

6 Interpretandum: Pflegerischer Alltag

6.1 PROBLEMKONSTELLATIONEN UND -DIMENSIONEN IM FELD DER PFLEGE

Um einen Zugang zu dem zu gewinnen, was die Pflegenden im Sample als Problem thematisieren, bietet es sich an, die Pflege im Anschluss an Rahel Jaeggi (2014) als eine „Lebensform“ zu verstehen: „Lebensformen sind komplex strukturierte Bündel (oder Ensembles) sozialer Praktiken, die darauf gerichtet sind, Probleme zu lösen, die ihrerseits historisch kontextualisiert und normativ verfasst sind.“ (Ebd.: 58). Lebensformen differenzieren sich (funktional) mit unterschiedlichem Sachbezug aus und „gruppieren sich [...] arbeitsteilig um unterschiedliche Aufgabenbereiche gesellschaftlicher Reproduktion“ (ebd.: 88). Worin genau das spezifisch pflegerische Bezugsproblem besteht – eine Frage, die auch innerhalb der Professionalisierungsdebatte diskutiert wird –, darüber herrscht in der Literatur keine Einigkeit.¹ Aber dennoch trägt die Bestimmung hier weiter: Wenn Pflegekräfte bestimmte Umstände und Situationen als Problem thematisieren, haben wir es aus dieser Perspektive mit solchen Umständen und Situationen zu tun, in denen Ziele nicht oder nur unter Friktionen erreicht werden können, also die übliche und gewohnte Weise der Problemlösung ins Stocken gerät. Solche Probleme mit der Problemlösung sind dabei zugleich „subjektiv gegeben“ und „objektiv gemacht“ (vgl. ebd.: 208ff.), sie sind interpretationsabhängig, aber keine beliebigen Wirklichkeitskonstruktionen.² Insofern davon auszugehen ist, dass die Ökonomisierung innerhalb der Organisation Krankenhaus Zielkonflikte provoziert und zu Friktionen im Versorgungsprozess führt, rückt sie als problemenerzeugende Dynamik in den Blick. Im folgenden Abschnitt geht es darum zu eruieren, welche Situationen und Umstände von den Pflegekräften als Problem ihrer alltäglichen Berufsausübung angesprochen werden. Erst in der später folgenden theoriegeleiteten Interpretation des empirischen Materials wird es darum gehen zu prüfen,

-
- 1 Häufig zu finden ist die mit Verlautbarungen von Berufsverbänden übereinstimmende Fokussierung auf die Erhaltung und Förderung der Autonomie der Patient*innen bzw. Pflegebedürftigen (vgl. etwa Bartholomeyczik 2010). Vogd meint demgegenüber, die Pflege habe ihr Bezugsproblem eher „in der Frage nach der Kontinuität von Personalität“ (78f.), wobei Person nicht innerpsychisch, sondern als soziale Identität, als Maske, verstanden wird; es sei die Rollenförmigkeit, die von der Pflege aufrechterhalten wird.
 - 2 Vgl. auch die Unterscheidung von Problembewusstsein und Problemsituation bei Ritsert (2012: 18ff.).

inwiefern diese Probleme auf die gesellschaftsstrukturelle Dynamik der Ökonomisierung zurückzuführen sind (vgl. 7.1).

Bei der Darstellung der Probleme wird primär auf das Wissen zurückgegriffen, das von den Interviewten selbst expliziert wurde, d.h. es werden nur jene Probleme, Problemdimensionen und Problemursachen benannt, die auch in den Interviews erwähnt wurden. Es handelt sich also um eine systematisierte Darstellung der Eigen-theorien der Pflegekräfte. Entsprechend werden im Folgenden auch die Akteur*innen selbst ausführlicher zu Wort kommen, wobei die Interviewausschnitte vor allem illustrativen Charakter haben, in Teilen jedoch auch reflektierend interpretiert werden.

Die Darstellung der Probleme steht allerdings selbst vor einem Problem: Der Alltag der Pflegekräfte ist nicht von säuberlich zu trennenden Einzelproblemen geprägt, sondern stellt sich als ein *Problemzusammenhang* dar. Aus darstellungstechnischen Gründen müssen dennoch einzelne Problemkomplexe voneinander isoliert werden, wobei zunächst jene Probleme betrachtet werden, die aus den Arbeitsbedingungen resultieren (6.1.1), und anschließend jene, die sich in Interaktionen mit anderen Akteur*innen ergeben (6.1.2). In den jeweiligen Ausführungen wird jedoch versucht, die Verbindungslinien aufzuzeigen, die zwischen ihnen bestehen. Dabei gibt es insbesondere einen Problemkomplex, der in alle anderen hineinspielt und insofern als übergreifender zu behandeln ist. Es handelt sich um den Komplex aus Personalknappheit, hoher Arbeitsbelastung und daraus resultierendem Zeitdruck. Er wird entsprechend zuerst dargestellt.

6.1.1 Arbeitsbedingungen

Unter Arbeitsbedingungen werden diejenigen Einflussfaktoren des Arbeitsalltags verstanden, die aus der Sicht der Pflege von außen, als Vorgaben aus der Umwelt auf sie einwirken. Da die Pflegekräfte sich primär ihrer Station zurechnen, gehören auch die (Entscheidungs-)Strukturen der Organisation Krankenhaus zur Umwelt. Braun et al. (2010: 135) stellen in ihrer Studie fest: „Alle Faktoren, die mit der Organisation und Struktur des Krankenhauses zusammenhängen“ und nicht etwa mit anstrengenden Patient*innen und Angehörigen, Einzelschicksalen der Patient*innen und unregelmäßigen Arbeitszeiten zu tun haben, „stellen sich in mehr oder minder steigendem Maße als Belastungsfaktoren dar.“

6.1.1.1 Personalknappheit, hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck

Bei der Durchsicht der Interviewtranskripte wie auch der bereits existierenden Literatur wird deutlich, dass heute ein eng geflochtener und den gesamten Arbeitsalltag übergreifender Problemzusammenhang für die Pflegekräfte von zentraler Relevanz ist, der sich aus Personalknappheit, hohem Arbeitsaufwand und Zeitdruck zusammensetzt. Alle drei Komponenten dieses Zusammenhangs sind untrennbar miteinander verbunden: Bei der Personalknappheit bzw. beim Personalmangel handelt es sich um einen relationalen Sachverhalt, bei dem nicht nur berücksichtigt werden darf, wie viele Pflegekräfte in einer bestimmten Schicht anwesend sind, sondern auch gefragt werden muss, was und wie viel sie zu tun haben. Allerdings handelt es sich um Größen, die unabhängig voneinander und aus verschiedenen Gründen variieren. Situationen der Personalknappheit und hohen Arbeitsbelastung resultieren für die Pflegekräfte immer in Zeitdruck. Man kann also zunächst festhalten, dass es sich bei der perso-

nellen Ausstattung und der Arbeitsbelastung um zwei unabhängige Variablen handelt, deren – im Falle der personellen Besetzung – negativer oder – im Falle der Arbeitsbelastung – positiver Ausschlag immer in Zeitdruck als der abhängigen Variable resultiert.³ Je nachdem wie stark diese Ausschläge sind, kann sich die Personalknappheit zum Personalmangel, die Arbeitsbelastung zur Überlastung und der Zeitdruck zum Zeitmangel zuspitzen, wobei der Umschlagspunkt nicht objektiv festzusetzen ist. Auf den Zeitdruck kann dann einerseits reagiert werden, indem die Arbeit intensiviert wird, indem also in derselben Zeit mehr gemacht wird. Hierin ist allerdings eine Tendenz zur impliziten Rationierung angelegt – bspw. wird das Duschen auf ein kurzes Abspritzen reduziert. Eine andere Bearbeitungsform besteht in der Verlängerung des Arbeitstages, also darin, Überstunden zu machen. Eine dritte, durch den Schichtbetrieb eröffnete Möglichkeit besteht darin, bestimmte Arbeitsaufgaben an die nächste Schicht weiterzugeben – oder sie bleiben schlicht unerledigt.

Im Interviewmaterial wird die personelle Situation dahingehend beschrieben, dass es sich bei den jeweiligen Normalbesetzungen, also den eigentlich auf den Stationen geplanten personellen Besetzungen, bereits um Mindestbesetzungen handelt. Die Arbeitsbelastung ist somit bereits ständig hoch und schon in dieser Konstellation kann in der Regel nicht mehr so gepflegt werden, „wie du es mal gelernt hast“ (P2). Wenn dann Pflegekräfte ausfallen oder mehrere besonders aufwändige Patient*innen auf Station kommen, entstehen Arbeitsspitzen, die nur dadurch bearbeitet werden können, dass bei bestimmten Tätigkeiten Abstriche gemacht werden – sie fallen „hinten runter“ (P6) oder es muss eine „Triage“ (P1) gemacht werden. Aus Sicht der Pflegenden handelt es sich dabei um nicht kompensierbare Arbeitsspitzen (vgl. hierzu auch Braun et al. 2014: 81ff.), denn gerade dann müssen sie eine Pflege betreiben, die sich unterhalb ihres Anspruchs bewegt.

Die *Ursachen* für die jeweils konkrete Situation der Personalknappheit können sehr unterschiedlich sein.⁴ Sie kann einerseits auf die allgemeine Tendenz zurückgeführt werden, dass die verschiedenen Häuser auf ökonomischen Druck mit Einsparungen beim Pflegepersonal reagieren, und genau das tun auch alle interviewten Pflegekräfte. So etwa Frau Jandric, die bereits seit 33 Jahren im Pflegedienst tätig ist:

„Und dann irgendwann war ich Stationsleitung, ich weiß nicht mehr wann [lacht], ist schon lange her. Und dann, ja, dann lief das alles völlig normal. Wir hatten damals ’nen Stellenplan von 13 Mitarbeitern und das war schon ordentlich. [...] Und äh, ja, dann mussten – fing das an mit der Sparerei.“ (P2)

Andererseits aber ist die Abwesenheit von ausreichendem Personal in vielen berichteten Fällen auch durch – der Wahrnehmung nach zunehmende – Krankheitsausfälle oder den Abbau von Überstunden (P2) bedingt. Gleichzeitig nehmen die Pflegekräfte eine sinkende Bereitschaft der Kolleg*innen wahr, aus dem Frei zu kommen, so dass

3 Der Studie von Braun et al. (2010: 134f.) zufolge gaben in ihrer Befragung von 2006 68% der Pflegekräften an immer oder überwiegend unter hohem Zeitdruck zu arbeiten.

4 Dieser Umstand kann auch strategisch genutzt werden. So wurde etwa in einem Haus eine Stelle mit der Begründung nicht besetzt, es herrsche in der Region Fachkräftemangel, doch später fand der Betriebsrat heraus, dass sich eine hinreichend qualifizierte Person beworben hatte und die Stelle schlicht aus Kostengründen nicht besetzt wurde.

Ausfälle schwerer zu kompensieren sind. Oder aber es gibt tatsächlich einen (regionalen) Fachkräftemangel und offene Stellen können nicht (direkt) wieder besetzt werden. Insgesamt treten solche Fälle recht häufig ein, so dass die Normal- bzw. Mindestbesetzungen eher regelmäßig unterboten werden. So berichtet etwa Frau Henkel, sie hätten auf ihrer onkologischen Station eigentlich eine Mindestbesetzung von fünf Personen, wobei eine Pflegekraft im Außendienst arbeiten und vier in die Zimmer gehen sollten. „In der Regel sind wir aber weniger. Also wenn wir jetzt drei Examinierte sind, das ist eher die Regel, plus 'ne Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer oder 'nen Student oder 'ne Auszubildende“ (P3). Eine weitere Ursache für das Problem der Personalknappheit in der Pflege wird in der Schwäche der Berufsgruppe gesehen, sich gegen Personalreduktionen bzw. allgemein gegen ihre Arbeitsbedingungen zu wehren: „Renitenz und Pflegepersonal, das passt nicht gut zusammen“ (P3).

Auf die enge Verflechtung der personellen Besetzung und der Arbeitsbelastung verweist auch der Umstand, dass in den Interviews beide häufig zusammen auftauchen. Der Grad der *Arbeitsbelastung* ergibt sich neben der personellen Besetzung aber auch aus dem jeweiligen „Arbeitsaufkommen“ (H1; P7). Wenn die Pflegekräfte von Arbeitsaufkommen reden, beschreiben sie stets eine Komponente ihres Arbeitstags, die sie selbst nicht in der Hand haben, sondern die ihnen äußerlich vorgegeben ist. Stets geht es um etwas Unplanbares. Nicht nur kann es jederzeit Notfälle geben, für die Pflege unplanbar ist auch, welche Patient*innen mit welchem Pflegebedarf⁵ auf Station kommen und welche Anordnungen von den Ärzt*innen getroffen werden – insofern herrscht im Feld der Pflege eine prinzipielle „Variabilität der Arbeitsvollzüge“ (Siegrist 1978: 61 ff.).

Aus Sicht der Pflegekräfte lässt sich dabei nicht nur von einem hohen, sondern von einem erhöhten Arbeitsaufwand sprechen – sie haben den Eindruck, dass die Arbeitsbelastung in den letzten Jahren merklich zugenommen hat. Die *Ursachen* für diese Zunahme sehen die Pflegekräfte dabei vor allem 1. in einem erhöhten Pflegeaufwand der Patient*innen, der wiederum verschiedene Ursachen haben kann: Nicht nur (a) der demographische Wandel,⁶ sondern auch (b) der medizinische Fortschritt und (c) die Trennung zwischen ambulanten und stationären Behandlungen⁷ wurden

5 An dieser Stelle mitgedacht ist auch ein Patient*innentypus, den die Pflegekräfte als ‚schwierig‘ bezeichnen. Hierbei geht um Patient*innen mit besonderen Anspruchshaltungen, die ständig unnötig klingeln, einen speziellen, etwa aggressiven Charakter haben oder ähnliches (vgl. hierzu Kap. 6.1.2.1).

6 Herr Schimmeck brachte das Stichwort der ‚geriatrischen Intensivstation‘ ins Spiel. Beispiele für den erhöhten Pflegeaufwand bei älteren Patient*innen sind der erhöhte Bedarf an Mobilisation oder ein erhöhter Aufwand im Nachtdienst. Frau Jandric fasst zusammen: „Früher hast du auch mal junge Leute da gehabt, die waren dann selbständig, da musset du nicht viel machen, da hast geguckt, schnauft, alles gut, ja. Das war kein Problem. Heute sind sie aber wirklich - die musset sie lagern, du musset auch nachts fragen: ‚Wollen sie was trinken?‘ Ja. Musset sie frisch machen, weil sie sich eingenäset haben oder so. Also das ist schon, ähm, viel mehr geworden.“ (P2)

7 Aus dem Bereich der Onkologie berichtet Frau Henkel, dass diejenigen Patient*innen, die „noch einigermaßen gut beisammen sind“, ambulant behandelt werden, so dass nur noch

in den Interviews als Gründe für einen erhöhten Pflegeaufwand angeführt. Hinzu kommen 2. die Aufgaben, die von ärztlicher Seite aus auf die Pflegekräfte übertragen werden (bspw. Infusionen anhängen)⁸ und 3. neue Aufgaben, die aufgrund des Abrechnungssystems (DRGs/PKMS) oder im Rahmen von Zertifizierungen und Qualitätsmanagement an die Pflege herangetragen werden (Dokumentationsaufwand, Medikamentenschränke regelmäßig prüfen etc.). Außerdem darf 4. zumindest von der Idee her heute kein Bett mehr frei bleiben, so dass es keine „Flautezeiten“ (P1) mehr gibt.⁹ Interessant ist, dass die kürzere Verweildauer der Patient*innen gegenüber der Prä-DRG-Zeit, die in der Literatur stets als eine Ursache der Arbeitsverdichtung angegeben wird, von den Interviewten nicht thematisiert wird.

Welche *Konsequenzen* der Problemzusammenhang von Personalknappheit, hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck zeitigt, ist nur schwer in Gänze darzustellen, schließlich handelt es sich um den zentralen, übergreifenden Problemzusammenhang. Hier soll nur kurz auf die Konsequenzen hingewiesen werden, die auf der Grundlage der Interpretation der Interviews als besonders relevant gelten dürfen: Von professioneller Pflege kann unter diesen Bedingungen keine Rede sein. In Situationen der hohen Arbeitsbelastung – die aus der Sicht der Pflegenden vor dem Hintergrund ihres Anspruchs Überlastungen sind – ist der Arbeitstag gekennzeichnet vom „Gerenne von einer Notwendigkeit zur nächsten Notwendigkeit“ (P7) und somit kaum in eine Struktur zu bringen. Unter den Bedingungen einer hohen Arbeitsbelastung werden Tätigkeiten, die eigentlich als sinnvoll und wichtig erachtet werden, zu einer weiteren Belastung. Hierzu zählt insbesondere die Einarbeitung neuer Kolleg*innen, die Zusammenarbeit mit unerfahrenen Kolleg*innen, denen zu helfen man eigentlich keine Zeit hat, die Pflege von aufwändigen Patient*innen oder die Ausbildung von Schüler*innen. Pausen fallen aus oder Überstunden an. All das führt dann dazu, dass die Freizeit kaum mehr anders genutzt werden kann als zur Erholung von diesen Arbeitsbedingungen, was gerade von den jüngeren Pflegekräften thematisiert wird – die „Lebensqualität“ leidet (P8).

Bei der *Bearbeitung* des Problems der hohen Arbeitsbelastung und des Zeitdrucks spielt für die Pflegekräfte die Differenz von erfahrenen und jungen Kolleg*innen eine besondere Rolle. Der Grundtenor ist, dass es zumindest eines gewissen Maßes an Erfahrung bedarf, um mit den aktuellen Anforderungen umgehen und die Unplanbar-

die Patienten zu ihnen auf Station kommen, „denen es körperlich halt richtig schlecht geht“ (P3) und die entsprechend einen höheren Pflegebedarf haben.

- 8 „Also es gab mal Tätigkeiten vor 20 Jahren, da war das völlig undenkbar, es hat nicht mal ein unerfahrener Assistenzarzt bestimmte Sachen gemacht. Das war so die Aufgabe vom Oberarzt oder vom Facharzt, der sich auskannte. Und die sind automatisch praktisch an uns delegiert worden. Z.B. kriegen ganz viele Patienten Pleuraergüsse bei uns, da wird 'ne Pleuradrainage gelegt und so 'ne Drainage, die muss man regelmäßig ausspülen, ne. Vor 20 Jahren war das sozusagen jetzt, so definitiv 'ne Arztaufgabe, das zu machen, heute ist das ganz selbstverständlich unsere Aufgabe.“ (P1)
- 9 Die Pflegekräfte spielen hiermit darauf an, dass die Krankenhäuser heute versuchen, die Betten immer möglichst voll zu haben, die Aufnahmen also nicht dem Zufall überlassen, sondern eine Rationalisierung in der ‚Kundenakquise‘ vorgenommen haben. Diese Strategie wird freilich von verschiedenen Häusern in verschiedenem Maße und mit verschiedenem Erfolg verfolgt. Dennoch ist das Prinzip bei den Pflegekräften angekommen.

keit der Arbeit handhaben zu können; diese Fähigkeit gehört zum pflegerischen Habitus (vgl. Allen 2015: 61). So berichtet etwa Frau Henkel über die oben beschriebene Problemkonstellation:

„Dann kommen sehr viele ungeplante Zugänge, also das ist dann immer wieder ein Umswitchen von dem, was ich eigentlich, wie ich eigentlich meinen Tag geplant habe, zu dem, wie es dann tatsächlich abläuft, da muss man immer sehr flexibel sein und ähm und es erfordert auch schon viel Erfahrung, um das dann bewältigen zu können. Also, das ist ähm nicht einfach.“ (P3)

Neben diesem grundsätzlichen Erfordernis, dass die Bewältigung des Alltags Erfahrung braucht, kommt hinzu, dass in Situationen einer hohen Arbeitsbelastung insbesondere die erfahrenen Kolleg*innen viel auffangen müssen – sei es, dass sie von den Unerfahrenen gefragt werden, wo Abstriche gemacht werden können; sei es, dass sie unerfahrenen Kolleg*innen helfen müssen; sei es, dass sie (regelmäßig) die Schichtleitung übernehmen. Frau Yildiz, die auf einer Intensivstation arbeitet, „stinkt“ die Situation besonders und bringt sie so auf den Punkt:

P8: „Jetzt mittlerweile, ich bin jetzt sechs Jahre da ähm, [stöhnt], es ist eigentlich immer jemand mit mir im Dienst, der weniger Erfahrung hat, äh, sprich: Ich habe immer drei Patienten, ja, weil äh, man muss ja so viel Rücksicht nehmen auf die neuen Kollegen. Was halt auch vielen stinkt.“

RM: „Ähm was ist das da genau, was, äh, was euch da stinkt?“

P8: „Ähm naja gut, dass die Arbeitsbelastung für einen selbst eigentlich immer hoch ist, ja. Ich bin mit ’nem neuen Kollegen eingeteilt, heißt ich habe drei Patienten, der andere hat zwei, ähm, dann kommt noch dazu, dass der neue Kollege noch nicht so selbständig ist äh wie ich, das heißt, der hat noch tausend Fragen in seinem Dienst, das heißt zusätzlich zu den drei Patienten, die ich zu betreuen hab, muss ich auch noch meinem Kollegen helfen, obwohl ich keine Zeit dazu habe.“

Hinzu kommt, dass Tätigkeiten wie die Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen und die Ausbildung von Schüler*innen tendenziell von den erfahreneren Pflegekräfte übernommen werden, die gleichzeitig in der Regel auch die höchste Anzahl an Patient*innen betreuen. Insgesamt zeichnet sich so ein Bild ab, in dem insbesondere die erfahrenen Pflegekräfte über Gebühr beansprucht werden. Sie sind es, die Arbeitsspitzen kompensieren oder aushalten müssen. So erzählt etwa Frau Yildiz, kurz nachdem sie erwähnt hat, dass mittlerweile immer jemand mit ihr Dienst hat, der noch nicht so lange dabei ist wie sie:

„Und ähm, ja, wenn ich ganz viel Pech hab, hab ich auch noch jemanden zum Einarbeiten dabei oder ’nen Schüler, ja, also – das war gestern, gestern im Spätdienst war das genauso. Ich hatte drei Patienten, war die Schichtleitung und hatte noch jemanden zum Einarbeiten dabei und neben mir halt ähm ’ne Kollegin mit weniger Erfahrung.“ (P8)

Ein (häufig gewählter) Ausweg aus dieser Situation besteht im Übergang zur Teilzeitarbeit. Neben dieser Reduktion der Arbeitszeit, die man sich finanziell auch leisten können muss, bleiben allerdings noch weitere *Exit*-Optionen: der Wechsel auf eine andere Station oder in ein anderes Haus, der Wechsel von der Pflege in das Controlling oder der komplette Ausstieg aus dem Krankenhaussektor (vgl. hierzu die NEXT-Studie: Hasselhorn et al. 2005). Bevor zu solchen Maßnahmen übergegangen wird, gibt es freilich auch noch die Möglichkeit, mit Überlastungsanzeigen bei den Vorgesetzten auf die Situation aufmerksam zu machen. Diese Option wird von den Pflegekräften jedoch tendenziell als problematisch oder zumindest ambivalent wahrgenommen, da die Anzeigen einerseits als Ausdruck dafür interpretiert werden, dass man seine Arbeit nicht schafft, ergo: nicht professionell genug arbeitet, andererseits aber wissen die meisten auch um die Konsequenzlosigkeit der Überlastungsanzeigen.

Wichtig zur Bewältigung einer hohen Arbeitsbelastung ist außerdem ein funktionsfähiges Team.¹⁰ Im Sample sind es entsprechend gerade die Pflegekräfte, die aktuell oder seit längerem kein gut funktionierendes Team um sich haben, die ihre Station kurze Zeit nach dem Interview verlassen haben.

6.1.1.2 Die Personalfluktuat

Bei der Personalfluktuat handelt es sich ebenfalls keineswegs um ein neues Problem.¹¹ Löffert/Golisch (2013: 30f.) berichten, 2011 habe es unter den Pflegekräften eine Fluktuationsrate von ca. 6% gegeben. Mit eingerechnet sind dabei aber nur diejenigen Pflegekräfte, die den Arbeitgeber verlassen haben. Nicht mit einbezogen sind all jene Pflegekräfte, die innerhalb eines Hauses die Abteilung wechseln.¹² Für die Pflegekräfte hat dieser hausinterne Wechsel allerdings eine ganz ähnliche Bedeutung wie die anderen Formen der Fluktuat. Im vorliegenden Sample befinden sich drei Pflegekräfte, die ‚fluktuat‘ sind.

Worum geht es aus Sicht der interviewten Pflegekräfte bei der Fluktuat? Auf die offen gestellte Frage, was man sich unter Personalfluktuat vorstellen könne, antwortet Herr Becker, seit er vor eineinhalb Jahren auf der Intensivstation angefangen habe, hätten mindestens vier Kolleg*innen die Station verlassen – entweder hätten sie gekündigt oder die Abteilung gewechselt. Direkt im Anschluss erzählt er, es seien „unglaublich viele Leute neu“, womit er einerseits die „vier oder fünf“ Kolleg*innen meint, die sich in Einarbeitung befinden, und andererseits diejenigen „zwei oder drei, die noch nicht so lange eingearbeitet sind“ (P6). Und demnächst wechse

10 Ein gutes Team stellt generell einen zentralen Faktor für die Arbeitszufriedenheit dar: „The importance of effective teamwork in nursing and healthcare cannot be overemphasized. Nurses stay in jobs where teamwork is effective. Furthermore, when nurses work on effective teams, they are more productive and less stressed, the quality of care they deliver is higher, there are fewer errors, and patients are more satisfied.“ (Kalisch/Weaver 2009: 298)

11 So führt bspw. Elkeles die „hohe Fluktuat und kurze Verweildauer im Beruf bei Pflegekräften“ (1988: 12) neben nicht näher benannten vielen anderen Gründen auf die mit der Funktionspflege einhergehende Demotivat

12 Auch andere Studien wie die groß angelegte NEXT-Studie beziehen sich primär auf den Berufsausstieg (vgl. etwa Hasselhorn et al. 2005 und Braun/Müller 2005).

wieder eine Kollegin, die schon 20 Jahre dort arbeitet, hausintern die Station. Bereits an dieser Beschreibung wird deutlich, dass die Fluktuation aus Sicht der Pflege unmittelbar mit einem höheren Arbeitsaufwand verbunden ist, da selbst wenn die frei werdenden Stellen direkt wieder besetzt werden, die neuen Kolleg*innen eine Einarbeitung brauchen. Herr Becker führt das Thema mit folgendem Wortlaut in das Interview ein:

„Also es gibt wie auf den meisten Intensivstationen ’ne ordentliche Personalfuktuation ähm mit entsprechend viel Reibungsverlust durch ähm Einarbeitung und so weiter. Ähm, werden auch relativ viele wirklich komplette Berufseinsteiger eingestellt, die dann halt wirklich ’nen halbes Jahr brauchen bis die halbwegs auf dem Stand sind, wo die Intensivpatienten auch betreuen – also wirklich Intensivpatienten, beatmete Patienten betreuen können.“ (P6)

Zur Einarbeitung meint er später im Interview:

„Also ich würd mal sagen, man kann keine vernünftige Einarbeitung machen, wenn man mehr als zwei Patienten betreuen muss, egal was für Patienten das sind, weil das ist einfach mehr(!) Aufwand. Man kann nicht irgendwie vier Patienten betreuen und dann zwischen Tür und Angel noch Einarbeitung machen, weil es ist einfach – also wenn ich vier Patienten allein betreue, ist das trotzdem weniger aufwändig als wenn ich zu zweit vier Patienten betreue und noch Einarbeitung machen muss.“ (P6)

Neben dieser Assoziation von Fluktuation und mehr Aufwand durch Einarbeitung bzw. die Hilfebedürftigkeit neuer Kolleg*innen auch nach der offiziellen Phase der Einarbeitung kommt hinzu, dass sich das Verhältnis von erfahrenen und neuen Pflegekräften zuungunsten ersterer verschiebt. Entsprechend berichten selbst zwei junge Interviewpartner*innen mit einer Berufserfahrung von eineinhalb bis zwei Jahren, dass sie in ihren Schichten häufig diejenigen mit längerer Berufserfahrung sind und entsprechend von Neulingen beansprucht werden. Bei der Hebamme, Frau Söllner, ist die Situation derart zugespitzt, dass sie häufig die Dienstälteste ist und entsprechend die Schichtleitung und damit auch inoffiziell die Verantwortung für das Handeln der jüngeren Hebammen übernimmt – und das, obwohl sie selbst noch „tausend Fragen“ (H1) hat.

Da es gerade die erfahrenen Pflegekräfte sind, die Situationen einer hohen Arbeitsbelastung auffangen, wird hier deutlich, dass die Personalfuktuation ein Problem darstellt, das den übergreifenden Problemzusammenhang von Personalmangel, hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck in doppelter Hinsicht – höherer Aufwand durch Einarbeitung und Wegbrechen von Erfahrung – weiter zuspitzt.¹³

13 Noch weiter zuspitzen ließe sich diese Problemkonstellation, wenn man berücksichtigt, dass die erfahrenen Pflegekräfte auch die sind, denen eine gewisse ‚natürliche‘ Autorität zukommt, die sie gegenüber einerseits den Ärzt*innen, andererseits aber auch den Vorgesetzten ausspielen können, um Prozesse abzuwehren, die die Arbeitssituation der Pflegekräfte weiter verschlechtern. Das aus langjähriger Erfahrung erwachsende Selbstbewusstsein wird insbesondere bei Frau Jandric deutlich, die im Sample diejenige ist, die die längste Berufserfahrung hat: „Und somit wird es ’n bisschen schwierig im Moment wieder, auch die Zusammenarbeit [mit den Ärzt*innen; R.M.], dass ich, ich(!) alte Frau mir von so ’ner

Eine weitere Dimension dieses Problems liegt in einer Erfahrung, die man als Erfahrung des Sisyphos bezeichnen kann: Die erfahrenen Pflegekräfte stecken Arbeit in die Einarbeitung oder auch die Ausbildung von Pflegekräften zu Praxisanleiter*innen und dann verlassen die Leute, die sich gerade zu einem eigenständig funktionsfähigen Teammitglied gemausert haben, aber auch schon wieder die Station und man muss dieselbe Energie und Zeit bei den neu dazukommenden Pflegekräften wieder investieren. Eine solche Erfahrung kann langfristig zu Demotivation führen. So meint Herr Niedhoff in Bezug auf „ausländische Mitarbeiter“:

„Ich mein, das ist extrem aufwendig und viel Arbeit, jemanden einzuarbeiten in dieser Art und sehr, sehr traurig, wenn die dann nach einem oder nach zwei Jahren wieder gehen, weil das ist zwar finanziell kein Aufwand, aber die Energie und die Zeit, die man da rein steckt – und für die ist es sicherlich auch nicht leicht. Manche gehen auf dem halben Weg kaputt und gehen dann wieder nach Hause. Aber, das ist wirklich eine extreme Belastung und sehr viel Arbeit.“ (P5)

Die *Ursachen* für die Fluktuation sind vielfältig. Es können einerseits idiosynkratische Motive ausgemacht werden, die Station zu verlassen, weil das Fach einem nicht liegt. Daneben spielen strukturelle Gründe eine Rolle wie vor allem die hohe Arbeitsbelastung, geringe Wertschätzung der Arbeit durch Vorgesetzte oder organisationale Restrukturierungen, die zu einer Veränderung der Patient*innenklienten führen.

Die hohe Fluktuation hat *Konsequenzen* für wesentliche Faktoren einer hohen Arbeitszufriedenheit: Zum einen besteht die Gefahr, dass das für die Arbeitszufriedenheit zentrale Teambuilding immer wieder unterminiert wird. Zum anderen braucht es immer wieder den Aufwand einer Einarbeitung, d.h. die Fluktuation führt zu einer höheren Arbeitsbelastung, die zugleich mit der Erfahrung des Sinnlosen und der Sisyphusarbeit einhergeht, also der Erfahrung, dass man sich Mühe gibt und die Person, in die man so viel Arbeit investiert hat, dann doch wieder geht, woraufhin wieder jemand neues kommt und eingearbeitet werden muss.

6.1.1.3 Unterbrechungen

Unterbrechungen stellen einen zentralen Faktor der Arbeitsbelastung in der Pflege dar (vgl. Arnold 2008: 206ff.; Baethge/Rigotti 2013). In einer Befragung von 2006 gaben 43% der Pflegekräfte an immer oder überwiegend mit störenden Unterbrechungen konfrontiert zu sein (vgl. Braun et al. 2010: 134f.). Wenn es explizit um das

Rotznase, sag ich mal, [schmunzelt] Gott weiß was sagen lassen muss am Telefon, wobei ich alleine auf dieser Station die Frauenklinik betreuen könnte. Mal 'nen ganzen Tag ohne Arzt oder auch zwei, das wär gar nicht schlimm. Aber die können ja nicht ohne Pflege. Und dann sag ich: ‚Sag mal, wie redest du eigentlich mit mir.‘ Da kommt so das: ‚Äh, ja, wieso soll ich jetzt kommen?‘ Sag ich: ‚Weil ich dir das sag.‘ Ja. Erstens mal war ich ja Stationsleitung und zweitens hab ich dreißig Jahre Frauenklinik gemacht. Was will die mir erzählen, ja, wenn die gerade aus der Uni kommt. Da sag ich: ‚Das ist noch n Unterschied‘, sag ich, ‚wer dich anruft.‘ Ja, ‚und wenn ich dir sag, du müsstest dir die Frau angucken, dann musst du dir die Frau angucken.‘“ (P2) Von den jüngeren Pflegekräften waren solche Töne nicht zu hören.

Thema der Unterbrechungen geht, sind es im vorliegenden Interviewmaterial vor allem folgende Umstände, die angesprochen werden: Das Klingeln des Telefons, die Anordnungen der Ärzte und die Patientenklingeln; da Intensivstationen nicht so einfach zugänglich sind wie Allgemeinstationen, kommt hier noch die Klingel der Eingangstür als besonderer Faktor hinzu.

Welche Rolle Unterbrechungen im Alltag der Pflegenden spielen wurde am ehesten im Rahmen ihrer Beschreibungen eines ‚typischen‘ Arbeitstages sichtbar, in denen sie ständig präsent waren. Diese Beschreibungen strukturieren sich durch die Differenz von Grundstruktur und Strukturlosigkeit, von geplanten und ungeplanten Tätigkeiten. Unterbrechungen gehen deshalb tendenziell in der generellen Unplanbarkeit und Strukturlosigkeit der pflegerischen Arbeit, in der „Variabilität der Arbeitsvollzüge“ (Siegrist) unter und es fällt entsprechend nicht leicht, das Problem der Unterbrechungen zu isolieren. Es gibt einen nahtlosen Übergang zwischen den Themen der generellen Unplanbarkeit des Arbeitstages, der „Störungen“ durch Angehörige oder andere Berufsgruppen und der „Unterbrechungen“.

Unterbrechungen sind freilich nur dann Unterbrechungen, wenn die Pflegenden *aktuell* einer *bestimmten* Tätigkeit nachgehen. Hierzu zwei klassische Beispiele:

„Ich bin am Waschen und dann kommt ’ne junge Assistenzärztin rein und macht Visite während der Patient nackt im Bett liegt. Und das ist schon sehr störend und, ja, wir können eigentlich keine Arbeit schön in Ruhe fertig machen, das ist so gut wie unmöglich. Es klingelt das Telefon, dann muss man zwischendurch schnell was erledigen, dann kommen irgendwelche Anordnungen, dann klingelt es natürlich auch sehr oft, ähm, so dass man da halt nochmal nach der Klingel gucken muss.“ (P3)

„Also ich fand das sehr belastend und sehr störend mit dem Telefon rumzurennen, wenn du ’nen Patienten pflegst. Also, [lacht] der ist nackig vor dir und du wäschst den und das Telefon klingelt und ge-: ‚Ja, zum Röntgen, ja ok.‘ [lachen] und dann gehst du erst mal weg und bringst jemand zum Röntgen oder so, und der liegt da halb zugedeckt, also, ja, das fand ich sehr, sehr störend.“ (P7)

Störungen liegen darüber hinaus vor, wenn ein geplanter „Arbeitsablauf“ (P7), also eine geplante *Reihenfolge* verschiedener Tätigkeiten nicht oder nur durch Ablenkungen eingeschränkt eingehalten werden kann. So werden von Frau Henkel etwa Angehörige als störend empfunden, die schon vormittags da sind und die man erst aus dem Zimmer schicken muss, bevor man mit dem Waschen anfangen kann; „ständig(!) ist irgendjemand im Zimmer“ (P2), beschwert sich Frau Jandric; Verlegungen, Neuzugänge und Notfälle sind es bei Herrn Ortlieb, die einen „flüssigen Arbeitsablauf“ (P7) stören.

Unterbrechungen und Störungen stehen also immer im Gegensatz zu *geplanten Tätigkeiten* oder einem geplanten *Tätigkeitsablauf* und sind insofern mit der generellen Unplanbarkeit und Unstrukturiertheit des Arbeitstages verknüpft, die sich aus Sicht der Pflege vor allem aus zwei Quellen speist: a) aus der eigentümlichen zeitlichen Rhythmik der Patient*innenbedürfnisse¹⁴ und b) aus der wiederum eigenen zeit-

14 So schreibt auch Doris Arnold auf Grundlage ihrer Beobachtungen: „Pflegerinnen waren rund um die Uhr nicht nur für festgelegte und planbare Tätigkeiten zuständig, sondern auch und

lichen Rhythmik der Bedürfnisse der arbeitsteiligen Organisation Krankenhaus, der anderen Berufsgruppen und Abteilungen (vgl. auch Arnold 2008: 235; Allen 2015: 58ff.). Besonders interessant und prototypisch ist in diesem Zusammenhang die Erzählung von Frau Jandric zu ihrem typischen Arbeitstag:

„Und das [mit den Patienten „Dummschwätzen“; R.M.] gehört ja alles dazu, ja, und nicht nur reinkommen, Blutdruck messen, Puls fühlen, ja, Verband machen, raus. Aber so ist es mittlerweile manchmal. So, dass man sich mal Zeit nimmt und auch ’ne Ansprache hat, auch so wenn du – wenn jemand wirklich da liegt und gar nichts machen kann, ja, und du sagst, meine Güte, ja, dieser arme Mensch wird bald sterben, dass du mal so ’n bisschen dir Zeit nehmen kannst, um die Pflege so zu machen, wie du es mal gelernt hast und wie du es dir vorstellst, ohne Hektik, ja, und so zu sagen, boah ey, ich hab ja nur ’ne viertel Stunde Zeit, ja. Dann dass du einfach sagen kannst, ich nehm’ mir jetzt ’ne halbe Stunde und dann kann ich ja später nochmal hingehen. Du musst – wenn sie nicht essen können, musst du das Essen anreichen, du musst zwischendurch reingehen, ähm, trinken anreichen. Das ist ja auch nicht nur: ach, morgens ’ne Tasse Kaffee und mittags ’nen Glas Wasser, das – musst ja immer weder hingehen, ja. Mundpflege machen zwischendurch und auch Lagern, dass sie keine Druckstellen bekommen, also das – man kann so ’nen Tag ganz schlecht, so in so ’ne Form pressen, weil das ständig so kreuz und quer geht, ja, zwischendurch geht dann das Telefon, ja, dann prämedizier’ mal den Herrn Meyer, der muss jetzt in den OP, der wird gleich geholt. Da rennst du von deiner Arbeit weg, machst den nächsten Patienten fertig. Also, das sind ja vielleicht, wenn du Pech hast sieben Patienten am Tag, oder acht, vielleicht auch mehr. Das ist verschieden, ja, dann kommen die ja auch wieder nach oben, dann musst du die besonders kontrollieren, ja, sind die ansprechbar, geht’s denen gut, atmen die gut, dass denen nichts passiert, also das ist so – immer irgendwas. Und jetzt werden die Medikamente ja nicht mehr nachts gerichtet, die Tabletten für den nächsten Tag, das wird jetzt im – meistens im Frühdienst gemacht unter einem Vier-Augen-Prinzip. Jetzt stell dir vor – examiniert natürlich, ja – da sind nur zwei Examierte und die sollen dann 27 Patienten die Tabletten richten, zu zweit, da kommst du aber in Schwulitäten, ja. Und das macht wahrscheinlich auch keiner, wenn sie auch alle sagen: ‚Ja, wir machen das.‘ So, und das läuft so alles zwischendurch. Dann kommen die Sozialarbeiter und, und, ähm, haben ihre Fragen, wann die Leute nach Hause sollen, das musst du alles so nebenbei machen. Die Visite musst du ausarbeiten, was haben die Ärzte angeordnet. Ja, so, was weiß ich, sagen wir mal z.B. das Labor für den nächsten Tag, dann füllst du die Karten aus und legst sie zur Seite, macht dann der Nachtdienst, ja, aber du musst es ja vorbereiten. Ja. Die Medikamente aktualisieren. Und am schlimmsten ist die Dokumentation. Die nimmt den meisten – die meiste Zeit in Anspruch.“ (P2)

Frau Jandric beschreibt hier (und in den vorangegangenen Sätzen) zunächst, wie sie sich Pflege vorstellt: Es geht ihr darum, sich für die Patient*innen Zeit nehmen zu können, genauer: nicht nur einmal eine viertel Stunde da zu sein, sondern länger *und später nochmal*. Dass man später nochmal hin müsste, bildet dann eine thematische Brücke zur *eigenen zeitlichen Rhythmik der Patient*innenbedürfnisse*, die verlangen,

gerade für die nicht planbaren Bedürfnisse von PatientInnen. Die ‚Störungen‘ durch das Klingeln von PatientInnen gehörten also zu den zentralen Inhalten der Pflegearbeit und waren doch gleichzeitig für Pflegenden und auch in einigen Fällen für PatientInnen belastend.“ (Arnold 2008: 207)

dass man „immer wieder“ hingeht.¹⁵ Diese Thematik führt Frau Jandric dann zu der allgemeineren Aussage, ein Tag lasse sich schlecht in eine Form pressen, weil alles „kreuz und quer“ gehe. Erst im Anschluss daran kommt sie auf das Telefon, die zentrale Schnittstelle zwischen Station und Umwelt, zu sprechen. Die Unplanbarkeit, das Kreuz-und-Quer des Arbeitstages,¹⁶ bezieht sich damit jetzt nicht mehr auf die Patient*innenbedürfnisse, sondern auf die ‚Bedürfnisse‘ der arbeitsteiligen Organisation: „Herr Meyer“ muss *jetzt* in den OP. *Hektik* entsteht der Konstruktion von Frau Jandric zufolge also vor allem dann und dadurch, dass die Patient*innenbedürfnisse mit ihrer speziellen Zeitlichkeit einerseits und die Bedürfnisse des organisational-arbeitsteiligen Ablaufs mit wiederum ihrer eigenen Zeitlichkeit unter Bedingungen des Zeitdrucks miteinander vereinbart werden müssen.

Gleichzeitig zeigt sich in der beispielhaften Erzählung über Herrn Meyer, dass die Bedürfnisse der arbeitsteiligen und primär auf die „Zweckveranstaltung“ (Rohde) der Medizin gerichteten Organisation Krankenhaus dominieren: Wenn das Telefon klingelt und Herr Meyer für den OP vorbereitet werden muss, „rennst du von deiner Arbeit weg“. Durch die Folgesequenz wird deutlich, was Frau Jandric hier mit „deiner Arbeit“ meint: Der*die nächste Patient*in, zu dem*der man rennt, ist auch ein*e Patient*in, der*die im eigenen Bereich angesiedelt ist, der aus sieben, acht oder mehr Patient*innen besteht, und in diesem Sinne der Bereichspflege eigentlich auch ihr* Patient*in ist und somit auch Teil ‚deiner Arbeit‘. Was also macht hier die Differenz aus? Die Differenz besteht darin, dass Frau Jandric ‚vom Telefon‘, also *von außen* zum anderen Patienten gerufen wurde, während sie gerade einer von ihr selbst geplanten Tätigkeit nachgeht. Entsprechend zeichnet sich ‚deine Arbeit‘ dadurch aus, dass Frau Jandric sie sich selbst organisiert hat. Die Arbeit, die die Pflege sich selbst organisiert, ist den medizin- und organisationsnahen Aufgaben, die Frau Jandric von außen (Telefon) angetragen werden, also untergeordnet; sie bleibt liegen, wenn letztere sich ankündigen, wie bereits von Doris Arnold (2008: 209) beobachtet wurde: „Es gab [...] eine Rangordnung von Aufgaben im Krankenhaus, in der die Arbeit der Pflegenden in der Regel derjenigen der ÄrztInnen und den Abläufen von Diagnostik und Therapie untergeordnet war.“

Ein Beispiel für die teilweise konfligierenden Rhythmen der verschiedenen Berufsgruppen und die Dominanz des ärztlichen Funktionskreises gibt Herr Schimmeck:

„Also das klassische Beispiel ist z.B. es ist ganz anstrengend ’nen Intensivpatienten, wenn er lange Zeit beatmet war, den wieder dazu zu bringen, dass er isst, ne. Weil er halt schlapp ist und essen anreichen, klassische 12 Uhr, wenn halt das Essen kommt, aber es kann halt sein um 12 Uhr ist Visite, dann hat man keine Zeit dazu. Dann sagt man eben zum Patienten, wenn der

15 Es sind auch Patient*innenbedürfnisse, die über die Klingel artikuliert werden.

16 Eine vertiefte Analyse zeigt auch, dass Frau Jandric jede Erzählung über eine spezifische Tätigkeit mit einer Coda beendet, so dass hier auch sprachlich ihre Beendigung als Zielpunkt zum Ausdruck kommt: Das Thema der postoperativen Kontrollen der Patient*innen wird mit der Coda „immer irgendwas“ beendet. Dann fällt Frau Jandric das Medikamente stellen ein und sie beendet dieses Thema mit der Coda: „das läuft alles zwischendurch“. Dann kommen ihr die Sozialarbeiter in den Sinn – Coda: „das musst du alles so nebenbei machen“.

jetzt nicht unbedingt um 12 Uhr auch was essen will: ‚wir machen’s zwischen 13 und 14 Uhr‘, weil dann kann ich’s halt in Ruhe dann machen.“ (P1)

Zur *Bearbeitung* des Problems der Unterbrechungen kommen auch hier wieder Priorisierungen und Praktiken der „temporal articulation“ (Allen 2015: 58) zum Zuge. Während der Hunger des Patienten keine unmittelbare Bearbeitung verlangt und man mit ihm darüber reden kann („dann sagt man eben zum Patienten“), die Essensausgabe zu verschieben, gibt es bei der Visite keine Option, sie zu verschieben – entweder man ist jetzt anwesend oder gar nicht. In solchen Situation kommt es dann zu einer Priorisierung der medizinischen Tätigkeiten (es sei denn, der Patient klagt sein Essen vehement ein: „wenn der jetzt nicht unbedingt um 12 Uhr auch was essen will“). Diese Priorisierung zeichnet sich auch in der von Frau Henkel berichteten Praxis ab, zu versuchen, sich die Arbeit im Laufe des Tages so zu organisieren, dass sie nach den mittäglichen Besprechungen der Ärzte einen Freiraum hat, um deren Anordnungen auszuarbeiten und dem Spätdienst nicht zu viel Arbeit liegen zu lassen.

Anders scheint die Lage bei Organisationsaufgaben zu sein, wie sich an der Thematisierung des Außendienstes ablesen lässt. Dieser wird von Frau Jandric als „immens wichtig“ bewertet, „weil er dir viel abnehmen kann [...] so die Organisation halt auch“ (P2). Hier versuchen die Pflegekräfte nicht wie bei der Visite oder den Anordnungen von sich aus Möglichkeiten zu finden, den organisationalen Anforderungen nachzukommen, sondern sie sind froh, wenn sich jemand anderes darum kümmert. Die Auslagerung des Telefons aus der Bereichspflege (beispielsweise an eine Stationsassistentin oder die Schichtleitung) ist ein zentraler Mechanismus zur Reduktion von solchen Unterbrechungen.

Neben den ärztlichen Anordnungen und dem Telefon waren es vor allem die Patient*innenklingeln, die als Unterbrechungen thematisiert wurden. Auch im Umgang mit diesem Problem wird ein funktionsfähiges Team, in dem man sich gegenseitig unterstützt, als wesentlich eingeschätzt, denn es entstehen häufiger Situationen, in denen Pflegekräfte nicht auf ‚ihre‘ Klingel gehen können, da sie anderweitig beschäftigt sind. In diesen Situationen ist es hilfreich, wenn Kollegen aus dem Team kurz einspringen, was aber auch nicht überall gemacht werde:

„Ich hab es erlebt, dass wirklich gesagt wurde: ‚Ne, das ist nicht mein Bereich, da geh ich nicht hin.‘ Ist natürlich schwierig, weil es kann auch sein, dass es ’nem Patienten in dem Moment schlecht geht und die Kollegin und die Kollegen da grad nicht rein gehen kann und das kann schon ’nen Problem sein.“ (P3; vgl. auch Arnold 2008: 267)

6.1.2 Interaktionsverhältnisse

Die Pflege ist als soziale Dienstleistungsarbeit, die innerhalb einer Organisation stattfindet, in der sich mehrere weitere Berufsgruppen bewegen, in hohem Maße durch die Interaktion mit anderen Akteur*innen geprägt. Die wesentlichen Arbeitsinhalte der Pflege sind durch diesen interaktiven Charakter bestimmt. Das betrifft nicht nur die Arbeit mit ihrem ‚Arbeitsgegenstand‘, dem*der Patient*in, sondern auch die verschiedenen Formen der „organising work“ (Allen 2015), denn auch die Koordination der verschiedenen an eine Falltrajektorie angegliederten Prozesse sowie das Sammeln von prozessrelevantem Wissen findet interaktionsförmig statt. Dabei spielen

selbstverständlich auch eine Reihe von Artefakten wie etwa technische Geräte, die Patient*innenakte oder andere Notationssysteme eine Rolle, aus Sicht der Pflege stehen jedoch die durch sie vermittelten Interaktionen im Fokus ihrer Arbeit. Während es im vorherigen Abschnitt um die Arbeitsbedingungen ging, die von den Pflegenden als äußerlich vorgegebene, objektive Umstände erlebt werden, geht es also nun um die konkrete Arbeit, die unter diesen Bedingungen zu erledigen ist.¹⁷

6.1.2.1 Pflege-Patient*innen

Die Patient*innen sind der zentrale Bezugspunkt der gesamten Zweckveranstaltung des Krankenhauses. Sie bilden, wie Rohde notiert, den „Angelpunkt des Normhorizontes, der als apersonale Autorität über dem Funktionsentwurf der Institution schwebt“ (Rohde 1974: 218). Zwar erscheinen sie je nach Position-Funktion der Akteur*innen, die mit ihnen interagieren, in anderer Gestalt, doch gerade für die Pflege gilt: Was aus ihrer Sicht zur Versorgung der Patient*innen nicht beiträgt, wird tendenziell als sinnlos betrachtet.¹⁸ In diesem Teilabschnitt geht es allerdings nicht um eine Rekonstruktion der Pflege-Patient*innen-Interaktion oder der viel beschworenen Patient*innenorientierung der Pflege.¹⁹ Vielmehr steht zur Diskussion, in welchen Hinsichten die Patient*innen selbst als Hindernisse auftreten, um an ihnen die Lösung des Bezugsproblems der Pflege zu vollziehen.

Im Verhältnis Pflege-Patient*in gibt es für die Pflegenden eine grundlegende Problemstellung: Sie müssen zwischen den einzelnen Bedürfnissen nicht nur eines*einer Patient*in, sondern mehrerer Patient*innen abwägen, welches wann mit wie viel Zeitaufwand bearbeitet wird.²⁰ Patient*innen werden also nicht nur als einzelne zum Problem (siehe unten zu ‚schwierigen Patient*innen‘), sondern gerade in ihrer Gesamtheit, die im Sample in der Regel durch die Arbeitsorganisation der Bereichspflege definiert ist.²¹ Bei Herrn Schimmeck dokumentiert sich dieses Problem etwa in folgender Passage:

17 Die Arbeit der Dokumentation bleibt dabei allerdings noch ausgespart, da sie unten (6.2) noch ausführlicher behandelt wird.

18 So hält beispielsweise Herr Becker die Dokumentation am Ende seiner Schicht, die einfach nur im manuellen Abschreiben von Werten auf einem Monitor besteht und administrative, nicht versorgungstechnische Gründe hat, für „ziemlich bescheuert“ (P6).

19 Eine kritische Diskussion der verschiedenen Konzepte von Patient*innenorientierung findet sich bei Stemmer (2001: 132ff.).

20 Vgl. hierzu – allerdings mit stärkerem Bezug auf das Modell der Funktionspflege – auch Kersting (2011). Auch Allen weist auf die Differenz von „individual needs“ und „populations needs“ hin (Allen 2015: 21), wobei ihr zufolge erstere im Rahmen einer „professional logic“ und letzte im Rahmen einer „managerial logic“ bearbeitet werden. Wenn Allen spezifiziert, in der managerial logic „primacy is given to the efficiency of the organisation in serving population needs“, so ist vor dem Hintergrund des hier zugrunde gelegten konzeptionellen Rahmens darauf hinzuweisen, dass sie damit im Wesentlichen das meint, was oben idealtypisch als gebrauchswert-ökonomische Rationalität bestimmt wurde (vgl. 3.2.2.).

21 Es arbeiten alle Pflegekräfte des Samples bis auf Herr Niedhoff nach dem Modell der Bereichspflege, d.h. bei Schichtbeginn teilen die Pflegekräfte unter sich ein, wer welche Patient*innen versorgt, so dass eine Pflegekraft für die Dauer einer Schicht für die gesamte

„Bei uns gibt es klassischer – oder durchaus auch Patienten die halt zur Intensivüberwachung da sind, die aber halt spontan atmen und halt auch spontane Wünsche haben, also, die halt Abendessen wollen, ne. Und dann läuten sie halt einfach und weil ich keine Zeit hab, muss ich dann sagen – also klar, wenn die alles selber machen können, kein Problem, dann stelle ich ihr 'nen Abendessen hin, aber wenn er sagt, ich hab jetzt Hunger und dann sag ich: ‚Tut mir leid, ich bin jetzt beim Nachbarpatienten noch beschäftigt, sie müssen halt eben noch 'ne halbe Stunde warten‘, ne. Und das hat auch wieder Konfliktpotenzial, also. Ich verüble es dann keinem Patienten, der sagt: ‚Aber ich hab jetzt Hunger‘. Dann kann ich ihm auch nur sagen: ‚Ja, in 'ner halben Stunde‘, ne.“ (P1)

Um dieses Problem zu bearbeiten ist es nötig, eine Interpretation und Gewichtung der Patient*innenbedürfnissen vorzunehmen. Wie oben bereits gesehen spitzt sich dieses Problem und die Dringlichkeit seiner Bearbeitung umso mehr zu, je ungünstiger der Betreuungsschlüssel für die Pflegekräfte ausfällt. Doch auch wenn eine solche Priorisierung unter den Bedingungen von Personalknappheit, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck immer wichtiger wird, so handelt es sich doch um ein Problem, das auch ohne diesen extern bedingten Zeitdruck existieren würde, denn in der „Logik der Zeitverausgabung“ (Haug 1996: 139ff.) der Pflege ist keine immanente Stopp-Regel vorgesehen, die festlegt, wann der Pflegeauftrag bezüglich eines*einer einzelnen Patient*in ausgeführt ist. Zusammenfassend lässt sich den Interviews entnehmen, dass bei den medizinischen Aufgaben wie der Ausführung von ärztlichen Anordnungen, der Kontrolle von Vitalzeichen oder der im juristischen Sprachspiel immer noch so genannten ‚Behandlungspflege‘ (Verbandswechsel etc.) am wenigsten Abstriche gemacht werden. Bei körperbezogenen Aufgaben – vor allem beim Waschen – werden die Abstriche schon häufiger, obwohl dabei auch darauf geachtet wird, dass Tätigkeitsausfälle kompensiert werden. Am meisten Abstriche sind bei den psychosozialen Versorgungsaufgaben bzw. der Kommunikation (auch mit den Angehörigen) zu verzeichnen (vgl. hierzu auch Braun et al. 2011: 83ff.; Bräutigam et al. 2014: 54; Slotala/Bauer/Lottmann 2008).

Die Probleme in Bezug auf einzelne Patient*innen haben einerseits mit ihren unangemessenen Anspruchshaltungen und andererseits mit dem daraus resultierenden „Benehmen“ (P5) zu tun. Eine erste Dimension des Problems von unangemessenen Anspruchshaltungen oder Erwartungen wird von zwei Pflegekräften angesprochen: Manche Patient*innen hätten falsche Vorstellungen von den Möglichkeiten der Medizin. Entweder sie setzten falsche Hoffnungen in die Medizin und wollen nicht wahrhaben, dass bei ihnen medizinisch nichts mehr zu machen ist (P3), oder sie machen sich Illusionen über das Resultat des Krankenhausaufenthalts, denken, dass sie „krank [reingehen] und gesund nach Hause gehen“ (P5). Solchen Vorstellungen muss dann mit klärenden Gesprächen entgegengearbeitet werden.

Doch während dieses Einspüren in die Realität des Versorgungsprozesses noch zu den Aufgaben gehört, für die Pflegekräfte auch ihrem Selbstbild nach verantwortlich sind, berichten zumindest die Pflegenden der Allgemeinstationen – teilweise

Versorgung einer bestimmten Patient*innengruppe zuständig ist. Auf der Station von Herrn Niedhoff wird ein Konzept verfolgt, das von der Gruppenleitung „Koordinationspflege“ genannt wird, aber dem Modell der Funktionspflege recht ähnlich ist.

recht engagiert – von noch einer anderen Form einer Anspruchshaltung seitens der Patient*innen, die in den letzten Jahren zugenommen habe und Erwartungen an die Pflegekräfte impliziert, die diese zurückweisen.²² Frau Henkel erzählt:

„...und dazu kommt ja auch noch, dass die Anspruchshaltung der Patienten und auch der Angehörigen sehr gewachsen ist. Also ich bin 2010 das letzte Mal aus der Elternzeit zurückgekommen, davor war ich anderthalb Jahre in Pause, und ich würd sagen, in diesen anderthalb Jahren hat sich das enorm gedreht, dass die Leute sagen, also: ‚Ich bin hier der Kränkste von allen‘ – sowieso. Und ich brauch jetzt und sofort alles und was die anderen Patienten betrifft, das interessiert mich überhaupt nicht.“ (P3)

Es zeigt sich hier (wie auch im oben angeführten Konflikt zwischen Visite und Essensausgabe bei Herrn Schimmeck), dass die Pflegekräfte zur Umsetzung ihrer Priorisierungen auf die *compliance* der zu Pflegenden angewiesen sind. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn einzelne Patient*innen ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf andere Patient*innen und die Arbeitsorganisation der Pflegekräfte in den Vordergrund spielen. Während also Frau Henkel an den Bedürfnissen der anderen Patient*innen (und der Organisation) orientiert sein muss, hat sie den Eindruck, dass die Patient*innen sich dafür immer weniger interessieren und von den Pflegekräften eine Versorgung erwarten, die sich nur um sie dreht, so dass es hier zu einem Konflikt zwischen verschiedenen Orientierungsmustern kommt. Diesen Konflikt auszutragen bedeutet für die Pflegekräfte einerseits einen erhöhten Zeitaufwand durch diskursive Rechtfertigung der Prioritätensetzung, andererseits haben sie es mit Patient*innen zu tun, die sich schlecht behandelt fühlen und frustriert sind. Entsprechend fährt Frau Henkel fort:

„Ähm und dann sind die Leute natürlich auch frustriert, wenn irgendwas schief läuft, was natürlich auch auf den Personalmangel zurückzuführen ist. Und so steigert sich das dann auch rein, ja. Also ähm dass die Leute schon sehr früh, also die Patienten sind schon sehr frustriert und dann bei jeder Kleinigkeit eskaliert die Situation, ähm, was es für uns natürlich auch nicht einfacher macht.“ (P3)

Frau Henkel führt die Anspruchshaltung der Patient*innen dann auf eine veränderte Form der öffentlichen Darstellung von Krankenhäusern, auf die Krankenhausratings, zurück und beschließt die Passage mit der Zusammenfassung, die Patient*innen hät-

22 Auf den Intensivstationen herrscht diesbezüglich ein anderes Klima, denn hier ist die medizinische Situation in der Regel so prekär, dass die Ansprüche der Patient*innen (und Angehörigen) sich auf diese fokussieren. So erläutert etwa Frau Yildiz: „man darf halt auch irgendwie nicht vergessen, dass die Patienten bei uns wirkliche Intensivpatienten sind und keine IMC-Patienten [Intermediate-Care-Patienten; R.M.], die äh einmal Übernachtung mit Frühstück gebucht haben“ (P8). Der Hotelgast ist allerdings ein auch auf den Allgemeinstationen gängiger negativer Gegenhorizont zur Patient*innenrolle. So heißt es bei Frau Bajramovic: „Die Patienten sind deutlich anstrengender geworden. Also die Ansprüche, die Serviceansprüche der Patienten sind extrem, haben sich extrem verändert. Also das muss man wirklich sagen. Ähm, das, die Erwartungen sind viel höher. Also das geht wirklich in den, in den Hotelbereich“ (P8).

ten früher mehr Verständnis für die Situation, während gleichzeitig aber die Situation gar nicht so dramatisch gewesen sei wie heute:

„Es hat aber schon sehr zugenommen, also diese Anspruchshaltung, das macht es auch nicht einfacher. Wird ja auch gefördert dadurch, dass z.B. von den Krankenkassen Krankenhausrankings im Internet verfügbar sind, wo man gucken kann, welches ist das beste Krankenhaus, wo ist das freundlichste Pflegepersonal [lacht], ähm, was auch nicht so aussagekräftig ist, aber die Leute gucken sich das halt an: ‚Ok, das ist das beste Krankenhaus, da geh ich jetzt hin, da krieg ich die beste Versorgung.‘ Und wenn dann mal ’nen Fehler passiert, dann ähm, Gott, naja, das ist schon extrem. Das war, das war definitiv nicht so als ich angefangen habe, also da – ich will nicht sagen, dass die Leute damals alles haben mit sich machen lassen, aber ähm, so ’n bisschen mehr Verständnis für die Situation war da und natürlich war damals auch die Besetzung noch besser, so dass äh auch weniger äh untergegangen ist.“ (P3)

Die falschen Erwartungen, die Patient*innen ins Krankenhaus mitbringen, führen zu einem „Benehmen“, das die Pflegenden ebenfalls problematisch finden.

P5: „Also es ist – manche Leute nimmt man auf wie in ’ner Familie, aber manche Leute mag man nach ’ner gewissen Zeit nicht mehr, das klingt gemein, aber das kommt auf das Benehmen an.“

RM: „Was ist das für ein Benehmen, was die dann zu schwierigen Patienten macht?“

P5: „Ähm die sind sehr fordernd, und was überhaupt nicht gut ankommt, ist, wenn sie nicht in der Lage sind, Bitte und Danke zu sagen. Und viele meinen, sie sind hier in einem Hotel mit Komplettauf- also komplett Rundumversorgung. Aber das Ziel ist es eigentlich, Ressourcen zu fördern und die Leute zur Selbständigkeit anzuleiten oder das, was sie haben, das sollen sie halt auch selbst machen oder was sie können, ja.“ (P5)

Auch hier taucht also wieder der negative Gegenhorizont des Hotelgastes mit Rundumversorgung auf, der kontrastiert wird mit dem Ziel des Pflegekonzepts, die Selbständigkeit der Patient*innen zu fördern. Die Pflegekräfte fühlen sich nicht als *professionals*, sondern als Servicekräfte angesprochen, die für alles zuständig sind und sehen sich mit Erwartungen konfrontiert, die nicht ihren Erwartungserwartungen – also ihren Erwartungen darüber, was die Patient*innen (legitimerweise) von ihnen erwarten können – und ihrem Selbstverständnis entsprechen.

„Schwierig“ werden Patient*innen im Sinne der Pflegenden also nicht durch ihren hohen oder komplexen Pflegebedarf. „Schwierig“ sind Patient*innen vielmehr, weil sie grundlegenden feldspezifischen Regeln und Erwartungen nicht folgen.²³ Dieses Verhalten wird von den Pflegekräften aber nicht nur auf eine Fehlrahmung der Situation als Hotelaufenthalt zurückgeführt. Teilweise verhalten sich Patient*innen schlicht beleidigend, wie Herr Niedhoff erzählt, und stellen deshalb „wirklich ’ne Belastung“ (P5) dar. Für Herr Niedhoff ist klar: „Wenn jemand weint, dann liegt das immer an Patienten.“

23 Vgl. zu „schwierigen Patienten“ auch Arnold (2008: 411ff.).

Interessant an den Problematisierungen einzelner Patient*innen ist, dass es nur um ihr faktisches Verhalten geht, nicht um einen zugrundeliegenden Charakter, den die Pflegenden unsympathisch finden. Die ‚Persönlichkeit‘ der Patient*innen bleibt weitestgehend ausgeklammert. Ihre unangemessenen Erwartungen werden als solche interpretiert, die durch die Öffentlichkeit und den sogenannten Qualitätswettbewerb erzeugt worden sind (Krankenhausrankings). Und selbst dort, wo Herr Niedhoff kurz anspricht, manche Leute „mag man nach ’ner gewissen Zeit nicht mehr“, begründet er das nicht mit ihrem Charakter, sondern mit ihrem „Benehmen“. Für die Pflegekräfte, so ließe sich daraus schließen, ist also nicht relevant, ob sie Patient*innen sympathisch finden oder nicht, es kommt darauf an, ob man gut mit ihnen arbeiten kann – und das Kriterium dafür ist die Frage, ob sie sich praktisch an die Spielregeln des Feldes der Pflege (im Krankenhaus) halten oder nicht. Zeigen sie einen gewissen Grad der Wertschätzung der pflegerischen Arbeit – und sei es nur indem sie Bitte oder Danke sagen – oder werden sie beleidigend? Nehmen sie die Erwartung seitens der Pflegenden an, möglichst viel selbständig zu machen, oder glauben sie, sie seien im Hotel? Letzteres führt zum Konflikt, weil die Fehlrahmung bedeutet, dass Pflegende und Pflegebedürftige nicht dasselbe Spiel spielen, nicht derselben *illusio* folgen und damit das „Pflegekapital“ (vgl. Schroeter 2006: 123ff.) von den Patient*innen nicht anerkannt wird.

6.1.2.2 Pflege-Angehörige

In Bezug auf die Angehörigen wiederholen sich weitestgehend die Probleme, die Pflegende auch mit Patient*innen haben. Allerdings stellt das Verhältnis zu den Angehörigen in den Interviews nur ein randständiges Thema dar. Zwar sehen es die Pflegekräfte auch als ihre Aufgabe an, ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen zu pflegen, was insbesondere von den Intensivpfleger*innen betont wird, weil gerade die Situation, einen*eine Patient*in auf der Intensivstation „so schwer krank“ zu sehen, für sie sehr belastend sei: „Im schlimmsten Fall, das kommt eigentlich mehr oder regelmäßig vor, dass dann auch ein Angehöriger kollabiert, wenn er jetzt plötzlich sieht, wie dann so ’nen Patient drin ist“ (P1). Allerdings treten die Angehörigen jenseits dieser – mit Ausnahme von Herrn Schimmeck – stets kurz gehaltenen Aussagen in der Regel eher als negative Einflussfaktoren auf: „Die Angehörigen [...] sind rund um die Uhr da und die können dir ganz schön auf die Nerven gehen“ (P2) – und zwar in dreifacher Hinsicht:

Erstens beanspruchen sie viel Zeit, indem sie Gespräche einfordern. Das wird von den Pflegekräften zwar für verständlich gehalten, denn schließlich sind die Angehörigen „in Sorge um den Patienten“ (P7). Aufgrund des Zeitdrucks können die Pflegekräfte diesem Anspruch, den sie auch an sich selbst stellen, aber nicht gerecht werden und bedienen sich verschiedener Strategien, um Gespräche mit Angehörigen kurz zu halten, sie zu verschieben oder an die Ärzt*innen zu delegieren:

„Meistens versuch ich’s wirklich abzuwälzen an die Ärzte. Weil die haben äh, wenn die nicht gerade in ’ner Akutsituation jemanden aufnehmen müssen, haben die doch meistens noch mehr Zeit als wir.“ (P8)

Zweitens werden die Angehörigen häufig als Störfaktoren thematisiert. Was genau hierbei ‚stören‘ heißt, hängt von der jeweiligen Station und der Fachrichtung ab: Auf

der Intensivstation ohne feste Besuchszeiten stören sie bspw. dadurch die Abläufe, dass sie zweimal Klingeln müssen, um durch die Schleusentür zu kommen. Auf der onkologischen Station stören sie durch ihre Anwesenheit im Zimmer, die dazu führt, dass man ihnen argumentativ darlegen muss, dass sie kurz das Zimmer verlassen müssen, damit die Pflegekräfte ihre Arbeit machen können.

Drittens haben die Angehörigen – ,ganz ähnlich wie die Patient*innen – zu hohe Ansprüche bzw. falsche Erwartungen an die Pflege. Frau Jandric erläutert ihre Erwartungserwartungen bezüglich der Angehörigen plastisch anhand einer Fernsehserie:

„Und die Ansprüche sind gestiegen. Das fing so an, da haben wir drüber gelacht damals, ja, da gab’s diese Serie [...]: ‚Für alle Fälle Stefanie‘ oder wie das hieß. Da war die Schwester Stefanie. Und die Schwester Stefanie hat sich um alles gekümmert. Wenn da der Hund [eines*einer Patient*in; R.M.] zu Hause war, hat sie den Schlüssel genommen und hat sich drum gekümmert, dass sich jemand um den armen Hund kümmert, ja. Also die hat so ’ne Rundumversorgung gemacht. Noch schlimmer als die Schwarzwaldklinik, ja. Und das, das war ganz schlimm. Das haben die von uns erwartet, dass wir das tun, ja. Also das war ganz schwierig. Und im Endeffekt bist du als Pflegekraft für, für die Patienten nicht ganz so extrem, aber für Angehörige ganz oft und besonders für junge Menschen, muss man sagen, der Putzlappen, ja. (P2)

Auch seitens der Angehörigen fühlen sich die Pflegekräfte also häufig mit der Erwartung einer „Rundumversorgung“ konfrontiert, die nicht nur mit ihren eigenen Erwartungen an sich selbst konfligiert, sondern eine Degradierung zum „Putzlappen“ bedeutet. In dieser Fokussierungsmetapher (vgl. 5.1) dokumentiert sich, wie stark die Differenz erlebt wird, die zwischen dem Selbst- und dem Fremdbild der Pflege besteht. Diese Differenz trägt zu der allgemeinen Wahrnehmung unter Pflegenden bei, dass die Pflege nicht anerkannt wird. Sie könnte auch erklären, warum die Pflegekräfte – im Gegensatz zu dieser Wahrnehmung – in der Allensbacher Berufsprestige-Skala seit Jahren auf Platz zwei direkt hinter den Ärzt*innen rangieren, ohne dass dies Konsequenzen für die Wahrnehmung der Pflegekräfte selbst hat, denn wenn das öffentliche Bild der Pflege völlig am Selbstbild der Pflegenden vorbeigeht, kann nur schwer ein Gefühl der Anerkennung aufkommen.

Ebenso kommen auch bei den Angehörigen falsche Erwartungen an die Möglichkeiten der Medizin ins Spiel. In diesem Kontext kann es bei Pflegekräften zu – meist eher innerlichen – Konflikten um das Therapieziel kommen. Während die Pflegekräfte wissen, dass nicht jeder gesund aus dem Haus geht und auch nicht jeder überhaupt wieder nach Hause geht oder gehen will, treten die Angehörigen in der Wahrnehmung der Pflegekräfte als diejenigen auf, die tendenziell eine maximale medizinisch-pflegerische Versorgung und eine maximale Gesundung erwarten. Die Pflegekräfte stehen in diesem Punkt zwischen den Angehörigen, ihren eigenen Vorstellungen und Erfahrungen sowie den wahrgenommenen Wünschen der Patient*innen, deren Bedürfnisse sie zu repräsentieren beanspruchen.

6.1.2.3 Pflege-Ärzt*innen

Der positive Horizont der Pflegekräfte bezüglich der Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen²⁴ liegt, zusammenfassend formuliert, in einer patient*innenorientierten, interprofessionellen und tendenziell hierarchiefreien Kooperation. Erste Probleme mit der interprofessionellen Zusammenarbeit tauchen allerdings bereits bei der Frage auf, was genau Patient*innenorientierung praktisch bedeutet. Die Pflegekräfte konstruieren eine Differenz zwischen ihrer Patient*innenorientierung, die auf dem unmittelbaren Kontakt mit den Patient*innen basiert, und derjenigen der Ärzt*innen, die vor allem mit der Kurve beschäftigt seien. Manchmal stelle es ein Problem dar, überhaupt eine*n Arzt*Ärztin „ans Bett“ (P1) zu kriegen, so dass er*sie sich mal den*die Patient*in und nicht nur die Kurve anschaut.²⁵ Eine zweite Konfliktlinie stellen die Therapieziele dar, wobei es hier vor allem um die Frage geht, ob es richtig ist, dem ärztlichen Anspruch einer maximalen kurativen Medizin zu folgen oder eine*n Patient*in nur noch palliativ zu betreuen. Drittens gibt es immer wieder Konflikte aufgrund von Unklarheiten in der Aufteilung patient*innenbezogener Aufgaben.

Jenseits dieser in sich bereits konflikthafter regulativen Idee der interprofessionellen Kooperation gibt es noch einige weitere Aspekte im Verhältnis Ärzt*innen-Pflegekräfte, die im Sample als problematisch bewertet werden. Die Pflegekräfte bemängeln in verschiedenen Varianten die zu geringe Wertschätzung, die sie seitens der Ärzt*innen erfahren (vgl. auch Bartholomeyczik et al. 2008). Herr Niedhoff äußert explizit seine Annahme, dass „die Pflege weder von ärztlicher Seite gewertschätzt wird, noch von der Geschäftsführung“ (P5). Die Erfahrung der geringen Wertschätzung durch die Ärzt*innen dokumentiert sich bei Frau Jandric in der folgenden exemplarischen Erzählung:

„Also, bei den Urologen war’s ganz extrem, die sind zu viert im Zimmer, machen Visite und die Infusion ist fertig und man müsste sie nur umstecken, ja. Und dann sagen die [Ärzte zum Patienten; R.M.]: ‚Klingeln sie mal nach der Schwester.‘ Und dann kommst du da rein und stehst vor so ’ner Wand, ja: ‚Ja, die Infusion‘, sagt der Patient dann. Und dann sag ich mir: Sag mal, habt ihr sie noch alle?! Könt ihr das nicht mal machen!? Ja, so. Also da wird auch gerne was abgeschoben, ja, ‚lass das mal die doofe Schwester machen‘.“ (P2)

Frau Jandric artikuliert hier die Erfahrung, auf den Status einer bloßen Assistenzkraft reduziert zu werden, die Arbeiten übernimmt, für die sich die Ärzt*innen zu schade sind. Diese Form der Degradierung widerspricht dem positiven Horizont einer nicht-hierarchischen, kooperativen Beziehung. Bestandteil einer solchen kooperativen Beziehung wäre dabei auch die Anerkennung oder Wertschätzung der spezifisch pflegerischen Leistung, was wiederum voraussetzt, dass die Ärzt*innen ein grundlegendes

24 Einen kurzen Überblick zu diesem Thema gibt Hibbeler (2011). Ausführliche Untersuchungen zum Verhältnis von Pflege und Medizin finden sich bei Arnold (2008: 509ff), Sander (2009) und Stratmeyer (2002).

25 Vgl. auch die (vergeschlechtlichte) Differenz des Nah-Sprechens von Pflegekräften und des Distanz-Sprechens von Ärzt*innen bei Sander (2009: 155). Bei der ärztlichen Fokussierung auf die Akte handelt es sich allerdings nicht notwendig um einen Ausdruck von Ökonomisierung, vielmehr kommt der*die Patient*in als Person prinzipiell in ärztlichen Entscheidungsprozessen kaum vor (vgl. Vogd 2004: 392).

Verständnis für die Bedeutung der Pflege aufbringen.²⁶ Frau Henkel hat jedoch den Eindruck, dass genau dieses Element immer mehr verloren geht:

„Beispiel – du wolltest ja Beispiele: Ich bin am Waschen und dann kommt 'ne junge Assistenzärztin rein und macht Visite während der Patient nackt im Bett liegt. Und dann sagen wir: ‚Kannst du bitte in fünf Minuten nochmal wiederkommen?‘ Und dann fehlt aber auch das Verständnis, also dieses Berufsgruppen übergreifende Verständnis für die Arbeit, das geht immer mehr verloren, ja. Jeder versucht nur irgendwie seine Arbeit fertig zu kriegen und wenn der Patient mal nackt und nass im Bett liegt, pff [macht eine wegwerfende Geste]. Und das ist schon sehr störend.“ (P3)

Im Vergleich zu dieser Wahrnehmung scheinen anders herum die Pflegekräfte ein relativ großes Verständnis für die Situation der Ärzt*innen zu haben. Sie wissen, dass auch die Ärzte unter Zeitdruck stehen (P3), Stress haben (P7) und einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind (P5).

Die Interviewpartner*innen kamen zudem auf Probleme mit der ärztlichen Personal- und Ausbildungsstruktur zu sprechen. Auch bezüglich der Ärzt*innen gibt es ein Problem mit der Fluktuation, die vor allem mit dem Rotationssystem der in Ausbildung befindlichen Assistenzärzt*innen in Zusammenhang steht. Die Rotation der Assistenzärzt*innen hat für die Pflegekräfte ähnliche Auswirkungen wie die Fluktuation der Pflegekräfte – sie bedeutet Mehraufwand: „Also, es bleibt schon auch viel, was, was, also, wenn 'nen unerfahrener Arzt im Dienst ist, für die Pflege liegen.“ (P5) Hinzu kommt, dass auch die neuen Ärzt*innen einer gewissen Einarbeitung durch die Pflege bedürfen:

„Und dann haben wir vielleicht einen Assistenzarzt einigermaßen zurechtgebogen in Anführungsstrichen und dann wechselt der und dann kommt der nächste von einer anderen Station her rotiert [...]. Und das ist alles sehr – es nimmt viel Energie, weil man immer wieder die gleichen Diskussionen hat und es am Ende auch zu nichts führt.“ (P3)

Die Notwendigkeit, die rotierenden Assistenzärzt*innen ‚zurechtzubiegen‘, wird dabei weniger auf eine bestimmte Stationskultur zurückgeführt, sondern vor allem auf die Spezifika des jeweiligen Fachgebiets, in dem sie sich noch nicht auskennen²⁷ –

26 Es zeigt sich in den Interviews insgesamt, dass für die Pflegekräfte die Anerkennung oder Wertschätzung durch Akteure, mit denen sie alltäglich interagieren, relevant ist, nicht die gesellschaftliche Anerkennung des Prestiges ihres Berufs. Diese gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs hat anscheinend auch keinerlei praktische Folgen für die Erfahrungswelt der Pflegekräfte.

27 Entsprechend meinen auch die beiden Assistenzärzt*innen im Sample, es sei wichtig, dass Pflegekräfte bei der Visite anwesend sind. Sie versuchen auch, ihre Arbeitsprozesse an die der Pflege anzupassen und es zu vermeiden, die Pflege zu verprellen. Was zunächst als ein respektvoller gegenseitiger Umgang erscheint, entpuppt sich aber bei näherem Hinschauen als ein asymmetrisch-kooperatives Verhältnis: Die Pflege wird nicht in ihrer (professionellen) Eigenständigkeit berücksichtigt, sondern als Assistenzberuf. Die „Schwestern“ werden als Zuarbeiter*innen und Informationslieferant*innen adressiert, die zwar auch noch ande-

sie wissen nicht, was für eine spezielle Betreuung die Palliativpatient*innen der Onkologie benötigen; sie haben keine Ahnung vom Weaning (Entwöhnung vom Beatmungsgerät) auf Intensivstationen etc. Entsprechend wenden sie sich mit ihren Fragen auch an erfahrene oder zumindest eingearbeitete Pflegekräfte und/oder machen Fehler, die die Pflege dann korrigieren muss. Diese Korrekturen verlaufen nicht immer nach den Regeln des *Doctor-Nurse-Game* (Leonard Stein), die nur eine verdeckte und sublimale Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen erlauben, sondern es finden teilweise offene Konfrontationen statt, die zu Konflikten führen. Daneben gibt es aber auch noch unabgesprochene Korrekturen ärztlicher Fehler hinter ihrem Rücken:

„Ich geh dann auf's Zimmer und dann stell ich einfach was anderes – also [lachen]. Und wenn dann die, wenn sich dann die, die, die Beatmungssituation verbessert, dann sieht man ja, wer recht behalten hat.“ (P6)

Gerade in Zeiten, in denen auch die Ärzt*innen vermehrt unter Zeitdruck arbeiten und nur noch selten „vor Ort“ anzutreffen sind, wächst die Bedeutung des medizinischen Urteilsvermögens der Pflegekräfte.²⁸ Sie sind es, die vor Ort ansprechbar sind und entscheiden, ob ein*e Arzt*Ärztin zu Rate gezogen wird oder nicht. Ein solches Urteilsvermögen ist entsprechend von einem fachspezifischen medizinischen Wissen abhängig, das den Pflegekräften primär in der Einarbeitung und der Praxis vermittelt wird und nicht in ihrer Ausbildung. Zur Bearbeitung des Problems der ärztlichen Abwesenheit sind also ebenfalls erfahrene Pflegekräfte nötig. So berichtet auch Davina Allen: „Direct patient care was increasingly the responsibility of healthcare assistants and relatively inexperienced nurses and I observed several instances in which senior nurses intervened to escalate action when the need for this had been overlooked by juniors.“ (2015: 63) Sollte die Einschätzung der Pflegekräfte, dass durch die Fluktuation zunehmen unerfahrene Mitarbeiter*innen vor Ort sind, zutreffen, würde dies also ein zunehmendes Risiko bedeuten, dass Interventionsnotwendigkeiten übersehen werden.

6.1.2.4 Pflege-Vorgesetzte

Um die Probleme im Verhältnis der Pflegekräfte zu ihren Vorgesetzten²⁹ genauer bestimmen zu können, ist zunächst ein Blick auf die Hierarchie innerhalb des pflegerischen Funktionskreises zu werfen: Die Basis der Pflege wird von den Schüler*innen bis hin zu den examinierten Pflegekräften gebildet, die in (fast) jeder ihrer Schichten am Bett arbeiten; sie sind es, die primär für die Versorgung der Patient*innen zuständig sind. Entsprechend werden sie in der Literatur auch auf der Ebene der Pfl-

res zu tun haben (z.B. Waschen), aber dieses Andere ist für die Assistenzärzt*innen unwesentlich.

28 „Dann mittlerweile vieles mitdenken auch ärztlicherseits. Weil die halt auch einfach nicht mehr so viel Zeit haben und überwiegend im OP stehen und nicht mehr auf Station sind. Also dass man halt jetzt zum Beispiel auf die Laborwerte guckt. [...] dass man halt die Ärzte dann darauf hinweist, ‚hier, der bräuchte noch ein bisschen Kalium‘ oder so. Da muss man heutzutage schon mehr mitdenken wie früher.“ (Pflegekraft, zit. n. Pfeuffer 2014c: 51)

29 Vgl. zu diesem Thema auch Grimm (2013).

gepraxis oder der ausführenden Pflege verortet (vgl. Grimm 2013). Ihnen vorgesetzt ist die Stationsleitung, die zwar teilweise auch noch am Bett arbeitet, bei deren Tätigkeit aber Organisatorisches in den Vordergrund rückt. Zwischen Stationsleitung und Pflegedienstleitung bzw. -direktion können – je nach Organisationsmodell – noch verschiedene andere Hierarchiestufen wie etwa die Gruppen-, Abteilungs- oder Bereichsleitungen eingebaut sein.³⁰

Die Pflegekräfte im Sample nehmen eine Entfremdung der Pflegedienstleitungen gegenüber den Mitarbeiter*innen und den stationären Prozessen rund ums Bett wahr.³¹ Entfremdung ist dabei nicht in einem philosophischen, sondern zunächst einmal in einem prosaisch-reellen und wörtlichen Sinne zu verstehen: „Den Pflegedirektor hab ich in sieben Jahren nicht ein einziges Mal auf Station gesehen. Das ist halt traurig und das ist, das fehlt den Leuten auch, die fühlen sich da verarscht, ja.“ (P5)

Für die Pflege ist insgesamt die Differenz zwischen denjenigen, die ‚am Bett‘ arbeiten, und denjenigen, die das nicht tun, relevant. Sofern auch Stationsleitungen nicht mehr am Bett arbeiten, trifft sie eine ähnliche Kritik wie die Pflegedienstleitungen:

„Also ich hab schon öfter von dieser Stationsleitung den Satz gehört, wir jammern auf hohem Niveau. Also sprich: Sie hat null Verständnis für das, was wir da jeden Tag leisten. Und ähm ja, das ist halt einfach irgendwie unter aller Sau, also ich weiß nicht, ich glaub sie hat 20 Jahre oder so an keinem Intensivbett gestanden und hat da gearbeitet und sagt uns, wir jammern auf hohem Niveau. Die weiß überhaupt nicht mehr wie das ist. Die, sie weiß es einfach nicht mehr.“ (P8)

Diese Erfahrung der Fremdheit der Vorgesetzten setzt sich fort in der Wahrnehmung einer grundlegenden Perspektivdivergenz³² („null Verständnis“) zwischen der Pflege-Basis und der pflegerischen Leitung. Sie drückt sich etwa in der Gegenüberstellung aus, dass für die Pflegekräfte „vor Ort“ klar ist, dass das Mitnehmen von Schüler*innen oder einzuarbeitende neue Pflegekräfte *mehr* Arbeitsaufwand bedeu-

30 Die Terminologie für die Hierarchiestufen der Pflege ist nicht einheitlich definiert. Je nachdem, was für Organisationseinheiten (Stationen, Abteilungen, Zentren, Geschäftsbereiche) in einem Haus existieren, gibt es auch entsprechende leitende Pflegekräfte (vgl. Lieb 2010: 32). Die konkreten organisationalen Strukturen der jeweiligen Häuser werden im folgenden Abschnitt ausgeklammert, um welche vorgesetzte Pflegekraft es jeweils geht, wird jedoch aus dem Kontext ersichtlich.

31 Vgl. zu dieser Entfremdung aus der Gegenperspektive der Pflegedienstleitungen: Vogd et al. (2018: 121ff.).

32 Ob es sich um eine zunehmende Divergenz handelt, ist auf der Grundlage des Datenmaterials freilich nicht zu sagen. Frau Jandric, die lange als Stationsleitung tätig war, meint allerdings explizit, Konflikte habe es zwar immer gegeben, diese Vermittlerposition, die man als Stationsleitung und auch als Bereichsleitung zwischen ‚oben und unten‘ einnehme, sei heute aber wesentlich unangenehmer als früher. Darüber hinaus haben die Inhalte, an denen sich die Divergenz in den Erzählungen der Pflegekräfte festmachen, in aller Regel Bezug zu Problemsituationen, die aufgrund der oben als Ökonomisierung beschriebenen Prozesse eintreten.

ten, während die Leitung nur „die Köpfe“ auf Station zählt, ohne die Qualifikationsstruktur und die entsprechende Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen:

„Also die hauptsächliche Anwesenheit der Pflegedirektion auf Station bezieht sich darauf, dass sie sich den Dienstplan anguckt, dann einen Blick in die Runde wirft, zählt, wie viele Leute wirklich da sind. Dann sieht sie vielleicht, da stehen, da sind vielleicht acht Leute im Frühdienst. Aber dass vielleicht von diesen acht Leuten irgendwie vier in Einarbeitung sind, d.h. reale Köpfe nur vier, ähm interessiert halt irgendwie nicht. Dann sagt sie: ‚Ja, gucken sie doch hier – acht Leute.‘ [lacht] Das ist einfach absurd.“ (P6)

Entsprechend wird die Pflegedienstleitung auch häufig nurmehr als „Arbeitgeber“ adressiert, nicht als oberste Position im pflegerischen Funktionskreis. Als Arbeitgeber ist die Pflegedienstleitung für die Stellenpläne verantwortlich (P1) und vertritt innerhalb des pflegerischen Funktionskreises die Geschäftsführung mit ihren ökonomischen Interessen.

Vor diesem Hintergrund vertritt – wie in zwei Fällen erwähnt – die Pflegedirektion gegenüber den Mitarbeiter*innen die Position, sie sollten nur das Notwendigste machen, was für diese gleichbedeutend damit ist, eine Pflege unterhalb des professionellen Anspruchs zu leisten:

RM: „Also könnte man fast sagen, wenn ihr zu zweit seid, fällt ihr eher auf Funktionspflege zurück?“

P3: „Ja, genau. Und dann wird natürlich von der Pflegedienstleitung gesagt: ‚Nur das Notwendigste machen.‘ Aber irgendwann kann man auch keine Abstriche mehr machen, ja, irgendwann macht man schon nur das Notwendigste und wo will man dann noch Abstriche machen?“

„Unsere Pflegedirektorin sagt, es käme ja nicht darauf an, dass man eine optimale, sondern dass man eine sachgerechte Betreuung gewährleistet. Die muss ausreichend sein, aber nicht optimal.“ (P6)

Wegen dieser Notwendigkeit, bei Personalknappheit bzw. Überlastung Abstriche zu machen, gab es auf der Intensivstation von Herrn Schimmeck die Initiative, dem „Arbeitgeber“ eine „Triage-Liste“ (P1) vorzulegen, die von ihr absegnet werden sollte:

„Also, die Situation ist halt immer, also wir sind knapp besetzt mit den 7 ein halb Leuten, die in der Schicht sind, äh, sobald es da Krankheitsausfälle gibt und dann versucht man halt sich an ’nem bestimmten Tag dann, eh, Dinge zu überlegen, was man halt weglassen kann. [...] Und das wichtige da dabei ist, wir hätten, also, also letztes Jahr als wir auf 17 Betten erweitert wurden, haben wir aus dem Team so ’ne Triage-Liste uns erarbeitet und die hätten wir gern vom Arbeitgeber sozusagen, also von der Pflegedienstleitung unterzeichnet bekommen, weil wenn man sozusagen entscheiden muss, dass man bestimmte Dinge, die eigentlich sinnvoll sind und notwendig, nicht macht, wär’s ja auch nett, wenn der Arbeitgeber sozusagen das [absegnet]. Macht sie nicht, weil sie sagt, das fällt in die pflegerische Kompetenz von dem einzelnen Beschäftigten, das soll dann der entscheiden. Also sie kann sozusagen keine Blaupause unter-

schreiben, obwohl das Ding so allgemein gehalten ist, dass immer noch klar ist sozusagen, ich muss ja vor Ort die Entscheidung treffen. Also mit so was bleibt man heutzutage dann allein.“ (P1)

In dieser Passage dokumentiert sich die Perspektivendivergenz in Form einer Rahmeninkongruenz: Der Streitpunkt ist hier – oberflächlich betrachtet – die Frage, wer für Triage-Entscheidungen die Verantwortung übernimmt. Die Rahmung der Entscheidungssituation erweist sich jedoch bei einem zweiten Blick insofern als inkongruent, als es Herrn Schimmeck und seinem Team darum geht, dass der Arbeitgeber Verantwortung für die *Bedingungen* übernimmt, unter denen man überhaupt gezwungen ist, eine Entscheidung zu treffen, während sich die Situation aus der Perspektive der Pflegedienstleitung so darstellt, als müsste sie für die *konkreten Entscheidungen* vor Ort Verantwortung übernehmen, was von Herrn Schimmeck – wohl aufgrund seines professionellen Anspruchs – aber auch gar nicht gefordert wird; nicht, weil man entscheiden muss, sondern *weil man unter den Bedingungen der Personalknappheit* entscheiden muss, braucht es eine Triage und die Verantwortung für diese Bedingungen wird dem „Arbeitgeber“ zugeschrieben.

Dies ist nicht das einzige Beispiel für eine Blockade der Vorgesetzten gegenüber Initiativen und Kritiken ‚von unten‘. Es zeichnet sich insgesamt eine Situation ab, in der es zwar eine machtvolle Kommunikation von oben nach unten gibt, aber kaum eine gelingende Rückmeldung von unten nach oben. Offizielle Wege der Rückmeldung wie Überlastungsanzeigen oder „Reviews“ (P4) bleiben konsequenzlos, und auch mündliche Kritik an Umstrukturierungsmaßnahmen oder aktuellen Umständen wird abgeblockt.

So verfestigt sich unter den Pflegekräften der Eindruck, seitens der Vorgesetzten nicht wertgeschätzt zu werden. Die Erfahrung der Geringschätzung, die Frau Yildiz mit ihrer Stationsleitung, die meint, ihre Mitarbeiter*innen würden auf ‚hohem Niveau jammern‘, gemacht hat, wiederholt sich auch in Bezug auf die Pflegedienstleitung. Frau Yildiz plant demnächst das Haus und die Fachrichtung zu wechseln – nach den Gründen hierfür gefragt, erläutert sie:

„Ähm die Pflegedienstleitung ist ja auch so ‚nen Faktor, der da definitiv mit rein spielt. Also ich hab schon ähm des Öfteren auch von ihm den Satz gehört: ‚Jeder ist ersetzbar.‘ Und ich finde ja schon, dass das sehr deutlich widerspiegelt, wie viel er von den Pflegekräften hält. Und ähm ich find halt auch nicht, dass man sich so ‚ne Art von Arroganz leisten kann [...] bei so ‚nem hohen Personaldefizit. Und ähm, ja, wie gesagt, es ist einfach absoluter Ausdruck von Geringschätzung und dem möchte ich mich halt auch nicht mehr ausgesetzt sehen. Also wenn jeder ersetzbar ist, klar, kein Problem, dann kann ich halt gehen.“ (P8)

Aus Sicht der Pflegekräfte ‚vor Ort‘ kulminiert die Entfremdung der Vorgesetzten vom stationären Prozess in mangelnder Wertschätzung. Diese Erfahrung könnte auch darin ihren Grund haben, dass der Pflege-Basis im Rahmen der Managementkonzepte, die auf der Ebene der leitenden Pflegekräfte Raum greifen, „die Kompetenz zu eigenständigem Handeln weitestgehend abgesprochen“ (Grimm 2013: 59) wird; Mitarbeiter*innen sollen sich nicht selbst entwickeln, sondern ‚werden‘ von den Führungskräften ‚entwickelt‘. „Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Leistungen der ausführenden Pflege aus Sicht des Managements Defizite aufweisen

und optimiert werden müssen.“ (Ebd. 59f.) Dass sich bei der ausführenden Pflege ein Gefühl der mangelnden Wertschätzung breit macht, ist insofern auch eine logische Konsequenz dieser Management- bzw. Leadership-Ansätze.

6.1.2.5 Das Verhältnis der Pflegekräfte untereinander

Zu guter Letzt soll noch ein Blick auf das Verhältnis der Pflegenden untereinander geworfen werden, also auf die Probleme, die im Sample im Verhältnis der Pflegenden einer Station oder eines Teams untereinander benannt wurden. Insgesamt blieb aber auch dieses Thema in den Interviews eher randständig. In der Regel wurde die Zusammenarbeit im Team als gut bewertet, eventuell bestehende Konflikte wurden heruntergespielt. Dennoch lassen sich drei verschiedene Problemkomplexe feststellen:

Erstens kommt es dort, wo das Modell der Bereichspflege realisiert wird, teilweise zu Konflikten über die Aufteilung der Patient*innen, diese können aber den Aussagen der Interviewten zufolge zumeist gelöst werden. So meint etwa Herr Becker:

„Also klar gibst auch mal Konflikte, aber im Großen und Ganzen ist es schon so, dass man versucht drauf zu achten, dass die Patientenaufteilung irgendwie äh 'ner gewissen Gerechtigkeit folgt.“ (P6)

Dabei findet ein Rückgriff auf bestimmte Regeln oder „ungeschriebene Gesetze“ (P6) statt wie beispielsweise das „Vorriffsrecht“ (P6) auf bestimmte Patient*innen von Kollegen in der Einarbeitung oder die Regel, eine*n Patient*in vom Vortag weiter zu betreuen. Intensivpfleger Herr Schimmeck hatte diese Konflikte von sich aus im Zuge seiner Beschreibung eines typischen Arbeitstages angesprochen. Bei der Übergabe werde abgesprochen, wer welche Patient*in übernimmt, was „normalerweise [...] ganz gut“ (P1) funktioniere; „normalerweise machen wir das so kollegial“. Im Zugzwang zu erläutern, was passiert, wenn dieser ‚normale‘ Fall kollegialer Koordination nicht eintritt, meint er: „und wenn es halt Konflikte geben sollte, oder – dann regelt das halt die Schichtleitung dann sozusagen“ (P1). Sollten Konflikte ausbrechen, werden sie also durch den Rückgriff auf institutionalisierte Hierarchie geregelt. Die Schichtleitung hat dabei dafür zu sorgen, dass ein gewisses Maß an Gerechtigkeit Anwendung findet. Wenn man als Schichtleitung „das Gefühl“ hat,

„...einer nimmt sich halt zwei Patienten, die wenig aufwändig sind und einer hat eben drei Patienten, die mehr Aufwand machen, dann muss ich als Schichtleitung da eben eingreifen und sagen: ‚Ok, läuft so nicht, wir teilen uns anders um‘.“ (P1)

Zweitens kommt es zu Konflikten darüber, welche Ansprüche die Pflegenden wechselseitig an sich richten. Dabei geht es zum einen um fachliche Ansprüche – was die einen tun, finden die anderen unverantwortlich. Herr Becker erläutert eine solche Situation anhand der Alarmeinstellungen an den Monitoren der Intensivstation:

„Die Grenzen, die am Monitor eingestellt sind, sind meine Grenzen für meine Schicht und ich übernehme dafür Verantwortung, dass das Grenzen sind, anhand derer ich wichtige Veränderungen der Vitalzeichen meines Patienten rechtzeitig erkenne. Und ähm, also es sind, gibt nach

Wahrnehmung von der Kollegin, die jetzt weggeht, eben sehr viele Kollegen, die äh ja verantwortungslos oder fahrlässig mit ihren Patienten umgehen.“ (P6)³³

Zum anderen geht es um einen Konflikt zwischen dem Pflegeethos der fürsorglichen Verantwortlichkeit auf der einen und einer Lohnarbeitsorientierung auf der anderen Seite. Während die einen nicht gehen, bevor sie ihre Patient*innen ihrem Anspruch entsprechend versorgt haben, halten sich andere eher strikt an Pausen- und Arbeitszeiten. In folgendem Ausschnitt ist diese Differenz ebenfalls vergeschlechtlicht:

„...wir gehen immer mehr dazu über auch Sachen in die andere Schicht zu verlagern. Da fehlt auch ein bisschen das Verständnis für, also es ist – das sind halt Krankenschwestern, die denken, sie müssten halt alles machen für den Patienten. Also das ist halt die Aufgabe und wenn sie das nicht schaffen oder wenn wir das nicht schaffen, dann ist das halt ’n Fehler oder mangelnde Leistung.“ (P7)³⁴

Des Weiteren werden von einer Pflegekraft auch Differenzen angesprochen, die er auf unterschiedliche kulturelle Hintergründe der Pflegekräfte zurückführt. So hätten „ausländische“ Pflegekräfte ein anderes Verständnis von Pflege:

„Ich glaube, die wissen auch gar nicht, was die hier erwartet, weil in ihrem Heimatland ist Pflege – die verbinden was ganz anderes damit als wir hier. Hier ist es ja so, dass der Patient wirklich noch gewaschen, also ‚gewaschen‘ (?) wird, ja, und da macht das überall die Familie.“ (P5)³⁵

Insgesamt machen diese verschiedenen Formen von Konflikt innerhalb der Teams deutlich, dass es neben der Orientierung an normativen Regeln wie einem kollegialen und solidarischen Umgang miteinander auch eine Reihe von Machtspielen gibt, in denen auch vergeschlechtlichte und kulturelle Differenzierungen zum Tragen kommen. Obwohl kaum offen angesprochen, ist davon auszugehen, dass in diesen Machtspielen eine Reihe von weiteren informellen Hierarchisierungen unter den Pflegekräften eine Rolle spielen, die sich aus den unterschiedlichen Erfahrungs- und Wissensständen und mit ihnen einhergehenden Sprecher*innenpositionen ergeben.

33 Auch wenn die im Sample nur einmal erwähnt wurde, scheint es sich bei unterschiedlichen Einstellungen der Alarmsignale keineswegs um einen Einzelfall zu handeln, auch Kumbrock/Senghaas-Knobloch (2015: 124) berichten in ihrer Forschung von einem solchen Konflikt.

34 Diese vergeschlechtlichte Wahrnehmung der Anspruchsdifferenz wirft die Frage auf, inwiefern es geschlechtsspezifische Umgangsweisen mit Prozessen der Ökonomisierung gibt. Hier hätten weitere Forschungsprojekte in die Tiefe zu gehen, als es im vorliegenden Zusammenhang möglich ist.

35 Davon, wie sich solche Konflikte zuspitzen können, berichtet Herr Ortlieb: „Es gab ’ne Kollegin, die hat nicht so gut deutsch gesprochen, die ähm ja hatte halt ihre Art, wie sie gearbeitet hat. Ist damit aber immer angeeckt bei anderen Schwestern, weil das Zimmer halt nicht so aufgeräumt war, wie – oder weil’s vielleicht ’nen bisschen chaotischer war wie wenn die Schwestern das betreut hätten. Da kam es schon zu massiven Konflikten, die ist dann – hat uns dann auch verlassen.“ (P7)

Frau Yildiz erzählt von einer Situation, in der eine Kollegin, der sie unter die Arme gegriffen hat, weil sie mit ihren Patient*innen „nicht klar gekommen“ (P8) sei, versuchte, ihr einen Versorgungsfehler „in die Schuhe zu schieben“ (P8), der von der nächsten Schicht entdeckt wurde. In der Konklusion zu dieser Erzählung heißt es:

„Ähm, so was geht halt gar nicht, dass dann diese Kollegen, die halt auch dann ähm auch noch die Kollegen mit Erfahrung – oder egal, egal ob erfahren oder nicht erfahren, das geht halt einfach gar nicht, dass man versucht, seine eigenen Defizite auf andere abzuwälzen.“ (P8)

Auch wenn Frau Yildiz explizit zurückweist, dass die Erfahrung der Kollegen eine Rolle spielen würde, lässt sich die Tatsache, dass sie diesen Aspekt an dieser Stelle überhaupt erwähnt, dahingehend interpretieren, dass er doch eine Rolle spielt. Auffällig ist bei allen berichteten Konflikten jedoch, dass sie nie der Teamstruktur selbst, sondern immer äußerlichen Ursachen zugerechnet werden – es geht stets um individuelles Fehlverhalten, das entweder der „Persönlichkeitsstruktur“ (P8: 345) oder aber dem kulturellen Hintergrund zugerechnet wird. So erscheint das Team nirgends selbst als Problemursache – etwa als Gruppenzusammenhang, der einen normativen Zwang ausübt, aus dem Frei zu kommen –, sondern ausschließlich als Instanz zur Lösung anderer Probleme, auch wenn sie dabei nicht immer erfolgreich ist.

ZWISCHENBETRACHTUNG

Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, sind damit die Probleme zusammengefasst, die sich auf Grundlage des erhobenen Materials für die Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag als relevant erwiesen haben. Es sollte deutlich geworden sein, wie der Problemzusammenhang von Personalknappheit, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck in die anderen Problemkomplexe mit hineinspielt und diese zuspitzt. Unter den Pflegenden macht sich das Gefühl breit, zwischen Personalmangel einerseits und einem immer höheren Arbeitsaufwand andererseits zerrieben zu werden. Damit bestätigen die Befunde in Bezug auf Forschungsfrage I im Kern die Ergebnisse der bisherigen Forschung zu den Arbeitsbedingungen im Pflegedienst und den bereits seit Jahrzehnten konstatierten Prozessen der Leistungsverdichtung (vgl. Braun 2014; Braun et al. 2014; Bräutigam et al. 2014; Crojethovic et al. 2014; Grosser 2014; Roder/Franz 2014). Gleichzeitig wird aber gegenüber der Ergebnispräsentation dieser Studien deutlicher, wie sich in der Alltagspraxis der Pflegekräfte ganz unterschiedliche Probleme zu einem kaum zu entwirrenden Problemzusammenhang verknoten, wobei schlechte Arbeitsbedingungen auch die Problem- und Konfliktlagen innerhalb der Interaktionsverhältnisse verstärken. Zudem weisen die Befunde darauf hin, dass in der bisherigen Forschung die Relevanz der Personalfluktuations und der daraus resultierenden Notwendigkeit, neue Mitarbeiter*innen einzuarbeiten, unterschätzt wurde. Ähnliches gilt bezüglich der Bedeutung des stationsspezifischen, nicht durch Ausbildung zu vermittelnden Erfahrungswissens für den Umgang mit Stresssituationen, wie sie aus dem Problemkomplex von Personalknappheit, hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck resultieren.

Was die Interaktionsverhältnisse betrifft, so wird sich im Folgenden noch deutlicher abzeichnen, dass das Gefühl der Entfremdung von den Vorgesetzten als spezifi-

sche Erfahrungsweise von Ökonomisierung gelten kann, denn die Pflegenden führen diese Entfremdung insbesondere darauf zurück, dass die Vorgesetzten sich an wirtschaftlichen Anforderungen orientieren. Darüber hinaus müsste in weiteren Forschungsprojekten geklärt werden, inwiefern die von den Pflegenden wahrgenommene Fehltrahmung der Versorgungssituation durch die Patient*innen als Ausdruck von Ökonomisierung zu deuten ist. Das scheint insofern plausibel, als das inkriminierte Verhalten der Patient*innen als Hotelgast, der einmal Übernachtung mit Rundumversorgung gebucht hat, einer klassisch privatwirtschaftlichen Kundenrolle und -mentalität entspricht.³⁶ Diese konfliktiert freilich mit Pflegekonzepten, die auf die Beibehaltung und Wiederherstellung von Autonomie gerichtet sind.

Die anderen oben mit einbezogenen Akteursgruppen werden von den Pflegenden allerdings kaum als ökonomisch orientierte thematisiert – eine Ausnahme bildet hier nur die kurze Abschweifung, die Ärzte seien heutzutage „ganz schlecht [...] ans Patientenbett [zu] bekommen, weil die halt mit Diagnostik oder was auch immer beschäftigt sind, was halt im Verdacht steht, Geld zu bringen“ (P1). Einen bis hierher ausgeblendeten Sonderfall stellen die Kodierfachkräfte dar, die zentrale, auf den Stationen präsente Akteur*innen des Abrechnungsregimes sind. Sie werden im nächsten Abschnitt eingehender thematisiert.

6.2 DIE RELEVANZ DER ÖKONOMIE IM FELD DER PFLEGE

Während der vorherige Abschnitt einen Überblick über die grundlegende Problemkonstellation gegeben hat, in der sich die Pflege im Krankenhaus heute bewegt (Forschungsfrage I), steht nun die Frage im Fokus, wie Tauschwertbezüge in der pflegerischen Praxis relevant werden und wie die Pflegekräfte sich zu diesen ökonomisierungsrelevanten Themen positionieren (Forschungsfrage II). Sowohl die starke Kopplung des DRG-Systems an medizinische Diagnosen und Prozeduren als auch der im vorherigen Abschnitt aufgezeigte Umstand, dass der pflegerische Arbeitsalltag in hohem Maße durch Patient*innenbedürfnisse, organisationale Anforderungen und ärztliche Anordnungen geprägt ist, wirft die Frage auf, wie in diesem Kontext überhaupt ökonomische Orientierungen³⁷ Raum greifen können. Dies ist vor allem

36 In der bisherigen Diskussion der Problematik, Patient*innen als Kunden zu betrachten, ist diese Konstellation, dass Pflegenden sich an wissenschaftlich fundierten Pflegekonzepten orientieren, die Patienten sich jedoch als Hotelgast betrachten, unterbelichtet. Zentrale Themen sind bisher vielmehr die Gefahren, die aus einer Kundenorientierung auf der Seite der Ärzte und Pflegekräfte resultieren, sowie – patientenseitig – die (Un)Möglichkeiten, sich als ‚mündiger Patient‘ zu verhalten (vgl. für viele Maio 2014: 91ff.). Was jedoch, wenn die Patient*innen nicht mündig und souverän sein, sondern schlicht bedient werden wollen?

37 Wenn im Folgenden von ökonomischen Orientierungen, ökonomischem Sinnhorizont oder ökonomischer Rationalität die Rede ist, geht es immer um Ökonomie in ihrer Tauschwertdimension. Sofern die oben (vgl. 3.2.2) hiervon unterschiedene Form der ‚rein‘ gebrauchswert-ökonomischen Rationalität eine Rolle spielt, wird darauf gesondert hingewiesen. Dass die Pflegenden bspw. versuchen, möglichst wenig Zeit mit dem Aufräumen von Medika-

dort der Fall, wo es um das neue Abrechnungsregime und jene seiner Aspekte geht, die für die Pflegekräfte von Bedeutung sind, also die Dokumentation und die auf Station anwesenden Kodierkräfte (6.2.1). Darüber hinaus ist ein Bezug auf die Tauschwertdimension vor allem dort aufzufinden, wo die Pflegekräfte über die Pflegedienstleitungen und die Geschäftsführungen sprechen, denen sie eine Orientierung an Sparvorgaben oder Erlösen zurechnen (6.2.2). Mit dieser sehen sich die Pflegekräfte meist bei außeralltäglichen Gelegenheiten der direkten oder indirekten Ansprache durch leitendes Personal konfrontiert, etwa bei Mitarbeiter*innengesprächen und Betriebsversammlungen oder in Form von Rundschreiben. Diese Themenfelder – die von den jeweiligen Pflegekräften unterschiedlich stark betont bzw. ausgeklammert wurden – sind zugleich die Grundpfeiler der Konstruktion des ökonomischen Feldes durch die Pflegekräfte selbst, d.h. sie repräsentieren diejenigen Momente der sozialen Wirklichkeit, über die sich die Pflegekräfte in das ökonomische Spiel einbezogen wähen.³⁸ Schon bei erster Betrachtung fällt als Differenz zwischen den Themenkomplexen auf, dass die Pflegekräfte sich nur über das Abrechnungsregime aktiv in das ökonomische Spiel verstrickt sehen, während sie in Bezug auf die Sparmaßnahmen und die ökonomischen Orientierungen der Vorgesetzten eine eher passive Rolle einnehmen – die Rolle derjenigen, die mit den Konsequenzen der Entscheidungen umzugehen haben, die über ihren Köpfen getroffen werden.

6.2.1 Das Abrechnungsregime

Es gehört zum alten Wissensbestand der Soziologie des Krankenhauses, dass in der Organisation Krankenhaus neben dem medizinischen und dem pflegerischen Funktionskreis auch ein administrativer Funktionskreis anzutreffen ist, der in einer gewissen Grundspannung zu den ersten beiden steht (vgl. Rohde 1974: 208ff.). Während Medizin und Pflege auf den soziokulturell etablierten Zweck der Patient*innenversorgung gerichtet sind, ist die Verwaltung mit der „Sorge für den Bestand und Fortbestand der Anstalt“ (ebd.: 212) beschäftigt, nicht zuletzt also mit der Beschaffung dazu benötigter (finanzieller) Ressourcen. Die konkrete Form, in der die Grundspannung zwischen den Funktionskreisen in Erscheinung tritt, wandelt sich jedoch historisch. Die Struktur der Krankenhausfinanzierung hat sich seit 2003 – wie oben (Kap. 4.2.2) beschrieben – derart verändert, dass sie stärker in die anderen Funktionskreise eingreift. Sie nimmt dort ihren Anfang, wo auch der ärztliche Be-

mentenschränken zu verbringen, um mehr Zeit für die Patient*innen zu haben, stellt eine (primär) gebrauchswert-ökonomische Rationalität dar, denn ihr Bezugsrahmen ist durch den Versorgungsbedarf (Gebrauchswert) und das Mittel (Arbeitskraft) stofflich bestimmt.

38 Die Entlohnung war interessanterweise ein Thema, das von den Pflegekräften kaum angesprochen wurde. Interessant ist dieser Befund insofern, als in der aktuellen Diskussion über den Fachkräftemangel eine bessere Entlohnung der Pflegekräfte als wesentlicher Teil der Lösung diskutiert wird. Das ist sicherlich nicht falsch und wäre zumal angesichts der gesundheitlichen Belastungen, die insbesondere mit der Schichtarbeit einhergehen, nur angemessen, jedoch deutet der Befund darauf hin, dass es wesentlich umfassenderer Strukturveränderungen bedarf, um die (Krankenhaus-)Pflege zu einem dauerhaft praktikablen Beruf zu transformieren – auf diesen Aspekt wird in der Diskussion (Kapitel 7.) zurückzukommen sein.

handlungsprozess beginnt, bei der Aufnahmediagnose, und setzt sich fort über die „Dokumentation der am Patienten erfolgenden Prozeduren und weiteren Diagnosen und sonstigen patientenbezogenen Daten, über deren Kodierung bis zur letztlich erfolgenden Abrechnung der DRG beim Kostenträger“ (Pfeuffer 2014a: 124). In der Alltagspraxis der Pflege ist das Abrechnungsregime vor allem in Form der Dokumentation und in Gestalt der Kodierfachkräfte präsent. Die Dokumentation stellt eine Praxisform dar, in der sich die Regeln des ökonomischen Feldes und die Regeln des Feldes der Krankenversorgung überschneiden. Sie ist damit strukturell ein zentrales Einfallstor für ökonomische Orientierungen in die Alltagspraxis der Pflegekräfte. Begreift man die Einführung der DRGs und in der Folge der Pflegekomplexmaßnahme-Scores (PKMS) als einen Prozess, durch den die „gewohnheitsmäßigen Entsprechungen von subjektiven und objektiven Strukturen abrupt durchbrochen“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 165f.) wurden, handelt es sich bei den Sinnkonflikten innerhalb der Dokumentationspraxis um eine „Klasse von Umständen [...], unter denen die rationale Wahlentscheidung [gegenüber habituell strukturierten Praxen; R.M.] die Oberhand gewinnen kann, zumindest bei solchen Akteuren, die auch, wenn man so sagen darf, über die Mittel zum Rationalsein verfügen“ (ebd.: 166). Die Auswertung des Materials hat gezeigt, dass die älteren Pflegekräfte, die den Bruch der Gewohnheit miterlebt haben, ‚rationaler‘ im Sinne von explizit und reflektiert mit der Veränderung der Dokumentation umgehen, während die jüngeren Pflegekräfte die für sie normale, gewohnheitsmäßige Dokumentationspraxis kaum explizit verhandeln.

Bei den Kodierfachkräften oder medizinischen Dokumentationsassistent*innen handelt es sich um eine recht neue Berufsgruppe, die bisher kaum erforscht ist. Offiziell besteht ihre Funktion darin,

„auf der Grundlage der von den Ärzten vorgenommenen Primärkodierungen [...] alle DRG-relevanten Daten anhand der Patientenakte und einer Prüfsoftware, meist als ‚DRG-Groupen‘ bezeichnet, zu erfassen und auf Plausibilität und auf Korrektheit hinsichtlich der Kodierrichtlinien zu überprüfen, mögliche noch nicht kodierte und den Erlös steigernde Sachverhalte auffindig zu machen und damit zur DRG-Optimierung [...] beizutragen.“ (Pfeuffer/Gempler 2013: 99)

Darüber hinaus assistieren sie bei den auf der Dokumentation beruhenden Rechnungsprüfungen durch die Krankenkassen bzw. den Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und sind teils auch verantwortlich dafür, das ärztliche und pflegerische Personal bezüglich der Abrechnungsoptimierung zu schulen. Zum Zeitpunkt der Interviews war es bereits größtenteils üblich, dass Kodierkräfte bestimmten Stationen fest zugeordnet und dort insbesondere im Frühdienst präsent waren. Im Abrechnungsregime steht damit

„[a]uf der einen Seite das für die optimale Kodierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen bereitgestellte Personal in den Krankenhäusern, auf der anderen Seite die nun ebenfalls mit ärztlichem Personal und Kodierkräften und Groupersoftware ‚aufgerüsteten‘ Prüfabteilungen der Krankenkassen und des MDK, die den Krankenhäusern bei ihrer Abrechnung auf die Finger schauen.“ (Pfeuffer 2014b: 124f.)

Neben dieser Eigenschaft, Kampffeld zu sein, besitzt das Abrechnungsregime jedoch eine starke kognitive Komponente: Es handelt sich um einen Korpus von Regeln, die in Form von explizitem (Regel-)Wissen abrufbar sind und handlungsleitend werden. Ihnen zu folgen wird den Pflegekräften von den Vorgesetzten, den Kodierkräften und der Geschäftsführung als explizite Handlungserwartung kommuniziert. Entsprechend war das Abrechnungsregime im Interviewmaterial vor allem in Gestalt expliziter Orientierungsschemata und nicht – wie die pflegerische Orientierung – als impliziter Orientierungsrahmen präsent. Das Abrechnungsregime stellt sich vor diesem Hintergrund als ein Wissensregime dar, das auf eine als objektiv erfahrene Realität verweist.

Wenig überraschend, findet sich bei allen Pflegekräften des Samples eine ökonomische Orientierung auf das Abrechnungsregime, das heißt es wird von allen (auch) als das betrachtet, was es für die Organisation ist: ein Regime zur Refinanzierung. Die ökonomische Orientierung auf das Abrechnungsregime tritt in unterschiedlichen Subtypiken³⁹ in Erscheinung: zum einen in einer *kritisch-reflektierten*, zum anderen in einer *normalisiert-distanzierten* Ausprägung. Letztere meint, dass abrechnungsbezogene Handlungserwartungen als Selbstverständlichkeit internalisiert, entsprechend aber auch kaum (als konfliktzeugende) thematisch präsent sind. Erstere bringt mit sich, dass Konflikte zwischen Versorgungs- und Abrechnungslogik gesehen und thematisiert werden. Eine Anpassung an das neue Finanzierungsregime findet allerdings in beiden Fällen statt.

Bei einem auf Stationsebene leitenden Pfleger – Herrn Niedhoff, der zugleich als Beauftragter für die Dokumentation und Abrechnung der Pflegekomplexmaßnahme-Scores (PKMS) tätig war – ließ sich das Phänomen entdecken, dass das Abrechnungsregime gar nicht *primär* ökonomisch gerahmt wird, obwohl er seiner Rolle als „PKMS-Beauftragter“ entsprechend ökonomische Orientierungsschemata wie selbstverständlich enaktiert. Das Abrechnungsregime wird von ihm in den Kontext einer allgemein wahrgenommenen Situation der Ungerechtigkeit und fehlenden Anerkennung der Pflege gestellt und entsprechend primär *normativ* als ein Mechanismus der Anerkennung interpretiert. Diese normative Orientierung stellt also eine zweite Typik dar, die empirisch in Bezug auf das Abrechnungsregime auffindbar war. Es geht hierbei, in der Terminologie Bourdieus, um eine Orientierung am *symbolischen Gehalt* des ökonomischen Gewinns, den die Pflege durch den PKMS-Mechanismus erwirtschaften kann. Die Differenzen in den Ausprägungen der Orientierungen auf das Abrechnungsregime sollen im Folgenden an einigen zentralen Interviewsauszügen aufgezeigt werden.

39 Subtypiken sind Ausdifferenzierungen einer Basistypik (vgl. Bohnsack 2007: 237). Bei der Basistypik handelt es sich um ein bestimmtes, eben typisches, weil strukturell vorgegebenes Bezugsproblem der Praxis (vgl. auch Vogd et al. 2018: 47) – im vorliegenden Fall das (organisationale) Problem der Refinanzierung. Die Subtypiken beantworten auf der Grundlage einer komparativen Fallanalyse die Frage, wie sich die je spezifisch im Feld positionierten Akteur*innen zu diesem Problem in Bezug setzen.

6.2.1.1 Die kritisch-reflektierte Subtypik

Besonders elaboriert findet sich die kritisch-reflektierte Ausprägung der ökonomischen Orientierung auf das Abrechnungsregime in den Stellungnahmen von Herrn Schimmeck, der zum Zeitpunkt des Interviews seit 23 Jahren als Intensivpfleger in einem öffentlichen Haus der Maximalversorgung arbeitete. Auf die Frage nach seiner Einschätzung, worauf die Arbeitsverdichtung, die er im vorangegangenen Interviewverlauf thematisiert hatte, zurückzuführen ist, antwortet Herr Schimmeck, sie resultiere „ganz klar“ aus dem ökonomischen Druck, der „durch die Fallpauschalen [...] entsteht“. Diese Proposition elaboriert er anschließend wie folgt:

„Also früher war's eigentlich, also vor 20 Jahren gab's immer praktisch überhaupt keinen Druck auf uns, wie lange 'nen Patient bei uns gewesen ist. Der Druck ist praktisch nur dadurch entstanden, wenn z.B. Notfälle gekommen sind, auf 'ner 10-Betten-Station, dann musste man halt überlegen, ob man 'nen Patienten jetzt auf die Allgemeinstation verlegen kann oder auf die Überwachungsstation. Und mittlerweile ist es halt so, es wird halt 'n Durchschnittspreis bezahlt sozusagen und da muss so 'n Patient auch, sag ich jetzt mal, in der, eh, in einer Zeit praktisch behandelt werden, und zwar so behandelt werden, dass man ihn dann auch wieder verlegen kann, dass praktisch schwarze Zahlen geschrieben werden. Also, 'n klassisches Beispiel: Wir hatten vor kurzem 'ne Patientin gehabt mit 'ner Lungenembolie, die reanimiert wurde bei uns, und irgendwann kam dann halt die Kollegin, die praktisch die Fallpauschale ausrechnet für die Patienten, zu unserer Oberärztin und hat der erklärt: ‚Ok, also, obwohl man allen Aufwand praktisch berücksichtigt – die Patientin muss dialysiert werden, weil die Nieren halt beschädigt worden sind – lautet jetzt das Endergebnis über die Fallpauschale alleine, eh, kriegt man mit der Patientin, eh, mit der Patientin rote Zahlen‘, ne. Und nur über die Beatmungsdauer kann man bei der, hätte man bei der, bei der Patientin sozusagen noch was stemmen können, ja. Und dadurch entsteht halt dieser ökonomische Druck, also besser kann man's nicht beschreiben. Also, ich weiß ganz genau, wenn ich 'nen Patienten zu 'ner postoperativen Nachbeatmung hab, 24 Stunden Pi mal Daumen kann man sagen, das wird jetzt praktisch kein Verlustgeschäft werden. Aber sobald sich Komplikationen einstellen und ich kann die Komplikation eben nicht im DRG-System abbilden, sozusagen, dann werden die Patienten zum Problem, sozusagen.“ (P1)

In dieser Elaboration wird deutlich, dass Herr Schimmeck den Druck als Zeitdruck spezifiziert. Im Rahmen seines Früher-Heute-Vergleichs konstruiert er eine Differenz bezüglich des Grundes für den Zeitdruck: *Früher* sei nur dann „praktisch“ ein Druck zur Verlegung von Patient*innen entstanden, wenn Notfälle reingekommen sind. Es geht hierbei also um das gebrauchswert-ökonomische Problem, mit knappen stofflichen Ressourcen („10-Betten-Station“) einen zufällig auftretenden, naturwüchsig erscheinenden Versorgungsbedarf abzudecken. In einer solchen Situation greift dann eine ebenfalls bedarfs- bzw. bedürfnisorientierte Abwägung („musste man halt überlegen“), welche*r der Patient*innen gegenüber dem hereinkommenden Notfall soweit in einer besseren gesundheitlichen Lage ist, dass er*sie auch andernorts versorgt werden kann. Demgegenüber gibt es Herrn Schimmeck zufolge *heute* („mittlerweile“) einen ökonomischen Druck, der daraus resultiert, dass „schwarze Zahlen“ geschrieben werden sollen, und zwar mithilfe der „Durchschnittspreise“, die pro Fall gezahlt werden (DRGs). Das Versorgungsziel erhält somit in der Konstruktion von Herrn Schimmeck einen neuen ökonomischen Rahmen, innerhalb dessen die Behandlung erfolgen muss. Er zeichnet sich gegenüber dem alten dadurch aus, dass es

um Preise, also Tauschwerte, geht, die es dem Haus erlauben, schwarze Zahlen zu schreiben. Innerhalb dieses Rahmens fungieren die schwarzen Zahlen als positiver und die roten Zahlen als negativer Horizont. Die Patient*innen erscheinen nicht mehr als „Notfälle“, sondern negativ als „Verlustgeschäft“ oder positiv als Gewinn. Kriterium für die Einteilung in diese Kategorien ist die Abbildbarkeit innerhalb des DRG-Systems („und ich kann die Komplikationen eben nicht im DRG-System abbilden, [...] dann werden die Patienten zum Problem“).

Es dokumentiert sich hier also die oben (Kapitel 3.2.2) begrifflich elaborierte Differenz von zwei (bis zum Gegensatz) unterschiedlichen ökonomischen Rationalitäten, einer *gebrauchswert*-ökonomischen Rationalität und einer am Geld orientierten, also *tauschwert*-ökonomischen Rationalität, in der es um Gewinne (und Verluste) geht. Sie kommt nah an das heran, was oben als preisbezogene ökonomische Rationalität bezeichnet wurde, bedeutet also den Einsatz gebrauchswertförmiger Mittel zum tauschwertförmigen Zweck der Erlösgenerierung. Aus Sicht von Herrn Schimmeck dominiert letztere heute die erstere.

In der nächsten Sequenz („Also, ’n klassisches Beispiel: Wir hatten...“), in der Herr Schimmeck diesen neuen Rahmen mithilfe einer Erzählung ausführt, wird deutlich, dass die Orientierung an der preisbezogenen ökonomischen Rationalität einem konkreten Akteur im Feld zugeschrieben wird: der „Kollegin, die praktisch die Fallpauschale ausrechnet“, also der Kodierkraft der Station. Es reproduziert sich dabei das Muster der Eingliederung medizinischer Praxen (Behandlung) in den neuen Rahmen: Die Beatmung erscheint – in der von Herrn Schimmeck hier situativ übernommenen Perspektive der Kodierkraft – nicht etwa als medizinisch-therapeutisch gebotene Versorgungspraxis, sondern im (positiven) Horizont der neuen ökonomischen Orientierung, das heißt als Maßnahme, um schwarze statt roten Zahlen zu schreiben. Auch wenn Herr Schimmeck diese Orientierung und das mit ihr einhergehende Wissensregime („Also, ich weiß ganz genau...“) grundsätzlich kritisiert, wird zum Ende der Passage hin deutlich, dass auch er weiß, was die Kodierkraft weiß – und aus dieser Perspektive werden Patient*innen zum Problem, wenn sich ihre Komplikationen nicht im DRG-System abbilden lassen.⁴⁰

Eine genaue Interpretation dieser Passage macht deutlich, dass Herr Schimmeck die Kodierkräfte als Vermittler eines ökonomischen Wissens betrachtet, dessen Relevanz strukturell bedingt ist. Denn ab der Erläuterung: „Und nur über die Beatmungsdauer kann man bei der, hätte man bei der [...] noch was stemmen können“, ist nicht mehr zu sagen, ob er weiterhin nur wiedergibt, was die Kodierkraft der Oberärztin gesagt hat, oder einen objektiven Tatbestand referiert, der im Wissen aller Beteiligten verankert ist. Diese Perspektivenkonfusion setzt sich in der anschließenden Sequenz („Also ich weiß ganz genau, wenn ich...“) fort – welches „ich“ ist es, von dem Herr Schimmeck hier redet? Vor diesem Hintergrund lässt sich also spezifizieren, dass die Kodierkräfte als Figuren in Erscheinung treten, die ein Wissen artikulieren, dass nicht nur aus ihrer Perspektive, sondern objektiv relevant ist.⁴¹

40 Für die weitere Forschung wäre es interessant zu untersuchen, inwiefern sich ein neuer Typus von Problem-Patient*innen entwickelt hat, der sich von den bisher als ‚schwierig‘ typisierten Patient*innen (vgl. 6.1.2.1) unterscheidet: die Nicht-Abbildbaren.

41 Die Perspektivenkonfusion und die Hervorhebung des Objektiven könnte sich aber auch aus der allgemeinen Rahmung der Interviewsituation durch Herr Schimmeck ergeben, in

Zusammenfassend lässt sich zunächst in Bezug auf den ökonomischen Druck festhalten: Er wird in der Passage zu einem Zeitdruck moduliert, der auf dem Behandlungsprozess lastet. Es gibt einen von außen vorgegebenen Zeitrahmen, in dem eine Behandlung durchgeführt werden muss, und dieser Zeitrahmen ist bestimmt durch die Fallpauschalen, mit deren Hilfe schwarze Zahlen geschrieben werden müssen. Dies lässt sich als Erfahrung einer verselbständigten, tauschwertbezogenen Zeitordnung deuten. Ein quasi leerer Zeitraum, ein quantitativ bestimmtes Kontinuum, wird qualitativ mit dem Ziel gefüllt, „so 'n Patienten“ so zu behandeln, dass man ihn verlegen kann. Der *rein* preisbezogene ökonomische Horizont, der sich in der Orientierung ausdrücken würde, den*die Patient*in ohne Rücksicht auf seinen*ihren Zustand zu verlegen, bleibt somit ein Tabu. D.h. die Orientierung an dem Ziel der Behandlung, die Identifikation mit dem Gesundheitsberuf, bleibt wirkmächtig, und zwar als vom Akteur inkorporierte und selbständig aktivierte Disposition.⁴² Der positive, pflegerische Gegenhorizont zum ökonomischen Horizont, eine*n Patient*in so lang da zu behalten, bis er*sie verlegt werden kann, und den ökonomischen *outcome* außer Acht zu lassen, kommt für Herrn Schimmeck aber auch nicht (mehr) in Frage – genau darin macht sich der ökonomische Druck geltend. Im Unterschied zur gesundheitsberuflichen Orientierung – als einem Faktor, der der durchschlagenden Wirkung des ökonomischen Drucks entgegenwirkt – handelt es sich hier aber immer noch um einen von außen angetragenen Druck, der zwar als (explizite) Rollenerwartung internalisiert, nicht aber in die berufliche Identität inkorporiert ist.

Wie ein handfester Konflikt zwischen der Abrechnungs- und der Versorgungslogik aussieht, erläutert Herr Schimmeck in einer Erzählung über eine benachbarte Station, auf der aus Gründen der Abrechnungsmaximierung eine aus Herrn Schimmecks Sicht unsachgemäße, mangelhafte Versorgung stattfindet:

„...bei diesen Scores ist auch der Kaliumwert 'nen ganz wichtiger Wert. Wenn der nach unten oder nach oben überschritten wird, gibt's auch zusätzlich Punkte. Kaliumwert wird mittlerweile glaub ich auf allen Intensivstationen – über 'nen Verordnungsplan wird das delegiert an die Pflegeleute, die sollen das selbständig steuern. Wir machen alle vier Stunden 'ne Blutgasanalyse, wird der Kaliumwert mitbestimmt. Und unser Ziel ist es sozusagen, steht auch im Verordnungsplan, dass man den im therapeutischen Bereich hält und wir greifen ein auch bei 'nem Kaliumwert von 3,5, der liegt noch sozusagen im unteren Normbereich. Da steigen wir schon ein und versuchen den hoch zu halten, damit es keine Rhythmusstörungen gibt, ne. Und ich kenn Kollegen von der Nachbarstation, denen Stellen gekürzt wurden, ne, die machen auch vierstündlich 'ne Blutgasanalyse. Die wissen auch klassischerweise, bei welchem Patienten

der es ihm nicht darum geht, seine individuelle Perspektive nachvollziehbar zu machen, sondern mir in analytisch-systemkritischer Einstellung die „Logik des Fallpauschalensystems“ zu verdeutlichen.

42 Hier ist von gesundheitsberuflicher und nicht pflegerischer Orientierung die Rede, da Herr Schimmeck in dieser Passage nicht von der Tätigkeit der Pflege, sondern von der „Behandlung“ spricht – der Patient „muss so behandelt werden, dass man ihn [...] verlegen kann“. Im Zusammenhang mit anderen Passagen des Interviews liegt die Interpretation nahe, dass er den ökonomischen Druck nicht nur auf die Pflege bezieht, sondern auf das „professionelle Paar“ (U. Streckeisen 2015: 56) Arzt-Pflege, das kooperativ und koproduktiv den Behandlungsprozess durchführt.

z.B. wenn sie Diuretika kriegen, ist völlig klar über den Verlauf von 'nem Tag, wenn ich nicht gegensteuer', ne, die unter 3,0 gehen und dann gibt's Punkte sozusagen. Und die, eh, fangen halt nicht an Kalium zu substituieren bei 3,5, so wie wir das machen, und versuchen den im therapeutischen Spiegel zu halten, sondern wenn die ihre Schicht antreten, die gucken die letzte Blutgasanalyse an, da war der Wert 3,6 und dann wissen die ganz genau, wenn ich bis 20 Uhr nix mach, dann ist er bei 3,0 und dann gibt's halt 'nen Punkt. Und das z.B. wär für mich jetzt extrem belastend. Und das verrückte ist, ich unterhalt mich ja mit den Kollegen, und das machen natürlich erfahrene Kollegen, ne, weil die können ja auch gut abschätzen, das ist 'n Patient, der grad kein großes Risiko hat, eben mit den Rhythmusstörungen und beim dem mach ich das dann halt, ne. Und die kriegen das praktisch von oben gar nicht angeordnet, sondern die machen das selber, weil sie möglichst viele Punkte sammeln wollen.“ (P1)

Herr Schimmeck stellt zunächst fest, dass es zusätzliche abrechnungsfähige Punkte gibt, wenn bestimmte Werte über- oder unterschritten werden. Über den Verordnungsplan thematisiert er die Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegekräften auf den Intensivstationen. Dadurch, dass die Pflegekräfte die Aufgabe der Kontrolle der Kaliumwerte zugewiesen bekommen haben, kontrollieren sie nun einen Bereich, der abrechnungsrelevant ist. Dieser Wert soll laut Verordnungsplan in einem „Normbereich“ gehalten werden. Er wird im Rahmen der Blutgasanalyse mit bestimmt, die alle vier Stunden durchgeführt wird. Für Herrn Schimmeck selbst, der die Blutgasanalyse bereits im Rahmen seiner Darstellung eines typischen Arbeitstages kurz erwähnt hatte, ist sie „kein großes Ding“. Der weitere Verlauf der vorliegenden Passage zeigt aber, dass sie für andere Intensivpflegekräfte durchaus relevant zu sein scheint, allerdings in ökonomischer Hinsicht. Diese Kolleg*innen fungieren für Herrn Schimmeck als negativer Gegenhorizont seiner Orientierung: Sie handeln dem Ziel des Verordnungsplans zuwider und lassen gezielt die Kaliumwerte soweit fallen, dass es „'nen Punkt“ gibt; und das tun sie nicht etwa aufgrund einer Anordnung von oben, sondern weil sie „möglichst viele Punkte sammeln wollen“. Diesem Handlungsentwurf zu folgen, wäre für Herrn Schimmeck „extrem belastend“. Sein Enaktierungspotenzial erhalte er jedoch, der Theorie von Herrn Schimmeck zufolge, dadurch, dass auf der Station Stellen gestrichen worden sind. Die Enaktierung dieser Orientierung durch erfahrene Pflegekräfte bezeichnet er als „verrückt“, obwohl er anschließend ihre logische Nachvollziehbarkeit darlegt: Erfahrene Pflegekräfte könnten einschätzen, bei welchem*welcher der Patient*innen das Hinauszögern der Intervention „kein großes Risiko“ ist. „Verrückt“ kann vor diesem Hintergrund dann nur bedeuten, dass Herr Schimmeck gerade von erfahrenen Pflegekräften, zu denen er sich auch selbst rechnet, erwartet, dass sie primär der Versorgungslogik folgen. Stattdessen nutzen die Kolleg*innen der anderen Station aber ihr Fachwissen, um die Körper der Patient*innen als Spielmarke einzusetzen, die es ermöglicht, Punkte zu sammeln. Dabei tritt die Versorgungslogik allerdings nicht einfach in den Hintergrund, vielmehr wird gerade unter Rückgriff auf das Fach- und Erfahrungswissen eine *Balancierung* beider Logiken dadurch vorgenommen, dass die ökonomische Orientierung nur dort enaktiert wird, wo das gesundheitliche Risiko als gering eingeschätzt wird. Das Fachwissen, die aus theoretischem und Erfahrungswissen sich speisende professionelle Kenntnis, wird genutzt, um jene Situationen zu definieren, in denen der Ökonomie der Vorrang gelassen werden kann.

Anders als Herr Schimmeck kritisiert Frau Jandric, die seit 33 Jahren als Pflegekraft auf einer gynäkologischen und urologischen Station arbeitet, nicht so sehr die Sachlogik der Fallpauschalen und ihren Übergriff auf die Versorgungslogik. Im Fokus ihrer Kritik steht vielmehr das Abrechnungs- als Macht- und Kontrollregime. Hierbei spielen die Krankenkassen und ihre Abrechnungsprüfungen auf der Grundlage der Dokumentation eine größere Rolle als bei Herrn Schimmeck:

„Andererseits denk ich halt immer, meine Güte, wo leb ich denn eigentlich, ja, dass ich so kontrolliert wird'. Du wirst ja fast kriminalisiert, ja, manches musst du tatsächlich falsch schreiben, ja, weil du sonst keine müde Mark dafür bekommst, ja.“ (P2)

Die Passage beginnt mit einer Zurückweisung des Kontrollregimes, denn es basiert auf der Erwartung, dass aus Gründen der Vorteilnahme nicht wahrheitsgemäß dokumentiert wird und damit auf der Unterstellung eines Regelverstößes, die für Frau Jandric inakzeptabel ist („Du wirst ja fast kriminalisiert“). Anstatt also darauf zu *vertrauen*, dass es den Dokumentierenden auf Station einfach nur um eine gute Patient*innenversorgung geht, die ihrer Logik entsprechend notiert wird (hypothetischer positiver Gegenhorizont), unterstellt das Kontrollregime eine betrügerische Absicht zwecks ökonomischer Vorteilnahme. Dass es eine solche geben könnte, weist Frau Jandric allerdings anschließend auch nicht einfach zurück, denn die Kritik, man werde „fast kriminalisiert“, ist auch in dem Sinne zu lesen, dass man zum Regelverstoß gezwungen wird („manches *musst* du falsch schreiben“). Die offiziellen Regeln des ökonomischen Spiels, die durch das Kontrollregime durchgesetzt werden sollen, sähen für manche Versorgungspraktiken gar keine Refinanzierung vor. Die strikte Befolgung ausschließlich dieser Regeln würde also dazu führen, dass versorgungslogisch Sinnvolles unterlassen wird, weil man „keine müde Mark“ dafür bekommt. Nun orientiert sich Frau Jandric aber primär an den Regeln des Versorgungsspiels und weiß zugleich, dass die Station sich refinanzieren muss, um dieses Spiel aufrechterhalten zu können. Deshalb muss sie Dinge anders aufschreiben, als sie ‚wirklich sind‘, d.h. die Differenz von *talk* und *action* (vgl. Brunsson 1989) ausnutzen. Aus ihrer Sicht führen also die offiziellen Regeln des ökonomischen Spiels dort, wo sie keine Refinanzierung bestimmter Leistungen vorsehen, selbst zu dem ‚betrügerischen‘ Handeln, das durch das Kontrollregime unterbunden werden soll – die Regeln drängen zur Regelverletzung. Damit liegt hier eine Rechtfertigungsstrategie vor, in der die Referenz auf die Architektur des Abrechnungssystems dazu dient, eine tendenziell betrügerische Praxis zu legitimieren, die dem feldspezifischen Ethos widerspricht. In der Antwort auf eine Nachfrage zu dieser Praxis gibt Frau Jandric ein Beispiel an, wie sie versucht die Sinnhorizonte der Versorgungs- und der Abrechnungslogik zu balancieren.

RM: „Was wäre das so im Konkreten, was man da so umbiegt für die Dokumentation?“

P2: „Du schreibst schon auch mal hin, dass der Mensch noch Schmerzen angibt, auch wenn er heute grad mal nicht gejamert hat. Dann schreibst du da halt: ‚leichte Schmerzen‘ – oder irgendwie so was, ja. Das schadet keinem, er kriegt ja deswegen kein Medikament, ja, aber irgendwas musst du halt machen, ja.“

Die Referenz der Dokumentation auf den Sinnhorizont der Versorgung bleibt hier implizit relevant, denn Frau Jandric reflektiert, dass bestimmte Eintragungen in der Dokumentation zu einer Veränderung des Versorgungsprozesses führen können („er kriegt ja deswegen kein Medikament“); die Dokumentation wird also in ihrer Funktion als therapieunterstützendes Kommunikationsmedium adressiert. Dennoch muss in der Akte „irgendwie so was“ stehen, was den weiteren Aufenthalt des*der Patient*in den abrechnungstechnischen Regeln entsprechend rechtfertigt, damit seine Versorgung refinanziert wird. So *bedient* Frau Jandric also letztlich die Regeln beider Spiele, was aber nur funktioniert, weil eine unsachgemäße Übersetzung der versorgungsrelevanten Wirklichkeit (Zustand der Patient*innen) in die ökonomisch relevante Wirklichkeit (Dokumentation) vorgenommen wird. Diese Balancierung der divergierenden Referenzen bleibt von der Prämisse geleitet, dass dem*der Patient*in kein Schaden zugefügt, keine unsachgemäße Versorgung zuteilwird – die pflegerische Orientierung bleibt also auch hier primär. Dass es sich bei dieser Balancierung um eine ‚betrügerische‘ Praxis handelt, relativiert Frau Jandric im weiteren Verlauf allerdings wieder:

RM: „Also wenn es darum geht die Leute – man merkt, die Leute müssten eigentlich länger da bleiben, aber die Krankenkasse würd‘ das anders sehen, deswegen dokumentiere ich dann...“

P2: „Zum Beispiel, ja. Also das ist jetzt nur Kleinkram. Also wir haben das nicht oft gemacht, um Gottes willen, ja. Aber ähm, man muss schon manchmal ausholen. Man denkt, das ist doch gar nicht wichtig, ja, so wie – keine Ahnung, selbst wenn er sagt: ‚Heut hab ich nochmal ’n bisschen Bauchweh‘ – das ist normal, ja. Du musst es aber hinschreiben [klopft zweimal mit dem Zeigefinger auf den Tisch], weil er hat es gesagt und dann kannst du auch was tun, ja. Also ich hab immer gesagt mit der Einführung der DRGs: Wer beschissen werden will, der wird beschissen, ja. Ich meine, nicht, dass wir das jetzt hier machen, aber das ist im Endeffekt die Konsequenz daraus, ja.“

Es gehe also nur um „Kleinkram“, der nicht oft gemacht werde. Aus dem, was oben unter dem Motto „falsch schreiben“ eingeführt wurde, wird jetzt die schwächere Aussage, man müsse „manchmal ausholen“.⁴³ Trotz dieser Relativierung zeigt sich aber auch, dass die neuen Abrechnungsmodalitäten Frau Jandric in eine Situation moralischer Dissonanz versetzen: Sie fühlt sich zum Betrug genötigt, hängt aber selbst einer Moralvorstellung an, die auf Vertrauen und Ehrlichkeit basiert, was eine sach- und wahrheitsgemäße Dokumentation einschließt („er hat es gesagt und *dann* kannst du auch was tun“). Diese Dissonanz oder Ambivalenz bearbeitet sie dann in der Form, dass sie – ganz ähnlich wie Herr Schimmeck – die Systemlogik als Rechtfertigung (Rationalisierung) dafür anführt, ihrem moralischen Empfinden zuwider zu

43 Es handelt sich hier um eine Praxis, die auch auf ärztlicher Seite zu beobachten ist. Vogd (2004: 292) rekonstruiert einen Fall ärztlichen Entscheidens mit dem Resultat: „In der Kommunikation mit der Krankenkasse passen sich die Begründungen dem zu erreichenden Ziel an, nicht umgekehrt. Die Ärztin gewinnt hierdurch Autonomie gegenüber den bürokratischen Vorgaben seitens der Kassen und der Politik.“

handeln („wer beschissen werden will, der wird beschissen“).⁴⁴ So verschiebt sich der Blick auf die alltäglichen Ereignisse: Es wird entlang von Abrechnungskriterien abgescannt, was dokumentationswürdig ist. Während für sie ein „bisschen Bauchweh“ zu den ganz normalen Folgen der fachtypischen Heilungsprozesse gehört, die man aus ihrer Sicht nicht extra „hinschreiben“ bräuchte, handelt es sich unter Berücksichtigung der Einsparlogik der Krankenkassen um eine relevante und hervorzuhebende Aussage – und diese Perspektive muss ständig mitlaufen.

Macht und Kontrolle gehen für Frau Jandric aber nicht nur von den Krankenkassen, sondern auch von der Geschäftsführung aus, die auch den Chefärzten, die früher noch „Respektspersonen“ gewesen seien, nur noch Zahlen („die Fallzahlen, die Fallzahlen“) vorlege. Die Budgets, die sie mit- und zugeteilt bekommen, orientierten sich an den Fallzahlen bzw. am Case-Mix und Case-Mix-Index. Die Orientierung an „Zahlen“ wird dabei explizit als negativer Gegenhorizont zu einer Orientierung am Zustand und an den Bedürfnissen des*der Patient*in thematisiert:

„Und das ist das Schlimme, dass du heute nicht mehr guckst, wie geht’s eigentlich meinem Patienten, muss ich den operieren, muss ich ihn schon heimschicken, Menschenkind dem geht’s nicht gut – dass du heute nur nach Zahlen guckst. Ja. Und das haben wir sofort gemerkt [nach der Einführung des DRG-Systems; R.M.]. Ja. Dann hast du deine mittlere Verweildauer und dann, pff, haben wir auch am Anfang geguckt: ‚Das ist ja – sind die verrückt geworden?‘ Ja, das ist ja unglaublich‘, ja. Schickst die Leute heim und zu Hause sind die nicht versorgt.“ (P2)

Die Zahlen, hier spezifiziert als „mittlere Verweildauer“, fungieren als Übersetzungsmechanismus von tauschwert-ökonomischen Vorgaben⁴⁵ in versorgungsbezogene Entscheidungen (Leute heimschicken), die aus der Orientierung an den Bedürfnissen der Patient*innen heraus als „verrückt“ betrachtet werden. Dass Frau Jandric an dieser Stelle im Modus der Erzählung ihre damalige Reaktion zweifach mit emotional besetzten Ausdrücken („verrückt“, „unglaublich“) artikuliert, verweist auf eine Erlebnissättigung dieser Irritation der habitualisierten pflegerischen Orientierung durch die neuen, mit ökonomischem Sinn besetzten Erwartungen.

Auf die Dokumentation kam Frau Jandric das erste Mal im Zuge ihrer Darstellung des Arbeitstages zu sprechen. Bereits hier bringt sie diese direkt in Verbindung mit der Abrechnung. Die Erwähnung erfolgt unmittelbar im Anschluss an die Beschreibung dessen, was an einem Tag alles zu tun ist:

44 In diesem Sinne ließe sich von einer Tendenz zur „moralischen Desensibilisierung“ (Kersting 2011) der Pflege aufgrund der Ökonomisierung sprechen. Ein ganz ähnliches Muster findet sich auch bei Frau Henkel: Auch sie rechtfertigt den Umstand, dass die Dokumentationsassistentin „aus ’nem Husten gleich ’ne beidseitige Lungenentzündung“ macht, einfach weil dann mehr Geld reinkommt“, mit der Systemlogik: „Das geht auch nicht anders, weil irgendwie muss ja das Geld reinkommen.“ (P3)

45 Die mittlere Verweildauer meint die Liegezeit, bei der maximale Erlöse erzielt werden können. Bei zu kurzer Liegezeit (Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer) kommt es zu Abschlägen auf die Fallpauschalen. Bei zu langer Liegezeit (Überschreitung der oberen Grenzverweildauer) gibt es zwar Zuschläge pro Tag, diese sind jedoch kaum kostendeckend, so dass in der Regel eine mittlere Verweildauer ‚angesteuert‘ wird.

P2: „Und am schlimmsten ist die Dokumentation. Die nimmt den meisten, die meiste Zeit in Anspruch. Und bei uns war's so, wenn du länger geblieben bist, war's meistens wegen der Dokumentation, weil du erst mal alles gemacht hast, also abgearbeitet hast, und dich dann um die Dokumentation gekümmert hast. Ich hab gehört, es gibt auch welche, die dokumentieren erst. Nur wer dokumentiert, kriegt auch Geld, ja [lacht]. Also das haben wir jetzt nicht gemacht, aber das soll es wohl geben.“

RM: „Ja, das wurd' mir auch schon berichtet.“

P2: [lacht] Ja, gell. Hauptsache es steht. Ja, das ist schwierig.“

Die Bewertung, die Dokumentation sei am schlimmsten, impliziert zunächst, dass zumindest die unmittelbar zuvor erwähnten Tätigkeiten (die Anordnungen der Ärzte ausarbeiten, sprich: Unterlagen für das Labor am nächsten Tag vorbereiten, Medikamente aktualisieren), als schlimm empfunden werden. Die Begründung für die dramaturgische Zuspitzung („am schlimmsten“), die Dokumentation nehme die meiste Zeit in Anspruch, verweist auf eine spezifisch strukturierte Zeitkonstruktion. Der Vergleichshorizont zur Dokumentation sind die zuvor erwähnten Tätigkeiten, die *jede für sich* weniger Zeit in Anspruch nehmen. Das bedeutet, dass *die* Dokumentation, die sich ja auf die Akten mehrerer Patient*innen bezieht, die je einzeln bearbeitet werden müssen, als *eine* Tätigkeit wahrgenommen wird, die getrennt von der Versorgung stattfindet.⁴⁶ Dass Frau Jandric wenn, dann wegen der Dokumentation länger geblieben ist, impliziert eine Prioritätensetzung zugunsten anderer pflegerischer Tätigkeiten („erst mal alles gemacht“). Das umgekehrte Vorgehen, erst zu dokumentieren und dann zu versorgen, identifiziert sie mit einer Priorisierung der Erlösgenerierung, d.h. mit einer ökonomischen Orientierung, die den negativen Gegenhorizont bildet. Von einer solchen grenzt sich Frau Jandric dann noch einmal explizit ab („das haben wir jetzt nicht gemacht“; „das ist schwierig“). Auch wenn sie nicht genauer ausführt, was sie mit „alles“ in „erst mal alles gemacht“ meint, lässt die Einbettung dieser Passage in die vorangegangene Beschreibung der Tätigkeiten, die an einem Arbeitstag zu erledigen sind, darauf schließen, dass es hier um Tätigkeiten geht, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie Bezug zur Versorgung der Patient*innen haben.⁴⁷ Die Dokumentation erscheint also als hiervon losgelöste Tätigkeit, die auf ihre Bedeutung für die Abrechnung reduziert wird – ganz ähnlich wie in der Aussage von Herrn Schimmeck: „Dokumentation ist halt abrechnungsrelevant“.

46 Ein hypothetischer Gegenhorizont bestünde beispielsweise darin, das ‚Pflegen‘ der Akte eines*einer Patient*in als integralen Bestandteil der Pflege dieses*dieser *einen* Patient*in zu verstehen und nicht als ‚die Dokumentation‘, die für alle zugeeilten Patient*innen erledigt werden muss.

47 Da diese Passage relativ lang ist, sei hier nur kurz zusammengefasst, welche Tätigkeiten Frau Jandric anführt: Übergabe, Patient*innen aufteilen (Bereichspflege), Visite, Aufnahmen, Patient*innen für den OP vorbereiten, Entlassungen vorbereiten, Verbände wechseln, Vitalzeichen kontrollieren, Infusionen anhängen, Medikamente geben, Waschen, „Dummschwätzen“, Betten machen, Verband wechseln, Getränke anreichen, Lagern, Medikamente stellen, mit den Sozialarbeitern reden, Anordnungen der Ärzte ausführen.

Die Bemerkungen von Frau Jandric wurden von mir später noch einmal in einer Nachfrage zum konkreten Vorgehen bei der Dokumentation aufgegriffen. Das als Gedankenexperiment entworfene Szenario, das Pflegen einer Patient*innenakte könnte auch zur Versorgung eines*einer einzelnen Patient*in hinzugezählt werden, wird hier von Frau Jandric als Praxis beschrieben:

RM: „Und die Dokumentation, meinst du ja gerade, macht ihr immer hinterher, aber macht ihr die dann gebündelt oder wenn ihr bei einem Patienten ward, dann kurz die Akte sich vornehmen und dann zum nächsten, oder...“

P2: „Wenn du Zeit hast, machst du’s gleich. Also, Medikamente – wenn du jetzt zwischendurch ’ne Infusion anhängst, das trägst du schon ein, ja. Aber so diese groben Anordnungen, was weiß ich, was die Ärzte morgens bei der Visite anordnen, hast du dann deinen Übergabebzettel, sag ich jetzt mal, hier so. Da hast du’s dir aufgeschrieben und dann hast du’s abgehakt, weil du’s schon gemacht hast. Und das, dass du’s gemacht hast, hast du halt erst nachgetragen. Oder du hast auch schon die Tabletten gegeben und hast es aber noch nicht so richtig in die Akte eingetragen, in die Kurve. Hast zwar hinten abgezeichnet, aber vorne steht’s noch nicht, weil du die Zeit nicht hast. Und so wie die Zeit da ist, nimmst du dir schon eine vor und sagst, ach komm, das trag’ ich noch schnell ein, ja.“

Ein Teil der Dokumentation wird also schon zwischendurch erledigt, aber eben „noch nicht so richtig“, denn sie wird nicht zum Abschluss gebracht. „Richtig“ erledigt wird sie entweder in sich kurz öffnenden Zeitfenstern, in den Nischen des Arbeitstags („wenn du Zeit hast“; „sowie die Zeit da ist“), oder wie oben beschrieben als letzte Aufgabe des Tages. Definiert werden diese Nischen durch die anderen Aufgaben neben der Dokumentation; diese steht also in der Prioritätenliste, so könnte man hier in Ergänzung zur obigen Aussage, die Dokumentation werde erst gemacht, wenn „alles erledigt“ ist, annehmen, ganz unten. In der nächsten Sequenz verschiebt sich nun aber nochmal Frau Jandrics Orientierung auf die Dokumentation:

„Aber wenn du dir die Zeit nicht nehmen kannst, also wenn – du musst schon gut gucken, dass du genügend Raum auch hast, weil ein falsches Wort und du kriegst schon kein Geld, ja. Das ist einfach so. Wenn du jetzt – du meinst es gut und schreibst da hin: ‚Ach, Patient gibt keine Beschwerden an‘, weil er tatsächlich keine Schmerzen mehr gehabt hat, ja, äh, ‚ist einiger...‘ äh, was weiß ich: ‚ist leidlich mobil‘, da sagt die Kasse schon: ‚Du, wenn er leidlich mobil ist, könnt ihr den entlassen.‘ Ja. Also, so. Man muss da wirklich aufpassen, was man da schreibt, ja.“ (P2)

Während es bisher so aussah, als sei es für Frau Jandric vor allem wichtig, erst einmal „alles andere“ zu machen, bevor sie sich der Dokumentation widmet, weil es Priorität hat, wird hier deutlich, dass die zeitliche Abfolge durchaus auch im Sinne einer der Abrechnung angemessenen Dokumentationspraxis ist. Die Trennung der Bereiche von Dokumentation und sonstigen Arbeiten dient somit dazu, *beiden* möglichst gerecht zu werden. Die Dokumentation wird dabei nicht mehr wie zuvor (Medikamentengabe wird dokumentiert etc.) als Bestandteil des Versorgungsprozesses konstruiert, sondern als Element im ökonomischen Feld („ein falsches Wort und du kriegst schon kein Geld“); diese Funktion ist es, die es erforderlich macht, sich „ge-

nügend Raum“ für die Dokumentation zu nehmen. Der Aufwand an Zeit und Konzentration, den die Dokumentation verlangt, stellt sich also als eine externe Vorgabe dar, als Umwelтанforderung und -perspektive, die zu übernehmen für Frau Jandric keine ‚natürliche Einstellung‘ ist. Vielmehr bedarf es der Konzentration, einer speziell gerichteten Aufmerksamkeit. Über die thematische Brücke der Abrechnungsrelevanz der Dokumentation treten die Krankenkassen auf den Plan, die eine spezielle Perspektive auf das *boundary object* der Dokumentation (vgl. Berg/Bowker 1997) haben, die Frau Jandric in ihrer Praxis berücksichtigen muss. Die Kassen würden versuchen, so wenig Geld wie möglich auszugeben, und dafür jede Lücke nutzen, die die Dokumentation ihnen lässt. Zusammenfassend ist für Frau Jandric also relevant, dass man für die Dokumentation Konzentration und Zeit aufwenden muss. Dieser Zeitaufwand, der für sie die primäre Begründung ist, warum es sich um die „schlimmste“ Arbeit handelt, ergibt sich für sie aus dem ökonomischen Sinnhorizont, der durch die Krankenkassen repräsentiert wird. Kurz: die Dokumentation ist nicht als Teil des Versorgungsprozesses, sondern als Teil des Abrechnungsprozesses „das Schlimmste“.

Auch Frau Henkel, deren Berufseinstieg ebenfalls in die Zeit vor der Einführung des DRG-Systems fällt, thematisiert die Dokumentation als großen Teil des Verwaltungsaufwands, der als erstes „hinten runter fällt“, wenn man seine „Arbeit nicht geschafft“ hat. Dies scheint insbesondere in Spät- und Nachtdiensten vorzukommen. In diesem Zusammenhang verbindet auch sie die Dokumentation mit den Kontrollen durch den MDK. Wenn die Dokumentation aufgrund von Überlastung

„einfach nicht sorgfältig gemacht werden kann, dann sieht der MDK: Ok, an dem und dem Tag ist das und das nicht gemacht, dann werden Gelder gestrichen. Das ist so ’nen Teufelskreis, ne, weil ähm ich muss ja irgendwo Abstriche machen und es ist natürlich nicht die beste Variante, Dokumentation zu streichen, aber wo soll ich denn anfangen? Also ich kann auch nicht die Patienten im Bett im schmutzigen Bett liegen lassen, damit ich die Berichte abhaken kann. Das ist nicht mein Anspruch.“ (P3)

Dass es nicht „die beste Variante“ sei, die „Dokumentation zu streichen“, verweist darauf, dass die Notwendigkeit der Abrechnung und Refinanzierung durchaus gesehen und berücksichtigt wird. Der primäre „Anspruch“ bleibt es jedoch, die patienten-nahen Tätigkeiten im Kernbereich der Pflege zu schaffen und nicht Berichte abzu-haken. Der Konflikt zwischen refinanzierender Dokumentation und Pflege entsteht hier also nicht wie bei Herrn Schimmeck über die „Logik“ des jeweiligen Spiels, sondern über den *Zeitdruck*, der unter den gegebenen Arbeitsbedingungen herrscht.

Die kritisch-reflektierte Subtypik lässt sich jedoch nicht nur bezüglich der Dokumentation, sondern auch bei der Thematisierung der Kodierkräfte rekonstruieren – allerdings nur im Fall von Herrn Schimmeck.⁴⁸ Er konstruiert die Kodierkraft als Re-präsentantin einer patientenfernen Umwelt, in der es um ökonomische Sachverhalte geht – sie gebe in entsprechende Computerprogramme „alle auffälligen Sachen ein, wo man Geld mit verdienen kann“. Sie vermittele den „Druck“, der durch das Fallpauschalensystem entstanden sei. Das Neue gegenüber früher ist: Die Kodierkraft bringt

48 In den anderen Fällen wird ihren Tätigkeiten eher mit Indifferenz begegnet oder aber sie werden positiv bewertet (s.u.).

diese Orientierung „vor Ort“ mit ein, wie Herr Schimmeck am Beispiel der Beatmungstunden ausführt, die in der Intensivpflege in puncto Abrechnung der „Knaller“ seien, da sie „einfach noch zusätzlich Geld“ bringen. Es sei Aufgabe der Kollegin vom DRG-Prüfcenter darauf hinzuweisen, wann der nächste „Splitt“ erreicht ist, ab dem es „dann halt noch soundso viel tausend Euro extra“ gibt. Er versuche allerdings, sich „die Zahlen bewusst nicht im Kopf [zu merken], weil man sich halt nicht beeinflussen lassen will.“ Der Druck scheint also nicht nur durch die Kodierkraft *in persona* zu entstehen, vielmehr stellt bereits das durch sie artikulierte Wissen über die Zahlen einen Faktor dar, der darauf hinwirkt, die patient*innenbezogenen Entscheidungen zu beeinflussen, so dass es nötig wird, sich „die Zahlen bewusst nicht im Kopf“ zu merken.

Die hier bereits mitschwingende Grundspannung zwischen der ökonomischen, durch die Kodierkraft vertretenen Orientierung und der gesundheitsberuflichen Orientierung wurde in einer späteren Passage, die allerdings zugleich die Ambivalenz des Interaktionsverhältnisses verdeutlicht, noch einmal expliziter:

RM: „Ähm, ok, und die, eh, ähm, DRG-Zuständige bei euch auf der Station, wenn die dann mit euch spricht, da hört ihr dann irgendwie mit einem Ohr zu und, eh, lasst die irgendwie reden oder gibt's da auch öfter mal so...“

PI: „Eh, das kommt drauf an. Es gibt auch durchaus Dinge, die sinnvoll sind. Also z.B. gibt's ganz viele Medikamente, die halt extra dokumentiert werden müssen, weil die halt nicht pauschal vergütet werden. Also z.B. bei so 'nem Thema, da hört man auch ihr vernünftig zu, ne. Und das hat sich glaube ich auch über den Prozess mit den Fallpauschalen jetzt so eingebürgert, auch wenn der Aufwand höher ist, dass man das vernünftig dokumentiert.“

Die Nachfrage zum Umgang mit den Kodierkräften wird von Herrn Schimmeck dahingehend verstanden, dass ich unterstelle, dass diese aus seiner Sicht überhaupt keiner sinnvollen Tätigkeit nachgehen. Darauf verweist die differenzierende Antwort von Herrn Schimmeck, der meine Proposition mit der Opposition zurückweist, die Kodierkräfte würden auch auf sinnvolle Dinge aufmerksam machen, wie z.B. auf die Dokumentation bestimmter Medikamente, die nicht pauschal vergütet werden. Bei so etwas höre man zum einen „auch ihr vernünftig zu“. Was bezüglich anderer Akteure also selbstverständlich zu sein scheint (ihnen vernünftig zuzuhören), wird bei den Kodierkräften nur partiell praktiziert. Zum anderen hat dies unmittelbar Einfluss auf die eigene Praxis: Es habe sich eingebürgert, diese Medikamente „vernünftig“ zu dokumentieren, auch wenn das mehr Aufwand bedeutet. Was aber zeichnet diese Situation gegenüber solchen aus, in denen man der Kodierkraft nicht vernünftig zuhört und ihren Hinweisen nicht folgt? An der Situation der Kooperation zwischen Pflege und Kodierkraft ist zunächst auffällig, dass sie sich um einen Aspekt dreht, der – im Gegensatz zum Beispiel der Beatmungssplitts – nicht unmittelbar mit der Versorgungspraxis zu tun hat. Es geht um eine spezifische *Dokumentation* der Praxis, nicht um diese selbst. Zum anderen ist anzunehmen, dass an diesem Punkt der Vergütung der medikamentösen Behandlung Pflege- und Kodierkräfte ein gemeinsames Interesse am wirtschaftlichen Überleben der Station und des Hauses teilen. Um die ökonomische Seite des stationären Feldes zu bedienen und so zu seiner ökonomischen Reproduktion unter den als objektiv erlebten, gegebenen Bedingungen („Prozess mit

den Fallpauschalen“) beizutragen, wird auch ein Mehr an Dokumentationsaufwand in Kauf genommen. Es gibt also keine prinzipielle Weigerung, der ökonomischen Logik Referenz zu erweisen, solange diese nicht in die Versorgungslogik ein- und übergreift; sie koppelt sich im vorliegenden Beispiel der situativen Kooperation vielmehr an die ohnehin tendenziell von der Versorgung abgekoppelten administrativen Tätigkeiten (Dokumentation).

Im weiteren Verlauf erklärt Herr Schimmeck die konkrete Dokumentationspraxis für die Medikamente, die extra abgerechnet werden müssen:

„...und wenn ihr [der Kodierkraft; R.M.] z.B. auffällt, dass ein Kollege in der Frühschicht vergessen hat zu dokumentieren, vielleicht war viel los gewesen, vielleicht hat er's einfach vergessen, und dann sagt sie dann halt zu mir: ‚Jetzt dokumentiert du doch das nach‘, also da z.B. weiger' ich mich dann und sag dann zu ihr: ‚Ne, ich war nicht in der Frühschicht gewesen, ich weiß nicht ob er's gegeben hat.‘ Man muss halt einfach zum Kollegen gehen, wenn er am nächsten Tag wieder da ist und dann soll er es einfach mal nachdokumentieren.“ (P1)

Die Weigerung, für andere nachzudokumentieren, zeigt zum einen, dass auch Herr Schimmeck, ähnlich wie Frau Jandric, bezüglich der Dokumentation einem spezifischen Ethos der Wahrhaftigkeit folgt. Zum anderen zeigt sie, dass er die Situation als tendenziell konflikthaft einstuft. Eine konkrete Konfliktsituation schildert Herr Schimmeck am Beispiel der Rhagade:

P2: „...und, Rhagade – sagt dir der Begriff was?

RM: „Ne.“

P1: „Rhagade ist so 'n Einriss im Mundwinkel. Bei der Witterung kann dir das auch passieren, sozusagen. Also völlig undramatisch sozusagen. 'Ne Rhagade entsteht auf der Intensivstation relativ häufig, weil die Patienten nicht ausreichend ernährt sind und sie 'nen Beatmungsschlauch im Mund haben. Der wird regelmäßig, alle paar Stunden, umgelagert und man macht den im Mundwinkel fest, weil er da den Patienten am wenigsten stört. Rhagade, völlig harmlos, wenn man's erkannt hat, kriegt man auch ganz schnell wieder hin sozusagen. Und einer von den Kollegen im DRG-Prüfcenter, der macht auch im Rahmen von der Fachweiterbildung bei den Kollegen Unterricht, erklärt, wie Fallpauschalen funktionieren. Also nicht kritisch so irgendwie, sondern der gibt wirklich Anweisungen: ‚Hört mal her, mit den Punkten könnt ihr sozusagen noch 'n bisschen Geld rausholen.‘ [...] und von der Definition her erfüllt die Rhagade auch die Definition vom Dekubitus zweiten Grades. Und der sagt dann den Kollegen, das ist sein Satz [...]: ‚Warum bezeichnen wir eine Rhagade nicht als einen Dekubitus im Gesicht?‘ Und dann wird so 'nen Wundpflegebogen angelegt, steht halt drin. Und also wenn du's von der Logik her angeht, ne, also kein Mensch würd' auf die Idee kommen, so was 'nen Dekubitus zu nennen, weil der heilt schnell ab, im Zweifelsfall heilt der von alleine ab, da muss ich gar keine Anstrengung machen, oder ich mach 'n bisschen Salbe drauf und dann hat sich's. Aber, da kriegt man glaube ich 'nen Gefühl dafür, also wo die Logik eigentlich hingeht, ne.“

Für Herrn Schimmeck ist zunächst zentral, dass es sich bei einer Rhagade um etwas handelt, das „völlig undramatisch“ oder „völlig harmlos“ ist. Er initiiert dann als negativen Gegenhorizont zu dieser Orientierung erneut das Unterthema „Kollege im

DRG-Prüfcenter“ und erzählt von dessen Unterricht im Rahmen der Fachweiterbildung. Der Kollege erkläre die DRGs nicht etwa kritisch, sondern er gebe „Anweisungen“, wie man aus Patient*innen „sozusagen noch ’n bisschen Geld rausholen kann“, hier indem man eine Rhagade, die relativ häufig auftauche, als „Dekubitus zweiten Grades“ dokumentiert. In diesem Fall muss ein Wundpflegebogen angelegt, d.h. ein höherer Dokumentationsaufwand in Kauf genommen werden („steht halt drin“). Herr Schimmeck kommt dann zum Oberthema der Differenz zwischen den unterschiedlichen Logiken zurück. Aus der einen Perspektive, die er einnimmt, die er aber zugleich (negativ) als allgemein-menschliche bestimmt („*kein Mensch würd’ auf die Idee kommen*“), ergibt es gar keinen Sinn, eine Rhagade in einen Dekubitus umzutaufen. Diese Sicht der Dinge begründet er damit, dass eine Rhagade schnell und ohne („keine Anstrengung“) oder nur sehr wenig Aufwand („mach ich ’n bisschen Salbe drauf“) abheilt. Darin ist impliziert, dass all dies bei einem Dekubitus nicht der Fall ist: Er braucht Zeit zum Abheilen und bedarf eines Behandlungsaufwands, wobei beides dann auch in einer entsprechenden Wunddokumentation einzutragen ist. Diese Logik, in der sich der Aufwand aus Feststellungen darüber ergibt, was versorgungstechnisch sachgemäß ist, werde durch die DRG-Logik außer Kraft gesetzt – sie verleite dazu, etwas ‚völlig harmloses‘ aufzubauschen, um es abrechnen zu können.

Herr Schimmeck kommt auf dieses Rhagade-Beispiel noch einmal zurück, wenn er sein ambivalentes Verhältnis zur Kodierkraft resümiert:

„Also es gibt Bereiche, wo ich auch aufmerksam zuhöre und wo ich das auch nachvollziehen kann. Aber wie gesagt, wenn die Kollegin jetzt auch anfangen würd’, weil sie halt im Zimmer drin steht, sieht ’nen Patienten mit ’ner Rhagade im Mundwinkel, dann würd’ es ’n Konfliktgespräch werden, ich dann halt sagen: ‚Das ist ’ne Rhagade für mich und ist kein Dekubitus.‘ Und wenn sie will, dass sie den abrechnungsrelevant macht, diese Rhagade, dann muss sie(!) halt ’nen Wundbogen anlegen. Also da würd’ ich nicht auf die Idee drauf kommen. Also es gibt Konfliktsituationen, aber es ist nicht so, dass man jetzt generell sagt, das ist jetzt ’ne feindliche Person. Das nicht.“ (P1)

Aus der Sicht von Herrn Schimmeck besteht also zwischen Pflege- und Kodierkräften eine „Rahmeninkongruenz“, d.h. es ist „kein gemeinsamer Orientierungsrahmen gegeben“ (Bohnsack 2010: 125). In einem solchen Fall kann es, Bohnsack zufolge, nicht nur zu einer Opposition, sondern auch zu einem ‚Aneinandervorbeireden‘ kommen (vgl. ebd.: 125). Das Verhältnis muss sich also nicht bis zum Konflikt zuspitzen. Das dokumentiert sich auch in Herrn Schimmecks Erzählung über die Erhebung und Dokumentation des TISS und SAP-Scores.⁴⁹ Hier findet sich eine Art reflektierte Verbundpraxis, die das Problem der wechselseitigen Irrelevanz der Orientierungsrahmen bearbeitet. Herr Schimmeck schildert mir zunächst die Grundidee des TISS und SAP-Scores, die es bereits vor dem Fallpauschalensystem gegeben ha-

49 Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) und Simplified Acute Physiology Score (SAP-Score) – dieses Intensivscoring wird täglich erhoben, sobald ein Patient über 24 Stunden auf der Intensivstation verbracht hat. Es werden dabei unterschiedliche Parameter abgefragt, die den erhöhten Arbeitsaufwand in der Intensivpflege abbilden sollen, der dann bei entsprechender Punktzahl als Komplexbehandlung abgerechnet werden kann.

be, um einen erhöhten „Aufwand“ durch „Komplikationen einschätzen“ zu können. Aber:

„vor'm Fallpauschalensystem wäre niemand auf die Idee gekommen z.B. wenn einmal ein Patient sich furchtbar aufregt über den Rahmen der Extubation und der hat dann 'ne Herzfrequenz von 150, weil er sich halt mal aufregt, die zu dokumentieren. Das war 'nen einmaliges Ereignis.“ (P1)

Seit dem Fallpauschalensystem gäbe es jedoch einen „zusätzlichen Punkt und das bedeutet zusätzliches Geld“, wenn ein solches einmaliges Ereignis dokumentiert wird. Allerdings – und hierin besteht die Verbundspraxis – sage die Kodierkraft den Pflegekräften nicht die genaue Herzfrequenz, ab der sie abrechnungsrelevant wird, sie sollen einfach immer die Herzfrequenz dokumentieren:

„Und die Kollegin legt ganz großen Wert drauf, weil wir ja auch keine Lust haben uns die Werte zu merken, die halt für sie wichtig sind, sondern die sagt immer: ‚Sobald irgendein Ereignis ist, dann schreibt ihr halt rein 122.‘ Das wär' in dem Fall noch nicht abrechnungsrelevant, spannend wird's halt über 150 und wenn dann drin steht 153 dann jubelt sie sozusagen, weil sie halt 'nen zusätzlichen Punkt abrechnen kann.“ (P1)

Das mit der Rahmeninkongruenz einhergehende Problem des ‚Aneinandervorbeiredens‘ (man hat keine Lust, sich die für die Kodierkraft wichtigen Werte zu merken) wird also dadurch bearbeitet, dass die Pflegekräfte einfach ‚reden‘, also Ereignisse aufschreiben, und die Kodierkraft anschließend selbst selektiert, welche Elemente dieser Kommunikation relevant für sie sind. Interessant ist hierbei, dass der Erzählung von Herrn Schimmeck zufolge die Pflegekräfte damit einen etwas größeren Dokumentationsaufwand auf sich nehmen, anstatt sich ein bestimmtes ökonomisches Wissen einzuprägen und es in die Praxis umzusetzen. Gleichzeitig scheint diese Praxis von der Kodierkraft initiiert worden zu sein, da sie den Pflegekräften nicht zutraut, zuverlässig an den für sie bedeutsamen Wert zu denken. Es scheint also eine beidseitige Akzeptanz der Eigenlogik der jeweiligen Perspektive vorzuliegen.

Während Herr Schimmeck die Kodierkräfte in erster Linie als Vermittler einer ökonomischen Sachlogik thematisiert, werden sie von Frau Jandric und von Frau Henkel im Zusammenhang mit dem Kontrollregime der Krankenkassen reflektiert. Im direkten Anschluss an die Aussage, man müsse bei der Dokumentation gut aufpassen, weil die Krankenkassen die Akten kontrollieren, fügt Frau Jandric hinzu:

„Also ich sag immer – diese, diese Kodierfachkräfte, die wir haben, das ist schon gut. Die könnten noch mehr einstellen, dann könntest du wahrscheinlich auch noch mehr machen.“ (P2)

Die Kodierkräfte treten hier also nicht als Vertreter einer potenziell konfliktzeugenden Logik in Erscheinung, sondern als Mitspieler im eigenen Team, die im Kampf gegen die Kassen wertvolle Dienste leisten. Frau Jandric legt hier eine ökonomische Orientierung an den Tag, in der der positive Horizont darin besteht, das, was auch tatsächlich gemacht wurde, maximal abzurechnen („noch mehr machen“). Diese Orientierung findet sich auch bei Frau Henkel, die in der folgenden Sequenz noch deutlicher einen Zusammenhang zur geleisteten pflegerischen Arbeit herstellt:

„Wir hatten jetzt ähm seit mehreren Jahren immer die gleiche Dokumentationsassistentin, die wirklich sehr gute Arbeit macht. Die war dann in Elternzeit, in der Zeit 'ne andere Kollegin übernommen, die noch ziemlich frisch war, diese Fortbildung nicht gemacht hat, in der Zeit sind unsere Erlöse eingebrochen, obwohl wir nicht weniger gearbeitet haben als vorher, also [lacht] da merkt man einfach, wie wichtig das ist, dass da die richtigen Sachen kodiert werden.“ (P3)

Im Kontrast der routinierten zur nicht geschulten Dokumentationsassistentin wird Frau Henkel klar, dass es bei der Refinanzierung gar nicht darauf ankommt, welche Arbeit tatsächlich geleistet wurde, sondern darauf, was wie dokumentiert wird. Die Kodierkräfte werden vor diesem Hintergrund positiv bewertet, weil sie mit dazu beitragen, die stationäre Arbeit für andere sichtbar zu machen, wie auch in der folgenden Aussage deutlich wird, die sich um die Dokumentation dreht:

„Es ist halt so: Das, was ich nicht dokumentiert hab, hab ich nicht gemacht, was ich nicht gemacht hab, lässt sich nicht abrechnen.“ (P3)

Frau Henkel spricht hier implizit die (Un-)Sichtbarkeit bestimmter pflegerischer Arbeiten in Anschlusspraktiken wie der Abrechnung an: Was nicht dokumentiert ist, existiert für andere nicht und ist damit nicht als Teil der geleisteten Arbeit sichtbar.⁵⁰ In diesem Sinne findet sich auch hier eine kritische Reflexion des Verhältnisses von Pflege und Abrechnung, allerdings führt genau diese dazu, dass die Kodierkräfte als die einzigen Akteure wahrgenommen werden, die die Pflege im ökonomischen Horizont vertreten und auf die ihnen mögliche Weise sichtbar machen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die kritisch-reflektierte Orientierung auf das Abrechnungsregime impliziert keineswegs eine generelle Weigerung, ökonomischen Anforderungen gerecht zu werden. Vor dem Hintergrund der Einsicht, dass die Häuser sich refinanzieren müssen, kommt es zu Varianten eines reflektierten Mitmachens. Sie alle machen sich die Differenz von *talk* und *action* zunutze, die sich über das Medium der Dokumentation konstituiert. Sie ist es, die den ökonomischen Anforderungen entsprechend angepasst wird; sie definiert das Terrain, auf dem den Kodierkräften ein Mitspracherecht eingeräumt wird. Die Abweichung der Dokumentation von der nach professioneller Sachlogik definierten Versorgungswirklichkeit, dieses Handeln wider das Ethos der Wahrhaftigkeit, wird dabei über die (politisch gewollte) Systematik des Abrechnungsregimes gerechtfertigt („wer beschissen werden will, wird beschissen“). Voraussetzung der so operierenden Praxen der reflektierten Balancierung ist es zum einen, sich mit den Regeln beider Spiele, des Versorgungs- und des Abrechnungsspiels, auszukennen. Zum anderen scheint die Interaktion und

50 Geht man davon aus, dass die „invisible work“ (D. Allen) mit ihren verschiedenen Komponenten – sei es die unsichtbare *organisational work* oder aber die psychosoziale Dimension der Pflege – wesentlicher Bestandteil der pflegerischen Praxis ist, wird deutlich, dass das gegenwärtige Abrechnungsregime eben diese strukturell nicht als Teil der geleisteten Arbeit anerkennt. Mit diesem Punkt werden wir uns in der Diskussion noch näher beschäftigen (vgl. 7.2.5).

Arbeitsteilung mit den Kodierkräften vor allem dann zu funktionieren, wenn die Eigenlogik der jeweiligen Perspektive wechselseitig anerkannt wird. Allerdings bedingt die kritisch-reflektierte Orientierung dort Tendenzen zur Weigerung, ökonomischen Anreizen und Refinanzierungsnotwendigkeiten zu entsprechen, wo es (auch in der Dokumentationspraxis) zu nicht zu balancierenden Konflikten mit dem kommt, was versorgungslogisch als sinnvoll und geboten betrachtet wird. Herrn Schimmeck gilt diese Verweigerung als legitimer, aber individueller Akt des Widerstands. Bei Frau Jandric und Frau Henkel, die sich im Unterschied zu Herrn Schimmeck zu den Kodierkräften nicht ambivalent, sondern rein positiv positionieren (s.u.),⁵¹ macht sich diese Einschätzung am Umgang mit der abrechnungsrelevanten Dokumentation fest: Sie fällt als erstes hinten runter, wenn die patientenbezogene Arbeit es verlangt, steht also in der Prioritätenliste weit unten – würde die erlösgenerierende Dokumentation präferiert, stünde sie im Konflikt mit der Versorgungslogik.

6.2.1.2 Die normalisiert-distanzierte Subtypik

Bei jenen Pflegekräften im Sample, die erst nach der Einführung des DRG-Systems in den Beruf eingestiegen sind, fallen die Passagen, in denen sie über das Abrechnungsregime sprechen, wesentlich knapper und wenig engagiert aus.⁵² Dieser Befund stellt eine interpretative Herausforderung dar, denn einerseits lässt er sich dahingehend interpretieren, dass das Abrechnungsspiel zum selbstverständlichen Alltag gehört. Andererseits lässt sich bemerkenswerterweise aber auch kaum eine eigenständige Orientierung am Abrechnungsspiel rekonstruieren – es scheint für sie nicht einfach normal, sondern auch kaum relevant zu sein. Dies könnte damit zu tun haben, dass es sich bei allen Pflegekräften, bei denen die normalisierte Subtypik dominiert, um Intensivpflegekräfte handelt. Die Pflegekomplexmaßnahme-Scores (PKMS) werden nur auf Normalstation abgerechnet, so dass dieser Pfad der besonders für die Pflege relevanten Abrechnung strukturell entfällt. Hier hätte also weitere Forschung zu ergründen, inwiefern die Differenzen, die zwischen Intensiv- und Normalstationen sowohl hinsichtlich der Einbindung in das Abrechnungsspiel als auch in Bezug auf die Fachspezifik der Versorgung bestehen, zu unterschiedlichen ökonomischen Orientierungsmustern führen. Darüber hinaus ist es aber auch denkbar, dass diese Pflegekräfte von vornherein mit Kodierkräften an ihrer Seite gearbeitet haben und entsprechend nie in dem Maße mit der neuen Abrechnungslogik konfrontiert worden

-
- 51 Diese Differenz innerhalb der kritisch-reflektierten Subtypik könnte auf die unterschiedlichen Fächer zurückzuführen sein. Auch wenn das Datenmaterial für eine solide soziogenetische Interpretation nicht ausreicht, lässt sich begründet spekulieren, dass in der Intensivpflege – wie Herr Schimmeck selbst erwähnt – schon immer mehr dokumentiert wurde als auf den Normalstationen, so dass es hier nicht so sehr die aufgrund des Abrechnungsregimes zunehmende Dokumentation ist, die zum Anlass der kritisch-reflektierten Positionierung wird, sondern vielmehr die „Logik“, die die Dokumentation begründet und von den Kodierkräften „vor Ort“ repräsentiert wird. Auf den Normalstationen scheint demgegenüber der Dokumentationsaufwand stärker zugenommen zu haben und die Pflegekräfte sind schlicht froh, dass sich jemand anderes um die Bedienung der Abrechnungstrajektorie kümmert.
- 52 Mit Ausnahme von Herrn Niedhoff, der als PKMS-Beauftragter viel zur Thematik erzählt. Auf diesen Sonderfall kommen wir unten zurück.

sind, wie jene Pflegekräfte, die die Einführung der DRGs ohne Unterstützung der Kodierkräfte erlebt haben.

Die normalisiert-distanzierte Subtypik lässt sich am Fall von Herrn Becker, dem jüngsten Intensivpfleger im Sample, veranschaulichen. Sein Blick auf die Arbeitswelt ist von einem übergreifenden Orientierungsmuster an einer sinnvollen Arbeitsteilung geprägt. Anders etwa als bei Herrn Niedhoff ist für Herrn Becker nicht relevant, welche Tätigkeiten welcher Berufsgruppen in welchem Maße erlösgenerierend wirken, für ihn ist nur relevant, dass sich „jemand anderes“ um die ökonomische Seite des stationären Feldes kümmert:

RM: „Ok, ähm, bei der Doku ging es ja jetzt primär um den Pflegebericht. Wie relevant sind da für euch diese PKMS-Geschichten, müsst ihr da auch irgendwie mit drauf achten oder übernimmt das wer anders?“

P6: „Mmh, jein, also punktuell. Also es gibt ja einmal den PKMS für multiresistente Erreger. Also, die, der Leistungsnachweis für multiresistente Erreger, wobei das ist ’nen bisschen vereinfacht worden. Ich glaub, da gab’s auch ’ne Änderung, ähm glaub ich bei dem, wie detailliert man das nachweisen muss. Ähm, da gibt’s halt, ja für uns – es gibt jetzt so punktuell solche ähm, also Extranach- solche Extraformulare. Also, in erster Linie eben für ähm eben Isolation und gegebenenfalls Sanierung bei multiresistenten Erregern. Ähm, ansonsten, ne, ansonsten nicht.“

RM: „Ok. Das heißt, das übernimmt dann im Grunde noch jemand anders, das nochmal...“

P6: „Eh, wahrscheinlich. Also es gibt, es gibt auf jeden Fall [...] zwei Pflegekräfte auch, die halt irgendwie, die eine hat, die eine macht so DRG-Kodierung und – oder beide machen das mehr oder weniger. Ich weiß gar nicht so genau, was der Unterschied ist zwischen dem, was die beiden so machen. Aber ich glaub die eine macht primär Abrechnung und die andere macht äh, macht so diese DRG- und PKMS-äh-Geschichten. Also äh guckt halt die ganze Doku an, gibt ja im Intensivbereich auch nochmal diese TISS/SAPS-Geschichten, die man da ausrechnen muss. Ähm und äh durchforstet die Doku nach zusatzentgeltfähigen Prozeduren, solche Geschichten. Also das macht jemand anderes, ja.“ (P6)⁵³

53 Zum Zeitpunkt des Interviews war mir noch nicht bekannt, dass die PKMS nur auf Normalstationen Anwendung finden. Interessant ist allerdings, dass Herr Becker mich nicht korrigiert, sondern stattdessen auf „zusatzentgeltfähige“ Leistungen eingeht, die nicht zu den PKMS im Sinne der Abrechnungssystematik gehören. Vermutlich spielt Herr Becker auf den OPS 8-987 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern) an, der, sofern dokumentiert, erlösrelevant ist. Die PKMS werden über die OPS-Kodes 9-20 (hochaufwendige Pflege von Patienten) abgerechnet. Dass in der Sicht von Herrn Becker beides verschwimmt, könnte dahingehend interpretiert werden, dass im intensivpflegerischen Bereich die Verknüpfungen zwischen medizinischer Behandlung und Pflege noch stärker sind als auf Normalstationen und für Herrn Becker entsprechend die formal-bürokratische Trennung von Komplexbehandlung und hochaufwendiger Pflege kaum einen praktischen Sinn hat, zumal letztere nicht extra abgerechnet werden kann.

Allein am Sprachstil lässt sich hier bereits die Differenz zu Herrn Schimmeck erkennen, der, wie oben deutlich wurde, sehr klar und detailliert von der Abrechnungslogik berichtete. Herrn Becker fallen unter dem Stichwort der abrechnungsrelevanten Dokumentation zunächst nur die Extranachweise für multiresistente Erreger ein. Am Ende der Passage verschwimmen bei ihm die „DRG- und PKMS-äh-Geschichten“ zusammen mit dem TISS/SAP-Score zur Einheit der „zusatzentgeltfähigen Prozeduren“, mit dem (durch die Nachfragen durchaus provozierten) Resümee: „Also das macht jemand anderes, ja.“ Die konkrete Arbeit der Kodierkräfte, die auf der Station durchaus präsent sind,⁵⁴ ist für ihn kaum von Interesse, und zwar weder im positiven noch im negativen Sinne. Von der einen Kodierkraft erzählt Herr Becker:

„...die geht so durch die Zimmer, holt sich die Doku und macht im Prinzip, denk ich, für die Langlieger jeden Tag guckt die so, was rauszuholen ist und spricht einen manchmal an ähm in Bezug auf ähm, ja, was weiß ich, z.B.: ‚Mir ist aufgefallen, dass hier der MRE-Dokumentationsantrag fehlt, kannst du das bitte‘ – oder: ‚warst du an dem Tag da? Kannst du das nachtragen oder weißt du, wer an dem Tag da war? Kannst du dafür sorgen, dass äh das für den Tag noch irgendwie korrigiert wird?‘ Oder die guckt z.B. Beatmungszeiten an äh – gibt ja diese, gibt ja dann so Grenzen für Beatmungszeiten, ab denen dann die Entgelte ganz massiv äh – also wenn da `n paar Stunden Beatmung fehlen – also es gab wohl, wird dann auch immer weitergegeben – gab dann wohl so Fälle, da war, da waren dann teilweise Beatmungszeiten ähm durch Verschulden von Pflege und/oder auch Ärzten nicht sorgfältig oder nicht adäquat dokumentiert, dann fehlten da `n paar Stunden Beatmung und es gab `nen Mindererlös von, was weiß ich, 10.000 Euro oder so. Ähm, so was in der Richtung, also dann, dann guckt die z.B. Beatmungsprotokolle an und versucht dann halt auch nachzuvollziehen, was da vielleicht noch fehlt oder was da nicht korrekt dokumentiert ist und veranlasst Nachdokumentation, so.“ (P6)

Auch diese Passage kontrastiert auffällig mit der kritisch-reflektierten Thematisierung der Tätigkeiten der Kodierkräfte und der Beatmungssplitts durch Herrn Schimmeck. Doch genau daran lässt sich ablesen, dass Herr Becker nicht nur einen distanzierten, sondern auch normalisierten Umgang mit dem Abrechnungsspiel pflegt: Er berichtet eben lediglich neutral davon, dass ab und an Nachdokumentation veranlasst wird oder die genaue Dokumentation der Beatmungszeiten für die Abrechnung relevant ist, er problematisiert dieses Übergreifen der Abrechnung in seine Dokumentationspraxis jedoch nicht. Für ihn korrespondiert vielmehr eine „sorgfältig“ und „adäquat“ durchgeführte Dokumentation mit einer solchen, die richtig abgerechnet werden kann. Entsprechend wird auch die Sicht der Kodierkräfte nicht wie bei Herrn Schimmeck problematisiert, sondern lediglich sachlich dargestellt.

Auch für Frau Yildiz ist die Abrechnungsrelevanz der Dokumentation kaum sinnstiftend oder orientierend. Die „abrechnungstechnisch relevante[n] Dinge“ (P8) werden durch die Kodierkräfte erfasst, sie selbst habe damit wenig zu tun. Auch sie berichtet eher desinteressiert vom Kontakt mit den Kodierkräften, deren Rückfragen sie auch nicht weiter irritieren:

54 Die eine Kodierkraft sitzt auf der Station in einem Extrabüro, die zweite sitzt „mittendrin, also da wo auch wir uns hinsetzen, wenn wir irgendwelchen administrativen Kram erledigen wollen. Also das sind so fünf PC-Arbeitsplätze.“ (P6)

RM: „Ok ähm, und mit der Kodierkraft hast du im Grunde auch keinen Kontakt?“

P8: „Ach, wenig, ja. Also die, die kommt immer vorbei, schnappt sich meine Kurven und ja, stellt ab und zu irgendwelche Rückfragen, ja, aber ansonsten ist die da sehr, sehr selbständig und macht ihren Kram, ja.“

Herr Ortlieb, der neben der Intensivstation auch auf einer internistischen Aufnahmes-tation arbeitet, sprach die PKMS, die am Ende seiner Ausbildung eingeführt worden seien, von sich aus an – im Kontext einer Passage, in der es um die Zunahme von Dokumentations-tätigkeiten ging. Seine Kritik an den PKMS beschränkt sich jedoch darauf, dass die Dokumentation „sehr aufwendig“ sei: „Wo die Frage nach dem Sinn danach also für mich jetzt steht. Das ist halt sehr aufwendig, weil man viel dokumen-tieren muss. [...] das ist alles zusätzliche, zusätzlicher Zeitaufwand.“ (P7) Die PKMS werden also nicht in ihrem ökonomischen Sinnhorizont verortet, sondern lediglich als weitere Arbeitsbelastung verstanden, so dass auch hier keine Kritik am Übergreifen der ökonomischen Logik in die Pflege artikuliert wird. Vielmehr kritisiert Herr Ortlieb, dass der Mitarbeiter aus der Controlling-Abteilung „da nicht so 'ne Rückmel-dung“ gibt, wie man die Dokumentation noch effektiver gestalten könnte, und dass abrechnungsrelevante Veränderungen am Zustand des Patienten selten nachgetragen werden.

RM: „Aber das heißt, ihr habt versucht das dann nachzutragen, aber die übernehmen das nicht im Controlling, oder...?“

P7: „Nene, ähm, keiner versucht das nachzutragen. Wir haben das einmal gemacht.“

RM: „Das heißt ihr wisst dann im Prinzip auch gar nicht, was dabei rumkommt?“

P7: Mmh, macht das Sinn, was ich da tu, oder – ja, ne.“

Trotz der prinzipiellen Affirmation des Abrechnungsspiels, bleibt Herr Ortliebs Ver-hältnis zu ihm distanziert, seine Motivation, ihm gerecht zu werden, scheint wenig ausgeprägt, wobei er damit einer kollektiven Praxis („keiner“, „wir“) zu folgen scheint. Gleichzeitig führt die Kritik an der mangelhaften Rückkopplung zwischen eigener Dokumentationspraxis und ihrem ökonomischen Ergebnissen vor Augen, dass sich der „Sinn“ des Mitspielens im ökonomischen Spiel nur rekursiv erschließt. Gerade weil die angepasste Dokumentationspraxis sonst keinerlei Sinn hat, entsteht der Wunsch, zumindest eine grobe Vorstellung davon vermittelt zu bekommen, was sie einbringt.

Zusammenfassend könnte die normalisiert-distanzierte Subtypik der ökonomischen Orientierung auf das Abrechnungsregime ein Hinweis darauf sein, dass Pflegekräfte – zumindest auf den Intensivstationen – weiterhin recht abgekoppelt vom Bezugs-problem der Refinanzierung arbeiten. Eine proaktive Orientierung am ökonomischen Sinnhorizont ist bei den Pflegekräften, die primär dieser Subtypik folgen, ebenso wenig zu finden wie eine Thematisierung von Konflikten zwischen Abrechnung und

Versorgung. Die Berichte von den Tätigkeiten der Kodierkräfte verweisen zwar darauf, dass die Interaktion zwischen ihnen und der Pflege auch in dieser Subtypik von einer Rahmeninkongruenz geprägt ist („macht ihren Kram“), aber die Dokumentation fungiert nicht, wie in der kritisch-reflektierten Subtypik, als Terrain der Auseinandersetzung inkongruenter Perspektiven. Es entsteht im Gegenteil eher der Eindruck einer (existierenden oder gewünschten) unaufgeregter-sachlichen Kooperation. Dies ist vor dem Hintergrund zu verstehen, dass den Pflegekräften, die primär dieser Subtypik zuzurechnen sind, der Erfahrungs- und damit Reflexionshorizont des vorangegangenen Abrechnungsregimes und damit die Erfahrung des Bruchs fehlt. Die Kodierkräfte erscheinen entsprechend nicht als neue, irritierende Akteure, die besondere Berücksichtigung der Abrechnungsrelevanz in der Dokumentation nicht als besonders.

Die distanzierte Haltung der Pflegekräfte gegenüber dem Refinanzierungsproblem könnte aber auch daher rühren, dass ihre Bindung an das jeweilige Krankenhaus aufgrund der relativ kurzen Beschäftigungsdauer noch nicht derart ausgeprägt ist, wie bei älteren Pflegekräften, die seit Jahrzehnten im selben Haus arbeiten. Auch dieser Punkt erhellt im Kontrast: Während etwa Frau Jandric ‚ihr‘ Haus explizit als „Heimat“ und „Familie“ rahmt,⁵⁵ wird es von den jüngeren primär in seiner Funktion als Arbeitgeber adressiert. Aus dieser Sicht und vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels im Pflegedienst, der einen Wechsel des Arbeitgebers stets möglich macht, verhält man sich zu Fragen der Existenzsicherung des jeweiligen Hauses eher distanziert.

6.2.1.3 Die normative Orientierung – oder: der symbolische Gehalt des Abrechnungsregimes

Während das Abrechnungsregime in den bisher dargestellten Fällen primär ökonomisch gerahmt wurde, richtet sich nun der Blick auf das Phänomen, dass sich zumindest in einem Fall auch eine primär normative Rahmung der PKMS-Abrechnung feststellen ließ. Die fragliche Pflegekraft, Herr Niedhoff, hat im Organisationsmodell seines Hauses die Position der fachlichen Leitung inne, die es mit sich bringt, dass er „PKMS-Beauftragter“ und somit unmittelbar in das ökonomische Spiel der Abrechnung eingebunden ist. Er betreut seiner eigenen Darstellung nach die PKMS-Dokumentation in mehreren Hinsichten: Er führt Schulungen für seine Kolleg*innen durch, schreibt Textbausteine zur Vereinfachung der Dokumentationsarbeit und kontrolliert, laut seiner Gruppenleitung, die PKMS-Dokumentation, bevor sie an die Kodierkräfte bzw. Case-Manager weitergegeben wird. Um diesen Aufgaben nachzukommen, nimmt er auch bestimmte Dienste wahr, die er als „Bürokrampendienste“ (141) bezeichnet.

Herr Niedhoff kam bereits sehr früh im Interviewverlauf auf die Dokumentation und die PKMS zu sprechen. Erstere führte er im Rahmen einer Schilderung des typischen Arbeitstages ein:

55 „Und das, das würd ich mir so wünschen, so über diesem Haus, ja. In meiner Heimat, wie ich mal gesagt hab in 'ner Personalratssitzung. Oder war's Betriebsrat – ich weiß gar nicht. Geschäftsführer war da und da hab ich so gesagt: ‚Naja, ich hab das schon oft gesagt, es will nur keiner hören‘, sag ich, ‚aber dieses Haus gehört zur – ist wie Familie‘.“ (P2)

P5: „...dann ist die Frühstückspause. Dann kommt das leidliche Thema der Dokumentation, was wächst und wächst. Gerade auch im Hinblick auf PKMS. Ich weiß nicht, ob Ihnen das was sagt?“

RM: „Genau ja, das kenne ich.“

P5: „Das ist sehr aufwändig. Ich bin ja auch PKMS-Beauftragter. Und hab' mir das auch so 'n bisschen als Steckenpferd genommen. Also, das beachte ich besonders. Das ist sehr aufwändig.“

Nachdem Herr Niedhoff die Dokumentation im Modus einer negativen Bewertung thematisch eingeführt und abgeklärt hat, ob mir das Spezialthema „PKMS“ bekannt ist, nimmt der Diskurs eine Wendung, in der sich seine ambivalente Position gegenüber der Dokumentation ausdrückt. Obwohl er die Dokumentation im Allgemeinen, aber auch die PKMS im Besonderen, „leidlich“ findet und der Aufwand immer größer werde, hat *er sich* die PKMS-Dokumentation „als Steckenpferd genommen“. Ganz ähnlich wie sich vermuten lässt, dass diejenigen Pflegekräfte den Wechsel in die Controlling-Abteilung auf sich nehmen, die eine gewisse Disposition mitbringen, die ihnen die Arbeit mit Zahlen attraktiv erscheinen lässt (vgl. Pfeuffer/Gemperle 2013: 110f.), kann auch bei Herrn Niedhoff davon ausgegangen werden, dass bei ihm eine solche Disposition vorhanden ist, da er vor seiner Tätigkeit als Pflegekraft Wirtschaftsinformatik studiert – wenn auch nicht abgeschlossen – hat. Er teilt also einerseits das pflegetypische negative Deutungsmuster bezüglich der Dokumentation, andererseits lässt sich in der wiederholten Aussage, die PKMS-Dokumentation sei sehr aufwändig, im Zusammenhang mit der Aussage, er habe sie sich zum „Steckenpferd“ gemacht, ein gewisser Produzent*innenstolz heraushören,⁵⁶ eine aufwändige Arbeit zu leisten. Diese Interpretation wird gestützt durch die spätere Wiederaufnahme des Themas durch Herrn Niedhoff im Kontext der Erläuterung seiner „Bürokramdienste“,⁵⁷ die er als fachliche Stationsleitung wahrnimmt und zu denen er eine Stunde früher erscheint als von den offiziellen Arbeitszeiten vorgesehen:

„Und früh ist man auch meistens ungestört, weil diese ganzen anderen Menschen, die einen den ganzen Tag stören, erst später kommen und so hat man eine Stunde mehr Ruhe, um irgendwas zu machen. Sei es – was hab ich jetzt? Ich versuch, die Einarbeitung zu machen, neu zu schreiben, das ist schon 'ne relativ lange Sache. Dann halt 'ne PKMS-Statistik aufzustellen im Vergleich vom letzten zu diesem Jahr, weil ich habe so 'nen Anleitungsbogen, wie man das geschickt dokumentiert zur Hilfe und was PKMS ist und nicht PKMS ist und alle geschult und

56 Selbiges diagnostiziert Pfeuffer (2014b: 121) bei den Kodierfachkräften. Zum Begriff des Produzent*innenstolzes vgl. Gouthier (2011).

57 An späterer Stelle meint Herr Niedhoff zu den speziellen administrativen Diensten, sie seien „halt wirklich Bürokras oder QM [Qualitätsmanagement; R.M.]. [...] Schildchen aufhängen oder selbst Fortbildungen ausarbeiten [...]. Dann Dienstplan schreiben, Arbeitszeiterfassung, Personalzeiterfassung, Kurven durchgucken, ob die [unverständlich] Standards richtig ausgefüllt sind, Maßnahmen richtig angelegt, sinnvolle Pflegeberichte geschrieben sind, die Lagerungspläne richtig sind, solche Sachen, also Kontrolle.“ (P5)

das immer wieder angepasst, damit ich mal den Vergleich sehe und wir sind deutlich besser in diesem Jahr als letztes Jahr.“ (P5)

Es wiederholt sich zunächst auch bei Herrn Niedhoff die Konstruktion, dass es Ruhe braucht, um sich der Dokumentation zu widmen. Diese Ruhe zu finden, bedarf es einer speziellen Zeitpraktik. Während die anderen Pflegekräfte versuchen, die benötigte Ruhe oder zumindest Ungestörtheit am Ende ihrer Schicht zu finden,⁵⁸ verfolgt Herr Niedhoff die Strategie, eine Stunde vor dem offiziellen Beginn seiner „Bürokrandienste“ zu kommen.⁵⁹ Er berichtet des Weiteren von seiner PKMS-bezogenen Tätigkeit nicht in Bezug auf eine externe Controlling-Abteilung, für die eine PKMS-Statistik relevant wäre, sondern er selbst („*ich* versuch“; „damit *ich* mal“) will den Vergleich von diesem und letztem Jahr sehen und insofern selbst evaluieren, wie erfolgreich seine bisherigen Versuche waren, eine ‚geschickte‘ PKMS-Dokumentation zu installieren, und er weiß zu berichten, dass „wir [...] deutlich besser“ geworden sind. Die aufwändige Arbeit, die er geleistet hat, hat also Früchte getragen. Im Kontrast zu den anderen Pflegekräften thematisiert Herr Niedhoff die PKMS-Dokumentation also nicht nur als etwas von außen vorgegebenes („leidliches Thema, das wächst und wächst“), sondern auch als einen Tätigkeitsbereich, den er zum einen eigeninitiativ weiterentwickelt und in dem man zum anderen Erfolge und Verbesserungen der eigeninitiativ geleisteten Arbeit messen kann. Gleichzeitig bleibt die ökonomische Logik der PKMS weiterhin Anathema. Besser zu sein als im letzten Jahr erscheint als Selbstzweck, ohne dass dabei ein abrechnungsbezogenes Leistungskriterium genannt würde.

Im weiteren Verlauf des Interviews kam ich erneut auf die PKMS zu sprechen und fragte Herrn Niedhoff, ob die Einführung aus seiner Sicht sinnvoll gewesen sei. Erst in diesem Kontext thematisiert er die PKMS explizit als ökonomischen Abrechnungsmechanismus:

„Ja, prinzipiell ist es ja so eingeführt worden, die erste DRG für die Pflege. Und prinzipiell bin ich auch immer noch dafür, auch wenn es – wenn der Aufwand sehr hoch ist und das Ergebnis sehr klein, zumindest wenn man es im Verhältnis zu dem sieht, was die Ärzte mit ihren DRGs einbringen. Und ich bin der Meinung, dass man die Pflege finanziell immer noch viel zu wenig honoriert. Es müsste so was wie ’ne Grund-DRG für die Pflege geben, weil jeder Patient ist ja aufwendig und personalintensiv sind wir zwar auch, wobei ich glaube, dass, auch wenn wir personentechnisch viel mehr sind als unsere Ärzte und Oberärzte, wir deutlich weniger verdienen in der Summe als sie, wenn man das kumuliert. Ähm, prinzipiell bin ich immer noch sehr dafür, ich möchte auch nicht, dass es abgeschafft wird, auch wenn sich der Pflegerat davon distanziert hat, wenn die Gegenstimmen sehr hoch sind, weil am Ende haben wir nichts anderes. Und ich wüsste nicht, was jetzt danach kommen sollte. Ich betrachte das immer noch als ersten Schritt für das, was vielleicht irgendwann mal kommen wird. Ich hab zwar keine Ahnung, wie das aussehen könnte, aber irgendwas muss passieren, irgendwas muss auf jeden Fall passieren.“

58 Wie Herr Niedhoff später erzählt, würde auch er gerne die Dokumentation am Ende der Schicht erledigen, kann dies aber aus Gründen nicht, die er offen lässt.

59 Dieselbe Praktik findet sich auch bei einer Assistenzärztin (Ä1), die nach einer gewissen Einarbeitungszeit gemerkt hat, dass sie ihre Arbeit besser und für alle Beteiligten zufriedenstellender organisiert bekommt, wenn sie eine Stunde früher zum Dienst erscheint.

Zum einen glaub ich, das Wissen, finanziell muss man das mehr honorieren, was die Pflege leistet, weil sonst wird man irgendwann ohne Pflegekräfte da stehen und das funktioniert nicht, wenn eine Pflegekraft, also eine examinierte da ist, und der Rest nur Pflegehelfer, das geht nicht. Zeitweise als wir schlecht im Personal waren, sehr schlecht, war das so. Das kann man mal 'n paar Wochen damit kompensieren, aber auf keinen Fall auf Dauer. Und ansonsten wird das keiner mehr machen wollen.“ (P5)

Die offizielle Sicht reproduzierend, wird die PKMS-Dokumentation von Herrn Niedhoff als Verlängerung des DRG-Systems betrachtet, das ihm allerdings insgesamt als ein arztzentriertes Finanzierungsmodell gilt. Vor diesem Hintergrund interpretiert Herr Niedhoff die PKMS als eine Form der Korrektur dieser Zentrierung, und zwar durch die monetäre Wertschätzung der pflegerischen Arbeit („honoriert“); dies wird von ihm als Argument angeführt, warum er die PKMS prinzipiell für richtig hält. Der neue monetäre Vergleichshorizont macht aber auch eine Differenz in der Wertschätzung der Pflege und der Medizin auf neue Weise sichtbar: Im Verhältnis zu den Ergebnissen, die die Ärzt*innen mit „ihren DRGs“ erzielen, bekomme die Pflege für ihren Aufwand nur sehr wenig. Auch Frau Jandric thematisierte die Ärzt*innen als Gegenhorizont, dabei traten sie aber als medizinisch legitimierte Autoritäten in Erscheinung – bei Herrn Niedhoff stellen sie gegenüber der Pflege nur mehr ökonomische Schwergewichte dar. Dieser Ungleichheit will Herr Niedhoff durch das Modell einer „Grund-DRG für die Pflege“ entgegenarbeiten, mit deren Hilfe dem Umstand Rechnung getragen werden könne, dass jede*r Patient*in aufwändig ist, nicht nur die PKMS-Fälle. Orientierend für Herrn Niedhoff ist in dieser Passage also das Verhältnis von geleisteter pflegerischer Arbeit („Aufwand“) und Erlös. Die Größen von Aufwand und Erlös werden dann zum Lohn der beiden Berufsgruppen in Relation gesetzt. Unklar bleibt allerdings, worin Herr Niedhoff genau den Zusammenhang zwischen DRG-Erlösen und dem Verdienst der beiden Berufsgruppen sieht. Er elaboriert diese Proposition nicht, sondern wiederholt in der Folgesequenz stattdessen seine politische Positionierung, die der Position von offiziellen Vertretungsorganen der Pflege („Pflegerat“) nicht entspreche. Dieser Rahmenwechsel vom ökonomischen zum politischen Sinnhorizont könnte ein Hinweis darauf sein, dass für Herrn Niedhoff die genauen ökonomischen Zusammenhänge⁶⁰ nicht so relevant sind, wie der Umstand, dass die PKMS einen Schritt in Richtung von mehr Wertschätzung und damit mehr Gerechtigkeit (positiver Horizont) darstellen. Er bewegt sich also nicht in einem ökonomischen, sondern in einem politisch-ethischen Rahmen mit den beiden Horizonten „gerecht/ungerecht“. Das Enaktierungspotenzial des positiven Horizonts (gerecht) sieht er allerdings als sehr gering an. Die PKMS gelten ihm nicht als einer von mehreren Mechanismen zur Anerkennung der Pflege, sondern als der gegenwärtig einzig vorstellbare („am Ende haben wir nichts anderes“). Angesichts der Ratlosigkeit bezüglich alternativer Finanzierungsformen („ich wüsste nicht, was jetzt danach kommen sollte“) mutet die nächste Sequenz paradox an, in der er meint, er betrachte die PKMS „als ersten Schritt“ in ein neues System – als einen Schritt also in Richtung einer Alternative, die es für ihn nicht gibt. Es dokumentiert sich hier ein

60 Letztlich scheint es ihm darum zu gehen, dass durch die „Grund-DRG für die Pflege“ den Pflegekräften auch ein besserer Lohn bezahlt werden könnte, der ein Anreiz darstellt, in der Pflege zu bleiben.

Zweckoptimismus, der sich, wie die anschließenden Äußerungen zeigen, aus der Einschätzung speist, dass etwas passieren müsse, weil sonst langfristig die examinierten Pflegekräfte wegbrechen würden und keine funktionierende Versorgung mehr möglich sei, wie er mit Bezug auf eine Phase der schlechten personellen Besetzung auf seiner Station erläutert. Seiner Prognose nach wird niemand mehr ein Pflegeexamen machen, wenn die Pflege nicht in größerem Umfang honoriert wird.

Wie auch immer die Gerechtigkeitsvorstellung von Herrn Niedhoff im Detail aussehen mag, interessant an dieser gesamten Konstruktion ist die enge Verstrickung von ökonomisch-technischen (Finanzierungssystem), politisch-ethischen (Gerechtigkeitsdiskurs) und sozio-kulturellen (funktionierende Krankenversorgung) Referenzen – und der Umstand, dass letztere die Zielvorgabe oder die „Verbundkontextur“ (Janzen/von Schlippe/Vogd 2015) liefert: Wenn auch das aktuelle Finanzierungsregime dem ethischen Horizont der Gerechtigkeit entgegengesetzt ist, so müssen aus seiner Sicht doch beide in Deckung gebracht werden, um eine funktionierende Krankenversorgung aufrecht zu erhalten. Die sozio-kulturelle Norm einer funktionierenden Krankenversorgung gilt ihm als unhinterfragte Voraussetzung, als unabhängige Variable, in Hinblick auf die das System geändert werden müsste. Herr Niedhoff reproduziert damit ein bedarfswirtschaftliches Orientierungsmuster, nach dem ökonomische Anreize als Mittel zum Zweck der Krankenversorgung zu fungieren haben.

Diese Verstrickung von ökonomischen, politisch-ethischen und sozio-kulturellen Referenzen findet sich auch bei anderen Pflegekräften. Bei Herrn Niedhoff ist sie jedoch sehr deutlich ausgeprägt, was mit seiner speziellen Position und Funktion zusammenhängen dürfte: Die Position der *fachlichen* Leitung verbietet es, eine primär ökonomische Orientierung (wie sie den Kodierkräften zugeschrieben wird) nach außen zu tragen, denn das würde ihn in den Augen seines Teams diskreditieren. Da er in seiner Funktion als PKMS-Beauftragter aber recht eindeutig dem ökonomischen Spiel zuzurechnen ist, bleibt ihm als ‚Ausweg‘ aus dem Dilemma nur die Flucht nach vorn, also die politisch-ethische Rahmung des Abrechnungsregimes, die dann in dem Maße, in dem die PKMS-Einnahmen an das Pflorgeteam zurückfließen, auch zur Legitimation des Mitspielens herangezogen wird:

RM: „Ähm, aber das heißt, sie würden jetzt nicht unbedingt sagen, das ist jetzt 'ne Tätigkeit, diese PKMS-Dokumentation, die sie von ihrer Arbeit ablenkt, sondern das ist schon so 'n integraler Bestandteil!“

P5: „Ich sag mal so: Es ist ein notwendiges Übel. Ja. Und ähm, es ist für mich wirklich wichtig, die Pflege irgendwie zu honorieren. Und für uns hat es ja auch was gebracht. Wir haben dadurch 'ne halbe Stelle mehr bekommen, weil wir letztes Jahr unseren Soll erfüllt haben. Dieses Jahr sind wir jetzt schon weit über dem Soll. Wir sind bei – ich weiß gar nicht, ich glaub 67 angelegten Fällen, 45, 46 sind abgerechnet und 40 sollen wir im Jahr haben. Wir haben jetzt August, das ist gar nicht schlecht. Ja. Dann kann man den Leuten auch sagen, das sind 70.000 Euro und ähm, die wir dieses Jahr dadurch z.B. bekommen haben. Dann kommt gleich immer die Frage: ‚Was ist mit dem Geld? Wir kriegen ja davon nix.‘ Und dann kann man aber sagen: ‚Das ist 'ne halbe Stelle gewesen.‘ Ich mein, dass wir das nicht alles eins zu eins umsetzen können, ist schon wahr, aber wenigstens ein geringer Anteil. Aber prinzipiell, auch wenn man die Hauspolitik so sieht, ist glaube ich das was, dass die Pflege weder von ärztlicher Seite gewertschätzt wird noch von der Geschäftsführung. [...] auch die Stationsleitung hab ich das Gefühl, dass die ihre Mitarbeiter zu wenig wertschätzt.“

Mit der Frage, die den Versuch einer kommunikativen Validierung meiner bisherigen Interpretation darstellt, lenke ich die Aufmerksamkeit wieder weg von der allgemeinen politischen Ebene hin zur alltäglichen Arbeit. Die Bezeichnung der Dokumentation als „notwendiges Übel“ kontrastiert hier auffällig mit der obigen Bezeichnung als „Steckenpferd“, schließt aber wieder an die anfängliche Bezeichnung als ‚leidliches Thema‘ an. Diese Ambivalenz wird nun, nachdem Herr Niedhoff die PKMS als das in seiner Perspektive gegenwärtig einzig vorhandene Mittel einer Wertschätzung der Pflege eingeführt hat, erklärbar. Für ihn scheint die PKMS-Dokumentation auch auf der Ebene der stationären Alltagspraxis ein zentraler Mechanismus zu sein, um die Pflege „irgendwie zu honorieren“. Es ist also nicht nur eine gewisse Affinität zu Zahlen, die Herr Niedhoff zu seinem „Steckenpferd“ geführt hat. Auch die Orientierung, der Pflege die Anerkennung zu verschaffen, die ihr seiner Ansicht nach gebührt, könnte hierfür ausschlaggebend sein. Gleichzeitig zeitigt dieses notwendige Übel auch positive Effekte, es habe „was gebracht“: „’ne halbe Stelle“. Das Organisationsmodell des Hauses sieht also vor, dass ein Teil der PKMS-Einnahmen an die Pflegekräfte zurückfließt, die sie generiert haben, sodass die Einnahmen quasi strukturell als Ertrag *ihrer* Arbeit anerkannt werden – was keineswegs selbstverständlich ist (s.u.). In diesem Sinne funktioniert das Abrechnungsregime als organisational-unpersönlicher Anerkennungsmechanismus. Er ist es auch, der Herrn Niedhoff Hoffnung auf eine weitere Verbesserung in Aussicht stellt, da sie dieses Jahr schon im August weit über dem Soll lägen. Aufgrund dieser primären Orientierung, die Leistung honoriert zu bekommen, sorgt auch die Vorgabe, 40 PKMS-Fälle im Jahr zu behandeln, gar nicht für Irritation.⁶¹ Was für ihn zählt, ist die Tatsache, die Marge geknackt zu haben. Dieser Umstand kann dann in der Kommunikation mit den Kolleg*innen, die als notorisch skeptisch dargestellt werden („dann kommt gleich immer die Frage: ‚was ist mit dem Geld?‘“), genutzt werden; Herr Niedhoff kann aus seiner Funktion als fachliche Leitung und PKMS-Beauftragter heraus den Untergebenen gegenüber die durch die PKMS-Dokumentation entstandene Mehrarbeit legitimieren und sie so zur *compliance* im ökonomischen Spiel anregen. Aus der Perspektive der leitenden Pflegekraft ergibt sich also ein zweiter positiver Effekt dieser Ausgestaltung des Abrechnungsregimes.

Die Rahmung der PKMS als Institution der Wertschätzung validiert sich dann am Ende der Passage, in der Herr Niedhoff den negativen Gegenhorizont zu dieser Form der Wertschätzung entwickelt („Aber prinzipiell...“). Zwar fließe „wenigstens ein geringer Anteil“ der PKMS-Einnahmen zu ihnen zurück, aber auf der Ebene der Interaktion mit anderen Akteuren im Feld (Ärzt*innen, Geschäftsführung, Vorgesetzte) sieht er ein großes Defizit in der Wertschätzung. Herr Niedhoff operiert hier also mit der Differenz zweier Formen der Wertschätzung: Auf der einen Seite der anonyme Mechanismus der Rückkopplung von Leistungskennzahlen, auf der anderen Seite eine wertschätzende Interaktion mit bedeutsamen Anderen. Der Mangel an letzterer kann von ersterem nicht kompensiert werden.

Da die Orientierung auf das Abrechnungsregime als Anerkennungsmechanismus bei Herrn Niedhoff recht ausgeprägt ist und er es in Differenz zu einer anderen, nämlich interaktiven Form der Anerkennung elaboriert, scheint es sinnvoll die bisherige

61 Derartige Mengenvorgaben, die bisher nur die ärztlichen Leitungskräfte betrafen, sorgen bei diesen durchaus für Irritationen (vgl. etwa Feist/Molzberger 2016: 126f.).

Rekonstruktion um die Interpretation einer weiteren Passage zu ergänzen, in der er das erste Mal auf das Thema der ‚Honorierung‘ der pflegerischen Arbeit eingeht. In ihr treten zugleich zentrale Aspekte der pflegerischen Orientierung zu Tage, Aspekte der pflegerischen Identität, die für Herrn Niedhoff bedeutsam sind. Die Passage steht im Kontext der Beschreibung eines typischen Arbeitstages. Herr Niedhoff kam dort darauf zu sprechen, dass zwar ausreichend pflegerisches Personal vorhanden sei, es aber knapp werde, wenn sich jemand krank meldet. Dann müsse jemand einspringen, was nur deshalb funktioniere, weil es auf der Station ein gut funktionierendes Team gäbe. Dafür, so Herr Niedhoff, „muss man auch immer dankbar sein“. Er meint, bei dieser guten Teamarbeit handle es sich um ein Spezifikum ihrer Station, auf allen anderen Stationen des Hauses funktioniere das Einspringen nicht so reibungslos. An diese Aussage schließt die folgende Proposition unmittelbar an:

„Ich meine, die in der Pflege arbeiten, haben auch ’n höheres Verantwortungsbewusstsein oder Schuldgefühle oder ’ne höhere Hilfsbereitschaft, also, zumindest die meisten, das kann ich von mir auch nicht absprechen, also, es fällt einem wirklich schwer, nein zu sagen, ja. Man sagt immer ja.“ (P5)

Herr Niedhoff versucht hier in beschreibender Form das spezifische Ethos der Pflegekräfte zu bestimmen und nimmt mehrere Anläufe, um ihn auf den Punkt zu bringen. Er spannt verschiedene, mal mehr und mal weniger positive Eckpunkte des pflegerischen Ethos in Abgrenzung zu einem unbestimmten Vergleichshorizont („höheres Verantwortungsbewusstsein“, „höhere Hilfsbereitschaft“ als wer?) auf.⁶² Im Anschluss an diese erste Proposition, nimmt Herr Niedhoff die Differenzierung vor, dass das umrissene Ethos zumindest bei „den meisten“ vorhanden sei, zu denen er sich selbst hinzurechnet. Er elaboriert dann weiter, es falle meistens schwer, ‚Nein‘ zu sagen, wobei er den Adressaten offenlässt, an den das Nein zu richten wäre. Herr Niedhoff konstruiert damit das Spezifikum der pflegerischen Orientierung dahingehend, alles so zu machen, wie es erwartet wird, ob es nun um Anforderungen seitens der Patient*innen, der Vorgesetzten, der Ärzt*innen oder der Angehörigen geht. In diesem Sinne heißt es auch in der Konklusion zu dieser Proposition: „Man sagt immer ja“ – wiederum ohne Spezifikation des Adressaten. Insgesamt deutet die so artikuliert pflegerische Identität in Richtung des traditionellen pflegerischen Ethos der Aufopferung.

Die Passage setzt sich mit der weiteren Proposition fort, dass das so konstruierte Ethos und die daraus resultierende Aufopferung von „fast keinem“ honoriert werde:

„Und ja, aber das wird nicht honoriert, eigentlich von fast keinem. Also von, von Höhergestellten gar nicht, also, das wird vorausgesetzt mittlerweile. Das ist ’n ganz großes Problem. Allge-

62 Während die Eigenschaften, verantwortungsbewusst und hilfsbereit zu sein, kulturell recht eindeutig positiv besetzt sind, handelt es sich beim Schuldgefühl um einen negativen Zustand, der an dieser Stelle irritiert. Hintergrund könnte der sein, dass die Orientierung an der Verantwortung gegenüber dem*der Patient*in häufig nicht enacted werden kann. Die Pflegekräfte können aufgrund des Zeitdrucks häufig eine ihren Ansprüchen und den Patient*innenbedürfnissen angemessene Pflege nicht mehr umsetzen, wodurch das Gefühl entsteht, an dem Unbehagen der Patient*innen (mit) Schuld zu sein.

mein fühlt sich hier kaum einer gewertschätzt, wenn, wenn die Teamstrukturen untereinander nicht so wären, dann wär wahrscheinlich auch schon fast jeder weg, weil ähm, wie soll ich sagen, ja, die Leitung ist nicht so gut. Das – ich kenn’ das noch aus meinen Einführungszeiten, da war eine andere Dame, die ist halt auch regelmäßig auf Station gegangen, die kannte jeden beim Namen, hat begrüßt und gefragt, ob Probleme da sind. Das, das gibt den Mitarbeitern viel. So was ist jetzt nicht mehr.“ (P5)

Die allgemeine Proposition, in der Herr Niedhoff das Gefühl der mangelnden Wertschätzung der Pflege thematisiert, wird differenziert: Es seien vor allem die Vorgesetzten, die die pflegerische Aufopferung nicht würdigen würden. Es dokumentiert sich hierin, dass diese Erfahrung besonders relevant ist, dass also entweder der Mangel an Wertschätzung seitens der Vorgesetzten besonders ausgeprägt ist und/oder, dass es besonders die Wertschätzung durch die Vorgesetzten ist, die für Herrn Niedhoff relevant ist. Er konstruiert damit die Haltung der Höhergestellten den Pflegenden gegenüber im negativen Kontrast zu seiner Orientierung, man müsse „dankbar“ sein, dass die Pflegenden sich derart aufopfern. Die Höhergestellten hielten es vielmehr für selbstverständlich, dass die Pflegekräfte sich durch ihren Arbeitstag hetzen. Und auch wenn Herr Niedhoff anschließend wieder formuliert, dass sich „allgemein“ niemand wertgeschätzt fühle, so ist es doch der Mangel an Wertschätzung seitens der Höhergestellten, die er als „ganz großes Problem“ bezeichnet. Dieser Mangel an Wertschätzung, so die Anschlussproposition, werde nur durch das Team aufgefangen. Herr Niedhoff konstruiert sich dabei – wie Stationsleiterin Frau Jandric – als Teil des Teams, obwohl auch er durch seine Position als fachliche Leitung eigentlich selbst ein ‚Höhergestellter‘ ist. Die besondere Relevanz der unmittelbaren Vorgesetzten wird dann im weiteren Verlauf der Sequenz deutlicher als zuvor. Die gute Teamstruktur als positiver Faktor, der die Leute am Ball halte, wird der Leitung, die „nicht so gut“ sei, als negativem Faktor gegenübergestellt. Diese Proposition wird mithilfe des positive(re)n Horizonts der vorherigen Leitung elaboriert, die auch regelmäßig auf Station gegangen sei, die Mitarbeiter*innen begrüßt, beim Namen gekannt und darüber hinaus nach ihren Problemen gefragt habe. Herr Niedhoff elaboriert damit seine Vorstellung der Wertschätzung durch die Höhergestellten und damit den positiven Horizont seiner Orientierung. Es wird dabei deutlich, dass es im Grunde um eine Überwindung der Entfremdung der Leitung von der Station geht (vgl. Kapitel 6.1.2.4), und zwar in Form einer persönlichen Interaktionskultur – es geht um Anwesenheit, ums Grüßen und Nachfragen.

Wie verhält sich diese Konstruktion der Wertschätzung zu derjenigen, die Herr Niedhoff im Kontext des PKMS-Regimes entworfen hat? Es bestätigt sich, dass es sich beim PKMS-Regime um eine ganz andere Form der Anerkennung handelt als um die, die Herr Niedhoff in Bezug auf die ehemalige Vorgesetzte als positiven Horizont entwirft: Erstere dreht sich um anonyme Zahlen, die mit Tauschwertgrößen verkoppelt sind, und um eine (legitimationswirksame) Rückkopplung von Leistung und Ertrag, wobei Leistung in Punkten gemessen wird und die Arbeit des Teams die Bezugsgröße ist. Die PKMS werden insgesamt als Mechanismus der Anerkennung des Berufsstandes als Ganzem verstanden – „die Pflege“ im Allgemeinen, nicht das je persönliche Engagement – die Hilfsbereitschaft, das Einspringen aus dem Frei, der Verzicht auf die Pause etc. – wird ‚honoriert‘. Im Unterschied dazu dreht sich die zweite Form der Anerkennung dagegen um eine spezifische, zwischen konkreten

Personen sich abspielende Interaktionskultur, die mit dem Modus der Anonymität bricht. Das heißt auch wenn Herr Niedhoff das PKMS-Regime als Anerkennungsmechanismus rahmt, so vermag dieser dennoch nicht zu leisten, was von Herrn Niedhoff im Sinne einer interaktiven Wertschätzung eingefordert wird. Das „ganz große[s] Problem“ bleibt somit ungelöst.

Auch im Fall von Frau Jandric lässt sich eine normative Orientierung auf das PKMS-System rekonstruieren, diese ist allerdings weniger an der Problematik der mangelnden Anerkennung orientiert, sondern am Prinzip der Leistungsgerechtigkeit. Gegen Ende der Interviews sah der Leitfaden die Frage vor, wie nach Einschätzung der Interviewpartner*innen der ökonomische Druck, der auf den Häusern lastet, an sie weitergereicht wird. Im Kontext der Antwort auf diese Frage kommt Frau Jandric das einzige Mal explizit auf die PKMS und damit abrechnungsrelevante Pflegeleistungen zu sprechen.

„Und ähm, ja gut jetzt, die haben schon erzählt: ‚Ja, ihr habt jetzt durch das PKMS‘ – das ist ja diese Eingabe, wo es nochmal extra richtig extra Kohle gibt – da haben wir gut(!) Geld gemacht, ja. Also das muss man sagen. Dieses Geld kommt natürlich nicht der Pflege zugute. Ich glaub das kommt nirgends der Pflege zugute, ja. Wir haben die Arbeit damit, weil deswegen dokumentierst du ja auch wie verrückt. Das geht halt einfach in dem, in dem in dieser Minus-Blase geht das mit rein, ja, und was weiß ich, mach ich’s an einem - im ersten Jahr haben wir glaub ich 500.000 oder so und jetzt haben wir mehr. Also ich hab jetzt gehört, das wäre siebenstellig sogar, ja. Und das ärgert mich dann schon, wenn ich die Arbeit leisten muss und ich seh’ nichts davon.“ (P2)

Anders als Herr Niedhoff bringt Frau Jandric die PKMS also unmittelbar mit der Abrechnung in Verbindung, doch ebenso wie bei ersterem schwingt auch hier der Produzent*innenstolz mit („da haben wir gut(!) Geld gemacht“). Anschließend artikuliert Frau Jandric eine Ungerechtigkeits Erfahrung. In der PKMS-Dokumentation sieht sie einen Mechanismus, durch den transparent wird, welche Geldmittel durch die Pflege erwirtschaftet werden; es gibt eine eindeutige Zuordnung von pflegerischen Maßnahmen und Erlös. Deshalb lässt sich auch sagen, „wir“ haben gut Geld gemacht. Durch diese neu institutionalisierte Relationierung von pflegerischer Arbeit und Erlös wird es also möglich, die Arbeit in konkret messbare, monetäre Ergebnisse zu übersetzen. Somit sind die PKMS zentraler Bestandteil der Neujustierung der Kriterien der Leistungsbewertung. Aber die PKMS-Erlöse kommen nicht der Pflege zugute, so Frau Jandric weiter. In dieser Proposition dokumentiert sich ihre allgemeine Erfahrung, als Pflegekraft ungerecht behandelt zu werden, denn das „natürlich“ in der Konstruktion verweist darauf, dass Frau Jandric diesen Umgang mit der Pflege gewohnt ist. Diese Interpretation wird durch die folgende Sequenz, die eine weitere Verallgemeinerung enthält, bestätigt. Es ist aus ihrer Sicht nicht nur eine organisationspezifische Erfahrung von Ungerechtigkeit, sondern es ist, wie auch im vorherigen Satz, die Pflege insgesamt, der nirgends zugutekommt, was sie erarbeitet. Das neue Regime abrechenbarer Pflegekomplexmaßnahmen wird also als eine Fortsetzung einer bereits existierenden Ungerechtigkeit erlebt. Erst nach dieser Verallgemeinerung der Proposition elaboriert Frau Jandric sie weiter. Die dem Erlös zugrundeliegende Arbeit ist doppelt bestimmt: a) als konkrete Pflege von aufwändigen Patient*innen und b) als entsprechend aufwändige Dokumentation dieser Pflege. Doch

das hierdurch verdiente Geld verschwinde in der Schuldenökonomie des Hauses. Die Dimensionen, um die es dabei finanziell geht, erläutert Frau Jandric dann anhand der PKMS-Einnahmen aus dem ersten und dem aktuellen Jahr. Diese Bezifferung der PKMS-Einnahmen verweist darauf, dass durch den auf die pflegerische Arbeit bezogenen Abrechnungsmechanismus sichtbar wird, welchen Beitrag die Pflege zur (ökonomischen) Reproduktion der Organisation leistet. Am Ende des Interviews artikuliert Frau Jandric noch einmal die Ungerechtigkeitserfahrung in Form einer Coda, mit der die Sequenz zu diesem Thema beendet wird („Und das ärgert mich dann schon...“). Der positive Gegenhorizont zu diesem Ärger liegt in einer unspezifischen Vorstellung von Leistungsgerechtigkeit, der zufolge man zumindest irgendeinen monetären Ausgleich für die geleistete Arbeit bekommen sollte.

Während also bei Herrn Niedhoff die normative Orientierung dominiert und den Rahmen bildet, innerhalb dessen die ökonomische Logik verhandelt wird, stellt sich die Lage bei Frau Jandric umgekehrt dar: Bei ihrem Konzept von Leistungsgerechtigkeit handelt es sich um eine Binnenethik der ökonomischen Orientierung. Diese Differenz dokumentiert sich auch darin, dass Herr Niedhoff an keiner Stelle die Kodierkräfte thematisiert, während sie von Frau Jandric positiv bewertet werden (s.o.). In der rahmenden normativen Orientierung von Herrn Niedhoff kommt es auf die konkreten Abrechnungsverfahren und -prüfungen und die Machkämpfe um die einzelnen Fälle nicht an, der Fokus liegt vielmehr auf dem Prinzip der Anerkennungsstruktur; im Fokus der ökonomisch gerahmten Idee der Leistungsgerechtigkeit interessiert hingegen genau dieser Kampf, in dem die Kodierkräfte Verbündete sind.

In der normativen Orientierung auf das Abrechnungsregime wird die Einführung der PKMS also recht eindeutig als eine symbolische Aufwertung der Pflege interpretiert. Gleichzeitig konstituieren sie aber einen neuen Möglichkeitsraum oder Vergleichshorizont, in dem Ungerechtigkeitserfahrungen gemacht werden – in Bezug auf das, was die Ärzte mit ‚ihren‘ DRGs einbringen, oder in Bezug auf den Anteil der PKMS-Erlöse, der tatsächlich an den Pflegedienst zurückfließt. Darüber hinaus kompensiert diese organisational-unpersönliche Anerkennungsstruktur nicht das Fehlen einer interaktiv-persönlichen Form der Wertschätzung des individuellen Engagements der einzelnen Pflegekräfte.

6.2.2 Sparmaßnahmen, wirtschaftliche Vorgaben und Vorgesetzte

Neben den bisher dargestellten ökonomischen Orientierungsmustern, die die Pflegekräfte selbst in Bezug auf das Abrechnungsregime an den Tag legen, stellen verschiedene Sparmaßnahmen ein weiteres ökonomisierungsrelevantes Thema dar. Unter diesem thematischen Dach werden von den Pflegekräften Stellenkürzungen und ihre Androhung ebenso verhandelt wie Einsparungen bei Materialien und „Annehmlichkeiten“ (P5), wie Saft und Buffet auf der Station, oder bei der Förderung von Weiterbildungsmaßnahmen. Da diese Kürzungen von der Krankenhausleitung geplant und durchgesetzt werden, ist dieses Thema kaum von dem weiteren der Kommunikation von wirtschaftlichen Vorgaben durch die Krankenhausleitung zu trennen, die teils vermittelt über die Stationsleitungen stattfindet. Die Position der Stationsleitung – „Mittler und Vermittler zwischen den Kollegen unter ihr“ und „dem Vorgesetzten über ihr“ (P2) – umweht dabei ein Hauch von Tragik: Die Stationsleitungen verorten sich selbst innerhalb der Basis, also innerhalb ihres Teams, äußern aus die-

ser Perspektive durchaus engagierte Kritik an den Entscheidungen der Leitungsebene⁶³ und beanspruchen für sich, den Druck abzufedern, der ‚von oben‘ kommt. Da sie aber dennoch, wenn auch gefiltert, ökonomisch motivierte Entscheidungen ‚von oben‘ weitertragen (müssen), erscheinen sie den Pflegekräften in ihrem Team als Vermittler der ökonomischen Vorgaben aus der Umwelt und nicht als das ‚Schutzschild‘, das sie ihrem Anspruch nach sind.

Auch für diesen Themenkomplex von Sparmaßnahmen und der Kommunikation wirtschaftlicher Vorgaben durch Vorgesetzte gilt, dass er von den Pflegekräften im Sample unterschiedlich stark und engagiert angesprochen wurde. Die Sparmaßnahmen sind besonders bei Frau Jandric und Herrn Niedhoff präsent, beide leitende Pflegekräfte auf Stationsebene. Sie äußern die Einschätzung, dass insbesondere die Pflege von Einsparungen betroffen ist. Dem liegt eine Wahrnehmung zugrunde, der zufolge im Krankenhaussektor eine gesundheitspolitische Leitlinie der Kostendämpfung vorherrscht und die Krankenhausleitungen unter Druck stehen, schwarze Zahlen zu schreiben. Die Kolleg*innen wissen laut Frau Jandric „dass ja ganz, ganz viele, ähm, Häuser geschlossen werden sollen, politisch gewollt, ja, und dass am meisten zu sparen ist in der Pflege.“ (P2) Und auch Herr Niedhoff erzählt:

„...man hört immer nur: ‚Wir haben so und so viel Verlust erzielt und müssen unbedingt schwarze Zahlen schreiben‘. Und das, was halt bei uns ankommt, ist: ‚Wir streichen es in der Pflege‘.“ (P5)

Aus Sicht von Herrn Niedhoff erscheint es also als eigenständiges Ziel der Leitung, schwarze Zahlen zu schreiben, und um dieses zu erreichen, werde im pflegerischen Bereich gespart. Und es ist eben diese Ziel- und Mittel-Anordnung, die infrage gestellt wird. Denn es ist keineswegs so, dass Herr Niedhoff jegliches ‚Wirtschaftlichkeitsgebot‘ zurückweist. Im Gegenteil, er ist sich durchaus im Klaren darüber, dass die Personalplanung recht diffizil ist, und reflektiert in diesem Zusammenhang das Problem der Wirtschaftlichkeit:

„Also, es ist halt schwierig, geb‘ ich zu, ähm Personal so zu planen, dass man so – man kann ja nie wissen, wie der Arbeitsaufwand an dem Tag ist, ja, aber man kann auch nicht einfach jemanden umsonst da sein lassen, das geht auch nicht. Das ist mir auch bewusst, dass das wirtschaftlich unsinnig ist, aber irgendwo muss man den Mittelweg finden. Und Poolkräfte, die von Station zu Station springen, das ist menschlich einfach nicht verträglich, weil du wirst nie im Team sein und das ist von der Arbeitsbelastung zehn Mal höher. Und keiner möchte das. Das ist für jeden so ‘n bisschen Familie, so ‘ne Station.“ (P5)

Während die pflegerische Praxis von dem Umstand geprägt sei, dass man nie wissen kann, wie hoch der Arbeitsaufwand an einem Tag konkret wird, und sie für Herrn

63 So erzählt beispielsweise die Gruppenleiterin Frau Bajramovic: „Aber wir haben jetzt ‘nen Patientenmanagement, was völlig überflüssig ist. Der Patient hat nichts davon, es hat kein Mensch was davon, außer, dass es ähm viel Geld kostet und in der Pflege Stellen abgezogen worden sind. Aber es fragt ja keiner. Ja. Wir geben dann die Rückmeldung: ‚Das ist totaler Schwachsinn.‘ Aber das ist egal, ist ja schon eingeführt.“ (P4)

Niedhoff ohne die Einbindung in ein Team kaum erträglich ist,⁶⁴ verlangt die Logik der Wirtschaftlichkeit einen effizienten Personaleinsatz (so viel wie nötig, so wenig wie möglich) und in diesem Sinne auch flexible, nicht an Teams gebundene Arbeitskräfte. Es klingt hier also ein prinzipieller Konflikt zwischen dem Gebot der ‚Wirtschaftlichkeit‘ und der Logik pflegerischer Praxis an: ersteres verlangt Planung des Zukünftigen, letztere besteht in ihrem Kern im Umgang mit dem Unplanbaren in der Gegenwart. Der spontane Umgang mit patient*innenbezogenen und organisationalen Bedürfnissen („Arbeitsaufwand“) bleibt hierbei der übergeordnete Sinnzusammenhang, in dem der Konflikt reflektiert wird – egal, ob es nun praktisch möglich ist, das Personal adäquat zu planen oder nicht, die unabhängige Variable, in Bezug auf die Planung nötig ist, wird durch den Arbeitsaufwand bestimmt. ‚Wirtschaftlichkeit‘ kommt hier also nur als ein untergeordnetes Nebenziel in Betracht und wird nicht, wie Herr Niedhoff der Geschäftsführung zuschreibt, zu einem eigenständigen Primärziel („schwarze Zahlen“) verselbständigt, dem der pflegerische Bereich zum Opfer fällt. Da Herr Niedhoff aber dennoch die ökonomische Perspektive als legitim anerkennt, proklamiert er, man müsse einen Mittelweg finden. Das gängige Modell der Poolkräfte hält er jedoch nicht für tragfähig. So bleibt der Konflikt zwischen den beiden Handlungslogiken also letztlich zumindest auf der Ebene des expliziten, kommunikativen Wissens ungelöst; in ihm dokumentiert sich ein „Orientierungsdilemma“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 296). Da die beiden Logiken gleichzeitig unterschiedlichen Akteuren als Orientierungen zugeschrieben werden, verweist die Unversöhnlichkeit der Logiken letztlich auch auf die Unversöhnlichkeit des Konflikts zwischen Pflege und Geschäftsführung.

Bei Frau Jandric lassen sich ebenfalls divergente Positionierungen zum Thema ‚Sparen‘ finden. Im Rahmen ihrer berufsbiographischen Erzählung erscheint der Moment, in dem die „Sparerei“ anfang, als zentraler, negativ besetzter Bruch mit einer bis dahin vorherrschenden Normalität:

„Und dann irgendwann war ich Stationsleitung, ich weiß nicht mehr wann [lacht], ist schon lange her. Und dann, ja, dann lief das alles völlig normal. Wir hatten damals ’nen Stellenplan von 13 Mitarbeitern und das war schon ordentlich. [...] Und äh, ja, dann mussten – fing das an mit der Sparerei.“ (P2)⁶⁵

Gleichzeitig ist für sie im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Stationsleitung aber völlig klar, dass mit den Materialien auf Station sparsam gehaushaltet werden muss.⁶⁶ Wie verhalten sich dieser verständnisvolle und der zuvor artikulierte negative Bezug

64 Die pflegerische Seite wird zudem mit dem semantischen Reservoir des Familiären aufgeladen, das in der Moderne traditionell als Hort der Geborgenheit gegenüber den strategisch-berechnenden Umgangsformen des Marktes angeboten wird.

65 Gemeint ist ein Zeitpunkt Mitte der 90er Jahre und nicht die Einführung des DRG-Systems.

66 „Ich muss ja natürlich auch gucken, dass ich einsparen kann. Also wenn ich – nur allein Bestellungen ja. Musst du drauf achten, dass nicht zu viel bestellt wird, ja. Das kostet alles Geld und dann wird’s weggeschmissen. Und dann muss man sagen: ‚Ne, liebe Leute, so geht das nicht. Ihr haust mit den Materialien...‘ ja. Also man muss da – man hat da ganz viel Dinge zu regeln ja.“ (P2)

auf die „Sparerei“ zueinander? Es findet sich hier ein ganz ähnliches Muster, wie bei Herrn Niedhoff: Während in der von Frau Jandric monierten Kostendämpfungspolitik die „Sparerei“ als eigenständiger Zielwert erscheint, dem die Pflege zum Opfer fällt, geht es beim sparsamen Umgang mit dem Material schlicht darum, dass bei der Patientenversorgung nicht mehr Ressourcen verbraucht werden als nötig. Was nötig oder „zu viel“ ist, bemisst sich jedoch am Versorgungsbedarf, nicht an vorgegebenen ökonomischen Größen.

Um diese Differenz der ökonomischen Orientierung auf die ‚Wirtschaftlichkeit‘ bzw. die „Sparerei“ auf den Begriff zu bringen, lässt sich theoriegeleitet mit der Unterscheidung von Ökonomisierung und bedarfswirtschaftlicher Rationalität arbeiten, wie sie oben (3.2.2) entwickelt wurde: Während sich die beiden Pflegekräfte an einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität orientieren, in der materielle, finanzielle und personelle Mittel in Bezug auf das gebrauchswertförmige Ziel der Versorgung sparsam eingesetzt werden sollen, zeugt die Thematisierung der Kostendämpfungspolitik („Sparerei“) und der Orientierung der Geschäftsführung an „schwarzen Zahlen“ davon, dass sich hier aus Sicht der Pflegenden in kritikwürdiger Weise ökonomische Ziele gegenüber dem Versorgungsziel verselbständigt haben und mit diesem in Konflikt geraten.

Doch auch wenn beide Pflegekräfte wahrnehmen, dass bei relevanten Akteur*innen eine Aufwertung der Refinanzierungsproblematik und damit der ökonomischen Dimension des Feldes stattgefunden hat,⁶⁷ so ist diese geteilte Wahrnehmung doch in divergierende Orientierungsmuster eingebettet: Während Frau Jandric das Sparen bei der Pflege als Ausdruck der relativen Machtlosigkeit der Berufsgruppe im Kontrast zur Ärzteschaft interpretiert, zieht Herr Niedhoff die Verwaltung als Vergleichshorizont heran und interpretiert die Einsparungen bei der Pflege als Ausdruck einer fehlenden Wertschätzung und einer daraus resultierenden Ungerechtigkeit. Der Wandel des Raums der Positionen, der sich mit dem Bedeutungszuwachs der ökonomischen Dimension vollzieht, verbindet sich also mit unterschiedlichen, habituell bedingten Positionierungen.⁶⁸ Während für Frau Jandric der traditionelle Konflikt zwischen Ärzteschaft und Pflegekräften orientierend bleibt, steht für Herrn Niedhoff als Angehörigem einer jüngeren Generation von (leitenden) Pflegekräften – der zudem zunächst selbst geplant hatte, Medizin zu studieren – der Kontrast der Berufsgruppen, die zur Patient*innenversorgung beitragen (Pflege und Ärzt*innen), zur Verwaltung im Vordergrund.

Die „wirtschaftlichen Vorgaben“ (P6), an denen sich die Leitungsebene aus Sicht der Pflege-Basis orientiert, werden nicht nur von den unmittelbaren Vorgesetzten, den Stationsleitungen, weitergetragen, sondern auch im Rahmen außeralltäglicher Kommunikationsformen wie etwa bei Betriebsversammlungen oder durch Rundbriefe durch die Leitung selbst. Herr Becker erzählt besonders engagiert von zwei solcher Situationen. Das ökonomische Feld wird von ihm im Interviewverlauf das erste Mal explizit im Kontext einer Erzählung angesprochen, in der es um eine Gesprächsrunde geht, zu der die Pflegedirektorin und der Geschäftsführer – „so oberste Heeresleitung“ – auf seine Station kamen, um im „kleinen Stationszimmer“ mit den Mitarbei-

67 Aufwertung meint hier: Das Machtpotenzial im Sinne einer feldinternen Wirksamkeit des ökonomischen ‚Kapitals‘ erhöht sich, nicht sein ökonomischer Wert.

68 Zur Differenz von Position und Positionierung vgl. Bourdieu (1998: 48ff.).

ter*innen darüber zu reden, „was man für Anliegen hätte“ (P6). Ein problematisierungswürdiger Kontakt zum ökonomischen Spiel kommt für Herrn Becker erst im Rahmen dieser außeralltäglichen Situation zustande. In diesem Gespräch habe eine „merkwürdige Atmosphäre“ geherrscht und viele Kolleg*innen hätten Angst gehabt, sich zu äußern, er selbst habe aber darauf insistiert, dass der Betreuungsschlüssel zu gering ist:

„Ähm, und ich hab da auch nicht hinterm Berg gehalten, also ich hab da eigentlich die ganze Zeit irgendwie drauf rumgehackt, dass der Schlüssel so nicht in Ordnung ist, dass ich nicht guten Gewissens ähm – also dass, dass ich keine adäquate Patientenversorgung gewährleisten kann, wenn ich vier Patienten betreuen muss auf dieser Station und dass, dass das kein adäquater Betreuungsschlüssel ist. Und dann kamen die üblichen Argumente zurück, ja: Aber in anderen Kliniken wär es doch auch nicht anders. Und ich hab dann auch gesagt: ‚Ne, das stimmt nicht.‘ Da hat sie [die Pflegedirektorin] dann nichts mehr zu gesagt, aber das hat – ist mir klar, das hat keine Konsequenz. Also sie ignoriert das einfach. Sie ähm hat ihre wirtschaftlichen Vorgaben, ähm, und ähm, das einzige, worauf sie achtet, ist im Prinzip, sind, ist die Dokumentations, so dass man daraus Erlöse generieren kann.“ (P6)

Herr Becker thematisiert hier den unzureichenden Betreuungsschlüssel als einen Faktor, der den positiven Gegenhorizont einer adäquaten Patient*innenversorgung in seinem Enaktierungspotenzial einschränkt. Thematisch präsent ist zudem die schüchterne Haltung der Pflege gegenüber den Leitungsstrukturen, die als negativer Gegenhorizont zu Herrn Beckers umgesetztem Handlungsentwurf erscheint, seine Kritik an den aktuellen Umständen selbstbewusst („nicht hinterm Berg gehalten“) und offensiv („drauf rumgehackt“) zu äußern. Herr Becker stellt dann kurz die Gegenrede der Pflegedirektorin dar. Diese geht nicht direkt auf das ein, was Herr Becker als sein „Argument“ versteht – dass beim aktuellen Betreuungsschlüssel keine adäquate Patient*innenversorgung möglich ist. Eine direkte Bezugnahme hätte bedeutet, darüber zu diskutieren, was eine adäquate Patient*innenversorgung ist.⁶⁹ Herr Becker referiert stattdessen das Argument der Pflegedirektorin, in anderen Kliniken wäre der Betreuungsschlüssel auch nicht anders. Diese Logik des Vergleichs ist konstitutiv für die Wettbewerbsordnung, die zwischen den Krankenhäusern herrscht, und scheint gleichzeitig eine recht beliebte Argumentationsstrategie der Vorgesetzten gegenüber ihren Mitarbeiter*innen darzustellen, denn sie taucht auch in den anderen Interviews auf. In seiner Reaktion auf dieses „Argument“ vollzieht Herr Becker den Wechsel der Argumentationsebene nach und hält schlicht entgegen, dass das nicht stimme, woraufhin die Pflegedirektorin nichts mehr gesagt habe. Die Prognose von Herrn Becker in Bezug auf die Resonanz seines diskursiven Engagements fällt dann pessimistisch aus: Die Kritik bleibe ohne Konsequenz, da die Pflegedirektorin sie einfach ignoriere. Für Herrn Becker ist also mehr oder weniger klar, dass dieses Mitarbeiter*innengespräch nicht dazu dient, ernsthaft auf die Probleme und die Kritik der Mitarbeiter*innen einzugehen, sondern vor allem dazu, den Schein aufrechtzuerhalten, man würde sie ernst nehmen und einbeziehen. Die Blockadehaltung der Pflegedirektorin („sie ignoriert das einfach“) führt Herr Becker dann auf ihre Einbindung

69 Diesbezüglich weiß Herr Becker an anderer Stelle zu berichten, dass die Pflegedirektorin die Ansicht vertritt, die Pflege „muss ausreichend sein, nicht optimal“ (P6).

ins ökonomische Spiel zurück: Sie halte sich an ihre „wirtschaftlichen Vorgaben“ und in diesem Rahmen sei lediglich wichtig, dass die Pflege die Dokumentation so führt, dass Erlöse generiert werden können; der für Herrn Becker relevante Betreuungsschlüssel interessiert in diesem Rahmen nicht.

Die Pflegedirektorin stellt damit für Herrn Becker die Akteurin dar, über die der ökonomische Sinnhorizont in die Pflege-Basis importiert wird, und das in doppelter Hinsicht: Einerseits durch die Beibehaltung eines unzureichenden Betreuungsschlüssels, andererseits durch die Erwartung, dass die Pflege eine abrechnungssensible Dokumentation führt. Die oben (Kapitel 6.1.2.4) bereits besprochene Erfahrung der Entfremdung der pflegerischen Leitung von der Perspektive und den konkreten Problemen der stationären Arbeit kommt hier erneut zur Geltung, wobei im vorliegenden Zusammenhang die Differenz der Sinnhorizonte Versorgung/Ökonomie in die Differenz Pflege-Basis/Pflegedirektorin eingeschrieben wird.

Die zweite Situation steht im Kontext der von mir gegen Ende des Interviews gestellten Frage, wie seiner Einschätzung nach der ökonomische Druck an ihn weitergegeben werde. Herr Becker erläutert zunächst die Konzernstruktur, in die das Haus eingegliedert ist: Im Konzern gelte die *policy*, dass kein defizitäres Haus „auf Dauer durchgefüttert“ werde. Nach seinem Kenntnisstand sei sein Haus momentan nicht defizitär, aber „lustigerweise“ habe er von seiner Stationsleitung kürzlich einen Info-Brief von der Geschäftsführung zur wirtschaftlichen Situation weitergeleitet bekommen. Bevor er mir diesen Brief zur Ansicht vorlegte, leitete Herr Becker ihn mit den Worten ein:

„Ich hab hinterer gesagt, dass ist ein typischer, also der Brief ist reines Bullshit-Bingo mit allen möglichen blöden Floskeln und sagt gar nichts, aber das ist, das ist die, das trifft ziemlich gut die Haltung oder die Art und Weise, wie man bei [Name des Konzerns] äh an die Mitarbeiter herantritt.“ (P6)

Was kennzeichnet also aus Sicht von Herrn Becker diese „Art und Weise“ der Kommunikation oder des ‚Herantretens‘? Die Form betreffend zunächst einmal Einseitigkeit – es gibt Informationen per Brief – und Distanz: Der Brief geht nicht direkt von der Geschäftsleitung an alle Mitarbeiter*innen, sondern bedarf der Vermittlung durch die Stationsleitung. Zudem gibt es kaum einen verständlichen Inhalt der Mitteilung („Bullshit“, „blöde(n) Floskeln“, „sagt gar nichts“). Der Info-Brief reiht sich also ein in die Erfahrung der Perspektivendivergenz und wechselseitigen Verständnislosigkeit zwischen Leitung und Basis.

In dem Brief werden u.a. „unpopuläre Maßnahmen“ angekündigt, Herr Becker glaubt dabei gehe es darum, das Weihnachtsgeld durch eine „Erfolgsbeteiligung“ zu ersetzen, „die natürlich jederzeit vom Arbeitgeber ähm gestrichen werden kann“ (P6). Es folgt eine der im gesamten Material sehr seltenen Passagen zur Entlohnung, genauer: zur Lohnpolitik des Hauses. Anstatt sich jedoch über einen zu geringen Lohn zu echauffieren, zeigt Herr Becker sich verwundert, dass er vom Haus quasi übertariflich bezahlt werde: „Das ist irgendwie letztendlich mehr als das was man nach TVöD bekommt. Was mich gewundert hat.“ (P6) Diesen Umstand führt er darauf zurück, dass er im Intensivbereich arbeitet. Dass die Entlohnung im Sample kaum ein Thema ist, dürfte also nicht nur damit zu tun haben, dass dieses Thema für die Pflegekräfte insgesamt gegenüber anderen Problemlagen nachrangig ist, sondern

auch mit dem hohen Anteil an Intensivpflegekräften und ihrer gehobenen Position im Tarifsysteem, die es wenig legitim scheinen lässt, sich über die Lohnhöhe zu beschweren. Anschließend kommt Herr Becker auf die Frage, wie der wirtschaftliche Druck weitergeben wird zurück:

„Also ansonsten, ja, wie geben die das weiter? Im Prinzip in allen Gesprächen, ähm, mit der Geschäftsführung oder so, geht’s natürlich immer um Erlöse. Es geht drum ähm oder es gibt Appelle, dass man gefälligst ordentlich dokumentieren soll, weil ansonsten dem Haus Geld durch die Lappen geht. Wo dann halt auch viele sagen: ‚Naja, dann gebt uns aber auch die Zeit, äh, wenn ich vier Patienten betreue, da hab ich nicht die Zeit, noch sorgfältig zu dokumentieren.‘ Und das interessiert dann aber nicht.“ (P6)

Die Geschäftsführung wird erneut als ein Akteur des ökonomischen Feldes konstruiert, der sich nicht für die konkreten Probleme auf Station interessiert. Als zentrales Mittel, Erlöse zu generieren, gilt dabei wiederum die Dokumentation. Dieser Orientierung der Geschäftsführung wird dann die der Pflegekräfte entgegengesetzt: Wenn sie diesem Appell nachkommen sollen, brauchen sie mehr Zeit, d.h. mehr Personal. Es wird hier also nicht, wie von Herrn Schimmeck, die an die Dokumentation gekoppelte Abrechnungslogik problematisiert, sie wird mit dem Hinweis, man brauche Zeit, um „sorgfältig“ zu dokumentieren, vielmehr akzeptiert. Wiederum interessiert die Geschäftsführung dieser Einwand aber nicht. In der folgenden Sequenz wird dann deutlich, dass Herr Becker dieses Desinteresse – trotz – zurückspiegelt:

„Und in diesen lustigen Gesprächen, wo dann auch der Geschäftsführer da ist, was ich da am Anfang erzählt hab, was es ab und an gibt, alle paar Monate oder mal in ’nem halben Jahr, ähm sitzt dann da der, der Geschäftsführer und fängt dann auch irgendwann an abzuschweifen oder meint, meint äh den, den Mitarbeitern jetzt mal erklären zu müssen, wie Krankenhauswesen funktioniert und wie, und wie schwierig das alles ist und dass er eben, was weiß ich, jedes Jahr 5% weniger automatisch kriegt und äh und und und jedes Jahr die Fallzahlen und die äh Erlöse steigern muss, damit er überhaupt am Ende noch die gleiche Kohle wie vorher kriegt. Das mag ja auch alles richtig sein, das stelle ich ja überhaupt nicht in Zweifel, aber ich denk mir dann halt: Ist nicht mein Problem. Ich sitze hier, ich arbeite hier als Pflegekraft, ich bin hier eingestellt, um Patienten zu versorgen äh und du bist in der Geschäftsführung, du kriegst ein Vielfaches von meinem Einkommen und dein Job ist es, dir zu überlegen, wie du das erreichen kannst und du musst mir nicht irgendwie vorheulen ähm, dass es, dass die, dass die Situation so schwierig ist [...] mich nervt so was tierisch, wenn da, wenn da Leute aus der Geschäftsleitung kommen und mir erzählen, wie schwer sie es haben äh, das Krankenhaus ohne Defizit zu führen, weil mich muss das nicht interessieren, dafür bin ich nicht da angestellt. Und da muss ich auch – da kann ich Verständnis für haben, aber das ist völlig irrelevant.“ (P6)

Der Versuch der Geschäftsführung, ihre Perspektive klarzustellen und zu vermitteln, wird von Herrn Becker als Übergriff erfahren, der emotional aufgeladen zurückgewiesen wird („vorheulen“; „mich nervt so was tierisch“). Vor dem Hintergrund von Aussagen, die Herr Becker zuvor getroffen hatte, wirft das die Frage auf, warum diese Art der Adressierung des ökonomischen Sinnhorizont stark problematisiert wird, während die Hinweise der Kodierkraft, es müssten Dinge nachdokumentiert werden, unproblematisiert bleiben, obwohl sie – wie der Fall von Herrn Schimmeck zeigt –

doch ebenfalls als übergreifend erlebt werden könnten. Eine mögliche Antwort auf diese Frage lässt sich in der Verschiedenheit der Berufsrollen und des Status von Kodierkräften und Geschäftsführung finden: Es gilt für Herrn Becker als sinnvolle Form der organisationalen Arbeitsteilung, dass die Pflege den Kodierkräften zuarbeitet, damit diese ihre Abrechnungen machen können. Herr Becker sieht aber nicht, warum es innerhalb der gegebenen Arbeitsteilung („dein Job ist es“) Sinn machen sollte, dass die Geschäftsführung im ‚vorheult‘, wie schwer sie es hat – „das ist völlig irrelevant“. Letztlich gilt für ihn die Losung: Mach du deinen Job und ich mach meinen. Daneben verweist er im Unterschied zur Art und Weise, wie er über die Kodierkräfte spricht, bei der Kritik der Geschäftsführung darauf, dass diese viel mehr verdiene als er („du kriegst ein Vielfaches von meinem Gehalt“). Herr Becker hat den Eindruck, die Geschäftsführung versuche ihren Job zu seinem Problem zu machen – und vor dem Hintergrund, dass die Geschäftsführung ein Vielfaches verdient, ist das besonders skandalisierungswürdig.

Die Aussagen, die bei derartigen außeralltäglichen Gelegenheiten fallen, wirken nachhaltig – vor allem wenn sie betriebswirtschaftliche Zahlen enthalten. Selbst wenn die Intention, mit der die Geschäftsführung oder Pflegedienstleitung spricht, abgelehnt wird, die Inhalte verfangen. Den Pflegekräften wird so ein grundlegendes Wissen über die ökonomische Lage des Hauses oder ihrer Abteilung vermittelt, wie folgender Bericht von Herrn Schimmeck vor Augen führt:

„...die Rückmeldung, die geht in jeden Bereich rein. Also z.B. die 39 VK [Vollkräfte; R.M.], die wir haben, hab wir jetzt in der letzten Teambesprechung letzten Januar mitgeteilt bekommen. äh, das ich glaub zwei Stellen waren es gewesen, so der Schnitt in den letzten paar Jahren, sind eigentlich über die Einnahmen nicht gedeckt. Aber wir behalten halt trotzdem die 39 VK, weil sie davon ausgehen, dass wenn wir sozusagen fleißig sind, dass das dann irgendwann funktioniert. Also es ist jetzt nicht sozusagen so, dass wir diesen Geldpool haben, aber es gibt immer die Rückmeldung, wie weit praktisch die Stellen von uns auch finanziert sind. Und es gibt Bereiche, in denen es halt nicht funktioniert, bei denen wird dann Personal abgezogen.“ (P1)

Der zentrale Inhalt, der in derartigen Gesprächen oder Versammlungen bei den Pflegekräften ankommt, ist, dass das, was im Feld der Krankenhäuser „auf dem Spiel steht“ (Bourdieu/Wacquant 196: 148), nicht mehr nur die Versorgung von Patient*innen, sondern zunehmend auch die Refinanzierung ist. Sofern sie nicht gewährleistet ist, kann es zu einer stufenweise eskalierenden Zuspitzung der Situation kommen – von Stellenkürzungen über die Zusammenlegung oder Schließung einzelner Abteilungen über den Verkauf des Hauses bis hin zu seiner Schließung. Die außeralltägliche Kommunikation mit den Akteuren der Leitung stellt somit einen zentralen Mechanismus dar, über den die ökonomische *performance* einer Station oder Abteilung an die Beschäftigten rückgekoppelt werden, so dass es sich im Erleben der Pflegekräfte um eine Strategie handelt, mit deren Hilfe der ökonomische Druck an sie weitergetragen wird.

ZWISCHENBETRACHTUNG

Wie werden nun also Tauschwertbezüge im pflegerischen Arbeitsalltag relevant? Die Interpretation des Materials legt folgende Schlussfolgerungen nahe: Wie relevant sie sind, hängt erstens davon ab, ob und wie die Pflege strukturell in das Abrechnungsregime eingebunden ist; zweitens davon, wie und wie wirkmächtig Akteure, die von den Pflegenden als ökonomisch orientiert wahrgenommen werden (Vorgesetzte, Kodierkräfte), diese Orientierung als Erwartung an die Pflege kommunizieren; drittens davon, wie die Pflegenden sich selbst zu den kommunizierten ökonomischen Anforderungen positionieren (kritisch-reflektiert; normalisiert-distanziert).

Die Bezüge zum ökonomischen Feld, die sich in der pflegerischen Praxis ergeben oder in ihr hergestellt werden, sind insgesamt recht vielfältig. Entsprechend scheint es – wie oben bereits theoretisch angesprochen wurde, nun aber auch aus empirischer Sicht argumentiert werden kann – problematisch, von der *einen* ökonomischen Rationalität zu sprechen, wie dies im Ökonomisierungsdiskurs häufig der Fall ist. Neben Orientierungen an einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität ließen sich auch Orientierungen an einer preisbezogenen Rationalität herausarbeiten. Einige Pflegekräfte im Sample positionieren sich durchaus affirmativ zu einer solchen preisbezogenen Rationalität, sofern sie die Erlösmaximierung durch Dokumentationsoptimierung meint. In der kritisch-reflektierten Subtypik stößt eine solche Orientierung jedoch an ihre Grenzen, wenn sie droht, in die Versorgungspraxis überzugreifen. Bezüglich einer Orientierung an *Einsparungen* verhalten sich die Pflegekräfte im Sample kritisch, wenn sie sich gegenüber der Patientenversorgung zu einem eigenständigen Ziel ver selbständigt hat (eine solche Orientierung wird den Vorgesetzten zugeschrieben), finden sie jedoch nachvollziehbar, wenn es um Sparsamkeit im Sinne einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität geht.

Was sich bei all dem zeigt, ist, dass die Tauschwertbezüge vielfältig, feldspezifisch eingebettet und entsprechend komplex sind. Sie treten unterschiedlich in Erscheinung: als Erwartungen konkreter anderer Akteure (die man übernehmen, zurückweisen oder im Modus des Als-ob bearbeiten kann), als objektive Struktur (DRG-System) und daran gekoppeltes explizites Wissen (das man berücksichtigen oder ignorieren kann) oder als Möglichkeitsraum, um der Pflege (als Berufsgruppe) Sichtbarkeit und Wertschätzung zu verschaffen (auch wenn damit neue Ungerechtigkeits Erfahrungen einhergehen). Und sie stehen immer *im Verhältnis* zur feldspezifischen Praxis, um die es im Feld ‚eigentlich‘ geht: in einem Verhältnis der Balance, des Konflikts oder der Über- bzw. Unterordnung. So führt etwa das Fallpauschalensystem zu einer kognitiven („Dokumentation ist halt abrechnungsrelevant“) und praktischen („mehr Aufwand“) Restrukturierung der Dokumentation, die teilweise in Widerspruch zum professionellen, der Wahrhaftigkeit verpflichteten Ethos steht („betrügen“), teilweise aber auch in Allianz mit den Kodierkräften vorgenommen wird, um die Refinanzierung der Station zu gewährleisten (Vergütung spezieller Medikamente).

Die Frage, wie sich die Pflegenden zu ökonomisierungsrelevanten Themen positionieren, ist vor diesem Hintergrund kaum pauschal zu beantworten. Die Konstellationen sind stets in Bewegung. Während etwa Herr Becker in Bezug auf das Abrechnungsregime der normalisiert-distanzierten Subtypik zuneigt, formuliert er – im Reflexionshorizont einer sinnvollen, organisationalen Arbeitsteilung – engagierte Kri-

tik, wenn der Geschäftsführer versucht, wirtschaftliche Anforderungen an ihn heranzutragen. Klar scheint allerdings, dass – über alle fallinternen und fallübergreifenden Differenzen hinweg – für die interviewten Pflegekräfte im Konfliktfall die Versorgungslogik und damit der Gebrauchswertbezug des Feldes weiterhin Priorität besitzt (in der normalisiert-distanzierten Subtypik gibt es diesen Konflikt bezüglich des Abrechnungsregimes allerdings nicht). Selbst wenn ökonomische Anforderungen nicht zurückgewiesen, sondern mehr oder weniger aktiv übernommen werden, hat die Patientenversorgung weiterhin Vorrang. Insbesondere im Vergleich der Intensität, mit der die interviewten Pflegekräfte von den Problemen, die aus den Arbeitsbedingungen resultieren (6.1), und den Problemen, die mit den Anschlussstellen der eigenen Praxis an die Abrechnung zu tun haben (6.2.1), berichten, zeigt sich, dass letztere in der Relevanzstruktur der Pflegekräfte unter ersteren rangieren. Um dieses Ergebnis zu pointieren, lässt sich die Aussage von Herrn Becker verallgemeinern: Die Abrechnung „[i]st nicht mein Problem, ich arbeite hier als Pflegekraft.“⁷⁰

Insgesamt werfen die Ergebnisse damit die Frage auf, ob hinsichtlich der Ökonomisierungsdiagnose nicht Entwarnung gegeben werden könnte? Der Schluss scheint nahe zu liegen, wurde doch nur in einem Fall von einer benachbarten Station berichtet, dass auf dieser die Abrechnungs- der Versorgungslogik vorgezogen wurde. *Aber:* Im Sinne der hier verwendeten Begrifflichkeiten bedeutet das keineswegs – wie im nächsten Kapitel diskutiert wird –, dass keine Ökonomisierung stattfindet, denn es kommt durchaus zu *Zielkonflikten*, die für Ökonomisierungsprozesse charakteristisch sind – selbst wenn diese (noch) zugunsten einer adäquaten Versorgung bearbeitet werden (sollten), ist allein der Umstand, dass es hier zu Konflikten und entsprechenden Entscheidungszwängen kommt, Ausdruck von Ökonomisierung.

70 Dieser Befund ist allerdings vor dem Hintergrund zu deuten, dass die Pflege in die objektiven Strukturen des Abrechnungsregimes nur sehr punktuell eingebunden ist – eine mit dem medizinischen Funktionskreis vergleichbare Einbindung gibt es lediglich über die PKMS. Welche Bedeutung die PKMS im heutigen Arbeitsalltag aus Sicht der Pflegenden besitzt, ist bisher jedoch kaum erforscht, insbesondere nicht soziologisch. Orientiert man sich an den Fallzahlen, scheint die Bedeutung nicht sehr groß zu sein. Im Jahr 2016 wurden nur 283.644 von insgesamt 19.532.779 (Quelle: InEK 2017) also nur ca. 1,5% aller Fälle als PKMS-Fälle abgerechnet. Die Erzählungen von Herrn Niedhoff und Frau Jandric lassen jedoch darauf schließen, dass sie im Alltag eine Bedeutung entfalten, die sich in diesen Zahlen kaum widerspiegelt.