsolventen richtet. Ziel des Studiengangs ist ein Masterabschluß bzw. die Promotion.

An verschiedenen Fachhochschulen ist auch die Diskussion über eine akademische Ausbildung für die Stationsleitung begonnen worden. Über das Projektstadium sind diese Überlegungen aber derzeit noch nicht hinausgekommen.

2.2.4 Paradoxien in der gegenwärtigen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Den hohen ethischen und sozialen Berufswahlmotiven können die Anforderungen der Ausbildungsrealität nicht entsprechen. Der größte Teil der vorberuflichen Einstellungen zum Krankenpflegeberuf unterliegt einer verzerrten und ideologisch überfrachteten Wahrnehmung. Dem Anspruch, Menschen helfen zu wollen und eine kreative Betätigung zu finden, steht der Krankenpflegealltag mit seinen autoritären Strukturen und einer gering ausgeprägten beruflichen Autonomie entgegen. So werden von Schülern „vor allem das Ausmaß der Hilfsarbeiten, die Belastung durch die hierarchische Krankenhausstruktur, psychisch belastende Situationen, wie der Umgang mit Krankheit und Tod, und die Absenz von geeigneten Gesprächspartnern im

Zusammenhang mit beruflichen Schwierigkeiten erwähnt“ (Hohm, 2002, S. 105). Die falschen Berufsvorstellungen und erlebten Defizite bewirken frühzeitig einen Desillusionierungsprozeß, wobei dieser in engem Zusammenhang mit dem Ausbildungsstand, den professionellen Grundeinstellungen, der ursprünglichen bzw. modifizierten Berufsmotivation und der Transferleistung von der Theorie in die Praxis steht. Die illusionären Vorstellungen passen sich der beruflichen Realität an oder führen zu einer vorzeitigen Berufsflucht. So erwägen 25 Prozent der Krankenpflegeschüler einen Ausbildungsabbruch (Hohm, 2002, S. 104).

Mit fortschreitender Ausbildung verändert sich die anfängliche Berufsmotivation und die positive Einstellung zum Beruf: „Zwar glaubt auch im zweiten und dritten Ausbildungsjahr noch mehr als die Hälfte der Befragten an die Wichtigkeit altruistischer Motive, aber nicht mehr in der Ausschließlichkeit wie zu Beginn der Ausbildung (90 Prozent). Bezogen auf das Berufsbild läßt sich feststellen, daß die anfänglich positive Einschätzung der Schüler vom ersten zum zweiten Ausbildungsjahr hin abnimmt“ (Flammang, Markward, 1985, S. 567). Krankenpflegeschüler haben sehr hohe persönliche Erwartungen an ihre Ausbildung. Aufgrund der harten Berufsrealität müssen diese jedoch zwangsläufig in den Hintergrund treten. Mit dem Einstieg in die Berufswelt erfahren die Schüler einen regelrechten Praxisschock.

Besonders paradox wird die Situation von den Schülern in den Praxisphasen erlebt, zumal sie oft als volle Hilfskräfte eingesetzt und auf den Stellenplan des Krankenhauses angerechnet werden. Dies führt dazu, daß die Schüler sich mehr als Arbeitskraft denn als Auszubildende fühlen. In diesem Zusammenhang sind Konflikte zwischen den Stations- und Pflegedienstleitungen und der Krankenpflegeschule in Bezug auf den Arbeitseinsatz und die Ausbildung vorprogrammiert. Denn maßgeblich für den praktischen Einsatz der Krankenpflegeschüler sind häufig nicht ausbildungsmäßige Gesichtspunkte, sondern der jeweilige Arbeitsanfall auf den Stationen.

Erst mit dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 wurde eine pädagogische Qualifikation der Ausbilder vorgeschrieben³. Ob auch eine bestimmte Mindeststundenzahl praktischer Anleitung von den Praxisstellen nachgewiesen werden muss, ist zurzeit noch umstritten. Zum Beispiel gibt der Lehrplan von Rheinland-Pfalz nur eine Richtgröße von 250 Stunden strukturierter und dokumentierter Anleitung an, die in drei Jahren nachgewiesen werden sollen.

³ Diese berufspädagogische Zusatzqualifikation umfaßt mindestens 200 Stunden (§ 2,2 KrPflAPrV vom 10.11.2003 und wird landesrechtlich geregelt.

Die Schüler fühlen sich, wie gezeigt, aufgrund der strukturellen Bedingungen als billige Arbeitskräfte ausgenutzt. Da sie oft keine ausreichende berufspädagogische Anleitung in ihren praktischen Einsätzen erhalten, müssen sie die schwierige Transferleistung von der Theorie in die Praxis selbständig vollbringen. Oft müssen die Schüler auf Station Tätigkeiten ausüben, für die sie nicht ausgebildet wurden. Bereichen, in denen sie sich überfordert fühlen, stehen jedoch auch solche mit Unterforderung gegenüber. Trotz eines hohen Wissensniveaus, das sie sich im Laufe der Ausbildung aneignen, müssen die Schüler eine Reihe von ausbildungsfremden Tätigkeiten übernehmen, die im Grunde denen einer Hilfskraft entsprechen.

Dem Bedürfnis, theoretische Kenntnisse in der Praxis umsetzen zu können, ist eine Reihe von zeitlichen, räumlichen und finanziellen Grenzen gesetzt. Das Krankenpflegegesetz macht keine konkreten Angaben zur Zahl der Praxisanleiter, die eine Praxisstelle vorhalten muß. Zur Finanzierung der Praxisanleiter sind überhaupt keine Angaben gemacht, so daß bis jetzt keine sichere, ausreichende Finanzierung gegeben ist.

Der zunehmende Stellenabbau im Krankenhaus läßt vielfach gar keine andere Wahl, als Schüler Lücken füllen zu lassen. Von einer qualifizierten praktischen Ausbildung kann unter solchen Rahmenbedingungen keine Rede sein. Ob eine Umstrukturierung der Ausbildung durch eine modularisierte Form des theoretischen Unterrichts, der akademischen Ausbildung der Pflegelehrer und der pädagogischen Qualifikation der Praxisanleiter zu einer Verbesserung des Unterrichts und zu einem verbesserten Transfer der Theorie in die Praxis führt, kann erst die Zukunft erweisen.

Die Schüler werden im Krankenhaus mit Erfahrungen konfrontiert, die sie zu einer Überprüfung ihrer Eingangsmotivation zwingen. Zum einen wird ihnen ihre rangniedere Position vom Pflorgeteam mehr oder weniger deutlich signalisiert. Zum anderen erleben sie die Probleme der Pflege gegenüber den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus. Inwieweit sie daraufhin zur Selbstanpassung bereit sind, hängt nicht zuletzt davon ab, ob und wie sie die erlebte Diskrepanz und die damit einhergehenden Enttäuschungen verarbeiten können. Je weniger sie in der Schule oder beim Personal der Station auf Resonanz stoßen, desto mehr Konfliktpotential baut sich in ihnen auf. Das dürfte vor allen Dingen für diejenigen Schüler gelten, die trotz der erlebten Enttäuschung an ihren Ansprüchen von individueller Selbstentfaltung und eigenverantwortlichem

Arbeiten festhalten. Es dürfte interessant sein, aus diesem, oft als schwierig etikettierten Personenkreis Führungspersonal zu rekrutieren.

2.3 Resümee

Die Motive zur Berufswahl und die erfolgte Sozialisation zur Krankenschwester mittels der Ausbildung in Theorie und Praxis weist eine Reihe von Problembereichen auf. Diese liegen sowohl in den persönlichen Vorstellungen vom Beruf als auch im Zusammenspiel dieser mit den strukturellen Rahmenbedingungen des Betriebes Krankenhaus.

- Ausschlaggebend für die Berufswahl ist der Wunsch, mit Menschen zu arbeiten.
- Aufstiegsorientierungen werden nicht bedacht.
- Das Wohl der Patienten steht im Vordergrund. Als wesentlich gilt die direkte Arbeit am Patienten und nicht die Administration und Organisation der Abläufe.
- Die Pflegeausbildung als Ausbildung eigener Art nimmt eine Sonderstellung im beruflichen Ausbildungsgeschehen ein. Das engt den Blick auf Entwicklungen in der Arbeitswelt außerhalb des Krankenhauses ein.
- Die Schüler müssen vom Beginn der Ausbildung an lernen, sich in zwei Welten zurechtzufinden: in der Schule mit ihren kognitiven und ethischen Ansprüchen und in der Praxis, in der die Schüler vielfach nur als Arbeitskräfte gesehen werden.

3. Aktuelle Problemfelder für die Pflege im Krankenhaus

3.1 Konfliktebenen

3.1.1 Der Berufseinstieg

Der Berufseinstieg gilt als eine besonders sensible Phase, in der der Arbeitsalltag deshalb besonders intensiv erfahren wird, weil er eben noch kein Alltag ist. Das Besondere an der Rolle soeben examinierter Pflegekräfte ist es, für alle beruflichen Entscheidungen selbst verantwortlich zu sein. Neben den intellektuell zu verarbeitenden Informationen, die auf die Berufsanfänger einströmen, müssen auch die damit verbundenen Emotionen verarbeitet werden. Eine Pflegekraft beschreibt dieses Dilemma kurz nach dem Berufseinstieg folgendermaßen:

„(...) wenn man Examinierter ist, wird man ganz schön allein gelassen (...), das ist so einmal die psychische Belastung mit dem Elend, den Sterbenden fertig zu werden (Die Schwester arbeitet in der Onkologie, Anm. d.V.); und auf der anderen Seite die fachliche Überforderung (...), daß man da Intensivpflege ohne richtige Ausbildung betreibt, und das ist, finde ich, die Hauptbelastung, diese Überforderung" (Neander, 1993, S. 67). Im Schnittpunkt zwischen Auszubildenden- und Examiniertenstatus werden defizitäre Ausbildungsinhalte und defizitäre Organisationsstrukturen deutlich. Eine nicht gelungene Rollenidentifikation während der Ausbildung und die hohen Belastungen verstärken die beruflichen Anfangsschwierigkeiten. Die befragten Krankenpflegekräfte fühlten sich in der ersten Phase des Berufseinstieges unsicher und überfordert. Metaphorisch sprechen viele von „einem Sprung ins kalte Wasser“ (Tewes, 2002, S. 315). Bezeichnenderweise wird den unzureichenden organisatorischen Rahmenbedingungen, wie ungenügende Einarbeitungszeit, fehlende Anleitung, fehlender Rückhalt bei Vorgesetzten, keine Schuld zugeschrieben. Eigene Unsicherheiten werden eher als ein Defizit individueller Fähigkeiten betrachtet.

Neander (1993, S. 67) vermutet, daß die Ursache für die hohe Ausstiegsrate aus dem Krankenpflegeberuf in dieser schwierigen Phase und ihrer ungenügenden Bearbeitung zu suchen ist. Es sind keine statistischen Zahlen darüber vorhanden, wie viele Auszubildende tatsächlich nach der Ausbildung eine krankenpflegerische Tätigkeit aufnehmen. Es ist aber davon auszugehen, daß jene Schüler, welche die Krankenpflegeausbildung nur als eine Übergangszeit bis zum Studium oder zum Besuch einer weiterführenden Schule benutzen, kurz nach Ende der Ausbildung aussteigen. Ein nicht geringer Teil verbleibt vermutlich noch übergangsweise in einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung im Krankenhaus, bis sich neue Berufs- bzw. Bildungsmöglichkeiten ergeben.

Tewes (2002) beschreibt hingegen die positiven Auswirkungen eines gelungenen Einarbeitungskonzepts für die Person und für den Beruf. Das neue Teammitglied wird hier vorsichtig an seine neuen Aufgaben herangeführt und rücksichtsvoll begleitet. „Diese Einstiegssituation trägt sehr zur beruflichen Selbstachtung der Teammitglieder bei, da sie auch mit ihren Meinungen ernst genommen werden. Auch der Grundstock für den gegenseitigen Respekt der Teammitglieder untereinander wird in dieser Phase gelegt. Dieser positive Einstieg mag auch zur positiven Bewertung des Pflegeberufes beisteuern“ (ebd., 2002, S. 312 f.).

Die Leitung einer Station bestimmt durch die Art und Weise ihrer Führung wesentlich den Erfolg der Einarbeitung. Durch ihre Vorbildfunktion wirkt sie wesentlich auf die beruflichen Selbstkonzepte ihrer (neuen) Mitarbeiter ein. „Die positive Identifikation mit der kompetenten Leitung macht es dem Team möglich, ihre berufliche Verantwortung bewußt zu übernehmen und besondere Aufgaben eher als Herausforderung denn als Überforderung zu erleben“ (Tewes, 2002, S. 316).

3.1.2 Pflege und Medizin

Pflege und Medizin sind zwei eigenständige Berufsfelder im Gesundheitswesen. Beide haben als gemeinsame berufliche Aufgabe die Bekämpfung der Krankheit und die Förderung der Gesundheit des Menschen. Hinsichtlich Herkunft, Ausbildung, Status, Hierarchie, Entlohnung, (Fach-)Sprache, beruflicher Kultur, organisatorischer Einbindung und in der Regel auch hinsichtlich des Gendernmix handelt es sich aber um höchst unterschiedliche Berufsgruppen. Im Unterschied zu der relativ homogenen schichtenspezifischen Rekrutierungsbasis der Ärzte weist die Krankenpflege eine relative heterogene Rekrutierungsbasis auf, wenn auch die Angehörigen der unteren Mittelschicht überwiegen (vgl. Hohm, 2002, S. 72 und Kap.2.1.1).

Die Bildungsstruktur der Abstammungslinie weist darauf hin, daß der größte Teil der Medizinstudenten aus Akademikerfamilien entstammt. Wie schon bei der Sozialisation zur Pflegekraft beschrieben, werden bestimmte gesellschaftliche Denk-, Verhaltens- und Wertmuster familiär tradiert. Kaum ein anderer akademischer Beruf besitzt einen so hohen Anteil an Selbstrekrutierung für den eigenen Beruf wie die Medizin. Fast ein Viertel der Medizinstudenten entstammt aus Arztfamilien. In der Institution des Krankenhauses sind Ärzte die bestimmende Berufsgruppe. Sie verfügen, im Gegensatz zum Krankenpflegepersonal, über ein relativ hohes Maß an Autonomie, Entscheidungsbefugnis und Ansehen. Durch Geschichte und Recht dominieren die Ärzte hinsichtlich ihrer Selbst-

und Fremdwahrnehmung den Bereich von Gesundheit und Krankheit. Konsequenterweise beanspruchen Ärzte das Monopol der Heilkunde für sich.¹ Charakteristisch für diese Haltung ist die bekannte Figur des „Halbgottes in Weiß“, die mit einem paternalistisch-charismatischen Auftreten einhergehen kann.

Ärzte haben an Krankenpflegekräfte zum Teil diffuse und eher an ihrem eigenen Status orientierte (männliche) Rollenerwartungen. Um dieses schwierige Verhältnis von Medizin und Pflege verstehen zu können, müssen die verschiedenen gelagerten Sozialisations- und Lebensverläufe betrachtet werden. In Bezug auf ihre Berufslaufbahn haben die Ärzte höherwertige Schulabschlüsse absolviert und ein langes, prestigeträchtiges Studium hinter sich. Sie genießen dann aufgrund der selektiven Zugangsvoraussetzungen zu ihrem Beruf ein hohes Sozialprestige und erhalten eine vergleichsweise hohe Entlohnung für ihre Tätigkeit. Diese spezifische Berufsbiographie beeinflusst entscheidend die Einstellungen, das Verhalten und die Kommunikation gegenüber dem „untergeordneten“ Pflegepersonal und dem Patienten. Die Ärzte treffen auf vornehmlich weibliche Krankenpflegekräfte, die überwiegend nur einen mittleren Schulabschluss vorweisen können und damit lediglich über eingeschränkte Entscheidungsbefugnisse verfügen. Sie genießen nur ein mäßiges Sozialprestige und erhalten ein relativ geringes Einkommen. Der jeweilige Berufshabitus wird durch die (scheinbar) klare Arbeitsteilung weiter gefestigt. Jede Berufsgruppe kapselt sich von der jeweils anderen Gruppe ab.

Pflege wird vom ärztlichen Bereich denn auch als zuarbeitender Helferberuf angesehen und selten als eigenständiger Beruf mit vom ärztlichen Arbeitsfeld unterscheidbarer Expertise. Juristisch schlägt sich das bis heute nieder im Prinzip der ärztlichen Gesamtverantwortung. Danach bestimmt in allen Fällen, in denen Pflegeleistungen erbracht werden, der Arzt Notwendigkeit und Umfang der pflegerischen Leistung, zumindest nach dem gesetzgeberischen Konzept, und trägt die Verantwortung dafür, daß die von ihm delegierte Tätigkeit von hinreichend qualifizierten Kräften in sachgemäßer Weise erledigt wird. Dieses Prinzip steht aber gerade im Krankenhaus „in einem Spannungsverhältnis zur Wirklichkeit der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen“ (Igl, 1998, S. 35).

¹ Diesen Anspruch untermauert Hessenauer wenn er formuliert: „Die einheitliche Ausübung der Heilkunde gehört ganz einfach in die Hände von approbierten Ärzten. Punktum! (Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, 4/2010)

Ärzte scheinen die Inhalte der Pflegearbeit, besonders der Grundpflege, und ihre Auswirkungen auf den Patienten nicht wirklich zu kennen: So ordnen sie in der Regel Untersuchungen, die den Pflegenden zusätzlich Arbeit bringen, ohne Rücksprache mit ihnen an oder ignorieren oft deren Arbeitsablauf. Die geringe Wertschätzung und Nachrangigkeit der Krankenpflege zeigt sich auch darin, daß Ärzte vom Pflegepersonal eine Unterbrechung ihrer Tätigkeit erwarten, wenn dies den ärztlichen Erfordernissen entspricht (vgl. Weidner, 2004, S. 253).

Informationen, die Pflegende auf Grund ihres nahen Umgangs mit den Patienten gewinnen, finden häufig wenig bis keine Beachtung. „Von den Ärzten wird jedoch die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung im Krankenhaus entweder überhaupt nicht gesehen, oder sie wird als ausschließlich ärztliches Tätigkeitsfeld reklamiert“ (Robert-Bosch-Stiftung, 1987, S. 34). Auch von Gebieten wie der DRG-Dokumentation, einer eigentlich arztfernen Leistung, berichten Gawlitta u.a. von heftigen Auseinandersetzungen zwischen Medizin und Pflege. „In Gesprächen mit den leitenden Pflegedienstmitarbeitern berichteten diese von zum Teil intensiven Auseinandersetzungen mit dem ärztlichen Dienst, nur in einigen wenigen Fällen wurden gemeinsame Strategien entwickelt.“ Gawlitta bemerkt abschließend: „Nach wie vor findet in den meisten Fachabteilungen keine echte Zusammenarbeit statt.“ (ebd., 2006, S. 841) So ist es nicht verwunderlich, wenn Pflegende ihre Arbeit von Ärzten nicht genügend gewürdigt sehen. Hampel formuliert: Ärzte „würden diese Arbeit nicht wirklich würdigen und insbesondere die intellektuellen Fähigkeiten der Pflegenden eher gering schätzen. Sie würden sie nur als Ausführende ärztlicher Anordnungen betrachten“ (ebd., 2003, S. 300). Diese Einschätzung ändert sich allerdings bei den Pflegenden, wenn die Ärzte eigene Pflegeerfahrung vorweisen können.

Gegen den Dominanzanspruch der Ärzte erhebt sich zunehmend Widerstand². Berufsgruppen, die in einem engen Kooperationsverhältnis zu den Ärzten stehen, wie zum Beispiel die Pflege oder Physiotherapie, und die aufgrund der eigenen voranschreitenden Verberuflichung ein wachsendes Selbstbewusstsein entwickeln, kritisieren den ärztlichen Monopolanspruch und fordern mehr Partizipation. Weitere gesellschaftliche Kräfte stellen die bisher scheinbar unanfechtbare Vorrangstellung der Ärzte in Frage, so vor allem Staat und Kostenträger mit ihren Auflagen bei den mittlerweile alljährlich wiederkehrenden Gesundheitsreformgesetzen.

² Das die Vorrangstellung der Ärzte als selbstverständlich von den Pflegenden angesehen wurde, wird an der Wahl von Fr. Dr. med. von Riederer zur 1. Vorsitzenden des Kath. Berufsverbandes deutlich. Sie bekleidete das Amt von 1959 bis 1975.

Auch die staatlichen Eingriffe in das Prüfungswesen stellen Kammergrundsätze zunehmend in Frage.

Wie sehr Kammerfunktionäre fürchten an Einfluß zu verlieren, wird am Diskussionsbeitrag des Präsidenten der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz auf dem 2. Rheinland-Pfälzischen Pflegekongreß am 20.11.08 in Mainz deutlich. Er stellte jede Überlegung zu einer neuen Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen unter die Prämisse: „Delegation ja, Substitution nein.“ Und fügte kämpferisch hinzu: „ Sie (die Ärzte, d.V.) lassen sich nicht mehr die Butter vom Brot nehmen. Sie wehren sich mit den Mitteln, mit denen sie angegangen werden.“ (Unterlagen Pflegekongreß)

Dagegen haben Veränderungen in der Studentenschaft der medizinischen Fakultäten zu einer Verschiebung des Geschlechterverhältnisses der Berufsangehörigen geführt. Der steigende Frauenanteil wird veränderte Verhaltensweisen zur Folge haben und wird wahrscheinlich mit dem Paternalismus als professionellem Gesicht der Medizin nicht kompatibel sein (vgl. Weidner, 2004, S. 42).

In der Pflege wird aktuell ein verändertes Berufsbild mit eigenständigen, vom Arzt abgrenzbaren Tätigkeiten diskutiert. Gegen die medizinische Tätigkeit der Diagnosestellung und Therapie, des Curing, betont Pflege die helfende Beziehungsarbeit, das Caring. Im Rahmen des Pflegekonzepts der Patientenorientierung werden Patienten nicht nur als Träger einer Krankheit betrachtet, „sondern als ganze Menschen mit einer Krankheit, aber auch mit vielen, noch intakten Seiten, die es aufrechtzuerhalten und zu fördern gelte“ (Dätwyler, 1995, S. 62). Pflegende charakterisieren die Begegnung zwischen Pflegekraft und Patient als Beziehung. Weiterhin wird dann diese Beziehung den Dimensionen der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene zugeordnet, bzw. es werden diese Ebenen in Verbindung miteinander gebracht“ (Weidner, 2004, S. 254). Mit einem solchen Berufsverständnis sehen sich Pflegende als Fürsprecher für den Patienten und als „Vermittler zwischen Arzt und Patient“ (Heidecker, 2004, S. 75).

Auf diese Weise wird der in der Medizin vorherrschende naturwissenschaftliche Krankheitsbegriff erweitert. Ausgehend von der Gesundheitsdefinition der WHO wird der Mensch als ein bio-psycho-soziales Wesen begriffen. Als Krankheit definierte Störungen der körperlichen Dimension haben demnach Auswirkungen auf die psychische und soziale Dimension des Menschen. Als Folge hieraus entstand ein neues Leitbild für die Pflege, die patientenorientierte Pflege, deren Wurzeln eher in der humanistischen Psychologie als in medizinischen Krankheitsmodellen zu suchen sind. Gesundheit und Krankheit werden als ein

dynamisches Geschehen begriffen und Pflege als Beziehungs- und Problemlösungsprozeß begriffen.

Pflege ist dabei, neue Paradigmen für sich zu entwickeln und alte Traditionen aufzubrechen. Eine eigene, wissenschaftlich abgesicherte berufliche Wissensbasis entsteht. Daraus wachsen Ansprüche an die eigenen Berufsangehörigen und an die anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem. Steppe (1994, S. 48) bringt dieses gewachsene Selbstbewußtsein zum Ausdruck: Pflegende „wollen an die Stelle von Selbstlosigkeit Selbstbewußtsein und eigenständige Fachkompetenz setzen, sie bieten den Medizинern Kooperation statt Gehorsam an“.

Wichtige Kennzeichen für eine gelungene Kooperation sind gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung. Die berufliche Aufgabe des anderen als Bezugspunkt des eigenen Handelns zu reflektieren ist für komplexe Interaktionen von zentraler Bedeutung. Zum optimalen patientenbezogenen Handeln gehört eine schnelle und treffsichere Feinabstimmung von Arzt und Pflegekraft. Wie weit der Alltag im Krankenhaus von diesen Kooperationsgedanken noch entfernt ist, zeigt eine Untersuchung von Hampel (2003, S. 301 ff). Sie untersuchte das berufliche Bild, das die Beteiligten voneinander haben und sich gegenseitig vermitteln. Sie machte eine „defizitorientierte Differenzbetonung der Berufsgruppen“ als konstitutiv aus. Beide Berufsgruppen schätzen demnach am anderen nicht die jeweiligen Qualitäten, sondern betonen das jeweilige Defizit. So bemängeln Pflegende bei Ärzten die (angeblich) fehlenden psychosozialen Kompetenzen. Ärzte vermissen bei Pflegenden eine an ihren eigenen medizinischen Interessen ausgerichtete Fachkompetenz und bedingungslosen Einsatz.

In gewisser Hinsicht ist im Krankenhaus von zwei völlig unterschiedlichen beruflichen Wert- und Handlungsmustern auszugehen. Einer hohen professionellen Autonomie und Kompetenzentwicklung auf Seiten der Ärzte steht eine höchstens als semi-professionell einzuschätzende Krankenpflege gegenüber, die ihre Eigenständigkeit erst in Ansätzen entwickelt hat. Eine Solidarisierung beider Berufsgruppen in der Form, das beide Seiten sich als Abhängige innerhalb der Organisation begreifen und bei strukturell bedingten Problemen gemeinsam und gleichberechtigt zusammenarbeiten, ist nicht vorhanden. (Ein Beispiel für diese Beobachtung bietet der Ärztestreik im Sommer 2006, als Ärzte einseitig für sich Vorteile erstritten, die wahrscheinlich auf Kosten anderer Berufsgruppen im Krankenhaus gehen.) So wundert es nicht, wenn der DAK-BGW-Gesundheitsreport 2005 resümiert: „Die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen wird nur von einer Minderheit der Befragten

eindeutig positiv beurteilt. Insbesondere die Kommunikation wird von fast einem Drittel eher negativ beurteilt“ (ebd., 2005, S. 42).

Das Verhältnis von Medizin und Pflege ist generell geprägt von einer Machtasymmetrie, die sich in Ungleichheit hinsichtlich der beruflichen Autonomie, des Status und der sozialen Anerkennung manifestiert. Das Innovationspotential, das durch eine gleichberechtigte Kooperation im Sinne einer humaneren Ausgestaltung des gemeinsamen Arbeitsfeldes eingebracht werden könnte, geht der Organisation Krankenhaus so verloren.

3.1.3 Heterogenes Berufsverständnis und seine Folgen

Zur Klärung des eigenen Berufsverständnisses ist die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen im Krankenhaus notwendig. Dahinter steht die Frage nach der eigenen Aufgabe und nach der Verortung der eigenen Leistung im System. Das Krankenhaus ist durch eine komplexe Organisationsstruktur und schwierige Statusverhältnisse gekennzeichnet. Die komplizierten Weisungsbefugnisse und Informationsebenen führen teilweise sogar zu konkurrierenden Zielsetzungen der einzelnen Berufsgruppen. Schon die unterschiedlichen Aufgabenstellungen und die damit verbundenen Handlungsmuster erweisen sich als sehr komplex und vielschichtig.

Ein großes Konfliktpotential bei der Verortung der Pflegeleistung resultiert aus der Heterogenität des Berufsbildes „Pflege“. Einerseits soll sie verantwortlich mitwirken bei der Erkennung, Heilung und Verhütung von Krankheiten, d.h. mitwirken bei Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation (KrPflG § 3). Damit ist klargestellt, daß es sich bei der Pflege nicht um eine selbständige Ausübung der Heilkunde handelt. Diese bleibt weiterhin den Ärzten vorbehalten. Pflege kann in diesen Bereichen nur auf Anordnung des Arztes tätig werden.

Andererseits werden der Pflege ebenfalls im § 3 KrPflG eigenverantwortliche Aufgaben ausdrücklich zugestanden. Diese Regelung wurde gegen den Widerstand der Bundesärztekammer in das Krankenpflegegesetz aufgenommen. Der Gesetzgeber weist der Pflege also eigenständig zu bearbeitende Aufgaben im Gesundheitssystem zu. Diese Eigenständigkeit, aus der eine selbstbewußte Zusammenarbeit mit der Medizin erwächst, ist den Pflegenden auch wichtig. „Betont wird die pflegerische Perspektive als eigenständige und nicht prinzipiell untergeordnete Sichtweise“ (Dätwyler, 1995, S. 63). Auch Heidecker stellt

bei ihrer Untersuchung fest, daß die meisten ihrer Probanden sich als „Vertreter eines eigenverantwortlichen, selbständigen Berufes ansehen“.

Konflikte entstehen für das Krankenpflegepersonal dann, wenn es als unterstes Glied Anordnungen ausführen und dem Patienten vermitteln muß, auch wenn diese ihnen zweifelhaft oder sogar inhuman erscheinen. Das Selbstbewußtsein der Pflegenden gegenüber den Ärzten verstärkt sich aber in letzter Zeit: „Drei Viertel der Befragten würden ihre Meinung äußern und sie mit dem Arzt diskutieren, wenn sie diese sachlich begründen könnten, über ein Drittel würde seine Meinung immer aussprechen, und nur 5 Prozent würde die Arztmeinung auch gegen ihr besseres (Ge)Wissen akzeptieren“ (Heidecker, 2004, S. 76). Hampel (2003, S. 300) bestätigt dies: „Die Pflegenden blicken sehr kritisch auf das ärztliche Verhalten, Entscheiden und Handeln“, hält sie als Aussagen von Ärzten über Pflegende fest.

Daß diese selbstbewußte Haltung noch lange nicht völlig durchgesetzt ist, machen die Angaben von ca. 30 Prozent der Pflegenden deutlich, die angeben, sich eher als „Handlanger für Ärzte und andere Berufsgruppen“ zu fühlen (Heidecker, 2004, S. 75). Das hat Auswirkungen auf das Selbstbild vieler Pflegender. Hampel (2003, S. 300) konstatiert: „Nicht die eigenen pflegerischen Strukturen sind die Basis des professionellen Selbstwertgefühls, sondern die direkte Resonanz, die sie durch Ärzte erfahren.“

Die „Expertenmacht“ der Ärzte führt gegenüber den Pflegenden zu einem asymmetrischen Verhältnis und wird von diesen auch durchaus als solches wahrgenommen. Während in der Grundpflege ein gewisses Maß an Autonomie besteht, werden Maßnahmen in Bezug auf die als weitaus wichtiger eingeschätzte Behandlungspflege von Seiten der Ärzte angeordnet: Diese hat aber im Selbstverständnis vieler Pflegender Vorrang vor der Grundpflege. Zur Problematik des Stellenwerts arztnaher Tätigkeiten durch Pflegende merkt Schnieders (1994, S. 109) an: „Hierbei ist zu berücksichtigen, daß die medizinischen Tätigkeiten einen sehr hohen gesellschaftlichen Stellenwert haben und schon deshalb von vielen Pflegekräften nicht gerne aufgegeben werden.“

Viele Krankenschwestern haben ein pflegerisches Selbstverständnis, in dem Medizin und arztnahe Verrichtungen als hochwertige und anzustrebende berufliche Tätigkeiten gelten. Diese Pflegende ziehen einen großen Teil ihres beruflichen Selbstwertgefühls aus dem Ansehen, das sie beim Stationsarzt haben. Deshalb sind sie bemüht, seine Rollenvorstellungen zu erfüllen (vgl. Hampel, 2003, S.300). Ihre berufliche Sicherheit beziehen sie „aus ihren

medizinischen Fachkenntnissen und (dem) damit verbundenen Respekt durch die Mediziner“ (Tewes, 2002, S. 315).

Problematisch sind solche Anpassungsmechanismen an die ärztliche Tätigkeit in vielfacher Hinsicht. Die medizinisch-technischen Kompetenzen einer Pflegekraft können hochspezialisiert sein, sie sind aber nahezu vollständig von der Medizin abhängig. Das berufliche Selbstverständnis ist also weitgehend fremdbestimmt. Es findet eine Herabsetzung der eigenen professionellen Kompetenz statt. Dies kann zu einer Distanz zu den eigentlichen krankenschwägerischen Inhalten führen. Gottschalck/Dassen untersuchten die Einstellung von Pflegenden zur Mundpflege. Mundpflege wird als eine originäre pflegerische Tätigkeit angesehen, die hohe Anforderungen an Wissen, Können und Einfühlungsvermögen stellt und die weitestgehend autonom von Pflegenden durchgeführt wird. Dennoch hat Mundpflege häufig keinen hohen Stellenwert bei Pflegenden: „Genau die Hälfte der Befragten (...) halten die Mundpflege für eine Routinehandlung, die keine besonderen Anforderungen an die Pflegenden stellt“ (ebd., S. 87).

Obgleich das Krankenpflegepersonal über eigenes Fachwissen verfügt und dieses auch autonom anwenden kann, wird dieses Wissen und Können im Vergleich zu arztnahen Tätigkeiten herabgesetzt. Dies führt zu einem Verlust des pflegerischen Selbstbewusstseins. Pflege degradiert sich selbst. Um hier eine Veränderung herbeizuführen, mahnt Tewes (2002, S. 129) die Entwicklung von positiven Selbstkonzepten für Pflegenden an, was in der Verantwortung der leitenden Pflegenden liegt.

3.1.4 Problematische Kollegialitätsverhältnisse

Unklare Aufgabendefinitionen, Unsicherheiten in der Ausführung, unterschiedliche Berufsauffassungen und schwer zu durchschauende Konflikte mit Ärzten und anderen Berufsgruppen können zu weitreichenden Kooperations- und Kommunikationsproblemen innerhalb des Krankenpflegepersonals führen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, darauf hinzuweisen, daß die Krankenpflegekräfte im Grunde keine einheitliche Berufsgruppe darstellen. Bereits die Organisationsform der Krankenhäuser weist auf eine Vielzahl von Differenzierungen (zum Beispiel kommunale und kirchliche Trägerschaften, Akut- und Rehabilitationskliniken usw.) hin. Innerhalb des Krankenhauses gibt es verschiedene vertikale und horizontale Ebenen, auf denen unterschiedliche Subgruppen der Krankenpflege tätig sind. Es bestehen verschiedene medizinische Disziplinen (Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde usw.), in denen Pflegearbeit geleistet wird, und unterschiedliche Spezialisierungen (OP, Diagnostik, Intensivpflege) wie Qualifikations- und Hierarchiestufen

(Krankenpflegehelfer/in, Krankenschwester/-pfleger, Stationsschwester/-pfleger, Pflegedienstleitung) von Pflegearbeit. Schließlich gibt es verschiedene Formen der Pflegeorganisation (Funktions- und ganzheitliche Pflege) oder genereller: unterschiedliche, mit der spezifischen Form betrieblicher Arbeitsorganisation, dem jeweiligen sozialen Verständnis der Pflegearbeit in Zusammenhang stehende Ausprägungen von Anforderungen und Ausführungsbedingungen. Diese Subgruppen unterscheiden sich untereinander in ihren Typologien und ihren unterschiedlichen Ausprägungen von Autonomie, Qualifikation und Hierarchie. Aufgrund dieser Differenzierungen kann in der Praxis kaum von einem einheitlichen Berufsverständnis aller Krankenpflegekräfte ausgegangen werden. Dätwyler (1995, S. 68) spricht deshalb auch von „Einheitlichkeit und Vielfalt.“ Allen gemeinsam ist der Wunsch, mit Menschen zu arbeiten. Daneben gibt es aber die verschiedensten Gründe, warum sie in der Pflege arbeiten. „Ebenso unterschiedlich sind die Präferenzen unter den beruflichen Tätigkeiten, vom Anleiten der Schülerinnen über exaktes Arbeiten bis zum „Guten Morgen sagen“ als Lieblingsarbeit.“ Allein schon die unterschiedlichen Auffassungen über das „Eigentliche der Pflege“ sind Ursache für ein spezifisches Konfliktpotential innerhalb der Berufsgruppe.

Neben den Spezialisierungen spielt auch die Zugehörigkeit zu den Alterskohorten eine Rolle. Aus den unterschiedlichen Lebens- und Berufsbiographien der einzelnen Krankenpflegekräfte lassen sich verschiedene Ansichten von beruflicher Arbeit ableiten. Besonders jüngere Krankenschwestern/-pfleger haben ein anderes Bewußtsein von beruflicher Arbeit; sie reagieren ungeduldiger und emotionsgeladener auf Schwierigkeiten und stehen dem Krankenhausbetrieb eher skeptisch gegenüber. Außerdem vertreten sie die Ansicht, daß im Krankenhaus zu- viel Routine herrscht und der Umgang mit den Patienten zu unpersönlich ist. Da das Einfühlungsvermögen bei jüngeren Krankenschwestern/-pflegern besonders hoch ist und sie damit mehr Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten aufbringen, verlangen sie tiefgreifendere und „humanere“ Veränderungen im Krankenhaus. Dies kann zu Konflikten mit älteren Kollegen führen, die aufgrund ihrer längeren Betriebszugehörigkeit in höheren Positionen sind. Insbesondere bei der älteren Krankenschwesterngeneration herrschen noch traditionelle Berufsvorstellungen vor. Deren lange Berufserfahrung kann zudem zu einem Vermeidungsverhalten führen: Schon um sich gegen Überforderungen zu schützen, werden die psychischen Probleme des Patienten ausgeklammert und Konflikte umgangen. Diese unterschiedlichen Betrachtungsweisen können tief greifende Kommunikationsprobleme zwischen den Pflegenden zur Folge haben. Statt Kooperation herrscht Konkurrenz, was durch

(altersbedingte) hierarchische Strukturen im Pflegedienst noch weiter verstärkt wird. Nicht überraschend ist die Konsequenz, die jüngeres Pflegepersonal im Alter von 25 - 29 Jahren zieht. Wie die NEXT-Studie (2005) ergab, erwägt diese Altersgruppe gut qualifizierter und leistungsfähiger Mitarbeiter am häufigsten, den Beruf zu verlassen.

In diesem Zusammenhang ist die grundsätzliche Einstellung zum Beruf von Bedeutung. Unterschiedliche berufliche Identitäten sind eine grundlegende Ursache von Konflikten. Rieder (1999) unterscheidet zwischen einer traditionell unberuflichen Richtung, deren Berufsauffassung sich mit „Pflege als Dienst und Liebestätigkeit“ beschreiben lässt und einer professionellen Sichtweise von Pflege, die auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen, wie derzeit die DRG-gesteuerte Finanzierung der Krankenhäuser, und konkrete Arbeitsbedingungen, wie Autonomie und am Patienten orientierte Arbeitsabläufe, im Krankenhaus einfordert. Diese Gruppe steht auch für erhöhte Qualifizierung und Akademisierung der Pflege (ebd., S. 109).

Das Aufeinandertreffen von „alter“ und „neuer“ Berufsauffassung in der Zusammenarbeit auf der Station führt oft zu Konflikten. Krankenpflegepersonal legt im Allgemeinen hohen Wert auf gute soziale Beziehungen am Arbeitsplatz. Ein funktionierendes Team erscheint als Voraussetzung für eine gute Pflege (vgl. Dätwyler, 1995, S. 63). Eine reibungslose Teamarbeit und gegenseitiger Respekt sind allerdings unter anderem vom jeweiligen Pflegeverständnis abhängig. So arbeiten Pflegepersonen mit einem ganzheitlichen Pflegeverständnis eher mit solchen Kollegen zusammen, die ein ähnliches Berufsverständnis aufweisen. Krankenpflegekräfte versuchen, ihr Arbeitskonzept strikt beizubehalten und lehnen Krankenpflegekräfte mit einem anderen Pflegeverständnis weitestgehend ab.

Brühe et al. haben in ihrer Untersuchung zur Situation der Pflege drei berufliche Denkstile identifiziert. Der pflegevorberufliche Denkstil ist gekennzeichnet durch ein hauptsächlich karitatives Verständnis. Der pflegeberufliche Stil beruht auf einem standardisierten, im alltäglichen Handeln erworbenen Erfahrungswissen. Als pflegeprofessionellen Denkstil bezeichnen sie die Verbindung von pflegerischem Erfahrungswissen, wissenschaftlichen Erkenntnissen und hermeneutischem Fallverstehen. Pflege mit diesem Denkstil bedeutet: „Pflegetheoretische Grundlagen, vorhandene Pflegekonzepte, der eigene Erfahrungsschatz und das in der Ausbildung erworbene systematische Fallverstehen der Pflegenden müssen in der hermeneutischen Fallarbeit in Einklang gebracht werden mit der spezifischen Krankheit,

der Pflegebedürftigkeit, der Problemlage und der individuellen und sozialen Situation des Patienten“ (ebd., 2004, S. 311).

Konflikte, die sich aus einem unterschiedlichen Berufsverständnis ergeben, werden durch die belastenden Rahmenbedingungen noch weiter verstärkt. Ein pflegeprofessionelles ganzheitliches Pflegeverständnis setzt zum Beispiel voraus, daß genügend Zeit für das Gespräch mit dem Patienten vorhanden ist. Gerade Zeit ist aber in dem von Hektik geprägten Stationsalltag kaum vorhanden, und dieser Mangel führt zu Frustrationen.

Die Pflegeberufe befinden sich zurzeit durch Professionalisierungsbestrebungen und Akademisierungsprozesse in einer Umbruchphase. Die Verständigung innerhalb der Berufsgruppe ist zusätzlich dadurch erschwert, daß in den verschiedenen Denkstilen dieselben Begriffe unterschiedlich belegt sind und die Bedeutung ausgehandelt werden muß.

Die fortschreitende Akademisierung bringt auch Ängste mit sich. „Mitgliedern des pflegeberuflichen Denkkollektivs muß es (...) schwer fallen, diese Bestrebungen stilgerecht zu behandeln, da sie ihrem Denkstil widersprechen“ (Brühe et al., 2004, S. 311).

Zeit zur Klärung von Konflikten zu finden, die aus unterschiedlichen Pflegeverständnissen resultieren, und die Bereitschaft zu haben, diese innerberuflichen Themen anzusprechen, ist eine anspruchsvolle, aber auch reizvolle Aufgabe einer Leitungskraft.

3.1.5 Pflegerische Leitungskräfte in der Sicht der Pflegenden

In der pflegerischen Arbeit nehmen die Pflegedienst- und Stationsleitungen eine Schlüsselposition ein. Ihre professionelle Kompetenz in Bezug auf Mitarbeiterführung und Leitung trägt in einem hohen Maße zur Arbeitszufriedenheit des gesamten Krankenpflegepersonals bei. Ein Gleichgewicht von Mitarbeiter- und Aufgabeninteressen ist in der Realität jedoch nur selten anzutreffen. Das mittlere und höhere Pflegemanagement steht aus Sicht des Krankenpflegepersonals stellvertretend für die Institution Krankenhaus und wird somit für die belastenden Arbeitsbedingungen mitverantwortlich gemacht. Abt-Zegelin sieht daher die Stationsleitungen als Vertreter des mittleren Managements besonders gefährdet Opfer horizontaler Gewalt zu werden (Die Schwester / Der Pfleger, 11 / 09, S. 1050). Diese haben von der Pflegedienstleitung keine Hilfe zu erwarten, denn die unklare Aufgabenstellung der Pflegedienstleitung, angesiedelt zwischen der Ärzteschaft und der Verwaltung, wirkt sich nachteilig auf das Verhältnis des Krankenpflegepersonals zu den Vorgesetzten aus.

In diesem Zusammenhang wird vom Krankenpflegepersonal besonders der Führungsstil der Vorgesetzten kritisiert (Neander et al., 1993, S. 569). Der Mangel an Leitungskompetenz, eine fehlende Transparenz der Entscheidungen und die ambivalente Einstellung zur Kooperation mit den Mitarbeitern von Seiten der Führungskräfte stellen für das Krankenpflegepersonal eine erhebliche Belastung dar. Im Spannungsfeld von Medizin und Pflege wird fehlendes Durchsetzungsvermögen der Pflegedienstleitung gegenüber dem ärztlichen Bereich als symptomatisch für die Krankenpflege angesehen und als frustrierend erlebt.

Nur ein Drittel der Mitarbeiter ohne Leitungsfunktion erwartet Unterstützung von der Pflegedienstleitung bei Anliegen des Pflegedienstes (vgl. DAK/BGW-Gesundheitsreport, 2006, S. 38). Je besser die Qualifikation der Pflegenden ist, desto kritischer wird das Führungsverhalten beurteilt: „Höher qualifizierte Pflegekräfte schätzen die Führungsqualifikation ihrer Vorgesetzten schlechter ein als Pflegekräfte ohne oder mit einem niedrigen Ausbildungslevel“ (NEXT- Studie, 2005, S. 35).

Das Erleben der Pflegedienstleitungen untersuchte Küpper. Die Pflegedienstleitung vertritt in der Krankenhausleitung mit der Pflege zwar die größte Berufsgruppe, erlebt aber in ihrem Berufsalltag, wie schwierig die Balance zwischen den Polen Wirtschaftlichkeit und Personal- sowie Patientenorientierung herzustellen ist. „Positive Erfahrungen in der Führungsposition, bspw. mehr Freiräume (zu) haben und Entscheidungen treffen (zu) können, werden von den meisten Befragten nicht mehr wahrgenommen, weil diese Freiräume überlagert sind durch Stressfaktoren wie Auseinandersetzung mit den anderen Berufsgruppen, den allgemeinen strukturellen Bedingungen, etwa eine(r) zu hohe(n) zeitliche(n) Belastung und zu umfangreiche(r) Personalverantwortung durch ein oftmals fehlendes mittleres Management (...)“ (Küpper, 1997, S. 368). Bei allem Verständnis für die schwierige Position der Pflegedienstleitungen bemerkt Küpper durchaus Schwachstellen bei den Führungsqualitäten wie „persönliche Blockaden, wie fehlende Kompetenz bei der Bewältigung der Arbeitsanforderungen“ (ebd., 1997, S. 368).

Zu unterscheiden ist in diesem Zusammenhang zwischen den Belastungskomponenten, welche sich aus der Funktion der Pflegedienstleitungen und der der Stationsleitungen ergeben. In der Untersuchung von Neander et al. (1993, S. 569) gaben die befragten Krankenschwestern an, daß die Belastungen aufgrund der Inkompetenz der Pflegedienstleitungen im Laufe der Jahre zugenommen hat: „Dies kann sicher so gedeutet

werden, daß der mehr oder weniger regelmäßige Umgang mit den Vorgesetzten den Eindruck der Inkompetenz verstärkt und das Gefühl bei den Pflegenden sich breitmachen kann, daß die Pflegedienstleitung die Pflegenden sicher nicht effektiv vertreten kann". Diese Kritik ist vor dem Hintergrund des hierarchischen Systems im Krankenhaus evident und hängt eng mit der organisatorischen Distanz zwischen Pflegepersonal und Pflegedienstleitung zusammen. Eben diese Distanz wird vom Pflegepersonal insofern kritisch betrachtet, als es sich bei der Pflegedienstleitung im Grunde um solche Personen handelt, die am weitesten von der pflegerischen Praxis entfernt sind, aber dennoch die größte Entscheidungsgewalt hierüber haben. Fehlerhafte Entscheidungen und ein praxisferner Umgangsstil aufgrund des hierarchischen Gefälles werden vom Krankenpflegepersonal oft als Kränkung und damit als besonders belastend empfunden: „Es bedarf keiner allzu großen Phantasie, um vor dem Hintergrund dieser „permanenten Kränkungen“ der Pflegenden durch die Vorgesetzten eine wesentliche Ursache für das immer wieder zitierte Burn-Out-Syndrom zu finden". (ebd., S. 571).

Da die Stationsleitungen näher an der pflegerischen Praxis arbeiten, können sich deren Leitungsdefizite noch gravierender auswirken. Oftmals steigen in die untere Führungsebene Mitarbeiter mit einer langen Betriebszugehörigkeit auf. Diese zumeist älteren Vorgesetzten verfügen aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation über einen pflegeberuflichen Denkstil, der sich durch eine wertkonservative Haltung zur Pflegearbeit auszeichnet und der auf einen funktional-reibungslosen Ablauf des pflegerischen Alltags abzielt. Auf der Grundlage eines solchen Berufsverständnisses haben sie zumeist wenig Interesse an tief greifenden Veränderungen. Jüngere Mitarbeiter mit einem progressivem, mehr professionellen Verständnis von Krankenpflege haben kaum die Möglichkeit, ihre Vorstellungen in organisatorischer und pflegerischer Hinsicht gegen jene durchzusetzen. Vielmehr erleben sie von Seiten ihrer Vorgesetzten eine permanente Kontrolle ihrer Arbeitstätigkeit. Rückmeldungen sind zumeist negativer Art, insbesondere wenn der Stationsablauf Störungen aufweist. Wie verbesserungswürdig das Führungsverhalten der Stationsleitungen ist, macht der Gesundheitsreport deutlich: „Das Verhältnis zum/zur direkten Vorgesetzten wird (als) ‚durchwachsen‘ beurteilt. Etwa ein Drittel empfindet nur wenig Arbeitserleichterung durch die Unterstützung des Vorgesetzten, durch unklare oder widersprüchliche Vorgaben werden allerdings nur 11,3 Prozent behindert. 63 Prozent fühlen sich durch ihre Führungskraft persönlich anerkannt, knapp ein Viertel verneint und fast ein Viertel hat Zweifel“ (DAK/BGW, 2006, S. 42). Neben einem autoritären Führungsstil werden die fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten kritisiert. Die vorgesetzten Krankenpflegekräfte würden sich

zudem oft hinter administrativen Aufgaben verschanzen, so daß Konflikte auf der interpersonellen Ebene nicht im notwendigen Maße ausgetragen werden können (vgl. Tewes, 2002, S. 259).

Die ambivalente Rolle der Stationsleitungen führt bereits bei Berufsanfängern zu einem Vermeidungsverhalten. Aus der Untersuchung von Neander et al. (1993, S. 70) geht hervor, "daß sich viele Berufsanfänger gar nicht erst an ihre Vorgesetzten (Stationsleitungen, Oberschwester) wenden, sondern versuchen, diese erste Hürde selbst zu bewältigen". Eine besondere Kritik von Seiten des Krankenpflegepersonals ruft diesbezüglich die mangelhafte Einführung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter hervor. Gerade in der Anfangsphase werden von den Vorgesetzten häufig keine Bezugspersonen zu deren Unterstützung bereitgestellt.

Über eine unbefriedigende Zusammenarbeit mit Stationsleitungen und Oberschwestern berichten auch viele Berufsabbrecher. Die o.a. NEXT-Studie stellt dazu fest, daß Pflegende, die häufiger über ein Verlassen des Berufes nachdenken, die Führungsqualitäten der Vorgesetzten als gering einschätzen (ebd., 2005, S. 35).

3.2 Zunehmende Ökonomisierung und die Folgen für die Arbeit im Krankenhaus

Während seit einigen Jahren die Ökonomie und das Qualitätsmanagement in der Arbeit eines Krankenhauses im Vordergrund stehen, stellt sich die Frage, ob nicht allmählich der „Faktor Mensch“ wieder ins Zentrum der Betrachtungen rücken sollte. Politik, Verbände und häufig auch die Träger von Krankenhäusern fokussieren sich auf das Ziel minimaler Kosten bei maximalem Nutzen in der Behandlung eines Patienten. Hierfür nutzen sie seit Januar 2004 das System der DRG (Diagnosis Related Groups).

Dieses neue Entgeltsystem löst die Abrechnung über tagesgleiche Pflegesätze, Pauschalen und Sonderentgelte ab und richtet sich nach diagnoseorientierten Fallpauschalen. Hierbei beurteilt der Arzt nach Abschluß einer Behandlung, welche Erkrankung einweisungsursächlich war und stuft diese mit Hilfe des DRG-Kataloges ein. Das Krankenhaus erhält von den Kostenträgern dann die für die jeweilige Fallpauschale geltenden Kosten erstattet. Des Weiteren fungiert das DRG-System auch als Patientenklassifikationssystem, das eine einheitliche Patientenversorgung gewährleisten soll. Die Ökonomisierung als weiterer Baustein des DRG-Systems versucht, einen regulierten Wettbewerb für eine effiziente Ressourcennutzung zu stimulieren und somit für eine möglichst hohe Qualität zu möglichst geringen Kosten zu sorgen. Hierbei werden Bereiche berührt, die bisher von der ökonomischen Rationalität ausgenommen waren. So wird es immer schwieriger, in dieser hocheffizienten Gesundheitsindustrie die existentiellen Momente von Krankheit, Leiden, Tod, überhaupt von Unsicherheit angesichts einer Diagnose zu thematisieren.

Durch den Umgang mit dem neuen System wird ein erhöhter Druck auf Ärzte, Pflegende und andere Mitarbeiter des Krankenhauses ausgeübt und die zeitlichen Ressourcen der genannten Personengruppen stark reduziert. Es ist die Frage, inwieweit der ökonomische Druck fachlichen Erfordernissen zuwiderläuft und das berufliche Ethos von Pflegenden (aber auch von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe) untergräbt. Denn eine krankheits- bzw. therapie-unabhängige Kommunikation verliert immer mehr an Bedeutung und ist auch aus Zeitgründen meist nicht möglich, obwohl sowohl Patienten als auch Pflegende oder Ärzte ihre Wichtigkeit erkennen.

Hier tritt eine Paradoxie zutage. Mit der eingeführten Verpflichtung zum Qualitätsmanagement sollte die Qualität von Behandlung und Pflege auch unter den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen gesichert werden. Schon allein der durch das Qualitätsmanagement empfundene Druck, den erforderlichen Dokumentationspflichten nachzukommen, verändert die Sichtweise der Mitarbeiter auf die eigene Arbeit, den Patienten und das eigene professionelle Selbstverständnis. Das neue System macht es den Ärzten und Pflegenden schwer, den Anspruch, sich dem kranken Menschen helfend und heilend zuzuwenden, mit den Anforderungen des Berufsalltags in Einklang zu bringen. Des Weiteren verändert sich die Position des Patienten, dem ein Mitspracherecht an seiner Behandlung und Pflege zugesprochen wird. Immer häufiger werden Stimmen laut, die die Unzufriedenheit der Mitarbeiter in der neuen Situation erkennen lassen: „Ich finde, die Kommunikation ist kürzer und aggressiver geworden. Ich finde, die Kommunikation ist unter größeren Druck geraten. In der Kommunikation äußert sich immer häufiger, finde ich, der Unterton von Vergeblichkeitserfahrung, von Frustration und in die Kommunikation fließt immer mehr die Enttäuschung mit ein: ‚Dafür bin ich nicht Pfleger, Arzt, Krankengymnast geworden‘“ (Manzeschke, 2007, S. 13).

Insbesondere Pflegekräfte mit hohem Berufsethos stellt das Szenario, das die deutsche Bundesärztekammer entwirft, vor persönliche Verwerfungen:

„Krankenhäuser sind keine sozialen Einrichtungen mehr. Es sind Dienstleistungsunternehmen. Sie werden geführt wie normale Wirtschaftsbetriebe. Über die Existenz entscheiden mittelfristig nicht mehr die Politik und der öffentliche Krankenhausplan, sondern Soll und Haben in der Bilanz“ (Bundesärztekammer, 2007, S. 13, zitiert nach Flenreiss/Rümmele, 2008, S.175).

Die Kommunikation im Krankenhaus ist einer der Hauptpunkte, die sich verändert haben. Hierbei spielt es keine Rolle, ob es sich um die Kommunikation zwischen Mitarbeitenden gleicher oder unterschiedlicher Berufsgruppen oder mit dem Patienten handelt. Die anwachsende Menge an zusätzlichen Informationen, die von den Fachkräften zu bewältigen ist und sich nicht allein durch Verteilung bearbeiten läßt, erfordert eine komplexere Kommunikation, die oft mehr Ressourcen in Anspruch nimmt, als zur Verfügung sind.

Daneben wird eine weitere Problematik sichtbar: Neben der komplexeren Kommunikation erfordert das DRG-System neue umfassendere Fachkenntnisse, bei denen bisher noch nicht klar ist, wer sie sich eigentlich aneignen soll. Die Frage ist z.B. noch offen, ob ein eigener Berufszweig für die Codierung geschaffen werden muss. Momentan übernehmen die Ärzte und

die Abrechnungsstellen der Krankenhäuser diese Aufgabe, wobei sich zeigt, daß die DRG-Codierungsabteilungen einen großen Einfluß auf das Denken der Beschäftigten haben.

Das System entwickelt seine eigene Dynamik. Die DRG haben eine einseitige Perspektive: *ein* Patient, *eine* Diagnose, *ein* eher standardisierter Behandlungspfad und *eine* Erlössumme. Bei der Vielzahl der multimorbiden Patienten ist diese Sichtweise aber zu kurz und verführt geradezu zum Mißbrauch. „Dabei erweisen sich die DRG in bestimmten Fällen sogar als unökonomisch, weil sie bei Mehrfachdiagnosen die Häuser dazu veranlassen, die Patientinnen und Patienten nach Behandlung und Abrechnung der ersten Diagnose wieder einzubestellen und erst dann die zweite Diagnose zu behandeln und abzurechnen, weil auf diese Weise höhere Erlöse erzielt werden können“ (Manzeschke, 2007, S.9).

Es kommt zu einer Reduktion der Strukturen und Prozesse auf betriebswirtschaftliche Belange. Überdies werden medizinische und pflegerische Leistungen erbracht, die zwar nicht indiziert waren, aber die Erlössituation des Krankenhauses verbessern. Eine solche Dynamik ist, auch unter medizinisch-pflegerischem Aspekt, alles andere als wünschenswert, werden doch Leistungen erbracht, die für den Patienten nicht sinnvoll, unter Umständen sogar schädlich sind. „Die Überformung des ärztlichen oder auch pflegerischen Professionsethos, eine fachlich angemessene Leistung zu erbringen, ist durch ein neues Selbstverständnis mit Händen zu greifen: wir müssen zur Erlössituation unseres Hauses beitragen und machen deshalb, was sich rechnet“ (Manzeschke, 2007, S.9). Diese Schilderung der nahen Zukunft bzw. Beschreibung bereits aktueller Situationen müßte alle betroffenen Entscheidungsträger hellhörig werden lassen.

Die Arbeitsrealität der Pflegenden verändert sich also dahingehend, daß der Patient zum gewinnbringenden Produktionsfaktor und nicht mehr gepflegt, versorgt, umhegt wird. Man könnte dies als eine Form der Entfremdung bezeichnen, die im Wesen einer technisch-ökonomischen Logik liegt. „Die Lust und der Spaß an der Arbeit gehen verloren. Das Lächeln schwindet aus den Gesichtern, die Mitarbeitenden passen ihr Handeln äußerlich an, innerlich aber gehen sie auf Distanz, erfahren sich als Opfer und Leidtragende einer Situation und die Patientin bzw. der Patient, die im Focus der Aufmerksamkeit stehen sollten, geraten aus dem Blick“ (Manzeschke, 2007, S. 12). Somit läßt sich auf Seiten der Mitarbeitenden in allen Berufen im Krankenhaus ein erhöhtes Maß an Unzufriedenheit und Resignation konstatieren.

Ein weiterer Aspekt, der von den Fachkräften beklagt wird, sind die vermeintlich zu geringen oder gar fehlenden Erklärungen über Neuerungen aus der Leitungsebene. Dieses Defizit an weiter geleiteten Informationen belastet das Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Führungskraft zusätzlich. Viele Krankenhausleitungen sehen sich selbst hilflos einem System unterworfen, dem sie sich zu stellen haben. Sie übersehen oder vergessen dabei, daß die Verbände der Krankenhausträger die beklagten Rahmenbedingungen selbst mitbestimmt haben. „Vorsteher und Manager in kirchlichen Krankenhäusern waren vor der Einführung der DRG überwiegend der Meinung, daß dieses neue System letztlich gerechter sei und sie in ihrer ohnehin schon sparsamen und effizienten Wirtschaftsweise belohnen würde. Zu wenig wurde dabei jedoch die Dynamik des Systems berücksichtigt, das keinen Ruhepunkt kennt, sondern tendenziell eine immer höhere Effizienz und Profitabilität anstrebt“ (Manzeschke, 2007, S.11). Diese offensichtliche Fehleinschätzung von Seiten des Managements wird nicht thematisiert. Vielmehr bietet sich das DRG-System als Projektionsfläche für alle strukturellen, nicht lösbaren Probleme des Hauses an. Viele Pflegende sehen sich nun in ihrer beruflichen Identität bedroht. Der Arbeitsdruck hat sich, wie oben ausgeführt, immens verstärkt. Objektive Parameter dafür sind die höheren Fallzahlen, die verkürzte Verweildauer und der Stellenabbau im Pflegebereich. Das betriebswirtschaftliche Denken, daß sich Produktionsmittel stets noch besser einsetzen lassen würden, stößt im Krankenhausbereich mittlerweile an seine Grenzen. Die Rationalisierungsmöglichkeiten sind irgendwann ausgeschöpft. Mitarbeitern über die Grenze ihrer Belastungsfähigkeit Leistungen abzufordern bedroht in gravierender Weise das gesundheitliche Wohl der Patientinnen und Patienten¹. Die Pflegeverbände haben auf diesen Zusammenhang bereits öffentlich hingewiesen. Eine sich anbahnende, technisch perfekte, aber weitgehend entmenschlichte Medizin und Pflege steht konträr zu dem Bild, das sich Pflegende von ihrem Beruf gemacht haben. Es entsteht eine Dissonanz zwischen dem persönlichen Ethos: „Dafür bin ich Schwester geworden“ und den erlebten Rollenanforderungen im Berufsalltag. Sie erleben die Erlössituation als handlungsbestimmend, nicht aber den hilfebedürftigen Menschen.

Diese Tendenzen zur Deprofessionalisierung und Demotivierung der Mitarbeitenden wird unter dem Aspekt einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung in naher Zukunft zum Problem werden.

¹ Der Zusammenhang zwischen Überlastung des Pflegepersonals und akuter Patientengefährdung wird aufgezeigt im „Pflegethermometer 2009“, einer Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung.

3.3 Rollenwandel im Gesundheitswesen

Lange waren die Rollen im Gesundheitswesen und im Krankenhaus klar verteilt. Doch mit den sich wandelnden Ansprüchen der Patienten und den Weiterentwicklungen speziell im Krankenhaus verändern sich auch Aufgaben und Selbstverständnis der Gesundheitsberufe. Diese Veränderungen werden einerseits beeinflusst vom Spektrum der Krankheiten, von technischen und wissenschaftlichen Erfindungen und nicht zuletzt von politischen Entscheidungen. Andererseits entwickeln sich auch Werte und Normen weiter und erfordern neue Modelle der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe.

Der demographische Wandel, der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt und die expandierende pharmazeutische Wirtschaft zwingen das Gesundheitswesen, und hier besonders das Krankenhaus, zu Veränderungen der Arbeitsabläufe und zu einer effizienteren Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen. Die Zahl der älteren Patienten steigt stetig an, wobei bei diesen meistens Mehrfacherkrankungen vorliegen. Ihre Versorgung erfordert komplexe Organisations- und Abstimmungsprozesse, für die eine fehlerfreie Zusammenarbeit aller Gesundheitsbereiche notwendig ist. Des Weiteren möchten immer mehr Patienten ambulant medizinisch und pflegerisch betreut werden und selbst im Pflegefall zu Hause bleiben.

Besonders stark haben sich die Erwartungen der Patienten hinsichtlich ihrer Behandlung verändert. Sie sind kritischer gegenüber der Medizin und gegen Institutionen geworden, und sie erwarten, in die Behandlungsplanung mit einbezogen zu werden. Kuhlmeier konstatiert hier deutliche Mängel, da 46 Prozent der Patienten selten oder nie vom Arzt über die Behandlungsziele informiert werden und 42 Prozent keine Anleitung zum Selbstmanagement erhalten. Sie schlußfolgert daraus: „Hierin zeigt sich ein bisher unzureichend abgedeckter Bereich der Patienteninformation und -schulung, den nicht-ärztliche Gesundheitsberufe verstärkt übernehmen könnten.“ (ebd., 2007, S. 25)

Auch der größer werdende Anteil der akademischen Pflegekräfte wirft weitere Fragen auf, da bisher unklar ist, welche Aufgaben sie überhaupt übernehmen sollen. Der Sachverständigenrat hat mit seinem Gutachten zur Entwicklung des Gesundheitswesens (2007) Wege und Möglichkeiten aufgezeigt. Grundsätzlich wäre ein nicht geringer Teil der ärztlichen Tätigkeiten

zumindest in Teilbereichen an Pflegefachkräfte übertragbar. Neben der bereits bestehenden Eigenständigkeit bei der Pflegebedarfseinschätzung und den pflegerischen Interventionen schlägt der Sachverständigenrat Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel sowie eine zeitlich begrenzte Delegation von Verordnungen bestimmter Medikamentengruppen als neue Aufgabenfelder vor.

In Deutschland besteht hier jedoch ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit. So ist unklar, welche spezifischen Aufgaben zu welchem Maß an welche Pflegekräfte mit welcher Fachlichkeit delegiert werden können. Es ist dringend also erforderlich, die juristische Problematik zu klären, um eine unkomplizierte Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen zu ermöglichen. Sicherlich werden hier aufgabenspezifische Fort- und Weiterbildungen ein wichtiger Aspekt werden. Der Sachverständigenrat regt im o.a. Gutachten eine gemeinsame akademische Ausbildung von Medizin und Pflege an.

Eine Möglichkeit wäre es, jedem Gesundheitsberuf Kernkompetenzen zuzuordnen, die überwiegend ihm zuzuschreiben sind, und daneben Poolkompetenzen auszulagern, die durch mehrere Berufsgruppen abgedeckt werden können. Hierunter könnten zum Beispiel präventive Aufgaben oder Patientenschulungen fallen. Es muß allerdings hierbei immer bedacht werden, daß eine Veränderung der historisch gewachsenen Kompetenzverteilung der Gesundheitsberufe ein behutsames Vorgehen erfordert. Ein Wandel der Zusammenarbeit läßt sich nicht einfach vorschreiben. Er erfordert ein Umdenken aller Beteiligten. Kuhlmeier resümiert: „Auch aus diesem Grund müssen Entwicklungen, die zu einer dauerhaften Veränderung der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen und zu neuen Rollen für die nicht-ärztlichen Heilberufe führen sollen, von Konzepten für die Aus- und Weiterbildung, einer kontinuierlichen wissenschaftlichen Fundierung des Handelns der nicht-ärztlichen Heilberufe sowie von der Gesetzgebung begleitet werden. Nur so kann ein Rollenwechsel in den Heilberufen gelingen und zu einer größeren Zufriedenheit der Beschäftigten sowie zu einer besseren Qualität der Versorgung führen“ (ebd., 2007, S. 29).

Das Land Rheinland-Pfalz hat diese Anregungen aufgegriffen und erprobt seit September 2009 in vier Krankenhäusern eine Neuverteilung von Aufgaben im Versorgungsprozeß der Patienten. Dabei soll eine Aufgabenverlagerung vom ärztlichen Dienst auf den Pflegedienst und vom

Pflegedienst auf pflegeunterstützende Mitarbeiter erprobt werden. Ziel dieser Modellprojekte ist es, die medizinisch-pflegerische Versorgung der Patienten zu optimieren.

3.4 Resümee

- Das Arbeitsfeld „Pflege“ ist weitgehend unstrukturiert. Eine gezielte Einarbeitung in neue Arbeitsfelder findet kaum statt. Es ist zu vermuten, daß eine gezielte Einarbeitung für neue Leitungskräfte in der Stationsleitung ebenfalls nicht stattfindet.
- Das Verhältnis von Medizin und Pflege ist generell geprägt von einer Machtasymmetrie, die sich in Ungleichheit hinsichtlich der beruflichen Autonomie, des Status und der sozialen Anerkennung manifestiert. Das Innovationspotential, das durch eine gleichberechtigte Kooperation im Sinne einer humaneren Ausgestaltung des gemeinsamen Arbeitsfeldes eingebracht werden könnte, geht der Organisation Krankenhaus verloren.
- Das Selbstbild der Pflegekräfte ist diffus. Obgleich die Pflege über eigenes Fachwissen verfügt und dieses auch autonom anwenden kann, wird dieses Wissen und Können im Vergleich zu arztlichen, medizinischen Tätigkeiten häufig als weniger wichtig eingeschätzt.
- Das Aufeinandertreffen verschiedener Pflegeauffassungen führt in der Zusammenarbeit auf der Station oft zu Konflikten. Zeit zur Klärung von Konflikten zu finden, die aus unterschiedlichen Pflegeverständnissen resultieren, und die Bereitschaft zu haben, diese innerberuflichen Themen anzusprechen, ist anspruchsvolle, aber auch reizvolle Aufgabe einer Leitungskraft.
- Die Führungskompetenz der Leitungskräfte wird von den Mitarbeitern als gering eingeschätzt. Sie sehen die Stationsleitung mehr mit organisatorischen Dingen befaßt und bemängeln fehlende Kommunikationsmöglichkeiten.
- Das DRG-Abrechnungssystem mit seiner rein ökonomischen Ausrichtung hat die berufliche Identität der Beschäftigten aller Gesundheitsberufe im Krankenhaus verändert. Eine sich

anbahnende, technisch perfekte, aber weitgehend entmenschlichte Medizin und Pflege steht konträr zu dem Bild, das sich Pflegende von ihrem Beruf gemacht haben. Die erfahrenen Anforderungen bewirken eine Entfremdung vom eigentlich gewünschten Beruf.

4. Die Stationsleitung als mittleres Management verstanden

4.1 Handlungsdimensionen

Die Hierarchiestufe der Stationsleitung im Krankenhaus wird allgemein der mittleren Führungsebene im Pflegedienst zugeordnet. Mühlbacher (2003, S. 130) definiert diese Führungsebene wie folgt: „Unter mittlerem Management versteht man alle Managementebenen, die mindestens einer höheren Ebene hierarchisch und disziplinar unterstellt sind und ihrerseits wiederum wenigstens einer Ebene hierarchisch und disziplinar übergeordnet sind.“ Die Übernahme einer Leitungsfunktion ist eine von mehreren Karrieremöglichkeiten im Pflegedienst. Mit einer Fachweiterbildung, etwa im Bereich der Intensivpflege, wird eine herausgehobene und verantwortliche Position in der täglichen Pflegearbeit erreicht. Eine Leitungsaufgabe ist damit nicht gegeben. Diese ist bezogen auf die Stationsleitung. Becker/Meifort (1994, S. 277) vergleichen die Stationsleitung von der Ausbildung und dem Aufgabenprofil mit dem Meisterabschluß in Handel und Gewerbe.

Über die spezielle Situation der mittleren Führungskräfte im Krankenhaus (Stationsschwestern) ist die Quellenlage dürftig. Im Gegensatz zur Position der Oberin sind Angaben zur Rekrutierung für die Position „Stationsschwester“ nur vereinzelt zu finden. Es kann aber angenommen, daß die beste Pflegeschwester die Führungsposition erhielt. Hohm (2002) erwähnt die vertikale Differenzierung der Leitungsrollen innerhalb des Pflegepersonals. Zwischen den Oberinnen und der Mehrzahl derjenigen Pflegerinnen, die unmittelbar am Krankenbett tätig waren, rangierten die Statusgruppen der Oberschwestern und Oberwärter auf der mittleren Leitungsebene der Pflegehierarchie. Ihre Aufgabe war die Leitung des Pflegepersonals im Krankensaal. Sie fungierten als Kontrollinstanz für das unterstellte Pflegepersonal, hatten organisatorische Aufgaben etwa in der Vorratshaltung zu verantworten und waren verantwortlich für die strikte Einhaltung der ärztlichen Anweisungen. Äußeres Merkmal ihrer herausgehobenen Stellung war die Begleitung des Arztes bei der Visite.

Auch heute bewerben sich nur wenige Pflegefachkräfte auf die Position „Stationsleitung“. „In der Regel – und das macht erfahrungsgemäß rund 90 Prozent aller Fälle aus – werden sie berufen oder ernannt. Dieser Titus wird geprägt durch eine für die Auserwählten attraktive Zuschreibung, die da lautet: „Sie machen das schon!“ (Thalhofer/Borutta, 2008, S. 28).

Die Position der Stationsleitung kann als eine in der Tradition des Krankenhauses stehende, unverwechselbare Position angesehen werden, die kraft ihrer Herkunft und ihrer Qualifikation

eine bestimmte soziale Rolle ausfüllt. Diese wird innerhalb des Berufes auch deutlich wahrgenommen. Die Rolle der Stationsschwester ist ein wesentliches Moment der hiesigen Krankenhauskultur. Zur Tradition des deutschen Krankenhauswesens gehört es auch, daß die Stationen eine relativ hohe Autonomie haben, die sich in der Arbeitsorganisation und im Stationsklima für Außenstehende bemerkbar macht. Es kann davon ausgegangen werden, daß auch ohne eigene Krankenhauserfahrung bekannt ist, was eine Stationsschwester ist. Die Stationsleitung ist in der Pflegehierarchie eine berufliche Aufstiegsposition. Für den Einzelnen bedeutet sie, ein Stück Karriere gemacht zu haben.

Die soziale und kulturelle Anerkennung der Stationsschwester ist aber ambivalent. Es gibt keine speziellen Zugangsvoraussetzungen, die über die berufliche Grundqualifikation hinausgehen. Erst im Rahmen der Zertifizierungsprozesse werden Weiterbildungen für Stationsleitungen als Qualitätsmerkmal benannt und gefordert. Für die Zukunft ist ein Bachelor-Abschluß in der berufspolitischen Diskussion.

Wie unstrukturiert sich das Arbeitsfeld „Stationsleitung“ darstellt, wird aus einer eigenen, im Mai 2000 durchgeführten Analyse von Stellenanzeigen für Stationsleitungen des Jahres 1999 und der Monate Januar bis April 2000 deutlich. Ausgewertet wurden insgesamt 294 Anzeigen aus Fachzeitschriften. Dabei ergab sich folgendes Bild: Formale Kriterien wie die Weiterbildung zur Stationsleitung (197 Nennungen) und mindestens dreijährige Berufserfahrung (138) lagen weit vor anderen gewünschten Kompetenzen. Führungskompetenzen, wie z.B. Organisationsfähigkeit (78), Führungskompetenz (61) lagen hinter der Forderung nach fachlichen Kenntnissen mit 108 Angaben. Wirtschaftliches Denken wurde nur in 46 Anzeigen gefordert.

Daraus läßt sich folgern:

- Die Anzeigen spiegeln ein unscharfes Berufsprofil der Stationsleitung wider.
- Die Weiterbildung zur Stationsleitung hat sich als Qualitätskriterium weitgehend durchgesetzt.¹
- Die Pflegefachkompetenz wird höher gewichtet als die Führungskompetenz.

Das Erfordernis, wirtschaftliches Denken zu fordern und betriebswirtschaftliche Kenntnisse als Voraussetzung für die Führungstätigkeit anzusehen, ist nur ansatzweise vorhanden.

¹ Diese Weiterbildung wird als pflegespezifische Form der Meister-Weiterbildung gesehen. In den meisten Bundesländern ist sie staatlich geregelt mit einem Volumen von 460 Stunden.

Die Autorität der Stationsleitung nach innen gegenüber ihren Mitarbeitern kann also nicht immer über einen besonderen Qualifizierungsweg begründet werden. Sie muß sich ihre unabdingbar notwendige Autorität erst durch besondere fachliche und/oder soziale Kompetenz erwerben. Hier liegt ein wesentlicher Unterschied zum Meister im Betrieb vor, der seine Qualifikation in vorgeschriebenen Ausbildungsgängen erworben hat. Zur Autorität der Meister schreibt Reindl (1998, S. 184): „Der Meister besitzt eine legitime Autorität aufgrund der schon erwähnten gesellschaftlichen Zuschreibungen und aufgrund seiner nachweisbaren Kompetenz. Es gibt ihn nicht nur, weil es halt in einem arbeitsteiligen Produktionsprozeß jemand geben muß, der koordiniert. Kollegial ist diese Autorität, weil der Meister aus derselben sozialen Schicht kommt wie die Arbeiter und weil er ihnen fachlich nahe ist. Er ist ein durch eigene Verdienste aufgestiegener Arbeiter, der aber kulturell und sozial die eigene Schicht dadurch nicht verläßt.“

Anders in der Pflege. „Nicht der eigene Berufsstand, seine Normen und Interessen, Identität, Karriere und Zukunft sind Berufs-Kern (wie beispielsweise tendenziell in der Medizin), sondern ‚der Patient‘. Dieser moralischen ‚Fremd-Orientierung‘ gegenüber wirken Karriere-Interessen, strukturelle und strategische Fragen, Suche nach Macht und die Darstellung eigener Leistung (...) als zweifelhaft selbstbezogen oder sogar unmoralisch“ (Wettreck, 2001, S. 30-31).

Für ein sinnvolles und effektives Miteinander ist ein Zusammenspiel von pflegerischer Betreuung einerseits und administrativer Steuerung andererseits unverzichtbar. Durch Grabenkämpfe zwischen Krankenhausmanagement und Pflegepersonal wird das gemeinsame Ziel aus den Augen verloren. Diese beiden Ansätze – das Pflegerische und das Administrative – sollen idealerweise in der Person der Stationsleitung vereint werden.

Flenreiss/ Rümmele (2008, S. 108)) bemängeln so: „Die beste Pflegekraft ist nicht die beste Pflegeleitung. Derzeit ist zu beobachten, daß die Beschäftigten fachlich hervorragend ausgebildet sind. Aber sie werden in ihrer Ausbildung nicht auf soziale Kompetenz, Management, Selbstorganisation und Zeitmanagement vorbereitet. Sie müssen dies während der Arbeit lernen und sind dabei oftmals sich selbst überlassen. Geordnete Ausbildungsplätze fehlen diesbezüglich noch völlig“.

Personalexperten müßten hingegen den Stationsleitungen verstärkt diese Kompetenzen in Weiterbildungslehrgängen vermitteln und entsprechende Verhaltensmuster mit den Pflegern einüben.

Erstaunlicherweise scheint nach Gerdes ein geringes Interesse an Fortbildungen im Bereich der Personalführung zu bestehen. Als mögliche Ursache hierfür kann angesehen werden, daß

Leitungs- und Führungsaufgaben weniger als professionelle Fähigkeit eingeordnet werden und ihnen damit zu wenig Wertigkeit zugesprochen wird (ebd., 2008, S. 132).

„Mit der gesellschaftlichen Forderung: ‚Pflege braucht Eliten‘ ist eine Entwicklung forciert worden, die verstärkt einen Aufbruch aus der herkömmlichen Pflege-Mentalität (der fehlenden Standespolitik, des Desinteresses an Strukturen und formalisierter Macht, der Sündhaftigkeit von Karriere) bedeuten könnte“ (Wettreck, 2001, S. 33). Dementsprechend müssen in die Ausbildung der Pflegekräfte administrative Kompetenzen implementiert werden, um die Voraussetzungen hierfür zu schaffen. Nur so lassen sich altradierte Hierarchiemuster aufweichen und aufbrechen.

Flenreiss/Rümmele kritisieren: „Das eigentliche Problem ist das System selbst. Die Menschen, die einen Gesundheitsberuf ergreifen, tun das, weil sie anderen helfen wollen. Sehr bald erkennen sie die Probleme im System. Die Unbeweglichkeit. Die strenge Hierarchie. Den politischen Einfluß. Und die Situation, daß nicht ihre Leistung und Zuwendung zu den Patienten zählt, sondern persönliche Kontakte zu Vorgesetzten, politisch Verantwortlichen oder Belegschaftsvertretern, die gerade in Kliniken über enormen Einfluß verfügen. Und sie versuchen, in ihrer anfänglichen Begeisterung für ihre Arbeit, dagegen anzukämpfen. Sie versuchen das System zu verändern und zu verbessern“ (ebd., S. 16).

Hinzu kommt ein schlechtes Image in der Gesellschaft: allgemein wird der Pflegeberuf zu wenig anerkannt. Renate Heinzmann und Gudrun Gille von der Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen postulieren: „Ein wichtiger Aspekt jeglicher Berufstätigkeit ist die Anerkennung, die man dafür erhält. Anerkennung im ideellen, aber natürlich auch im materiellen Sinn. (...). Alle müssen sich bewußt machen, welche große Bedeutung kompetentes, motiviertes und leistungsgerecht bezahltes Pflegepersonal für die Qualität der Versorgung der Menschen in unserem Land hat und verantwortlich mit dieser Ressource umgehen“ (ebd., 2005, S. 20).

Analog zur Position der Meister wird auch die der Stationsleitung in ihrem Dazwischen-Sein zwischen höherem Pflegemanagement (Pflegedienstleitung) und Mitarbeitern der Station als Sandwich-Position beschrieben. Die mittlere Führungsebene im Betrieb verbindet die Pole der planenden und der ausführenden Arbeit. Charakteristisch für eine solche Position ist, daß von Seiten der höheren Führungsebene erwartet wird, daß die nachgeordnete Führungsebene die betrieblichen Vorgaben gegenüber ihren Mitarbeitern durchsetzt. Umgekehrt erwarten die Mitarbeiter, daß die Stationsleitung ihre Interessen bei der Ausgestaltung der Arbeitsabläufe berücksichtigt. Der Reiz und die Schwierigkeit der Aufgabe der Stationsleitung besteht darin, den

Leistungsanspruch des Betriebes Krankenhaus zu verkörpern, aber eben nicht bedingungslos. Aufgrund ihrer relativen Autonomie hat sie die Möglichkeit, die Anforderungen so zu verändern, daß sie von den Mitarbeitern erfüllt werden können. Sie muß also die Interessen und Perspektiven der Mitarbeiter bedenken und versuchen, sie in ihr Führungshandeln zu integrieren. Das weit gespannte Aufgabenfeld der Stationsleitung soll im folgenden Abschnitt skizziert werden.

4.2 Arbeitsfeld Stationsleitung

In einer Zeit, in der von der Stationsleitung nicht nur stationsinternes Management abverlangt wird, sondern sich vielmehr auch die Perspektive auf das „Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus“ im Berufsbild Stationsleitung wieder findet, benötigen Vorgesetzte in der mittleren Führungsebene spezielle Kompetenzen. Die „Sandwichposition“ zwischen Patienten und Mitarbeitern einerseits und Krankenhausmanagement andererseits verleiht der Stationsleitung einen besonderen Status. Während Patienten sich vermehrt über Leistungs- und Behandlungsstandards des Krankenhauses kundig machen und gestiegene Erwartungen – auch hinsichtlich Ausstattung und technischem Standard – reklamieren, müssen die Angehörigen der mittleren Führungsebene die Bedürfnisse der Patienten mit den ökonomischen Vorgaben des Krankenhausmanagements und den Erwartungen ihrer Mitarbeiter an ihre Arbeitsaufgaben in Einklang bringen. Diese Gratwanderung gestaltet sich umso schwieriger, als die Stationsleitung eine besondere Position darstellt und für alle Mitarbeiter im Krankenhaus die gewohnten Strukturen und Rahmenbedingungen weg gebrochen sind. Das Streben des Managements nach Wirtschaftlichkeit auf der einen Seite trifft auf das Berufsethos des Pflegepersonals auf der anderen Seite. Um zwischen beiden Fronten erfolgreich zu vermitteln, bedarf es besonderer Kernkompetenzen. So gehören nach Banzhaf (2007) folgende Fähigkeiten zu einer erfolgreichen Stationsleitung:

- Transitionsmanagement, das meint die Fähigkeit Veränderungen, wie etwa die Zusammenlegung mehrerer Stationen, zu gestalten,
- Übernahme von Führung im Sinne eines Generalisten (Spezialistentum und Fachlichkeit wird in Zukunft weniger gefordert zugunsten von Führungsfähigkeiten),
- Übergreifendes Denken, anstatt Denken in Funktionen oder gar Berufsgruppen ,
- Denken in Prozessen (auch fachabteilungsübergreifend),
- Mitentwicklung von Behandlungspfaden,

- Gestaltung effizienter Arbeitsabläufe (Tagesabläufe auf den Prüfstand stellen - Fix- und Lehrzeiten, Inhalte, Häufigkeiten, Verantwortlichkeiten, Abstimmung zwischen Pflege und Service, usw.),
- Einbeziehung von Qualitäts- und Kostenaspekten (Minimierung von Wartezeiten)
- Verantwortliche Steuerung des Führungsbereiches im Rahmen der vorgegebenen Unternehmensziele (Budgetsteuerung, situativer Einsatz von Personal, Umsetzung von Stationszusammenlegungen),
- Übernahme von Kontrolle (Pflegecontrolling - im Sinne von Qualitätssicherung und Feedback),
- Kommunikative Kompetenzen, Konfliktfähigkeit,
- Verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Hierarchieebenen,
- Fähigkeit zur Teamentwicklung,

Diese eingeforderten Kompetenzen werden noch erweitert durch die Forderung nach bestmöglicher „Gestaltung der Arbeitsbedingungen für das unterstellte Pflegepersonal unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsprinzips“, wobei stets „die fachgerechte Durchführung ärztlicher Anordnungen im diagnostischen, therapeutischen und psychischen Bereich“ (Seel, 1995, S. 23) gewährleistet sein muss.

Aus all diesen Forderungen ergibt sich eine Fülle von Erwartungen an die Stationsleitung. So sollen z.B. betriebswirtschaftliche Vorgaben eingehalten werden, Veränderungsprozesse von den Führungskräften gestaltet und umgesetzt werden. Das Entwickeln von Lösungsansätzen und die Umsetzung der festgelegten Ziele sind ebenso Bestandteile des Berufsbildes der Stationsleitung. Autorität und Macht müssen souverän gehandhabt werden, um eine verstärkte Motivation der Mitarbeiter zu gewährleisten.

„Auch für die Mitarbeiter im Primärprozeß² mußten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es ihnen ermöglichen, sich fachlich und persönlich zu entwickeln. Sie haben täglich den direkten und häufigsten Kontakt zum Patienten und wollen oder müssen patienten- und kundenorientiert arbeiten. Oft können sie es aber nicht verwirklichen unter den allseits bekannten gesetzgebenden, ökonomischen und sozialen Sachzwängen mit ihren Auswirkungen direkt vor Ort“ (Parlow, 2003, S. 126). Nach Parlow bilden Stationsleitung und ihre Mitarbeiter einen Mikrokosmos im

² Als Primärprozeß soll hier die unmittelbare, direkte Pflege am Patienten verstanden werden.

Makrokosmos der Institution. Wichtige Kompetenz der Leitung muß es hiernach sein, die individuellen Persönlichkeiten im Team zu akzeptieren, die unterschiedlich sind hinsichtlich „Alter, Nationalität, Persönlichkeitsstruktur, Biografie, Belastbarkeit, Intelligenz, Qualifikation, fachlicher und sozialer Kompetenz, Motivation, persönlichen Fähigkeiten“ (ebd., 2003, S. 127). Pflorgeteams sind keine statischen Konstrukte, sondern unterliegen einem ständigen Wandel, z.B. bei Personalfluktuation, bei sich ändernden Lebensumständen – Schwangerschaft, Krankheit, Tod eines Angehörigen etc. – und bei geänderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Besondere Berücksichtigung durch das mittlere Management verdient die Teamstruktur und das daran angepaßte Führungshandeln. Laut Parlow muß die Stationsleitung besonders eingehen auf Leistungsschwache und Problemfälle, aber sie muß eben auch stark Belastbare erkennen und zielgerichtet einsetzen (ebd., 2003, S. 127).

Personalentwicklungsmaßnahmen sollen transparent gestaltet werden, um die Entscheidungsfindung der Stationsleitung für die Mitarbeiter nachvollziehbar zu machen. „Unsere Führungskräfte müssen in beiden Dingen versiert sein: Geld und Soziales. Sie müssen dieses Spannungsfeld aushalten können und es nicht auflösen in die eine oder andere Richtung“, sagt der Leiter des Bereichs Soziale Arbeit der Caritas Wien, Werner Binnenstein-Bachstein“ (Flenreiss /Rümmele, 2008, S. 123).

Als eine Auswirkung des 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetzes wird der postulierte Status des Patienten als „Kunde“ stark betont. Auf seine Wünsche sei besonders Rücksicht zu nehmen. Dazu kommt der starke wirtschaftliche Druck durch die Einführung des DRG-Abrechnungssystems. Gerade letzteres hat für alle Bereiche im Krankenhaus weitreichende Umgestaltungen eingefahrener Strukturen und Prozesse zur Folge. Die Stationsleitung nimmt dabei eine Mittlerrolle ein, und zwar bei der Weitergabe von Informationen und bei vielfältigen Konflikten zwischen „ihren Pflegekräften“ auf der einen Seite und Patienten, deren Angehörigen, der Pflegedienstleitung, Ärzten, der Verwaltung sowie den Versorgungsabteilungen auf der anderen Seite. Häufig sind sie auch bei Differenzen zwischen den Mitarbeitern der Station gefordert.

Die Stationsleitungen kennen die praktischen Handlungs- und Arbeitsabläufe aus unmittelbarem, täglichem Erleben und sind als meist langjährige Mitarbeiter vertraut mit den gewachsenen

Strukturen. Aus dieser Kenntnis heraus ist es ihnen möglich, Innovationen entweder zu fördern oder auch zu boykottieren.

In zahlreichen stationären Bereichen bedürfen überwiegend ältere, multimorbide Patienten der Pflege. Ihre Zahl wird aufgrund der demographischen Entwicklung voraussichtlich noch weiter ansteigen. Eine möglichst rasche Entlassung aus dem Krankenhaus, wie sie das DRG-Abrechnungssystem aus wirtschaftlichen Gründen erfordert, erscheint häufig inhuman und ruft bei vielen Schwestern Unbehagen, sogar Empörung hervor. Zwar liegt die Begründung für eine derartig schnelle Entlassung im ärztlichen Kompetenzbereich, berührt aber auch stark die Kommunikation zwischen den Pflegekräften und den Patienten, die ja eigentlich als Kunden gelten sollen!

Die Stationsleitung ist dabei unmittelbarer Ansprechpartner für ihre Mitarbeiter, für die Patienten und deren Angehörigen. In der alltäglichen Arbeit begegnet sie gemeinsam mit den anderen Pflegenden Menschen, die sich in einer psychischen Ausnahmesituation befinden. Es stellt eine hohe Belastung dar, hierauf bei der täglichen Arbeit angemessen zu reagieren. Die Stationsleitungen können sich turbulenten Ereignissen sehr viel seltener entziehen als etwa Pflegedienstleitungen oder Ärzte. Die immer komplexer werdenden Arbeitsabläufe zu organisieren und die wiederkehrenden zwischenmenschlichen Probleme zu bearbeiten sind hohe Anforderungen für die Führungskraft. Generelles Merkmal ist, daß die Stationsleitungen den entscheidenden wachsenden Teil ihrer Arbeit bei den Organisationsanforderungen sehen, gefolgt von den Anforderungen durch die Personalführung. Sie entfernen sich durch beides von der unmittelbaren Arbeit am kranken Menschen. Der Blick auf die Erfordernisse der Alltagsarbeit verändert sich. Die spezifischen Führungsaufgaben lassen sich unterschiedlichen Funktions- und Handlungsbereichen zuordnen

Die Leitungsrolle setzt sich also aus der Erneuerung ihres Bereichs, dem Transfer zwischen Organisation, Organisationseinheiten und Personen sowie der Stabilisierung des täglichen Ablaufs zusammen. Letzteres beinhaltet weitestgehend auch die frühere Rolle der Fachkraft. So entsteht ein Bild der Leitungstätigkeit, welches folgende Bestandteile enthält:

- Kompetenzen

Strittig ist, ob eine Stationsleitung hohe pflegfachliche Kompetenzen besitzen muß, oder ob ihre Kompetenz eher auf der Organisation und Personalführung liegen soll. Für viele Leitungen ist

diese Frage ein neuralgischer Punkt ihrer beruflichen Identität, haben sie sich doch bisher als Krankenschwester über ihre Pflegefachlichkeit definiert. Zentrales Kriterium zur Übernahme einer Position mit Führungsverantwortung in der mittleren Ebene sind nach einer Untersuchung von Pössel (2007, S. 35) die fachlichen Kompetenzen. Um Akzeptanzprobleme zu vermeiden sollte das Niveau nicht unter dem der Mitarbeiter liegen.

Reindl (1998, S. 186) bemerkt dazu, daß in kleineren und mittleren Unternehmen technisches und fachliches Wissen von Meistern einen hohen Stellenwert haben. „Technische und fachliche Könnerschaft, die heutzutage von vielen als zweitrangige Eigenschaften von Meistern angesehen werden, besitzen (...) noch eine hohe Wertigkeit.“ Ebenso merkt er an, daß die Meisterposition in der Regel nicht die Endstation der betrieblichen Karriere ist. Ob dies für die Stationsleitungen im Krankenhaus genau so zutrifft, ist eine zu untersuchende Fragestellung.

- Partizipation

In den meisten Krankenhäusern werden die Stationsleitungen bei den Entscheidungen beteiligt, die ihren Bereich betreffen. Ihre Meinung wird gehört, und ihre Erfahrung wird abgerufen. Viele Stationsleitungen merken aber kritisch an, daß ihre fachliche Expertise nicht genügend gewürdigt wird. Die betriebswirtschaftlichen und ärztlichen Interessen haben gegenüber denen der Pflege in der Regel den Vorrang.

- Personalführung

Die Stationsleitung ist mit erheblicher Steuerungsmacht ausgestattet. Ihr obliegt es, das Verhalten ihrer Mitarbeiter ziel- und ergebnisorientiert zu beeinflussen. Um dies erreichen zu können, ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den unterstellten Mitarbeitern von zentraler Bedeutung. Hierzu ist unabdingbar, daß die Stationsleitungen in ihrem Führungsverhalten glaubwürdig und authentisch sind. (vgl. Pössel, 2007, S. 35)

Konkrete Aufgabe ist die Arbeitsorganisation des ihr unterstellten Pflegepersonals. Die Personaleinsatzplanung unter Berücksichtigung rechtlicher Grundlagen (Dienstplanung und Urlaubsplanung) obliegen ihr. Darunter verbirgt sich häufig die Forderung der Pflegedienstleitung nach einem funktionierenden Ausfallmanagement bei durch Krankheit bedingtem Personalausfall oder plötzlicher Leistungsverdichtung.

- Betriebswirtschaftliches Handeln

Der hohe Kostendruck, unter dem die Krankenhäuser stehen, erfordert von den Führungskräften betriebswirtschaftliches Denken. Eine typische Formulierung in Stellenbeschreibungen lautet: „Ressourcen sind effizient einzusetzen und die Arbeitsabläufe sind mit dem Ziel der Optimierung der Versorgungsqualität zu optimieren“. (hier der Stellenbeschreibung für Stationsleitungen im Krankenhaus kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach entnommen)

- Personalentwicklung

Zur Personalführung steht den Stationsleitungen ein vielfältiges Instrumentarium zur Verfügung. Nach der o.a. Stellenbeschreibung ist sie zuständig für die Beurteilung der Probezeit und wirkt mit bei der Einleitung arbeitsrechtlicher Maßnahmen von Ermahnung, Abmahnung bis zur Einleitung eines Kündigungsverfahrens. Im Rahmen der Personalentwicklung soll sie den individuellen Fortbildungsbedarf ermitteln und Verantwortung und Kompetenzen delegieren.

Das Führungshandeln der Stationsleitungen bewegt sich zwischen der Durchsetzung von Leistungsansprüchen und dem weiten Entgegenkommen der Mitarbeiterwünsche. Zwischen diesen Polen besteht ein unmittelbarer Zusammenhang. Weil die Stationsleitungen um die private Situation und das pflegerische Können ihrer Mitarbeiter wissen und etwa bei der Arbeitseinteilung und/oder Dienstplanung berücksichtigen, wird von den Mitarbeitern auch etwas mehr Leistung erwartet. Einer Stationsleitung, die sich um ihre Mitarbeiter kümmert, wird nicht übel genommen, wenn sie ihrerseits Leistungen fordert. Zwischen den Teammitgliedern und der Leitung besteht nur eine geringe Distanz. Diese Situation der sozialen Nähe ist charakteristisch für die mittlere Führungsebene.

Die Rolle der Stationsleitung hat sich also in den letzten Jahren stark verändert. Hier spiegelt sich im Krankenhaus der allgemeine Trend der modernen Arbeitswelt wieder. Der Wandel des Krankenhauses zum Wirtschaftsbetrieb macht sich auch in den Anforderungen an die Leitungen bemerkbar. Die Entwicklung in der Organisation des Pflegedienstes ist dadurch gekennzeichnet, daß statt weitgehender Arbeitsteilung (Funktionspflege) begonnen wird, Einzeltätigkeiten zusammenzufassen (z.B. Bereichspflege, Primary Nursing, Case Management usw.)³. Mit dieser Umorganisation der pflegerischen Arbeitsabläufe sind vielfach eine Aufgabenerweiterung und -

³ Zu den o.a. Konzepten siehe z.B. Arets, 1996

bereicherung sowie zunehmende Überwachungs- und Steuerungsarbeiten für die Pflegenden verbunden. Für die Stationsleitungen erweitern sich die Aufgaben ebenfalls:

„Die Aufgabe bezieht sich auf die heute vielfach vorzufindende Situation veränderter Aufgabenzuschnitte. Die einzelnen Mitarbeiter benötigen umfassendere Tätigkeitsbilder, sie arbeiten in veränderter Weise intern und extern zusammen. Eine Gegenüberstellung von Anforderungen und (personalen) Möglichkeiten begründet das Konzept der Neuverteilung von Aufgaben.“ (Drewes et al., 2006, S. 22).

Neben fachlicher Kompetenz und Ergebnisorientierung liegt die neue Zielsetzung in der Leitung und Koordination von Gruppen mit unterschiedlichen Qualifikationen und daraus sich ergebenden unterschiedlichen Kompetenzen: selbstverantwortliche Pflegefachkräfte arbeiten zusammen mit Pflegehilfskräften, Schülern und Praktikanten. Pflegefachkräfte, die etwa im Rahmen des Pflegekonzepts der Bereichspflege ihre zugewiesenen Patienten selbstständig versorgen, haben andere Anforderungen an eine Leitung als Pflegenden, die die ihnen zugewiesenen Aufgaben routinemäßig erledigen.

„So ist die betriebliche Arbeitsorganisation weiter in Richtung des Einsatzes qualifizierter Fachkräfte, der Dezentralisierung von Verantwortung und der Flexibilisierung (...) gegangen“ (Drewes et al., 2006, S. 10).

Das alte Bild einer Stationsschwester, die autoritär ihre Station regiert, ist angesichts der beschriebenen Umwälzungen obsolet. Ein neues Bild kristallisiert sich aber erst ansatzweise heraus.

4.3 Überlegungen zur Organisation der Stationsleitung

Bereits die Einführung des Pflegeorganisationsmodells „Bereichspflege“ hatte die Position der Stationsleitung verändert. Im traditionellen Pflegeorganisationsmodell „Funktionspflege“ war sie zentrale Ansprechpartnerin für alles und jeden, besaß von daher mannigfaltige Informationen über jeden Patienten: die Fäden liefen sozusagen bei ihr zusammen.

In der Bereichspflege verteilen sich die Informationen über die Patienten auf mehrere Schwestern, die Stationsleitung ist zunehmend mit patientenfernen Tätigkeiten, wie Organisation und Administration, beschäftigt. Eine zentrale Verantwortung, etwa für die Pflegequalität, fehlt. Diese Entwicklung hat nicht dazu beigetragen, das Vertrauen von Patienten, Angehörigen und Ärzten in die Pflegenden zu stärken. In einer kritischen Auseinandersetzung mit verschiedenen

Organisationsformen kritisiert Stratmeyer: „Die Pflege war nicht mehr im Machtapparat der Klinik verankert. Die vorher zum Teil starken Stationsleitungen konzentrierten sich zunehmend auf Organisation und Administration. Zurück blieb ein pflegfachliches Machtvakuum, das dem hierarchischen Chefarztsystem noch weniger als vorher entgegenzusetzen hatte“ (ebd., 2007, S. 684).

Ein Aufgabenschwerpunkt einer Stationsleitung ist es also, durch das Herausstellen der Fachlichkeit, das Vertrauen in die pflegerische Kompetenz beim Patienten, den Angehörigen, den Ärzten, den Funktionsbereichen und der Öffentlichkeit zu stärken. „...zukünftig müssen besonders Leitungskräfte mehr Gewicht darauf legen, anderen Berufsgruppen, Kostenträgern und komplementären Versorgungseinrichtungen ein Leistungsversprechen abzugeben, das die spezifische pflegerische Kompetenz legitimiert. Das und nur das ist der Weg zur Professionalität“ (Stratmeyer, 2007, S. 684).

Aus diesen Überlegungen heraus entwickelte die Pflegedienstleitung des Diakonissen Krankenhauses Speyer ein spezielles Leitungsmodell für die mittlere Führungsebene. Die Führungsverantwortung wird in eine pflegfachliche Leitung und eine organisatorische Leitung aufgeteilt. Letztere hat dabei mehrere Stationen zu betreuen. Beide Leitungskräfte sind hierarchisch gleichgestellt.

Die pflegfachliche Leitung hat die Verantwortung für die Pflegequalität auf ihrer Station. Ihre Aufgabe ist es, das Team zu sensibilisieren, zu trainieren, zu beraten und auch den Pflegeoutput zu kontrollieren. In fachlicher Hinsicht ist die pflegfachliche Leitung den Schwestern gegenüber weisungsberechtigt.

In der Stellenbeschreibung sind als Aufgaben im Einzelnen benannt:

- Qualitätssicherung der pflegerischen Leistung unter Berücksichtigung der Rentabilität der Dienstleistung
- Überprüfung, Weiterentwicklung, Aktualisierung und Umsetzung der festgelegten Pflegestandards und der Pflegedokumentation
- Förderung und Überprüfung einer sachgerechten Leistungserfassung
- Durchführung von internen Qualitätsprüfungen
- Mitwirkung bei der Erstellung von Clinical Pathways und die Überwachung deren Einhaltung
- Durchführung von Patientenzufriedenheitsbefragungen
- Bearbeiten von Beschwerden zur pflegerischen Versorgung

(zitiert nach: interne Stellenbeschreibung Diakonissen Krankenhaus Speyer)

Unabdingbare Voraussetzung ist, daß die pflegfachliche Leitungskraft in allen auf ihrer Station vorkommenden pflegerischen Aufgaben eine hohe Kompetenz besitzt.

Konkret begleitet sie die nachgeordneten Schwestern bei der Arbeit am Patienten, Dokumentation, Arbeitsweise und Zeitmanagement werden besprochen und ggf. das Pflegearrangement dem erhobenen Pflegebedarf angepaßt.

Entscheidend für die Abrechnung ist es, daß die Dokumentationsrichtlinien eingehalten werden. So kontrolliert sie die Eingabe der DRG in die elektronische Datenverarbeitung.

Sie verkörpert die Pflegefachlichkeit. Dazu führt sie interne Qualitätsprüfungen durch und sorgt dafür, daß die Professionalität der Pflege nach innen und außen sichtbar wird.

Das ständig wachsende, wissenschaftlich fundierte Wissen der Pflege, drückt sich in den vom Deutschen Netzwerk für die Qualitätssicherung in der Pflege herausgegebenen Expertenstandards aus. Die pflegfachliche Leitung ist für die Etablierung der Expertenstandards auf ihrer Station verantwortlich.⁴

Auch Aspekte der Personalentwicklung gehören zu den Aufgaben der pflegfachlichen Leitung. Da sie mit den Mitarbeitern zusammenarbeitet, sie in ihrer Arbeit unterstützt und berät, kennt sie die Interessen ihrer Kollegen. Im Sinne einer aktiven Personalentwicklung ist es mit ihre Aufgabe, Kollegen für die entsprechenden Fort- und Weiterbildungen zu motivieren und der Pflegedienstleitung vorzuschlagen.

Die pflegfachliche Leitung ist also verantwortlich für eine fachlich fundierte, kompetente und prozessorientierte Pflege, die von allen Mitarbeitern des Teams geleistet und auch gewährleistet wird.

Um die pflegerische Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus voranzutreiben, sind stationsübergreifende, kollegiale Gremien unter Vorsitz der Pflegedienstleitung eingerichtet.

Aufgabe dieser Gremien ist die Besprechung aller qualitätsrelevanten Themen einer Stationsleitung, wie zum Beispiel neue Dokumentationsrichtlinien, Er- bzw. Überarbeiten von Standards oder Formularen. Die Umsetzung auf Station ist dann ihre Aufgabe.

Die Organisationsverantwortliche Leitungskraft übernimmt demgegenüber die organisatorischen und administrativen Aufgaben mehrerer Stationen. Ihr Aufgaben- und Handlungsbereich

⁴ 2010 sind folgende Expertenstandards veröffentlicht: Entlassungsmanagement, Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Harnkontinenz, Schmerzmanagement, Ernährungsmanagement, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

erstreckt sich alle Maßnahmen des Personal- und Sachmitteleinsatzes, der Ablauforganisation sowie der Beratung bei Baufragen und Investitionsentscheidungen für den Fachbereich.

Zum Personaleinsatz gehören Dienstplangestaltung und Urlaubsplanung. Da im Krankenhaus die Pflege rund um die Uhr sichergestellt sein muss, sind diese Aufgaben besonders heikel und verantwortungsvoll. Hier kollidieren häufig betriebliche Erfordernisse mit der persönlichen Zeitplanung der Mitarbeiter. Wie der Interessenausgleich zwischen betrieblichen Notwendigkeiten und den persönlichen Einzelinteressen gestaltet werden kann und welche Konfliktbereiche zu beachten sind, soll im Folgenden bildhaft dargestellt werden.

Für die persönliche Zeitplanung erwarten die Mitarbeiter, daß der Dienstplan frühzeitig fertig gestellt ist. Sie wollen ihre Wünsche berücksichtigt wissen; d.h. bevor der Dienstplan gestaltet wird, können die Mitarbeiter Dienstplanwünsche für die folgende Planungsperiode abgeben. Auf diese sollte nach Möglichkeit eingegangen werden, weil die Erfahrung lehrt, daß die Mitarbeiter wesentlich motivierter und engagierter zu ihrem Arbeitsplatz kommen und auch eher bereit sind, bei Personalengpässen einzuspringen, wenn ihrer Freizeitplanung Beachtung geschenkt wurde. Die Dienstplanung ist jedoch so vorzunehmen, daß der Organisationsverantwortlichen keine Bevorzugung Einzelner oder gar die Handhabung der Dienstplangestaltung als Machtinstrument vorgeworfen werden kann. Die Dienstplanung darf nur auf das Ziel der Motivation von Mitarbeitern und den effizienten Umgang mit Personalressourcen gerichtet sein. Diese Zielsetzung kommt sowohl dem Team als auch dem Unternehmen zugute. Da die Organisationsverantwortliche zur Planung der Dienste und des Urlaubs über persönliche und familiäre Besonderheiten der Mitarbeiter hinaus jedoch spezifische Informationen - zum Beispiel hinsichtlich ihrer Qualifikation, Erfahrung und Fähigkeiten als Schichtleitung - braucht, sind der intensive Kontakt und Austausch mit den qualitätsverantwortlichen Leitungskräften unbedingt notwendig.

Die organisationsverantwortliche Leitung ist in diesem Leitungsmodell für die Urlaubsplanung zuständig und somit Ansprechpartnerin für die Mitarbeiter in allen diesbezüglichen Fragen. Durch eine effiziente Urlaubsplanung können personelle Engpässe vermieden werden.

Ein besonderes Problem für den Betriebsablauf im Krankenhaus stellen (plötzlich) auftretende Vakanzen durch Krankmeldungen da. Da die Organisationsverantwortliche einen großen Pool an Mitarbeitern übersieht, gelingt es ihr besser, für Ersatz im Krankheitsfall zu sorgen, als dies der Leitung einer einzelnen Station gelingen könnte. Sie kann stationsübergreifend agieren. Ebenso kann sie Stoßzeiten im Arbeitsablauf von einzelnen Stationen und temporär begrenzte

arbeitsintensive Phasen abfangen, indem sie Personal von einer weniger belasteten Station auf die stärker belastete „verschiebt“ und damit ein Anhäufen von Überstunden verhindert. Solch arbeitsintensive Phasen sind zum Beispiel durch die tägliche Einsicht in die Belegungsstatistik der einzelnen Stationen zeitnah zu erfassen.

Von Vorteil bei diesen Planungsarbeiten ist, daß die organisationsverantwortliche Leitung mit dem Team einer Station nicht so intensiv zusammenarbeitet wie die qualitätsverantwortliche Leitung. So kann sie etwaige Personalverschiebungen mit weniger Emotionalität durchführen, als eine im Team stehende Leitungskraft dies könnte. Denn sie ist durch ihre relative Entfernung von den jeweiligen Stationsteams den Gefühlen und Stimmungen der Mitarbeiter viel weniger ausgesetzt.

Ein Ziel des DRG-System ist es, die Verweildauer im Krankenhaus zu verkürzen. Dadurch gewinnt das Entlassungsmanagement immer mehr an Bedeutung. Im diesem Leitungsmodell ist das Entlassungsmanagement ebenfalls dem Aufgabenbereich der organisatorischen Leitung zugeordnet. Hier ist sicherzustellen und zu überprüfen, ob alle für die Entlassung notwendigen Papiere vorhanden sind. Dazu gehören neben dem Arztbericht die erforderlichen Transportscheine und gegebenenfalls eine Pflegeüberleitung. Im Vorfeld der Entlassung, also noch während des Krankenhausaufenthaltes, hat die Organisationsverantwortliche gemeinsam mit den zuständigen Schwestern und dem Sozialdienst die häusliche Situation des Patienten eruiert und in Absprache mit dem Stationsarzt und dem Sozialdienst Maßnahmen eingeleitet, die eine weitere häusliche Versorgung gewährleisten, oder aber eine Heimunterbringung, Kurzzeitpflege oder Rehabilitationsmaßnahme in die Wege geleitet.

Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive und aus Sicht der Personalführung bringt dies einige Vorteile. Die Organisationsverantwortliche kann, ganz im Sinne der Geschäftsführung, die Organisation so gestalten, daß betriebswirtschaftlich gesehen eine größtmögliche Effizienz erreicht wird. Die Interessen der Mitarbeiter sollte die organisationsverantwortliche Leitung aber immer im Blick zu behalten, wenngleich sich betriebswirtschaftliche Strategien und Personalwünsche in den seltensten Fällen decken.

Im Bereich der Ausbildung ist die organisationsverantwortliche Leitung Ansprechpartnerin für die Krankenpflegeschule bezüglich der Schülerplanung für Lehrer- und Praxisanleiterbesuche. Die Lehrer der Schule (und das dortige Sekretariat) haben bezüglich der Planung der

erforderlichen Anleitstunden nur einen Ansprechpartner, was die Einteilungsplanung für alle Seiten erleichtert. Die Besprechung der fachlichen Qualität der Schüler ist wiederum Sache aller an der Ausbildung Beteiligten.

Im Bereich der Ablaufplanung verantwortet die Organisationsverantwortliche die Steuerung der neu aufzunehmenden Patienten auf die Stationen ihres Bereiches. Weiterhin ist sie zuständig im Bereich des Sachmitteleinsatzes für die Zuweisung und Anleitung einzelner Mitarbeiter in Zusatzaufgaben, wie zum Beispiel Tauglichkeitsüberprüfungen von Defibrilatoren und Notfallabsaugung. Planung und Moderation der monatlich stattfindenden Teamsitzungen, die Fotodokumentation, die Lagerhaltung, das Bestellwesen und das Führen von Mitarbeitergesprächen fallen in ihren Aufgabenbereich. Diese Aufgaben erfordern eine enge Zusammenarbeit und Absprache der Leitungen, insbesondere hinsichtlich der Planung und Moderation der Teamsitzungen. Dazu bedarf es einer Vorbereitung der Themen, die aufgabenbezogen verteilt werden.

Nach der Darstellung der Aufgabengebiete der pflegfachlichen und der organisationsverantwortlichen Leitung soll jetzt die Schnittstellenproblematik und das Konfliktpotential beleuchtet werden. Pflegefachliche und organisationsverantwortliche Leitung sind kompetenzbezogene Synonyme für verschiedene Ausprägungen der Stationsleitung. Die Stelleninhaber sind Menschen, die bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Führungsqualitäten, Fachwissen, Autorität, Erfahrung und Verantwortungsgefühl aufweisen müssen und die zur Erreichung betrieblich festgelegter Ziele und zur Erledigung ihrer Aufgaben dann eine eigenverantwortliche Stellung innehaben.

Im beschriebenen Führungsmodell müssen sich die „Rolleninhaber“ zum Erreichen des Gesamtziels, das heißt der effizienten und effektiven Leitung einer Station, ihrer Aufgabenteilung bewußt sein, was auf beiden Seiten eine Bereitschaft zur Kooperation notwendig macht. Ihnen muß klar sein, daß die Aufgabenstellung, genauso wie der Einfluß persönlicher Belange zu Kompetenzgerangel und Strukturvermischung führen können. Um dies zu minimieren, müssen sie ihr Verhalten immer wieder reflektieren und ihre Kommunikations- und Kompromissfähigkeit sowie Integrität unter Beweis stellen. Durch gegenseitige Anerkennung von Strukturen, Kompetenzen und Grenzen können sie im Gegenzug den Synergieeffekt dieser Aufgabenteilung nutzen und die Vorteile schätzen lernen. Die enge Zusammenarbeit zwischen Organisations- und

Pflegeverantwortlicher kann eine besondere Vertrauensbasis schaffen, die die Leitungen darin bestärken könnte, die pflegerischen Belange einvernehmlich und selbstbewußt den anderen Berufsgruppen zu verdeutlichen. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn sich alle Beteiligten vorurteilsfrei und offen auf dieses Führungsmodell einlassen.

Weiteres Konfliktpotential ergibt sich an den Schnittstellen zu anderen Leistungsbereichen im Krankenhaus. Wenn die Führungsstrukturen nicht klar und erkenntlich dargestellt werden, fließen Informationen nicht immer zielgerichtet, was zu Unsicherheiten und zum Verlust von Zeitressourcen aufgrund von dann notwendigen Telefonaten und persönlichen Gesprächen führt. Weitere Reibungsverluste können entstehen, wenn Mitarbeiter versuchen, Unklarheiten für ihre eigenen Belange auszunutzen. So wenden sie sich zum Beispiel mit Fragen, die den Dienstplan betreffen, an die pflegefachliche Leitung. Für viele pflegefachliche Leitungen stellt es nämlich ein Problem dar, für die Dienstplanung nicht mehr verantwortlich zu sein. Sie sind dann schnell geneigt, den Mitarbeitern entgegenzukommen.

In der täglichen Arbeit sind die kommunikativen Kompetenzen der Leitungskräfte gefordert, denn „(...) gelingende Kommunikation bedeutet, im Verlaufe der Beziehung die jeweilig eigene und gegenüberliegende Problemzone im Blick zu haben und gleichzeitig auf der Leistungsebene gemeinsam die Arbeit zu gestalten. Das klingt zunächst aufwendig und verwirrend und manch einer mag denken, es sei ein Umweg, Problemzonen zu beachten, anstatt die Arbeit zu gestalten. Wer ein wenig geübt ist, merkt jedoch, wie effektiv, befriedigend und reibungslos sich die Arbeit gestalten läßt, wenn sich beide Seiten im Prozeß wohl fühlen, weil die Problemzonen klein sind“ (Claßen, 2008, S. 89).

Die Etablierung dieses Führungsmodells hängt also stark von der Bereitschaft der Rolleninhaber ab, diese Organisationsform mit zutragen und durch Engagement, Kooperation, gute Kommunikationsformen, das Einhalten von Kompetenzgrenzen und Absprachen zu ihrem Gelingen beizutragen. Ebenso wichtig ist die Transparenz bezüglich der Struktur und der Aufgaben. Die wichtigsten Inhalte des Modells und die Namen und Funktionen der Rolleninhaber müssen den Teammitgliedern der Stationen, den Ärzten und sonstigen Beteiligten bekannt und vertraut sein.

„Je komplexer in eine Organisation eingegriffen wird, in etablierte Kommunikationsstrukturen, Aufgabenprofile, Rollen und Teams, desto größer ist die Gefahr des späteren Rückfalls in alte

Routinen. Wer es ernst meint mit der Umgestaltung, muß entsprechende Vorbereitungen treffen. Hierzu gehört, daß über einen längeren Zeitraum externe Stabilisierungsfaktoren, wie zum Beispiel eine Teammoderation oder Teamsupervision, verfügbar sind. Und hierzu gehört auch eine aktive Rückfallprophylaxe. Diese besteht in der Identifikation von Frühindikatoren des Scheiterns, im Feedback über Rückfalltendenzen und/oder in der formativen und summativen Evaluation“ (Stratmeyer, 2007, S. 34). Eine Teilung der Leitungsaufgaben in Organisation und Qualität ist durchaus überdenkenswert.

Durch diese organisatorische Teilung der „klassischen Stationsleitung“ kann eher gewährleistet werden, daß alle Aufgaben einer Leitung kompetent, kontinuierlich, vollständig und effektiv erledigt werden und eine Überlastung, die oftmals eintritt, wenn alle erforderlichen Aufgaben in einer Linienorganisation durch eine Stationsleitung allein erledigt werden müssen, nicht so leicht eintritt. Ein weiterer Vorteil dieser Organisationsform und Grund für eine Motivationssteigerung der Leitungen könnte sein, nun Aufgaben übernehmen zu können, die ihnen aufgrund von Talenten, Schwerpunkten oder Kompetenzen leichter von der Hand gehen.

Die Organisationsform kann zu einem prozeßorientierten Denken im Krankenhaus und somit zu einer maximalen Vernetzung von Pflegenden, Ärzten und anderen Berufsgruppen beitragen, indem die stationsübergreifend agierenden Organisationsverantwortlichen Strukturen erkennen, vereinheitlichen, optimieren und gleichzeitig Ansprechpartner für andere Berufsgruppen bezüglich organisatorischer Fragen sind. Die Qualitätsverantwortlichen sind sich ihrer pflegerischen Fachlichkeit und Professionalität stärker bewußt und sichern sich dadurch den Respekt der anderen Berufsgruppen, was ebenfalls zu einem Prozeßdenken aller Berufsgruppen beitragen kann, indem die Qualitätsverantwortlichen als Pflegeexperten zu Rate gezogen werden. Eine weitere Überlegung, für diese Aufgabenteilung zu plädieren, ergibt sich aus der Fragestellung: „Wie stellt sich Pflege heute dar, oder wie flexibel sind die Pflegenden, neue Wege beschreiten zu wollen?“ Die Pflegenden müssen sich aufgrund der aktuellen Entwicklung von der Illusion verabschieden, weiterhin das Gleiche tun zu wollen wie vor fünf, zehn oder zwanzig Jahren. Denn daß sich das Berufsbild in einem starken Wandel befindet, läßt sich durch neue Berufsbezeichnungen, Ausbildungen und Studienmöglichkeiten leicht belegen.

Wenn die Pflegenden (die meisten noch ohne akademischen Abschluß) die Stellung ihrer Berufsgruppe im Krankenhausbetrieb stärken wollen, ein Mitspracherecht beanspruchen und von den anderen Berufsgruppen ernst genommen werden wollen, müssen sie bereit sein, sich von alten, starren Strukturen zu lösen, und lernen, professionell aufzutreten. Dazu kann die

Kompetenzteilung von Pflegefachlicher- und Organisationsverantwortung ebenso beitragen, wie die Etablierung von speziellen Pflegeexperten, wie zum Beispiel Wundmanager, Case Manager, Stomaexperten, Dysphagieexperten oder Primary Nurses.

4.4 Übergang von der Fachkraftposition zur Leitungsposition

Bei den Stationsleitungen handelt es sich um eine Teilgruppe des mittleren Managements mit pflegerischer Sozialisation. Sie sind in der Regel Absolventen einer beruflichen Aufstiegsweiterbildung. Typisch in dem für die Stationsleitung relevanten Aufgabenbereich sind pflegerische Facharbeit auf Grundlage der Ausbildung in einem Pflegeberuf und die Wahrnehmung von Leitungsaufgaben für eine Organisationseinheit. „Im Zuge der berufl. Tätigkeit erhalten einige Fachkräfte Aufgaben, die für die Gruppe zu leisten sind. Diese Aufgaben können teilweise Führungsanforderungen einschließen. Eine weitere Ebene entsteht durch die Zuweisung einer formalen Führungsrolle mit Verantwortung, die sich jedoch auf eine Gruppe von Fachkräften bezieht. (...) Jeweils ist eine Veränderung der Arbeitsinhalte und -anteile von der Fachtätigkeit in Richtung Führungstätigkeit vorhanden. (...) Erfolgsmerkmal der führenden Person ist dann nicht mehr die eigene Leistung, sondern die von der geführten Gruppe in der Summe erreichten Ergebnisse“ (Drewes et al., 2006, S. 25).

Der Wechsel vom Pflegeberuf zur Stationsleitung stellt zwangsläufig einen Bruch sowohl in der Biografie als auch im Arbeitsalltag dar. Der Ausstieg aus dem gewohnten Pflorgeteam belastet emotional, da das Berufsbild der Stationsleitung als vergleichsweise einsame Position gesehen wird. Gab das Team bislang Sicherheit, so ist die neue Rolle als Stationsleitung exponiert und ohne Rückhalt durch in der Krankenhaushierarchie gleichgestellte Kollegen. Außerdem fehlt der kollegiale Austausch. „Pflgeteams bilden meist eine Kultur aus, in der Gleichheit und wechselseitige Solidarität dominieren und Rangunterschiede überstrahlen oder ganz ignorieren. (...). Die Aufgabe der neuen Vorgesetzten besteht nun darin, den hierarchischen Wechsel in einer neuen Art des Verhaltens und der Kommunikation zu vollziehen. Dies ist kein einmaliger Akt. Oft sprechen „interne Aufsteiger“ von der Einsamkeit in der neuen Rolle“ (Schneider, 2008, S.19). Mit dem Positionswechsel ändert sich auch die Form des Umgangs mit den früheren Mitarbeitern, da die vertraute Zugehörigkeit zum Team nun entfällt.

Während im Berufsbild „Pflege“ der Kranke im Fokus des Handelns steht, so tritt er beim Wechsel von der unmittelbaren Pflege in die mittlere Führungsposition für den Stelleninhaber in

den Hintergrund zugunsten logistischer und administrativer Aufgaben. Das ursprünglich ausschlaggebende Motiv bei der Berufswahl – eben die Pflege der Patienten – spielt nur noch eine sekundäre Rolle. Stattdessen wird die Mitarbeiterführung zum „Hauptgeschäft der Stationsleitung“. Völlig neue Kompetenzen, die im bisherigen Berufsalltag nicht gefordert wurden und somit eine komplette Neuorientierung erfordern, werden von den neuen Führungskräften erwartet. Diese große Erwartungshaltung seitens des Krankenhausmanagements, die den neuen Stationsleitungen entgegengebracht wird, führt dazu, daß sich viele der „Aufsteiger“ schlichtweg überfordert fühlen.

„Berechnet man die Personalkosten der ihnen unterstellten Mitarbeiter, das Inventar und die Sachmittel nur für die pflegerische Versorgung, so sind sie je nach Größe der Abteilung für ein sechs- bis siebenstelliges Budget verantwortlich, das Qualitätssicherungsgesetz mit seinen potenziellen finanziellen Sanktionen bei Nichtbeachtung noch gar nicht mitgerechnet“ (Parlow, in: BALK/Eisenreich, 2003, S.123). Daraus wird ersichtlich, welches Ausmaß an Verantwortung und Verpflichtung auf den Stationsleitungen lastet, und zwar sowohl unter menschlichen als auch wirtschaftlichen Aspekten, wie Parlow in o.a. Quelle weiter ausführt. Besonders für junge Stationsleitungen bedeutet es eine Herausforderung, die unterschiedlichsten Charaktere im Team zu koordinieren und je nach ihren eigenen Persönlichkeitsstrukturen gezielt einzusetzen und dementsprechend zu fördern.

„Unter dem Druck der Erwartungen der Kollegen, daß alles so bleibt wie es ist, verzichten Aufsteiger aus den eigenen Reihen gerne darauf, die neue Rolle als Vorgesetzter deutlich einzunehmen. Deutlich einnehmen meint dabei nicht das häufig diskutierte Umschalten von ‚du‘ auf ‚Sie‘, sondern offen und selbstverständlich bisher geleistete Arbeit abzugeben, um die neuen Führungsaufgaben wahrzunehmen. Häufig machen Aufsteiger aus den eigenen Reihen genauso weiter wie bisher, außer daß sie ab und zu an Abteilungsbesprechungen und anderen Sitzungen teilnehmen“ (Fischer, 2007, S. 144).

Laut Fischer fällt den neuen Führungskräften die „Delegation von Aufgaben“ oft schwer, da sie aus eigener Erfahrung wissen, daß die ehemaligen Kollegen generell einer hohen Belastung ausgesetzt sind. So bürden sich die neuen Führungskräfte selbst oft zu viel auf, bis sie dies endlich realisieren. „Erst wenn sie merken, daß sie im Alltag ständig überlastet sind und auch durch Wochenendarbeit das notwendige Maß an Führung nicht realisierbar ist, beginnen sie mit der systematischen Delegation von Aufgaben“ (Fischer, 2007, S. 144).

Gerdes merkt an, „daß die Stationsleitungen vor dem Hintergrund der erschwerten Startbedingungen eine geplante und systematische Einführung in die Position der Stationsleitung als nicht unbedingt notwendig ansehen, wenn die Pflegedienstleitung die Erwartungen der Stationsleitung hinsichtlich ‚Rückenstärkung bzw. Rückendeckung‘ erfüllt. Dieser Begriff bezieht sich auf eine erwartete emotionale und fachliche Unterstützung der Stationsleitung durch die Pflegedienstleitung und eine Stärkung der Position der Stationsleitung dem Team gegenüber in der demonstrativen Übereinstimmung von gemeinsamen Zielen. Wenn das Konzept der Rückenstärkung bzw. Rückendeckung nicht greift und sich kein Vertrauensverhältnis entwickelt, sind Stationsleitungen mangels struktureller Vereinbarungen auf sich gestellt und auch von der Pflegedienstleitung im Prinzip nicht erreichbar“ (ebd., 2008, S. 133).

Der Wechsel in eine Führungsposition kann also nur dann als positiv empfunden werden, wenn es der Stationsleitung gelingt, einen professionellen Umgang mit dem ehemaligen Team zu pflegen, wenn sie zudem fähig ist, Aufgaben zu delegieren und sich damit notwendige Zeitfenster für administrative Aufgaben zu schaffen, und wenn sie außerdem die notwendigen Führungskompetenzen mitbringt.

Die generellen Schwierigkeiten der Vorgesetztenrolle beschreibt Streich (in: Rosenstiel, 2003, S. 113 ff.). Die Vorgesetztenrolle wird als die unsympathischste Berufsrolle angesehen. Zwar beschreibt Streich nicht den Wechsel vom Team in die Vorgesetztenposition speziell, macht aber die Problematik des Vorgesetzten in der mittleren Hierarchieebene deutlich. Dieser empfindet sich nicht selten im Zwiespalt zwischen den Wünschen der Mitarbeiter (hier: des Teams der Station) und den Anforderungen der Krankenhausbetriebsleitung. Wenn dann noch die zu erledigenden pflegerischen Sachaufgaben umstritten sind befindet sich die Stationsleitung in einer äußerst schwierigen Situation.

Der zur Führungskraft aufgestiegene Mitarbeiter sieht sich also plötzlich mit einer Vielzahl neuer Anforderungen konfrontiert. Hier ist kommunikative Kompetenz gefragt, um zu eruieren, welche Erwartungen die Mitarbeiter des Pflgeteams an die neue Stationsleitung stellen. Dabei müssen auch implizite Erwartungen erspürt werden und im Arbeitsalltag Berücksichtigung finden. Bei wichtigen Entscheidungen – beispielsweise bei der Einführung neuer Techniken und Arbeitsabläufe – ist das Feedback des unterstellten Teams von großer Bedeutung, denn nur so

kann die Stationsleitung ja das pro und contra der Mitarbeiter erfahren und darauf gegebenenfalls reagieren. Professionelle Distanz erleichtert den Betroffenen den alltäglichen Umgang mit den ehemals gleichgestellten Kollegen. Dieser Abstand ermöglicht es den Stationsleitungen, bei heiklen Entscheidungen – z.B. bedingt durch berufliche Defizite seitens der Mitarbeiter – fachlich und sachlich zu bleiben. Die Verbundenheit zum ehemaligen Team und damit verbundene Emotionen müssen bei wichtigen Entscheidungen also zugunsten einer professionellen Distanz zurückstehen.

Die qualifizierte Stationsleitung zeichnet sich nicht notwendigerweise dadurch aus, daß sie die kompliziertesten Fachkraftaufgaben lösen kann. Sie sollte hingegen – aufbauend auf dem Fundament der Kompetenz einer Pflegefachkraft mit Erfahrung – ihre Rolle als Führungskraft bestmöglich erfüllen.

Neben dem Routinedienst muß die Stationsleitung zum einen als „Kordinator zwischen Pflegedienstleitung, Gruppenleitung und Ärzten“ (Gerdes, 2008, S. 24) fungieren und zum anderen auch die betriebsbezogenen Aufgaben erfüllen. Dazu gehören die Planung der Bettenbelegung – in Absprache mit den betreuenden Ärzten –, das Führen von Bettenbelegungslisten sowie die Weitergabe dieser Daten an den zuständigen EDV-Operator. Die Teilnahme an Arztvisiten gehört ebenfalls zum Aufgabengebiet der Stationsleitung wie auch die Überwachung der technischen Geräte inklusive eventueller Reparaturmeldungen. Die Überwachung der Arzneimittel- und Pflegemittelanforderung und die Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Lagerung derselben obliegen auch der Stationsleitung. Selbstredend müssen stets Hygiene- und Unfallverhütungsvorschriften sowie ein Katastrophenplan eingehalten werden (vgl. Seel, 1995, S. 24).

Auf die Frage, was eine gute Führungskraft in der Pflege mitbringen müsse, antwortet eine Angestellte des Luisenhospitals in Aachen: „Die Dinge sachlich und gerecht betrachten zu können und aufgeschlossen zu sein für die Argumente der Mitarbeiter. Sich nicht unter Druck setzen zu lassen und damit eigene Emotionen möglichst im Griff zu haben“ (zitiert nach Schneider, 2008, S. 9). Auf die Frage nach einem Erfolgsgeheimnis antwortet die Befragte, daß Kontinuität unabdingbar sei: „Nichts ist schlimmer als immer wieder neue Dinge anzufangen und nichts zu Ende zu bringen. Damit unterminiert man die Motivation der Mitarbeiter ganz entscheidend“ (zitiert nach Schneider, 2008, S. 9). Zu häufige und zu rasche Änderungen sorgen für Irritation auf Seiten des Pflegeteams, da hier der Eindruck entstehen könnte, daß das bisherig Geleistete von der neuen Stationsleitung nicht wertgeschätzt würde.

Ständiges Ziel der Stationsleitung muß die Mitarbeitermotivation sein. Selbständiges und eigenverantwortliches Arbeiten wird angestrebt, jedoch stets in Korrelation zu dem jeweiligen Potential des Mitarbeiters, da nicht jeder die gleichen Voraussetzungen mitbringt. Das schrittweise Übertragen von Verantwortung ist nach Schneider (2008) daher ratsam.

Wie diffizil der Einstand der Führungskräfte ist, belegt Schneiders Feststellung, daß „viele Neubesetzungen von Führungspositionen in der Pflege (...) innerhalb eines Jahres (scheitern)“ (Schneider, 2008, S.15). Selbstredend geht ein Scheitern mit negativen Auswirkungen für alle Beteiligten einher: die Stelle muß neu besetzt werden, die gescheiterte Führungskraft hat mit Selbstzweifeln zu kämpfen und sieht ihre Karriere im mittleren Management als gefährdet an. Und ein häufiger Wechsel führt beim Pflegepersonal zu Verunsicherung.

Weibliche Vorgesetzte tun sich mit der Vorgesetztenrolle noch schwerer als ihre männlichen Kollegen. „Augenscheinlich haben Frauen in Führungspositionen intensiver mit Gegebenheiten zu kämpfen, die ihnen ihre Führungsrolle unsympathisch erscheinen läßt“ (Streich, S. 114).

4.5 Prozeß der Akzeptanz der Leitung durch die Mitarbeiter

Wie bereits dargelegt, ist die Rolle der Pflegeleitung per se konfliktbelastet, da der Aufstieg in die Führungsposition bedeutet, daß man zwischen dem ehemaligen Team und dem Krankenhausmanagement, die je unterschiedliche Ziele verfolgen, agiert. Das Pflegepersonal versucht, trotz massiver Personalkürzungen und damit einhergehender permanenter Überbelastung, eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Dieses Bestreben entspricht dem klassischen Berufsbild des Pflegers bzw. der Pflegerin.

„(Der) Wunsch, ‚vom Bett weg zu kommen‘ – in die Leitung, die Weiterbildung, das Studium, einen anderen Beruf – gilt als Versagen vor Ort“ (Wettreck, 2001, S. 24).

„Wer in der Pflege ‚Karriere macht‘, verliert die Autorität vor Ort, die sich aus dem täglichen ‚Sich-Hineinknien‘ in die Pflege-Arbeit, aus der ‚richtigen Man-Power‘ ergibt. Er steht zudem unter dem chronischen Verdacht, in der richtigen Pflege versagt zu haben und die Flucht in die Karriere angetreten zu haben“ (Wettreck, 2001, S. 24).

Dementsprechend gestaltet sich die Akzeptanz durch das Pflorgeteam schwierig, wenn sich die Stationsleitung fortan zunehmend aus der unmittelbaren Patientenbetreuung zurückzieht und dadurch das Ethos des Pflegepersonals „verletzt“.

Die ohnehin angespannten personellen Gegebenheiten – und eine damit einhergehende stete Überbelastung der Mitarbeiter – dürfen aufgrund dieser labilen Situation nicht zugunsten rein marktwirtschaftlicher Kriterien aus den Augen verloren werden.

Das Krankenhausmanagement auf der anderen Seite versucht, den Krankenhausalltag straff und damit kostengünstig zu organisieren. Vorrangiges Ziel muß hier heute sein, das eigene Haus „am Markt zu sichern“ (Banzhaf 2007), gerade aufgrund der zunehmenden Konkurrenzsituation zwischen den Krankenhäusern.

„Zwischen 1994 und 2004 sank in Deutschland die Zahl der Kliniken um 7,3 Prozent und jene der Krankenhausbetten sogar um 14 Prozent. In Österreich hingegen schätzt der Hauptverband der Sozialversicherungsträger, daß jedes vierte Spitalsbett leer steht.

Angesichts derartiger Entwicklungen verändert sich in den Kliniken auch die Situation für das Personal. Der Unternehmensberater Roland Berger von Strategy Consultants rechnete anhand deutscher Beispiele bei einer Präsentation in Wien vor, daß die Kosten allein für das Pflegepersonal – die immerhin etwa 25 Prozent der gesamten Spitalskosten ausmachen – um zehn Prozent gesenkt werden können, wenn Dienstpläne besser gesteuert werden und das Personal flexibler eingesetzt wird. Denn trotz teurer Technik sind und bleiben vorerst die Personalkosten mit Abstand der größte Kostenfaktor im Gesundheitswesen. In Krankenhäusern entfallen etwa 60 bis 70 Prozent aller Ausgaben auf die dort beschäftigten Ärzte, Pflegekräfte und technischen Dienste. Sollen Kosten also nachhaltig gesenkt werden, muß man hier einsparen“ (Flenreiss, Rümmele, 2008, S. 15).

Dadurch ergibt sich für die Stationsleitung automatisch eine Mittlerposition zwischen diesen divergierenden Parteien. Die Pflegeleitung ist, wie oben ausgeführt, ihrem ursprünglichen Berufsbild zugunsten administrativer Verwaltungsarbeit entwachsen. Die ehemaligen Kollegen aus dem Pflorgeteam fühlen sich in der Folge im Stich gelassen, was die nachfolgende Aussage treffend formuliert, mit der ein Pfleger die Stationsleitung angreift: „Du machst ja nur noch Schreibtischarbeit“ (Ratz, 2009).

Insbesondere dann, wenn junge Pflegekräfte ohne zusätzliche Weiterbildung zur Stationsleitung aufsteigen, ist der Konflikt vorprogrammiert. Vor allem ältere, berufserfahrene Mitarbeiter fühlen sich übergangen und haben Schwierigkeiten damit, sich den Anweisungen der jungen Vorgesetzten unterzuordnen. Aus Sicht des Krankenhausmanagements jedoch bieten junge Stationsleitungen einen verführerischen Vorteil: sie sind, im Gegensatz zu ihren berufserfahrenen

Kollegen, vergleichsweise billige Arbeitskräfte. Darüber hinaus verhaften diese vielfach in fest eingefahrenen Strukturen und sind damit weniger formbar.

Auf lange Sicht lassen sich die Vorbehalte seitens der Mitarbeiter durch kommunikative Kompetenzen, Konfliktfähigkeit und die Fähigkeit zur Teamführung und zur Mitarbeitermotivation abbauen. Die Mitarbeiter sind motivationsbereiter, wenn die Stationsleitung ihre Autorität zwar ausübt, aber nicht zur Schau trägt.

Laut Schneider sollten die Stationsleiter „Schritt für Schritt Distanz zum Team aufbauen, ohne in absurdes Chefgebaren zu verfallen!“ (ebd., 2008, S.19).

Besondere Sensibilität erfordert das Führungsinstrument der Schichtbegleitung: die Mitarbeiter sollen Sinn und Zweck dieser Maßnahme erkennen und ihre eigene Leistungsfähigkeit besser einschätzen lernen (Parlow, 2003, S. 130). Fühlen sich die Mitarbeiter kontrolliert, ohne für sich selbst einen Nutzen in der Schichtbegleitung zu sehen, so ist die Maßnahme verfehlt und Konflikte zwischen Stationsleitung und Pflegern sind vorprogrammiert. Begleitung statt Prüfung ist also der Sinn der Maßnahme. So eingebettet lässt sich gegebenenfalls notwendige Kritik besser vermitteln. In einem angstbesetzten Klima löst die Schichtbegleitung hohen psychischen Stress bei den Mitarbeitern aus und ist somit wenig sinnvoll. Stattdessen sollte von den Stationsleitern eine vertrauensvolle Atmosphäre verbreitet werden, ohne dabei an Autorität einzubüßen. Parlow (2003) weist darauf hin, daß die Stationsleitung die wirtschaftlichen Aspekte der Institution Krankenhaus im Auge behalten muß und diese nicht zugunsten der Belange der Mitarbeiter aufgeben darf. Die Beurteilung des Mitarbeiters sollte demnach von Fairness getragen und nachvollziehbar sein.

4.6 Resümee

- Stationsleitung im Krankenhaus gilt als mittlere Führungsposition und verbindet zwischen der Pflegedienstleitung und den nachgeordneten Mitarbeitern. Es handelt sich um eine anerkannte Position, innerberuflich bekannt und respektiert.
- Den Mitarbeitern gegenüber muß eine Stationsleitung sich ihre Anerkennung erst durch besondere fachliche sowie personale und soziale Kompetenz erwerben. Kontrovers diskutiert wird das Verhältnis von Fachlichkeit zu den eher „weichen“ Faktoren wie personale und soziale Kompetenzen .

- Die Übernahme der Leitungsposition hat eine Entfernung vom Patienten zur Folge, was die Positionsinhaber in der Regel als Bruch in ihrer Identität als Pflegende erleben und nur schwer akzeptieren können. Unterstützende Maßnahmen, wie Supervision, werden kaum angeboten. Es kann nicht überraschen, daß auf der Position „Stationsleitung“ eine hohe Fluktuation herrscht.

5. Überlegungen zum Begriff „Führung“

In den vorherigen Kapiteln sind das berufliche Pflegesystem und die Organisation Krankenhaus ausführlich analysiert worden. Im folgenden Kapitel sollen Überlegungen zum Begriff „Führung“ entwickelt werden.

5.1 Allgemeines zu Führung

Führung ist so alt wie die Menschheit. Dennoch wird Führung erst seit relativ kurzer Zeit wissenschaftlich untersucht. Den Beginn der Führungstheorie kann man mit den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts ansetzen. Damals hatte sich Kurt Lewin¹ vor dem Hintergrund des aufstrebenden Faschismus mit der Frage auseinandergesetzt, wie es zu einem massenweisen Zustrom zu einer Führungspersönlichkeit kommen kann.

Die Frage war deshalb so neu, weil Führung bis dahin von weltlichen oder kirchlichen Herrschern wahrgenommen worden war. Dadurch war Führung immer gottgegeben und/oder Erbe einer Dynastie „von Gottes Gnaden“.²

Die wissenschaftliche Beschäftigung ist ein Phänomen der Demokratie: Erst die Wahlfreiheit der Führung bringt die Frage nach Legitimation und Führungsqualität mit sich.

Führung ist immer ein Spiegel ihrer Zeit und der jeweiligen gesellschaftlichen Grundwerte. Führung kann niemals ohne kontextuelle Einbindung in ihre gesellschaftliche Umgebung betrachtet werden.³ Wenn man sich mit der Frage nach Legitimation und Qualität von Führung beschäftigt, dann werden zugleich gesellschaftliche Menschenbilder und Ideen der Steuerung von Menschen thematisiert.

Führung findet immer statt in Organisationen. So sollen im Folgenden zunächst die Kennzeichen einer Organisation beschrieben werden.

5.2 Der Organisationsbegriff

Jede Gesellschaft ist geprägt von Organisationen. Organisationen sind z.B. Kindergarten, Schule, Betriebe wie Krankenhäuser, Altenheime aber auch Freizeiteinrichtungen wie Sportvereine oder im Bereich der Pflege die Schwesternschaften.

¹ Kurt Lewin (1890-1947) gilt als Begründer der modernen Sozialpsychologie.

² Zu Auswirkungen auf die berufliche Pflege siehe Kap.1 die Abschnitte über Schwesternschaften.

³ Für den Betrieb Krankenhaus siehe das Kapitel 3.1.2 „Pflege und Medizin“.

Organisationen sind ohne Menschen nicht existent, denn Menschen geben ihnen erst Bedeutung. Jedes Organisationsmitglied hat eine Vorstellung davon, wie es mit der Organisation und ihren Mitgliedern verbunden ist.

In Anlehnung an von Rosenstiel (2003, S. 368) werden die wichtigsten Eigenschaften von Organisationen skizziert:

- Organisationen sind Zusammenschlüsse von Personen, deren Zusammenwirken das Erreichen gewisser Ziele ermöglicht,
- Organisationen sind zielgerichtet, d.h. sie sind ausgerichtet auf die Erfüllung spezifischer Zwecke,
- Organisationen sind auf Dauer eingerichtet, was unter anderem durch die Komplexität und Beständigkeit ihrer jeweiligen Aufgabenstellung begründet wird,
- Organisationen sind arbeitsteilig gegliedert, was Verantwortungsbereiche, Rollendifferenzierungen und Machtungleichgewichte beinhaltet,
- Organisationen sind hierarchisch gegliedert, das bedeutet manche Mitglieder verfügen über mehr Weisungsbefugnisse als andere.⁴

Organisationen können also als zielgerichtete und relativ dauerhafte Zusammenschlüsse von Personen mit arbeitsteiliger und hierarchischer Gliederung definiert werden. Eine hierarchische Gliederung bedeutet dabei immer das Vorliegen festgelegter Positionen mit klarer Über- und Unterordnung.

5.3 Führung in Organisationen

Führung in Organisationen hat demnach ihren Zweck darin:

1. Die Organisationsmitglieder so zu beeinflussen, das ein gegebenes Ziel erreicht wird.
2. Durch Festlegen von Regeln und Normen die Organisation in ihrer formalen Struktur zu erhalten.
3. Klare Machtverhältnisse zu schaffen .

⁴ Vgl. Kapitel 4: „Stationsleitung als mittleres Management“

Das ist besonders erforderlich, denn die einzelnen Mitglieder identifizieren sich nicht automatisch mit Zweck und Ziel der jeweiligen Organisation, z.B. der des Betriebes Krankenhaus. Sie wollen vielmehr ihre eigenen Bedürfnisse befriedigen. So kommt es zu einem spannungsreichen Dualismus:

Auf der einen Seite steht der zweckorientierte Betrieb mit festen Strukturen der Arbeitsabläufe und den hierarchischen Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern, auf der anderen Seite steht das Individuum, dessen primäres Ziel es ist, sein Bedürfnis nach Selbstachtung zu befriedigen.

In manchen Organisationen wird versucht, diesen Dualismus durch Vorgabe fester Strukturen aufzulösen. Beispiele für solche beeinflussende betriebliche Strukturen sind z.B. Stellenbeschreibungen, Verfahrensvorschriften, Personalentwicklungsprogramme, Pflegestandards usw. Auch durch die konkrete Gestaltung eines Arbeitsplatzes kann das Verhalten der Mitarbeiter gesteuert werden. Je mehr Details geregelt sind, desto weniger Raum besteht für die Kreativität der Mitarbeiter. Die Tätigkeit der Vorgesetzten in der mittleren Ebene besteht in derart durchorganisierten Betrieben darin, den geregelten Ablauf zu überwachen und bei Störungen einzugreifen.

Stützt sich ein Betrieb lediglich auf Strukturen, droht die Organisation zu erstarren. Führung durch Menschen als Korrektiv und gestaltendes Element ist unverzichtbar. Denn „ (...) die Menschen – und hier insbesondere die Vorgesetzten – machen es aus, wie die Vorschrift in die gelebte Realität umgesetzt wird“. (von Rosenstiel, 2003, S. 5)

Aufgabe von Führung ist es, diesen Konflikt zwischen Organisation (hier: Betrieb Krankenhaus) und einzelner Mitarbeiter zu lösen. Jeder Mitarbeiter muß die Möglichkeit haben innerhalb der formalen Strukturen des Betriebes eigene Bedürfnisse zu befriedigen. Dies kann beispielsweise in informellen Strukturen geschehen, die der Einzelne aktiv mitgestalten kann. Es ist Aufgabe von Führung dafür zu sorgen, daß die Ziele des Betriebes und die Ziele der Mitarbeiter nicht zu weit auseinander klaffen.

Führung wird oft aufgefaßt als ein einseitiger Prozeß der Beeinflussung seitens des Vorgesetzten hin zu den Mitarbeitern. So beschreibt von Rosenstiel (2003, S. 4) Führung wie folgt: „Das Verhalten vieler Stelleninhaber in Organisationen wird zielbezogen beeinflusst.“ Konsequenterweise bezeichnet er Führung als „...zielbezogene Einflussnahme. Die Geführten

sollen dazu bewegt werden bestimmte Ziele, die sich meist aus den Zielen des Unternehmens ableiten, zu erreichen.“ (ebd., S.4)

Stordeur et al. beschreiben Führung als einen Prozess, in dem ein Vorgesetzter eine Gruppe von Mitarbeitern beeinflusst, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen (vgl. NEXT-Studie, S. 31). Die wichtigsten Herausforderungen für Führungskräfte sind dabei die Entwicklung langfristiger Visionen, die Stärkung der Bindung und der Aufbau von Teams und Strukturen um erforderliche organisatorische Veränderungen zu ermöglichen. Um ihre Ziele zu erreichen sollten Führungskräfte ihr Augenmerk auf die Motivation, Inspiration und Stärkung ihrer Mitarbeiter legen. Hier werden Eigenschaften herausgehoben, die ein Vorgesetzter haben sollte, um erfolgreich führen zu können. Der Versuch, Führungserfolg über die Identifikation bestimmter Eigenschaften des Vorgesetzten zu erreichen ist nach Neuberger (1995, S. 3) mehr als 2000 Jahre alt. Auch heute noch wird er genutzt, zum Beispiel zur Personalauswahl. „Die Eigenschaftstheorie der Führung konzentriert sich auf die Führungsperson und lokalisiert in ihr die Bedingungen sowohl ihres persönlichen Karriere-, wie des gemeinsamen Leistungs-Erfolgs“ (Neuberger, 1995, S. 61). Er geht von der überlegenen Persönlichkeitsausstattung von Führungskräften aus, wobei teilweise Uneinigkeit über die Eigenschaften herrscht, die erfolgreiche Führende besitzen. Bestimmte Charaktereigenschaften, die den Erfolg einer Führungskraft versprechen, werden durch Tests, Beobachtung, Nominierung, Einstufung oder biographische Daten erfaßt. Nicht analysiert ist, wie sich Persönlichkeitsmerkmale in Verhaltensweisen übersetzen, denn Eigenschaften allein können keinen Führungserfolg ausmachen. Es sind ja vielmehr Handlungen, die die Umwelt beeinflussen. Neuberger (1995, S. 65) stellt jedoch fest, daß einige erfolgsträchtige Eigenschaften in eigenschaftstheoretischen Untersuchungen mehrfach bestätigt werden konnten: Aktivität, Energie, Erziehung, sozialer Status, Intelligenz, Aufstiegs-wille, Dominanz, Selbstvertrauen, Leistungsmotiv, der Drang, andere zu übertreffen, Kontaktfähigkeit und soziale Fertigkeiten. Es gibt keine Führungskraft, die alle diese Persönlichkeitsmerkmale besitzt. Vielmehr werden Führungspersonen diese Eigenschaften zugeschrieben. Da es verschiedene Arten von Führenden gibt (politische, militärische, wirtschaftliche, gewerkschaftliche, religiöse) und männliche von weiblichen Führende unterschieden werden müssen, gibt es nicht *die* Führungseigenschaften, die für jede Führungsposition von Bedeutung sind.

Auch wenn die Eigenschaftstheorie letztlich nicht überzeugen kann, bleibt die Person des Vorgesetzten von Bedeutung. Denn in aller Regel ist der Vorgesetzte die dominierende Person eines Arbeitsbereiches: als Repräsentant der Organisationskultur übt er einen direkten Einfluß auf das Verhalten der Mitarbeiter aus. Vorgesetzte, die Mitarbeiter befähigen, sich an Entscheidungsprozessen zu beteiligen, schaffen hierdurch häufig ein günstiges Klima in ihren Arbeitsteam, das durch weniger interpersonelle Konflikte und Feindseligkeit und mehr kooperative Beziehungen gekennzeichnet ist. Das Übertragen von Aufgaben und das klare Festlegen von Arbeitsabläufen erhöht sowohl die Rollenklarheit, als auch die Arbeitszufriedenheit. Eine zu enge Kontrolle durch Vorgesetzte empfinden Mitarbeiter dagegen als zusätzlichen Druck zu den ohnehin hohen Arbeitsbelastungen.

Eine einseitig auf das Verhalten des Vorgesetzten fixierte Betrachtungsweise läßt die Rolle des Mitarbeiters rein passiv erscheinen. Dem widerspricht Weinert (in: von Rosenstiel, 2003, S.7) wenn er auf die Bedeutung der Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiter hinweist. Für ihn bedeutet Führung die Interaktion zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter mit dem Ziel der gegenseitigen Einflussnahme. Dabei haben Mitarbeiter durchaus die Chance, das Führungsverhalten ihres unmittelbaren Vorgesetzten in ihrem Sinne zu beeinflussen.

Diesem Gedanken trägt von Rosenstiel (2003, S. 7) Rechnung, wenn er Führung als ein mehrdimensionales Geschehen ansieht. Demnach ist Führung

- ein in allen sozialen Gruppen identifizierbares Geschehen,
- eine beabsichtigte soziale Einflußnahme, wobei offen ist, wer wen beeinflusst,
- und hat den Zweck, durch Kommunikationsprozesse Ziele zu erreichen.

Führung kann also als ziel- und ergebnisorientierte, aktivierende und wechselseitige soziale Beeinflussung zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben in und mit einer strukturierten Arbeitssituation verstanden werden.

In interaktionstheoretischen Überlegungen zum Führungsprozeß wird Führung als Produkt der Interaktion zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern aufgefaßt. Dabei wird das Führungsgeschehen nur zu einem Teil durch das Verhalten des Vorgesetzten beeinflusst, die Mitarbeiter beeinflussen ihrerseits den Führungsprozeß zu einem Großteil mit. Interaktion ist bei der Aushandlung der alltäglichen Arbeitsteilung dringend notwendig, denn eine Führungsperson kann zwar Anweisungen erteilen, aber oft müssen die Ausführenden im Verlauf des

Arbeitsprozesses spontane Entscheidungen treffen. Alle am Arbeitsprozeß beteiligten Akteure benötigen Handlungsspielraum zur aktiven Gestaltung wechselseitiger „Arrangements“, d.h. es laufen ständig Abstimmungsprozesse (Aushandlungen) ab, ohne die ein subjektives Verständnis des Arbeitsprozesses und der Arbeitsteilung durch die Beteiligten unmöglich bleibt.

Aushandlungen bestimmen demgemäß die Austauschbeziehungen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern. Dabei spielen Wahrnehmung, Bewertungsprozesse und Erwartungen, die an die individuelle Lerngeschichte geknüpft sind, eine große Rolle. Die subjektive Bewertung durch die Beteiligten führt allerdings dazu, daß man keine präzisen Verhaltensprognosen treffen kann. Für das Verständnis von Führung bedeutet diese Überlegung: Je stärker das Verhalten des Vorgesetzten den Erwartungen der Mitarbeiter entspricht, desto größer sind seine Einflußmöglichkeiten und sein Rückhalt bei der Arbeitsgruppe.

Betrachtet man Führung so als komplexen Interaktionsprozeß, stellt sich die Frage nach dem Rahmen, in dem Wechselwirkungen stattfinden, in dem kommuniziert wird und in dem Austauschprozesse stattfinden. Dazu muß die Vorgesetzten – Mitarbeiter - Beziehung näher beleuchtet werden. Nicht außer Acht gelassen dürfen die strukturellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer der Führungsprozeß abläuft.

5.4 Vorgesetzte – Mitarbeiter - Beziehung

Jedes Unternehmen besteht aus einem Beziehungsnetz, aus Interaktionen zwischen Menschen – seien es Mitarbeiter, Management, Kunden⁵, Zulieferer oder Abteilungen. Das Krankenhaus ist nur ein Spiegelbild einer gesellschaftlichen Situation. Menschen sind vom Grundsatz her Beziehungswesen. Sie alle brauchen ein soziales Umfeld.

Der Grund für soziale Beziehungen im Unternehmen liegt also darin, daß Menschen durch ihre Sozialisation generell den persönlichen Kontakt zu anderen suchen. Soziale Beziehungen in Unternehmen meinen Interaktionen zwischen Kollegen, im Zusammenhang mit Führungsprozessen allerdings solche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern. „Eine gute Führung muß die Beziehungen am Arbeitsplatz managen“ fordert Giersberg (2009, S. 10) und schlußfolgert weiter „ein guter Manager muß Beziehungsmanager sein“ (ebd. S. 10).

⁵ Ob der Begriff „Kunde“ auch auf Patienten im Krankenhaus zutrifft, wird in der Pflege kontrovers diskutiert.

Für Doppler (1999, S. 84) sollten Führungskräfte des mittleren Managements „(...) Kommunikationsmanager und Beziehungspfleger (sein). Denn in den zukünftig hochautomatisierten Steuerungssystemen wird es viele Einsame geben. Es könnte notwendig werden, die Menschen in der kommenden ungewohnten Form von teilautonomer Arbeitsteiligkeit nicht allein zu lassen. Ziel: ein zwischenmenschliches Sensorsystem aufzubauen, über das man rechtzeitig Stimmungen erkennt, beziehungsweise solche Stimmungen und Haltungen zu erzeugen, die helfen, notwendige Arbeitsbeziehungen und den für das Unternehmen notwendigen Zusammenhalt, das Gefühl, wesentlicher Teil eines übergeordneten Ganzen zu sein, aufzubauen und zu bewahren“. Das würde für Vorgesetzte, vor allen in der mittleren Ebene mit ihren unausweichlichen Face-to-Face-Beziehungen bedeuten: Sie müssen ihre Mitarbeiter in ihrer Individualität und Eigenart anerkennen, müssen sich als Teampartner verstehen und ein hohes Kooperationsvermögen besitzen.

Die Analyse von Führungsbeziehungen und -strukturen kann nach verschiedenen Gesichtspunkten erfolgen. Direkte/interaktive Führung besteht aus:

- der partizipativen Dimension: Kommunikationsbeziehungen, Partizipationsgrad, Konsultationsbeziehungen, Entscheidungsbeziehungen, Kontrollbeziehungen, Kooperationsbeziehungen und
- der prosozialen Dimension: Vertrauensbeziehung, Unterstützungsbeziehung, Konsensbeziehung, Konfliktbeziehung, Führungs- und Kooperations-Beziehungen.

Aus dieser Aufstellung geht nicht hervor, woran man eine „gute“ Führungsbeziehung erkennt oder was die Beteiligten dazu beitragen müssen. Einige Autoren schaffen Abhilfe und nennen Merkmale einer „gesunden“ Vorgesetzter – Mitarbeiter - Beziehung.

Steiger (2002, S. 15 f.) schreibt: „Eine gute Beziehung im Berufsalltag erkennt man nicht selten daran, daß sie einfach ‚funktioniert‘ und somit kein Thema ist. (...) Eine gute Beziehung ist manchmal so problemlos, daß sie auf Anhieb gar nicht präzise beschrieben und erst recht nicht definiert werden kann. Das ist wohl auch der Grund dafür, daß selbst in der psychologischen Fachliteratur der Beziehungsbegriff erst dann auftaucht, wenn von entsprechenden Störungen die Rede ist“. Er hält drei wichtige Faktoren für eine „gute“ und belastbare Beziehung als

grundlegend: Vertrauen, Toleranz und Interesse – auf beiden Seiten – und betont die Bedeutung der Beziehungspflege. Vernachlässigt man eine Beziehung, kann diese sich unbemerkt verschlechtern, und aus einer anfangs noch sehr guten Beziehung wird eine schlechte.

Die Beziehungspflege ist allerdings nicht mit einem allgemeinen, unverbindlichen „Nett-Sein“ zu verwechseln. Regnet (2003, S. 57 f.) präzisiert den eher allgemein gehaltenen Begriff. Sie sieht den Vorgesetzten in der Rolle des Moderators oder Coachs seiner Gruppe, der mit geschulten kommunikativen Fähigkeiten und Sensibilität für die Belange der Mitarbeiter ausgestattet ist, um diese in die notwendigen Prozesse der Entscheidungsfindung einbinden zu können.

Eine Führungsperson trägt positiv zum Betriebsklima bei, wenn sie Vertrauen in ihre Mitarbeiter hat, sie in Überlegungen einbezieht, dienstlich und privat Verständnis zeigt, gerecht ist, sich eigene Fehler eingesteht, hilfsbereit ist und sich vorbildlich verhält. Ebenso, wie ein Mitarbeiter Fehler macht, ist der Vorgesetzte auch nur ein Mensch, der kleine Schwächen haben darf. Der ideale Vorgesetzte ist kein Roboter. Neuberger (1995, S. 105) bringt zum Ausdruck, daß ein Vorgesetzter seinen Mitarbeiter „als konkreter Mensch mit Stärken und Schwächen, Wünschen und Ängsten, spezieller Vergangenheit und Zukunft gegenüber (tritt)“.

Die Schwierigkeit bei der Ausgestaltung einer Führungsbeziehung liegt im jeweils richtigen Maß. Wie viel Freiheiten darf eine Führungskraft den Mitarbeitern zugestehen? Wo hat Verständnis Grenzen? Können die Bedürfnisse eines jeden Menschen befriedigt werden? Wie viel Nähe ist „erlaubt“? Steiger (2002, S. 22f.) warnt vor den Gefahren einer „zu gute(n)“, d.h. zu freundschaftlichen und persönlichen Beziehung. Manch ein Mitarbeiter, der als „Freund des Chefs“ gegenüber den Kollegen nicht übervorteilt erscheinen will, leistet ständig zu viel. Ein Vorgesetzter, der einen bestimmten Mitarbeiter nicht bevorzugen möchte, fordert von diesem besonderes Engagement und scheut sich vor einer Beförderung.

Positive zwischenmenschliche Beziehungen am Arbeitsplatz sind nicht nur wichtig für den einzelnen Mitarbeiter oder Vorgesetzten, sie haben daneben großen Einfluß auf das allgemeine Betriebsklima. Dieses kann als das Menschliche in einer Organisation verstanden werden. Ursachen eines negativen Betriebsklimas können unter anderem sein: die Bildung oppositioneller Gruppen, mangelnde Informationsbereitschaft, unzureichender Erfahrungsaustausch, fehlendes Gemeinschaftsbewußtsein sowie notdürftige Zusammenarbeit. Das Verhalten der Vorgesetzten prägt dabei maßgeblich das Betriebsklima mit. Ein gutes Betriebsklima trägt zur Arbeitszufriedenheit bei.

Nach Kehr (2000, S. 39) der auf eine Feldstudie von Hollander und Kelly aufbaut, ist „(...) gute Führung durch Aufmerksamkeit gegenüber den Geführten sowie durch Unterstützung und Lob gekennzeichnet. Dies führte bei den Geführten in der Selbstauskunft zu höherer Partizipationsbereitschaft, höherer Zufriedenheit und zu dem Gefühl, Wertschätzung zu erfahren. Arbeitszufriedenheit ist hier ein Schlüsselbegriff, wenn es um das persönliche Wohlergehen, Gesundheit, Lebensfreude und Selbstverwirklichung geht. Für Unternehmen ist es ein klarer Wettbewerbsvorteil, wertvolle Arbeiter zu gewinnen, zu halten und zu fördern, also zufriedene Mitarbeiter zu beschäftigen.“

Arbeitszufriedenheit wird auch als Garant für Arbeitseffizienz aufgefaßt. Sie wird dadurch erreicht, daß die Erwartungen, Ansprüche und Werte der Mitarbeiter mit denen der Organisation in Einklang sind. Was die Bedürfnisse der Mitarbeiter betrifft, hat sich in der letzten Zeit ein Wandel vollzogen, den Regnet (2003, S.56) veranschaulicht. So ist es in den westlichen Industrieländern in den letzten zwanzig Jahren zu einem grundlegenden Bedürfniswandel gekommen. Ging es dem Menschen früher im Wesentlichen um ökonomische Sicherheitsbedürfnisse, so stehen heute mehr die Bedürfnisse nach Anerkennung, Wertschätzung, Prestige und Selbstverwirklichung im Vordergrund. Auch die allgemeinen Wertorientierungen haben sich verändert. Standen früher Begriffe wie Gehorsam, Ordnung, Pünktlichkeit, Fleiß usw. auf der Werteskala ganz oben, so legen Menschen heute mehr Wert auf Selbstverantwortlichkeit, Mündigkeit, Kreativität. Sie konstatiert: „Der Absolutanspruch der Arbeitsethik hat sich überlebt“ (ebd., S.56). Giersberg (2009, S. 10) bestätigt diesen Befund wenn er zu den Kriterien für Arbeitszufriedenheit zusammenfassend feststellt: „Weit vor Geld komme der Wunsch nach Verantwortung, noch „etwas bewegen zu können“, einem Team guter Kollegen und nach Anerkennung durch die Vorgesetzten.“

Die Erkenntnis, daß die Vorgesetzten eine wichtige Rolle bei der Effektivität der Mitarbeiter spielen, ist nicht neu. Offensichtlich werden viele Führungskräfte dieser Aufgabe aber nur unzureichend gerecht. Giersberg (2009, S.10) weist auf bestehende Defizite hin. „In den Beziehungen der Mitarbeiter untereinander und zu den Vorgesetzten liegt vieles im Argen. Da gibt es Mißtrauen und Intoleranz, Aggressivität und Bunkermentalität.“

Der Führungsprozeß ist abhängig von einer Vielzahl unterschiedlicher Variablen. Derartige Variablen sind zum Beispiel strukturelle Bedingungen, die von der Organisation vorgegeben werden, die momentane Situation des Führungsgeschehens, die Positionsmacht und hierarchische

Ebene des Führenden, die Größe und Art sowohl der Organisation als auch der Arbeitsgruppe, die gegenseitige Akzeptanz von Führenden und Geführten, die lebensgeschichtlichen Hintergründe der Beteiligten und deren Persönlichkeitsstrukturen, die Homogenität der Arbeitsgruppe und nicht zuletzt die Sozial- und Kommunikationskompetenz der Beteiligten.

Konkretes Führungshandeln spielt sich immer in mehreren Systemen ab:

- Dem professionellen System

Dieses System läßt sich mit beruflichem Können, Sachanforderungen, Kenntnis des „state of the art“, Fachwissen und Expertentum beschreiben. Die Stationsleitung ist Krankenschwester und die entsprechende fachliche Expertise wird von ihr erwartet.

- Dem Organisationssystem

Das betrifft die Rahmenbedingungen wie Aufbau- und Ablauforganisation, Hierarchien, Ordnungen, Strukturen, rechtliche Rahmenbedingungen, Satzungen u.ä.. Die Position einer Stationsleitung ist in der mittleren Führungsebene des Pflegedienstes im Krankenhaus angesiedelt. Der Pflegedienst gilt als einer der drei Säulen des Krankenhauses neben dem ärztlichen Dienst und dem kaufmännischen Dienst.

- Dem Beziehungssystem

Das umfaßt die zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb der Organisation und speziell der Arbeitsgruppe, Sympathie und Antipathie der handelnden Personen, gegenseitige Abhängigkeiten, die im Betrieb vorherrschende Konfliktkultur.

Demnach bestimmt sich die Handlungskompetenz einer Leitung durch

- Das Wissen über Strukturen, Zusammenhänge und Konzepte
- Die berufs-/pflegepraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Die soziale Verhaltenskompetenz

Die Auflistung macht die außerordentliche Komplexität des Führungshandelns deutlich. Durch die zahllosen unkontrollierbaren Einflußfaktoren kann man Führungspersonen keine eindeutigen Handlungsanweisungen geben. Sondern ein Vorgesetzter muß notwendig in Widersprüchen leben, aus denen es keinen eindeutigen und gesicherten Ausweg gibt.

Entsprechend schwierig ist die Frage zu beantworten, wie sich eine erfolgreiche von einer weniger erfolgreichen Führung unterscheidet. „Der Führungserfolg prägt zwar die Beziehung zwischen Führungskraft auf der mittleren Ebene und den Mitarbeitern nachhaltig, ist jedoch nur schwer zu identifizieren bzw. zu belegen“ (Pössel, 2007, S.23).

Als ein Kriterium für gute Führungsqualität kann der Krankenstand angesehen werden. In einer schwedischen Studie der Hochschule Mälardalen wird der Zusammenhang zwischen als gut erlebter Führung und Krankenstand deutlich. Haben die Pflegekräfte das Gefühl, daß sie bei Bedarf Unterstützung und Hilfe von ihren direkten Vorgesetzten erhalten, leiden sie weniger unter den für die Pflege typischen Konflikten, wie unzureichenden Zeitressourcen. Die Studie macht deutlich, daß es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitgeberfaktoren und der Gesundheit und den Krankentagen der Mitarbeiter gibt. Als erfolgreiches Führungsverhalten gilt :„Ein Führungsstil, der die Leistung der Mitarbeiter anerkennt, die Angestellten ermuntert, sich zu wichtigen Entscheidungen zu äußern und Hilfe bei der Entwicklung individueller Fähigkeiten anbietet, ist gesundheitsfördernd und lohnt sich für den Arbeitgeber“ (o.A., Pflege intern, 12/2010, S.13).

5.5 Resümee

- Führung ist eine sozial akzeptierte Einflußnahme. Sie kann als ziel- und ergebnisorientierte, aktivierende und wechselseitige soziale Beeinflussung zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben in und mit einer strukturierten Arbeitssituation verstanden werden.
- Dabei hat Führung den Konflikt zwischen den individuellen Zielen des Mitarbeiters und den betrieblichen Zielen der Organisation (Krankenhaus) zu bearbeiten.
- Führungsstil und Führungsverhalten wirken sich auf das soziale Verhalten in der Arbeitsgruppe, auf die Arbeitsleistung und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter aus.
- Je stärker das Verhalten des Vorgesetzten den Erwartungen der Mitarbeiter entspricht, desto größer sind seine Einflußmöglichkeiten und sein Rückhalt bei der Arbeitsgruppe.
- Führungskräfte, gerade im mittleren Management, müssen Kommunikationsmanager sein und die Beziehungen zu den Mitarbeitern und der Mitarbeiter untereinander mit großer Aufmerksamkeit verfolgen.

Exkurs: Gedanken zur Macht im Krankenhaus

Vorausüberlegungen

Krankenhaus und Medizin gelten als sehr hierarchisch organisiert. In solchen Hierarchien ist die Frage der Macht und des Umgangs mit der Macht allgegenwärtig. Vor diesem Hintergrund werden Überlegungen zum Phänomen der Macht und ihre Auswirkungen auf Medizin und Pflege angestellt.

Was ist Macht?

„Macht“ ist eine soziologische Grundkategorie, die alle Arten von Unter- und Überordnung in sozialen Beziehungen umfaßt. Macht tritt auf in verschieden starken Ausprägungen in allen Beziehungen zwischen Menschen. Machterscheinungen sind allgegenwärtig und Macht greift tief in die Lebensverhältnisse eines jeden einzelnen ein. Dabei scheint Macht auf sozial ungleich verteilten Möglichkeiten der Beeinflussung anderer zu beruhen und wird als Überlegenheit von Menschen über andere Menschen empfunden.¹ Das ist eine alltägliche Konstellation in komplexen Organisationen, wie sie für die meisten Arbeitsverhältnisse typisch ist. So wird von den Betroffenen für die Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz Krankenhaus und im Organisationsgefüge Krankenhaus zu einem großen Teil der das gesamte Beziehungsgeflecht prägende Faktor der Macht verantwortlich gemacht (vgl. Lameyer, 2000, S. 227ff).

Auf den ersten Blick gesehen scheint generell zu gelten, daß soziales Handeln durch die unterschiedlichen Machtanteile der Handelnden gesteuert und ihre Befindlichkeit durch die Wahrnehmung von Machtstrukturen geleitet wird.

Ein Gegenmodell zu dieser Vorstellung bildet die Kommunikationstheorie von Jürgen Habermas (1981). Er geht in seiner Modellvorstellung von einer Konsensbildung im Raum herrschaftsfreier Kommunikation aus. Dabei werden die Prozesse der Entscheidungsfindung alleine von der Stärke des besseren Arguments bestimmt. Alle an diesem Prozeß Beteiligten müssen dabei mit dem einverstanden sein, was entschieden wird und aufrichtig am Prozeß teilhaben wollen. Die Voraussetzung für einen derartigen Konsens ist allerdings, wie Habermas einräumen muß, daß die Entscheidung in einem Raum stattfindet, der nicht bereits durch Machtstrukturen vorgeformt ist und der die Redlichkeit aller Teilnehmenden voraussetzt.

¹ Diesen Aspekt von Macht hat Geißler, 1992, im Auge, wenn er die soziale Ungleichheit in Deutschland analysiert.

Habermas hat also eine utopische Annahme der Bedingungen, unter denen soziales Handeln stattfindet, mit gleichzeitiger normativer Setzung vorgenommen.

Angesichts der Bedeutung, die Habermas mit seinem Postulat der gewaltfreien Kommunikation erlangt hat, wird es verständlich, wenn das Erleben der Ausübung von Macht im Alltag häufig anhand moralischer Gesichtspunkte verurteilt wird und gleichgesetzt wird mit Zwang und Gewalt. Die negative Besetzung des Begriffs tritt im Alltagsgebrauch deutlich hervor. Der Gebrauch von Macht scheint geradezu die gesellschaftliche Entwicklung zu verhindern.

Eine bekannte Definition von Macht stammt von Max Weber (1864-1920). Weber hat Macht definiert als „Chance, seinen eigenen Willen innerhalb einer sozialen Beziehung gegenüber anderen auch bei deren Widerstreben durchzusetzen“ (Zitiert nach Hradil, 1999, S. 254).

Hier wird schon die Zwiespältigkeit einer Machtbeziehung offenbar. Wenn Weber von einer „Chance“ spricht, weist er auf eine Wahrscheinlichkeit hin. Die Wirksamkeit von Macht beruht darauf, daß die Personen in der speziellen sozialen Beziehung an die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit der Macht glauben. Dazu kann im Prinzip jeder Wunsch einer Person führen. Dieser Mechanismus entsteht immer dann, wenn der andere über die Mittel verfügt, den jeweiligen Wunsch zu erfüllen. Die Grundlagen einer potentiellen Machtausübung stellen sich sehr vielgestaltig dar. In der Sozialpsychologie werden u.a. folgende Grundlagen von Macht unterschieden:

- Belohnungsmacht meint die Möglichkeit, jemanden zu belohnen.
- Strafmacht bedeutet die Möglichkeit, durch Strafe oder Androhung von Strafen etwas zu erzwingen.
- Expertenmacht meint die Möglichkeit, aufgrund von Wissen und Können etwas zu erzwingen.
- Identifikationsmacht beruht auf dem Wunsch, sich mit einer anderen, als mächtiger empfundenen Person zu identifizieren.
- Legitimationsmacht basiert auf der Erwartung, daß der Führungsanspruch einer Person aufgrund ihrer normativ abgesicherten Position im sozialen System anerkannt wird.

Zur Wahrscheinlichkeit, daß der eigene Wille auch gegen Widerstreben durchgesetzt werden kann, tragen diese Grundlagen unter zweierlei Voraussetzungen bei:

- wenn sie einen Bezug zu den Wünschen einer anderen Person haben und
- wenn der betreffenden Person keine Alternativen zur Verfügung stehen, ihre Wünsche auf anderen Wegen zu erfüllen.

Macht stellt Weber zufolge die Form einer sozialen Beziehung dar, in der eine Person eine andere dazu bringt, einen ihr fremden Willen auszuführen. Weber begreift Macht immer im Hinblick auf einen subjektiven Handlungssinn. Für ihn ist die Ausübung von Macht ein mit Intentionen verbundenes Handeln einer einzelnen Person.

Machtverhältnisse sind aber immer als dynamisch und damit als beeinflussbar aufzufassen. Denn hat eine Androhung von Macht keine Beziehung zu den Intentionen einer Person, oder stehen ihr zur Wunscherfüllung andere Wege zur Verfügung, so fällt die Drohung der Macht in sich zusammen.

Der Begriff der Macht stellt einen Überbegriff über andere verwandte Begriffe dar. Teilbereiche der Macht umfaßt z.B. der Begriff „Herrschaft“. Herrschaft bedeutet nach Max Weber „(...) die Chance, für einen Befehl bestimmten Inhalts bei angebbaren Personen Gehorsam zu finden.“ (zitiert nach Hradil, 1999, S. 254). Weber betrachtet Herrschaft als institutionalisierte, von den ihr unterworfenen als legitim betrachtete Macht. Herrschaftsverhältnisse sind in der Regel strukturiert und relativ stabil. Die Strukturen sind in Gesetzen und Verordnungen niedergeschrieben. Der Gesetzgeber kann damit rechnen, daß die Gesetze von den ihnen unterworfenen Personen befolgt werden.

Machtverhältnisse in Staaten, aber auch in Betrieben beruhen vielfach auf Herrschaftsverhältnissen.

Für den Bereich der „Führung“ ist „Autorität“ als ein weiterer Teilbereich der Macht bedeutend. Autorität bezeichnet eine Durchsetzungsfähigkeit, die auf persönlicher Kompetenz beruht. Diese Anerkennung der persönlichen Kompetenz wird in einem Interaktionsprozeß der an der Autoritätsbeziehung beteiligten Personen hergestellt. Akzeptanz von Autorität bedeutet eine freiwillige Anerkennung einer sozialen Macht, eine „bejahte Abhängigkeit“. Damit ist ein statischer Autoritätsbegriff im Sinne einer formalen Über-/Unterordnungsbeziehung eindeutig nicht gegeben. (So kann z.B. eine Stationsleitung keine Autorität alleine aus der Tatsache erwarten, daß sie als Stationsleitung den Mitarbeitern in der Hierarchie übergeordnet ist.)

Hradil (1999, S. 254f) macht darauf aufmerksam, daß in der sozialen Realität neben den von Weber beschriebenen personenbezogenen Formen der Macht auch eine Vielzahl indirekter, nicht personenbezogener Machteinflüsse zu beobachten sind. Hradil bezeichnet sie als Formen indirekter Macht, wie sie z. B. in globalen Wirtschaftsgefügen zu finden sind.

Bei der Betrachtung von Macht geht Weber davon aus, daß als Grundmotiv sozialen Handelns der Kampf zwischen der Macht und dem Widerstand gegen die Macht anzusehen ist. Bei dieser Betrachtungsweise liegt es nahe, Macht als negativ im Sinne von Zwang anzusehen und entsprechend Machtgebrauch abzulehnen.

Diesen Ansatz der Analyse von Macht hat Foucault (1926 - 1984) vor Auge, wenn er die Frage aufwirft: „Wie kommt es, daß unsere Gesellschaft (...) die Macht auf eine so restriktive, so arme, so negative Art aufgefaßt hat? Warum begreifen wir Macht bevorzugt als Gesetz und Verbot?“ (Foucault in Engelmann, 1999, S. 174)

Wie wird Macht ausgeübt?

Machtausübende sind im Allgemeinen nicht daran interessiert, ihre Ziele im Konflikt zu erreichen. Sie wollen ihre Interessen durchsetzen, möglichst ohne Widerstand hervorzurufen. Dazu ist es notwendig, die Machtausübung wie einen Konsens erscheinen zu lassen. Dabei wird oft eine erhebliche strategische Geschicklichkeit entwickelt, so daß die Machtausübung nicht immer deutlich erkennbar ist. Eine dieser Strategien besteht darin, Interessengegensätze durch Harmonieformeln zu vernebeln. Eine derartige Harmonieformel lautet: „Wir sitzen doch alle im selben Boot!“ Mit einer derartigen Formel wird versucht, einzelne Gruppen (im Betrieb) zu einem Verzicht auf ihre Forderungen zu bewegen. Gedroht wird damit, daß ansonsten der Betrieb Schaden nehmen würde. Eine typische Situation dafür ist die Forderung, Überstunden zu leisten, weil die Station sonst zusammenbrechen würde. Die Versorgung der Patienten wäre ernsthaft gefährdet. Gerade der Hintergrund, daß die Versorgung der Patienten ja das Ziel von Pflege ist, macht die Pflegenden hilflos gegen diese sublimen Form der Machtausübung.

Weitere Strategien sind, Identifikation mit der Macht zu erzeugen oder den Glauben an die Legitimität von Macht nicht in Frage zu stellen. Gerade im Krankenhaus finden wir autoritäre Strukturen, in denen eine klar ausgewiesene Machtinstanz nicht in Frage gestellt wird. Die ärztliche Persönlichkeit, in der Regel in der Stellung des Chefarztes; ist eine derartige Machtinstanz. Die ärztliche Persönlichkeit ist zu unterscheiden von der Personalgruppe der Ärzte.

Sie ist die Verkörperung einer eindeutig zu identifizierenden Macht. Es ist die Persönlichkeit, die Unterwerfung fordert und in der Regel auch erhält.

Unter heutigen Bedingungen verschwindet dieser Typus zunehmend. Macht verschwindet aber nicht, nur ihre Gestalt ist anonymer geworden. Sie erscheint nicht mehr in Form von Persönlichkeiten, sondern in Form von Sachzwängen.

Eine Form dieser Machtausübung besteht darin, daß der Machtausübende versucht, die Entscheidungsalternativen des anderen zu beschneiden. Unerwünschte Optionen werden ausgeschlossen, so daß sie nicht mehr zur Verfügung stehen. Dem Betroffenen gibt er aber zum Schein eine Wahlmöglichkeit, die keine mehr ist.

Im Krankenhaus tritt diese Form der Machtausübung häufig auf. Sie wird verkleidet in eine Form besorgter Fürsorge und verdeckt eine bevormundende, die Autonomie des Patienten einschränkende Haltung.

Eine noch wirksamere Form der anonymen Machtausübung besteht darin, die Wünsche, Vorstellungen und Ziele der Betroffenen zu beeinflussen. Die Machtausübung geschieht in der Form, daß sie die Ziele vorgibt, die der ihr unterworfenen dann als seine eigenen Ziele anstrebt. Im Medizinbetrieb ist diese Form der Machtausübung, z. B. durch geeignete Mediendarstellung, gut erkennbar. Dem Bürger werden immer mehr und technisch immer weiter ausgefeilte Medizinprodukte angeboten, die bei ihm den potentiellen Wunsch nach diesen Produkten erst erzeugen. Es kann durchaus vermutet werden, daß das Ziel dieser Machtstrategie nicht in erster Linie das Wohl der Patienten ist.

Die beschriebenen Machtformen lassen sich vom Machtbegriff Max Webers ableiten. Für Weber ist die Ausübung von Macht immer mit den Absichten eines Subjekts verbunden.

Eine andere Auffassung von Macht, die im Verhältnis Medizin, Patient und Pflege ihre Bedeutung hat, vertritt Michel Foucault.

Die Machtanalyse von Foucault

Eine Gegenposition bezieht Michel Foucault² (1926 - 1984), wenn er in seinen Überlegungen den produktiven und positiven Charakter von Macht hervorhebt.

Bei seinen Aussagen zur Macht interessiert sich Foucault nicht für die Frage „Was ist Macht?“, sondern er fragt danach, wie sich Macht im System abspielt. Dabei wählt er einen

² M. Foucault, ein französischer Philosoph und Soziologe, gilt als Begründer der Diskursanalyse.

mikrosoziologischen Ansatz: er analysiert die Verhältnisse zwischen Individuen. Wann immer Menschen miteinander agieren, ist in diesem Verhältnis Macht immanent mit dabei. Für ihn stellt sich Macht dar als „(...) ein Ensemble von Handlungen, die sich gegenseitig hervorrufen und beantworten“ (zitiert nach Engelmann 1999, S.188).

In einem ersten Arbeitsschritt unterscheidet er als Grundelemente menschlicher Beziehungen sachliche Fähigkeiten, Kommunikationsbeziehungen und Machtverhältnisse.

Sachliche Fähigkeiten umfassen den Bereich des zielgerichteten Handelns, in Kommunikationsbeziehungen wird Sinn hergestellt und Macht meint das Einwirken von Menschen auf Menschen. Diese Grundelemente bestehen nebeneinander, sie sind allerdings miteinander verwoben und treten immer zusammen auf. Ihr jeweiliges Verhältnis zueinander ist aber in jeder Situation unterschiedlich.³

Dies gilt für den allgemeinen Fall menschlicher Beziehungen. Es gibt aber eine Reihe von Systemen, wo sachliche Fähigkeiten, Kommunikationsbeziehungen und Machtverhältnisse geregelte und aufeinander abgestimmte Systeme bilden. Derartige Systeme sind z.B. die Armee, die Schule und natürlich wirtschaftliche Betriebe, wie z.B. das Krankenhaus. Für diese Systeme ist kennzeichnend, daß jede sich in ihnen aufhaltende Person ihre definierte Funktion hat, geordnet nach der Fähigkeit, zum Erfolg des Systems beizutragen, den entsprechenden Kommunikationsbeziehungen und Möglichkeiten der Einflußnahme.

Foucault spricht bei derartigen Ensembles von „Disziplinen“. Je besser sachliche Fähigkeiten, Kommunikationsbeziehungen und Machtverhältnisse aufeinander abgestimmt sind, desto höher ist die Produktivität der Einrichtung.

Foucault sieht den Menschen stets eingebunden in komplexe Produktions- und Sinnverhältnisse. Das heißt für ihn, daß der Mensch auch immer in komplexen, vielfältigen Machtverhältnissen steht. Foucault stellt die These auf, daß die Macht in einer Gesellschaft niemals einheitlich organisiert sei. Vielmehr existieren vielfältige, heterogene Mächte mit jeweils eigenen Funktionsweisen, eigenen Verfahren und eigenen Techniken. Diese lokalen Mächte seien nicht denkbar als direkte Ableitungen einer Zentralmacht.

Die vorrangige Funktion dieser lokalen Mächte ist nun keinesfalls eine Verbotsfunktion. Macht funktioniert nicht, indem sie unterdrückt. Vielmehr bestehe ihre Funktion darin, Produzent eines

³ Den Zusammenhang von sachlichen Fähigkeiten, Sinn herstellenden Kommunikationsbeziehungen und Macht am Beispiel des Wissens über Krankheit und dessen Bedeutung für die Praxis beschreibt Jacob, 1995.

Produktes zu sein mit dem Ziel, eine bessere Leistung zu erreichen. Dazu sei es erforderlich, Menschen in ihrem Sinne zu formen. Es gelte, Machtmechanismen und Machttechniken zu entwickeln, mit denen zugleich Dinge und Personen kontrolliert werden können, die aber weder aufwendig noch räuberisch sind und die im Sinne des ökonomischen Prozesses selbst ausgeübt werden (vgl. Foucault zit. nach Engelmann 1999, S. 178f).

Foucault arbeitet in der Folge zwei große Machtformen heraus, mit denen diese Zielsetzungen erreicht werden sollen:

- die Disziplinarmacht mit ihren spezifischen Disziplinierungstechniken,
- die Subjektivierung mit ihrer Machttechnik der Einflußnahme auf die Identität des Menschen.

Im Weiteren soll nun zunächst die Disziplinarmacht dargestellt werden.

Disziplinarmacht

In seiner historischen Analyse der Macht bemerkt Foucault im 17. - 18. Jahrhundert eine Veränderung der Machtmechanismen. Es tritt ein neues Phänomen der Macht auf, mit gänzlich neuen Instrumenten und Techniken. Während sich die Theorie der Souveränität auf die Aneignung von Gütern und Reichtum seitens der Macht bezog und dieser alte Machttypus nur die Einforderung „diskontinuierlicher und zeitlich abgestufter Verpflichtungen“ ermöglichte, basiert der neue Machttypus auf kontinuierlichen und permanenten Überwachungssystemen. Foucault spricht von Disziplinarmacht, die es ermöglicht, Verhalten zu normieren, indem sie „aus den Körpern Zeit und Arbeit“ herausholt (Foucault, 1978, S. 91).

Mithilfe dieser Disziplinarmacht gelingt eine Individualisierungstechnik der Macht. Denn mit dem Mittel der Disziplin ist es möglich, das Verhalten einer großen Anzahl von Menschen zu kontrollieren, für einen Zweck zu formen und damit Leistungen zu steigern.

Historisch habe die Disziplinarmacht ihren Ursprung in der Armee. Die Benutzung der technischen Erfindung eines zielgenauen Gewehres habe es erforderlich gemacht, die Soldaten zu trainieren, ihr Verhalten im Gefecht zu standardisieren und aufeinander abzustimmen. Dazu habe es ständiger aufwendiger Übungen und der Herausbildung einer pyramidenförmigen Hierarchie mit vielen einfachen Soldaten, speziellen Unteroffizieren und einigen Offizieren bedurft.

Der Vorteil der Disziplinarmacht habe auf beiden Seiten gelegen: der einfache Soldat wurde zum Spezialisten auf seinem Gebiet und war nicht mehr so ohne weiteres austauschbar – er war

wertvoll geworden! Und die Armee insgesamt war schlagkräftiger geworden – ihre Leistungskraft war gestiegen.

Dank der neuen Machttechnik war es also zu einer Leistungssteigerung gekommen. Foucault bekräftigt ausdrücklich noch einmal seinen Gedanken der Produktivität von Macht. Macht habe nicht das Ziel zu verbieten, obwohl ein Verbot selbstverständlich nicht ausgeschlossen sei, sondern die Funktion der Macht bestehe darin „... eine bessere Leistung zu erreichen, eine bessere Produktion“ (zitiert nach Engelmann 1999, S. 179).

Die Form der Disziplinarmacht ermöglichte die Arbeitsteilung, die sich rasch in den aufkommenden Manufakturen und dann Fabriken als effiziente ökonomische Arbeitsform durchsetzen konnte.

Foucault weist auf den doppelten Charakter hin: die Arbeitsteilung war der Grund, weshalb diese neue Form der Machttechnik aufkam, aber ohne die Disziplinarmacht hätte es keine Arbeitsteilung gegeben (zitiert nach Engelmann, 1999, S. 179).

Disziplinarmacht finden wir heute überall dort, wo das Verhalten einer große Anzahl von Menschen in Richtung auf ein Ziel hin möglichst effizient organisiert werden soll. So sind auch in pädagogischen Einrichtungen wie Schulen und medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern diese Hierarchien und damit Techniken der Disziplinierung in vielfacher Form anzutreffen.

Machtausübung durch Subjektivierung

Als zweiter Typ der Machtausübung arbeitet Foucault den Machttyp der Subjektivierung heraus: Mit Subjektivierung ist nach Foucault eine Form der Macht beschrieben, „die aus Individuen Subjekte macht“ (Foucault zitiert nach Engelmann 1999, S.166).

Der Begriff „Subjekt“ bedeutet dabei zweierlei: Zum einen „vermittels Kontrolle und Abhängigkeit jemanden unterworfen zu sein“ und zum zweiten „durch Bewußtsein und Selbsterkenntnis seiner eigenen Identität verhaftet zu sein“ (ebd., 1999, S.166).

Foucault fragt hier nach nichts anderem, als nach den Mechanismen, kraft derer wir zu „Gefangenen der eigenen Geschichte“, eben zu Subjekten, geworden sind.

Diese Form der Macht ist sehr subtil im alltäglichen Leben überall vorhanden. Jeder Mensch hat die ihm immanente Entwicklungsaufgabe, seine ureigene Identität herauszubilden und ist von daher auf identitätsstiftende Angebote angewiesen. Derartige Angebote liefern heute z.B.

Wissenschaft und Religion. Alle diese notwendigen Angebote enthalten aber auch immer eine Machtkomponente, mit deren Hilfe das Verhalten anderer beeinflusst werden soll.

Es ist somit eine Machtform, die nur sehr schwer zu identifizieren ist. Denn sie hat ja die innersten Überzeugungen der Subjekte besetzt. Die ausgewählten Verhaltensweisen erscheinen als „normal“, als völlig selbstverständlich. Scheinbar ist keine „Macht“ im Spiel. Man erkennt die Machtausübung nicht als solche, weil sie genau dort ihre Wirkung entfaltet, wo der Mensch glaubt, authentisch zu sein. Macht wirkt hier normierend, konditionierend und strukturierend.

Foucault beschreibt hier die Mechanismen, die uns zu Gefangenen der eigenen Geschichte werden lassen. Wie im Zusammenspiel mit dem Regime der Disziplinierung in Anstalten wird die zunächst äußere Kontrolle von den handelnden Personen internalisiert. Die Machteinwirkungen werden nicht länger als etwas von außen kommendes wahrgenommen, sondern die von der Macht geforderten Verhaltensweisen sind Teil der Persönlichkeit geworden.

An diesem Punkt wird Foucaults Gedanke des Produktiven der Macht besonders deutlich:

Die Macht funktioniert nicht, indem sie unterdrückt, sondern indem sie mittels Subjektivierung die Menschen in ihrem Sinne formt.

Die Analyse der Machtausübung durch Subjektivierung zeigt auch deutlich, daß der Mensch am Zustandekommen der Machtausübung immer unmittelbar selbst beteiligt ist.

Wie die Ausbildung und Wahrung der Identität der Individuen untrennbar mit Machteinwirkungen verbunden ist, soll im Weiteren beschrieben werden.

Pastoralmacht

Die Ausübung von Macht über den Mechanismus der Subjektivierung führt Foucault auf Praktiken des Christentums zurück. Das Christentum hat nicht nur einen ethischen Code hervorgebracht, der sich von dem der antiken Welt, der es entstammt, grundlegend unterschied, es hat auch neue Machtverhältnisse in die Welt hineingebracht. Das Christentum sei die einzige Religion, die sich in einer spezifischen Institution, der Kirche, organisiert habe⁴. Innerhalb dieser Institution bildete sich die Gruppe der kirchlichen Würdenträger heraus, die für sich in Anspruch nahm, die anderen Gläubigen zu betreuen. Diese übten diese Funktion aus in der Tätigkeit des Pastors (Hirte). Dieser Begriff Pastor bezeichnet nach Foucault eine ganz eigentümliche Form von Macht:

⁴ Andere Weltreligionen wie Lamaismus, Hinduismus, Islam oder Judentum kennen keine derartig institutionalisierte Form.

- Sie ist eine Form von Macht, deren Endziel es ist, individuelles Seelenheil in der anderen Welt zu sichern.
- Pastoralmacht ist nicht bloß eine Form von Macht, die befiehlt; sie muß auch bereit sein, sich für das Leben und Heil der Gläubigen zu opfern. Darin unterscheidet sie sich von der Macht des Souveräns (der Königsmacht), die von ihren Subjekten Opfer fordert, wenn es gilt, die Macht zu retten.
- Sie ist eine Machtform, die sich nicht nur um die Gemeinde insgesamt, sondern um jedes einzelne Individuum während seines ganzen Lebens kümmert.
- Man kann diese Macht nicht ausüben, ohne zu wissen, was in den Köpfen der Leute vorgeht. Es ist erforderlich, die Gläubigen zu veranlassen, ihre innersten Geheimnisse zu offenbaren. Pastoralmacht impliziert eine Kenntnis des Gewissens und die Fähigkeit, das Gewissen zu steuern (vgl. Foucault zitiert nach Engelmann 1999, S. 168f).

Während im geschichtlichen Verlauf in Europa das kirchliche Pastorat an Bedeutung verlor, wurde die Pastoralmacht als eine subjektivierende Machtform im 19. Jahrhundert zunehmend bedeutender. Hierbei spielten die Humanwissenschaften, wie Medizin, Psychologie, Pädagogik, und die auf ihren Grundlagen arbeitenden Institutionen eine bedeutende Rolle. Ihre Ausführungen boten einen Anstoß und den Rahmen für Reflexionen der Individuen über sich selbst. Im Wechselspiel von individuellen Geständnissen und ihrer Interpretation durch die Vertreter der Pastoralmacht konstituierten sich das der Macht unterworfenen Subjekt und gleichzeitig das identitätsstiftende Bewußtsein im Individuum.

Zu dieser „neuen“ Form der Pastoralmacht bemerkt Foucault weiter, daß die neue Form auch ihre Ziele verändert habe. Dabei sieht er, durchaus politisch, einen Zusammenhang zwischen dem modernen Staat und der modernen Pastoralmacht. Für ihn ist der moderne Staat eine Einheit mit einer (...) sehr raffinierten Struktur, in die die Individuen durchaus integrierbar sind – unter einer Bedingung: daß die Individualität in eine neue Form gebracht und einer Reihe spezifischer Modelle unterworfen werde. In gewisser Weise kann man den modernen Staat als eine Individualisierungs-Matrix (.....) ansehen“ (Foucault zitiert nach Engelmann 1999, S. 170).

Foucault zufolge geht es bei der neuen Pastoralmacht nicht mehr um Erlösung in einer anderen Welt, sondern um das Heil in dieser Welt. Heil meint dabei nicht das Seelenheil alter Art, sondern irdische Güter wie Gesundheit, Sicherheit, Lebensstandard.

Die Funktionen der modernen Pastoralmacht werden dabei von unterschiedlichen Institutionen ausgeübt: Familie, Wohlfahrtsverbände, Philanthropie, aber auch komplexe Strukturen wie Medizin oder (Sozial-)Pädagogik.

In der Konsequenz hat nach Foucault der Machttyp „Pastoralmacht“ die gesamte Gesellschaft durchsetzt und kann sich dabei auf eine Reihe von Institutionen stützen. Im Analyseansatz von Foucault wäre auch das Krankenhaus strukturell „pastoral“.

Zusammenfassend kann die Wirkung der Pastoralmacht im Zusammenhang mit der Subjektivierung wie folgt beschrieben werden:

- Die Pastoralmacht verfügt die Deutungskompetenz für individuelle „Geständnisse“. Dabei werden die Individuen als nicht kompetent für die Deutung ihrer Erfahrungen gesehen.
- Wissenschaftliche Lehrmeinungen geben die Kategorien vor, in deren Rahmen Subjektivierung stattfindet. Die Individuen sind in ihrer Identitätsfindung gleichsam gefangen in diesen Kategorien.

Zur Wirkung der Pastoralmacht bemerkt Foucault kritisch an, daß das Problem des Widerstands des Individuums gegen den Machteinfluß darin liegt, daß wir uns vom Machttyp der Individualisierung, der mit der Pastoralmacht verbunden ist, befreien müssten.

Er fordert: „Wir müssen neue Formen der Subjektivität zustande bringen, indem wir die Art der Individualität, die man uns jahrhundertlang auferlegt hat, zurückweisen (Foucault, zitiert nach Engelmann 1999, S. 171).“

Medizin und Macht

In der modernen westlichen Gesellschaft hat die Medizin, personalisiert durch die Ärzteschaft, ein sehr hohes Prestige und demgemäß auch sehr viele Möglichkeiten der Einflußnahme. Das bedeutet: die Ärzteschaft ist in der Lage, Macht auszuüben.

Foucault führt für diese gesellschaftliche Tatsache vor allen zwei Ursachen an: Zum ersten gehören Medizin und das mit dem Medizinbetrieb untrennbar verbundene Krankenhaus zu den Institutionen, in denen ein Regime der Disziplin stattfindet.

Das Krankenhaus gilt als typischer Fall einer regelgeleiteten Institution, in der jedes Mitglied seine genaue Funktion hat. Goffman⁵ hat in den sechziger Jahren das Krankenhaus schon als Prototyp einer „totalen Institution“ beschrieben. In diesen Institutionen werden die Individuen entindividualisiert und zu berechenbaren, funktionierenden „Maschinen“ umgewandelt. Eine überschaubare Ordnung wird angelegt, die allseitig überwacht und kontrolliert werden kann. Diese zunächst äußere Kontrolle wird von den Subjekten allmählich internalisiert, bis sie schließlich deren innere Struktur bildet. Am Ende des Prozesses ist es nicht mehr nötig, Überwachungsmaßnahmen durchzuführen, weil die Betroffenen diese Funktion in sich aufgenommen haben.

Hier wird Foucaults Gedanke des Produktiven der Macht besonders deutlich. In seinem Sinne funktioniert Macht nicht, indem sie unterdrückt, sondern indem sie die Individuen in ihrem Sinne formt. Das Krankenhaus wirkt in diesem Zusammenhang bei der „Produktion“ des disziplinierten Menschen mit.

Die Medizin hat zweitens im Sinne einer Pastoralmacht die Deutungskompetenz in gesundheitlichen Belangen gewonnen. Dies geschah historisch in einem längeren Prozeß. Die Art der Diagnosestellung durch den Arzt veränderte sich durch den Einsatz spezieller Techniken.

Eine derartige neue Technik der Diagnosestellung war die systematische Auskultation unter Einsatz des Stethoskops.⁶

Mußte vor dem Einsatz dieser neuen Techniken dem Kranken, als dem Experten seines Körpers, ein hohes Mitspracherecht eingeräumt werden, so änderte sich dies mit den neuen Techniken Stück für Stück. Eine neue Ordnung des Wissens und des Diskurses entstand, an der der Kranke nicht mehr aktiv beteiligt werden mußte. Die scheinbar „objektiven“ Deutungen der Naturwissenschaften hielten Einzug in die Medizin und mit ihnen ein neues Ensemble von ärztlichen Handlungen.

Damit gelang es der Medizin, unmittelbaren Einfluß auf die Bevölkerung zu nehmen. Seit dieser Zeit bestimmt die Medizin die Regeln der Fortpflanzung, das Gesundheits- und Krankheitsverhalten, das normale und abweichende Verhalten.

⁵ Irving Goffmann, amerikanischer Soziologe, 1922-1982.

⁶ Foucaults Gedanken der Disziplinierungsmacht und der Deutungsmacht von Medizin und die Subjektivierung bei den Kranken lassen sich sehr gut nachvollziehen bei Lachmund, *Der abgehorchte Körper*, 1997. In seiner historisch-soziologischen Untersuchung beschreibt Lachmund die Auswirkungen des systematischen Einsatzes des Stethoskops für die ärztliche Ausbildung und für die damit verbundene Entstehung neuzeitlicher Krankenhäuser.

Die Medizin hat die Aufgabe übernommen (und über Subjektivierung erhalten), das Leben zu erhalten, seine Kräfte zu steigern und es gemäß den von ihr geprägten Normvorstellungen zu modellieren.

Hier zeigt sich die ganze Zwiespältigkeit des Wirkens der Medizin: Einerseits ist es ein Segen für die Bevölkerung, medizinisches Wissen hilft Leben zu verlängern und Schmerzen zu lindern. Andererseits greift Medizin im Sinne einer Pastoralmacht tief in die Lebensabläufe ein. Mit der Medizin entlehnten Argumenten wird ein Zugriff auf den Körper und Eingriffe in die Autonomie der Individuen legitimiert. Die Erhaltung des Lebens stellt sie als einen absoluten Wert hin, in dessen Namen die Einschränkung von Freiheit und Selbstbestimmung, alle möglichen Kontrollmaßnahmen und Modifikationen in Richtung medizinischer Normvorstellungen in Kauf genommen werden müssten.

Die moderne Pastoralmacht „Medizin“ argumentiert hierzu nicht mit dem Seelenheil in einer anderen Welt, sondern bietet Güter, d.h. Wissen in und für diese Welt an. Ihre Angehörigen (Ärzte, Schwestern u.a.) befehlen nicht nur, sondern „sind immer für ihre Patienten da“. Der durch den Prozeß der Subjektivierung medizingläubig gewordene Mensch bietet dem Arzt seine Leiden dar und vertraut der Deutungsmacht des Arztes.

Die wissenschaftlichen Lehrmeinungen geben also die Kategorien vor, in deren Rahmen sich die Individuen gefangen haben (vgl. Foucault 1978, S. 10ff.).

Foucaults Gedanken zur Medizin und ihre Auswirkungen auf die Pflege

Welche Bedeutung könnten Foucaults Gedanken zur Medizin als Pastoralmacht für die Pflege haben? Pflegende sind unmittelbar beteiligt, wenn sie auch nicht in dem Maß mit Entscheidungsmacht ausgestattet sind wie die Mediziner.

Zunächst einmal ist Foucaults Betrachtung geschichtlicher Verläufe von Macht sehr relativierend: Die Macht der Medizin ist in einem bestimmten Kontext entstanden und wird bei sich verändernden Bedingungen auch wieder an Macht verlieren. (Das Schicksal der historischen Pastoralmacht „Theologie“ zeigt aber auch die langen zeitlichen Verläufe, in denen derartige Veränderungen stattfinden!).

Die Professionalisierung der Pflege soll heutzutage mit dazu beitragen, das Machtgefüge zu verändern. Zur Professionalisierung gehört unabdingbar die entsprechende Ausbildung, in der gelehrt und gelernt werden muß, in Kategorien und Strategien der Macht zu denken, um Gegenstrategien entwickeln zu können.

Traditionellerweise findet die meiste berufliche Pflege im Krankenhaus statt. Hier treffen besonders deutlich die Pastoralmacht der Medizin und die im Krankenhaus noch zusätzlich wirkende Disziplinar­macht zusammen.

Im Alltag des Krankenhauses sieht das zunächst einmal so aus, daß die Pflegekräfte in einen Kampf um die Anerkennung ihrer eigenständigen Kompetenzen verwickelt sind. Dabei befindet sich die Pflege auf einer Gratwanderung. Wenn durch die Professionalisierung der Pflege eine grundsätzliche Veränderung der Machtverhältnisse im Krankenhaus angestrebt werden soll, darf Pflege sich dabei nicht an der Logik des von der Medizin verkörperten Machttypus „Pastoral­macht“ orientieren. Denn sonst hilft sie nur, diesen Machttyp noch weiter zu verfestigen, ohne jedoch jemals eine Veränderung im Sinne einer Gleichberechtigung zu erreichen. Denn der Machttyp „Pastoral­macht“ ist ja von der Medizin besetzt.

Gegen die Logik der von der Medizin vertretenen Macht gilt es hingegen für die Pflege, die Eigenkompetenz der Betroffenen zu stärken. Diese verloren gegangene Form des Umgangs mit Krankheit und der Bewältigung von Leiden muß dazu wieder neu entdeckt werden. Die größere Nähe zu den kranken Menschen bedeutet für die Pflegenden die Chance, wachsamer für die Bedürfnisse und individuellen Ressourcen zu sein. Was noch wichtiger ist: es gilt im Rahmen der pflegerischen Professionalität einen kritischen Blick zu entwickeln, welche Bedürfnisse nur erzeugte Bedürfnisse sind. In dieser Nähe liegt die Chance, Autonomiepotentiale mit dem Patienten zu erkennen und zu entwickeln. Gleichzeitig liegt im Sinne Foucaults aber die Gefahr darin, die Macht bis in den Mikroraum dieser Nähe voranzutreiben.

Wenn Macht ein Verhältnis zwischen Individuen ist, dann ist das Verhältnis Schwester – Patient natürlich ebenfalls mit Macht besetzt. Diese Macht bedeutet, daß ein Ensemble von Handlungen vorliegt, die sich gegenseitig hervorrufen und beantworten. Dann aber ist es wichtig, eine Haltung der ständigen Wachsamkeit zu entwickeln, um die Gefahren der Vereinnahmung durch die Macht zu erkennen.

Letztendlich muß eine neue Form der Subjektivität entwickelt werden, um eine „Macht des Widerstandes“ zu begründen.

6. Zusammenfassung und Entwicklung der Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, Informationen über die beruflichen Denkweisen von denen zu gewinnen, die aus dem Pflegedienst in die Leitungsposition „Stationsleitung“ aufgestiegen sind.

In einer Literaturanalyse wurden zunächst die Rahmenbedingungen erfaßt, die auf die Pflege im Krankenhaus einwirken. Leitlinie der Untersuchung waren die aus der beschriebenen Beobachtung des Berufsfeldes gewonnenen Hypothesen:

- Pflegende erleben die Veränderung ihrer Tätigkeit, die mit dem Wechsel in die Stationsleitung verbunden sind, als Bruch.
- Es erscheint für Pflegende nicht erstrebenswert, eine berufliche Laufbahn anzustreben, die ihren Schwerpunkt außerhalb der direkten Pflege hat.
- Das berufliche Selbstverständnis ändert sich mit der Übernahme der Stationsleitung.

In der Literaturanalyse konnte dargestellt werden, welche Traditionslinien die Werte, Normen und Bedeutungsmuster der Pflegenden bis heute bestimmen.

Bei der Berufswahl „Pflege“ ist der Wunsch, Menschen helfen zu wollen, ausschlaggebend. Damit steht das Wohl des Patienten im Mittelpunkt des pflegerischen Denkens. Als wesentlich gilt die direkte Pflege des Patienten. Die Beschäftigung mit organisatorischen Dingen wird als notwendiges Übel aufgefaßt, aber nicht als originäre Pflegearbeit angesehen. In der Krankenpflegeausbildung, die als Ausbildung eigener Art an Krankenpflegesschulen stattfindet, die Betriebsteil des Krankenhauses sind, wird diese Haltung implizit vermittelt.

Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und damit einhergehendes wissenschaftliches Denken sind erst ansatzweise vorhanden und haben z.Z. kaum eine Verankerung im pflegerischen Alltagshandeln auf Station. Entsprechend diffus ist das Berufsbild „Pflege“.

Ebenso wurde analysiert, welche ökonomischen, betriebswirtschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen auf die Krankenhäuser einwirken und welche Auswirkungen diese Rahmenbedingungen auf die Beschäftigten, besonders im Pflegedienst, haben.

Pflege und Medizin arbeiten eng zusammen. Beide Berufsgruppen haben das Ziel, Krankheit zu lindern und Gesundheit zu fördern. Dabei ist das Verhältnis von Medizin und Pflege generell geprägt von einer Machtasymmetrie, die sich in Ungleichheit hinsichtlich der beruflichen Autonomie, des beruflichen Status, der Bezahlung und der sozialen Anerkennung ausdrückt.

Im Betrieb Krankenhaus nimmt die Stationsleitung eine zentrale Rolle ein. Sie ist die pflegerische Leitung einer bettenführenden Einheit mit weitgehender organisatorischer Selbständigkeit. Als Führungskraft der mittleren Ebene ist sie aus dem allgemeinen Pflegedienst aufgestiegen. Das Aufgabenfeld einer Stationsleitung umfaßt neben den Tätigkeiten in der direkten Pflege am Patienten auch patientenferne Tätigkeiten. Organisatorisch steht sie zwischen den Mitarbeitern im Pflegedienst und der Pflegedienstleitung als nächsthöherer Führungsebene. Für den ärztlichen Dienst ist sie der Hauptansprechpartner.

Die Interessen der Mitarbeiter, der Pflegedienstleitung und des ärztlichen Dienstes decken sich nicht immer und nicht zwangsläufig. Als Führungskraft in der mittleren Ebene steht die Stationsleitung zwischen diesen und muß in ihrem Alltagshandeln divergierende Interessen berücksichtigen.

In der Regel arbeitet die Stationsleitung weiter in der Pflege mit. Dies wird von den Mitarbeitern erwartet und entspricht auch dem bisherigen Selbstbild der Stelleninhaber als Schwester. Mit Übernahme der Leitungsposition kommen weitere, patientenferne Aufgaben dazu. Administrative Tätigkeiten und Aufgaben der Personalführung sind z.B. derartige Leitungsaufgaben. Patienten, Angehörige, Ärzte und andere Therapeuten wenden sich mit ihren Anliegen häufig zuallererst an die Stationsleitung und sorgen so dafür, daß sich die Anzahl der zu vereinbarenden Interessen noch weiter vergrößert. Zudem wird die ständige Weiterentwicklung der Pflegequalität auf ihrer Station auch gegen die Widerstände der Mitarbeiter von einer Stationsleitung erwartet.

Stationsleitungen können sich im Gegensatz zu übergeordneten Funktionsebenen nicht in geschützte Bereiche zurückziehen, sondern sind den Emotionen der Beteiligten direkt ausgesetzt. Häufig sorgt vor allem die Dienst- und Urlaubsplanung bei Mitarbeitern für Frustrationen und Aggressionen. Da die Stationsleitung direkt mit ihren Mitarbeitern arbeitet, besteht nicht die schützende Distanz, wie sie zwischen der Pflegedienstleitung und den Mitarbeitern besteht. Die Mitarbeiter sehen ihre Leitungskräfte kritisch. Sie sehen die Stationsleitung mehr mit organisatorischen Dingen befaßt, die sie von der eigentlichen Pflege entfernt. Mitarbeiter beklagen auch fehlende Kommunikationsmöglichkeiten mit ihren Vorgesetzten.

Die Leitungsfunktion entfernt die Stationsleitungen zwangsläufig von der direkten Pflege am Patienten. Die Betroffenen erleben dies als Bruch. Sie fühlen sich in zweifacher Hinsicht heimatlos: Sie sind nicht mehr mit dem Patienten verbunden und auch nicht mehr (voll akzeptiertes) Mitglied im Team der übrigen Kollegen (erste Hypothese).

Der verschiedenartige Druck, der auf einer Stationsleitung lastet, ist immens und einer der Gründe dafür, daß immer weniger Pflegefachkräfte diese Position von sich aus anstreben (zweite Hypothese).

Im Mittelpunkt der folgenden empirischen Untersuchung stehen Pflegende, die in die Position „Stationsleitung“ aufgestiegen sind. Erforscht wird, ob und wie sich im Prozeß der Rollenübernahme als Leitungskraft die Werte, Normen und Deutungsmuster von Pflege gegenüber der Tätigkeit am Krankenbett verändern. Dem liegt die Überlegung zu Grunde, „(...) daß jeder Mensch auf der Basis einer eigenen einzigartigen Erlebnisgeschichte eine höchst persönliche interne Nachbildung dieser Lebenserfahrungen aufbaut“ (Cropley 2005, S. 14). Umweltreize werden von den Betroffenen aufgenommen, vor dem Hintergrund der individuellen Erfahrung bewertet und in das vorhandene Wissen eingeordnet. Dieses so konstruierte Wissen um die Dinge ist ihnen handlungsleitend.

Als methodische Grundlage wird hier der symbolische Interaktionismus herangezogen. Dessen Wurzeln gehen in der Hauptsache auf die Arbeiten von George Herbert Mead (1863-1931) und von Herbert Blumer (1900–1987) zurück. Der symbolische Interaktionismus ist sowohl eine Theorie als auch Forschungsansatz zur Untersuchung von menschlichem Verhalten. Grundannahme des symbolischen Interaktionismus ist die Überlegung, daß Interaktionen unsere Wirklichkeit determinieren. Sie sind nicht nur Medium, sondern sie haben selbst eine zentrale Bedeutung. Wechselseitige Interpretationsleistungen schaffen Regeln und konstituieren soziale Erfahrungen. „Diese gedankliche Konstruktion der sozialen Wirklichkeit ist schon bei Simmel¹ das Ergebnis eines Interaktionsprozesses“ (Helle 2001, S. 16).

Unser Selbst wird gebildet durch Rollen, Erwartungen und Wahrnehmungen, die in der jeweiligen Kultur mit ihren Werten und Überzeugungen wurzeln. Über symbolisch vermittelte Kommunikation entsteht unsere personale Identität. Der symbolische Interaktionismus geht davon aus, daß das Verhalten des Individuums vom gesellschaftlichen Ganzen abhängig ist.

Das Subjekt „(.....) kann sich den Ansprüchen und Erwartungen der anderen nie völlig entziehen. Vieles, was das Subjekt kennzeichnet, ist Ausdruck seiner Beziehungen zu bedeutsamen Anderen oder des Anspruches, den die verschiedenen Organisationen, in denen man lebt, an einen stellen“ (Arbeitsgruppe Soziologie 1981, S. 54).

¹ Georg Simmel, deutscher Soziologe, 1858-1918.

Allerdings wird das Individuum nicht nur passiv beeinflusst, sondern besitzt auch Handlungsspielräume in der Interpretation der an ihn gerichteten Rollenerwartungen. „Jeder einzelne steht dauernd vor der Aufgabe, die unklaren und widersprüchlichen Ansprüche der anderen an das eigene Rollenverhalten nicht nur auszubalancieren, sondern auch aktiv zu interpretieren und zu beeinflussen“ (Arbeitsgruppe Soziologie, 1981, S. 54) Dadurch werden Entwicklungen angestoßen und es wird ein Fortschreiten der Menschen erst ermöglicht.

Blumer präzisiert die Prämissen des symbolischen Interaktionismus wie folgt:

- 1) Es kommt darauf an, die Bedeutung von „Dingen“ zu verstehen.
- 2) Bedeutungen werden in sozialer Interaktion geschaffen.
- 3) Wir handeln „Dingen“ gegenüber auf der Grundlage der Bedeutung, die sie für uns haben (vgl. Helle 2001, S. 93f).

Bei Forschungsanliegen aufgrund des symbolischen Interaktionismus geht es darum, die durch Interaktionen geformten sozialen Prozesse zu entdecken, die menschliches Verhalten beeinflussen. Für den Forschenden erfordert dies eine hohe Flexibilität und Sensibilität bei der Erfassung der Handlungszusammenhänge: Er muß die Bedeutung kennenlernen, die „Dinge“ im situativen Kontext für im Alltag handelnde Menschen besitzen.

Aufgabe des Forschers ist es, die Situation so zu sehen und zu verstehen, wie sie von den Handelnden gedeutet wird.

Dies läßt sich direkt am Beispiel dieser Arbeit darstellen. Pflege und Führung sind „Dinge“, deren Bedeutung in einer langen Kette von sozialen Interaktionen gewonnen, verändert oder bestätigt werden.

Die im Verlauf der (beschriebenen) beruflichen Sozialisation als Krankenschwester gewonnenen Bedeutungen lassen sich in ihren wesentlichen Grundzügen in den Berufsbiographien und im beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte erkennen. Mit dem Aufstieg in der beruflichen Hierarchie tritt die Beruflichkeit in eine neue Phase. Zum vertrauten Bild „Pflege“ tritt als zusätzliche Aufgabe der Bereich „Führung“. Dies zwingt die betroffenen Führungskräfte zu einer Neubestimmung ihrer beruflichen Denkweisen und Interessenlagen. Mit der Position „Stationsleitung“ bietet sich eine neue berufliche Perspektive in der Leitungsebene des Pflegedienstes. Es ist ein Wendepunkt in der beruflichen Entwicklung (Dritte Hypothese).

Das Forschungsinteresse richtet sich auf die Inhalte dieser Neubestimmung. Die folgenden Fragen sind dabei forschungsleitend:

- **Wie erleben Pflegende die Veränderungen ihrer beruflichen Tätigkeit, die mit dem Aufstieg aus dem Pflgeteam in die Führungsposition „Stationsleitung“ verbunden sind?**
- **Liegt dem beruflichen Aufstieg in die Stationsleitung eine persönliche Karriereplanung² zugrunde?**
- **Verändert sich das berufliche Selbstverständnis mit der Übernahme einer Führungsposition?**

Zusammengefaßt zielt die Untersuchung darauf ab, die Sichtweise von Stationsleitungen über ihre berufliche Tätigkeit aus der Sicht der Betroffenen zu erfassen. Derartige Erkenntnisse können die Betrachtung sowohl der Problematik des Pflegedienstes in den Krankenhäuser insgesamt, als auch besonders der Denkweisen und Erklärungsansätze der Pflegekräfte selbst erweitern. Die Ambivalenzen der beruflichen Situation einer Stationsleitung stehen dabei im Mittelpunkt der Untersuchung.

² Karriere soll hier verstanden werden als eine sich ständig nach oben weiterentwickelnde berufliche Positionsabfolge

B UNTERSUCHUNGSTEIL

7. Überlegungen zur Untersuchungsmethode

An die Grundaufgabe von (sozialwissenschaftlicher) Forschung, nämlich die Beschreibung und Erweiterung unseres Verständnisses der „Dinge“, kann mit Hilfe unterschiedlicher Forschungsmethoden herangegangen werden. Vereinfacht ausgeführt handelt es sich um den quantitativen bzw. den qualitativen Forschungsansatz.

Beim quantitativen Forschungsansatz spielen standardisierte Fragebögen, Beobachtungsschemata, experimentelle Anordnungen, die aufgrund von vorhandener Hypothesen oder Theorien entworfen werden und zu deren Überprüfung eingesetzt werden, eine zentrale Rolle. Dabei soll die Forschung unabhängig vom Beobachter des Forschungsgegenstandes erfolgen. Es müssen die verschiedenen Gütekriterien gegeben sein: Die Repräsentativität, d.h. die Angemessenheit der Stichprobenauswahl, die Validität, d.h. wird wirklich das gemessen, was gemessen werden soll und die Reliabilität, d.h. die Zuverlässigkeit der Messung müssen erfüllt werden. Die zu untersuchenden Gegenstände werden mit Hilfe statistischer Verfahren bearbeitet und die Ergebnisse auf dieser Grundlage interpretiert. Aufgestellte Hypothesen können im Sinne einer Falsifikation bzw. Verifikation überprüft werden. Diese wissenschaftliche Untersuchungsmethode zielt darauf ab, Gesetzmäßigkeiten über die zu untersuchenden Dinge herzustellen und eine zugrundeliegende Theoriebildung abzusichern.

Der quantitative Forschungsansatz ist im Grunde positivistisch und hebt kausale Zusammenhänge hervor. Eine positive Beeinflussung kausaler Faktoren müßte die Beseitigung problematischer Auswirkungen bewirken.

In der qualitativen Forschung geht es darum, komplexe soziale Lebenszusammenhänge systematisch zu erfassen, zu beschreiben und zu interpretieren. Die subjektive Realität der Menschen wird fokussiert. Dabei werden vom Forscher auch Beobachtungen gemacht. Diese Beobachtungen sind zu systematisieren und zu reflektieren.

Der Forscher ist in den Forschungsprozeß involviert, indem er einerseits in einer gewissen Vertrautheit mit dem Forschungsgegenstand auch bessere Zugänge zu ihm findet, andererseits das gewonnene Material aus einer Distanzierung unter die wissenschaftliche Lupe nehmen muß. Während in der quantitativen Forschung nur das erforscht werden darf, was mit den

standardisierten Methoden erfassbar ist, erlaubt die qualitative Methode jeden Teilbereich dieser Welt zum Gegenstand der Forschung werden zu lassen. Deshalb empfehlen sich qualitative Verfahren besonders da, wo noch wenig über den Gegenstand bekannt ist. Wenn dann zum Beispiel durch offene Interviews erste Informationen gewonnen werden, können Hypothesen für weiterführende standardisierte und repräsentative Erhebungen gebildet werden.

Qualitative Forschung stellt hohe methodische und ethische Anforderungen an die Person des Forschers. (Vgl. Cropley 2005, S. 58)

- Der Forscher benötigt hohe Fachkenntnisse aus seinem Untersuchungsgebiet, um Verhaltensweisen, die ihm begegnen, überhaupt verstehen zu können. Bei quantitativen Untersuchungen stehen das theoretische Gerüst und die sich daraus ergebenden Hypothesen bereits. In qualitativen Studien werden diese in der Regel erst im Forschungsprozeß gewonnen. Das stellt an den Forscher die Aufgabe aus von den Teilnehmern zur Verfügung gestellten Hinweisen induktiv Hypothesen zu bilden. Dazu sind genaue Beobachtung, Aufmerksamkeit, Offenheit und Sensibilität für die Bedeutung von Hinweisen notwendig.
- Der qualitativ arbeitende Forscher muß die Fähigkeit besitzen, Konzepte aufzubauen und die wissenschaftliche Phantasie kreativ, aber diszipliniert einzusetzen.
- Der qualitativ arbeitende Forscher ist in den Forschungsprozeß involviert und gewinnt seine Daten im direkten Kontakt mit der Lebenswirklichkeit der Probanden. Das erfordert auf Seiten des Forschers Einfühlsamkeit, Offenheit und die Fähigkeit, das Vertrauen anderer für sich zu gewinnen. Kenntnisse der Gesprächsführung sind unabdingbare Voraussetzung.
- Eine ethische Haltung ist wichtig. Das Forschungsmaterial enthält sehr persönliche Inhalte – wie der Proband sich und die Welt versteht und seine Aufgaben bewältigt. Unabdingbar sind strikte Anonymität. Die Zustimmung der Teilnehmer zur Untersuchung ist als Selbstverständlichkeit aufzufassen und soll nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden. Echte Zustimmung erfordert, daß der Proband über das Forschungsvorhaben detailliert informiert ist.

Nach Cropley (2005, S. 61ff) umfaßt eine qualitative Untersuchung die folgenden sechs Phasen:

- Phase der Konstruktion einer eigenen Wirklichkeit durch die individuelle Person,
- Phase des Berichtens (im Interview gegenüber dem Forscher) über diese individuelle Sichtweise der Dinge,

- Phase der Transkription der Interviews,
- Phase der Auswertung der Transkription, hier arbeitet der Forscher den Sinn der Aussagen heraus,
- Phase der Kommunikation der Ergebnisse mit einer Expertenrunde,
- Phase der Validierung durch eine sachkundige Leserschaft.

Ziel einer qualitativen Untersuchung kann das Gewinnen eines eingehenden Verständnisses bezüglich eines „Dinges“ sein. Die Untersuchung beschäftigt sich mit der inneren Wesensart des Untersuchungsgegenstandes. Bei meiner Untersuchung ist das „Ding“ das Erleben von Krankenschwestern / -pflegern, die in die Stationsleitung aufsteigen. Auslöser für diese Untersuchung war Neugierde und persönliche Betroffenheit. Seit langer Zeit mit der Weiterbildung von Pflegefachkräften zur Stationsleitung befaßt, waren die erlebten Auswirkungen dieses Wechsels immer wieder Gegenstand im Unterricht und in persönlichen Gesprächen.

Bei einer wissenschaftlichen Untersuchung ist die Frage nach der Repräsentativität immer von Bedeutung. Eine qualitative Untersuchung benötigt Gesprächspartner, die mit dem Untersuchungsgegenstand vertraut sind.

Die Frage der Stichprobengröße beantwortet Cropley in Anlehnung an Glaser und Strauss (1967) „(...) daß die Stichprobe groß genug ist, wenn im Laufe der Datenauswertung das Hinzufügen weiterer Fälle zu keinen Änderungen der provisorischen Schlußfolgerungen führt“ (2005, S. 83).

Ziel der Untersuchung ist es, den Prozeß des Wechsels von der Arbeit am Krankenbett und in einem Team hin zur Leitungstätigkeit außerhalb des Teams und (teilweise) außerhalb der „eigentlichen“ Pflegearbeit zu erfassen. Die Erhebungsverfahren müssen so gewählt werden, daß sie den Befragten erlauben, ihre eigenen Geschichten hervorzubringen. Die anschließende Aufgabe besteht darin, über die Einzelfälle hinaus zu allgemeinen Erkenntnissen zu kommen, aus denen Folgerungen für die berufspädagogische Arbeit in Weiterbildungslehrgängen zur Stationsleitung abgeleitet werden können.

Auf Grund des beschriebenen Erkenntnisinteresses und der entwickelten Fragestellungen lag es nahe, einen qualitativen Untersuchungsansatz zu wählen.

7.1 Erhebungsverfahren – das qualitative Interview

Die sozialwissenschaftliche Forschung hat eine Reihe von qualitativen Methoden und Techniken entwickelt. Derartige Techniken sind z.B. die teilnehmende Beobachtung, die Arbeit mit Fallstudien oder die Durchführung von Interviews. Cropley (2005, S. 100) beschreibt das Interview als die häufigste Untersuchungsmethode in den Sozialwissenschaften.

Das Interview ist eine Technik, durch die Aussagen erzeugt werden (vgl. Cropley, 2005, S. 100). Für die Sozialwissenschaften ist diese Technik interessant, weil sie eine hohe Authentizität von subjektiven Aussagen ermöglicht. Mit Hilfe von Fragen kann die subjektive Wirklichkeit der interviewten Probanden erfasst und im späteren Verlauf der Untersuchung analysiert werden. Nach Mayring spielt der verbale Zugang, das Gespräch, eine wichtige Rolle: „Subjektive Bedeutungen lassen sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten. Man muß hier die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen. Sie selbst sind zunächst die Experten für ihre eigenen Bedeutungsgehalte“ (Mayring 2002, S. 45).

Es gibt eine Vielzahl von unterschiedlichen Interviewformen. Die wesentlichen Unterschiede liegen in der Rolle des Interviewers und in der prozeßhaften Strukturierung der Interviewsituation. Cropley (2005, S. 105f) unterscheidet zwischen fünf Formen des Interviews:

- Offene Interviews

Die Teilnehmer können ihre Gedanken zu einem Thema spontan äußern. Die Fragen des Interviewers dienen lediglich dazu, das Gespräch in Gang zu halten. „Den Kern des offenen Interviews bildet der Versuch des Forschungsleiters, festzustellen, wie die Gesprächspartner ihre Gedanken zum Untersuchungsgegenstand selbst strukturieren und welche gedanklichen Kategorien sie wählen, wenn sie versuchen, diese Gedanken einer anderen Person mitzuteilen“ (Cropley 2005, S. 106).

Mit Hilfe eines offenen Interviews soll ein Einblick in die subjektive Bedeutung einschneidender Erlebnisse gewonnen werden. Es werden vorab keine theoretischen Konzepte zum Thema ausgearbeitet, es gibt auch keinen Interviewleitfaden, sondern nur eine Anfangsfrage vom Interviewer, verbunden mit der Bitte zu erzählen. Der Interviewer beschränkt sich auf die Rolle des Zuhörers und greift nur ein, wenn der Erzählfluß verlorengeht. Erst nach Abschluß der Erzählung kann der Interviewer Nachfragen zu einzelnen Passagen stellen.

- Teil-strukturierte Interviews

Charakteristisch für diese Form des Interviews ist nach Flick (2003, S. 143f.), daß mehr oder minder offen formulierte Fragen in Form eines Leitfadens in die Interviewsituation „mitgebracht“ werden. Die Interviewpersonen sollen auf diese Fragen frei antworten. Im Verlauf des Interviews soll und kann der Forscher entscheiden, wann und in welcher Reihenfolge er welche Fragen stellt, ob eine oder mehrere Fragen schon beantwortet wurden und weggelassen können. Es muß entschieden werden, ob und wann er detaillierter nachfragen und ausholende Ausführungen des Interviewten unterstützen sollte. Diese Einzelentscheidungen können nur in der Interviewsituation selbst getroffen werden und sie fordern vom Forscher ein großes Maß an Sensibilität für den konkreten Interviewverlauf und für die Interviewpersonen, sowie ein hohes Maß an Überblick über das Gesagte und seine Relevanz für die Fragestellung der Forschung.

Ein durch einen Leitfaden gestütztes Interview empfiehlt sich, „(.....) wenn das Ziel der Untersuchung nicht nur in der Erforschung subjektiver Erfahrungen, sondern auch in der Sammlung objektiver Informationen besteht.“ (Mayer 2007, S. 181)

- Strukturierte Interviews

Kennzeichnend für strukturierte Interviews ist es, daß der Forscher spezifische Fragen hat, auf die im Interview konkrete Antworten gesucht werden. Alle Fragen werden in gleicher Form allen Probanden gestellt. Auch Fragen mit vorformulierten Alternativantworten sind möglich. Strukturierte Interviews haben den Vorteil, weniger zeitaufwendig zu sein und vorstrukturierte Daten zu liefern. Die durch strukturierte Interviews gewonnenen Daten haben den Nachteil, weniger aufschlussreich, oberflächlicher und schwieriger zu interpretieren zu sein. Sie sind auch anfälliger für Phänomene wie „soziale Erwünschtheit“.

- Tiefeninterviews

Das Tiefeninterview kann mehr oder weniger strukturiert ablaufen. Sein wesentlichstes Merkmal ist, daß der Forscher versucht, unter die „Oberfläche“ zu gelangen, um unbewußtes bzw. verstecktes Material zu generieren. Ein Tiefeninterview kann klinischen Status erlangen.

- **Gruppeninterviews**

Das Gruppeninterview ist kein Einzelinterview, sondern findet in einer Gruppe statt, die ein gemeinsames Thema hat. Der Forscher muß dabei neben der allgemeinen Gesprächsführungskompetenz auch die Fähigkeit zur Moderation einer Diskussion aufweisen.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Informationen über die spezielle Situation von Schwestern/Pflegern zu gewinnen, die die Position „Stationsleitung“ innehaben. Durch die aufgestellten Hypothesen und die vorangegangene Literaturanalyse wurden eine Reihe von potentiellen Problemen identifiziert. Für die Datenerhebung galt es, eine Form zu finden, die es einerseits den Probanden erlaubt, ihre eigenen Geschichten hervorzubringen. Andererseits soll sie ermöglichen, die identifizierten potentiellen Probleme der Stationsleitung zur Sprache zu bringen. Als Datenerhebungsverfahren für die geplante qualitative Untersuchung wurde die Form des teil-strukturierten Einzelinterviews festgelegt. Dieses Interviewverfahren mit seiner teil-strukturierten Frageform ermöglicht es, daß die Befragten die Möglichkeit haben, frei zu Wort zu kommen. Die Schwerpunkte sind durch den sensibel zu handhabenden Leitfaden aber festgelegt. Dabei stellt der Leitfaden kein starres, vorgefertigtes Instrument dar, sondern muß in seiner konkreten Ausgestaltung laufend an das jeweilige Interview angepaßt werden. Dadurch ist sichergestellt, daß die vom Forscher als relevant erkannten Probleme behandelt werden.

Eine entscheidende Abgrenzung zum strukturierten Interview sieht Flick (2003 S. 143f.) darin, daß keine festgelegten Antwortvorgaben zu den Fragen existieren und die Befragten ihre subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen frei äußern können. Das Vorgehen eines leitfadengestützten Interviews bietet sich an, weil durch den Leitfaden eine teilweise Standardisierung erscheint, die die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews ermöglicht.

7.2 Erstellen des Interviewleitfadens

Wichtig für die Untersuchung war die Erarbeitung eines Interviewleitfadens. Dieser sollte die Möglichkeit bieten, das Thema umfassend zu beleuchten. Bei der Erstellung eines Leitfadens muß darauf geachtet werden, die Fragen nach verständlichen und nachvollziehbaren Kriterien zu ordnen. Ein „roter Faden“ muß erkennbar sein für die Befragten. Ein solcher „roter Faden“ kann durch eine zeitliche Dimensionierung der Fragen erreicht werden.

Beim Leitfaden muß auch die herzustellende positive Gesprächsatmosphäre mit bedacht werden. Es empfiehlt sich mit einfachen, unverfänglichen Fragen zu beginnen und erst im Verlaufe des Interviews die tiefergehenden, mehr persönlichen Fragen anzugehen. Dabei muß die notwendige Balance zwischen Nähe und Distanz beachtet werden.

Zeitliche Beschränkungen sollten vermieden werden, andererseits ist zu bedenken, daß die Konzentration in der Regel nach ca. 45 Minuten deutlich nachlässt.

Bei den Fragen gibt es die offene und die geschlossene Frageform. Geschlossene Fragen schränken die Antwortmöglichkeiten ein. Offene Fragen ermöglichen eine freie Exploration, wobei der Interviewer darauf zu achten hat, daß der Gegenstand der Untersuchung im Fokus bleibt.

Auf der Grundlage dieser Überlegungen wurde ein Leitfaden entwickelt. In einem ersten Schritt wurden mögliche Fragen in Bezug auf die untersuchungsleitenden o.a. Hypothesen und die daraus entwickelten Forschungsfragen ausgesucht und formuliert. Als relevant für die Untersuchung wurden Fragen nach der Motivation für die Berufswahl, der individuellen Sichtweise von Pflege, den Motiven für die Übernahme einer Führungstätigkeit und nach den Veränderungen der Sichtweise von Pflege durch die Ausübung der Führungstätigkeit angesehen.

Inhaltlich gliedert sich der Interviewleitfaden in folgende Bereiche:

- Schulischer und beruflicher Werdegang

Neben den grundlegenden Informationen über den schulischen und beruflichen Werdegang ist die Motivation für die Berufswahl „Krankenpflege“ von Interesse. Dabei ist auch der familiäre Hintergrund der Befragten von Belang. Lag die Berufswahl im familiären Kontext, war Pflege eher eine „Notlösung“, oder wurde die Tätigkeit als Krankenschwester als Aufstieg erlebt? Auch ist von Bedeutung, ob in der Berufsbiographie Hinweise auf die Absicht einer beruflichen Veränderung im Sinne der Übernahme einer Führungstätigkeit angegeben werden.

- Entscheidung zur Führungstätigkeit

Hier soll die Motivationsstruktur für die Übernahme einer Führungstätigkeit deutlich gemacht werden. Entsprang die Entscheidung dem eigenen Interesse oder war sie fremdgesteuert ? Auch ist von Interesse, ob etwa Unterschiede bei Männern und Frauen zu beobachten sind.

- Berufliches Selbstverständnis als Stationsleitung

Bei diesem Bereich ist von Interesse, wie die befragten Führungskräfte die mit der Leitungstätigkeit einhergehenden Veränderungen ihres bisherigen Berufsbildes erleben. Die o.a. Hypothese, daß die im Verlaufe der bisherigen beruflichen Sozialisation gewonnene Identität als Pflegende die Übernahme einer Position erschwert, die ihren Schwerpunkt außerhalb der „eigentlichen“ Pflege hat, soll aus der Sicht der Betroffenen eruiert werden. Die erlebten Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten in ihrer neuen Position und die von ihnen benutzten Lösungsstrategien sollen erfragt werden. Das Erleben der Führungstätigkeit als zentrale Kategorie soll mit folgenden Unterpunkten erklärt werden:

Pflegefachlichkeit und Führungstätigkeit: Wie wird die Bedeutung des pflegefachlichen Handelns im Verhältnis zum Führungshandeln gesehen? Ist mit der Führungstätigkeit quasi eine neue Beruflichkeit entstanden?

Ansehen: Hier geht es um die Einschätzung des Ansehens der Position „Stationsleitung“ sowohl Krankenhaus intern als auch in der Öffentlichkeit. Bringt die erreichte Stellung ein mehr an Ansehen mit sich?

Konflikte: Diese Fragen sollen Aufschluß geben über die Konfliktpotentiale, die typisch sind für die mittlere Führungsposition im Beziehungsgeflecht zwischen den eigenen Ansprüchen, den Erwartungen der Mitarbeiter, der Pflegedienstleitung und dem ärztlichen Dienst.

Berufspolitisches Verständnis: Hier ist von Interesse, über welche berufspolitischen Einstellungen die Führungskräfte in Bezug auf ihren Beruf und seine öffentliche Vertretung durch Berufsverbände verfügen.

Verhältnis von Beruf und Privatleben: Hier geht es um die Bedeutung der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu anderen Lebensbereichen, wie etwa dem familiärem Umfeld.

Weitere berufliche Pläne: Bilden die Erfahrungen in der Stationsleitung einen Anreiz für weitere Karriereschritte?

Dem Interviewleitfaden liegt eine chronologische bzw. berufsbiographische Struktur zugrunde. Dies bezieht sich auf die dargestellten theoretischen Konzepte zur beruflichen Sozialisation und zum Pflegeverständnis aus den Kapiteln 1 und 2. Im weiteren Verlauf des Interviews wird die gegenwärtige Berufssituation der Befragten in den Blick genommen. Die eigene Sicht der Führungsrolle und die daraus gezogenen Rückschlüsse auf das berufliche Selbstverständnis als Pflegefachkraft in einer Führungsposition werden thematisiert (vgl. Kap. 3, 4 und 5).

Den Abschluß bilden Fragen zur Einschätzung der weiteren beruflichen und persönlichen Entwicklung. Durch diese auch chronologisch dimensionierte Anordnung der Themenbereiche wird nicht nur eine objektiv-logische, sondern auch eine psychologisch-subjektive Struktur geschaffen.

Der so erstellte erste Leitfaden wurde im Kolloquium im Berufspädagogischen Seminar der Universität Karlsruhe diskutiert und in zwei Preinterviews getestet. Diese beiden ersten Interviews wurden im Dezember 2008 geführt. Nach den Interviews wurden die beiden Teilnehmer um Rückmeldung gebeten. Die Rückmeldung galt auch dem Interviewerverhalten und der Gesprächsatmosphäre. Anschließend wurde der Leitfaden überarbeitet und einem weiteren Pretest unterzogen. Dieses Interview wurde transkribiert und teilweise ausgewertet.

Leitfaden und die erste Auswertung wurden ebenfalls im Kolloquium diskutiert. Mit diesen Erkenntnissen wurde der endgültige Leitfaden konzipiert.

7.3 Untersuchungsteilnehmer und Feldzugang

Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung ist bei der Auswahl der Probanden zu beachten, daß die Interviewpartner das „Typischsein“ für das Forschungsthema repräsentieren. Da Erkenntnisse gewonnen werden sollten über die Eigenwahrnehmung der beruflichen Situation von Schwestern/Pflegern, die aus dem allgemeinen Pflegedienst in die Stationsleitung aufgestiegen sind, wurden als „typisch“ die folgenden Kriterien definiert:

- Die Teilnehmer müssen ein vergleichbares Qualifikations- und Kompetenzniveau aufweisen. Das bedeutete konkret für die Auswahl, die Befragten sollten eine mehrjährige Berufserfahrung in der Pflege haben und eine Weiterbildung zur Stationsleitung absolviert haben.

- Die Teilnehmer müssen in der mittleren Führungsebene des Pflegedienstes in einem Allgemeinkrankenhaus tätig sein.
- Die Teilnehmer müssen unter vergleichbaren normativen Rahmenbedingungen arbeiten. Da die Krankenhauspolitik Ländersache ist und dadurch unterschiedliche Bedingungen in den Bundesländern vorliegen, schien es sinnvoll, die Untersuchung auf ein Bundesland – hier: Rheinland-Pfalz - zu begrenzen. Die Bandbreite allgemeiner Krankenhäuser wurde berücksichtigt: Die Teilnehmer arbeiteten in Krankenhäusern mit unterschiedlicher Trägerschaft und unterschiedlicher Größe sowie in verschiedenen medizinischen Fachabteilungen.

Ein Vorteil für die Gewinnung von Interviewpartner war zweifellos, daß der Forscher in der Pflegeszene von Rheinland-Pfalz über einen hohen Bekanntheitsgrad verfügt. So erfuhr die Untersuchung Unterstützung bei den angefragten Pflegedienstleitungen. Auch die vom Forscher selbst direkt angesprochenen Personen waren sofort bereit, am Interview teilzunehmen. Dieses entgegengebrachte Vertrauen war Grundlage für eine offene Atmosphäre während des Interviews und erlaubte auch tiefergehende Nachfragen.

Eine derartige Interviewsituation ist durchaus zwiespältig zu sehen. Einerseits ist der Forscher „kultureller Insider“, d.h. er ist mit der Sprache, den Werten und den Normen des Pflegedienstes im Krankenhaus vertraut. Andererseits kann diese Nähe zum Gegenstand dazu führen, daß der Forschende der Situation nicht mehr ganz offen gegenübersteht und es zu Fehlinterpretationen kommt.

Die Stichprobengröße umfaßt 18 Interviews. Die Geschlechtsverteilung im Pflegedienst wurde berücksichtigt: 15 Probanden sind weiblich, drei männlich.

7.4 Zur konkreten Interviewsituation

Nach diesen Vorarbeiten erfolgten von Februar bis Mai 2009 die Interviews.

Der Interviewleitfaden mit seinen aufeinander abgestimmten Fragen gibt eine Strukturierung des Gespräches vor. Die Fragen sind „offen“ formuliert, d.h. die Antworten der Befragten unterlagen keinerlei Beschränkungen. Der angewandte Interviewstil orientierte sich an den Prinzipien des

„Teil-strukturierten Interviews“ (Copley 2005, S. 107). Teilstrukturierte Interviews haben eine klar erkennbare Struktur. Der Forscher hat Kenntnisse über den Untersuchungsgegenstand und Vorstellungen, welche Befunde sich aus der Untersuchung ergeben könnten.

Der Forscher orientiert sich am erarbeiteten Leitfaden, d.h. der Leitfaden wurde nicht akribisch abgearbeitet. Vom Forscher wurde darauf geachtet, daß alle für das Forschungsvorhaben wichtigen Punkte angesprochen wurden.

Während des Interviews wird besonders auf das Prinzip der „Nicht-Beeinflussung“ geachtet. Der Befragte soll sich ohne Vorbehalte äußern und seine Sicht der Dinge darlegen. Der Forscher hält sich mit Wertungen und Interpretationen zurück.

Eine solche Form der Befragung ist eng verbunden mit den Prinzipien einer „nicht-direktiven Gesprächsführung“, wie sie von Carl Rogers konzipiert wurde. Als Vorteil für den gesamten Verlauf der Interviews kann gesehen werden, daß der Verfasser eine langjährige Erfahrung mit dieser Form der Gesprächsführung besitzt.

Für die „nicht-direktive Gesprächsführung“ sind drei Wesensmerkmale von zentraler Bedeutung:

- Das Prinzip der „Empathie“ bedeutet, sich in die Gedanken- und Gefühlswelt der Interviewten hineinversetzen zu können, um die Erfahrungswelt des Befragten erfassen zu können.
- Das Prinzip der „Echtheit“ erfordert, dem Befragten unvoreingenommen gegenüber zu treten und ihn als Person mit seinen individuellen Meinungen zu akzeptieren.
- Das Prinzip des „einfühlenden Verstehens“ soll dem Interviewten anzeigen, daß der Interviewer seine Schilderungen verstanden hat. Die Gesprächsinhalte werden in ihrer emotionalen Bedeutung erfaßt.

Die Befragung fand je nach Erreichbarkeit der Teilnehmer an unterschiedlichen Orten statt. Ein Teil der Interviews wurde im Büro des Forschers in der Kreuznacher Akademie für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen durchgeführt. Weitere Interviews wurden am Arbeitsplatz der Befragten in den jeweiligen Krankenhäusern vorgenommen.

Bei der Organisation der Termine wurde darauf Wert gelegt, daß keiner der beteiligten Personen unter Zeitdruck stand. Als Zeitbedarf war mindestens eine Stunde eingeplant. Bei der Raumfrage stand die Schaffung einer entspannten Atmosphäre im Vordergrund. Getränke waren bereitgestellt, äußere Störungen durch Telefon oder durch laute Geräusche von außerhalb des Raumes wurden ausgeschlossen.

Vor Beginn des Interviews wurde zunächst die Themenstellung und das Ziel der Arbeit sowie der Ablauf des Interviews erläutert. Die technischen Details, wie Tonbandmitschnitt, transkribieren, anonymisieren, auswerten und besprechen wurden erklärt. Die Interviewten wurden informiert, daß sie die Fragen möglichst genau und so ausführlich wie nötig beantworten sollen. Es wurde ihnen freigestellt, eine Frage nicht zu beantworten. Dies wurde vom Interviewer selbstverständlich akzeptiert.

Der erste Teil mit den allgemeinen statischen Angaben zur Person diente zum Aufwärmen in der unbekanntem Situation. Anschließend wurden die offenen Fragen bearbeitet, wobei die Reihenfolge der Fragen dem Gesprächsverlauf angepaßt wurde.

Nach den Interviews wurden die Befragten nochmals über den weiteren Verlauf aufgeklärt und darauf hingewiesen, daß auf Wunsch vertrauliche Interviewaussagen aus der Untersuchung herausgenommen werden. Diesen Wunsch hat keiner geäußert.

Die Dauer der Interviews war unterschiedlich, der Durchschnitt lag bei 45 Minuten. Fast alle Interviewten nahmen die Gelegenheit wahr, nach dem Interview noch ausführlich mit dem Interviewer zu sprechen. Diese informellen Gespräche dauerten noch mal zwischen 10 Minuten und einer Stunde. Zum Teil wurden dabei ganz persönliche Fragen der weiteren Karriereplanung angesprochen.

Allen Beteiligten wurde zugesagt, ein Exemplar der fertig gestellten Arbeit als Präsent zu bekommen.

Alle Teilnehmer hatten zum Zeitpunkt des Interviews eine Vollzeitstelle in der Funktion einer Stationsleitung bzw. stellvertretenden Stationsleitung.

Unmittelbar nach Ende des Interviews wurden atmosphärische und inhaltliche Eindrücke des Forschers, die nicht über das Interview selbst darstellbar sind, niedergeschrieben. Neben den allgemeinen Daten, wie Aufnahmedatum und Zeitdauer, gehörten dazu Angaben über den Ort und den Raum, in dem das Interview stattgefunden hat. Die vom Forscher empfundene Gesprächsatmosphäre sowie sein Eindruck vom Probanden hinsichtlich Aufgeschlossenheit zum Thema, und die vom Forscher als besonders sensibel für den Probanden empfundene Themenbereiche wurden notiert.

7.5 Transkription

Die das Interview einleitende Überblicksphase, in der der Forscher sich vorstellt, sein Projekt erklärt, das Vorgehen erläutert und Vertraulichkeit zusichert, wurde nicht aufgezeichnet. Die Aufnahme beginnt mit der ersten Fragestellung. Die aufgenommenen Daten wurden vollständig transkribiert. Dabei wurden die folgenden Regeln angewandt:

- Alle gesprochenen Worte werden in ihrer verwendeten Form niedergeschrieben.
- Laute ohne expliziten Bedeutungsgehalt (Interjektionen) werden nicht verschriftlicht.
- Nicht verständliche Worte werden kenntlich gemacht durch (...), schwer verständliche Worte werden in ihrer vermuteten Form aufgeschrieben und mit ? versehen.
- Satzunterbrechungen werden durch kenntlich gemacht.
- Lachen während des Interviews wird mit (Lachen) vermerkt.

8. Auswertungsmethode

Die für die Untersuchung ausgewählte Auswertungsmethode orientiert sich an der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2008). Nach Kromrey (2000, S. 298 zitiert in Cropley, 2005, S. 127) ist die qualitative Inhaltsanalyse „eine Forschungstechnik, mit der man aus jeder Art von Bedeutungsträger durch systematische und objektive Identifizierung ihrer Elemente Schlüsse ziehen kann, die über das analysierte Dokument hinaus verallgemeinerbar sein sollten.“

Diese Auswertungsmethode zielt darauf ab, durch eine inhaltliche Strukturierung eine Interpretation der wesentlichen Bestandteile zu ermöglichen.

Der entscheidende Vorteil liegt darin, daß das Material auf seine wesentlichen Inhalte reduziert wird. Dabei werden sowohl der Anspruch nach interpretativer Tiefe, als auch der Anspruch einer ökonomischen Arbeitsweise erfüllt. Die qualitative Inhaltsanalyse bietet die Möglichkeit, sowohl den Einzelfall, als auch das gesamte Interviewmaterial bearbeiten zu können. Zudem können quantitative Analyseschritte eingebaut werden und den qualitativen Ansatz sinnvoll ergänzen. Im weiteren Verlauf der Auswertung müssen jedoch quantitative Ergebnisse wieder einer qualitativen Interpretation unterzogen werden.

Ein Nachteil der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, daß es mit dieser Methode nur begrenzt möglich ist, eine Theoriebildung abzusichern. Neben Einzelfall und Pilotstudien kann sie jedoch eingesetzt werden, um theoretische Zusammenhänge zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Eine inhaltsanalytische Auswertung ermöglicht eine Interpretation des untersuchten Materials und orientiert sich dabei am vorgegebenen theoretischen Rahmen. Sie ist deskriptiv und hypothesengenerierend.

Im weiteren Verlauf werden zunächst die Grundlagen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zusammengefaßt, danach wird der genaue Ablauf der Auswertung beispielhaft beschrieben.

8.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die Auswertung der Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) gewählt, bei der es darum geht,

- fixierte Kommunikation zu analysieren,
- dabei systematisch, d. h. regel- und theoriegeleitet vorzugehen,
- mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen (Mayring 2008, S. 13).

Die qualitative Inhaltsanalyse ist bestrebt, die Vorteile einer systematischen und theoriegeleiteten Vorgehensweise zu nutzen, „ohne in vorschnelle Quantifizierungen abzurutschen (...). Die Stärke der Inhaltsanalyse ist, daß sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert“ (Mayring 2002, S. 114). Von der hermeneutischen Bearbeitung von Textmaterial unterscheidet sie sich gerade durch ihr systematisches Vorgehen und der Vermeidung von Interpretationen, wie es in der Hermeneutik üblich ist. Die Systematik zeigt sich in einem regelgeleiteten Ablauf, der ermöglicht, daß die Analyse intersubjektiv überprüfbar ist. Außerdem orientiert sich diese an einer Theorie, d. h. das Material wird unter einer theoretischen Fragestellung ausgewertet. Theoriegeleitetheit bedeutet hier auch, daß an Erfahrungen anderer mit dem Untersuchungsgegenstand angeknüpft wird. Die qualitative Inhaltsanalyse versteht das zu untersuchende Material daher als Teil eines Kommunikationsprozesses.

Nach Mayring (2008, S. 54) sieht das inhaltsanalytische Ablaufmodell, das der Orientierung dient und je nach Material und Fragestellung modifiziert werden kann, folgendermaßen aus:

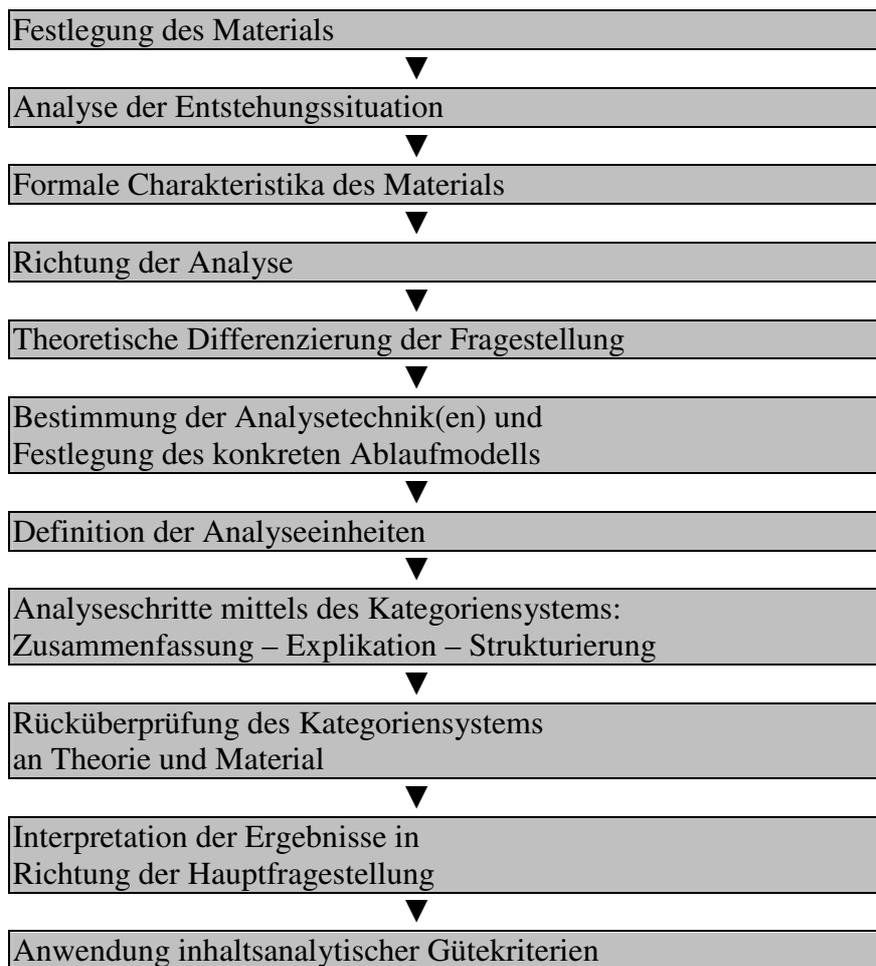


Abb. 2: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell

Das Ablaufmodell beginnt mit einer Festlegung des zu analysierenden Materials. Es folgt die genaue Beschreibung der Entstehungssituation der Kommunikation und der formalen Charakteristika des Materials, also beispielsweise, daß ein Interview auf Tonband aufgenommen und zu einem geschriebenen Text transkribiert wurde. Nach der Beschreibung des Ausgangsmaterials ist zu fragen, was aus dem Material heraus interpretiert werden soll, d. h. die Richtung der Analyse wird festgelegt. Die theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung bedeutet eine Formulierung der Forschungsfragen unter Bezugnahme auf den aktuellen Forschungsstand. Vor der Definition der Analyseeinheiten erfolgt die Festlegung der Analysetechniken, wobei Mayring (2008) folgende drei Grundformen unterscheidet:

- Die Zusammenfassung, deren Ziel es ist, das Material so zu reduzieren, daß die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch Abstraktion ein überschaubares Abbild geschaffen wird,
- die Explikation, die zum Ziel hat, das Verständnis zu erweitern, indem einzelne Textstellen, die unklar sind, durch Hinzuziehen von weiterem Material erklärt und erläutert werden,
- die Strukturierung, deren Ziel es ist, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, d. h. unter vorher festgelegten Kriterien den Text zu ordnen.

Während bei der Analysetechnik der Zusammenfassung von nur einer Form ausgegangen wird, lassen sich die Analysetechniken Explikation und Strukturierung weiter differenzieren. So sind bei der Explikation eine enge Kontextanalyse, die zur Erläuterung einer Textstelle auf den Kontext des Textes selber zurückgreift, sowie eine weite Kontextanalyse, die noch zusätzliches Material zur Erläuterung heranzieht, möglich. Bei der Strukturierung lassen sich mehrere Untergruppen unterscheiden. Hier zeigt eine formale Strukturierung den Aufbau des Textes, eine inhaltliche Strukturierung dagegen die Zusammenfassung des Materials zu bestimmten Inhalten. Eine typisierende Strukturierung sucht anhand ausgeprägter Merkmale nach Typisierungen im Material und beschreibt sie, während in einer skalierenden Strukturierung das Material nach Dimensionen in Skalenform eingeschätzt wird. Nach Mayring (2008, S. 59) ergibt sich demnach folgender Katalog qualitativer Analysetechniken:

<i>Grundformen der Analyse</i>	<i>Differenzierungen</i>
Zusammenfassung	Zusammenfassung
Explikation	Enge Kontextanalyse Weite Kontextanalyse
Strukturierung	Formale Strukturierung Typisierende Strukturierung Skalierende Strukturierung Inhaltliche Strukturierung

(Tab. 2: Analysetechniken)

Das gemeinsame Charakteristikum der Auswertungsstrategien besteht in der Entwicklung eines Kategoriensystems. Die Kategorien werden in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt, durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und überprüft. Schließlich erfolgt die Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung und die Einschätzung der Analyse anhand inhaltsanalytischer Gütekriterien.

Für das vorliegende Datenmaterial und das zugrundeliegende Erkenntnisinteresse ist die zusammenfassende Inhaltsanalyse als Auswertungsstrategie geeignet. Zurückgehend auf die Psychologie der Textverarbeitung zeichnet sich die Zusammenfassung durch Operationen der Reduktion (Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion, Bündelung) aus. Die Absicht der Zusammenfassung ist, eine große Materialmenge auf ein überschaubares Maß zu reduzieren, um so die wesentlichen Inhalte zu erhalten. Dabei wird das Material auf zunehmend abstrakteren Ebenen gebündelt. Das Verfahren ist zur Exploration von Kategorien geeignet. Die Vorgehensweise wird von folgenden Interpretationsregeln (Mayring, 2008, S. 61) unterstützt:

- Paraphrasierung (alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende und verdeutlichende Wendungen werden gestrichen und in eine grammatikalische Kurzform gebracht)
- Generalisierung (Schaffung eines einheitlichen Abstraktionsniveaus, indem Aussagegegenstände durch begrifflich übergeordnete Paraphrasen ersetzt werden)
- Selektion (zentrale Aussagen werden unverändert beibehalten)
- Bündelung (ähnliche Aussagen werden zusammengefasst)
- Konstruktion/Integration (Paraphrasen mit mehreren Inhalten werden zu einem Gegenstand zusammengefasst)

Die Kategorien werden aus den neuen Aussagen gebildet, so daß ein induktiv abgeleitetes Kategoriensystem entsteht. Die jeweilige, genau festgelegte Abstraktionsebene der Zusammenfassung zeigt Mayring (2008, S. 60) in der folgenden Darstellung:

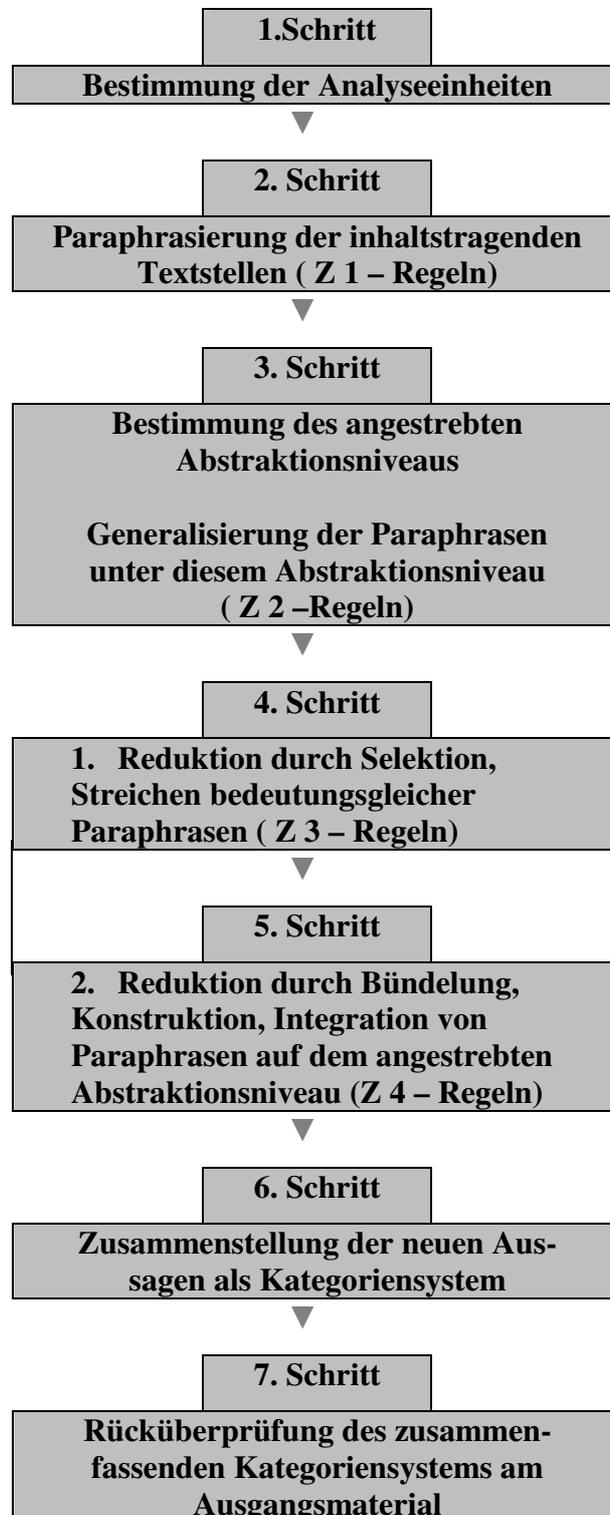


Abb. 3: Darstellung der Abstraktionsebenen

Mayring (2002, S. 65) weist darauf hin, daß eine Modifikation der allgemeinen Analysetechnik entsprechend den Erfordernissen der Fragestellung möglich und sogar notwendig sein kann. Im Rahmen dieser Arbeit ist eine Abweichung von dem Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse und den allgemeinen Analyseregeln nicht indiziert. Den übergeordneten Rahmen für die Auswertung der Interviews bildet das Ablaufmodell nach Mayring (2002):

1. Schritt: Das auszuwertende Material besteht aus 18 Interviewprotokollen.
2. Schritt: Die Befragten nahmen freiwillig an dem problemzentrierten Interview teil.
3. Schritt: Die Interviews wurden auf Band aufgezeichnet und nach festgelegten Regeln transkribiert.
4. Schritt: Analysiert werden die Aussagen der Teilnehmer, die sich auf das Bild der Stationsleitung beziehen.
5. Schritt: Theoretischer Hintergrund und Fragestellung.
6. Schritt: Durch die Analysetechnik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse werden Kategorien gebildet.

8.1.1 Betrachtung der Gütekriterien

Die Einschätzung der Ergebnisse anhand von Gütekriterien ist ein immanenter Bestandteil empirischer Forschung. Da die Übernahme der klassischen Gütekriterien quantitativer Forschung nicht möglich ist, müssen die Gütekriterien qualitativer Forschung neu definiert, d. h. mit neuen Inhalten gefüllt werden. Die Geltungsbegründung der Ergebnisse soll viel flexibler sein, denn „nicht nur die Methoden sollten dem erforschten Gegenstand angemessen sein, sondern auch die Kriterien der Bewertung sollten den eingesetzten Methoden gerecht werden können“ (Flick, 1987, S. 247).

Zur Geltungsüberprüfung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wird auf sieben Kriterien qualitativer Forschung (Mayring, 2002; Flick, 1987; Lamnek, 1995a) Bezug genommen:

- Verfahrensdokumentation

Reicht in der quantitativen Forschung in der Regel die Angabe der verwendeten standardisierten Techniken und Meßinstrumente für die methodische Beurteilung aus, muß in der qualitativen Forschung das Vorgehen detailgerecht dargestellt sein, um den Forschungsprozess intersubjektiv überprüfen zu können. Die geforderte Transparenz wird in der vorliegenden Arbeit durch die detaillierte Beschreibung der Entwicklung des Interviewleitfadens, der Durchführung der Untersuchung sowie der Auswertungsverfahren nach dem allgemeinen Ablaufmodell erfüllt.

- Argumentative Interpretationsabsicherung

Da sich Interpretationen nicht wie mathematische Berechnungen beweisen lassen, ist jede Interpretation argumentativ zu begründen.

- Regelgeleitetheit

Dem Anspruch der Regelgeleitetheit wird die systematische Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) gerecht. Die einzelnen Analyseschritte wurden im Vorfeld festgelegt, das Material unterteilt und die Auswertung schrittweise durchgeführt. In dieser Arbeit wurde das allgemeine Ablaufmodell nach Mayring (2002) streng befolgt und damit die Forderung nach einer systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Analyse erfüllt.

- Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Forschungsgegenstand ist ein zentraler Aspekt qualitativer Forschung. Dies ergibt sich in dieser Untersuchung durch die Thematik, da jeder Teilnehmer in seiner Lebenswelt bereits damit konfrontiert wurde. Außerdem wird dem methodologischen Grundprinzip dadurch Rechnung getragen, daß die Relevanzsysteme der Befragten einbezogen werden.

- Kommunikative Validierung

Die Gültigkeit der Untersuchungsergebnisse läßt sich anhand einer Rückkopplung der Ergebnisse an die Teilnehmer überprüfen. Während der Erhebung wurden die Aussagen nach Bedarf zusammengefasst und reflektiert. So erhielt jeder Gesprächspartner die Möglichkeit, ein falsches Verständnis des Gesagten zu korrigieren oder Aussagen zu

konkretisieren. Auf eine Abgleichung der Ergebnisse nach der Auswertung wurde verzichtet, um das Entgegenkommen der Teilnehmer nicht zu sehr zu strapazieren.

- **Triangulation**

Unter Triangulation versteht man die Anwendung verschiedener Theorien, Methoden, Auswerter oder Datenquellen, um unterschiedliche Lösungswege zu entwerfen und die Ergebnisse zu vergleichen. Ziel ist nicht eine völlige Übereinstimmung, sondern eine Perspektivenvielfalt bei der Betrachtung der Ergebnisse. In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene theoretische Ansätze herangezogen, um dem Gütekriterium zu entsprechen.

- **Repräsentativität und Generalisierbarkeit**

Die Anzahl der Interviews ($n = 18$) ist zu gering, um zu statistisch repräsentativen Ergebnissen führen zu können. Einerseits ist die Anzahl mit ökonomischen Überlegungen zu erklären, andererseits werden Verallgemeinerungen in der qualitativen Forschung nicht, wie in der quantitativen, durch ein Verfahren wie das der repräsentativen Stichprobenziehung, sondern durch theoriegeleitet ausgewählte, typische Fälle erzielt (Lamnek 1995b; Mayring 2002). Das Ziel der Studie liegt primär in der Deskription des Qualitätsverständnisses der Interviewten. Jede Aussage trifft dabei lediglich auf den Befragungsteilnehmer zu und kann nicht auf die Gesamtheit der Stationsleitungen übertragen werden. Die Ergebnisse spiegeln wegen der heterogenen Zusammensetzung der Teilnehmergruppe (Alter, Berufserfahrung) das diesbezüglich vorhandene Meinungsbild allerdings facettenreich wider. So lassen sich Tendenzaussagen oder Vermutungen formulieren, die wiederum zu weiteren Untersuchungen anregen können.

8.2 Vorgehensweise der Bearbeitung

Nach der Transkription wurden zunächst alle 18 leitfadengestützten Interviews ausgedruckt und gesichtet. Die Nummerierung war durchlaufend von 1 bis 19, mit Ausnahme der Nr. 11. Zuerst sind die Personendaten bearbeitet worden. Es haben 15 Frauen und 3 Männer an der Befragung teilgenommen. Alle personenbezogenen Daten wurden per Hand ausgezählt, auf einer Strichliste notiert und im Excel-Programm als Grafik dargestellt. Ebenfalls im Excel-Programm sind alle Daten erfasst, die eine quantitative Charakteristika haben und nicht qualitativ auszuwerten waren. Dazu gehören die Anzahl der Kinder, der Familienstand, die Mitgliedschaft in Berufsverbänden, die Zeitdauer der Berufszugehörigkeit, etc.

Nun begann die Auswertung nach Mayring (2008, S. 61ff.) in vier Schrittfolgen:

1. **Schritt: Paraphrasenbildung**, d.h. die ausgewählten Textbestandteile werden in der Papierfassung der Interviews unterstrichen, oder sie werden aus dem Originalinterview edv-technisch in eine eigene Datei kopiert oder sie werden einfach nochmal abgeschrieben. Bei diesem Vorgang werden alle Redundanzen, Floskeln, Wiederholungen weggelassen. Bei der Übertragung der Paraphrasen in die Tabelle „Hilfsmaterial Paraphrasen“ hat der Autor ein zweites Mal die Textbestandteile vereinfacht und nur die Quintessenz erfasst.
2. **Schritt: Generalisierung**, d.h. Verallgemeinerung. Die unterstrichenen, kopierten oder abgeschrieben Textbestandteile werden sprachlich weiter reduziert und zu übergeordneten Begrifflichkeiten zusammengefasst. Sie sind in die Tabelle „Hilfsmaterial Generalisierung“ übertragen worden.
3. **Schritt: Kategorienbildung**, d.h. die verallgemeinerten Begrifflichkeiten werden erneut extrahiert. Sie ergeben die inhaltlichen Kriterien, die die Kategorie bestimmen. Es liegt im Ermessen des Autors, die Kategorie zu benennen. Es ist die wissenschaftliche Leistung des Autors, der Kategorie eine Bezeichnung zu geben, die alle darin vorkommenden inhaltlichen Kriterien umfasst. Die Kategorie ist sozusagen der Oberbegriff, der die Inhalte bündelt.
4. **Schritt: Auszählung der Nennungen**, d.h. es werden die in der Generalisierung ermittelten Nennungen der einzelnen Kriterien zusammengezählt und als Summe angegeben. Um wirklich alle Kriterien und Umschreibungen zu erfassen, ist es ratsam, die Originalinterviews noch einmal zu sichten und die einzelnen Nennungen per Strichliste auszuzählen, nachdem die Kategorien benannt sind.

Der erste Bearbeitungsschritt nach Mayring ist die Paraphrasierung des Textes. Das bedeutet, daß alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende und verdeutlichende Wendungen gestrichen und in eine grammatikalische Kurzform gebracht werden. Paraphrasen bilden, heißt Umschreibung eines sprachlichen Ausdrucks mit anderen Wörtern oder anderen Ausdrücken oder auch sinngemäße Übertragung in eine andere Sprache. Der Übersichtlichkeit halber wurde eine Tabelle eingerichtet und alle 18 Interviews der Reihe nach durchgesehen und die einzelnen Antworten in die Liste eingefügt. Die Kunst der Materialbearbeitung besteht darin, alle Redundanz wegzulassen und nur die Sätze bzw. Satzteile herauszufiltern, die den Extrakt der Antwort bilden.

Zur Auswertung der quantitativen Meßgrößen mußte jedes einzelne Interview immer wieder in die Hand genommen werden. Es lagen 18 Papierfassungen der Interviews vor, in denen mit einem Textmarker alle wesentlichen Paraphrasen kenntlich gemacht wurden. Bei der Übertragung in die elektronische Datei (Hilfsmaterial Paraphrasen) hat der Autor bereits Kürzungen durchgeführt und eine Reduktion in Kauf genommen, weil in vielen Interviews die Paraphrasen sprachlich sehr verworren waren, wie das Beispiel erkennen lässt:

„Ja, ich hab halt auch viele Defizite oder Mankos halt auch gesehen und hab auch..... . Ich hab halt Ideen gehabt, die ich so nicht verwirklichen konnte, in der Position nicht hatte und hab halt alles durchgespielt und hab dann irgendwann gesehen, ja ich kann das, erreichen und verbessern, und dann hab ich das auch gemacht.“ (Nr. 8)

Bei der Übertragung der Paraphrasen in die elektronische Datei kann deshalb der Eindruck entstehen, daß es zwischen der Paraphrasenbildung und der Generalisierung/Verallgemeinerung bei einzelnen Fragestellungen keine großen Unterschiede mehr gibt. Genau genommen ist durch die Bearbeitung der Paraphrasen einerseits durch Markierung auf dem Papier und andererseits durch die reduzierte Übertragung der wesentlichen Inhalte in die elektronische Datei dieser Bearbeitungsschritt zweimal durchgeführt worden.

Theoretisch war es möglich, daß jeder einzelne der 18 Interviewten auf jede Frage eine andere Antwort gibt. Dann müßte jede Aussage extra protokolliert werden. Es ist aber genauso möglich, daß jeder der 18 Probanden eine bestimmte Frage gar nicht beantwortet. Dieses Antwortverhalten wäre für das Ergebnis wichtig. Im Regelfall beantwortet jedoch ein Großteil der Probanden eine bestimmte Frage differenziert, aber in einer ähnlichen Weise. In solch einem Fall wurde nicht jede einzelne Antwort protokolliert, sondern ähnliche Antworten zusammengefasst und per Strichliste zusammengezählt. Bei Mehrfachnennungen übersteigt die Gesamtzahl der Antworten dann die Anzahl der Teilnehmer. Da es sich bei dieser Untersuchung um eine qualitative Analyse handelt, ist es unerheblich, wie viele Male eine bestimmte Antwort in Erscheinung tritt, sondern es ist wesentlich, daß die Antworten durch das Auswertungsverfahren nach Mayring (2008) qualifiziert werden. Für die Auswertung der qualitativen Daten in den Interviews wurden Mayring's (2008, S. 61) Interpretationsregeln in einem Mehrschrittverfahren angewandt.

Nachfolgend wird beispielhaft eine Fragestellung exemplarisch analysiert, um zu sehen, wie sich die Kriterien- und Kategorienbildung vollzogen hat, wie das Ergebnis entstanden ist und wie sich die Gesamtsumme der einzelnen Aussagen ergeben hat. Durch die

Zusammenfassung, deren Ziel es ist, das Material zu reduzieren, bleiben die wesentlichen Inhalte erhalten und durch die Abstraktion wird ein überschaubares Abbild geschaffen (Mayring 2008, S. 59).

8.2.1 Entwicklung der Kategorien

Exemplarisch wird die Entwicklung der Kategorie „Führungsverständnis“ dargestellt. Die Kategorie wird abgeleitet aus der Frage „Was verbinden Sie mit dem Begriff ‚Stationsleitung‘?“ beantwortet. In der ersten Spalte sind wieder die Nr. des Interviews gelistet, in der zweiten Spalte die Paraphrasen der Teilnehmer. Anhand dieser Fragestellung soll noch einmal ausführlich erläutert werden, wie die Kategorien mit ihren einzelnen inhaltlichen Aspekten erschlossen wurden. Alle Paraphrasen sind in den Papierausdrucken der Interviews markiert. Bei der Übertragung in das Hilfsmaterial der elektronischen Datei wurden bereits Redundanzen und sprachliche Ausschmückungen weggelassen. Die in der Tabelle fett gedruckten Angaben werden als Inhalte beibehalten oder in der nächsten Tabelle verallgemeinert und unter einem anderen Begriff zusammengefasst. Die Auszählung der Nennungen erfolgt ganz am Ende.

1	Führen und Organisation. Deutlich geworden ist, was die Aufgaben sind oder wie weit das Aufgabenfeld gefächert ist (synonym Sandwichposition).
2	Leiten, Überblick behalten, Dinge umsetzen, die beim Patienten und Verwaltung umgesetzt werden müssen (synonym Sandwichposition).
3	Mitarbeiter führen. Mein Wissen und meine Vorstellung anhand von einem gewissen Ideal in mein Team einzubringen. Zwischenmenschliches. Anforderung an Dokumentation, Papierwahnsinn. Mit meinem Team zu arbeiten, Dinge umzusetzen und Verwaltungstätigkeiten (synonym Sandwichposition).
4	Ich habe für meine Mitarbeiter viel Verantwortung und muß Entscheidungen treffen. Mitarbeiterpflege ist wichtig. Die Kommunikation mit den anderen Abteilungen, mit den Medizinern, daß alles harmonisch läuft und daß die Patienten ordentlich versorgt sind, Zwischenmenschlichkeit auch (synonym Sandwichposition).
5	Meine Vorstellungen umzusetzen. Informationen weiterleiten, Papier befriedigen, weil es Vorschriften gibt, Meldungen machen, schreiben für das QM-System, Patienten kümmern, Überblick behalten, Arbeiten, deren Sinnhaftigkeit

	man hinterfragt: „was bringt das eigentlich?“ Es hat den Nachteil, daß man andere nicht gerade angenehme Entscheidungen treffen muß. In manchen Bereichen sitzt man zwischen zwei Stühlen (synonym Sandwichposition).
6	Führen , im Sinne des Hauses und im Sinne der Mitarbeiter , sich weiterentwickeln, Mitarbeitergespräche , Konflikte lösen, Ansprechpartner, Vertrauenspartner sein und sich auch in anderen Bereichen (Patienten) engagieren können. Wenn man erst einmal in einer Position ist, dann öffnen sich einige Türen. Auf der einen Seite so ein bißchen als Teammitglied entscheiden , auf der anderen Seite ist man auch in der Leitungsposition , das heißt, man steht so ein bißchen außen vor und das dann immer in Einklang zu bringen (synonym Sandwichposition).
12	Verantwortungsgefühl, großer Verantwortungsbereich, Kopf hinhalten für andere, Kontrolle über Ablauf und Kontrolle über Mitarbeiter (Macht) und Entscheidungen. Sandwichposition , von unten geschoben und von oben getreten, Gleichgewicht halten und Interessen ausbalancieren .
13	Man hat zusätzliche Aufgaben zu bewältigen, es ist nicht so, das man nur verwaltungsmäßig tätig ist, also daß man nur organisatorische Aufgaben übernimmt, aber man muß auch den ganz alltäglichen Arbeiten nachgehen als Krankenpfleger. Das alles unter einen Hut zu bekommen und Konflikte lösen , ist sehr schwierig. Man muß immer den Überblick haben , vermitteln , entscheiden , man wird als Allererster gefragt (synonym Sandwichposition).
16	Leitung ist ein Stück Macht . Eine Leitungsposition ist besser, etwas zu verändern. Ich habe gute Voraussetzungen, ich kann organisieren , kommunizieren , ich kann mitgestalten, ich kann neue Ideen einbringen. Ich sitze zwischen allen Stühlen . Mit dem Personal kann ich gut umgehen , es anleiten, ich kann mich einsetzen. Mein Hauptanliegen ist, daß jeder Mitarbeiter selbständig arbeitet und mitdenkt. Wenn ich eine von vielen bin, dann kann ich einfach den Einfluß nicht haben. Kontrollieren und führen gehören dazu. Ich will ´ne Gleichverteilung, daß die Verantwortung beim Mitarbeiter ist und nicht nur bei der Leitung, also eher die Zügel in der Hand halten (Leithammel), und die Patienten dürfen nicht vergessen werden (synonym Sandwichposition).
17	Eine organisatorische Herausforderung , Wege bestimmen . Es ist nicht einfach, es ist genau diese Sandwich-Position , die sehr schwierig ist, wo ich nach oben

	natürlich auch keinen Druck ausüben kann. Konflikte sind zu lösen.
18	Ich bin jetzt in der Position, wo ich so eine Sandwichposition hab, wo ich Druck von oben bekomme und Druck von oben nach unten weitergeben muß, oder ihn abfange und ihn gemildert weitergebe oder ihn gar nicht weitergebe, je nachdem, wie ich das denke.
19	Organisation , daß man da schnell umdisponieren und Überblick haben muß. Es gibt manche Sachen, die muss ich selber machen , aber ich könnte auch mehr Arbeit an die Mitarbeiter abgeben. Ich mache alles (synonym Sandwichposition).
14	Man hat Verantwortungsgefühl für alles und einen anderen Verantwortungsbereich, daß man den Kopf hinhalten muss, nicht nur für das, was man selbst gemacht hat (Konflikte lösen). Und man hängt in einer Sandwichposition , also von unten wird man geschoben und von oben wird man getreten.
10	Frontfrau , mich kümmern um Mitarbeiter , vermitteln, den Ball flach halten und ich muß fachliche Kompetenzen der MA erhalten und fördern. Die MA erwarten von mir, daß ich sie (leite) reglementiere, was ich nicht mache. Manchmal wird das nicht so wahrgenommen, ich muß es zweimal sagen. Muß auch Konflikte lösen. Es ist eine Vertrauensposition. Führungsstil , das ist völlig konträr (synonym Sandwichposition).
15	Ganz viel Verantwortung, niemanden überfordern, Mitarbeiterpflege . PDL ist ein Bremsklotz. Jetzt muß ich gucken, daß die anderen ordentlich arbeiten und fühle mich verantwortlich, daß die auch alles umsetzen und Überblick behalten. Ich bin für alles zuständig und habe auch Vorschriften zu erfüllen (synonym Sandwichposition).
7	Mitarbeiter zu führen , die Organisation der Abteilung , daß Abläufe gut gestaltet sind, und daß Patienten gut versorgt werden. Als Führungskraft hat man andere Tätigkeiten, Bürotätigkeiten. „Jetzt sitzt sie schon wieder am Schreibtisch und arbeitet hier nicht mit“ und so, sich da eine Position zu schaffen und den Mitarbeitern verständlich zu machen, was ich da überhaupt mache und wofür ich das mache (synonym Sandwichposition).
8	Große Entscheidungsfreiheit . Defizite oder Mankos und pro & contra . Es war ein großer Schritt, aus einem Team heraus, drei Teams zu leiten (synonym

	Sandwichposition).
9	Mich für Mitarbeiter und die Station einzusetzen , die Patienten versorgen und letztendlich die Unternehmensziele zu verwirklichen, aber so, daß meine Mitarbeitern zufrieden sind. Als Leitung stehe ich in so einer Sandwichposition .

Tab. 3: Entwicklung der Kategorien

Wieder bleiben bei der **Selektion** zentrale Aussagen unverändert erhalten und durch Bündelung werden ähnliche Aussagen zusammengefasst. Die **Generalisierung/Verallgemeinerung** „Was verbinden Sie mit dem Begriff ‚Stationsleitung‘?“ erbringt folgendes Ergebnis:

Verantwortung, breit gefächerte Aufgaben, Sandwichposition.	1
Leiten, Überblick behalten, Dinge umsetzen, Sandwichposition.	2
Mitarbeiter führen. Wissen und Ideen umsetzen, im Team einbringen. Teamarbeit, Zwischenmenschliches, Harmoniebedürfnis, Sandwichposition.	3
Verantwortung. Mitarbeiterpflege, Kommunikation mit anderen Abteilungen und Mediziner, harmonischer Ablauf, Patienten ordentlich versorgen, Sandwichposition.	4
Ideen umzusetzen, Vorschriften erfüllen, Meldungen machen, Informationen, Qualitätssicherung, unsinnige Arbeiten erledigen, unangenehme Entscheidungen treffen, sitzen zwischen zwei Stühlen, Sandwichposition.	5
Führen im Sinne des Hauses/Unternehmens, Führen der Mitarbeiter, Ideen weiterentwickeln, Mitarbeitergespräche, Konflikte lösen, Ansprechpartner, Vertrauenspartner, in anderen Bereichen engagieren. Zugang zu Informationen, Sandwichposition.	6
Verantwortungsgefühl, großer Verantwortungsbereich, Kopf hinhalten, Kontrolle über Ablauf und Kontrolle über Mitarbeiter (Macht). Sandwichposition, von unten geschoben und von oben getreten. Gleichgewicht halten und Interessen ausbalancieren, Sandwichposition.	12
Verwaltungstechnische und organisatorische Aufgaben zusätzlich zu den Arbeiten als Krankenpfleger. Alles unter einen Hut bringen. Konflikte lösen. Überblick haben, Sandwichposition.	13
Leitung ist Macht. Verändern. Mitarbeiter anleiten, kommunizieren,	16

Selbständig arbeiten, Ideen umsetzen, Kontrollieren, Führen „Sandwichposition.“	
Organisatorische Herausforderung, Sandwichposition.	17
Organisation und Umdisponieren, Arbeitsabläufe gestalten, Sandwichposition.	19
Verantwortung, Kopf hinhalten, Kontrolle, Abläufe gestalten, Mitarbeiterverantwortung. Sandwichposition, von unten geschoben –von oben getreten.	14
Frontfrau, um Mitarbeiter kümmern, vermitteln, Ball flach halten, MA fördern, Vertrauensposition, Sandwichposition.	10
Mitarbeiter führen, Abteilungsorganisation, Vorschriften erfüllen, Abläufe gut gestalten, Sandwichposition.	15
Organisation, Mitarbeiter zu führen, Organisation der Abteilung, andere Tätigkeiten, Bürotätigkeiten.	7
Einsatz für Mitarbeiter und Station, Patienten versorgen, Unternehmungsziele verwirklichen, Mitarbeiterzufriedenheit, Sandwichposition.	9
Entscheidungsfreiheit, Sandwichposition.	8

Tab. 4: Bedeutung des Begriffs „Stationsleitung“

Durch die **Konstruktion/Integration** wurden Paraphrasen mit mehreren Inhalten zu einem Gegenstand zusammengefasst. Die relativ hohen Zahlenangaben der Inhalte dieser Kategorie resultieren aus der Tatsache, daß Mehrfachnennungen möglich waren und daß fast alle Probanden in direkter oder umschriebener Weise die einzelnen Inhalte zur Bestimmung ihrer Leitungsfunktion genannt haben. Die inhaltlichen Kriterien sind aus der Generalisierung entwickelt und die Zahlen sind direkt aus den Papierfassungen per Strichliste ausgezählt worden. So erklärt sich, daß die Zahlenangaben in der Tabelle „Generalisierung/Verallgemeinerung“ nicht immer die Summe ergeben, die später in der Tabelle „Kategorie“ aufgeführt ist.

Am Beispiel „Sandwichposition“ soll verdeutlicht werden, woher die Zahlen kommen. Der Begriff „Sandwichposition“ wurde explizit genannt in den Interviews Nr. 17, 18, 14, 19. Die Umschreibung „zwischen den Stühlen sitzen“, „ausbalancieren“, „ein bisschen Teammitglied, ein bisschen Leitungsposition“, „Gleichgewicht halten“, „Alles unter einen Hut bringen“ wurde genannt in den Interviews Nr. 5, 6, 12, 13, 16. In den Interviews Nr. 1, 2, 3, 4, 19, 10, 15, 7, 8 wurden folgende Umschreibungen verwendet: „weit gefächert“, „Patienten und

Verwaltung“, „Verwaltung und Mitarbeiter“, „Mitarbeiter und Patienten“, „ich mache alles“, „Führungsstil ist völlig konträr“, „für alles zuständig“, „andere Tätigkeiten“, „pro & contra“. Alle Äußerungen der Probanden sind unter dem Aspekt „Sandwichposition“ zusammengefasst und ergeben 18 Nennungen.

In der gleichen Weise wurde bei den anderen Auszählungen vorgegangen. Da aus der Leitungstheorie bekannt ist, daß Analyse, Kontrolle, Information, Organisation, Entscheidung und Kommunikation die Kernkompetenzen jeglichen Leitungsprozesses darstellen, war für den Autor die Zuordnung der einzelnen Aussagen relativ einfach möglich. Der Begriff „Organisation“ wurde explizit genannt in den Interviews Nr. 1, 17, 19, 7. Die Umschreibung „Leiten & Führen“, „Kontrolle & Entscheidung“ wurde genannt in den Interviews Nr. 2, 3, 6, 12, 16. In den Interviews Nr. 4, 5, 13, 17, 14, 15, 9 wurden folgende Umschreibungen verwendet: „Kommunikation mit anderen Abteilungen“, „Überblick behalten“, „vermitteln / entscheiden“, „Wege bestimmen“, „Kopf hinhalten“, „für Mitarbeiter einsetzen“.

Der Begriff „Entscheidungen treffen“ wurde explizit genannt in den Interviews Nr. 4, 5, 12, 13, 7, 8. Die Umschreibung „Leiten & Führen“, „Kontrolle & Führen“ wurde genannt in den Interviews Nr. 16, 10. In den Interviews Nr. 17, 15, 7 wurden folgende Umschreibungen verwendet: „Wege bestimmen“ und „bin für alles zuständig“.

Diese ausführliche Darstellung ist wiederum nur exemplarisch zur Demonstration des Vorgehens erfolgt. Für die Auswertung aller weiteren Nennungen wurden Strichlisten verwendet und aus den Papierfassungen der Interviews heraus die Zählung vorgenommen.

Nummer des Interviews	Generalisierung	Anz.
1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 16, 17, 19, 14, 10, 5,	Sandwich-Position	18
1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 16, 17, 19,14, 10, 15,	Arbeitsabläufe gestalten	16
1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 16, 17, 19, 14, 10, 15, 7,	Verantwortung	16
1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 16, 17, 19, 10, 15, 7,	Organisation	16
1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 16, 17, 14, 15, 7, 8, 9,	Patienten versorgen	14
3, 4, 6, 16, 19, 14, 10, 15, 7, 8, 9	Mitarbeiterpflege	11
2, 3, 5, 6, 13, 16, 17, 19, 10, 15,	Ideen umsetzen	10
4, 5, 12, 13, 16, 17, 10, 15, 7, 9	Entscheidungen treffen	10

13, 16, 17, 19, 10, 15, 7	Alles unter einen Hut bringen	7
1, 2, 3, 5, 13, 14, 9	Breites Aufgabengebiet	7
6, 13, 17, 14, 10, 8	Konflikte lösen	6
2, 5, 12, 13, 19, 15	Überblick behalten	6
1, 2, 3, 6, 10, 7	Leiten, Führen	6
2, 3, 5, 13, 7	Verwaltungsaufgaben	5
6, 14, 10, 9	Vertrauensposition	4
4, 6, 16	Kommunikationsfähigkeit	3
5, 15, 7	Vorschriften erfüllen	3
12, 16, 14	Kontrollieren	3
13, 10	Vermitteln	2
3, 5	Unsinnige Arbeiten	2
5, 6	Informationsvorsprung	2
6, 7	Mitarbeitergespräche	2
6, 9	Unternehmensziele	2
12, 16	Macht	2
14, 10	Frontfrau/Leithammel	2

Tab. 5 Nennungen zum Führungsverständnis

In der Ergebnisdarstellung der Dissertation wird lediglich diese Form veröffentlicht:

Kategorie: Führungsverständnis	
Sandwich-Position zwischen zwei Stühlen	16
Arbeitsabläufe gestalten	16
Verantwortung	16
Organisation	13
Patienten zusätzlich versorgen	14
Mitarbeiterpflege	11
Ideen umsetzen	10
Entscheidungen treffen	10

Alles unter einen Hut bringen	7
Breites Aufgabenfeld	7
Konflikte lösen	6
Überblick behalten	6
Leiten, führen	6
Verwaltungsaufgaben erledigen	5
Vertrauensposition	4
Kommunikationsfähigkeit	3
Vorschriften erfüllen	3
Kontrollieren	3
Zwischenmenschlichkeit	2
Vermitteln, „Ball flach halten“	2
Unsinnige Arbeiten erledigen	2
Informationsvorsprung	2
Mitarbeitergespräche	2
Unternehmensziele verwirklichen	2
Macht	2
„Frontfrau“	2

Tab. 6: Führungsverständnis

Anhand der Ergebnisse aus den Interviews kann die wissenschaftliche Fragestellung nun falsifiziert oder verifiziert werden. In den Interviews sind die Subjekte selbst zur Sprache gekommen. Sie selbst sind die Experten für ihre eigenen Bedeutungsgehalte, denn subjektive Bedeutungen lassen sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten (vgl. Mayring 2002, S. 45).

9. Darstellung der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, Aufschlüsse über die Veränderungen der beruflichen Denkweisen zu gewinnen, die durch den Aufstieg aus dem Pflegedienst in die Leitungsposition „Stationsschwester/-pfleger“ verursacht sind. Dazu wurden Interviews mit 18 Stationsleitungen aus Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und in unterschiedlicher Trägerschaft geführt. Die aufgezeichneten Interviews wurden transskribiert und in der beschriebenen Form qualitativ ausgewertet.

Die Analyse wurde geleitet von den Hypothesen, daß die in der Pflege (und Gesellschaft) vorherrschende Sichtweise von pflegerischer Tätigkeit den einzelnen Patienten in den Mittelpunkt stellt. Eine patientenfernere Tätigkeit, wie die Stationsleitung, wird von den Pflegenden daher als Bruch erlebt. Ein umfassender Pflegebegriff, der auch die Organisation der Pflege und eine angemessene berufliche Vertretung umfaßt, ist nicht ausgebildet.

Der Fokus auf den Patienten als den Mittelpunkt pflegerischer Arbeit ist das Leitparadigma der Pflegenden und bestimmt die beruflichen Denkweisen, Werte und Normen. Eine Folgeannahme ist, daß es für Pflegende nicht erstrebenswert erscheint, eine Position anzustreben, die ihren Schwerpunkt außerhalb der Arbeit am Krankenbett hat.

Um die Veränderungen der beruflichen Denkweisen erfassen zu können, wurden drei Forschungsfragen formuliert:

- **Wie erleben Pflegende die Veränderungen ihrer beruflichen Tätigkeit, die mit dem Wechsel aus dem Pflgeteam in die Führungsposition „Stationsleitung“ verbunden sind?**
- **Liegt dem Aufstieg in die Führungsposition eine persönliche Karriereplanung zugrunde?**
- **Verändert sich das berufliche Selbstverständnis mit der Übernahme der Leitungsposition?**

Die Darstellung der mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) gebildeten Kategorien orientiert sich an den aufgestellten Hypothesen und dem daraus entwickelten Leitfaden zur Befragung. Die Zahlenangaben beziehen sich auf die Häufigkeit der Nennungen.

9.1 Quantitativ gewonnene Daten zu den Befragten

Den Anfang der Ergebnisdarstellung bilden einige quantitativ gewonnene Daten, die die Gesamtheit der Befragten näher beschreiben. Erfaßt wurden Berufsabschluß, absolvierte Fachweiterbildungen, Alter und Familienstand, Dauer der Tätigkeit in der Pflege und Berufe der Eltern. Ebenso wurde Bettenzahl, Art der medizinischen Fachrichtung und Personalstärke der von den Befragten geleiteten Station erfragt.

Befragt wurden 15 Frauen und drei Männer. Eine der Befragten ist Kinderkrankenschwester.

Von den 18 Probanden geben 15 die „Mittlere Reife“ als Schulabschluß an, drei besitzen das Abitur.

13 der Befragten sind in der Funktion Stationsleitung tätig, fünf in der Stellvertretung.

Die Bettenzahl der von ihnen geführten Stationen liegt zwischen 7 Betten auf einer Intensivstation und 55 Betten, die Zahl der zu führenden Mitarbeiter liegt zwischen 6 und 66.

	Medizinische Fachabteilung	Bettenzahl	Zahl der Mitarbeiter
1	Innere Medizin	32	14
2	Innere Medizin	32	14
3	Gynäkologie und Geburtshilfe	36	20 MA bei 18 Stellen
4	Orthopädie	20	12 MA bei 9 Stellen
5	Psychiatrie	20	18
6	Neurochirurgie	41	25
7	Herzchirurgie	28	30 MA bei 20 Stellen
8	Neurologie	55	66
9	Neurologie	11	21
10	Interdisziplinäre Intensiv	7	14
12	Orthopädie	22	6
13	Innere Medizin	34	18 MA bei 13 Stellen
14	Innere Medizin	20	14
15	Chirurgie	25	14
16	Psychosomatik	16	4

17	Innere Medizin	36	20
18	Kardiologie	30	21
19	Pädiatrie	20	35

Tab. 7: Personal- und Bettenstruktur

Alle Probanden haben eine Fachweiterbildung zur Stationsleitung absolviert, bzw. besuchen diese gerade zum Zeitpunkt der Befragung.

Zusätzlich haben jeweils zwei Personen eine Fachweiterbildung als Fachschwester für Intensivpflege, als Fachschwester/-pfleger für Psychiatrie und als Fachschwester für Praxisanleitung absolviert.

Auch die Altersstruktur variiert:

Alter der Probanden	
25 - 35	9
36 - 45	7
46 - 55	2

Tab. 8: Alter der Probanden

Auffallend ist, daß zehn Probanden ledig und kinderlos sind. Sieben Probanden sind verheiratet, eine geschieden. Drei Befragte geben zwei Kinder an, fünf haben ein Kind.

Bis auf eine Person sind alle Probanden länger als 10 Jahre im Beruf tätig sind, die Mehrzahl arbeitet sogar länger als 15 Jahre als Krankenschwester/Pfleger im Beruf. Die dienstälteste Stationsleitung ist bereits 37 Jahre im Beruf tätig.

Zweidrittel aller Probanden begannen unmittelbar nach der Schule eine Ausbildung, wie die Auflistung zeigt.

Beruflicher Werdegang	
Direkte Krankenpflegeausbildung	12
Praktikum und Krankenpflegeausbildung	4
Zweitausbildung in Krankenpflege	2

Tab. 9: Beruflicher Werdegang

Nur vereinzelt spielt der familiäre Kontext eine Rolle für die Berufswahl, denn die meisten nennen die Berufe ihrer Eltern in einem großen Spektrum oder geben an, daß diese mit Pflege nichts zu tun hatten.

<u>Beruf der Mutter</u>	
Hausfrau	6
Bürotätigkeit	4
Friseurin	3
Ergotherapie/Erzieherin	2
Krankenschwester	1
Keine Angabe, aber nicht Pflege	3

Tab. 10: Beruf der Mutter

<u>Beruf des Vaters</u>	
Arbeiter	1
Landwirt	2
Handwerker	4
Ingenieur	3
Angestellter Verwaltung	3
Keine Angabe, aber nicht Pflege	5

Tab. 11: Beruf des Vaters

Bei den Angaben zu den Berufen der Eltern wird die Angabe aus der Literatur bestätigt, daß die Pflege ihre Angehörigen überwiegend aus der (unteren) Mittelschicht rekrutiert. Einschränkend ist zu sagen, daß nur eine der Mütter Krankenschwester ist. (vgl. Kap. 2.1.1)

9.2 Motive zur Berufswahl

Um zu klären, wie Stationsleitungen den Übergang von „pflegender/m Schwester/Pfleger“ zu „leitender/m Schwester/Pfleger“ erlebt haben, sucht diese Befragung zunächst nach den Motiven, die zur Berufswahl „Krankenpflege“ geführt haben. Um indirekt Auskunft über das Image der Pflege zu erhalten, ist von Interesse, neben der individuellen Motivation der Befragten auch die jeweilige Reaktion der sozialen Umwelt in Form von Familie und Freundeskreis auf den Berufswunsch „Pflege“ zu erfahren.

Es kann festgestellt werden, daß alle Teilnehmer sehr zielgerichtet eine Ausbildung in einem Pflegeberuf aufgenommen haben. Teilweise charakterisierte sich das spezielle Berufsziel „Krankenpflege“ erst im Verlaufe von verschiedenen Praktika in verwandten Berufsfeldern heraus. Die betreffenden Personen konnten also in verschiedenen Arbeitsfeldern erste Eindrücke gewinnen und in etwa die Anforderungen des Pflegeberufes einschätzen.

„Nach der Schule habe ich FSJ gemacht in ner Rehaklinik, das war hier in Bad Kreuznach, und dann war noch mal ein Praktikum, das war gewesen bei einer Arztpraxis, um da in den Beruf zu gucken, auch in einer Zahnarztpraxis, dann noch ein Praktikum in einer physiotherapeutischen Praxis. Aber letztendlich war das dann halt maßgeblich im Krankenhaus, also das Praxisbezogene, das war nicht so“ (Nr.14).

Nur zwei Teilnehmer fanden erst später zum Pflegeberuf. Für Personen in einem höheren Lebensalter erscheinen die äußeren Rahmenbedingungen der Berufsausbildung „Krankenpflege“ durchaus attraktiv.

„Weil das ein Ausbildungsberuf ist, der ... wo man auch in so nem Alter noch genommen wird, es kostet kein Geld, sondern man bekommt Geld, daß heißt, ich konnte weiter selbständig leben, ohne daß ich woanders von abhängig gewesen bin. Ne Alternative wäre ja vielleicht gewesen die Ergotherapie oder Physiotherapie, das ist aber nicht finanzierbar, wenn man selbständig davon leben möchte“ (Nr. 17).

Eine Berufswahl wird auch immer mit dem sozialen Umfeld diskutiert. Befragt nach der Unterstützung durch die Familie und des Freundeskreises bei der Berufswahl, gibt die Hälfte der Interviewten an, daß sie unterstützt worden sind. Dies gilt auch für die Männer, denn zwei der drei befragten Männer berichten von Unterstützung. Dies läßt den Rückschluß zu, daß Pflege auch als Beruf für Männer Anerkennung gefunden hat. Allerdings berichten sieben Teilnehmer von zum Teil erheblicher Skepsis ihrer Eltern wegen der objektiv ungünstigen Arbeitsbedingungen in der Pflege.

Häufig berichteten die Befragten allerdings von Mitleidsäußerungen und Unverständnis:

„Bemitleidet eher, es gab schon auch die Frage „warum machst du das?“, geringerer Verdienst, schlechtere Arbeitsbedingungen, schlechtere Arbeitszeiten, von außen her stand das schon oft im Mittelpunkt“ (Nr. 17).

Skepsis und Unverständnis konnte sie aber nicht abhalten, ihren Berufswunsch zu verwirklichen. Zur Berufswahl „Pfleger“ wird von allen Befragten sehr konsequent darauf verwiesen, daß sie nie etwas anderes machen wollten und einige wußten dies seit ihrer frühesten Kindheit.

„Die Idee hab ich schon, seit ich klar denken kann, also für mich gab es von Kindesbeinen nichts anderes, ich werde Krankenschwester“ (Nr. 3).

So sind auch die Motive sehr eindeutig, die zu dieser Berufswahl führten:

Motive zur Krankenpflegeausbildung	
Helfen wollen	14
Soziales Engagement	9
Pflegen	7
Menschlichkeit	6
Freude	4
Familiäre Erfahrungen	4

Tab. 12: Motiv zur Krankenpflegeausbildung

Das überragende Argument heißt „Helfen wollen“ und wird von $\frac{3}{4}$ aller Interviewten genannt. Manche differenzieren und grenzen sich vom sogenannten Helfersyndrom ab.

„Ja einfach unterstützend wirkend zu können in allen Bereichen, wo ein Mensch Unterstützung braucht, also nicht dieses typische Helfersyndrom. Ich helfe, indem ich Defizite erkenne an der Person und versuche, mit meinem kompletten Wissen und auch das, was ich in mir trage als Mensch einfach, das wieder weiterzugeben an andere, so ist das“ (Nr. 3).

Die Interviewten wollen Wissen darüber erwerben, inwiefern Hilfe notwendig ist, und die Möglichkeiten von Hilfe professionell erlernen und anwenden. Unreflektiertes „Gutmenschentum“ ist ihnen fremd; sie wissen, daß Hilfe geben eine verantwortungsvolle Tätigkeit ist, die ein hohes Fachwissen erfordert.

Soziales Engagement folgt als zweite Nennung, denn vielen der Befragten war schon frühzeitig in ihrer Biografie bewußt, daß sie über eine soziale Kompetenz verfügen, die offensichtlich nicht jeder Mensch hat. In Kombination mit „Pflegen“ und „Menschlichkeit weitergeben“ sagen einige Stationsleitungen aus, daß diese Motivation genau zu diesem Berufsbild passe.

„Ich war auch immer ein sehr sozialer Mensch, sehr hilfsbereiter Mensch und ich denke, dadurch kam auch das Interesse, einem Menschen zu helfen, zu pflegen, in einem Team zu arbeiten und auch viel Kontakt zu Menschen zu haben, das war, denke ich, der Grund“ (Nr.9).

Hinzu kommen auch Erfahrungen aus dem familiären Kontext, denn einige geben an, daß zu Hause immer schon ältere Familienangehörige gepflegt bzw. bis zu ihrem Tod betreut wurden. Sie waren in ihrer frühesten Jugend an dieser Pflege selbst aktiv beteiligt. Sie verweisen darauf, daß es in dörflich geprägten Regionen selbstverständlich war, daß die junge und die alte Generation unter einem Dach zusammenlebten und sich gegenseitig versorgte.

„Ja, es war immer so. wir hatten auch, sagen wir mal, bei uns waren ja die alten Leute, die wurden ja noch zu Hause gepflegt, wir hatten ne unverheiratete Tante, die bei uns auch verstorben ist, mein Opa, ich hab das alles so live miterlebt“ (Nr.4).

Auch das Motiv „Tiere hegen und versorgen“ spielte eine Rolle für die Wahl eines Pflegeberufs. Das Motiv, sich für andere „Kreaturen“ verantwortlich zu fühlen und ihnen beizustehen, überwiegt durchgängig in allen Antworten.

Für keinen der Interviewten war der Pflegeberuf ein sogenannter Notnagel. Ganz im Gegenteil: eine Stationsschwester berichtet, daß für ihre Eltern die Ausbildung ihrer Tochter zur Krankenschwester ein Stück sozialen Aufstiegs bedeutete:

„Und das war damals schon ganz klar, wenn man Krankenschwester gelernt hat, das hatte schon ein gewisses Ansehen. Das war wichtig für die Eltern, daß sie die Tochter das haben lernen lassen“ (Nr.10).

Wenn auch der Einfluß der Eltern auf die Berufswahl der Kinder gering zu sein scheint, so wird doch bei den genannten Motiven der familiäre Einfluß deutlich. Dieser Einfluß zeigt sich unter anderem darin, daß im Rahmen der elterlichen Erziehung soziale Handlungsmuster und das Verantwortungsgefühl gegenüber den alten und kranken Familienmitgliedern geweckt wurden. Auf diese Weise wurden die Probanden schon im Kindes- und Jugendalter mit medizinischen und pflegerischen Aspekten vertraut. Pflegerische Tätigkeiten wurden ganz selbstverständlich erlernt und bildeten den Grundstock für eine spätere berufliche Orientierung in der Pflege.

„Das war die Pflegebedürftigkeit meiner Oma. Das war damals noch ganz anders, nämlich sie haben uns die Oma nach Hause gegeben, ohne Sozialdienst, ohne alles, ja, und ich habe die Oma dann zwischendrin auch noch mitgepflegt und dann hab ich gedacht, also, dann kann man das ja auch lernen“ (Nr. 10).

Noch bei einem anderen Aspekt wird der elterliche Einfluß deutlich. Eine Teilnehmerin erwähnt als Motiv zur Pflegeausbildung auch den gesicherten Arbeitsplatz.

„Das war damals ne Zeit mit der Berufsauswahl und ich wollte eigentlich Chemielaborantin werden. Aber ich sollte mich, laut meinen Eltern, auch in einem sozialen Beruf bewerben, weil da halt die Chancen groß sind, daß man halt einen längeren, konstanten Arbeitsplatz hat. Und das Krankenhaus war schneller und der Deal mit meinen Eltern war, wer zuerst zusagt, da machst du die Ausbildung. Und so bin ich in der Krankenpflegeschule gelandet“ (Nr. 18).

Diese Aussage kann als Indiz dafür interpretiert werden, daß in Widerspruch zu den in Kap. 2.1.2 referierten Befunden von Veit und Heidecker, im Jugendalter bei der Wahl des Berufes die Frage der Arbeitsplatzsicherheit (noch) keine Rolle spielt.

Keine der Befragten äußerte die Erwartung, im Pflegeberuf Karriere machen zu können. Offensichtlich gehört Karriereplanung (noch) nicht zu den beruflichen Aspekten, die in einem sozialen Beruf offen geäußert werden.

Auch ein überwiegend medizinisches Interesse wurde verneint:

Frage: Das medizinische hat Sie gereizt? *„Hmm, sicherlich auch, aber nicht soweit, daß ich jetzt sagen würde, das es eine Vorstufe wäre zum Studium im Bereich der Medizin. Also, das wollte ich gar nicht“ (Nr. 6).*

Es ist aber zu vermuten, daß Pflegende mit einem eher medizinisch geprägten Berufsverständnis sich für eine Laufbahn in speziellen Fachrichtungen entscheiden, wie z.B. der Intensivpflege.

Für die Untersuchung kann festgehalten werden, daß als herausragendes Motiv für die Berufswahl „Krankenpflege“ der Wunsch genannt wird, anderen Menschen beistehen zu wollen. Dieser Wunsch wird im Elternhaus angelegt und prägt offensichtlich die Persönlichkeit.

9.3 Entscheidung zur Führungstätigkeit

Welche Faktoren haben nun mitgewirkt bei der Entscheidung, eine Leitungsposition zu übernehmen? Handelt es sich um eine eigenständige Entscheidung, oder war die Entscheidung fremdbestimmt?

Interessant sind die Antworten auf die Frage nach der Entscheidung zur Führungstätigkeit:

Entscheidung zur Führungstätigkeit	
Angefragt	5
Beworben	3
Nachgerückt	3
Hineingeschlittert	3
Überredet	2
Vorgeschlagen	2

Tab. 13: Entscheidung zur Führungstätigkeit

Man kann nicht sagen, daß die Schwestern nach dieser Funktion gestrebt hätten. Nur die drei männlichen Teilnehmer haben sich tatsächlich um die Stelle als Stationsleitung beworben. Alle anderen – 80 Prozent - wurden angefragt, vorgeschlagen und überredet, bzw. sind nachgerückt oder in die Funktion „hineingeschlittert“.

„Also man hat mich einfach gefragt. Man hat einfach gesagt, wie sieht das aus, wir brauchen hier ne Stellvertretung...“ (Nr. 18).

„Ja, also, ich hab das in keinster Weise bewußt entschieden, ich will irgendwann in die Leitung, im Gegenteil, damals war es ein reinrutschen, weil es halt so war. Man wurde gefragt und na gut, man macht es, so war das“ (Nr.8).

Dem Aufstieg in die Stationsleitung liegt also in keiner Weise bei den Krankenschwestern eine persönliche Karriereplanung zugrunde.

Gefragt danach, weshalb sie sich dennoch diese Position zugetraut haben, bekommt man Antworten dahingehend, daß $\frac{2}{3}$ über Organisationsstärke verfügen, mehr als die Hälfte „mitgestalten wollen“, je $\frac{1}{3}$ Verantwortungsgefühl besitzen und sich Durchblick zurechnen. Hinzu kommen Entscheidungs- und Einsatzfreude, und vier Befragte sehen sich zum „Leithammel“ berufen.

Motivation zur Führungstätigkeit	
Organisationsstärke	12
Mitgestalten	10
Verantwortlichkeit	7
Überblick bekommen	6
Entscheidungsfreude	5
Einsatzfreude	5
„Leithammel“ sein	4

Tab. 14: Motivation zur Führungstätigkeit

„Ich glaube, der Spaß daran, Verantwortung zu übernehmen, auch für andere und zu organisieren und mit zu entscheiden und, ja, so ein bisschen der Leithammel zu sein“ (Nr. 6).

„Es ist eine organisatorische Herausforderung und ich habe die Möglichkeit, Wege zu bestimmen. Also Veränderungen durchzuführen ...“ (Nr.17).

Andere sehen in der Entscheidung, eine Leitungsposition zu übernehmen, auch Chancen für ihre persönliche Entwicklung. Sie wollen sich persönlich weiterentwickeln bzw. ihre Grenzen austesten. Sie geben sich mit dem bisher Erreichten nicht zufrieden und fürchten eine Stagnation, der sie entkommen möchten.

„Und sich natürlich weiterentwickeln wollen. Also man hat Kollegen im Team, die braucht man natürlich auch, die machen so ihr Pflichtprogramm und mehr möchten die auch nicht. Die kommen, machen ihre Dienste super und das würde mir nicht reichen ...“ (Nr. 6).

„...ich wollte meine Grenzen kennenlernen. Ich wollte wissen, ob ich als Stationsleitung geeignet bin, das war der erste Gedanke, und weil, ich hab mir immer so ein bisschen Vorwürfe gemacht, weil, wenn man bleibt, wenn man sich nicht weiterbildet, geht man auch zurück, Das wollt ich vermeiden“ (Nr. 13).

Die Motivationsstruktur für die Übernahme einer Führungstätigkeit ist demzufolge durch Organisationstalent, Verantwortungsgefühl und Entscheidungsfreudigkeit geprägt. Die persönlichen Fähigkeiten werden von den Befragten mit den vermuteten Anforderungen der (angebotenen) Führungsposition verglichen. So wird zum Beispiel die persönliche Fähigkeit zum Organisieren als eine grundlegende Bedingung erkannt, Arbeitsabläufe koordinieren zu können. In der Position „Stationsleitung“ wird die Chance gesehen, eigene Ideen und Vorstellungen umsetzen zu können (vgl. Kap. 2.1.3).

9.4 Führungsverständnis

Mit der Übernahme der Position Stationsleitung verändert sich das berufliche Aufgabenfeld. Zur Pfl egetätigkeit der Krankenschwester kommen für die Stationschwester Aufgaben der Administration und Organisation und auf die Mitarbeiter bezogene Führungsaufgaben dazu. Die Untersuchung fragt danach, wie Pflegende die Veränderungen ihrer beruflichen Tätigkeit erleben, die mit dem Wechsel in die Führungsposition „Stationsleitung“ verbunden sind. Die nachfolgenden Kategorien verdeutlichen den ständigen Zwiespalt einer Stationsleitung zwischen Pflege und Führung. Dabei ist zunächst das eigene Führungsverständnis von Interesse.

Kategorie: Führungsverständnis	
Sandwich-Position zwischen zwei Stühlen	16
Arbeitsabläufe gestalten	16
Verantwortung	16
Organisation	13
Patienten zusätzlich versorgen	14
Mitarbeiterpflege	11
Ideen umsetzen	10
Entscheidungen treffen	10
Alles unter einen Hut bringen	7
Breites Aufgabenfeld	7
Konflikte lösen	6
Überblick behalten	6
Leiten, führen	6
Verwaltungsaufgaben erledigen	5
Vertrauensposition	4
Kommunikationsfähigkeit	3
Vorschriften erfüllen	3
Kontrollieren	3
Zwischenmenschlichkeit	2
Vermitteln, „Ball flach halten“	2
Unsinnige Arbeiten erledigen	2
Informationsvorsprung	2
Mitarbeitergespräche	2
Unternehmensziele verwirklichen	2
Macht	2
„Frontfrau“	2

Tab. 15: Führungsverständnis

Durchgängig alle Befragten haben ein Führungsverständnis von ihrer Stelle als Stationsleitung, die sie allerdings als „Sandwich-Position“ charakterisieren oder als „Sitzen zwischen zwei und mehr Stühlen“ umschreiben.

„Ja, und daß man in manchen Bereichen doch zwischen zwei Stühlen steht, es gibt einmal unten, die was fordern, oben, die was vorgeben. Ja, man kann die Seite verstehen, man kann die andere Seite verstehen“ (Nr.5).

Einig ist sich die überwiegende Mehrheit darin, die Arbeitsabläufe zu organisieren und zu gestalten, den Überblick zu behalten und für die Arbeitsleistung der Station verantwortlich zu sein. Diese Merkmale kennzeichnen für die Teilnehmer das Führen und Leiten. Sie sehen es als ihre Aufgabe an, das operative Tagesgeschäft zu gewährleisten.

„Organisation, das man da schnell umdisponieren muß, das man sagt, das geht jetzt so, da fehlt mit einer im Nachtdienst, ich muß jetzt schnell ummodellern, ja alles so auch im Griff haben ...“ (Nr. 19).

In der Rangfolge der Antworten wird die „Mitarbeiterpflege“ als wichtig erachtet, gefolgt von „Ideen umsetzen“ und „Entscheidungen treffen“.

„Mitarbeiter führen zu können, das ist für mich eigentlich das A und O, daß ich auch mein Wissen und meine Vorstellung anhand von ja, von einem gewissen Ideal in mein Team einbringen kann“ (Nr. 3).

Mehr als $\frac{3}{4}$ verweisen darauf, daß sie als Stationsleitung trotzdem in der Pflege der Patienten als vollwertige Arbeitskraft ihren Beitrag leisten. Das unterstreicht die hohe Bedeutung, die die Pflege am Bett für die Schwestern hat. Die Führungskräfte sehen dies als die größte Herausforderung an. Sie müssen (und wollen) in der Pflege weiterarbeiten und müssen gleichzeitig in der Rolle „Stationsleitung“ nach Wegen suchen, Zeit für ihre Leitungsaufgaben zu gewinnen. Für die meisten besteht der Ausweg darin, ihre administrativen Tätigkeiten nebenher zu erledigen.

„Weil doch der Bereich, Dokumentation, Organisation, die ganze Logistik halt, sehr sehr viel Zeit in Anspruch nimmt. Also es ist so bei mir, die Station, durch die relativ geringe Besetzung mit Personal muß ich halt sehr viel Freizeit investieren, also ich krieg diese Sachen, also Organisation, also Dienstplan schreiben zum Beispiel, nicht in die normale Dienstzeit rein“ (Nr. 12).

Die Stationsleitung wird als sehr breites Aufgabengebiet charakterisiert, in dem „alles unter einen Hut zu bringen“ ist, wozu wiederum Zwischenmenschlichkeit nützlich ist. Etwa gleich oft genannt werden, daß Konflikte zu klären und ungeliebte Verwaltungsaufgaben zu erledigen seien. Die Stationsleitung muß kontrollieren, vermitteln, den „Ball flach halten“, Unternehmensziele verwirklichen und Mitarbeitergespräche führen. Eher positiv wird gesehen, daß es sich um eine Vertrauensposition handelt, die mit einem gewissen Informationsvorsprung gegenüber den Mitarbeitern ausgestattet ist. Ihren Alltag als Führungskräfte beschreiben einige der Interviewten in der Weise, daß sie sich mit Macht ausgestattet sehen. Gleichzeitig wird allerdings ein Unbehagen gegenüber der Macht ausgedrückt:

„Also, da ist schon ein Stück Macht, also das wird ja oft so ein bisschen unterschlagen, weil das irgendwie so gesellschaftlich, woll, ist net so wert, so großen Wert hat, daß man das nicht darf, solche Sachen, aber das hat schon auch für mich ein Stück mit Macht zu tun“ (Nr. 16).

Die Pflegenden erleben den Wechsel vom Pflgeteam in die Leitungsposition größtenteils als schwierig. Sie beschreiben sich charakterlich als „Frontfrau“ oder „Leithammel“ ihres Teams. Zwar fühlen sie sich in der Mehrzahl weiterhin dem Pflgeteam zugehörig, sehen aber den Nachteil, daß sie nun für alles Administrative, was die Station betrifft, verantwortlich sind und dadurch einen Mehraufwand an bürokratischen Arbeiten neben ihren täglichen Pflegeverrichtungen zusätzlich leisten müssen.

Ein neuralgischer Punkt der Stationsleitungen ist ihre Entscheidungsfreiheit. Offensichtlich können die Betroffenen nicht selbständig entscheiden, sonst hätten sie diese Frage nicht weitgehend ignoriert. Die Frage nach der selbständigen Entscheidungsfreiheit scheint problematisch und ein zentraler Punkt im Verantwortungsbereich einer Stationsleitung zu sein, die der Pflegedienstleistung unterstellt ist, von den Ärzten Aufträge entgegennimmt und das

Bindeglied zu den Patienten ist. Allein aus dem Grund, daß elf Probanden keine Antwort gegeben haben, läßt vermuten, daß die Möglichkeit eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen, im Bereich Stationsleitung nicht geregelt ist und als Tabu behandelt wird.

Lediglich zwei der Befragten sind der Meinung, daß sie über eine große Entscheidungsfreiheit verfügen, weitere drei Befragte haben eine eingeschränkte Entscheidungsfreiheit und zwei können erst nach Rückfrage Entscheidungen treffen. Als Gründe werden ergänzend angegeben, daß sie als Stationsleitungen nicht ernst genommen werden, daß Vorgaben fehlen und daß sich die Betroffenen in ihrer Situation ausgebremsst und frustriert fühlen. Die unklaren Strukturen mit ihren ständigen Begrenzungen werden von einer Interviewten deutlich benannt. Bei unklaren Strukturen kommt es ganz entscheidend auf die handelnden Personen an:

„Was organisatorisch zu ändern ist bei mir auf Station, sehr selbständig. Solange es ausschließlich Pflege betrifft, wenn das in Kooperation mit den Ärzten ist, dann ist das natürlich mit Absprache, aber so von Seiten der Pflegedirektion habe ich da relativ freie Hand, das zu entscheiden. Finanziell ist das natürlich nicht ganz so, aber das geht auch hier, nen Antrag und dann geht das ...“ (Nr.17).

Die nächsten Kategorien befassen sich mit dem Erleben der Führungstätigkeit im Krankenhaus. Das Arbeitsfeld Krankenhaus wird von den Probanden als Institution mit einer ausdifferenzierten Hierarchie gesehen, in der das Pflegepersonal nicht den ihm gebührenden Raum einnehmen kann und in dem die Arbeitsleistung der Pflege im Allgemeinen zu gering geschätzt wird. Hier ist von Interesse, wie die Probanden die mit der Annahme der Leitungstätigkeit einhergehenden Veränderungen ihres bisherigen Berufsbildes erlebten. Auch Ambivalenzen, Widersprüchlichkeiten und Lösungsstrategien sind von Interesse. In der Krankenhaushierarchie ist die Position der Stationsleitung in der mittleren Führungsebene angesiedelt, die als sehr konfliktbehaftet angesehen wird. Die Leitung hat ein besonderes Aufgabenprofil, das sich von dem der übrigen Mitarbeiter deutlich unterscheidet. In erster Linie entfernt sie sich vom Patienten und vom Team.

9.4.1 Zusammenarbeit / Konflikte mit den Mitarbeitern

Die Zusammenarbeit mit und das Konfliktpotential bei den Mitarbeiter/innen werden unterschiedlich beschrieben. Von den 18 Stationsleitungen haben elf Probanden Konflikte auf der Mitarbeiter/innen-Ebene. Hingegen haben sieben Probanden kaum Konflikte.

Zusammenarbeit / Konflikte mit Mitarbeitern	
Es gibt Konflikte	11
Sitzen zwischen allen Stühlen	2
Mitarbeiter machen, was sie wollen	2
„Kindergartenverein“	2
Überforderung	2
Interesselosigkeit	2
Mangelnde Entscheidungsfreiheit	1

Tab. 16: Zusammenarbeit / Konflikte mit Mitarbeitern

Die Ambivalenz der Rolle „Leitung“ wird von den Probanden deutlich empfunden. Die Leitung nimmt eine besondere Rolle im Team der Mitarbeiter ein. Damit entfernt sie sich auch ein Stück weit von den Mitarbeitern.

„Also was ich ganz erstaunend fand, wie ich so aus dem Team in die Leitungsfunktion reingesprungen bin, daß man auf einmal doch mit ganz anderen Augen gesehen wird und man kriegt nicht mehr soviel mit, als man vorher mitgekriegt hat“ (Nr. 14).

Insbesondere in der Anfangsphase einer neuen Leitung ist es für diese oft schwierig, Akzeptanz in der neuen Rolle zu erhalten. Die administrativen Aufgaben werden von den Mitarbeitern nicht als eigentliche Pflegearbeit angesehen. Entsprechend wird die Bürotätigkeit der Leitung bewertet:

„Am Anfang war es halt schon ein bisschen schwierig, die Position klar zu vertreten, daß man jetzt nicht mehr der Kollege ist, sondern schon der Vorgesetzte ist und was zu sagen hat. Und man hat dann auch als Führungskraft andere Tätigkeiten, Bürotätigkeiten zu tun, das war am

Anfang bisschen schwierig: „Jetzt sitzt sie schon wieder am Schreibtisch und arbeitet hier nicht mit“ und so (Nr. 7).

Diese potentielle Konfliktsituation überfordert viele. Sie fühlen sich „zwischen allen Stühlen“. Als Lösungsstrategie wird dann häufig der Weg gegangen, es möglichst allen Recht zu machen, auch wenn das über die eigenen Kräfte geht.

„Ich war, bis Januar, hab ich komplett meine Arbeit am Patienten gemacht und anschließend die Leitungstätigkeit, was zum Teil sehr belastend war“ (Nr. 8).

Wenn es dagegen den Leitungen gelingt, den Mitarbeitern zu verdeutlichen, daß die Schreibtischarbeit auch ihnen dient und zudem besondere Kenntnisse erfordert, können viele Konflikte beigelegt werden:

„Wenn man dann schon mal so einen neben sich stehen hat und sagt: „komm, jetzt machen wir mal den Dienstplan“, dann sagen sie „och, was mußt du denn da alles machen, das ist ja soviel Arbeit, das könnt ich gar nicht“, also sie so ein bisschen reinholen in das, was ich mache, daß die auch verstehen, warum ich jetzt am Schreibtisch sitze und daß ich halt nicht die Beine hochlege, sondern wirklich arbeite“ (Nr. 7).

Als Konfliktpotential wird oft eine gewisse Banalität der Auseinandersetzungen genannt, und daß die Mitarbeiter/innen machen würden, was sie wollten, und kein Unrechtsbewußtsein hätten. Weiterhin wird den Mitarbeiter/innen Überforderung, Bequemlichkeit, Interesselosigkeit, aber auch Unsicherheit angelastet.

„Umsetzung von neuen Sachen, weil, es gibt viele Mitarbeiter, die sich so ihre Sicherheit bewahren, indem sie machen, wie es immer war und so mit neuen Sachen Probleme haben, weil es halt auch unsicher macht. (.....) Es gibt viele, die auch immer wieder in die alten Muster zurückfallen, vielleicht auch aus Interesselosigkeit, oder doch Unsicherheit oder Bequemlichkeit“ (Nr. 5).

Unterschiedliche Prioritätensetzung stoßen in der Pflege auch oft aneinander und führen zu Konflikten im Team, denen sich eine Leitung dann stellen muß. Eine Teilnehmerin beschreibt einen typischen Alltagskonflikt, den sie zu bearbeiten hat:

„Aber da knallen dann halt die Arbeitsauffassungen aufeinander. Das sind dann so ein bisschen die jüngeren Kollegen, die sagen, ich wechsele meine Bettwäsche doch auch nicht täglich und dann sind da so ältere Kollegen, die sagen dann, es muß doch eine gewisse Ordnung und Sauberkeit da sein“ (Nr. 18).

Die Mitarbeiter erwarten, daß die Stationsleitung ihre Interessen vertritt. Diese Erwartung kann nicht zuletzt durch die mangelnde Entscheidungsfreiheit und die schon beschriebene Sandwich-Position nicht immer erfüllt werden, was zu Konflikten im Verhältnis der Leitung zu den Mitarbeitern führt.

„Also die Mitarbeiter, die wünschen sich von einem als Stationsleitung ja, daß man präsent ist, daß man immer ihre Interessen vertritt, also das Mitarbeiterinteresse vertritt, und das ist ja nicht so einfach umzusetzen“ (Nr.13).

Das größte Konfliktpotential bietet der Dienstplan. Dies wird durchgängig von fast allen Befragten berichtet. Das verwundert nicht, wird doch mit der Dienstplangestaltung in das persönliche Zeitbudget der Mitarbeiter eingegriffen.

„Dienstplan gestalten, das ist immer schwierig für mich als Stationsleiter, ich muß da viele Faktoren berücksichtigen, wie zum Beispiel Wünsche von Mitarbeitern, auch die Zusammensetzung wer mit wem arbeiten kann überhaupt, weil manche können sich nicht riechen, also Planung, Dienstplan ist schon konfliktrichtig, wirklich ein Problem, wo man ja als allererste Stelle ansprechen muß“ (Nr. 13).

Diejenigen Befragten, die kaum über Konflikte klagen, glauben, daß das daran liege, daß sie ein offenes Ohr für ihre Mitarbeiter/innen hätten und an sie herangetragene Anliegen sofort besprechen würden, ehe es zu Unstimmigkeiten kommt. Einige verweisen darauf, daß sie einen

kooperativen Führungsstil haben, also verlässlich und berechenbar für die Mitarbeiter/innen handeln würden, ihre Ressourcen einteilen und auch einmal „Nein“ sagen könnten.

„Die Mitarbeiterpflege ist für mich ein ganz wichtiger Punkt“ (Nr. 4).

„Wenn ich merke, mit denen zwei, da harmoniert es heut nicht, da gibt's irgendwas, dann hole ich mir die immer und sage, wir müssen jetzt gleich darüber reden, geht jetzt nicht mit diesem Konflikt nach Hause. Und das hat mich eigentlich bestärkt, also, das kommt gut an. Es läuft wirklich gut. Die wissen auch, daß ich immer ein offenes Ohr habe“ (Nr.4).

Diese Leitungen fühlen sich für ihre Mitarbeiter verantwortlich. Sie versuchen rechtzeitig, Stimmungen zu erkennen und greifen frühzeitig ein, wenn zwischenmenschliche Konflikte zur Belastung werden könnten. Sie sehen sich als Beziehungsmanager und versuchen, Stimmungen und Haltungen zu erzeugen, die ein positives Arbeitsklima schaffen. Als weitere Begründungen für die von ihnen geschaffene, konfliktfreie Zusammenarbeit nennen sie die Vorbildwirkung ihrer Person, ihre Motivations-, Überzeugungs- und Begeisterungsfähigkeit. Sie beschreiben sich als präsent und sie versuchen, eine Balance zwischen den einzelnen Interessengruppen herzustellen sowie die Interessen der Einzelnen zu vertreten. Sie versuchen, einen eher charismatischen Führungsstil zu praktizieren.

„Es ist all das, was ich so vorlebe, sieht man, denke ich, auch als Vorbild an, also immer, Mensch woher hast du nur deine Motivation? Woher nimmst du die Kraft? Und du bist so jemand, der reißt uns mit“ (Nr. 3).

9.4.2 Zusammenarbeit / Konflikte mit den Ärzten

Die Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten spiegeln die Auskünfte der Befragten wider:

Konflikte mit den Ärzten	
Es gibt Konflikte	8
Pflegepersonal wird nicht ernst genommen	8
Wissen nicht, was Pflege leistet	8

Kein Ansprechpartner	6
Benehmen sich wie Vorgesetzte	5
Sehen nur ihr Spektrum	3
Missachtung der Pflege	3

Tab. 17a: Konflikte mit den Ärzten

Von den 18 Stationsleitungen haben acht Probanden Konflikte auf der Mediziner/innen-Ebene. Alle problembeladenen Stationsleitungen beklagen, daß von Seiten der Ärzteschaft das Pflegepersonal nicht ernst genommen wird.

„Es geht dann meistens so, daß die Akademiker, so nett sie auch manchmal sind, aber trotzdem noch denken, wir sind so auch gleich Sekretärin, Kaffeekocher auch in Haushaltshilfen und, und, und“ (Nr. 16).

Ärzte stehen für die Stationsleitungen häufig nicht als Ansprechpartner zur Verfügung und benehmen sich dem Pflegepersonal gegenüber als Vorgesetzte, die sie ja nur in fachlicher Hinsicht sind.

„ Ja, es ist ein ganz blödes Beispiel, es kann nicht sein, daß ein Chefarzt morgens kommt und sagt, der, der und der Patient bekommt heute noch einen Herzkatheter gemacht. Denn erstens weiß es der Patient nicht, zweitens weiß die Schwester es nicht, denn er sagt es nur seinen Ärzten und die sagen es uns nicht weiter und der Patient ißt und man kriegt als Schwester noch eins auf den Deckel weil er gegessen hat, obwohl man gar nicht weiß, daß er nicht essen darf. Ja, solche Sachen passieren eigentlich täglich und das geht einfach nicht“ (Nr.18).

Ärzte sähen außerdem nur ihr Spektrum und würden gar nicht wissen, was Pflege zu leisten hat.

„Es ist oft schwierig, auch denen begreiflich zu machen, was Pflege eigentlich hier leisten soll. Sie sehen dann wieder nur ihr Spektrum, eher Schwestern mitgehen zur Visite. Und auch, wenn man, ja auch oder Dinge man besprechen möchte, vom Ablauf her, was eben nicht geht, von wegen also Einhaltung der Visitenzeiten, Entlassmanagement, solche Geschichten. Das wird ja, man wird da auch nicht ernst genommen“ (Nr. 1).

Nach der Auffassung einer knappen Hälfte der Stationsleitungen findet die Pflege bei den Ärzten kein Gehör, bzw. die Pflegekräfte fühlen sich durch die Mediziner in ihrer Arbeit direkt mißachtet.

„Der ist etwas ganz anderes gewöhnt, der ist Fließbandarbeit gewöhnt. Und diese Fließbandarbeit will ich nicht liefern. So sieht das einfach aus. Weil ich nicht möchte, daß mein Patient ne Nummer hat und nen Stempel hat und in ner Reihe läuft...“ (Nr. 18).

Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen sind teilweise mit Problemen in der Berufsgruppe der Ärzte begründet. Gerade für kleinere Krankenhäuser ist es zunehmend schwieriger geworden, frei werdende Arztstellen zu besetzen. Ärztemangel und häufiger Ärztechsel werden beklagt, weil dadurch die Kontinuität der Zusammenarbeit leidet.

„Unser Problem im Moment ist, daß wir eine sehr hohe Arztfluktuation halt haben, also wir haben im Moment sehr, sehr viel Wechsel und haben auch sehr viele ausländische Ärzte im Moment, da gestaltet sich halt die Zusammenarbeit schon etwas schwieriger halt“ (Nr. 12).

Bemerkenswert ist noch, daß alle, die angeben, Schwierigkeiten mit dem ärztlichen Dienst zu haben, auf konservativen Stationen arbeiten, bei denen fachbedingt die Kontakthäufigkeit sehr hoch ist.

Zehn Teilnehmer geben dagegen an, kaum Konflikte zu haben. Dort, wo es kaum Konflikte zwischen der Stationsleitung und den Mediziner gibt, besteht ausnahmslos ein guter Kontakt zwischen den Berufsgruppen, das Pflegepersonal fühlt sich akzeptiert und von den Ärzten ernst genommen. Die Ärzte stehen hier als Ansprechpartner zur Verfügung, was bei den Stationsleitungen ein gutes Arbeitsgefühl bewirkt.

Zusammenarbeit mit Ärzten	
Es gibt kaum Konflikte	10
Guter Kontakt	9
Werde ernst genommen	9
Ansprechpartner	4

Tab. 17b: Zusammenarbeit mit den Ärzten

Interessant ist, daß einige der Befragten eine Veränderung im Verhalten der Ärzte ihnen gegenüber bemerkt haben, seit sie die Leitungsposition innehaben. Hier spielt sicher die traditionell starke Hierarchisierung des Krankenhauses eine Rolle.

„Die Meinung wird mehr erwartet, finde ich. Die Meinung ist, da wird mehr Gewicht auf meine Meinung gelegt, gerade wenn es um Entscheidungen geht. Also ich meine schon, daß die Meinung mehr Gewicht erhält wie jetzt von einer Schwester“ (Nr. 14).

Eine Stationsleitung beschreibt den Unterschied im Verhalten des Chefarztes zu den Schwestern bzw. gegenüber ihr als Stationsleitung:

„Das ist einfach so, aber trotzdem mag ich es nicht, wenn er Handbewegungen macht „ interessiert mich jetzt nicht, kannst gehen“, aber das macht er mit mir nicht, das hat er einmal gemacht, danach nicht mehr und für ne normale Schwester ist das schon so“ (Nr. 18).

9.4.3 Zusammenarbeit / Konflikte mit der Pflegedienstleitung

Ähnlich wird die Zusammenarbeit und das Konfliktpotential zwischen Stationsleitung und der Pflegedienstleitung beschrieben:

Mehr als die Hälfte der Stationsleitungen gibt an, daß keine Konflikte zwischen ihnen und der PDL bestehen. Es fällt allerdings auf, daß sechs Stationsleitungen kaum Berührungspunkte mit ihrer PDL haben. Die augenscheinliche Kluft zwischen Stationsleitung und Pflegedienstleitung und die Wünsche der Stationsleitungen an ihre Vorgesetzten bringt eine Teilnehmerin treffend zum Ausdruck:

„Also mit der Pflegedienstleitung ist die Zusammenarbeit gut, könnte aber also ich erwarte eigentlich mehr Transparenz von meiner Pflegedienstleitung und auch mehr vor Ort sein, also das ist von daher, also ich sehe eigentlich recht selten die PDL. Die könnte besser sein, die Zusammenarbeit“ (Nr. 6).

Immerhin vier Stationsleitungen arbeiten intensiv mit ihrer PDL zusammen, weil die PDL ein offenes Ohr für die Anliegen der Station habe. Von drei weiteren ist zu hören, daß alles in Ordnung sei, solange alles gut läuft. Entscheidungsfreude der PDL und Wertschätzung der Stationsleitung hat jeweils nur eine der Befragten genannt. Daß man sich durch Coaching Rückhalt holen kann, benennt eine Teilnehmerin.

Von 18 Stationsleitungen haben immerhin acht Konflikte mit ihrer PDL. So beklagt ein Drittel, von der PDL „nicht angehört zu werden“ und „keinen Rückhalt durch die PDL“ zu erfahren. Kommunikationsprobleme haben 20 Prozent der Interviewten auch dahingehend, daß ihre Anfragen nicht behandelt werden.

Einzelne Stationsleitungen benutzen sprachlich schärfere Begrifflichkeiten. Diese reichen von „keinem Interesse der PDL an der Arbeit der Stationsleitung“ über „keine Kontrolle“, „wenig Transparenz“, „keine Präsenz“, „keine Ahnung, was auf der Station läuft“ bis zu „nicht ernst genommen werden“.

Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung	
Es gibt kaum Konflikte	10
Wenig Berührungspunkte	6
Intensive Zusammenarbeit	4
PDL hat offenes Ohr	3
Wenn alles läuft, ist alles O. K.	3
Wertschätzung der Stationsleitung	1
Durch Coaching Rückhalt	1

Tab. 18: Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung

9.5 Veränderungen der Sichtweise

Die folgenden Kategorien beleuchten die Pflegefachlichkeit und die Führungstätigkeit. Sie zeigen, wie die Bedeutung des pflegefachlichen Handelns im Verhältnis zum Führungshandeln gesehen wird und wollen herausfinden, ob mit der Führungstätigkeit quasi eine neue Beruflichkeit entstanden ist. Der Wechsel von der Pflege am Bett zur Stationsleitung stellt zwangsläufig einen Bruch sowohl in der Biographie als auch im Berufsalltag dar. Während im Berufsbild „Pflege“ der Patient im Fokus des Denkens und Handelns steht, so rücken beim Wechsel in die mittlere Führungsposition andere Aufgaben in den Vordergrund. Logistische und administrative Aufgaben, sowie Mitarbeiterführung sind nun Kerngeschäft des Leitungshandelns.

Gefragt nach einer veränderten Sichtweise seit Übernahme der Leitungsfunktion bestätigen alle Befragten, daß sich ihre Sichtweise von Pflege geändert hat.

Veränderte Sichtweise der Stationsarbeit durch Übernahme der Leitung	
Spektrum ist größer geworden	10
Mehr Verantwortung	8
Mehr Administration	8
Veränderte Zeitressourcen	7
Wirtschaftliches Denken	6
Blick von oben	5
Kontrollieren	3
Motivieren	2
Nicht mehr zum Team gehören	2

Tab. 18: Veränderte Sichtweise der Stationsarbeit durch die Übernahme der Leitung

Das Aufgabenfeld als Stationsleitung ist größer geworden, sie tragen wesentlich mehr Verantwortung, ihr Blick auf die zu leistende Arbeit verändert sich:

„Ja, also, ich fühl mich schon verantwortlich für das, was die anderen tun, das war vorher vielleicht nicht so, da hab ich geguckt, ich muß meine Arbeit ordentlich machen, aber jetzt muß ich gucken, daß die anderen es auch ordentlich machen. Ich fühl mich da schon verantwortlich, daß die anderen auch alles umsetzen, so wie man das machen soll“ (Nr. 4).

Hier wird die veränderte Sichtweise ganz deutlich. Nicht mehr die eigene Arbeit am Patienten ist im Mittelpunkt des Denkens, sondern die Leitungsrolle wird angenommen: die Leitung ist verantwortlich, daß die Mitarbeiter ihre Arbeit leisten können. Das hat Auswirkungen auf die eigene Arbeitsgestaltung. Die Interviewten geben an, daß mehr administrative Arbeiten zu erledigen sind und sich die Zeitressourcen verändert haben. Im Vordergrund steht nunmehr das Organisieren und wirtschaftliches Denken.

Die Mitarbeiterführung wird als wesentliche Aufgabe erkannt. Tätigkeiten wie kontrollieren und motivieren werden als neue Aufgaben wahrgenommen:

„Jetzt sehe ich mich in der Verantwortung. Und sag mal, was da los war, erzähl mal, Probleme mit Angehörigen oder Patienten oder so. Wie gesagt, es ist breiter gefächert, ich gucke jetzt mehr von oben drüber und vorher hatte ich nur ein kleines Stück, also meinen Bereich, ohne Leitungsfunktion“ (Nr. 1).

Das Erkennen der veränderten Verantwortlichkeiten und die damit einhergehende andere Rolle im Team löst bei einigen der befragten Stationsleitungen auch Unbehagen aus. Der Ausstieg aus dem gewohnten Pflgeteam belastet emotional, da die Position „Stationsleitung“ als vergleichsweise einsame Position angesehen wird. Gab das Team bislang Sicherheit, so ist die neue Rolle als Stationsleitung exponiert und ohne Rückhalt durch in der Krankenhaushierarchie gleichgestellte Kollegen. Mit dem Positionswechsel ändert sich auch die Form des Umgangs mit den früheren Mitarbeitern, da ja die vertraute Zugehörigkeit zum Team nun entfällt.

„Auf jeden Fall war es teilweise bisschen erschreckend, wenn man so gesagt kriegt zum Beispiel, ihr seid nicht mehr im Team, ihr seid jetzt außen vor so ein bisschen weil man das nicht so handhaben wollte oder auch nicht so wahrhaben wollte. Man sagt ja eigentlich hat sich nichts geändert, ich hab zwar jetzt die Position, aber nur in gewisser Weise muß man das dann auch durchziehen. Es ist wirklich so, daß man dann irgendwann auch mal den Daumen draufdrücken muß und sagt, hier, also, das möchte ich net so haben“ (Nr. 12).

Die umfassendere Sichtweise auf die Pflegearbeit und auf die Arbeitsabläufe auf der Station haben Auswirkungen auf das Selbstbild der befragten Krankenschwestern. Eine quantitative

Betrachtung ergibt ein gespaltenes Bild, denn sieben der Befragten (40 Prozent) fühlen sich nach wie vor als Schwester/Pfleger. Bei weiteren sieben (40 Prozent) wohnen „zwei Seelen in einer Brust“. Vier der Interviewten (20 Prozent) haben einen konsequenten Wechsel vollzogen und fühlen sich eher als Manager/in.

Der Einfluß der betrieblichen Organisation des einzelnen Krankenhauses auf das Selbstbild seiner Führungskräfte in der mittleren Ebene ist nicht zu unterschätzen. Der hohe Anteil derer, die sich überwiegend als Krankenschwester fühlen, ist unter anderem darauf zurückzuführen, daß von den Stationsleitungen in der Hauptsache Pflegearbeiten zu erledigen sind und die Leitungstätigkeit nur nebenher getan werden kann. Gerade auf kleineren Stationen können Leitungstätigkeiten nicht strikt von den Basistätigkeiten einer Krankenschwester getrennt werden. Von denjenigen, die sich nach wie vor als Schwester/Pfleger fühlen, geben drei an, daß sie normalen Dienst machen, und drei weitere, daß sie die Leitungstätigkeit nur nebenher machen.

„Eigentlich noch mehr als, ja, also von prozentuell, also mehr Anteil noch zur Krankenschwester. Das ist so, daß die Leitungstätigkeit leider, eigentlich nur nebenher machen kann, das heißt einschließlich macht man normalen Dienst mit mehr Arbeit und ein Bürotag alle zwei Monate“ (Nr. 1).

Schwierig ist die augenscheinliche Identitätssuche bei denjenigen sieben Befragten (40 Prozent), in deren „Brust zwei Seelen“ wohnen. Sie wissen, daß sie Manager/innen sind, weil die Organisation in ihrer Funktion im Vordergrund steht, und weil sie viele Arbeiten erledigen müssen, die mit der „eigentlichen“ Pflege nichts zu tun haben. Trotzdem sind diese Stationsleitungen vom Herz und vom Gefühl her Schwestern/Pfleger geblieben.

„Von meinem Herzen her immer Krankenschwester, mittlerweile eher Managerin“ (Nr. 3).

Vorgegebene Organisationsstrukturen und bisher wertgeschätzte Denkweisen über die Pflegearbeit können die Rollenfindung in der Funktion erschweren und fordern von den betreffenden Schwestern eine hohe Fähigkeit, ihre vielfältigen Aufgaben nun klar zu strukturieren.

„Wenn ich arbeite, fühle ich mich als Krankenschwester, dann lasse ich das andere eigentlich außen vor. Wenn ich Organisationstage habe, die ich regelmäßig einplane und eigentlich gar nicht am Alltag teilnehme, dann gehe ich eher in die Rolle als Pflegemanagerin auf. Schon so geteilt. Es ist nicht immer einfach (lacht). Ich muß Grenzen setzen, weil beides zusammen kann ich nicht kombinieren. Dann werde ich in drei Jahren kaputt sein und kann das nicht mehr aushalten. Von daher versuche ich jetzt schon klar Grenzen zu ziehen“ (Nr. 14).

Offensichtlich haben es diejenigen vier Stationsleitungen (20 Prozent) am leichtesten mit ihrer Identität, die sich tatsächlich als Manager/in fühlen. Sie haben ihre veränderten Aufgaben für sich akzeptiert. Sie nehmen deutlich wahr, daß die Pflege am Patienten weniger geworden ist und sich ihre Sichtweise auf die Patienten geändert hat.

„Als Pflegemanagerin, ja würd ich schon sagen, wenn ich mich da festlegen soll. Also es ist schon, dadurch daß es so ist, daß das Personal immer weniger wird, daß die organisatorische Leistung, die man als Stationsleitung erbringt, im Vordergrund steht“ (Nr. 17).

Die Entwicklung des Selbstbildes ist allerdings ein kontinuierlicher Prozeß. Bisher als selbstverständlich gehaltenes wird aufgegeben, neues Denken entwickelt sich. Das geht nicht ohne eine gewisse Unsicherheit und auch Trauer vonstatten, bis sich wieder ein stabiles Selbstbild herauskristallisiert.

„Mittlerweile mehr als Managerin, doch, weil die Pflege, die Krankenschwester, die Pflege am Patienten wird schon weniger oder ist schon weniger geworden. Zum Teil schade, aber ja, gehört dazu und ich probier immer mal wieder, mir auch die Zeit zu nehmen mich um den Patienten zu kümmern“ (Nr. 7).

Die Macht des Faktischen tut ein Übriges dazu. Selbst die Teilnehmerin, die „es nie“ wollte, fühlt sich inzwischen als Managerin.

„Managerin, das was ich eigentlich, wie gesagt, nie wollte“ (Nr. 10).

9.5.1 Veränderungen beim Wissenserwerb der Stationsleitungen

Die Führungskräfte in der mittleren Ebene sind in der ambivalenten Situation, daß sowohl fachliche Kenntnisse als auch Leitungskennnisse von ihnen erwartet werden. Vor dem Hintergrund der (erwarteten) veränderten Sichtweise von Pflege wurde nach dem persönlichen Interessenschwerpunkt bei der eigenen Fortbildung gefragt.

Danach befragt, ob sich die Funktionsträger mehr für Leitungsthemen oder pflegefachwissenschaftliche Themen interessieren, antwortete ein Drittel der Teilnehmer, daß sie sich gleichermaßen mit Pflege- und Leitungsthemen befassen. Überwiegend pflegefachliche Themen favorisieren 20 Prozent und überwiegend Leitungsthemen bevorzugen weitere 20 Prozent.

Deutlich wird die Wichtigkeit einer persönlichen Entwicklung genannt. Ein Interesse an ständiger Fortbildung wird von allen bejaht. Die Interessenschwerpunkte verlagern sich aber: Je mehr die Rolle der „Leitung“ angenommen wird, desto stärker wird der Fortbildungsbedarf bei den Leitungsthemen gesehen.

„Also sonst waren das natürlich immer so fachspezifische Themen, aber jetzt geht das Interesse natürlich mehr in den Bereich Leitung, seit ich da die Stellvertretung übernommen habe“ (Nr. 6).

Bei der Beantwortung dieser Frage wird deutlich, wie die Stationsleitungen die Bedeutung der Pflegefachlichkeit für ihr Kompetenzprofil einschätzen.

„Ich hab zwei Wundmanagerinnen auf der Station, die da deutlich mehr wissen als ich. Ich guck schon, daß ich da drin bleibe und die Materialien kenne, aber wenn ich jetzt wirklich mal was Besonderes habe, würde ich mir die zu Rate ziehen. Ja, genauso gut haben wir auch Diabetesberatungen, klar schadet das nicht, wenn man dieses Fachwissen hat und es steigert auch das Kompetenzprofil, aber es ist nicht das Wichtigste.“

Für sich zieht sie daraus den Schluß: *„Priorität liegt eher auf der Leitung“*. (Nr. 17)

Mit der anschließenden Frage: *„Wie halten Sie Ihr Wissen auf dem neuesten Stand?“*, soll herausgefunden werden, welche Medien zum Wissenserwerb genutzt werden.

Quellen zum eigenen Wissenserwerb	
Interne Weiterbildung	18
Externe Weiterbildung	14
Fachzeitschriften	14
Internet	12
Kollegialer Austausch	8
Fachbücher im Haus	5
Learning by Doing	5
Teilnahme an Pflegekongressen	2
Intranet	5
Fort- / Weiterbildung bei Berufsverbänden	2
Fortbildung bei Pharmaunternehmen	2
Schüler ausbilden	2

Tab. 20: Quellen zum eigenen Wissenserwerb

Es werden also vielfältige Medien benutzt. Fast alle Stationsleitungen geben an, daß sie an internen und externen Weiterbildungen teilnehmen und sich durch Fachzeitschriften informieren. Von zwei Dritteln der Probanden werden das Internet und der kollegiale Austausch als Quelle des Wissenserwerbs genannt. In der Häufigkeitsverteilung geht es weiter mit hauseigenen Fachbüchern, Learning by Doing und Intranet. In alter Verbundenheit mit ihrem Beruf haben vier Probanden die Pflegezeitschrift „Die Schwester/Der Pfleger“ abonniert. Die Teilnahme an Pflegekongressen, die Weiterbildung bei Berufsverbänden und Fortbildung bei Pharmaunternehmen wird weniger in Anspruch genommen. Zwei Probanden bilden Schüler aus bzw. unterrichten an der Krankenpflegeschule.

Benutzt werden neben den „klassischen“ Fortbildungsträgern wie Fachzeitschriften und organisierten Veranstaltungen auch neuere Medien. So wird das Internet als Wissensquelle überraschend häufig genannt.

9.6 Einschätzung der Wahrnehmung in der Öffentlichkeit und bei den Mitarbeitern

Das soziale Ansehen der Funktion „Stationsleitung“ in der Öffentlichkeit und krankenhausintern wird hier aus der Betroffenenperspektive ermittelt, um Hinweise auf die gesellschaftliche Reputation dieser Stelle zu erfragen. Es kann vermutet werden, daß fast jeder Bürger in irgendeiner Weise Bekanntschaft mit dem Krankenhaus gemacht hat und daß die Sozialfigur „Stationsschwester“ allgemein bekannt ist. Auch liegt die Vermutung nahe, daß Inhaber einer Position, die vom Wert ihrer Tätigkeit überzeugt sind, dasselbe auch von anderen erwarten. Von Interesse war es daher zu erfahren, wie die zum Teil langjährigen Stationsschwestern ihr Fremdbild einschätzen.

Öffentliche Wahrnehmung der Stationsleitung	
Keine Präsenz in der Öffentlichkeit	8
Mediales Bild ist unrealistisch	6
Kein Wissen um die Aufgaben	4
„Oberschwester“-Image	4
Positives Image	4
Vertrauensposition	3

Tab. 21: Öffentliche Wahrnehmung der Stationsleitung

Die Meinungen hierzu gehen weit auseinander. Fast die Hälfte der Befragten ist der Auffassung, daß eine Stationsleitung in der Öffentlichkeit gar keine Präsenz habe. Die meisten Menschen außerhalb eines Krankenhauses wüssten überhaupt nicht, welche Aufgaben eine Stationsleitung im Krankenhaus zu erfüllen hat, sagen immerhin vier der Interviewten. Genau so viele glauben, daß eine Stationsleitung das alte „Oberschwester-Image“ habe, nämlich, daß sie alles bestimmt und selbst nichts mache. Eindeutig ist ein Drittel der Interviewten der Überzeugung, das durch die Medien in der Bevölkerung ein Bild von dieser mittleren Leitungsebene erzeugt wird, daß mit der Realität überhaupt nichts zu tun hat. Als Beispiele werden Fernsehserien von „Schwarzwaldklinik“ bis „Schwester Stephanie“ genannt.

In der Öffentlichkeit dominiert die Medizin das Bild des Krankenhauses. Heilungserfolge und damit auch die Qualität des Krankenhauses werden letztendlich immer noch auf die behandelten Ärzte zurückgeführt.

„Also ich muß sagen, es hat noch keiner in dieser Zeit wo ich da war, keiner hat gefragt, ob hier irgendeiner ansprechbar ist im Sinne von Stationsleitung oder Oberin oder so was, da hat noch keiner was gefragt. Egal ob von Patientenseite oder von Angehörigenseite, das ist noch nie vorgekommen, das ist denen, ich will mal so sagen, wurscht. Man fragt eher auch die Ärzte, die sind ja richtige Ansprechpartner, aber wenn irgendwelche pflegerischen Sachen falsch laufen, da spricht man nicht mit der Stationsleitung, sondern mit der allerersten Krankenschwester, die man da findet. Das ist, ich meine ein hohes Ansehen in der Öffentlichkeit habe ich noch nicht erlebt“ (Nr. 13).

Es gibt aber auch einige gegenteilige Meinungen, die behaupten, daß das Bild der Stationsleitung in der Öffentlichkeit ein positives Image habe und als Vertrauensposition angesehen werde.

„Das hat nen, ich denke nen recht hohen Stellenwert und auch vom Ansehen hoch, die Oberschwester, ...“ (Nr. 7).

Bei den Antworten wird deutlich, daß der Stellenwert der Tätigkeit Stationsschwester eng verknüpft ist mit dem allgemeinen Bild von der Krankenpflege. Hier erfahren die Stationsleitungen zwar durchaus Anerkennung für ihre Arbeit als Schwester. Die tatsächliche Arbeit in der Pflege und besonders die Aufgaben einer Stationsschwester sind weithin aber kaum bekannt. Zudem sind die Vorstellungen recht klischeehaft, was durch die Darstellung der Schwester in den Medien noch verstärkt wird.

Die einseitige Fixierung auf die Medizin als bedeutend für ein Krankenhaus erschwert auch die Darstellung einer eigenverantwortlichen Pflege.

Anders ist das innerbetriebliche, krankenhausinterne soziale Ansehen der Stationsleitung:

Kollegiale Wahrnehmung der Stationsleitung	
Hohes Ansehen und Respekt	11
Hohe Qualifikation, fachliche Überlegenheit	5
Viel Ärger	4
Mitarbeitern fehlt Weitblick, was alles zu tun ist	4

Wenig Entgelt	3
Stressresistenz	2
Mitarbeiter erwarten Vorbildfunktion	2
Voraussetzung ist soziale Kompetenz	2
Hinter Stationsleitung verstecken	2
Marionette zwischen Oben und Unten	1

Tab. 21: Kollegiale Wahrnehmung der Stationsleitung

Immerhin sind $\frac{2}{3}$ aller Probanden der Meinung, daß diese Funktion ein hohes Ansehen genießt und von Respekt im Haus gekennzeichnet ist.

„Ja, die sehen schon, daß das was höheres ist und wenn die das sagt, dann muß ich das jetzt auch machen“ (Nr. 4).

Eine hohe Qualifikation bescheinigen sich mehr als ein Viertel der Teilnehmer. Das pflegerische Fachwissen wird ebenfalls hoch eingeschätzt. Dabei sind die Leitungen sich bewußt, daß sie sich überfordern, wenn sie an sich den Anspruch stellen, die beste Pflegerin zu sein. Wichtig ist es für sie zu wissen, wie sie an die notwendigen Informationen kommen.

Allerdings sehen einige der Befragten das Ansehen der Leitungstätigkeit bei den Kollegen durchaus zwiespältig.

Diese eher kritischen Merkmale beschreiben sie als „viel Ärger“ und „wenig Entgelt“. Sie beklagen, daß den Mitarbeiter/innen der Weitblick für die Aufgabenbreite einer Stationsleitung fehlen würde, und daß diese sich hinter der Stationsleitung versteckten.

„Unterschiedlich, also manchem ist es ganz recht, wenn jemand da ist, der den Mund auf macht, wo man sich verstecken kann, wo man die Verantwortung nicht übernehmen muß“ (Nr. 16).

Kriterien für die Selbsteinschätzung der Stationsleitungen sind ihre soziale Kompetenz, ihre Stressresistenz und ihre Vorbildfunktion für die Mitarbeiter/innen.

„Ich denke, man muß da Qualifikationen mitbringen, z.B. stressresistent zu sein, man muß jemand sein, der sich nicht unbedingt im Team wohl fühlen muß, also ein Team braucht, um sich

wohlzufühlen und muß gut mit Kritik umgehen können und auch einfach mal was einstecken können, ohne sich persönlich angegriffen zu fühlen“ (Nr. 17).

Nur ein Teilnehmer glaubt, daß die Stationsleitung als Marionette zwischen „Oben und Unten“ dient.

9.7 Berufspolitisches Verständnis

Allgemein ist davon auszugehen, daß Inhabern von Führungsfunktionen ein gewisses berufspolitisches Verständnis zugeschrieben wird. Daher ist von Interesse, über welche berufspolitischen Einstellungen die Stationsleitungen in Bezug auf Berufsverbände verfügen.

Interessenvertretung durch Berufsverbände	
Ich bin kein Mitglied	17
Ich bin Mitglied im DBfK	1
Fühle mich durch Berufsverbände nicht vertreten	5
Habe mir darüber keine Gedanken gemacht	10
Pflegekammer erwartet	1
Fühle mich durch Berufsverbände vertreten	3

Tab. 22: Interessenvertretung durch Berufsverbände

17 der 18 Teilnehmer sind nicht Mitglied in einem Berufsverband. Immerhin drei Befragte fühlen sich durch ihre Berufsverbände vertreten, zehn haben sich mit berufspolitischen Themen noch nicht auseinandergesetzt, und fünf geben an, in den Berufsverbänden keine Interessenvertretung zu gefunden zu haben.

Eine Interviewte hat auf die Gründung einer Pflegekammer gehofft. Kritisch wird angemerkt, daß die Interessen der Pflege von den Gewerkschaften nie richtig vertreten wurden, und daß jeder der zahlreichen Berufsverbände sein eigenes Süppchen koche.

Auch die Prioritätensetzung des DBfK wird als problematisch eingeschätzt, weil sie derzeit vorrangig auf die Altenpflege fokussiert sei und die Interessen der Pflegenden in den Krankenhäusern scheinbar vernachlässigt.

Nur ein geringer Teil der Befragten fühlt sich von den Berufsverbänden in ihren Anliegen vertreten. Positiv bewertet wird hingegen das Angebot an Fortbildungen. Grundsätzlich werden Berufsverbände als wichtige berufspolitische Interessenvertretung wahrgenommen. Das Anliegen, sich für eine größere berufliche Autonomie des Pflegeberufes einzusetzen, wird als wichtig angesehen. Kritisch angemerkt wird die Vielzahl der Verbände und die mangelnde Durchsetzungsfähigkeit der Verbände.

Der weitaus größte Teil der befragten Führungskräfte bezieht allerdings keine Stellung zur Vertretung durch Berufsverbände. Berufspolitische Themen haben für sie augenscheinlich keine besondere Bedeutung. Als Begründung werden persönliches Desinteresse und Zeitprobleme angegeben.

Die nun folgenden Kategorien beziehen sich auf das berufliche Selbstverständnis.

9.8 Bedeutung von Beruflichkeit

Abgesehen von einigen Differenzierungen sind alle Befragten geschlossen der Auffassung, daß ihnen ihre berufliche Tätigkeit sehr wichtig ist. Daß ihnen ihre Berufstätigkeit sehr wichtig ist, sagen sieben der Befragten, und zwei von ihnen kombinieren ihre Aussage mit dem Hinweis, daß auch das Einkommen wichtig für sie sei. Für ein Drittel der Befragten ist die Balance zwischen Beruf und Privatleben sehr wichtig und knapp ein Drittel gibt an, daß der Beruf dominiert und das Private zu kurz kommt.

Bedeutung von Beruflichkeit	
Berufstätigkeit ist sehr wichtig	7
Balance Beruf und Privat ist wichtig	6
Beruf dominiert, Privates kommt zu kurz	5
Einkommen ist wichtig	2

Tab. 24: Bedeutung von Beruflichkeit

Erinnert sei hier daran, daß bei der Befragung sowohl die Zahl der ledigen Personen als auch die Zahl der kinderlosen Personen jeweils zehn beträgt. Daraus ist zu vermuten, daß bei Personen

ohne engeres soziales Umfeld der Beruf im höheren Ausmaß das Selbstbild prägt als bei Personen mit einem ausdifferenzierten Sozialleben.

„Beruf macht im Endeffekt halt ein Drittel des Tages aus, kann man so sagen und von der Seite her ist das doch schon sehr wichtig und er ist bei mir dadurch, daß ich ja auch nicht gebunden bin, im Moment würd ich sagen, er ist schon sehr, sehr wichtig, halt schon ein sehr hoher Lebensinhalt“ (Nr. 12).

Zwar wird von allen Befragten die Berufstätigkeit als für sie sehr wichtig eingeschätzt, gleichzeitig betonen aber die meisten, daß ihr Privatleben für sie ebenfalls einen hohen Stellenwert hat.

Im Sinne der „work-life-balance“ wird von den Befragten augenscheinlich Sorge getragen daß die als wichtig erachteten Lebensbereiche in einem als befriedigend empfundenen Ausmaß zueinander stehen. Eine große Rolle spielt auch die Zufriedenheit mit den Bedingungen am Arbeitsplatz. Die Kollegen erwarten einen Arbeitsplatz, an dem sie ihre individuellen Stärken einbringen können.

„Sehr wichtig. Also, die Zufriedenheit in meinem Beruf spielt für mich eine ganz große Rolle. Also wenn das nicht der Fall wäre, dann würde wahrscheinlich auch mein Privatleben nicht so zufrieden sein“ (Nr. 6).

Sich vom überkommenen Selbstbild der immer präsenten Schwester zu lösen, fällt vielen nicht leicht. Manchmal bedarf es äußerer Anlässe wie einer Weiterbildung, um das Selbstbild zu überdenken.

„Also, das hat sich bei mir auch durch die Weiterbildung zur Stationsleitung geändert, vorher war es vielleicht so, ja 70% Beruf, 30% Privat. (.....) durch die Weiterbildung hat bei mir auch was Klick gemacht und jetzt sind wir schon mal auf Minimum 50 / 50 runter“ (Nr. 2).

9.9 Berufliche Pläne

Die starke Identifikation mit der Pflege wird auch bei der Frage deutlich: „Haben Sie schon einmal daran gedacht, den Pflegeberuf zu verlassen“? Diese Frage wird von allen verneint.

Durchaus in Erwägung gezogen werden aber Wechsel innerhalb des Pflegeberufes. Drei Interviewte könnten sich vorstellen, in einen anderen Bereich innerhalb der Pflege zu wechseln. Und weitere drei Probanden würden wechseln wollen, weil sie sich von der PDL ausgebremst fühlen. Gesundheitliche Gründe, Mobbing, grenzwertige Belastungen und Berufsmüdigkeit werden als Anlässe genannt, die zu einem Wechsel des Arbeitsplatzes führen könnten bzw. geführt haben, aber nicht zum Ausstieg aus dem Pflegeberuf.

Den befragten Stationsleitungen ist durchaus bewußt, daß das Krankenhaus nicht der einzige Arbeitgeber für Pflegefachkräfte ist. Die zunehmende Ausdifferenzierung pflegerischer Arbeitsfelder außerhalb des Krankenhauses mit durchaus attraktiven Arbeitsplätzen macht einen Arbeitsplatzwechsel leichter. Voraussetzung ist allerdings, daß es den Betreffenden gelingt, das Rollenbild „Schwester/Pfleger“ für sich zu erweitern.

Das breite Angebot an pflegerischen Arbeitsfeldern spiegelt sich in den beruflichen Perspektiven wider, die die einzelnen Teilnehmer für sich entwickeln. So sind „selbstständig machen“ und „Pflege studieren“ mit je zwei Nennungen durchaus realistische Zielsetzungen für Kollegen, die nicht stehen bleiben wollen. Es folgen (mit jeweils einer Nennung) Sachverständigenausbildung, Qualitätssicherung, Case-Management, Gutachtertätigkeit, Gesundheitshotellerie und Lehrkraft an einer Pflegeschule oder Akademie.

Diese perspektivischen Wünsche verweisen darauf, daß die meisten Stationsleitungen innerhalb der Profession „Pflege“ verbleiben wollen, aber ihren Status gern verändern würden. Genauer betrachtet äußern die Probanden hier Wünsche, die eine eigene Entscheidungsfreiheit implizieren.

9.9.1 Leitungstätigkeit erneut übernehmen

Immerhin könnten sich fünf Teilnehmer vorstellen, wieder eine Leitungsfunktion zu übernehmen. Sechs Teilnehmer sind unentschieden. Davon machen zwei einen Wechsel der Station zur Bedingung. Diese wollen in eine Abteilung wechseln, in der sie sich wohler fühlen. Weitere sechs äußern sich nicht explizit zu dieser Frage. Eine Befragte schließt für sich aus, nochmals eine Leitungstätigkeit anzustreben.

Leitungstätigkeit erneut anstreben	
Ja	5
Keine Angabe	6
Vielleicht	6
Nein	1

Tab. 25: Leitungstätigkeit erneut anstreben

Die Ambivalenzen, die mit der Leitungstätigkeit in der mittleren Führungsebene verbunden sind, werden bei dieser Frage ganz deutlich. Die Stationsleitungen spüren sehr wohl den Druck, der von verschiedenen Seiten auf sie ausgeübt wird. Sie wissen, daß sie eine hohe Verantwortung tragen, aber ihre Mitwirkungs- und Entscheidungsmöglichkeiten doch eher begrenzt sind. Gleichzeitig erfahren sie wenig soziale Anerkennung als Stationsschwester und wenig Unterstützung von der vorgesetzten Pflegedienstleitung. Viele Aufgaben der Leitung werden von ihnen als Entfernung von der Pflege angesehen. So kann es nicht überraschen, daß viele ihre Leitungstätigkeit kritisch sehen und nach anderen Möglichkeiten Ausschau halten.

„Das muß ich die ganzen zwei Jahre reflektieren. Also unter diesen Bedingungen, was jetzt abläuft, glaub ich nicht, also ich hab wesentlich mehr Ruhe erwartet. Aber diese Bedingungen, was wir jetzt an Arbeitsbedingungen haben, wenn ich wüßte, was auf mich so richtig zukommt, was für Bereich ich übernehmen muß, womit man sich wirklich befassen muß und auseinandersetzen muß, würde ich mir das sehr gut überlegen, ob ich das noch mal mache. Oder vielleicht in einen ganz anderen Bereich gehe, Wundmanager, also in die fachliche Richtung“ (Nr. 13).

9.9.2 Aufstieg in die Pflegedienstleitung

Nicht anders sehen die Antworten aus, wenn nach dem Aufstiegswünschen in die Pflegehierarchie gefragt wird, insbesondere in die Pflegedienstleitung.

Aufstieg in der Pflegehierarchie	
Aufstieg nicht erstrebenswert	11
Aufstieg ist erstrebenswert	7

Sandwichposition	4
Einsatz steht nicht in Relation zu den Aufgaben	2
PDL ist abgewirtschaftetes Auslaufmodell	2
Hohe Arbeitsbelastung	1
Keine Wertschätzung	1
Keine Patientenkontakte	1

Tab. 26: Aufstieg in der Pflegehierarchie

Obwohl sich viele der Befragten vorstellen können, in ihrer Profession eine berufliche Veränderung zu vollziehen, um in ihrer Entscheidungsfreiheit nicht mehr begrenzt zu werden, so ist doch für zwei Drittel der Befragten ein Aufstieg in der Pflegehierarchie nicht erstrebenswert. Nur ein Drittel sieht in einem Aufstieg in der Pflegehierarchie Vorteile und würde ihn anstreben. Angegeben werden allerdings nur Argumente, die begründen, warum man diesen Schritt nicht tun würde. An erste Stelle steht dabei die „Sandwich-Position“, die bisher immer genannt wird, wenn es Probleme jeglicher Art in der Zusammenarbeit gibt. Auch steht für einige der Qualifikationseinsatz nicht in Relation zu den künftigen Aufgaben, die eine PDL tatsächlich zu leisten hat. Interessant ist, daß die PDL als abgewirtschaftetes Auslaufmodell betrachtet wird, was einige Probanden direkt aussprechen, und in anderen Interviews zwischen den Zeilen mit transportiert wird. Die hohe Arbeitsbelastung der PDL und die geringe Wertschätzung dieser Leitungsfunktion werden genau so benannt, ebenso wie die Tatsache, daß man dann gar keine Patientenkontakte mehr habe. An dem Kriterium „keine Patientenkontakte“ wird deutlich, daß die PDL als nicht zur eigentlichen Pflege gehörig betrachtet wird. Für Schwestern, die Pflege ausschließlich mit der Arbeit am Patienten gleichsetzen, ist das ein absolutes Ausschlusskriterium für diese Funktion.

„Nein, das wird wohl nie mein Traum werden. Da fehlt mir was. Da ist dann die Arbeit mit dem Patienten überhaupt nicht mehr, das ist ja eigentlich nur noch Organisation und Leitung. Nee, nee, nee“ (Nr.5).

Noch weitergehend schließen dann einige der befragten Stationsleitungen daraus, daß man auch auf die PDL verzichten könne.

9.10 Gender mainstreaming

Am Ende des problemzentrierten Interviews wurde nach dem „Gender Mainstreaming“ gefragt, um herauszufinden, ob für Männer und Frauen die gleichen Chancen für einen beruflichen Aufstieg im Bereich „Pflege“ bestehen. Mit der Frage sollte auch nach Erklärungen für das beobachtete unterschiedliche Karriereverhalten bei Männern und Frauen gesucht werden. Der Begriff Mainstreaming wird benutzt, um den Versuch der Integration und Besserstellung benachteiligter sozialer Gruppen anzuzeigen. Pflege gilt als ausgesprochener Frauenberuf, sowohl vom Verhältnis des Frauenanteils gegenüber dem Männeranteil, als auch von der Art der Tätigkeiten. Da die Pflege in vielen Krankenhäusern durch Schwesternschaften ausgeübt wurde, war es Männern bis in die 80er Jahre verwehrt, Leitungspositionen einzunehmen.

Diese Benachteiligung der Pfleger hat sich in ihr Gegenteil verkehrt: Mittlerweile sind in den höheren Positionen der Pflege überproportional mehr Männer als Frauen anzutreffen. Gefragt wurde, ob Frauen gegenüber Männern beim beruflichen Aufstieg in der Pflege benachteiligt seien.

Gender Mainstreaming	
Doppelbelastung benachteiligt Frauen	7
Männer können beruflichen Aufstieg forcieren	5
Pflege ist ein Frauenberuf	4

Tab. 27: Gender Mainstreaming

Von 40 Prozent der Befragten wird vermutet, daß Frauen durch die Doppelbelastung von Beruf und Familie besonders benachteiligt sind.

„Also ich denk, das, es gibt halt viele Frauen, die halt auch beruflich weiterkommen wollen und sich beruflich professionalisieren wollen, aber auch Familie haben wollen, und das ist halt das Problem bei den Frauen, warum die, denk ich, weniger in so hohen Positionen sind, auch in Kliniken wie Männer. Ich glaub, das liegt eher daran, daß sich Beruf, Familie, das es sich nicht immer vereinbaren läßt“ (Nr. 9).

Als Vorteil für einen beruflichen Aufstieg wird von einigen weiblichen Befragten angegeben, daß der Pflegeberuf sich historisch als Frauenberuf herausgebildet hat und heute noch überwiegend

von Frauen ausgeübt wird. Männer kommen entsprechend weniger für Leitungspositionen in Frage:

„Vorteil, hm, gut, sind ja halt viele weibliche Pflegekräfte, es ist einfach so. Würde mal sagen, von Vorteil“ (Nr. 1).

„Nein, da wäre ein Mann zu sein hinderlicher, glaube ich, weil einfach weniger männliche Pflegekräfte in der Pflege sind wie Frauen und weil das Berufsbild von früher ja auch geprägt war durch Frauen. Ich meine Männer, das waren die Wärter, die mußten dann immer die ganz schlimmen Sachen machen“ (Nr. 18).

Interessanterweise scheinen Männer als Minderheit im Frauenberuf Pflege Vorteile gegenüber ihren weiblichen Kolleginnen von ihren weiblichen Vorgesetzten eingeräumt zu bekommen:

„Ja also, ich habe die Erfahrung gemacht, das ist, weil man halt vielleicht noch so exotisch ist, ja, das hat eine ganz andere Gewichtung“ (Nr.5).

Schon in der Ausbildung erfahren die Pflegeschüler ihren besonderen Status: ihre weiblichen Vorgesetzten erlaubten ihnen bereits Spritzen zu setzen, während die weiblichen Auszubildenden noch mit dem Putzlappen saubermachen mußten:

„Das hat man schon als Schüler gemerkt, ich habe diese negative Erfahrung eigentlich auf keiner Station wie meine Mitschülerinnen, auch was das Heranführen an Tätigkeiten ging, da haben manche noch den Putzlappen geschwungen, da habe ich schon die erste Spritze gemacht, auf denselben Stationen, und ich denke, das war auch nicht schlecht“ (Nr. 5).

Mehr als ein Drittel der Befragten glaubt, daß Männer ihren beruflichen Aufstieg beschleunigen konnten, während Frauen ihre Kinder bekamen und die Kindererziehungszeiten in Anspruch nahmen.

„Dann wurde mir die Leitung angeboten, dann habe ich es abgelehnt, weil ich ne Babypause angelegt habe, das ging mir erst mal vor“ (Nr. 14).

So ist es für die meisten erklärlich, daß Männer vornehmlich Funktionen auf höherer Hierarchieebene in stationären Einrichtungen der Krankenpflege einnehmen.

10. Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die Veränderungen im beruflichen Denken über „Pflege“ aufzuzeigen, die bei Schwestern/Pflegern im Verlaufe des Prozesses der Übernahme der Rolle „Stationsleitung“ entstehen.

Auf der Grundlage einer umfassenden Literaturanalyse wurde herausgearbeitet, daß der Pflegeberuf ein heterogenes Bild bietet. Gemeinsam ist den Pflegenden aber die Auffassung von Pflege als Sorge um den Patienten. Denn die Aufgabenorientierung der Pflegenden basiert auf ihrer grundlegenden Sorge um das Wohlergehen der Patienten (vgl. Pokorski in NEXT-Studie 2005, S. 63). Für das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden bedeutet dies, daß eine Schwester zuallererst immer für den Patienten dazusein hat. Eher patientenferne Tätigkeiten, wie Dokumentations- und Organisationsarbeiten, haben demgegenüber einen geringeren Stellenwert. Eine weitere Auswirkung dieser Pflegesicht ist es, daß die Außenwelt mit ihren Einflüssen weitgehend unbeachtet bleibt. Betriebsübergreifende Bedingungen, die die Pflegearbeit im Krankenhaus maßgeblich mit beeinflussen, wie gesetzliche und ökonomische Rahmenbedingungen, Qualitätsmanagementkonzepte, Zertifizierungsprozesse, Beschäftigungsstruktur, aber auch Entwicklungen in der pflegerischen Aus- und Weiterbildung, sind nur rudimentär bekannt. Als äußeres Kennzeichen dafür läßt sich das mangelnde Interesse für Berufspolitik deuten.

Verstärkend für diese Sozialisation ist die unzureichende Pflegebildung. Seit dem ersten Krankenpflegegesetz von 1907 bis heute gilt die Pflegeausbildung als „Ausbildung eigener Art“. Weder Berufsbildungsgesetz (ausdrücklich ausgeschlossen in § 22 des derzeit gültigen Krankenpflegegesetzes vom 16.7.2003) noch das Schulrecht der Länder sind gültig für die Pflegeausbildung. Die spezielle Lehrerbildung verstärkt die einseitige Sozialisation: Die weitergebildeten „Lehrer für Pflegeberufe“ und die an Fachhochschulen ausgebildeten „Diplom-Pflegepädagogen“ haben als Ausgangspunkt eine Pflegeausbildung und einige Jahre Berufspraxis. Mit dem Studium der Pflegepädagogik, sehr häufig an Fachhochschulen für Sozialwesen in kirchlicher Trägerschaft angesiedelt, verbleiben sie im abgeschotteten System der Pflege ohne Berührungspunkte mit den jeweils aktuellen berufspädagogischen Diskussionen.

Pflege wird in der berufssoziologischen Sichtweise als Semi-Profession beschrieben. (vgl. Weidner 2004; Hohm 2001) Unstrittig ist, daß der Beruf dabei ist, sich eine eigene, wissenschaftlich begründete Wissensbasis aufzubauen. So nimmt das Krankenpflegegesetz von 2003 in § 3 Ausbildungsziel ausdrücklich Bezug auf „pflgewissenschaftliche Erkenntnisse“, die in der Ausbildung zu vermitteln sind.¹

Der Betrieb Krankenhaus gilt als veränderungsresistent und hierarchielastig. Erst unter dem gegenwärtigen finanziellen Druck wird es möglich, traditionelle Strukturen aufzubrechen und neue Arbeitsabläufe zu erproben. Immer noch gilt, daß das Krankenhaus vom Betriebsablauf arztorientiert ist. Maßgebend ist der Chefarzt für seine Abteilung. Das bedeutet, daß im Krankenhaus je nach Chefarzt jede Abteilung anders organisiert und anders geführt ist. Medizin und Pflege sind von der Sache her miteinander verzahnt, wobei die Medizin die Führungsrolle beansprucht. In derart erstarrten Strukturen ist für eine eigenständige Pflege kaum Platz, was in der Praxis zu vielfältigen Konflikten im Arbeitsablauf und im zwischenmenschlichen Bereich führt. Gerade in Krankenhäusern, in denen die obere pflegerische Leitungsebene schwach und das Versorgungsmanagement nur unzureichend ausgebildet ist, können Konflikte eskalieren.

Auch Führung erwies sich erwartungsgemäß als vielschichtig. Führungshandeln spielt sich immer in mehreren Systemen ab, die Auswirkungen auf das Führungshandeln haben:

- Das professionelle System betrifft berufliches Können, berufliches Selbstverständnis, Sachanforderungen, Fachwissen und Expertentum.
- Das Organisationssystem betrifft zum Beispiel Aufbau- und Ablauforganisation, Hierarchien, Ordnungen, Strukturen, rechtliche Rahmenbedingungen und Satzungen.
- Das Beziehungssystem schließlich betrifft die zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz, Sympathie, Antipathie, Abhängigkeiten, Arbeitsklima und nicht zuletzt die im Betrieb herrschende Konfliktkultur.

¹ Wie Pflegewissenschaft in den Lehrplänen der Pflegeausbildung verankert ist, untersuchen Bögemann-Großheim et. al. in *Pflege & Gesellschaft*, Heft 4, 2009. Welche Schwierigkeiten bei der Implementierung von pflgewissenschaftlichen Erkenntnissen in die Pflegepraxis zu überwinden sind, beschreiben Schubert und Wrobel in *PR-Internet*, Heft 6, 2009.

Die spezielle Problematik der Führung in der mittleren Ebene ist darin begründet, daß sie sowohl Vorgesetzte der Mitarbeiter im Pfllegeteam einer Station, als auch Mitarbeiter im Team sind. Diese spezielle Problematik wird als Sandwich-Position beschrieben und bringt für die betroffenen Stationsleitungen ein hohes Belastungspotential mit sich.

Die Stationsleitung ist hierarchisch in der mittleren Führungsebene im Pflegedienst angesiedelt. In dieser Position ist sie der Pflegedienstleistung unterstellt, den Mitarbeitern der Station übergeordnet, nimmt von den Ärzten fachliche Aufträge entgegen und ist das Bindeglied zu den Patienten und ihren Angehörigen. Als Krankenschwester haben sie die Krankenpflegeschule durchlaufen und sind nach einigen Jahren Berufspraxis in die Leitungsposition aufgestiegen. In der Regel haben sie eine Weiterbildung im Umfang von etwa 500 Stunden absolviert.

10.1 Schritt zur Stationsleitung

Hier setzt die erste Forschungsfrage an: Liegt dem beruflichen Aufstieg eine persönliche Karriereplanung zugrunde? Nach der Untersuchung kann zum Zeitpunkt der Leitungsübernahme von einer bewußten Karriereplanung keine Rede sein.

Die Befragten haben den Wechsel in die Leitungsposition nicht im Sinne einer Laufbahnplanung angestrebt, sondern sind eher zufällig von der Pflegedienstleitung „berufen“ worden. Welche Auswahlkriterien für diese „Berufung“ letztendlich ausschlaggebend sind, ist eine weitere Frage, deren Beantwortung noch offen ist. Eine mögliche Annahme ist, daß eine gut qualifizierte Schwester auch die zusätzlichen Leitungsaufgaben gut und souverän bewältigen kann. Weitere Einflußfaktoren können sein die Dauer der Betriebszugehörigkeit, die Akzeptanz bei den Kollegen und (Chef-)Ärzten, informelle Beziehungen im Rahmen der gegebenen Strukturen, evt. auch die Geschlechtszugehörigkeit.

Aus der Bearbeitung der Frage „Liegt dem beruflichen Aufstieg eine persönliche Karriereplanung zugrunde?“ entwickeln sich weitere Fragestellungen: Die befragten Schwestern haben sich nicht aktiv um die Leitungsposition bemüht. Im Kontrast dazu steht, daß sie sich die Position durchaus zutrauen. Warum haben sich die Schwestern, im Gegensatz zu den befragten Pflegern, nicht von sich aus um die Leitungsposition beworben? Die Ursachen können hier nur vermutet werden: hat die Sozialisation zur Schwester mit der mehrfach beschriebenen Ausrichtung des pflegerischen Denkens auf den Patienten sie gehindert, von sich aus aktiv eine Position anzustreben, die andere Schwerpunkte hat? Ist die beschriebene Tradition des Dienens in der Pflege ein

Hinderungsgrund? Sind Gender-Gründe ausschlaggebend? Die Auswertung der Interviews ergab ein differenziertes Bild:

Zwar beklagten die Befragten die subjektiv empfundene schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie generell. Andere wiesen die Vermutung, als Frau beim beruflichen Aufstieg benachteiligt zu werden, weit von sich. Ein weiterer Teil sah Frauen im Vorteil in bezug auf das Erreichen von Führungspositionen im Pflegedienst.

Eine weitere noch zu überprüfende Vermutung ist, daß die Position als Stationsleitung hinsichtlich Verantwortung, Ansehen, erwarteter Mehrarbeit und dem nur geringeren Mehrverdienst als unattraktiv eingeschätzt wird.

10.1.1 Überlegungen zum weiteren Berufsweg

Weiter interessant ist, daß es im Verlaufe des Prozesses der Übernahme der Leitungsrolle zu einer Veränderung im Denken auch hinsichtlich der beruflichen Karriereplanung kommt. Den befragten Schwestern/Pflegern ist – nicht zuletzt durch die absolvierte Weiterbildung - deutlich geworden, daß sich die pflegerischen Tätigkeitsfelder in den letzten Jahren erheblich erweitert haben. So haben sich neue Berufsfelder eröffnet, die die Befragten durchaus wahrnehmen und als Alternative zur Stationsleitung ansehen. Auch bei den Alternativen wird die Fokussierung auf den Patienten deutlich: bevorzugt werden Tätigkeiten, die eine hohe Pflegefachlichkeit erfordern und mit eigener Entscheidungsfreiheit einhergehen. Als derartige Berufsfelder werden z.B. Sachverständiger für Pflege, Case-Management oder eine Tätigkeit in der Gesundheitshotellerie genannt.

Dagegen erscheint ein weiterer hierarchischer Aufstieg in die Pflegedienstleitung wenig erstrebenswert. Hier kommen mehrere als negativ angesehene Faktoren zusammen: die Tätigkeit als Pflegedienstleitung wird als noch weiter entfernt vom Patienten wahrgenommen. Für Schwestern, die Pflege ausschließlich gleichsetzen mit unmittelbarer Arbeit am Patienten, bedeutet dies ein absolutes Ausschlußkriterium. Und zweitens wird die Pflegedienstleitung noch mehr in der als belastend erlebten Sandwich-Position zwischen Betrieb und Mitarbeitern gesehen. Weiter werden die Einflußmöglichkeiten der Pflegedienstleitung im Betrieb Krankenhaus eher gering eingeschätzt.

Daß die PDL „nicht leitet“, einen „Bremsklotz“ in der Organisation darstellt und in der PDL „ein strukturelles Problem“ gesehen wird, sind Einzelauffassungen, die in der Befragung geäußert

werden. Sie sind allerdings ernst zu nehmen, weil die betreffenden Personen offensichtlich einen professionellen Blick auf die Krankenhausstrukturen haben und bestätigen, was die Wissenschaft längst weiß: Das Problem der PDL ist vielmehr das Problem fehlender Eliten in der Pflegewissenschaft (Robert-Bosch-Stiftung 1992). Auch die PDL sind sozialisierte Schwestern/Pfleger, viele noch ohne akademische Ausbildung, die nur schwer den Platz in der Organisationsstruktur zwischen akademisierten Juristen/Betriebswirtschaftlern und akademisierten Ärzten ausfüllen können. Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland ist im europäischen und amerikanischen Ausland die Akademisierung der Pflege längst üblich. Auch in der DDR war ein hoher Standard an Akademisierung der Pflege erreicht. Im deutschen Gesundheitswesen dagegen reift erst allmählich die Erkenntnis heran, daß die gestiegenen Anforderungen an die berufliche Pflege zumindest eine Teilakademisierung erfordern. Nicht die „mittleren Führungsfunktionen“ scheinen das primäre Problem in der Krankenhaushierarchie zu sein, sondern die nicht erfolgte Professionalisierung von Pflege, die jetzt länger als 100 Jahre überfällig ist.

Hier wird ein Problem offenkundig, das Krankenhaus und Pflege gleichermaßen betrifft: das Krankenhaus benötigt qualifizierte Führungskräfte in den Leitungspositionen der Pflege. Der Beruf Pflege muß daran interessiert sein, daß kompetente Persönlichkeiten diese Leitungspositionen ausfüllen. Nach der vorliegenden Untersuchung werden die Leitungspositionen als nicht erstrebenswert angesehen. Hier droht ein erheblicher Qualitätsverlust. In diesem Zusammenhang erscheint es diskussionswürdig, das Führungspersonal der Pflege zukünftig in einem grundständigen Studium der Pflege außerhalb des traditionellen Ausbildungssystems zu rekrutieren.² Denn Pflegefachkräfte, die ihre Ausbildung an einer Hochschule absolviert und einen akademischen Grad erworben haben, entwickeln (wahrscheinlich) andere Denkweisen, Werte und Normen. Es wird interessant sein zu verfolgen, ob mit solchen Studiengängen ein Aufbruch in der Pflege und mehr öffentliche Anerkennung für die Pflege einhergehen.

Mit dem Aufstieg in der beruflichen Hierarchie tritt die Beruflichkeit in eine neue Phase. Zum vertrauten Bild „Pflege“ tritt als zusätzliche Aufgabe der Bereich „Führung“. Dies zwingt die betroffenen Führungskräfte zu einer Neubestimmung ihrer beruflichen Inhalte und

² An der zum 1.11.2009 gegründeten Hochschule für Gesundheit in Bochum soll zum WS 10/11 ein erster grundständiger Studiengang „Pflege“ eingerichtet werden.

Interessenslagen. Die qualitative Untersuchung zielt darauf ab, den Prozeß der Umorientierung aus der Sicht der Betroffenen erfahrbar zu machen.

Die erfahrene Sozialisation zur Schwester ist geprägt durch die Sorge um den Patienten, der berufliche Blick ist stark auf die unmittelbaren Bedürfnisse des Patienten gerichtet. Nicht überraschend wird in der Befragung als Begründung für die Berufswahl das Motiv „helfen wollen“ am häufigsten genannt. Die berufliche Sinnfindung wird im Wohl des Patienten gesehen. Die Zufriedenheit des Patienten setzt den Maßstab für die pflegerische Leistung.

10.2 Erleben der Leitungstätigkeit

Mit der Übernahme der Leitungsfunktion verändern sich die Maßstäbe. Das Tätigkeitsprofil einer Stationsleitung verlangt eine erweiterte Sicht: jetzt wird nicht mehr nur die Organisation der eigenen Pflegetätigkeit erwartet, sondern der gesamte Arbeitsanfall bei einer Vielzahl von Patienten ist zu gestalten. Die Verantwortung wird größer. Die befragten Pflegefachkräfte trauen sich diese Aufgaben durchaus zu. Ihr Bild von Führung beschreiben sie mit Fähigkeiten wie Arbeitsabläufe organisieren, Überblick behalten, Ideen umsetzen und Entscheidungen treffen. Auch ist ihnen bewußt, daß Führen mehr ist als den Ablauf zu organisieren. Mitarbeiterpflege hat bei ihnen einen hohen Stellenwert.

Die Stationsleitungen kommen ganz schnell in einen Zielkonflikt zwischen ihrem Selbstbild als Pflegende und ihren von der direkten Pflege wegführenden Leitungsaufgaben (1.Hypothese). Sie sind von ihrem Selbstbild her Pflegende. Von daher ist es nicht verwunderlich wenn die Befragten angeben, daß die unmittelbare Pflege am Patienten einen hohen Stellenwert für sie hat und sie es zunächst als selbstverständlich ansehen, in der Pflege dabei zu sein. Diese Haltung wird ebenso von den Kollegen erwartet. Die zusätzlich übernommenen Leitungsaufgaben werden irgendwie mit erledigt. Es fällt ihnen schwer, Freiräume für die Leitungstätigkeit gegenüber der Pflegedienstleitung und gegenüber den Mitarbeitern der Station einzufordern und sich selbst zuzugestehen. Das geht soweit, daß Leitungsaufgaben, wie z.B. die Dienstplanung, in der Freizeit zu Hause erledigt werden.

Hier wird ein Bildungsbedarf deutlich: die Leitungen müssen befähigt werden, sich abzugrenzen von den ehemaligen Kollegen. Sie müssen ebenso befähigt werden, Aufgaben zu delegieren und nicht zuletzt müssen sie darin gestärkt werden, Zeitfenster für ihre administrativen Aufgaben zu fordern und auch wahrzunehmen.

Ein kontrovers diskutiertes Thema für die mittlere Führungsebene generell ist das Verhältnis von beruflicher Fachlichkeit und Führungsfachlichkeit. Es überrascht nicht, daß angesichts der beruflichen Sozialisation, der Pflegefachlichkeit von den Befragten eine hohe Bedeutung beigemessen wird. Die Befragten vermuten nicht zu Unrecht, daß die Mitarbeiter Fachlichkeit von ihnen erwarten. Dieses generelle Bild weist aber Schattierungen auf: je größer die Station ist bezogen auf Bettenzahl und Mitarbeiterzahl, desto höher werden die Führungsfähigkeiten gewichtet. Als Basis, um als Stationsleitung von den Mitarbeitern anerkannt zu werden, bleiben nach Meinung der Befragten fundierte Fachkenntnisse jedoch unerlässlich.

Das spiegelt sich wider bei den Angaben über die Inhalte der eigenen Fortbildung. Die meisten geben an, sowohl pflegefachliche als auch leitungsbezogenen Fortbildungen zu tätigen. Je länger jedoch die Leitungstätigkeit andauert und je größer die zu leitende Station ist, desto mehr Bedeutung wird den Führungsthemen beigemessen.

Zu den Herausforderungen einer Führungstätigkeit gehört, daß ständig zwischen verschiedenen Positionen zu vermitteln ist. Gerade in einer hochkomplexen, arbeitsteiligen Expertenorganisation wie dem Krankenhaus ist es Führungsaufgabe, sich mit anderen Akteuren über Regeln der Zusammenarbeit zu verständigen und gemeinsam geteilte strukturelle Grundlagen verbindlich herzustellen. Heruntergebrochen auf die Stationsebene bedeutet das für die Stationsleitung, daß im Rahmen der von der Krankenhausleitung vorgegebenen Struktur mit den Kollegen, Ärzten und anderen auf der Station arbeitenden Berufsgruppen Regeln der Zusammenarbeit entwickelt, durchgesetzt, aber auch ständig modifiziert werden müssen. Derartige Prozesse gehen nicht ohne Konflikte vonstatten und eine erfolgreiche Bearbeitung erfordert eine ausgereifte Konfliktkultur.

Alle Befragten geben an, mit Schwierigkeiten und Konflikten kämpfen zu müssen. Konflikte mit den Mitarbeitern werden häufig angeführt. Besonders neu installierte Leitungen aus dem gleichen Team müssen sich ihre Position erst einmal sichern, bevor sie die Station effektiv führen können. Der „Aufstieg“ innerhalb der eigenen Station ist rollenverwischend und äußerst konfliktträchtig. Über diesen gruppendynamisch zu erklärenden Vorgang berichten einige Probanden.³

Angesichts des offenen und undefinierten Aufgabenprofils des Berufs „Pflege“ nimmt es nicht wunder, daß innerhalb der Pflegenden häufig verschiedene Auffassungen über die „richtige“

³ 13 der 18 Probanden sind auf ihrer alten Station in die Leitung aufgestiegen.

Pflege anzutreffen sind. Auch unterschiedliche pflegeberufliche Denkstile existieren nebeneinander und müssen miteinander in Kooperation gebracht werden.

Unterschiedliches berufliches Engagement innerhalb des Teams wird als konfliktbehaftet angegeben. Was als Bequemlichkeit, Interesselosigkeit oder auch Banalität bezeichnet wird, kann seinen Ursprung in unterschiedlichen Berufs- und Pflegeauffassungen haben. Die Mitarbeiter fühlen sich häufig ausgebrannt. Äußere Faktoren wie die ständigen Veränderungen in der Pflegeorganisation, deren Sinn auf Mitarbeiterebene nicht verstanden wird, und die oft als unsinnig empfundenen Anforderungen des Qualitätsmanagements stumpfen ab. Ungewißheit des Arbeitsplatzes kann angesichts der ständigen Diskussion über Bettenabbau als bedrohlich empfunden werden. Viele Schwestern leben zudem in der Doppelrolle Berufstätigkeit und Mutter/Ehefrau. Manche wollen einfach nur ihre Arbeit tun und ansonsten in Ruhe gelassen werden.

Der häufig anzutreffende hohe Anteil von Mitarbeitern mit einer Teilzeitbeschäftigung erhöht den Kommunikationsbedarf. Von den Stationsleitungen nicht beeinflussbare strukturelle Probleme wie unterschiedliche Besoldungssysteme, befristete Arbeitsverträge oder aus Sparzwängen des Krankenhauses zeitweilig nicht besetzte Stellen führen zu Frust und erhöhen die Konflikthäufigkeit. Diese Rahmenbedingungen drohen die Stationsleitungen zu zermürben. Alle Stationsleitungen beschreiben ihre Stellung als „Sandwich-Position“. Sie fühlen sich überfordert mit den ihnen zugewiesenen Aufgaben, trotz knappster Ressourcen die Pflege zu sichern, zwischen Mitarbeiterwünschen und betrieblichen Anforderungen zu vermitteln und bei Unstimmigkeiten innerhalb des Teams zu glätten.

Um derart komplexe Aufgaben bewältigen zu können, benötigen Stationsleitungen die Unterstützung ihrer Vorgesetzten. Diese Unterstützung vermissen viele Stationsleitungen. Nach der Untersuchung in Literatur und Befragung vernachlässigen Pflegedienstleitungen häufig diesen wichtigen Teil ihres Aufgabenfeldes. Nur in einem Interview wird die Unterstützung durch Coaching erwähnt. Ebenso wird nur in einem Interview von entgegengebrachter Wertschätzung von Seiten der Pflegedienstleitung berichtet.

Von Seiten der Mitarbeiter wird die Position Stationsleitung offensichtlich keinesfalls in Frage gestellt. Auf die Frage, wie eine Stationsleitung vermutlich von den Mitarbeitern gesehen wird, berichten alle, daß sie innerberuflich hohes Ansehen und Respekt vor ihrer umfangreichen

Tätigkeit erfahren. Das ist ein interessantes Resultat, das nur scheinbar im Widerspruch zu den von den meisten Stationsleitungen berichteten mannigfachen Konflikten mit den Kollegen steht. Dieses Ergebnis spricht dafür, daß die Stationsschwester als Position innerberuflich bei den Pflegenden tradiert ist und nicht in Frage gestellt wird.

Weiter läßt es sich als Indiz dafür deuten, daß manche Konflikte struktureller Natur sind. Sie können auf Stationsebene nicht gelöst, sondern höchstens durch geschicktes Konfliktmanagement ertragbar gemacht werden. Diese Vermutung korrespondiert mit den Angaben der Stationsleitungen, die nur wenig über Konflikte mit den Mitarbeitern berichten: sie geben an, einen Führungsstil mit einem hohen Kommunikationsanteil zu praktizieren.

10.2.1 Stationsleitung und ärztlicher Dienst

Das Verhältnis zwischen dem medizinischen Dienst und dem Pflegedienst ist ein zentraler Punkt im Krankenhaus. Betrachtet man die Frauenrolle in der Pflege des 19. Jahrhunderts, spricht die „Verweiblichung der Pflege“ (Bischoff 1992), wird die Krankenpflegerin als persönliche Gehilfin des Arztes betrachtet. Für die Ausführung von Verordnungen braucht der Arzt eine zuverlässige, disziplinierte, ausgebildete und gebildete Helferin. Sie soll seine Kompetenzen nicht in Frage stellen, sich ihm willig unterordnen, ergeben und gehorsam seine Anweisungen ausführen. Die Schwester sollte im Vertrauensverhältnis zum Arzt stehen. Sie ist ihm informationspflichtig, aber der Arzt ist ihr nicht informationspflichtig. Die Schwester hat eine Vermittlungsfunktion zwischen Arzt und Patienten, wie eine gutbürgerliche Frau des 19. Jahrhunderts zwischen Mann und Kindern, und sie muß immer auf Seiten des Arztes stehen. Die Arbeit der Krankenschwestern und die Arbeitsabläufe der Krankenpflege wurden um die Arbeit der Mediziner und um die Bedürfnisse des Patienten herum organisiert. Im Verhältnis Arzt - Krankenschwester finden sich alle Merkmale und Prinzipien der traditionellen Frauenarbeit wieder wie: Sie ist Ergänzung, arbeitet zu, wahrt die Interessen des vorarbeitenden Mannes, ist ihm untergeordnet, vermittelt, ist keine Konkurrenz für ihn und ihre Arbeit bleibt im Hintergrund. Sie leistet ganzheitliche und emotionale Arbeit, ohne die seine Arbeit nicht möglich wäre und die ihn entlastet. Ihre Arbeit erscheint unwichtig gegenüber der Arbeit des Arztes und sie darf aus ihrer Arbeit nie Ansprüche ableiten. Die Arbeit der Krankenschwester unterscheidet sich kaum von der eines Dienstmädchens (vgl. Bischoff 1992, S. 95ff.). Von der Ausbildung und der

Tradition her sehen sich die Mediziner als vorrangig und begreifen Pflege als ihnen zuarbeitende, abhängige Tätigkeit. Die zunehmende Professionalisierung und Akademisierung erleben sie durchaus als Bedrohung ihrer beanspruchten vorrangigen Stellung. Paradox ist, daß Mediziner ohne weiteres angeben, daß sie ohne erfahrene Schwestern auf Station verloren sind und daß Schwestern in einigen Detailfragen über ein umfangreicheres Fachwissen verfügen als sie selbst. Trotzdem beharren sie darauf, in allen medizinisch-pflegerischen Fragen die alleinige Entscheidungskompetenz zu haben.

Erschwerend kommt hinzu, daß Medizin und Pflege ein unterschiedliches Bild vom Patienten entwickelt haben. Von der überwiegend naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin wird der Patient eher als Objekt begriffen, und Medizin verfügt über das Expertentum zur Heilung respektive Linderung seiner Krankheit. Die eher sozialwissenschaftlich geprägte Sichtweise der Pflege sieht im Patienten viel eher ein Subjekt, dessen Ressourcen es zur Pflege zu erfassen gilt. Ob diese Sichtweise in dem durch die DRGs geprägten Arbeitsabläufen im Wirtschaftsbetrieb Krankenhaus noch Bestand haben kann ist unsicher. Wie Pflegende betroffen sind, wird in einem Interview ganz deutlich ausgedrückt, wenn die Stationsleitung gegen die empfundene Unterordnung des Patienten unter medizinische Ablaufzwänge ankämpft: „Wir sind hier doch in einem christlichen Krankenhaus!“

Vor allen Dingen auf Stationen mit hoher Kontakthäufigkeit von Arzt und Schwester kommt es daher fast zwangsläufig zu Konflikten, wenn die Arbeitsabläufe in Medizin und Pflege nicht klar strukturiert sind und keine gemeinsam geteilte Auffassung über die medizinisch-pflegerische Versorgung der kranken Menschen besteht. Klare Strukturen vorzugeben und gemeinsame Leitlinien über die Behandlung der Patienten zu entwickeln, ist Sache des Krankenhausmanagements. Wenn diese Aufgabe wahrgenommen wird und sich die Pflegenden von den Medizinern in ihrer Arbeit ernst genommen fühlen, läuft die Zusammenarbeit problemlos. Über diese Erfahrung wird in den Interviews ebenfalls berichtet und die Zusammenarbeit mit den Ärzten als nur wenig konfliktbehaftet angegeben.

Interessant ist, wie von Seiten der Ärzte die Stationschwester gesehen wird. Die Position Stationsleitung verleiht ihren Trägern offensichtlich einen Autoritätsgewinn bei den Ärzten. So berichten im Interview einige Stationschwestern von ihrer Erfahrung, in ihrer Leitungsfunktion

von den Ärzten erheblich mehr in Entscheidungen einbezogen zu werden. Sie erfahren, daß ihre Stimme Gewicht hat bei anstehenden Abstimmungsprozessen zwischen den Berufsgruppen.

10.3 Veränderte Sichtweise auf die Pflege

Das Ausüben der Leitung führt zu einer veränderten Sichtweise auf die Aufgaben der Pflege und zu den Mitarbeitern. Der berufliche Blick geht über die Versorgung des einzelnen Patienten hinaus auf die Gesamtleistung des Teams.

Die Stationsleitungen spüren, daß ihr Aufgabenspektrum größer und anders geworden ist. Sie spüren die Verantwortung für das Ganze, sie blicken jetzt „von oben“ auf die Arbeitsabläufe. Einerseits erleben sie diese Erweiterung als Gewinn für sich. Sie gewinnen Einblicke in Zusammenhänge, wie Abrechnungsmodalitäten, die ihnen manches bisher nicht recht verstandenes Handeln plausibel macht. Sie erhalten mehr Informationen und (teilweise) mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten eingeräumt. Sie realisieren, daß zu ihren Leitungsaufgaben die Personalführung gehört. Diese Aufgabe umfaßt sowohl die Motivation der Mitarbeiter als auch die Kontrolle ihrer Tätigkeiten. Die Leitungsfunktion ist mit Macht ausgestattet. Der Umgang mit Macht verursacht Unbehagen und wird in den Interviews nur zögernd angesprochen. Von Macht wird aber unreflektiert Gebrauch gemacht, wenn die Befragten über Konflikte mit den Mitarbeitern berichten. Auch fühlen sie sich Machtpraktiken von Seiten der Ärzte ausgesetzt. Hier zeichnet sich ein weiterer Bildungsbedarf ab: Umgang mit Macht, Erkennen von Machtpraktiken und Widerstand gegen ungerechtfertigte Machtausübung.

Andererseits befürchten die interviewten Stationsleitungen, den „Basisblick“ zu verlieren. Als Paradigmen der bisherigen beruflichen Sozialisation wurden verinnerlicht: „Wir sind alle gleich“ und „Wir kümmern uns um alles“. Es löst Erschrecken aus, wenn diese Paradigmen ihre Gültigkeit verlieren. Sie bemerken, daß sich mit der Übernahme der Leitungstätigkeit ihr Platz im Team verändert: sie sind Vorgesetzte der Mitarbeiter. Und indem sie die Verantwortung für das gesamte Arbeitsergebnis der Station haben, ergibt sich daraus ein eigenes, spezielles Aufgabenfeld. Das ist das Erleben der Probanden. Sie spüren ein Stück weit „die Einsamkeit des Vorgesetzten“.

Das Ausfüllen dieser wahrgenommenen Leitungsaufgaben wird ihnen aber von den Rahmenbedingungen erschwert. Freiraum zu geben für die Erledigung der Leitungsaufgaben ist in vielen Krankenhäusern noch lange nicht selbstverständlich. Erst allmählich werden Veränderungen in der Struktur sichtbar: den Stationsleitungen wird eine bestimmte Zeit für die Erledigung der administrativen Aufgaben eingeräumt, in denen sie nicht für die Patientenversorgung eingeplant sind. Die Notwendigkeit ist den Mitarbeitern auf der Station schwer zu vermitteln. Wie schwierig die Akzeptanz dieser organisatorischen „Freistellung“ ist, wird an der Bezeichnung deutlich: im allgemeinen Krankenhausjargon werden diese Zeiten als „Bürotage“ bezeichnet. Richtigerweise müßten sie als „Leitungstage“ deklariert werden.

Die Ambivalenzen, die mit der Leitungstätigkeit in der mittleren Führungsebene verbunden sind, werden von den Teilnehmern deutlich artikuliert. Sie spüren die hohen, zum Teil widersprüchlichen Anforderungen und erleben in ihrem Alltag, wie sie sich von der „eigentlichen“ Pflege entfernen. Gleichzeitig erfahren sie die Begrenzungen und Behinderungen ihrer Arbeit durch mangelnde Mitsprachemöglichkeiten und fehlende Unterstützung. So ist es nicht überraschend, wenn viele ihre Leitungstätigkeit kritisch sehen.

Ausdruck davon ist, daß nur die Hälfte der Probanden eine Leitungsposition noch einmal übernehmen würde.

10.4 Berufliches Selbstverständnis

Mit der Übernahme der Leitungstätigkeit erweitert sich das Aufgabenspektrum und verändern sich die beruflichen Sichtweisen von Pflege. Die abschließende Frage ist, ob sich das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden in der Position Stationsleitung ebenfalls verändert?

Analog zu den Vorgaben des Krankenpflegegesetzes von 2003 (Anlage 1 zu §1,1 KrPflAPrV) soll das berufliche Selbstverständnis davon abgeleitet werden, wie die Probanden

- die Stationsleitung im Spektrum des Pflegeberufes positionieren,
- sich kritisch mit dem Beruf auseinandersetzen,
- zur eigenen Gesundheitsvorsorge beitragen.

Eine Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses ist als ein lang andauernder Prozeß anzusehen: auf die bewußt provokante Frage, ob sie sich eher als Manager oder als Schwester

ansehen, geben vier der Befragten an, daß sich ihr Selbstverständnis gewandelt hat: sie identifizieren sich nicht mehr absolut mit dem Bild der Schwester am Krankenbett, sondern sie sehen sich jetzt als Manager in der Pflege. Eine Entwicklung, die die Befragten selber überrascht und zum Teil erschreckt. Charakteristisch dafür steht die Aussage einer Stationsleitung, die mit leisem Bedauern feststellt: „Jetzt fühle ich mich als Manager, was ich nie wollte“.

Wie stark die erfahrene Sozialisation die Wahrnehmung beeinflusst, wird aus den Aussagen der Befragten deutlich, die unentschieden hin und her schwanken, wo und wie sie ihre Schwerpunkte setzen wollen. Sie wissen vom Kopf her, daß sie Manager/innen sind, weil die Organisation im Vordergrund steht und weil sie viele Arbeiten erledigen müssen, die über die unmittelbare Pflege weit hinausgehen. Trotzdem geben diese Stationsleitungen an, vom Herz und vom Gefühl her Schwestern/Pfleger geblieben zu sein. Mit dieser Beschreibung „mit Herz und Gefühl“ wird die erfahrene Sozialisation treffend charakterisiert. Ganz offensichtlich erschwert die im Verlauf der beruflichen Sozialisation gewonnene Identität als Schwester mit direktem Kontakt zum Patienten als zentralem Bestandteil der Berufsrolle die Übernahme einer Position, die ihren Schwerpunkt außerhalb der „eigentlichen“ Pflege hat.

Auch der Einfluß der vorgegebenen Rahmenbedingungen auf das Selbstverständnis wird deutlich. Die befragten Stationsleitungen, die sich nach wie vor als Schwester/Pfleger fühlen, beschreiben ihre Tätigkeit so, daß sie normalen Dienst machen und entsprechend die Leitungstätigkeit nur nebenher erledigen können. In diesen Fällen ist es nicht verwunderlich, daß diese Stationsleitungen keine Änderung ihres beruflichen Selbstverständnisses angeben.

Diese Unsicherheit im beruflichen Selbstverständnis als Stationsleitung (und als Krankenschwester!) wird auch deutlich bei der vermuteten Einschätzung in der öffentlichen Wahrnehmung. Das Bild, das die Befragten haben, ist sehr different. Fast die Hälfte meint, daß eine Stationsleitung in der Öffentlichkeit gar keine Präsenz hat. Sie vermuten, daß außerhalb des Krankenhauses keiner weiß, welche Aufgaben eine Stationsleitung zu erfüllen hat. Befürchtungen werden geäußert, eine Stationsleitung werde mit dem alten „Oberschwester-Image“ etikettiert. Fernsehsoaps wie „Schwester Stephanie“ oder „Schwarzwaldklinik“ werden für das realitätsferne Bild einer Stationsschwester verantwortlich gemacht.

Auf der anderen Seite des Meinungsspektrums stehen Äußerungen, in denen von einem positiven Image der Stationsschwester ausgegangen wird.

Die Stationsschwester machen sich selbst klein, wenn sie vermuten, daß über ihren Beruf und ihre Position in der Öffentlichkeit meist geringschätzig gedacht wird⁴. Die erlebten Erfahrungen in der medialen Berichterstattung und Unterhaltung, in der anhaltenden innerberuflichen Diskussion über die Rückständigkeit der deutschen Pflege im internationalen Vergleich und die als unzureichend empfundenen strukturellen Rahmenbedingung sind wohl ursächlich für diese Selbsteinschätzung.

Zudem kann eine Stationsschwester nicht oder kaum auf Statussymbole zurückgreifen, die ihren „Wert“ nach außen deutlich machen.⁵ Eine Position, die sich nicht öffentlich macht, kann auch öffentlich nicht wahrgenommen werden. Von den Führungskräften eines Berufes kann erwartet werden, daß sich das berufliche Selbstverständnis in einem berufspolitischen Interesse niederschlägt. Das ist in der Pflege eindeutig nicht der Fall. Zwar wird das Anliegen der Berufsverbände, sich für eine größere berufliche Autonomie des Pflegeberufes einzusetzen, als wichtig angesehen. Auch werden Berufsverbände als wichtige berufspolitische Interessenvertretung wahrgenommen. Trotz der als bedeutsam erachteten Ziele erfolgt aber kein Engagement in einem Berufsverband. Als Begründung werden persönliches Desinteresse und Zeitprobleme angegeben.

Hier wird ein Problem deutlich, das weit über die vorliegende Arbeit hinausgeht. Die Befragten bejahen die Wichtigkeit einer berufspolitischen Vertretung. Sie teilen die Zielsetzung, der Pflege mehr Autonomie zu erkämpfen. Trotzdem engagieren sie sich nicht in einem Berufsverband. Über die Ursachen dieser Diskrepanz zwischen erkannter Notwendigkeit und realem Tun können hier nur Mutmaßungen angestellt werden. Liegt es an einer unzureichenden Selbstdarstellung der Verbände? Ein auch in der Befragung angeführtes Argument gegen ein Engagement ist der Hinweis auf die Vielzahl miteinander konkurrierender Verbände (vgl. Abschnitt 1.2.5).

⁴ Diese Vermutung steht im krassen Gegensatz zum Befund in der „Bürgerbefragung öffentlicher Dienst 2009“, in der nach dem Ansehen einzelner Berufe gefragt wird. Die Krankenschwester steht nach den Feuerwehrleuten an zweiter Stelle in der Ansehensskala, der Arzt folgt erst an der vierten Stelle!

⁵ Derartige Statussymbole sind z.B. ein eigenes Büro oder spezielle Dienstkleidung.

Pflege ist ein überwiegend von Frauen ausgeübter Beruf. Frauen interessieren sich in aller Regel weniger für Politik als Männer (vgl. Gores / Rupperts-Fürstos 2009, S. 286 ff). Kann das geringe berufspolitische Engagement als ein weiteres Indiz für diese Beobachtung gewertet werden?

Die Befragten äußern Desinteresse an berufspolitischer Fragestellung. Ist das eine Folge der beruflichen Einstellung, den Patienten im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns zu sehen, die Rahmenbedingungen für die Pflege aber nicht zu beachten? Daran schließt sich eine letzte Überlegung an: Ist in der Aus- und Weiterbildung (alle Befragten haben einen Weiterlehrgang zur Stationsleitung absolviert) das Thema des beruflichen Selbstverständnisses und als Teil davon der berufspolitischen Vertretung ausreichend bearbeitet worden? Sind die Lehrkräfte in der Aus- und Weiterbildung genügend qualifiziert, um sich kritisch mit dem Bereich „Pflege und Gesellschaft“ auseinanderzusetzen?

Für diese Befragung bleibt festzuhalten: Berufspolitische Themen haben für die Befragten augenscheinlich keine besondere Bedeutung. Eine persönliche, kritische Auseinandersetzung mit dem Komplex „Pflege als Beruf“ wird nur ansatzweise geführt.

Das berufliche Selbstverständnis umfaßt auch Überlegungen, welchen Stellenwert der Beruf gegenüber anderen Lebensbereichen, etwa der Familie, einnimmt. Abgesehen von einigen Differenzierungen sind alle Befragten geschlossen der Auffassung, daß ihnen ihre berufliche Tätigkeit in der Pflege sehr wichtig ist. Obwohl teilweise mit ihrer derzeitigen Situation unzufrieden, will keine der Befragten die Pflege verlassen. Gleichzeitig betonen aber die meisten, daß ihr Privatleben für sie ebenfalls einen hohen Stellenwert hat. Hier berichten die Befragten von einem Einstellungswandel, den die absolvierte Weiterbildung bei ihnen ausgelöst hat. Während sie vor der Weiterbildung das Bild der immer präsenten Schwester verinnerlicht hatten, wird diese berufliche Haltung jetzt kritisch reflektiert.

Auch die eigene Gesundheitsvorsorge wird beachtet: Im Sinne der „work-life-balance“ wird von den Interviewten Sorge getragen, daß die als wichtig erachteten Lebensbereiche in einem als befriedigend empfundenen Ausmaß zueinander stehen. Eine große Rolle spielt auch die Zufriedenheit mit den Bedingungen am Arbeitsplatz. Die interviewten Stationsleitungen möchten einen Arbeitsplatz, an dem sie ihre individuellen Stärken einbringen können.

10.5 Resümee

Als Problemfelder stellten sich bei der Untersuchung besonders zwei Bereiche dar: Als besonders problematisch für den Beruf ist das innerberufliche Verhältnis von Pflegedienstleitung und Stationsleitung anzusehen. Die Pflegedienstleitung wird kaum als Teil der Pflege angesehen. Viele geben im Interview an, daß sie keine Unterstützung durch die PDL erfahren. Daraus läßt sich schlußfolgern, daß der Verantwortungsbereich und das Tätigkeitsfeld der PDL für die Stationsleitungen nicht transparent erscheint. Besonders gravierend ist, daß die Leitungskräfte der mittleren Führungsebene für sich einen Aufstieg in die nächst höhere Hierarchiestufe des Pflegedienstes überwiegend ausschließen. Eine Rolle spielt dabei auch die Wahrnehmung, daß eine PDL sich ausschließlich mit administrativen Dingen beschäftigt und keinen direkten Patientenkontakt mehr hat. Dieser wird aber, wie bereits mehrfach festgestellt, als identitätsstiftend für Pflegende angesehen.

Die Befragten wollen als Stationsleitung organisieren und mitgestalten können, stoßen jedoch schnell an ihre Grenzen. Denn über die Organisation der anfallenden Arbeitsabläufe hinaus haben sie nur geringe Mitbestimmungsmöglichkeiten, da diese weitgehend von medizinischen und/oder administrativen Kriterien bestimmt werden. Als Stationsleitung ist es ihre Aufgabe, die anfallenden Arbeitsabläufe auf der Station zu organisieren. Folgerichtig beklagen die Befragten ihre fehlende Möglichkeiten bei Entscheidungen mitwirken zu können.

Für eine weitere wissenschaftliche Untersuchung wird interessant sein, herauszuarbeiten, weshalb viele Stationsleitungen nach einer beruflichen Veränderung mit mehr Entscheidungsfreiheit streben, aber nicht in der Hierarchie als Pflegedienstleitung aufsteigen wollen. „Pflege als Beruf“ und „Person und Beruf“ sind für den Personenkreis Stationsleitung als stimmig einzuschätzen. Auch wird es „Führung in der mittleren Ebene“ immer geben. Ob allerdings die Organisationsstruktur „Krankenhaus“ hier optimal ausgestaltet ist, ist zu hinterfragen. Kritisch ist auch der Status der Organisationseinheit „Pflegedienstleitung“ zu sehen.

Dieses strukturelle Dilemma erfordert vom Betrieb Krankenhaus personelle und organisatorische Maßnahmen. Organisatorisch dürfte es lohnend für die Krankenhäuser sein, zwischen den beteiligten Berufsgruppen die Organisation des Versorgungsmanagements neu auszutarieren. Ansätze dazu sind etwa die Anstellung von Servicekräften, um den Pflegedienst von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zu entlasten. So kann Zeit für notwendige, aber bislang erst

unzureichend wahrgenommene pflegerische Aufgaben wie Entlassungsmanagement, Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen gewonnen werden.

In der weiteren Diskussion steht auch, daß fachlich dazu qualifizierte Pflegekräfte bisher von Ärzten eher unzureichend wahrgenommene Aufgaben in der medizinischen Betreuung übernehmen, wie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen 2007 vorgeschlagen wurde.

Die Position Stationsleitung ermöglicht den Betroffenen einen erweiterten Blick auf die Arbeitsabläufe (und Kostenstrukturen) im Krankenhaus. Die eigene Arbeit wird mit dem betrieblichen Gesamtarbeitsprozeß verbunden und die Einzeltätigkeiten neu gewichtet in ihrer Bedeutung für den Gesamtprozeß der pflegerischen Versorgung. Alle Befragten geben dementsprechend eine veränderte Sichtweise auf die Pflegearbeit an.

Diese neuen Einsichten wirken zurück auf das berufliche Selbstverständnis der Probanden. Dieser Prozeß wird ganz unterschiedlich erlebt. Objektive, in der Struktur der Arbeitsbedingungen liegende Faktoren, wie etwa die Gewährung von Entscheidungsspielräumen, sind sicher von Bedeutung. Aber auch die jeweils subjektive individuelle Auseinandersetzung mit der erlebten Alltagsrealität beeinflusst das berufliche Selbstbild. Die Interpretation des Erlebten erfolgt in subjektiv unterschiedlicher, selektiver Wahrnehmung in Abhängigkeit von durch die bisherige Sozialisation herausgebildeten Relevanzkriterien. Die erfahrene Sozialisation zur Krankenschwester hat zweifellos Auswirkungen auf die Entwicklung eines Selbstbildes als Führungskraft in der Pflege. In den Antworten spiegelt sich eine Sandwich-Position im Erleben wider; es fällt schwer, eine eindeutige Entscheidung zu treffen, ob man sich als Schwester sieht, die auch Führungsaufgaben zu erledigen hat, oder als Führungskraft, die auch Pflegeleistungen ausübt. Die ambivalente Haltung wird auch bei anderen Fragen deutlich: bei der Themenauswahl für den eigenen Wissenserhalt wird deutlich, daß sowohl Pflegeleistungen, als auch Leitungsthemen als wichtig angesehen werden. Bei längerer Dauer der Führungstätigkeit verschiebt sich die Präferenz allerdings zugunsten der Leitungsthemen.

Die Sandwich-Position ist also nicht nur eine hierarchische Erfahrung, sondern spiegelt sich im inneren Erleben wider. Anspruch und Erwartung an das eigene berufliche Handeln in Übereinstimmung zu bringen und nach außen zu vertreten gelingt offensichtlich nicht im erforderlichen Ausmaß.

Diese innere Zerrissenheit kostet Kraft, die bei der Erledigung anderer Aufgaben fehlt.

Neben den überindividuellen Faktoren ist als individueller Faktor die persönliche Sinnfindung durch die ausgeübte Berufstätigkeit von Bedeutung. Nicht überraschend wird in der Befragung als Begründung für die Berufswahl das Motiv „helfen wollen“ am häufigsten genannt. Die persönliche Sinnfindung wird im Wohl des Patienten gesehen. Die Zufriedenheit des Patienten setzt den Maßstab für die pflegerische Leistung. Mit der Übernahme der Leitungsfunktion verändern sich die Maßstäbe. Das Tätigkeitsprofil einer Stationsleitung verlangt eine erweiterte Sicht: jetzt wird nicht mehr nur die Organisation der eigenen Pfl egetätigkeit erwartet, sondern der gesamte Arbeitsanfall bei einer Vielzahl von Patienten ist zu gestalten. Die Verantwortung wird größer. Die Mitarbeiter sind ihren Fähigkeiten entsprechend einzusetzen. Organisieren der Arbeitsprozesse, wirtschaftliches Denken und Mitarbeiterführung sind verlangt. Die Befragten stellen hohe Anforderungen an sich selbst: übereinstimmend ist ihnen Pflegefachlichkeit sehr wichtig. Sie erwarten, daß das auch von ihren Mitarbeitern so gesehen wird. Die meisten der Probanden äußern in ihrer Selbsteinschätzung, daß ihre persönlichen Fähigkeiten mit dem Profil einer Leitungsposition übereinstimmen. So wird der berufliche Aufstieg von den Befragten durchaus als Chance für ihre persönliche Weiterentwicklung gesehen. Sie nehmen zudem selbstkritisch wahr, wie sich die Sichtweise von Pflegearbeit bei ihnen verändert. Wie bei jeder Veränderung sind auch Verlusterlebnisse zu verarbeiten und Veränderungsprozesse zu gestalten. Die Führungsposition bringt Distanz zum Team mit sich. Auch die Zeiten unmittelbarer Nähe zum Patienten werden weniger. Die Verantwortung für das Ganze erfordert eine andere Zeiteinteilung und ein anderes Miteinander als bisher. Aus dem erweiterten Blickwinkel wird das Verständnis für manche, bislang eher als wenig sinnvoll eingestufte Regelungen, etwa des Qualitätsmanagements, größer. Die erfahrene berufliche Sozialisation erweist sich allerdings als stark: für die Befragten bleibt der unmittelbare Kontakt mit den Patienten ein zentraler Bestandteil ihrer Berufsrolle.

Nicht unerwartet bei den berichteten Auswahlkriterien für eine Stationsleitung äußern einige der Befragten Angst. Sie befürchten, den gestiegenen Anforderungen nicht gewachsen zu sein. Diese Personen benötigen ihrerseits Führung durch die Vorgesetzten, wenn sie ihre Leitungstätigkeit erfolgreich annehmen und ausführen sollen. Anderenfalls droht zum Schaden des Betriebes ein Leistungsloch auf der betreffenden Station.

Der erweiterte Blick auf das Arbeitsfeld „Pflege“ macht sich aber auch in den potentiellen beruflichen Vorstellungen bemerkbar. Erfreulich ist, daß keiner der Probanden erwägt, den

Pflegeberuf zu verlassen. Die Bereitschaft, innerhalb der Pflege zu wechseln, wenn die Arbeitsbedingungen für sie untragbar werden, wird aber deutlich geäußert. Durch die erfahrene Erweiterung des beruflichen Spektrums sind jetzt auch pflegerelevante Berufsfelder in den Blick gekommen, die vorher nicht bekannt waren.

Die meisten Probanden beschreiben sich als unabhängiger und auch selbstbewußter, ihre berufliche Identität hat sich also verändert.

Andere Kollegen erkennen, daß das Arbeitsfeld „Leitung“ doch nicht ihren beruflichen Interessen entspricht, und treten von der Leitungsposition zurück. Auch diese Personen haben für sich einen Entwicklungsschritt vollzogen. Mehr über die letztendlichen Motive dieses Schrittes zu erfahren ist eine weitere Aufgabe.

11. Berufspädagogische Schlußfolgerungen

Als besonders gravierend kristallisierte sich bei der Untersuchung das Problem der beruflichen Identität der Stationsleitungen heraus. In der Berufspädagogik ist unstrittig, daß berufliche Kompetenzentwicklung mit der Entwicklung einer beruflichen Identität und darauf gründendem beruflichen Engagement eng verknüpft ist (Rauner, Heinemann, Haasler 2009).

Die Befragten gaben an, den Wechsel in die Leitungsposition keinesfalls angestrebt zu haben, sondern es habe sich so ergeben. Ihr Führungsverständnis beschreiben sie als Tätigkeit mit ihrer Befähigung, organisieren zu können. Die Führungsaufgabe „Mitarbeiterpflege“ wird nach der Literaturanalyse und Befragung eher vernachlässigt.

Ob sie auch ein Wissen über die Regeln der sozialen Organisation des Betriebes Krankenhaus besitzen, ist zweifelhaft und auf Grund der bisherigen beruflichen Sozialisation eher nicht gegeben. Dabei wird das Führungsgeschehen in einem Betrieb wie dem Krankenhaus weitgehend durch von den handelnden Personen unabhängigen strukturellen Bedingungen bestimmt.

Die Tätigkeit in der Stationsleitung verändert das berufliche Aufgabenfeld. Als Vorgesetzte haben die Stationsleitungen die Aufgabe, im Rahmen der durch den Betrieb gesetzten strukturellen Grenzen, das Verhalten der Mitarbeiter im Sinne der betrieblichen Ziele zu beeinflussen. Das hat Auswirkungen auf das Verhältnis zu den Mitarbeitern: Als Führungskraft in der mittleren Ebene sind die Stationsleitungen sowohl eingebunden in das Teamgeschehen, als auch losgelöst davon.

Die Stationsleitungen sind gezwungen, ihre Rolle als Leitungskraft in der Pflege zu entwerfen, um eine berufliche Identität als Stationsleitung entwickeln zu können. Berufspädagogisch kann dieser Prozeß durch geeignete Bildungsmaßnahmen unterstützt werden.

Die Weiterbildungslehrgänge zur Stationsleitung haben zur Zeit einen Umfang von etwa 500 Stunden. Alle Befragten haben einen derartigen Lehrgang absolviert, bzw. nahmen zum Zeitpunkt der Befragung noch an einem solchen Lehrgang teil. Alle gaben an, daß die Weiterbildung für sie wichtig war und sie wertvolle Impulse für sich bekommen haben.

Es stellt sich die Frage, welche Kompetenzen und Qualifikationen in einer Weiterbildung zur Stationsleitung angebahnt werden sollen. Im Folgenden werden einige aus der Sicht des Verfassers notwendige Kompetenzen aufgeführt:

Bei der Darstellung der Überlegungen erfolgt eine Unterteilung in die Bereiche Personal-, Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz.

-
- Personalkompetenz bezeichnet die Disposition, „(...) reflexiv selbstorganisiert zu handeln, d.h. sich selbst einzuschätzen, produktive Einstellungen, Werthaltungen, Motive und Selbstbilder zu entwickeln, eigene Begabungen, Motivationen, Leistungsvorsätze zu entfalten und sich im Rahmen der Arbeit und außerhalb kreativ zu entwickeln und zu lernen“ (Heyse, 2003, S.577).
 - Fachkompetenz ist die Disposition eines Menschen, „(...) geistig selbst organisiert zu handeln, d.h. mit fachlichen Kenntnissen und fachlichen Fertigkeiten kreativ Probleme zu lösen, das Wissen sinnorientiert einzuordnen und zu bewerten“ (ebd., S. 577).
 - Methodenkompetenz zeichnet sich dadurch aus, daß der Mensch in der Lage ist, „(...) instrumentell selbst organisiert zu handeln, d.h. Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch – kreativ zu gestalten und von daher auch das geistige Vorgehen zu strukturieren“ (ebd., S.577).
 - Sozialkompetenz bezieht sich auf die Disposition eines Menschen, die es ihm ermöglicht, „(...) sich mit anderen auseinander- und zusammenzusetzen, sich gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten, um neue Pläne und Ziele zu entwickeln“ (ebd., S. 577).

Im Bereich der personalen Kompetenz ist das berufliche Selbstverständnis als Stationsleitung zu bearbeiten. Ziel muß es m.E. sein, daß die Weiterbildungsteilnehmer die Fähigkeit erwerben, sich als Führungskraft wahrzunehmen.

Hier ist eine kritische Analyse des Berufes „Pflege“ und der eigenen Rolle als „Stationsleitung“ unabdingbar. Die Weiterbildungsteilnehmer müssen den Anteil „Pflege“ und den Anteil „Leitung“ für sich bestimmen können. Zur Annahme der Rolle „Vorgesetzte“ gehört es, zu erkennen und zu akzeptieren, daß das Aufgabenfeld als Leitung patientenferner ist als die gewohnte Pfllegetätigkeit.

Inhaltlich ist der Umgang mit anderen Menschen in der Rolle „Vorgesetzter“ zu bearbeiten. Angebahnt werden muß die Fähigkeit, sich vom Team abzugrenzen. Als Führungskraft übernehmen die Stationsleitungen die Verantwortung für ihren Bereich. Verantwortungsfreude und Durchsetzungsfähigkeit gilt es (weiter) zu entwickeln.

Zur personalen Kompetenz gehört auch, die mit der Position verbundenen Befugnisse sorgfältig wahrzunehmen. Derartige neue Befugnisse sind z.B. die Inanspruchnahme von Zeiten für

administrative Tätigkeiten, aber auch der Gebrauch von Macht etwa bei der Diensterteilung oder beim Durchsetzen neuer Arbeitsformen.

Im Bereich der sozialen Kompetenz ist die Kommunikationsfähigkeit zu schulen. Die mittlere Führungsebene hat die größte Beziehungsnähe zu den Mitarbeitern. Ihr Führungsverhalten bestimmt die Beziehungskultur in ihrem Bereich. Das Führungsverhalten hat damit Auswirkungen auf Motivation und Leistungsbereitschaft, Arbeitszufriedenheit und Befinden der Mitarbeiter. Das entscheidende Instrument der Führungskräfte ist die Kommunikation. Hier ist allerdings Verbesserungsbedarf angezeigt, denn „(...) im mittleren Management herrscht weiterhin das patriarchalische Führungsverständnis vor“ (Geißler et al 2003, S. 93).

Angesichts der rigiden Strukturen im Krankenhauswesen und damit häufig fehlender Vorbilder ist das nicht weiter verwunderlich. Über den Zusammenhang von unzureichendem Vorgesetztenverhalten und krankheitsbedingter Abwesenheit der Mitarbeiter liegen eindeutige Beweise vor (vgl. Geißler et al 2003; DAK-BGW Gesundheitsreport Krankenpflege 2005).¹ Wahrscheinlich ist dieses Führungsverhalten auch mit ursächlich für die Konflikthäufigkeit zwischen Mitarbeitern und Stationsleitung und zwischen den Mitarbeitern (Abt-Zegelin 2009).

Im Bereich der Methodenkompetenz ist die Fähigkeit zur Arbeitsstrukturierung und Prioritätensetzung weiterzuentwickeln. Dazu gehört auch die Umsetzung und Weiterentwicklung vorgegebener Standards sowie die kontinuierliche Qualitätssicherung. Instrumente der Mitarbeiterführung müssen unterrichtet und eingeübt werden.

Im Bereich der Fachkompetenz ist in der Weiterbildung das Wissen über die arbeitsrechtlichen Grundlagen in den Bereichen Dienst- und Urlaubsplanung, Unfallverhütung und Arbeitssicherheit auszubauen und das sich entwickelnde pflegerische Berufsrecht zu besprechen. Um die Fähigkeit weiterzuentwickeln, sich Kenntnisse aus den verschiedensten benötigten Wissensgebieten aneignen zu können, sind EDV-Kenntnisse von Bedeutung.

Abschließend noch einige Überlegungen zu den äußeren Rahmenbedingungen.

¹ Als Konsequenz aus diesen Erkenntnissen ist 2010 in den psychiatrischen Fachkliniken in Rheinland-Pfalz das Projekt „Gesund Psychiatrisch Pflegen“ entwickelt worden, in dem salutogenes Führungsverhalten initiiert wird.

Die meisten Krankenhausträger unterhalten eigene Weiterbildungsinstitute, in denen die Weiterbildungslehrgänge zur Stationsleitung durchgeführt werden. Das hat den Vorteil, daß die spezifische Trägerphilosophie unmittelbar eingebracht werden kann. Der Träger als Arbeit-/Dienstgeber kann die Ausrichtung der zu vermittelnden Inhalte bestimmen. Er kann entscheiden, ob er eine staatliche Anerkennung und/oder eine andere Zertifizierung „seiner“ Weiterbildung wünscht oder nicht.

Die inhaltliche Ausrichtung durch den Träger gibt die Gewähr, daß das Gelernte auch im Arbeitsfeld von den Führungskräften erwartet wird und demzufolge angewandt werden kann.

Die hauptamtlichen Lehrkräfte sind Angestellte des Trägers und die nebenamtlichen Dozenten sind meist ebenfalls beim Träger in anderen Funktionen tätig bzw. haben eine enge Anbindung an ihn. Sie kennen also die Problemlagen innerhalb der Trägerschaft und können ihre Unterrichte entsprechend ausrichten.

Diesen unbestreitbaren Vorteilen stehen aber einige Nachteile gegenüber. Die Problemsicht bleibt auf einen Träger beschränkt, ein Austausch zwischen Mitarbeitern verschiedener Krankenhäuser mit jeweils unterschiedlichen Vorgehensweisen ist nicht möglich. Es besteht die Gefahr, daß in einer solchen Konstellation nicht offen diskutiert wird und Lernprozesse im Bereich der Verhaltensmodifikation nur erschwert angebahnt werden können.

Die Größe eines derartigen Weiterbildungslehrgangs, in dem Führungswissen vermittelt wird, sollte 25 Teilnehmer nicht überschreiten. Auf ausreichende Nebenräume, wie Gruppenarbeitsräume, Pausenräume sowie Catering ist bei der örtlichen Planung eines Lehrganges zu achten. Ausreichende Lehrmittel, wie Fachzeitschriften, Internetanschluß, Beamer, Flipchart und Tafel müssen vorhanden sein.

Der Lehrgang umfaßt unterschiedliche Wissensbereiche, die auch unterschiedliche Lehr-Lernmethoden erfordern. Reine Wissensvermittlung, etwa im Arbeitsrecht, lassen Lehrervortrag in Kombination mit Textarbeit und Diskussion in der Gesamtgruppe zu. Bei Inhalten, die ausgerichtet sind auf einen Kompetenzaufbau im Bereich der personalen und der sozialen Kompetenz, sind andere Methoden erforderlich. Hier geht es darum, eigene Verhaltensweisen zu reflektieren und ggf. zu modifizieren. Derartige Methoden sind etwa die gemeinsame Bearbeitung von Konflikten, die aus der eigenen Führungssituation durchaus bekannt sind.

Projektarbeit ist eine Methode zur Entwicklung methodischer Kompetenz. Hier ist es Aufgabe des Dozenten, Lernaufgaben bereitzustellen, an denen die Weiterbildungsteilnehmer methodisches Rüstzeug für ihre Führungstätigkeit erwerben und anwenden können.

12. Ausblick

Zusammenfassend sind einige Punkte zu nennen, die sich zur weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung anbieten, wenn man Differenzierteres über die mittlere Führungsebene „Stationsleitung“ eruieren will. Dazu gehören die „Strukturen der Pflege“ in der Organisation Krankenhaus und insbesondere auch der Status „Pflegedienstleitung“. Offensichtlich gibt es Diskrepanzen in den Schnittstellen, oder die Aufgaben der einzelnen Hierarchien sind nicht eindeutig zugewiesen. Das Konstrukt „Pflegedienstleitung“ ist offensichtlich ein weiteres Problemfeld neben der hier untersuchten „Stationsleitung“. Auch die meisten Pflegedienstleitungen sind besetzt mit Schwestern/Pflegern, die sozialisiert wurden unter dem Dogma „Demut und Dienen“. Nach ihrem Aufstieg in den Bereich der Geschäftsführung hat die Pflegedienstleitung (PDL) aber andere Kämpfe auszufechten. Dadurch leidet auch die Zusammenarbeit mit den Stationsleitungen. Unbewußt oder halbunbewußt lehnen daher Stelleninhaber von Stationsleitungen einen Aufstieg in der Pflegehierarchie ab.

Hinzu kommt, daß der nun länger als ein Jahrhundert währende Streit zwischen der Profession der Ärzte und den Professionalisierungsbestrebungen der Pflege nur beigelegt werden kann, wenn es gelingt, die Ausbildung einer neuen Pflegegeneration in das Fachschulsystem der Berufsbildung zu überführen, die hauseigenen Krankenpflegeschulen aufzulösen und dadurch die alten Sozialisationsriten abzuschaffen. Solange die Sozialisierung künftiger Pflegekräfte immer noch nach dem historisch gewachsenen „Dienen und Helfen“ erfolgt, bleibt die Professionalisierung der Pflege im Anfangsstadium stehen. Bestrebungen einer Rückdifferenzierung kann man in der universitären Ausbildung der Pflegewissenschaften und des Pflegemanagements beobachten. Diese Studiengänge gehören zur öffentlichen, für alle zugänglichen Hochschulbildung. Inwiefern eine Führungsfunktion im Pflegemanagement eine Ausbildung als Krankenschwester/-pfleger voraussetzt, ist zu hinterfragen. Führung erfordert Führungsqualitäten, die auf universitärer Ebene anzueignen sind, auch im Gesundheitswesen.

Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, Angelika; Horizontale Feindseligkeit. Wenn Kollegen Feinde werden; in: Die Schwester/Der Pfleger; 11/09
- Alber, Jens, Brigitte Bernardi-Schenkluhn; Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich; Frankfurt/New York; 1992
- Altenthan, Sophia, Thomas Bals, Arnulf Zöllner; Abschlussbericht zum Modellversuch „Didaktisch-methodische Optimierung der Erstausbildung in den Berufsfachschulen des Gesundheitswesens“ (gesu). München; 2000.
- Anderegg-Tschudin, Hedin et. al.; Stationsleiterinnen überarbeiten ihre Stellenbeschreibungen. in: Pflege 5 (1992); 3; S. 213-224
- Arbeitsgruppe Soziologie; Denkweisen und Grundbegriffe der Soziologie. Eine Einführung; Frankfurt/Main; 1981
- Arets, J. et. al; Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen; Bocholt; 1996
- Arnold, Doris; Krankenpflege und Macht. Anwendung sogenannter poststrukturalistischer Theorien auf die Analyse der Machtverhältnisse im „Frauenberuf“ Krankenpflege; in: Pflege 9 (1996); 1; S. 72-79
- Arnold, M., J. Klauber, H. Schellschmidt; Krankenhausreport 2001. Schwerpunkt Personal; Stuttgart; 2002
- Bals, Thomas; Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze (Hochschule & berufliche Bildung, 32); Alsbach/Bergstraße; 1993
- Bals, Thomas; Lehrerausbildung zwischen Tradition und Innovation. Das Beispiel des Studienganges „Medizinpädagogik/Pflegepädagogik“ an der Charité; in: Die Schwester/Der Pfleger; 9/1993; S. 808-810
- Bals, Thomas; Was Florence noch nicht ahnen konnte. Neue Herausforderungen an die berufliche Qualifizierung in der Pflege; Melsungen; 1994
- Bals, Thomas; Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit; Wirtschafts-, berufs- und sozialpädagogische Texte; 16; 3. Aufl.; Köln; 1995
- Bals, Thomas (Hg.); Bildung und Pflege; Stuttgart u.a; 1997
- Banzhaf, Birgit; Stationsleitung im Spannungsfeld von institutionellen und persönlichen Zielen, unterschiedlichsten Standpunkten und Erwartungen. Wie bleibe ich erfolgreich?; (2007); URL: http://www.herzzentrum.de/Media/Pdf/Evant/abstract_Frau_Banzhaff.pdf (Stand. 18.05.2009)
- Bartholomeyczik, Sabine; Nachdenken über Sprache. Professionalisierung in der Pflege?; in: Zegelin, Angelika (Hg.); Sprache und Pflege; Berlin; 1997, S. 11-21
- Bartholomeyczik, Sabine; Zum Gegenstand beruflicher Pflege; in: Pflege & Gesellschaft 9 (2003); Sonderausgabe; S. 7-12
- Becker, W., B. Meifort; Pflegen als Beruf. Ein Berufsfeld in der Entwicklung; Berlin; 1994
- Beier, Jutta; Hochschulstudium der Medizinpädagogik; in: Heilberufe 2/1991; S. 52-55
- Bernhard, Linda, Michelle Walsh; Leiten und Führen in der Pflege; Berlin; 1997
- Betz, Georg; Krankenpflege im Wandel. Konsequenzen für die berufliche Bildung; in: Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege; Prognos (Hg.); Berlin; 1992
- Bexfield, Hildegunt; Themenwechsel in Führungsseminaren der Pflege tut Not; in: Pflegezeitschrift 51 (1999); 7; S. 501-504
- Bischoff, Claudia; Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert; Frankfurt/Main; 1992
- Bischoff, Claudia, Petra Botschafter; Universität oder Fachhochschule – das ist hier die Frage; in: Pflegepädagogik 1/1992; S. 4-11
- Blaudszun, Annette; Pflege im Spannungsfeld des Gesundheitswesens. Entwicklungschancen zwischen Leistungsorientierung und Humanität; Stuttgart; 2000

- Bleicher, Knut, Erik Meyer; Führung in der Unternehmung. Formen und Modelle; Reinbek; 1976.
- Bleses, Helma; Personalentwicklung im Krankenhaus; in: PflegeZeitschrift 48 (1996); 9; Dokumentation Pflegemanagement
- Blonski, Harald (Hg.); Strategisches Management in Pflegeorganisationen. Konzepte, Instrumente und Anregungen; Hannover; 2006
- Böhle, Fritz, Michael Brater, Anna Maurus; Pflegearbeit als situatives Handeln; in: Pflege 10 (1997); 10; S. 18-22
- Borsi, Gabriele; Handlungsketten – Machtketten. Personalentwicklung als strategische Funktion der Personalarbeit; in: Pflege 8 (1995); 2; S. 95-106
- Braun, Bernhard, Rolf Müller; Arbeitsbelastung und Berufsausstieg bei Krankenschwestern; in: Pflege & Gesellschaft 10 (2005); 3; S. 131-141
- Braun, Bernhard, Rolf Müller, Andreas Timm; Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung; (GEK-Edition, 32); St. Augustin; 2004
- Braus, Elke; Neue Herausforderungen bewältigen. Anforderungen an Stationsleitungen aus Sicht der Pflegedienstleitung; URL: http://www.dbfk.de/Landesverbände/Bayern/Zwischen_den_Stühlen/Neue_Herausforderungen_bewältigen.pdf (Stand: 18.05.2009)
- Bräutigam, Christoph; Situationsverstehen im Pflegeprozess; in: Pflege & Gesellschaft 9 (2003); Sonderausgabe; S. 117-146
- Brühe, Roland, R. Rottländer, Sabine Theis; Denkstile in der Pflege; in: Pflege 5 (2004)
- Büssing, André; Psychischer Streß und Burnout in der Krankenpflege. Ergebnisse der Abschlußuntersuchung im Längsschnitt; München; 2000
- Büssing, André; Der Einfluß der Explikation impliziten Wissens auf die Handlungsgüte von Pflegekräften. Eine experimentelle Untersuchung in der Krankenpflege; München; 2002
- Büssing, André (Hg.); Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus; Göttingen u.a.; 2003
- Büssing, André; Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Untersuchungen zum Einfluß von Anforderungen, Hindernissen und Spielräumen. 1. Projektbericht mit ausgewählten Zwischenergebnissen; in: Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München, 21); München; 1995
- Büssing, André, Jürgen Glaser, Thomas Höge; Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-5). Manual und Materialien; in: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Sonderschrift 66; Bremerhaven; 2002
- Büssing, André, Jürgen Glaser, Thomas Höge; Psychische Belastung und Beanspruchung in der ambulanten und stationären Pflege; in: Berichte aus dem Lehrstuhl für Psychologie der TU München; 69; München; 2003
- Büssing, André, Simone May; Erwartungen und Kompetenzen von Pflegeschüler/innen im Vergleich USA – Deutschland; in: Pflege 10 (1997); 4; S. 234-239
- Caritas-Gemeinschaft (Hg.); Pflege als Profession unter Berücksichtigung berufs- und gesellschaftspolitischer Entwicklungen; Freiburg; 1999
- Cavado, Sonja, Andreas Krüger, Dorothea Schulz; PPS-Pflegepraxis. Phänomene, Prinzipien, Strategien. Mit 29 Tabellen; Berlin u.a.; 2003
- Claßen, Martin; Change management aktiv gestalten: Personalmanager als Architekten des Wandels; Köln; 2008
- Cropley, Arthur J.; Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung; Eschborn; 2005
- Dätwyler, Barbara, Jörg Baillod; Mir ist es wichtig, nicht einfach so auf Krankheiten fixiert zu sein. Krankenschwestern sprechen über ihren Beruf; in: Pflege 8 (1995); 1; S. 59-69

- DAK-BGW (Hg.); Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden; in: Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems; Berlin: 2006
- Darmann-Finck, Ingrid; „Und es wird immer so empfohlen.“ Bildungskonzepte und Pflegekompetenz; in: Pflege 19 (2006); 3; S. 188-196
- Doppler, Klaus; Dialektik der Führung. Opfer und Täter; München; 1999
- Duft, Johannes; Der karolingische Klosterplan in der Stiftsbibliothek St. Gallen; Rorschach; 1998
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hg.); Zahlen, Daten, Fakten 2007; Düsseldorf: 2007
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (Hg.); Pflegebildung offensiv. Das Bildungskonzept des deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe; München; 2007
- Drewes, Claus, Gidion, Gerd, Scholz, Dietrich, Wortmann, Dieter (Hg.) ; Handlungskompetenz für mittlere Führungskräfte; Bonn; 2006
- Engelmann, Jan (Hg.); Michael Foucault: Botschaften der Macht; Stuttgart; 1999
- Evans, Richard J.; Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910; Reinbek; 1990
- Fischer, Martin, Georg Spöttl (Hg.); Forschungsperspektiven in Facharbeit und Berufsbildung. Strategien und Methoden der Berufsbildungsforschung; Frankfurt/Main; 2008
- Fischer, Peter; Neu auf dem Chefsessel. Erfolgreich durch die ersten 100 Tage; 9. Auflage; Redline Wirtschaft; 2007
- Flammang, A., R. Markward; Berufsbild, berufliche Motivation und Informationsstand von Krankenpflegeschülern; in: Die Schwester/Der Pfleger 7/1985; S. 565-568
- Flenreis, Gerhard, Martin Rümmele; Medizin vom Fließband. Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung und ihre Folgen; Berlin: Springer; 2008
- Flick, U.; Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung; in: Bergold, J., Flick, U. (Hg.); Ein-Sichten; Tübingen; 1987
- Flick, U., E. von Kardoff, I. Steinke (Hg.); Qualitative Forschung. Ein Handbuch; Reinbek; 2003
- Friedemann, Marie-Luise; Beeinflussen Pflegeexpertinnen Arbeitsklima und Pflegequalität?; in: Pflege 10 (1997); 10; S. 86-90
- Foucault, Michel; Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit; Berlin; 1978
- Gertz, Barbara E.; Die Pflegedienstleitung. Ein Leitfaden für das praktische Management; Bern u.a.; 1996
- Gall, Lothar; Bürgertum in Deutschland; Berlin; 1996
- Gawlitta, Jonathan, Rene Boostellar, Ulrich Fehre; Außer Spesen nichts gewesen? Erfassung von DRG-relevanten Pflegeleistungen durch den Pflegedienst am Klinikum der Universität zu Köln; in: Das Krankenhaus 98; (2006); S. 836-841
- Geißler, Rainer; Die Sozialstruktur Deutschlands; Opladen; 1992.
- Gedes, Mechthild; Mitarbeiterführung durch Stationsleitungen im Krankenhaus. Erfordernisse, Anspruch und die Realität – eine empirische Studie; GRIN Verlag; 2008
- Giersberg, Georg; Gute Manager sind Beziehungsmanager; FAZ; 09.03.2009
- Gores, Norbert, Sabine Rupperts-Fürstos; Politische Handlungsfähigkeit – eine relevante und aktuelle Betrachtung im Kontext von Pflegeausbildung; in: Pflegewissenschaft 5-7/2009; S. 285-295, S. 352-363, S. 418-430
- Gottschalck, Thomas, Theo Dassen; Welche Entscheidungs-Befugnisse besitzen Pflegende bei der Mundpflege?; in: Pflege 16 (2003), 2; S. 83-89
- Grabbe, Yvonne, Hans-Dieter Nolting, Stefan Loos; DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege; Hamburg; 2006
- Grams, Wolfgang; Pflege ist Bildung und braucht Bildung. Zum Zusammenhang von Pädagogik und Pflege; in: Pflege 11 (1998); 11; S. 43-48

- Güntert, Bernhard et. al.; Die Arbeitssituation des Pflegepersonals. Strategien zur Verbesserung; Stuttgart, Toronto; 1989
- Haberkorn, Kurt; Praxis der Mitarbeiterführung. Ein Grundriss mit zahlreichen Checklisten zur Verbesserung des Führungsverhaltens; 7. Aufl.; Renningen-Malmsheim; 1995
- Hackmann, Mathilde; Lehren und lernen in der ambulanten Pflege. Ein Arbeitsbuch für die Ausbildungspraxis; Hannover: Schlütersche; 2005
- Hampel, Eva; Perspektivwechsel. Die eigene Profession im Blick der Anderen; in: Pflege 16 (2003); 5; S. 297-303
- Harms, Käte; Multiprofessionelle Behandlungspfade entwickeln und einführen; in: Pflegemanagement 6 (2004); 5; S.276-278
- Hasselhoven, Hans-Martin; Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa; Bremerhaven; 2005
- Heidecker, Barbara; Ich bin nur eine Krankenschwester. Zusammenhang zwischen der beruflichen Identität Pflegenden und ihrer Mitgliedschaft in Berufsverbänden; unveröff. Diplomarbeit; Kath. Fachhochschule Mainz; 2004
- Heinzmann, Renate, Gudrun Gille; Brennpunkt Pflege. Zur Situation der beruflichen Pflege in Deutschland; Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen (Hg.); Göttinger Tageblatt; Göttingen; 2005
- Helle, Horst Jürgen; Theorie der Symbolischen Interaktion. Ein Beitrag zum verstehenden Ansatz in Soziologie und Sozialpsychologie; Wiesbaden; 2001
- Herbig, Britta, André Büssing (Hg.); Informations- und Kommunikationstechnologie im Krankenhaus. Grundlagen, Umsetzung, Chancen und Risiken. Mit 10 Tabellen; Stuttgart, New York; 2006
- Heyse, Volker; Selbstorganisiertes Lernen. In: L. von Rosenstiel, E. Regnet, M. Domsch (Hg.); Führung von Mitarbeitern; Stuttgart; 2003
- Hillmann, Kirsten Maria; Professionalisierung der Krankenpflege am Beispiel der Fachweiterbildung „Intensiv- und Anästhesiepflege“; Dipl.-Arb.; Univ. Dortmund, FB 12; Dortmund; 1997
- Höhm, Ulrike, Gabriele Müller-Mundt, Brigitte Schulz; Qualität durch Kooperation, Gesundheitsdienste in der Vernetzung; Frankfurt/Main; 1998
- Hohm, Hans-Jürgen; Das Pflegesystem, seine Organisationen und Karrieren. Systemtheoretische Beobachtungen zur Entstehung eines sekundären Funktionssystems; Freiburg; 2002
- Hohm, Hans-Jürgen; Pflege zwischen selektiver Professionalisierung, forcierter Ökonomisierung und Laisierung; Freiburg; 2001
- Hotze, Elke; Pflege in der medizinischen Rehabilitation. Ein Beitrag zu beruflicher Identität und Professionalisierung in den Pflegeberufen; Frankfurt/M.; 1997
- Hotze, Elke; Gratwanderung auf umkämpftem Terrain. Professionalisierungs- und Deprofessionalisierungsprozesse der Pflegeberufe in rehabilitativen Versorgungsbereichen. Eine gesundheitswissenschaftliche Analyse pflegerischen Handelns im Kontext berufsgruppenübergreifender Kooperation; Diss.; Bielefeld; 2001
- Hradil, Stefan; Soziale Ungleichheit; Stuttgart:UTB; 1999
- Igl, Gerhard; Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche; Gutachten; Göttingen; 1998
- Jacob, Rüdiger; Krankheitsbilder und Deutungsmuster; Opladen; 1995
- Juchli, Lianne; Lehrbuch der Krankenpflege; Stuttgart; 1997
- Kaiser, Karin; Beiträge der Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege. Eine systemisch-empirische Untersuchung; Frankfurt/Main; 2005
- Kehr, H. M.; Die Legitimation von Führung. Ein Kleingruppenexperiment zum Einfluß der Quelle der Autorität auf die Akzeptanz des Führers, den Gruppenprozeß und die Effektivität; Berlin; 2000

- Kellnhäuser, Edith; Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege. Ein internationaler Vergleich mit Prüfung der Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland; Melsungen; 1994
- Kerres, Andrea, Bernd Seeberger (Hg.); Pflegedienste und Sozialstationen erfolgreich führen. Strategien und praktische Tips für Unternehmer, Selbständige, Angestellte und Institutionen in der Pflege; Balingen; (o.J.)
- Kirchhof, Steffen; Informelles Lernen und Kompetenzentwicklung für und in beruflichen Werdegängen; Münster; 2007
- Kornika, Christian (Hg.); Change and quality in human service work, dedicated to the work of André Büsing (Organizational psychology and health care 4); München; 2005
- Kronenberg, Hans; Grundlagen sozialer und kommunikativer Kompetenz. Ein Handbuch für Führungskräfte und Mitarbeiter in Unternehmungen; Frankfurt/Main; 1996
- Kruse, Anna Paula; Die Krankenpflegeausbildung seit der Mitte des 19. Jahrhunderts; Stuttgart; 1987
- Kuhlmeier, Adelheid; Rollenwandel im Gesundheitswesen; in: Heilberufe; 10/07
- Küpper, Gunhild; Karriere von Frauen in der Krankenpflege; in: Pflege 7 (1994); 1; S. 24-32
- Küpper, Gunhild; Rationalität und Vertrauen als grundlegendes Organisationsprinzip im Krankenhaus. Spezifische Folgen für die weibliche Führungselite in der Pflege; in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 5 (1997); 4; S. 358-371
- Lachmund, Jens; Der abgehorchte Körper. Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung; Opladen; 1997
- Lamers-Abdella, Andrea; Professionelle Beziehungsgestaltung im Hinblick auf sozial-kommunikative Kompetenzen in der Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie. Teilcurriculum für die Weiterbildung in der Intensivpflege und Pflege in der Anästhesie; Dipl.-Arb. FH Bielefeld; 2001
- Lameyer, Angelika; Machtverhältnisse im Krankenhaus; in: Pflege 13 (2000); 4; S. 227-233
- Lamnek, S.; Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie; Weinheim; 1995a
- Lamnek, S.; Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken; Weinheim; 1995b
- Larsen, Christa; Zwischenbericht zur Studie „Fachkräftesituation und Fachkräftebedarf in der Pflege“. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz; 2003
- Lattmann, Charles; Die verhaltenswissenschaftlichen Grundlagen der Führung des Mitarbeiters; Bern; 1982
- Löffing, Christian; Strategische Personalentwicklung. Mitarbeiter gut und günstig qualifizieren; PflegeManagement kompakt; Stuttgart; 2006
- Löffing, Christian (Hg.); Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege; Bern; 2005
- Lüftl, Katharina; Lebenslang lernen um professionell zu pflegen. Aufgezeigt am Beispiel innerbetrieblicher Fortbildung als Wirkungsfeld für das Pflegemanagement; Dipl.-Arb. Kath. Stiftungsfachhochschule München; München; 2002
- Mahler, Cornelia; Das Fort- und Weiterbildungsverhalten des Pflegepersonals. Aspekte beeinflussender Faktoren; Mag.-Arb. Univ. Heidelberg, Erziehungswiss. Seminar; Heidelberg; 1998
- Manzeschke, A.; Diakonie und Ökonomie; in: Krankendienst 12/07; 80. Jahrgang; Freiburg: Lambertus Verlag; 2007
- Mayring, Philipp; Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken; Weinheim; 10. Auflage; 2008
- Mayring, Philipp; Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken; Weinheim; 2002
- Mayer, Hanna; Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung; 2. Auflage; Wien, 2007

- Meyer, Harald; Eine Checkliste zur Erfassung von Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal in Allgemeinkrankenhäusern. Ergebnisbericht; in: *Pflege* 8 (1995); 3; S. 243-254
- Matthews, Arline, Janet Whelan; Stationsleitung. Handbuch für das mittlere Management in der Kranken- und Altenpflege; Bern u.a.; 2002
- Mergner, Ulrich; Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenpflege. Entstehungszusammenhänge, Problemzonen, Ansatzpunkte für veränderungsorientiertes Handeln; HLT Report 355; Wiesbaden; 1992
- Mühlbacher, Jürgen; Rollenmodelle der Führung. Führungskräfte aus der Sicht der Mitarbeiter; Wiesbaden; 2003
- Müller, Dagmar; Pflege in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Eine explorative Untersuchung über ihre Voraussetzungen. Inhalte und Perspektiven; Frankfurt am Main; 2000
- Müller, Eva; Der Theorie-Praxis-Bezug im berufsintegrierten Studiengang Pflegemanagement. Erfahrungen und Auswirkungen in und für die Leitungstätigkeit; Dipl.-Arb. Kath. FH; Freiburg; 1997
- Müller, Maria, Norbert Seidl; Fort- und Weiterbildung als wichtiger Indikator der Arbeitszufriedenheit in der Pflege; in: *Pflege* 13 (2000); 6; S. 381-388
- Napiwotzki, Anne-Dorothea; Selbstbewußt verantwortlich pflegen. Ein Weg zur Professionalisierung mütterlicher Kompetenzen; Bern; 1998
- Neander, Klaus-Dieter; Belastungen des Pflegepersonals; in: *Pflege* 6 (1993); 1; S. 65-74
- Nerheim, Hjördis; Die Wissenschaftlichkeit der Pflege. Paradigma, Modelle und kommunikative Strategien für eine Philosophie der Pflege- und Gesundheitswissenschaften; Bern u.a.; 2001
- Neuberger, Oswald; Führen und geführt werden; 5. Aufl.; Stuttgart; 1995
- Oelke, Uta; Fort- und Weiterbildungsinteressen von Beschäftigten im Gesundheitswesen; Göttingen; 1988
- Oelke, Uta; Die Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern im Pflegebereich; in: *Pflegepädagogik* 2/1994; S. 8-12
- Parlow, Sabine; in: BALK/Eisenreich (Hg.); Handbuch Pflegemanagement. Erfolgreich führen und wirtschaften in der Pflege; 2. Auflage; Neuwied; 2003
- Pfaff, Holger; Das lernende Krankenhaus; in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*; 5 (1997); S. 323-342
- Piechotta, Gudrun; Weiblich oder kompetent?; Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung; Bern; 2000
- Pilgram, Martina; Fortbildung zur Erhaltung und Steigerung des Pflegefachwissens; in: Projektgruppe Qualität in der Pflege (Hg.); *Pflege – Qualität jetzt. Realität, Entwicklung, Perspektiven*; Köln; 1995
- Pinding, Maria; Krankenschwestern in der Ausbildung. Eine empirische Untersuchung; Stuttgart; 1972
- Pössel et. al; Führung von Führungskräften, Saarbrücken; 2007
- Pokorski, Janusz et al; Die Bedeutung der Arbeit für das Pflegepersonal in Europa; In: Berufsausstieg bei Pflegepersonal (NEXT-Studie); Dortmund; 2005
- Prößl, Joachim, Wolfgang Schäfer; Personalentwicklung durch innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung? Eine empirische Studie zur inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der IBF in Krankenhäusern; in: Weidener, Frank; *Pflegeforschung praxisnah. Beispiele aus verschiedenen Handlungsfeldern*; Frankfurt/M.; 2000; S. 139-170
- Prosch, Bernhard; Praktische Organisationsanalyse: ein Arbeitsbuch für Berater und Führende; Leonberg; 2000
- Ratz, Birgit; Führen im Krankenhaus: Vom erfahrenen Teammitglied zur Stationsleitung; (2009); URL: <http://www.simplifyakademie.de/index.php?action=open/workshops/workshop&id=1225> (Stand 18.05.2009)

- Rauner, Felix, Heinemann, Lars, Haasler, Bernd; Messen beruflicher Kompetenz und beruflichen Engagements; FG Berufsbildungsforschung (IBB) Universität Bremen (Hg.); 2009
- Regnet, Erika; Der Weg in die Zukunft – Anforderungen an die Führungskraft. In: L. von Rosenstiel, E. Regnet, M. Domsch (Hg.); Führung von Mitarbeitern; Stuttgart; 2003
- Reindl, Josef; Der Meister im Klein- und Mittelbetrieb: von der Stabilität einer betrieblichen Sozialfigur; in: Jansen, Rolf, Oskar Hecker, Dietrich Scholz (Hg.); Facharbeiteraufstieg in der Sackgasse? Entwicklungen und Perspektiven auf der mittleren Qualifikationsebene; 1998
- Reinspach, Rosmarie; Strategisches Management von Gesundheitsbetrieben. Grundlagen und Instrumente einer entwicklungsorientierten Unternehmensführung; Stuttgart; 2001
- Rheinland-Pfälzischer Pflegekongreß 20.11.08; Neue Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen; Hessenauer, F. (Statement); www.menschen-pflegen.de/Pflegekongreß
- Rieder, Kerstin; Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst – Belastungen in der Krankenpflege; Weinheim; 1999
- Robert-Bosch-Stiftung (Hg.); Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege; Stuttgart; 1992
- Robert-Bosch-Stiftung (Hg.); Pflege neu denken; Stuttgart; 2000
- Röper, M.; Emotionale Dissonanz und Burnout. Eine empirische Untersuchung im Pflegebereich eines Universitätskrankenhauses; in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 53 (1999) [25. Jg. N.F.]; 3; S. 187-193
- Rosenbrock, Thomas, Rolf Gerlinger; Gesundheitspolitik. Eine systemische Einführung; 2. Auflage; Bern; 2006
- Rosenstiel, Lutz von, Erika Regnet, Michael Domsch (Hg.); Führung von Mitarbeitern; 5. Auflage; Stuttgart; 2003
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten; 1991
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Wachstum und Fortschritt in der Pflege. Sondergutachten; 1997
- Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen; Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung; Bonn; 2007
- Sander, Ortrud; Konzept zur Förderung des Lerntransfers in der Weiterbildung zur Pflegefachkraft im mittleren Management; in: Pflege & Gesellschaft 7 (2002); 3; S. 103-109
- Schäfer, Wolfgang, Peter Jacobs; Praxisleitfaden Stationsleitung. Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege; Stuttgart; 2002
- Scharfenberg, Barbara; Mitarbeitermotivation in personenbezogenen Dienstleistungen. Konzeptionelle Überlegungen für das Pflegemanagement im Krankenhaus; Dipl.-Arb., Kath. Stiftungsfachhochschule München; München; 2000
- Schuler, Heinz (Hg.); Lehrbuch der Personalpsychologie; Göttingen; 2001
- Schilder, Erna; Die Schlüsselrolle der Stationsschwester für die Pflegequalität, in: Pflege 5 (1992); 2; S. 111-117
- Schneider, Jochen; Gute Führung in der Pflege (2008); URL: <http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=urn:nbn:de:101:1-2009021703> (Stand 25.05.2009)
- Schnieders, Bernd; Krankenpflege. Ein Berufsbild im Wandel; Frankfurt; 1994
- Schuler, Heinz (Hg.); Lehrbuch der Personalpsychologie; Göttingen u.a.; 2001
- Schweidtmann, Werner; Berufsethik und Identität auf dem Hintergrund einer veränderten Rollendefinition der Krankenpflege; in: Pflege 10 (2002); 1; S. 4-9
- Seel, Gertrud; Stellenbeschreibungen für die Pflege im Krankenhaus; Hannover: Schlütersche; 1995
- Seidl, Elisabeth (Hg.); Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin; Pflegewissenschaft; 1; Wien u.a.; 1993
- Sennett, Richard; Der flexible Mensch; 6. Auflage; Berlin; 2009

- Simon, Michael; Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005; Hannover; 2007
- Sperl, Dieter; Qualitätssicherung in der Pflege; 2. Auflage; Hannover: Schlütersche; 1996
- Spies, Reinhilde; Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft in stationären und teilstationären Einrichtungen der Altenhilfe (nach § 80 SGB XI); Rosenheim; o.J.
- Spichiger, Elisabeth et. al.; Professionelle Pflege. Entwicklung und Inhalte einer Definition; in: Pflege 19 (2006); 1; S. 45-52
- Steppe, Hilde; Caritas oder öffentliche Ordnung? Zur historischen Entwicklung der Pflege; in: Schaeffer, Doris u.a.; Public Health und Pflege; Berlin; 1994
- Staender, Johannes, Elisabeth Bergner; Schnittstellen in der kardiologischen Versorgung; in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft 5 (1997); 4; S. 324-357
- Stratmeyer, Peter; Projekte dürfen kein Selbstzweck sein. Organisation stationärer Pflege – wenn Lösungen zu Problemen werden; Pflegezeitschrift; 12/07
- Sträßner, Heinz, Manuela Ill-Groß; Das Recht der Stationsleitung. Ein Leitfadens für Alten- und Krankenpflegepersonal; 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl.; Stuttgart; 2002
- Streich, Richard; Worklife-balance von Führungspersonal; in: Rosenstiel, Lutz von, Erika Regnet, Michael Domsch; Führung von Mitarbeitern; 5. Auflage; Stuttgart; 2003
- Steiger, Rudolf; Beziehungsstörungen im Berufsalltag: Ursachen, Erscheinungsformen und Überwindungsmöglichkeiten; 3. Auflage; Stuttgart; 2002
- Stordeur, Sabine et al; Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und die berufliche Bindung von Pflegekräften; in: Berufsausstieg bei Pflegepersonal (NEXT-Studie); Dortmund; 2005
- Tappen, Ruth M., Sally A. Weiss, Diane K. Whitehead; Essentials of nursing leadership and management; 3. Aufl.; Philadelphia, PA 2004
- Taubert, Johanna; Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung; 2. Aufl.; Frankfurt/Main; 1994
- Tauch, Jörg W.; Professionalisierung der innerbetrieblichen Fortbildung. Eine empirische Studie in der psychiatrischen Pflege; Münster; 2002
- Tewes, Renate; Pflegerische Verantwortung und ihre Zusammenhänge mit der Pflegekultur und dem beruflichen Selbstkonzept; Bern; 2002
- Thalhöfer, Katrin, Manfred Borutta; Zwischen den Ebenen; Altenpflege; 8/2008
- Vahlpahl, Bärbel; Das Pflegemanagement im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Die vielfältigen Herausforderungen am Beispiel der Krankenhäuser; Ludwigshafen; o.J.
- Veit, Annegret; Motive der Berufswahl und Erwartungen an den Beruf bei Auszubildenden in der Krankenpflege; in: Pflege 9 (1996); 1; S. 61-71
- Walker, Lorraine Olszewski; Theoriebildung in der Pflege; Wiesbaden; 1998
- Wanner, Bernd; Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründungen und Perspektiven der Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften; Frankfurt; 1987
- Walter, Annett, Heike Merboth, Sigrid Böger; Bedingungen einer beanspruchungsoptimalen und patientenzentrierten Arbeitsgestaltung in der stationären Krankenpflege; in: Pflege 10 (1997); 6; S. 341-349
- Weidner, Frank; Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Pflege; 3. Auflage; Frankfurt/Main; 2004
- Weinert, Ansfried B.; Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch; 4. Aufl.; Weinheim; 1998
- Weinert, A.; Die Rolle der Persönlichkeit bei Berufswahl und Spezialisierung aufgezeigt am Beispiel des Krankenpflegeberufes; in: Die Schwester/Der Pfleger 4/1984; S. 289-200
- Wettreck, Rainer; Am Bett ist alles anders. Perspektiven professioneller Pflegeethik; Berlin – Hamburg – Münster; 2001
- Wiswede, Günter; Einführung in die Wirtschaftspsychologie; 2. Aufl.; München; 1995
- Wolff, Hans-Peter, J. Wolff; Geschichte der Krankenpflege; Basel; 1993
- Wunderer, Rolf; Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre; 5. Aufl.; München und Neuwied; 2003

Yukl, Gary A.; Leadership in organizations; 4. Aufl.; New Jersey; 1998

Zang, Stefanie; Das stillschweigende Wissen. Über die Bedeutsamkeit von Erfahrung und Intuition für eine professionelle Pflege; Dipl.-Arb. Kath. Stiftungsfachhochschule München; München; 2003

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Pflegebildung - offensiv“	58
Abbildung 2: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell	161
Abbildung 3: Darstellung der Abstraktionsebenen	164

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Veränderungen im Krankenhaus in der BRD nach DESTATIS, 2007	32
Tabelle 2: Analysetechniken	163
Tabelle 3: Entwicklung der Kategorien	172
Tabelle 4: Bedeutung des Begriffs „Stationsleitung“	173
Tabelle 5: Nennungen zum Führungsverständnis	176
Tabelle 6: Führungsverständnis	177
Tabelle 7: Personal- und Bettenstruktur	180
Tabelle 8: Alter der Probanden	181
Tabelle 9: Beruflicher Werdegang	181
Tabelle 10: Beruf der Mutter	182
Tabelle 11: Beruf des Vaters	182
Tabelle 12: Motiv zur Krankenpflegeausbildung	184
Tabelle 13: Entscheidung zur Führungstätigkeit	187
Tabelle 14: Motivation zur Führungstätigkeit	188
Tabelle 15: Führungsverständnis	190
Tabelle 16: Zusammenarbeit / Konflikte mit Mitarbeitern	194
Tabelle 17a: Konflikte mit Ärzten	197
Tabelle 17b: Zusammenarbeit mit Ärzten	199
Tabelle 18: Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung	199
Tabelle 19: Veränderte Sichtweise der Stationsarbeit	202
Tabelle 20: Quellen zum eigenen Wissenserwerb	206
Tabelle 21: Öffentliche Wahrnehmung der Stationsleitung	208
Tabelle 22: Kollegiale Wahrnehmung der Stationsleitung	209
Tabelle 23: Interessenvertretung durch Berufsverbände	211
Tabelle 24: Bedeutung der Beruflichkeit	212
Tabelle 25: Leitungstätigkeit erneut anstreben	214
Tabelle 26: Aufstieg in der Pflegehierarchie	215
Tabelle 27: Gender Mainstreaming	215

Helmut Müller
Judengasse 5
55452 Guldental

Erklärung

Hiermit erkläre ich, daß ich die Arbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie die wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Ich habe die Satzung der Universität Karlsruhe (TH) zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis beachtet. Die Arbeit wurde nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet.

Guldental, 23.4.11