

Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege

Ein (institutionen-)theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse der Organisation Krankenhaus

Von Stefan Bär und Sebastian Starystach

Zusammenfassung: Seit der Einführung von Leistungs- und Wettbewerbsorientierung im Gesundheitssystem werden sich verschlechternde Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals regelmäßig als Folgen eines fortschreitenden Ökonomisierungsprozesses diskutiert. Der Beitrag stellt demgegenüber einen institutionentheoretischen Zugang vor, in dem die Organisation Krankenhaus nicht nur von ökonomischen Imperativen beherrscht, d.h. als Dienstleistungsunternehmen verstanden wird, sondern zugleich als totale Institution, den Anforderungen einer Bürokratie ausgesetzt sowie durch die Profession der Medizin geprägt. Anhand einer Querschnittbefragung zu den Arbeitsbedingungen Pflegender an einem Großkrankenhaus wird der analytische Mehrwert dieses Zugangs empirisch ausgewiesen. Die Analyse zeigt, wie ökonomische Orientierungen im Krankenhaus die Arbeitsbedingungen Pflegender mitgestalten, indem sie bereits institutionell angelegte Problemlagen verstärken. D.h. der Einfluss von Ökonomie auf die Organisation Krankenhaus kann durch die theoretische Ins-Verhältnis-Setzung zu weiteren hier institutionalisierten Ordnungen empirisch spezifiziert werden.

Einleitung

Es steht nicht gut um die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Der derzeitige Diskurs zeichnet ein konsistentes, auf deutliche Verschlechterungen hinweisendes Bild (so bspw. das Deutsche Ärzteblatt 2014). Er ist zugleich in weiten Teilen davon geprägt, dass die Forschungsbefunde durch die Hintergrundannahme einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens gelesen, interpretiert und erklärt werden (z.B. Simon 2001; Kühn 2008; Gerlinger/Mosebach 2009; Braun et al. 2010; Bode 2010).

In den letzten Jahren wird unter dem Eindruck eines verstärkten Einflusses der ökonomischen Sphäre im Krankenhaus dabei von einem möglichen „Archotypenwechsel“ (Iseringhausen/Staender 2012), von „Mutation“ (Bode/Vogd 2016) oder eben „Ökonomisierung“ (Kühn 2008) gesprochen. Hierbei wird der Konflikt zwischen klassischerweise professionszentrierter Arbeit an und mit Patienten und heutiger ökonomisch-betriebswirtschaftlicher Orientierung in der Organisation von Dienstleistungsarbeit ins Zentrum gestellt. So plausibel dies ist, ein solcher Ausgangspunkt zum Verständnis der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus verengt den soziologischen Blick auf einen einzelnen Einfluss in einem komplexen Institutionengefüge. Theoretisch unreflektiert bleibt in der Folge die Gemengelage der institutionellen Verflechtungen des Krankenhauses als Organisation, die *neben* dem Prozess der Ökonomisierung – unabhängig davon, wie er im Einzelnen theoretisch gefasst wird – weiterhin bestehen.

Eine spezifische deutsche Krankenhaussoziologie, die diese Wandlungsprozesse der Organisation Krankenhaus und ihrer institutionellen Umwelt grundsätzlich reflektieren könnte, gilt seit längerem als verwaist (Bode/Vogd 2016: 15ff.). Unverändert ist der Klassiker Rohde (1973) die Referenz und erst in jüngerer Zeit finden sich erneut Bemühungen um ein Mehr an theoretischer Reflexion auf diese in der modernen Gesellschaft so selbstverständlich gewordene Einrichtung (Vogd 2011; Bode/Vogd 2016).

Die vorliegende Arbeit unternimmt an dieser Stelle den Versuch, die Diskussion über die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus mit Hilfe eines institutionenanalytischen Ansatzes systematisch zu differenzieren, indem neben ökonomischen weitere (klassische) institutionelle Einflüsse auf die Organisation Krankenhaus theoretisch gefasst und zusammengeführt werden

sowie anschließend dieser Entwurf in Bezug auf seinen analytischen Mehrwert empirisch getestet wird. Es soll also nicht die These der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und deren Einfluss auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus bestritten, sondern ein alternatives nach Institutionen differenzierendes theoretisches Modell einschließlich seiner Anwendung vorgestellt werden.

Wir fokussieren dazu auf die größte Beschäftigtengruppe im Krankenhaus: das Pflegepersonal. Wir beschränken uns auf Deutschland, um die Komplexität institutioneller Rahmenbedingungen und sozialer Wandlungsprozesse nicht durch eine international vergleichende Perspektive zu belasten.¹ Wir stellen uns dabei die Frage, inwiefern, anstatt der Annahme einer übergreifenden Vorherrschaft ökonomischer Bedingungen und Ordnungsvorstellungen, die theoretische Berücksichtigung von im Krankenhaus traditionell institutionalisierten Elementen hilft, die konkreten *Arbeitsbedingungen* analytisch besser zu fassen und damit die subjektiv wahrgenommene *Arbeitswirklichkeit* am Beispiel von Pflegekräften auch empirisch differenzierter zu erklären.

Zur Beantwortung begründen wir zunächst unseren Zugang über die Krankenhauspflege und ordnen den dazugehörigen Stand der Forschung nach dort vertretenen Thesen, um den Stellenwert unserer Fragestellung zu klären (1). Dann unterbreiten wir einen Vorschlag, wie der komplexe institutionelle Gesamtzusammenhang für die Organisation Krankenhaus systematisch bei der Beforschung von Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden kann (2). Im Anschluss wird der analytische Mehrwert dieses institutionentheoretischen Ansatzes am Beispiel der Arbeitswirklichkeit von Pflegekräften eines Großkrankenhauses der Maximalversorgung empirisch aufgezeigt (3-5) und abschließend vor dem Hintergrund gegenwärtiger Forschung über die Arbeitsbedingungen in der Organisation Krankenhaus reflektiert (6).

1. Die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern

Seit Jahrzehnten wird die Arbeitssituation der Krankenhauspflege immer wieder zum Thema. Dabei wird stets aufs Neue wiederholt, was eigentlich nicht sein kann: nämlich, dass die Grenze der Belastbarkeit erreicht sei (Albrecht et al. 1982; Fuchs et al. 1987; Baumann/Zell 1992; Bartholomeyczik 1993; Marrs 2002; Nock et al. 2013). Gut untersucht sind in diesem Zusammenhang Arbeitszufriedenheit und psychische Belastung bei gleichzeitigem Anstieg der Arbeitsanforderungen (neben anderen Braun et al. 2004; Simon et al. 2005; Bartholomeyczik 2007; Bär/Starystach 2017).

Schon in Zeiten, als der Pflegedienst noch quantitativ wuchs, folgten aus restriktiven Arbeitsbedingungen kumulative Belastungen (Bartholomeyczik 1993), die an Aktualität kaum etwas verloren haben. Erklärt wurde dies maßgeblich mit einem den Inhalten und der Funktion nicht entsprechenden Status im Gefüge des Krankenhauses. Der dann im Anschluss vieldiskutierte Stellenabbau und die mit diesem in Verbindung gebrachte Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, setzte nicht erst mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) ein, sondern bereits ab Mitte der 1990er Jahre (Isfort/Weidner 2007) und wurde u.a. durch die jeweilige Logik der Personalbemessung und ein Regulierungsdefizit erklärt (Bartholomeyczik/Hunstein 2000; Isfort 2010: 22ff.; Simon 2014 b). Auch aktuell zeigen die Ergebnisse der europäischen RN4CAST-Studie ein negatives Bild von den Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege: 37 % der deutschen Pflegekräfte geben an, dass sie mit ihrer Arbeit unzufrieden sind. Mit diesem Wert findet sich Deutschland im unteren Drittel des europäischen Vergleichs

1 Insbesondere stellt Deutschland mit der immer noch zentralen Bedeutung der dualen Ausbildung – im Gegensatz zum international zunehmend üblichen Studium – insbesondere in Hinblick auf die Professionalisierung des Pflegepersonals und die damit einhergehende Position innerhalb der Organisation Krankenhaus einen Sonderfall dar (Di Luzio 2009).

wieder und teilt sich mit 17 % der Pflegenden, die den Beruf verlassen wollen, mit Griechenland den letzten Platz (Aiken et al. 2013: 147). Auch zeigt das für Deutschland gemessene Verhältnis von 13 Patienten zu einer examinierten Pflegekraft auf Normalstationen im europäischen Vergleich die höchste Arbeitsdichte an. Schließlich liegt Deutschland mit 30 % an Pflegekräften, die sich als ausgebrannt betrachten, im unteren Mittelfeld (Aiken et al. 2012: 9f.).

Diese Ergebnisse sind brisant, da die Arbeitsbedingungen nicht nur maßgeblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Pflegepersonals haben, sondern auch auf wesentliche Dimensionen der Patientenzufriedenheit und die Qualität der pflegerischen Arbeit (Aiken et al. 2013; Aiken et al. 2014). Sie gelten daher als in vielerlei Hinsicht reformbedürftig (Zander/Busse 2012). Zweifellos hat sich die deutsche Krankenhauslandschaft verändert und steigende Fallzahlen, sinkende Verweildauern sowie mit Blick auf das Krankenhauspersonal eine massive Arbeitsverdichtung sind Zeichen davon (Simon 2015). Das Pflegepersonal gilt nicht zuletzt deswegen als besonders betroffen von dieser Dynamik, weil sich gleichzeitig auch die Personalstrukturen verändert haben (Simon 2014 a): Zwischen 1991 und 2015 beträgt der Rückgang an Vollkräften im Pflegedienst 1,6 %, hingegen der Zuwachs im ärztlichen Dienst 62,1 % (Statistisches Bundesamt 2016; Bölt/Graf 2012).

Ein zentraler Grund hierfür ist, dass die Ärzteschaft als Leitprofession aus Perspektive des Krankenhausmanagements den entscheidenden Beitrag zum „Kerngeschäft“ im Krankenhaus leistet, und entsprechend wird ihr bei der betriebswirtschaftlich angeleiteten Reorganisation mehr Aufmerksamkeit geschenkt (Osterloh 2014). Das Pflegepersonal hingegen, das juristisch betrachtet „Erfüllungsgehilfe“ (§ 278 BGB) bzw. „Verrichtungsgehilfe“ (§ 831 BGB) dieses Auftrages ist, hat als größte Berufsgruppe (und damit relevantem Kostenfaktor) besonders zu leiden. Vor dem Hintergrund von Kostendruck wird entsprechend versucht, systematisch im Bereich der Pflege zu rationalisieren (Schmidt et al. 2008: 104). Darüber hinaus hat die Ärzteschaft im Gegensatz zur Pflege durch ihre institutionell starke und autonome Position sowie Organisationsfähigkeit die Mittel, sich gegen Rationalisierungsversuche besser zur Wehr setzen (Bär 2010; Greef 2012).

Neben der Frage nach dem Phänomen der Konstanz der belastenden Arbeitsbedingungen bei veränderten Rahmenbedingungen, bietet sich der Zugang über die Krankenhauspflege folglich auch an, weil sich an ihr, aufgrund der eher schwachen Position im Krankenhaus, im besonderen Maße Effekte von Widerspruchskonstellationen nachzeichnen lassen sollten, die bei dem Versuch der Entsprerung unterschiedlich gelagerter Imperative innerhalb der Organisation Krankenhaus entstehen. Wir verschieben damit ganz bewusst den Fokus von der naheliegenden Opposition von Medizin und Ökonomie auf die Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege. Im wissenschaftlichen Diskurs liegt bei deren Interpretation der Schwerpunkt spätestens seit Einführung bzw. Scharfstellung des Systems der DRGs auf Einflussfaktoren, die mit der betriebswirtschaftlichen Reorganisation der Krankenhäuser zusammenhängen. Folgt man dieser Perspektive, unterliegt das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Patientenversorgung im Krankenhaus im Speziellen einem Wandel hin zu mehr Leistungs- und Wettbewerbsorientierung (Braun et al. 2010). Auf Basis politischer Weichenstellungen fände betriebswirtschaftliche Rationalität zunehmend Einfluss auf das Denken und Handeln in Krankenhäusern, wodurch wirtschaftliche Kalküle medizinisch-pflegerische Ziele „überformen“ (Marrs 2007: 502) und mit diesen regelmäßig in Konflikt gerieten (Kühn/Simon 2001). Diese Perspektive ist zwar keine einheitliche, was sich insbesondere am unterschiedlichen Gebrauch des Ökonomisierungsbegriffs ablesen lässt. Gemeinsam ist ihnen allerdings, dass Arbeitsbedingungen als das Ergebnis wirtschaftlicher (Rahmen-)Bedingungen und Prinzipien betrachtet werden, die auf die Organisation Krankenhaus Einfluss nehmen; sei dies

direkt bspw. durch Budgetierung (Braun et al. 2010) oder indirekt z.B. durch die schleichende Etablierung von Effizienzkriterien in der Patientenbehandlung (Simon 2001).

Fasst man vor diesem Hintergrund den Diskurs über die Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege in Zeiten der DRGs nach gängigen Befunden und damit verbundenen Thesen zusammen, ergibt sich folgendes Bild (Tab. 1).

Tabelle 1: Forschungsstand geordnet nach Thesen

Befund	These
Die Rationalisierung der Krankenhausarbeit führt zu zunehmender <i>Arbeitsteilung</i> und damit erhöhtem Koordinationsaufwand zwischen Berufsgruppen. (Bräutigam et al. 2014)	Die zunehmende Arbeitsteilung ist als <i>Taylorisierung</i> der Arbeit zu verstehen, von der Pflegekräfte aufgrund ihrer Schnittstellenposition besonders negativ in Form von Arbeitsverdichtung und Entfremdung betroffen sind.
Es gibt im Krankenhaus einen <i>Widerspruch</i> zwischen der Logik von Effizienz und Effektivität und derjenigen der Interaktionsarbeit. (Kühn/Klinke 2006; Marrs 2007; Slotala/Bauer 2009; Zander et al. 2014; Kumbruch 2014)	Weil die industrieförmige Organisation der Arbeit im Krankenhaus im <i>Konflikt</i> mit dem Ethos der „praktizierten Zwischenmenschlichkeit“ (Badura 1990) steht, entstehen für Pflegenden nicht aufzulösende Handlungsdilemmata, die diesen Ethos in seiner Substanz gefährden.
Die Krankenhauspflege ist einem <i>Professionalisierungsdruck</i> ausgesetzt, dem nicht hinreichend entsprochen wird. (Schaeffer 2011; Benedix/Medjedovic Irena 2014; Tenbenschel 2013)	Der durch <i>Arbeitsverdichtung</i> gekennzeichnete Klinikalltag bietet nur (sehr) begrenzte Möglichkeiten, das Erlernte anzuwenden. Rationalisierung führt zu Deprofessionalisierung und ein Mehr an fachlicher Kompetenz geht nicht mit einem Mehr an Autonomie einher.
Zunehmende <i>Bürokratisierung</i> im Krankenhaus führt zu stärkerer Arbeitsbelastung. (Freifrau/Hirschberg 2015)	Zunehmende Dokumentationspflichten überlagern, in einem durch <i>Arbeitsverdichtung</i> gekennzeichneten Klinikalltag, Kernaufgaben der Pflege.
Die zunehmende Prävalenz von Demenzerkrankungen und multimorbiden Patienten stellt eine <i>demographische Herausforderung</i> für die Krankenhauspflege dar. (Isfort et al. 2014; Freifrau/Hirschberg 2015)	Das an Fallpauschalen und Grenzverweildauer orientierte Krankenhausmanagement, welches das <i>Ziel immer kürzerer Liegezeiten</i> verfolgt, ist arbeitsorganisatorisch wie personalstrukturell dieser Herausforderung nicht gewachsen.
Gute <i>Führung</i> stellt in der Pflege eine besonders wichtige sinnstiftende und Arbeitszufriedenheit fördernde Ressource zur Bewältigung der Arbeit dar. (Schmidt et al. 2008; Lubatsch 2012)	Sinnstiftende Führungskultur in Krankenhäusern ist durch <i>betriebswirtschaftliche</i> , d.h. an indirekter Steuerung und Kennzahlen orientierte <i>Führungskonzepte</i> bedroht.
Ein erheblicher Teil der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern ist unzufrieden mit ihrer Tätigkeit und ausgebrannt. (Aiken et al. 2012; Aiken et al. 2013)	Unzureichende Personalbemessung und mangelhaftes Human-Ressource-Management vor dem Hintergrund von politisch induzierten <i>Spaßnahmen</i> führen zu psychischen Belastungen und einer systematischen Unzufriedenheit von Pflegenden mit ihrer Tätigkeit.

Der Forschungsstand zeigt, dass sich pathologische Formen der Arbeitsorganisation im Krankenhaus durchaus als Folge einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens erklären lassen. Zentral führt in dieser Perspektive die durch Ökonomisierungsprozesse verursachte Arbeitsverdichtung zu der typischen *Fremdbestimmung* der *Pflegearbeit* und durch die daraus entstehenden Handlungsdilemmata zu der beobachtbaren *Entfremdung* von der *Tätigkeit als Pflegekraft*. So überzeugend diese Interpretation auch in Hinblick auf die Arbeitsbedingungen ist, so überbetont sie jüngste Prozesse im Gesundheitssystem bei der Erklärung der Kontingenz dieser Arbeitsform. Die Schwäche einer Engführung auf Erklärungsmechanismen unter der

Annahme eines Ökonomisierungsprozesses sehen wir dabei in der methodologischen Vernachlässigung der Verbindung von Organisation und Institution.

Bereits die Einbettung in die Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems zeigt das Krankenhaus als primäre Organisation dieses gesellschaftlichen Teilsystems (Mayntz/Rosewitz 1988), in welcher gerade die Medizin als Leitprofession institutionalisiert ist. Daran anschließend kann das Krankenhaus als „professionelle Organisation“ (Klatetzki 2012) oder als „professional bureaucracy“ (Mintzberg 1989) betrachtet werden. Neben medizinischer Profession und Bürokratie finden sich jedoch einer Reihe weiterer institutionell bedeutsamer Einflüsse auf dieses soziale Gebilde aus der Politik, dem Rechtssystem sowie selbstredend auch der Wissenschaft. Als Organisation(-ssystem) koppelt es demnach unterschiedliche Funktionssysteme an einem gesellschaftlichen Ort. Das Krankenhaus liegt damit quer zu sehr verschiedenen ausdifferenzierten institutionellen Bezügen (Nassehi 2008: 390).

Werden mögliche Einflüsse auf das Krankenhaus stets als durch Ökonomie überformt oder durch wirtschaftliche Rahmenbedingungen dominiert angenommen, dann gerät die Komplexität dieser Organisationsform und damit der Arbeitswirklichkeit potentiell aus dem Blick. Das Krankenhaus schwebt als historisch gewordene Organisation nämlich keineswegs frei, und der Forschungsstand zeigt, dass es auch zu Vor-DRG-Zeiten Kritik an den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus gab. Wir nehmen daher an, dass die Interpretationsfolie einer Ökonomisierung, unabhängig von ihrer jeweiligen Konzeptualisierung und ihrem analytischen Ansatz, dazu verleitet, traditionell im Krankenhaus geltende institutionelle Regeln zu unter- und die gegenwärtig häufig im Zentrum der Diskussion stehende institutionelle Komponente der Ökonomie zu überschätzen.

Geht man nun interpretativ einen Schritt zurück und versteht einen Großteil der Forschungslandschaft zur Arbeit im Krankenhaus als das, was sie ist, nämlich auf das Verständnis einzelner Faktoren der Arbeitsbedingungen gerichtet, ist die Bezugnahme auf eine Ökonomisierung des Gesundheitswesens auf theoretischer Ebene lediglich eine Möglichkeit, die beobachteten Befunde zu interpretieren. Forschungspraktisch hingegen liegt der Bezug auf eine Ökonomisierungsannahme zur theoretischen Einbettung der Organisation Krankenhaus in einen gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang nahe. Insbesondere deswegen, da nicht nur in Bezug auf das Gesundheitswesen, sondern auch in Bezug auf den gesamtgesellschaftlichen Wandel eine zunehmende Ökonomisierung plausibel erscheint (Schimank/Volkman 2008, 2017; Dörre et al. 2009; Nassehi 2012).

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden ein *alternatives* institutionenanalytisches Modell entworfen, welches anstatt der Hintergrundannahme einer Überformung pflegerischer Arbeit durch ökonomische Imperative eine Prägung der Organisation Krankenhaus durch verschiedenartige institutionelle Einflüsse annimmt. Institutionen stellen hier den Erklärungsmechanismus für die empirisch vorfindbaren Arbeitsbedingungen bereit. Dies bedeutet nicht, dass die Institutionen theoretisch nicht wiederum selbst durch einen übergreifenden Prozess einer Ökonomisierung moderiert werden können. Diese Fragestellung bleibt aber dem Modell zunächst äußerlich und bedürfte zur Überprüfung einer weiterführenden Untersuchungsanlage.

Im Folgenden wird der behauptete analytische Mehrwert einer institutionentheoretischen Perspektive einer empirischen Prüfung unterzogen. Anhand einer Befragung von Pflegekräften eines Großkrankenhauses wird gezeigt, dass sich die dominanten Belastungsphänomene: (a) *Entfremdung* von der Arbeit und der (b) *Fremdbestimmung* der Pflegearbeit, differenzierter verstehen lassen, wenn die *Arbeitsbedingungen* theoretisch präziser gefasst werden.

2. Institutionenanalyse als eine alternative theoretische Betrachtung der Organisation Krankenhaus

Sich dem Phänomen der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus aus einer institutionenanalytischen Perspektive zu nähern, bedeutet, die Organisation Krankenhaus als durch Institutionen geprägt zu begreifen. Dasjenige, was Institutionen in ihrem Kern ausmacht, wird als durch soziale Kontrolle gesicherte regulative Ideen begriffen, deren Wirkmächtigkeit an die Existenz sozialer Trägergruppen gebunden ist, die *idealisierte* Inhalte – z.B. der rationalen Betriebsführung – in eine *konkrete* soziale Ordnung übersetzen. Dabei ist die analytische Frage, welche regulativen Ideen zu einer Institution zusammengeführt werden, hingegen eine empirische, ob, und wenn ja, in welcher Form dieser so zusammengeführte Komplex institutionalisierter Inhalte eine ordnungsbildende Kraft entfaltet und damit zur Erklärung des in Frage stehenden Phänomens beitragen kann. Abhängig davon, welchen Institutionen-spezifischen Ausgangspunkt man wählt, d.h. welche Annahmen über die Prägung der Organisation im Vordergrund der Betrachtung stehen, geraten andere Aspekte ins Blickfeld der Analyse. Wir folgen damit keiner expliziten Institutionentheorie, die man, wenn man einen makrotheoriesystematischen Zugang wählen wollte, zunächst gegenüber handlungs- oder systemtheoretischen Zugängen in Stellung bringen müsste.

Für unsere Untersuchung bietet sich hingegen ein Ansatz an, der auf eine Auswahl klassischer Perspektiven baut, die im Hinblick auf das Krankenhaus von Seiten der Soziologie vorliegen. Begründen lässt sich dieser Zugang, da wir uns nicht dafür interessieren, inwiefern sich Organisationen vor dem Hintergrund kontingenter gesellschaftlicher Erwartungen auf Ebene der Produktion von Legitimation verändern, sondern für die konkreten und empirisch prüfbareren Auswirkungen einer institutionellen Konfiguration auf die Krankenhausarbeit und damit für die *innere Verfasstheit bzw. Ordnung* der Organisation Krankenhaus. Nicht der Übergang von „professional dominance“ zu „managed care“ (Scott 2000) ist unsere Frage, sondern dessen mögliche Folgen auf die Arbeit des Pflegepersonals. Wir folgen damit explizit nicht dem Programm des soziologischen Neo-Institutionalismus, sondern fokussieren auf vier prominente Ausgangspunkte: Unsere These ist, dass erst durch die Übersetzung institutionalisierter Imperative von (1) Dienstleistungswirtschaft, (2) Profession, (3) Bürokratie und (4) totaler Institution die Organisation Krankenhaus die für die Pflege spezifische Arbeitssituation schafft, die von (a) Entfremdungserfahrungen und (b) Fremdbestimmung dominiert ist.

1. Begreift man zunächst das Krankenhaus als durch ökonomische Rahmenbedingungen und Normen geprägt, kann es als *Dienstleistungsunternehmen* betrachtet werden (Klatetzki 2012). Es zeigt sich dann als ein hauptsächlich öffentlich finanziertes Unternehmen (Bär/Pohlmann 2016), das personenbezogene medizinische Dienstleistungen bereitstellt (Bär 2012). Demnach haben wir es heute bei der Einrichtung Krankenhaus auch mit einem Unternehmen zu tun, das an ökonomischen Kriterien orientiert die Erbringung von Dienstleistungen durch Pflegekräfte (re-)organisiert und rationalisiert (zu personenbezogenen Dienstleistungen grundsätzlich Klatetzki/Ortmann 2010; zu deren ökonomischer Steuerung Marrs 2008; spezifisch für die Krankenpflege Rieder 1999). Diese Vorstellung erscheint im heutigen Diskurs stark verankert und bildet damit die institutionelle Komponente auf theoretischer Ebene ab. Suspensiert wird damit aber zugleich die Annahme eines übergreifenden Prozesses der Ökonomisierung, um eine klare Abgrenzung zu anderen institutionellen Einflüssen analytisch zu ermöglichen.
2. Der erste klassische Zugang über die Profession der Medizin (Parsons 1968; Abbott 1988; Freidson 2001) behandelt das Krankenhaus unter dem Begriff der Professionellen Organisation (Klatetzki 2012). Organisation und Profession gelten grundsätzlich als zwei widerstrebende Prinzipien der Ordnung (Stichweh 1994; Klatetzki/Tacke 2005), wobei zentral ist, dass der Profession die Organisation stets äußerlich bleibt. Professio-

nen besitzen das Mandat zur autonomen Problembearbeitung und prozessieren diese nach Prinzipien der Kollegialität (Parsons 1947: 60). In Organisationstheorie und Managementlehre wird hier häufig auf den stark ausgeprägten professionellen Kern der Organisation als Charakteristikum verwiesen (Mintzberg 1989). Die mit einer schwachen Managementstruktur korrespondierende professionelle Ausrichtung ist die traditionell am stärksten institutionalisierte Leitidee für das Krankenhaus.

3. Der zweite klassische Zugang behandelt die bürokratische Seite der Organisation (Weber 2002). Hier stehen die mit Verwaltungsvorgängen einhergehenden Aspekte des Krankenhauses im Vordergrund. Die Einhaltung von Vorschriften, Gesetzen und Verordnungen sowie die Beachtung der gesamten kaufmännischen Angelegenheiten stehen dabei im Mittelpunkt. Auch diese sind in hohem Maße institutionalisiert. Darüber hinaus zählen Aktenförmigkeit, die Orientierung an formaler Regelmäßigkeit und die Entscheidungsbildung ohne Ansehen der Person zu den Merkmalen der bürokratischen Organisation. Alle diese Merkmale finden sich nicht nur in der Verwaltung des Krankenhauses selbst, sondern auch in der medizinischen Arbeit wieder, bspw. in Form von Patientenakten.
4. Der dritte klassische Zugang ist derjenige der totalen Institution (Goffman 1967). Dieser nimmt vor allem die Differenz zwischen dem Personal und den Insassen (den Patienten) der Einrichtung in den Blick. Das Personal gilt als *partial*, die Insassen hingegen als von der Organisation total inkludiert. Alle Lebensbereiche der Insassen sind (temporär und je nach Erkrankung unterschiedlich stark) an ein und demselben Ort unter Anwesenheit von Dritten sowie unter Aussetzung der üblichen (außerhalb des Krankenhauses) geltenden Standards der Selbstbestimmung geregelt. Das Personal hat hier die Aufgabe, die Regeln der Organisation gegenüber den Insassen durchzusetzen und deren Einhaltung zu überwachen. Die Regeln leiten sich als rationaler Plan aus der Zielsetzung der jeweiligen Einrichtung ab und besitzen für das Personal unhinterfragt Geltung.

Keiner der vier Zugänge erfasst das Krankenhaus vollständig mit all seinen Facetten, jeder bringt jedoch spezifische und charakteristische Details idealtypisch zum Vorschein. Zusammen bündeln sie die an die Organisation gerichteten institutionalisierten Erwartungen in einem besonders großen Umfang. Mit dem Klassiker der Krankenhaussoziologie (Rohde 1962) gesprochen, erzeugen die mit den unterschiedlichen Perspektiven theoretisch zu adressierenden Erwartungen (bei Rohde: Zielkomplexe) Spannungen nach innen und außen. Wie die institutionellen Erwartungen auf die Arbeitssituation konkret einwirken, ist eine empirische Frage. Der analytische Zugang mit dem angesprochenen theoretischen Set versucht der Vielfalt der historisch konkreten Arbeitswirklichkeit des Pflegepersonals gerecht zu werden, indem (1) dessen eher professionsnahe Arbeitsorientierung den eher durch ökonomisch-betriebswirtschaftliche Indikatoren bestimmten Effizienznormen gegenüber gestellt wird, (2) seine fachlich weisungsabhängige Stellung gegenüber der Leit-Profession bei gleichzeitig berufsständisch versäulten unabhängigen Hierarchien reflektiert wird, (3) die verwaltungstechnischen und kaufmännischen Erwartungen in der Administration der Krankenhausarbeit den stärker fachlich-professionellen Orientierungen des Personals gegenübergestellt wird und schließlich, indem (4) die Beziehungsaspekte in der patientenorientierten Arbeit mit den rational betriebsförmigen unpersönlichen Abläufen kontrastiert werden.

3. Operationalisierung

In dieser Konstellation lassen sich nun die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals operationalisieren. Sie konkretisieren in einer solchen Zugangsweise die als legitim erachteten und geltenden Werte und Normen im Gewordensein ihres institutionellen Gesamtzusammenhangs auf der Ebene der Organisation. Die analytische Trennung klärt dabei selektiv je nach Ausgangspunkt je einzelne Aspekte jenes Gefüges, das in der modernen Gesellschaft üblicherweise

als Gesundheitssystem bezeichnet wird (Mayntz/Rosewitz 1988). Dessen primäre Organisationen, die Krankenhäuser, werden in unserer Untersuchung verstanden als: (1) Dienstleistungsunternehmen, (2) professionelle Organisation, (3) bürokratische Organisation und (4) totale Institution.

1. Für das Pflegepersonal ergibt sich, wenn heute über die Arbeit im Krankenhaus und ihre Ausgestaltung zunehmend weniger nach professionellen, sondern immer mehr nach organisationalen, d.h. vom Management im Sinne der Gesamtorganisation nach betriebswirtschaftlichen, Kriterien entschieden wird sowie durch die damit einhergehende Anforderung an eine „Dienstleistungsmentalität“ (Papenhoff/Platzköster 2010), ein Widerspruch zum Leitbild der Patientenorientierung. Denn es folgt traditionell keiner Corporate-Identity, sondern stärker einer medizinisch-fachlichen Orientierung. Angelehnt an die medizinische Profession, allerdings ohne ähnliche Autonomiegewinne zu erfahren, ist Pflege institutionell eher dem „Dienst“ verhaftet, jedoch nicht im Sinne der Dienstleistungsorientierung, sondern klassisch: im Sinne des „Erfüllungsgehilfen“ oder der Dienerin der Medizin. Als Indikatoren entnehmen wir dieser institutionellen Prägung die gestiegene Arbeitsmenge, als unangemessen empfundenes Gehalt, die Vorgabe von Arbeitsschritten, den eingeschränkten Einfluss auf die Zuteilung und die Planbarkeit von Arbeit, das Ausmaß an Unterbrechungen bei der pflegerischen Arbeit, den erhöhten Koordinationsaufwand sowie die Diskrepanz zwischen Ganzheitlichkeitsanspruch und eingeforderter Prozessorientierung.
2. In der fachlichen Hinsicht erfährt das Pflegepersonal in der professionellen Organisation eine spezifische Form der Vorgabe von Arbeitsverläufen. Schon die Gliederungen der pflegerischen Arbeitsorganisation folgen der Logik medizinischer Fächer, Abteilungen und deren Bedarfe. Pflege kann jederzeit aufgrund medizinischer Notwendigkeiten in ihrem Ablauf unterbrochen werden. Als Indikatoren entnehmen wir dieser institutionellen Prägung das Ausmaß der Vorgabe von Arbeitsschritten, den eingeschränkten Einfluss auf die Zuteilung von Arbeit, das Ausmaß an Unterbrechungen bei der pflegerischen Arbeit, den durch die erforderliche Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen entstehenden hohen Koordinationsaufwand, die nicht immer eindeutige Zuständigkeit im Gesamtgeschehen sowie das damit verbundene Problem, dass pflegerische Arbeit zwar planbar, aber selten auf die geplante Weise durchführbar ist.
3. Ohne Einhaltung von Gesetzen, Verordnungen und bürokratischen Regeln würde dem Krankenhaus eine zentrale Legitimationsgrundlage entzogen. Patientenadministration und die dazu gehörigen aktenförmigen Vorgänge sind in Teilen an das Pflegepersonal delegiert, ordnen daher stark die Arbeitsabläufe und sorgen zudem durch das Primat der Bürokratie, in ihrem formalen Ablauf ohne Ansehen der Person zu verfahren, für Handlungsdilemmata auf Seiten der Pflegekräfte, deren intensive Interaktionsarbeit am individuellen Fall ausgerichtet ist. Gleichzeitig dient die regelkonforme Administration als Grundlage für alle kaufmännischen Vorgänge, welche fernab der konkreten Arbeitssituation die Existenz der Organisation per se in finanzieller Hinsicht sicherstellen. Auch das Personal selbst ist selbstverständlich Gegenstand der bürokratischen Organisation, nämlich in der Personalverwaltung. In jeder Hinsicht durchsetzen daher Aspekte der bürokratischen Organisation sehr klar alle Arbeitsbereiche und Arbeitssituationen. Als Indikatoren entnehmen wir dieser institutionellen Prägung die Belastung durch zu viel Verwaltungsarbeit, die nicht immer eindeutige Zuständigkeit bei der gemeinsamen Aufgabenbewältigung, die mögliche Entlastung durch Digitalisierung bei gleichzeitiger Belastung durch kontinuierliche, auch handschriftliche, Dokumentationspflichten in Krankenunterlagen sowie die Tatsache, dass Erfordernisse von Verwaltungsvorgängen die pflegerische Arbeit jederzeit unterbrechen können.

4. Die Einhaltung betrieblicher Vorgaben und Abläufe, wie sie beispielsweise durch die Arbeitsrhythmen der Funktionsbereiche (Diagnostik und OPs) gegeben sind, burden dem Pflegepersonal die Funktion auf, eigene professionelle, vor allem aber Patienteninteressen diesen Rhythmen und Vorgaben nachzuordnen. Überwachungs-, Sanktions- und Exekutionsfunktion auf Seiten des Pflegepersonals ergeben sich aus der betriebsförmigen Regelungslogik (Goffman 1967: 17): aus dem rationalen Plan, der angeblich dazu dient, die Ziele der Einrichtung zu verwirklichen. Dieser kann im Widerspruch stehen zum professionellen Selbstverständnis des Pflegeberufs, ein Fürsprecher des Patienten sein zu wollen. Als Indikatoren entnehmen wir dieser institutionellen Prägung die Schwierigkeit, die auftritt, wenn individuelle Patientenschicksale die Differenz zwischen Personal und Insassen durchbrechen, das damit verbundene Problem im Umgang mit den Einschränkungen des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Pflege, die Pflicht zur Dokumentation aller Vorgänge (im Sinne der Überwachung) sowie die Vorgabe von Arbeitsschritten bei der Arbeitsplanung.

Die hergeleiteten Indikatoren (Tab. 2) sind für unsere Untersuchung nicht als Einzelindikatoren relevant, sondern in ihrer spezifischen Kombination als Indikatorenbündel. Als solche stellen sie Konstellationen dar, die je einen der vier institutionellen Einflussfaktoren abzubilden vermögen. Aus diesem Grund finden sich theoretisch manche der Einzelindikatoren, wie die Vorgabe von Arbeitsschritten, auch in mehreren Konstellationen wieder.

Tabelle 2: Indikatoren geordnet nach institutionellen Einflussfaktoren

Institutioneller Einfluss	Indikator
Dienstleistungsunternehmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgabe von Arbeitsschritten ▪ Erschwerte Planbarkeit und Durchführbarkeit ▪ Erhöhter Koordinationsaufwand ▪ Geringer Einfluss auf die Zuteilung von Arbeit ▪ Zu große Arbeitsmenge ▪ Unangemessenes Gehalt ▪ Kein ganzheitlicher Arbeitsprozess
Profession der Medizin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgabe von Arbeitsschritten ▪ Erschwerte Planbarkeit und Durchführbarkeit ▪ Erhöhter Koordinationsaufwand ▪ Unterbrechungen ▪ Geringer Einfluss auf die Zuteilung von Arbeit ▪ Unklare Zuständigkeit ▪ Mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte
Verwaltung / Bürokratie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Belastung durch zu viel Verwaltungsarbeit ▪ Unterbrechungen ▪ Unklare Zuständigkeit ▪ Keine Digitalisierung
Totale Institution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorgabe von Arbeitsschritten ▪ Belastende Patientenschicksale ▪ Überwachung des Patienten ▪ Kein ganzheitlicher Arbeitsprozess

Die empirische Frage ist im Folgenden, in welcher Gestalt die institutionalisierten Arbeitsbedingungen tatsächlich einen Einfluss auf die in der Arbeitswirklichkeit dominanten Phänomene der (a) Entfremdung der Pflegekräfte und (b) Fremdbestimmung der Pflgetätigkeit haben.

4. Methode und Untersuchungsanlage

Die zur Testung des Modells verwendeten Daten stammen aus einer in 2015 an einem Großkrankenhaus der Maximalversorgung durchgeführten Querschnittstudie über Arbeitsbedingungen in der Pflege. Auf die Daten der schriftlichen standardisierten Mitarbeiterbefragung bezieht sich die vorliegende Untersuchung.

Der eingesetzte Fragebogen besteht aus drei Teilen. Der erste Teil nutzt die Skalen des IMPULS-Tests in der Version 18, welcher Arbeitsbedingungen in 12 Dimensionen mit 28 Items erfasst (Molnar et al. 2012). Der zweite Teil besteht aus insgesamt 17 Items, die diese Dimensionen spezifisch für den Krankenhauskontext ergänzen sowie um die Dimension der Anerkennung aus dem ERI Fragebogen (Siegrist et al. 2004) erweitern. Den Abschluss bildet eine Abfrage von Deskriptoren (soziodemographische Angaben, Position, Einsatzort, Arbeitszeitmodell und weitere organisationspezifische Merkmale).

Sämtliche am betreffenden Krankenhaus beschäftigten *examinieren* Pflegekräfte wurden befragt. Die Teilnahme war freiwillig. Von den knapp 2.500 haben 735 Pflegekräfte an der Befragung teilgenommen. Die Rücklaufquote beträgt 29,5 %. Anhand von Routinedaten der Personalverwaltung wurde zur Klärung der Aussage Reichweite eine Non-Response-Analyse durchgeführt (Tab. 3).

Tabelle 3: Non-Response-Analyse

	Grundgesamtheit	Sample
	2.496 (N)	735 (n)
Alter (arithmetisches Mittel)	39,41	40,78 (723)
Geschlechterverteilung in Prozent		
-weiblich	82 %	81 % (733)
Vollzeitbeschäftigte in Prozent	55 %	54 % (727)
Betriebszugehörigkeit in Prozent		(721)
-1 bis unter 10 Jahre	46 %	37 %
-10 bis unter 20 Jahre	29 %	26 %
-20 und mehr Jahre	26 %	37 %

Demnach stellt das Sample in Bezug auf zentrale Strukturvariablen eine Repräsentation der Grundgesamtheit dar, wobei Pflegekräfte mit sehr langer Betriebszugehörigkeit über- und Pflegekräfte mit kürzerer Betriebszugehörigkeit unterrepräsentiert sind. Hinsichtlich der prozentualen Verteilung auf klinische Bereiche, Abteilungen und Zentren (hier zur Sicherung von Anonymität der Einrichtung nicht im Detail dargestellt) wurde eine gute Repräsentanz erreicht. Zur Untersuchung der in diesem Beitrag relevanten Fragestellung wurden aus dem dargestellten Sample lediglich Pflegekräfte ohne Führungsposition als Subsample herangezogen (n=631), um eine Verzerrung durch Statureffekte auszuschließen.

Zur empirischen Überprüfung unserer theoretischen Konzeption mittels linearer Regressionsanalyse wurden als abhängige Variablen folgende Items herangezogen:

- a) „Die Arbeit mit Patienten und Angehörigen stellt für mich oft eine Belastung dar“ für den Grad der Entfremdung von der Arbeit als Pflegekraft. Die dahinterliegende Annahme ist, dass, wenn Interaktionsarbeit, die einen Kern pflegerischer Arbeit darstellt, als Belastung empfunden wird, dies eine Entfremdung anzeigt.
- b) „Ich kann meinen Patienten nicht die nach meiner Einschätzung nötige Aufmerksamkeit und Betreuung entgegenbringen“ als Indikator für das Ausmaß an Fremdbestimmung.

Hier ist die Annahme, dass, wenn Pflegende die Patientenbetreuung nicht nach eigenen Maßstäben durchführen können, die Pflegearbeit fremdbestimmt ist.

Beide so gebildeten abhängigen Variablen „Grad der Entfremdung von der Arbeit mit Patienten und Angehörigen“ und „Ausmaß der Fremdbestimmung“ weisen einen Zusammenhang auf ($r=0,295^{**}$). Sie sind in diesem Kontext als wahrgenommene *Arbeitswirklichkeit* der Pflegearbeit zu verstehen. Wie gezeigt, würden vor dem Hintergrund typischer Ökonomisierungsannahmen beide Variablen durch die mit dem Wandel der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einhergehenden veränderten Arbeitsbedingungen erklärt. Die folgenden Modelle konzipieren zwar diese Phänomene ebenso als durch die Arbeitsbedingungen verursacht, differenzieren letztere aber hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zu institutionellen Sphären.

Die institutionellen Einflüsse auf die Ausprägung dieser abhängigen Variablen wurden aus den in der Theorieskizze beschriebenen Indikatoren und ihren Bündeln gebildet. Einzelne unabhängige Variablen werden für unterschiedliche institutionelle Einflussphasen herangezogen, denn empirisch gemessene Arbeitsbedingungen können aus der hier vorgestellten analytisch-theoretischen Perspektive nur in ihren spezifischen *Kombinationen* sinnvoll als Ausdruck institutionalisierter Prägung verstanden werden (Tab. 2).

Alle für die Analyse verwendeten Variablen wurden aus dem Fragebogen der Mitarbeiterbefragung entnommen. Die Likert-skalierten Items wurden bei der Datenaufbereitung einheitlich von nicht-belastend zu belastend dimensional gepolt. Ein positiver Regressionskoeffizient einer unabhängigen Variable bedeutet folglich, dass, wenn die Belastung durch diese Variable zunimmt, z.B. in Form von umfänglicher Verwaltungsarbeit, dann nimmt entsprechend der aufgeführten β -Koeffizienten der Grad der Entfremdung bzw. das Ausmaß an Fremdbestimmung zu. Ein negativer Regressionskoeffizient würde umgekehrt bedeuten, dass ein Zunehmen belastender Arbeitsbedingungen mit einer abnehmenden Entfremdung bzw. mit einer höheren Autonomie verbunden wäre. Entsprechend wurden aus theoretischer Perspektive nur positive Regressionskoeffizienten erwartet. Für beide abhängigen Variablen wurden je institutioneller Einflussphase zunächst ein gesondertes Regressionsmodell und im Anschluss ein Gesamtmodell berechnet. Variablen, die keinen unabhängigen Einfluss auf die abhängige Variable ausgeübt haben, wurden dabei nicht in das betreffende Modell aufgenommen. Die Modelle wurden auf Geschlecht und Alter hin kontrolliert, wobei nur Alter, und lediglich auf das Ausmaß der Fremdbestimmung, einen unabhängigen sehr geringen Einfluss ausübte, ohne jedoch den statistischen Einfluss anderer Variablen zu relativieren. Da im Folgenden die Darstellung der institutionellen Einflüsse im Zentrum steht, wurde auf eine Aufführung der Altersvariable verzichtet. Die nachfolgenden Modelle zeigen damit, in welcher Kombination die dargestellten Aspekte institutionalisierter Zielkomplexe *nachweisbaren* Einfluss auf die Entfremdung der Pflegenden sowie die Fremdbestimmung der Pflege besitzen. Daher unterscheiden sich die Modelle von Dienstleistungsunternehmen, Profession, Verwaltung und totaler Institution auch in Bezug auf ihr Set an unabhängigen Variablen jeweils in ihrer Gestalt.

5. Ergebnisse

Betrachtet man zunächst den Grad der Entfremdung von der Arbeit als Pflegekraft (Tab. 4), zeigt sich im Vergleich der Modelle I-IV, dass dasjenige, was den stärksten Einfluss auf eine mögliche Entfremdung von der täglichen Arbeit hat, der totale Charakter der Organisation Krankenhaus ist: Knapp ein Viertel der Varianz dieser Variable kann durch diesen Komplex von Arbeitsbedingungen erklärt werden. Versteht man die Organisation Krankenhaus hingegen als ein Dienstleistungsunternehmen, können lediglich knapp 12 % aufklärt werden. Auch die Stellung der Pflegekräfte in einem durch die Profession der Ärzte dominierten Betrieb leistet ebenso nur einen vergleichsweise geringen Beitrag zur Erklärung und weist zudem in ihrer Kombination von Indikatoren nur geringe Unterschiede zum Krankenhaus als Dienst-

leistungsunternehmen auf. Im Gesamtmodell V mit einer Varianzaufklärung von fast 30 %, lässt sich feststellen, dass die viel diskutierte Arbeitsverdichtung zwar einen nicht zu vernachlässigenden Teil zur Erklärung beiträgt ($\beta=0,145^{***}$), dieser aber mit dem Einfluss der Verwaltungsarbeit vergleichbar ist ($\beta=0,131^{**}$) und der totale Charakter der Organisation Krankenhausweiterhin dominiert.

Tabelle 4: Institutionelle Einflüsse auf den Grad der Entfremdung von der Arbeit

	Modell I Dienstleistungsunternehmen	Modell II Profession	Modell III Verwaltung	Modell IV Totale Institution	Modell V Gesamtmodell
Vorgabe von Arbeitsschritten	,124**	,137**		,116**	,086*
Erschwerte Planbarkeit und Durchführbarkeit	,086*	,109*			
Erhöhter Koordinationsaufwand	,116**	,092*			,080*
Zu große Arbeitsmenge	,179***				,145***
Unterbrechungen		,091*	,091*		
Unklare Zuständigkeit		,092*	,129**		
Belastung durch zu viel Verwaltungsarbeit			,237***		,131**
Keine Digitalisierung			,075 ⁺		
Belastende Patientenschicksale				,367***	,329***
Überwachung				,158***	,124**
Kein ganzheitlicher Arbeitsprozess				,099**	
korrigiertes R ²	,114	,100	,116	,232	,281
n	597	590	576	585	585

Angegeben sind die standardisierten Regressionskoeffizienten (β -Koeffizienten)

⁺p=0,056, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Theoretisch reflektiert lassen sich diese Ergebnisse wie folgt einordnen: Sucht man nach Erklärungen für die Entfremdung von Pflegekräften von ihrer Arbeit in deren unterschiedlich institutionell geprägten Arbeitsbedingungen, dann ist sie in der Verobjektivierung des Menschen zum Patienten zu suchen. Die zur Behandlung von Krankheiten notwendige Entmenschlichung steht in einem Spannungsverhältnis zum tradierten Rollenbild des Dienstes am Menschen. Eine Erhöhung der Arbeitsmenge als Ergebnis betriebswirtschaftlich angeleiteter Reorganisation und Prozessgestaltung in der Organisation Krankenhaus und eine Zunahme an administrativen Tätigkeiten im Kontext einer modernisierten Verwaltung verstärken dieses *traditionell* in der Pflegearbeit angelegte Spannungsverhältnis, da betriebswirtschaftliche wie bürokratische Konzepte *ebenso* den Patienten, z.B. in Form von Kennzahlen, verobjektivieren. Zugleich wird damit verständlich, warum die Prägung der Organisation Krankenhaus durch die Profession der Medizin einen geringeren Einfluss auf den Grad der Entfremdung hat: Denn nicht das Verhältnis zur Profession, sondern das einrichtungsimmanente Formieren der standardisierten Patientenrolle und die Reduzierung auf die spezifische Krankheit, die mit dem

Entkleiden des Patienten von seinen individuell-menschlichen Eigenschaften einhergehen, sind Ursache für die Entfremdung. Allerdings haben Pflegekräfte aufgrund ihrer eingeschränkten Autonomie, die durch das Verhältnis zur medizinischen Profession, aber insbesondere auch durch die Einbettung in das Krankenhaus als Dienstleistungsunternehmen bedingt ist, weniger Möglichkeiten, mit der erlebten Spannung umzugehen, was auch die Ähnlichkeit der Modelle I und II verständlich macht.

Beim Einfluss analytisch unterschiedlich gefasster Arbeitsbedingungen auf die zweite abhängige Variable, das Ausmaß an Fremdbestimmung der Arbeit als Pflegekraft (Tab. 5), zeigt sich im Vergleich der Modelle I-IV, dass insbesondere die Stellung der Pflege im Kontext der Profession der Ärzteschaft ($R^2=0,223$) und die Führung der Organisation Krankenhaus als ein Dienstleistungsunternehmen mit jeweils *spezifischer* Kombination von Indikatoren es erschweren ($R^2=0,297$), nach der Eigenrationalität selbstbestimmt zu pflegen. Die Organisation Krankenhaus als bürokratische und als tendenziell totale Einrichtung haben mit einer Varianzaufklärung von 18 % bzw. 12 % einen vergleichsweise geringen Einfluss.

Tabelle 5: Einfluss auf das Ausmaß an Fremdbestimmung der pflegerischen Arbeit

	<u>Modell I</u> Dienstleistungsunternehmen	<u>Modell II</u> Profession	<u>Modell III</u> Verwaltung	<u>Modell IV</u> Totale Institution	<u>Modell V</u> Gesamtmodell
Erschwerte Planbarkeit und Durchführbarkeit	,117**	,186***			,086*
Geringer Einfluss auf die Zuteilung von Arbeit	,104**	,093*			,112**
Zu große Arbeitsmenge	,342***				,265***
Unangemessenes Gehalt	,130***				,121**
Kein ganzheitlicher Arbeitsprozess	,151***			,269***	,143***
Vorgabe von Arbeitsschritten		,114**		,147***	
Unterbrechung		,206***	,226***		,105**
Unklare Zuständigkeit		,089*	,157***		
Mangelnde Anerkennung Vorgesetzte		,135**			
Belastung durch zu viel Verwaltungsarbeit			,191***		,089*
Keine Digitalisierung			,117**		,082*
Belastende Patientenschicksale				,070 ⁺	
korrigiertes R ²	,297	,223	,180	,123	,316
n	585	586	581	599	549

Angegeben sind die standardisierten Regressionskoeffizienten (β -Koeffizienten)

⁺p=0,069, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Ein Blick auf das Gesamtmodell präzisiert dieses Ergebnis dahingehend, dass in erster Linie die systematische, aber nicht der pflegerischen Logik folgende Zerlegung der Arbeit, gemessen an der wahrgenommenen eingeschränkten Ganzheitlichkeit ($\beta=0,143^{***}$), Einfluss auf Zuteilung ($\beta=0,112^{**}$), Unterbrechungen ($\beta=0,105^{**}$) und eingeschränkten Planbarkeit ($\beta=0,086^{*}$) in Kombination mit einer zunehmenden Arbeitsmenge ($\beta=0,265^{***}$) die Ausübung der Pflegetätigkeit negativ bestimmt. Die Stellung von Pflegekräften als „Erfüllungsgehilfen“ und der totale Charakter der Organisation Krankenhaus werden zwar nicht bedeutungslos, verlieren in diesem Kontext jedoch an Relevanz. Hingegen haben bürokratische Elemente des Krankenhausbetriebes einen unabhängigen Einfluss. Dieser kann dergestalt interpretiert werden, dass durch die Zunahme an administrativen Aufgaben die enge Taktung der Pflegearbeit am Patienten zusätzlich verstärkt wird. Insgesamt können durch die bürokratische Organisation und die Folgen betriebswirtschaftlich forcierter Arbeitsorganisation ein Drittel der Varianz aufgeklärt werden. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch der Zusammenhang ($r=0,295^{**}$) zwischen den abhängigen Variablen erklären: Aus dem gegenwärtigen Diskurs zur Arbeit von Pflegenden ist nämlich bekannt, dass, wenn aufgrund von Arbeitsverdichtung eine ordnungsgemäße Ausübung ihrer Tätigkeit erschwert wird, Pflegekräfte die Durchführung von Arbeitsschritten rationieren. Pflegekräfte gehen dabei typischer Weise dergestalt vor, dass sie persönliche und beratende Gespräche reduzieren (Zander et al. 2014), was im Umkehrschluss eine weitere Entfernung von der humanen Seite der Arbeit mit Patienten zur Folge hat.

Insgesamt lässt sich folglich aus der Analyse entnehmen, dass, während die Entfremdung von der Arbeit als Pflegekraft in erster Linie durch den verobjektivierenden totalen Charakter der Organisation Krankenhaus bedingt ist, welcher durch Re-Organisation der Patientenarbeit im Sinne des Dienstleistungsunternehmens verstärkt wird, in Bezug auf die Fremdbestimmung konstatiert werden muss, dass hier das Krankenhaus als Dienstleistungsunternehmen durch betriebswirtschaftlich orientierte Arbeitsteilung und deren Folgen sowie die Erhöhung der Arbeitsmenge auf ein kaum zu bewältigendes Maß den dominanten Einflussfaktor abbildet. Damit konnte gezeigt werden, dass die Erklärung der Arbeitsbedingungen unmittelbar durch einen übergreifenden Prozess der Ökonomisierung des Gesundheitswesens institutionelle Einflüsse suspendiert, die es analytisch ermöglichen, die Organisation Krankenhaus im Allgemeinen und die Arbeit von Pflegenden im Speziellen differenziert zu betrachten.

6. Diskussion und Ausblick

Wir haben uns mit der Frage beschäftigt, welchen zusätzlichen Erklärungsbeitrag ein institutionenanalytischer Zugang zu den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals im Krankenhaus in Abgrenzung zu solchen Ansätzen leisten kann, die zur Erklärung hauptsächlich auf veränderte Rahmenbedingungen und der damit einhergehenden Etablierung einer ökonomischen Effizienzlogik abstellen.

In einem ersten Schritt haben wir im Kontext aktueller Forschung aufgezeigt, dass eine Engführung auf einen Prozess der Ökonomisierung zentrale institutionalisierte Einflüsse auf die Organisation Krankenhaus analytisch vernachlässigt. Um diesem Theoriedefizit entgegenzuwirken, haben wir einen Zugang zum Verständnis der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus skizziert, der sich institutionenanalytischer und organisationssoziologischer Ansätze bedient. Dieser begreift die Organisation Krankenhaus als historisch-kontingent und damit nicht nur als Dienstleistungsunternehmen im Kontext gegenwärtiger Ökonomisierungsprozesse, sondern ebenso als durch die Profession der Medizin und die Anforderungen einer Bürokratie geprägt sowie mit einem totalen Charakter ausgestattet.

Der Begriff des Dienstleistungsunternehmens diene dazu, statt der Annahme einer systemübergreifenden Ökonomisierung, sich auf die rationalisierte Bereitstellung personenbezogener medizinischer Dienstleistungen als eine klar abgrenzbare Institution zu fokussieren, um auf

diese Weise ein alternatives Erklärungsmodell mit unterschiedlichen institutionellen Einflüssen entwerfen zu können. In einem zweiten Schritt haben wir die auf diese Weise nach „Zielkomplexen“ (Rohde 1962) differenzierten Arbeitsbedingungen auf ihren Einfluss auf die wahrgenommene Arbeitswirklichkeit des Pflegepersonals hin geprüft.

Betrachtet man die Arbeitsbedingungen vor dem Hintergrund der dargestellten empirischen Befunde neu, wird zunächst die erstaunliche Kontinuität des Forschungsstand in Bezug auf das immer wiederkehrende Muster des Endes der Belastbarkeit des Pflegepersonals verständlich: Aufgrund der institutionellen Einbettung ihrer Arbeit sind Pflegekräfte nicht erst seit Einführung der DRGs, sondern bereits traditionell einer besonderen Gefahr der Entfremdung und des Scheiterns bei dem Versuch der selbstbestimmten Erfüllung ihrer Aufgaben ausgesetzt. Wenngleich unsere Untersuchung zeigt, dass sich nicht sinnvoll bestreiten lässt, dass, wenn Krankenhäuser als Unternehmen agieren, dies einen besonderen Einfluss auf die Arbeitswirklichkeit seiner Mitarbeiter hat, so ist dieser nur unter Berücksichtigung weiterer kontingenter Ordnungen verständlich. Im Gegensatz zu auf den Prozess der Etablierung ökonomischer Bewertungsregime abstellende Ökonomisierungsthesen, konnte mit Hilfe der vorgestellten Perspektive auf die Organisation Krankenhaus ein differenziertes Bild von der vorherrschenden Arbeitswirklichkeit gezeichnet werden: Mit der zunehmenden Bedeutung des Krankenhauses als Dienstleistungsunternehmen wird in der Pflege zu bereits bestehenden Problemlagen ein weiteres Element hinzugefügt, das insbesondere die Ausübung pflegerischer Kernaufgaben erschwert. Dies zeigt sich vor allem daran, dass die Entfremdung von der Arbeit als Pflegekraft am stärksten durch den totalen Charakter der Einrichtung Krankenhaus geprägt ist, aber durch die Folgen einer betriebswirtschaftlich angeleiteten Teilung der Arbeit in seinem dehumanisierenden Potential verstärkt wird. Betriebswirtschaftlich angeleitete Prozessgestaltung im Krankenhaus forciert demnach das dort institutionell bereits angelegte Problem, den Patienten im Sinne der Zielerreichung der Organisation gegenüber treten zu müssen. Damit sind wir bei einer „alten“ These angelangt, dass nämlich inhumane Elemente in der an sich humanen Institution Krankenhaus strukturell angelegt sind (Rohde 1973; Raspe 1976). Das Arbeitsleid des Pflegepersonals, das zeigen unsere Ergebnisse, entzündet sich genau an dieser Stelle immer wieder neu.

Selbstverständlich kann die Untersuchung nicht alle Formen gegenwärtiger Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern erfassen, weil die Befragung an lediglich einem Großkrankenhaus durchgeführt wurde und zudem einige Indikatoren für institutionelle Komplexe indirekt gewählt wurden. Die Ergebnisse können daher nicht einfach auf alle Krankenhäuser und Trägerschaften verallgemeinert werden. Darüber hinaus ist der theoretische Zugang selektiv und berücksichtigt lediglich vier mögliche Einflüsse auf die Arbeitsbedingungen. Ebenfalls selektiv ist die Fokussierung auf den Dienstleistungsaspekt zur Abbildung des Einflusses aus der ökonomischen Sphäre.

Entnehmen lässt sich jedoch der Untersuchung, dass das Konzept einer Ökonomisierung der Gesellschaft in all ihren Teilbereichen dazu verleitet, historisch etablierte Ordnungen bei der Erklärung sozialer Wirklichkeit unberücksichtigt zu lassen. Offen bleibt allerdings die Frage, ob die hier betrachteten institutionellen Logiken ggf. wiederum in einem spezifischen Verhältnis zu einem übergreifenden Prozess der Ökonomisierung stehen, in dem scheinbar selbst die Wirtschaft ökonomisiert wird (Schimank/Volkman 2008). Stellt man sie, ist aber umso dringlicher eindeutig zu klären was Ökonomisierung begrifflich eigentlich umfasst, und welche Wirkung sie empirisch betrachtet zu entfalten vermag (Priddat 2013; Baur 2014).

Literatur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago.
- Aiken, L. / Sermeus, W. / van den Heede, K. / Sloane, D. M. et al. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care. Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, in: *BMJ* 344, 1-14.
- Aiken, L. / Sloane, D. / Bruyneel, L. / van den Heede, K. / Sermeus, W. (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe, in: *International Journal of Nursing Studies* 50, 143-153.
- Aiken, L. H. / Sloane, D. M. / Bruyneel, L. / van Heede, K. d. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, in: *Lancet*, 1824-1830.
- Albrecht, H. / Büchner, E. / Engelke, D. (1982): *Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern. Analysen und Maßnahmenvorschläge*, Berlin.
- Badura, B. (1990): Interaktionsstress. Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft, in: *Zeitschrift für Soziologie* 19, 317-328.
- Bär, S. (2010): Kämpfe um die Autonomie der Medizin. Überlegungen zu Arbeitskämpfen im Krankenhaus, in: G. Schweiger (Hrsg.), *Der Kampf um Arbeit. Dimensionen und Perspektiven*, Wiesbaden, 277-310.
- Bär, S. (2012): Markenbildung im Krankenhaus, in: *Deutsches Ärzteblatt* 109, 194-197.
- Bär, S. / Pohlmann, M. (2016): Kurswechsel im Krankenhaus. Auf dem Weg zu einer markt- und profit-orientierten Dienstleistungsorganisation?, in: I. Bode / W. Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, 229-250.
- Bär, S. / Starystach, S. (2017): Psychische Belastungen des Pflegepersonals im Krankenhaus: Effekte von Status und Organisationsstrukturen, in: *Das Gesundheitswesen*, e-first am 15. Mai 2017.
- Bartholomeyczik, S. (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus, in: B. Badura (Hrsg.), *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung*, 83-99.
- Bartholomeyczik, S. (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus. Die Rolle der Pflegenden, in: *Pflege & Gesellschaft*, 135-149.
- Bartholomeyczik, S. / Hunstein, D. (2000): Erforderliche Pflege. Zu den Grundlagen einer Personalbemessung, in: *Pflege & Gesellschaft*, 105-109.
- Baumann, M. / Zell, U. (1992): Die Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Krankenhäusern, in: M. Baumann / U. Zell (Hrsg.), *Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege*, Berlin, 41-65.
- Baur, N. (2014): Lokale Variation und Grenzen der Ökonomisierung. Eine figurationssoziologische Perspektive auf das Verhältnis von Ökonomisierung und Raum, in: *Soziale Welt* 65, 119-130.
- Benedix, U. / Medjedovic Irena (2014): *Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege*, Bremen.
- Bode, I. (2010): Der Zweck heiligt die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor, in: M. Endreß / T. Matys (Hrsg.), *Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie*, Wiesbaden, 63-92.
- Bode, I. / Vogd, W. (2016): Einleitung, in: I. Bode / W. Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, 1-25.
- Bölt, U. / Graf, T. (2012): *20 Jahre Krankenhausstatistik. Auszug aus Wirtschaft und Statistik*, Wiesbaden.
- Braun, B. / Klinke, S. / Müller, R. (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern, in: *Pflege & Gesellschaft* 15, 5-19.
- Braun, B. / Müller, R. / Timm, A. (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung, Sankt Augustin.

- Bräutigam, C. / Evans, M. / Hilbert, J. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser, Düsseldorf.
- Deutsches Ärzteblatt (2014): Krankenhäuser. Beschäftigte klagen über verschlechterte Arbeitsbedingungen. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59911>, Stand: 28.8.2014.
- Di Luzio, G. (2009): Explaining the continuation of technical college nursing training in Germany, in: *International Journal of Sociology* 29, 252-263.
- Dörre, K. / Lessenich, S. / Rosa Hartmut (Hrsg.) (2009): *Soziologie, Kapitalismus, Kritik*, Frankfurt am Main.
- Freidson, E. (2001): *Professionalism. The Third Logic*, Cambridge.
- Freifrau, K.-R. / Hirschberg, B. K. (2015): Positionspapier: Psychische Belastung in der Pflege und die Rolle der Pflegedokumentation, in: T. Behr (Hrsg.), *Aufbruch in der Pflege. Hintergründe – Analysen – Entwicklungsperspektiven*, Wiesbaden, 163-186.
- Fuchs, J. / Himmel, W. / Wilhelm, J. (1987): Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege und ihre Auswirkungen. Ergebnisse einer Befragung, in: *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift* 40, 50-54.
- Gerlinger, T. / Mosebach, K. (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens. Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik, in: N. Böhlke / T. Gerlinger / K. Mosebach / R. Schmucker / T. Schulten (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten*, Hamburg, 10-40.
- Goffman, E. (1967): *Asyle*, Frankfurt am Main.
- Greef, S. (2012): *Die Transformation des Marburger Bundes. Vom Berufsverband zur Berufsgewerkschaft*, Wiesbaden.
- Iseringhausen, O. / Staender, J. (2012): Das Krankenhaus als Organisation, in: M. Apelt / V. Tacke (Hrsg.), *Handbuch Organisationstypen*, Wiesbaden, 185-203.
- Isfort, M. (2010): Personalbemessung im Krankenhaus. Oder zur Beharrlichkeit der Normativität, in: *Pflege & Gesellschaft*, 20-33.
- Isfort, M. / Klostermann, J. / Danny, G. / Siegling, B. (2014): *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*, Köln.
- Isfort, M. / Weidner, F. (2007): *Pflege thermometer. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals und zur Patientensicherheit im Krankenhaus*, Köln.
- Klatetzki, T. (2012): Professionelle Organisation, in: M. Apelt / V. Tacke (Hrsg.), *Handbuch Organisationstypen*, Wiesbaden, 149-164.
- Klatetzki, T. / Ortman, G. (2010): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*, Wiesbaden.
- Klatetzki, T. / Tacke, V. (2005): Einleitung, in: T. Klatetzki (Hrsg.), *Organisation und Profession*, Wiesbaden, 7-30.
- Kühn, H. (2008): Ökonomisierung im Krankenhaus, in: I. Bode / M. Gerhardt / T. Kaiser / K. Klein et al. (Hrsg.), *Medizin und Gewissen. Im Streit zwischen Markt und Solidarität*, Frankfurt am Main, 285-328.
- Kühn, H. / Klinke, S. (2006): Krankenhaus im Wandel. Zeit- und Kostendruck beeinflussen die Kultur des Heilens, in: *WZB-Mitteilungen*, 6-9.
- Kühn, H. / Simon, M. (2001): *Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientensorientierung*, Berlin, Hannover.
- Kumbruch, C. (2014): Gefährdung des Ethos guter Pflege in Intensivstationen, in: *Feministische Studien*, 314-326.
- Lubatsch, H. (2012): *Führung macht den Unterschied*, Münster.

- Marrs, K. (2002): Die 'Quote'. Wie Kundenorientierung zur Leistungsfrage wird, in: D. Sauer (Hrsg.), *Dienst – Leistung(s) – Arbeit. Kundenorientierung und Leistung in tertiären Organisationen*, München, 233-251.
- Marrs, K. (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, in: *WSI Mitteilungen*, 502-507.
- Marrs, K. (2008): *Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit*, Berlin.
- Mayntz, R. / Rosewitz, B. (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: R. Mayntz / B. Rosewitz / U. Schimank / R. Stichweh (Hrsg.), *Differenzierung und Selbstständigkeit. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*, Frankfurt am Main, 117-172.
- Mintzberg, H. (1989): *Mintzberg on Management. Inside our strange world of organizations*, New York.
- Molnar, M. / Haiden, C. / Geißler-Gruber, B. (2012): *IMPULS-Test. Analyse von Stressfaktoren und Ressourcen im Betrieb*, Wien.
- Nashehi, A. (2008): *Organisation, Macht, Medizin. Diskontinuitäten in einer Gesellschaft der Gegenwart*, in: I. Saake / W. Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden, 379-397.
- Nashehi, A. (2012): Ökonomisierung als Optionssteigerung. Eine differenzierungstheoretische Perspektive, in: *Soziale Welt* 63, 401-418.
- Nock, L. / Hielscher, V. / Kirchen-Peters, S. (2013): *Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege*, Düsseldorf.
- Osterloh, F. (2014): 10 Jahre DRG-System. Mehr Ärzte, mehr Kodierfachkräfte, in: *Deutsches Ärzteblatt* 111, 380.
- Papenhoff, M. / Platzköster, C. (2010): *Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken. Marktorientierung & Strategie, Analyse & Umsetzung, Trends & Chancen*, Heidelberg.
- Parsons, T. (1947): Introduction, in: A. M. Henderson / T. Parsons (Hrsg.), *Max Weber: The theory of social and economic organization*, Glencoe, 58-60.
- Parsons, T. (1968): Professions, in: D. L. Sills / R. K. Merton (Hrsg.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 536-547.
- Priddat, B. P. (2013): Bevor wir über "Ökonomisierung" reden: was ist "ökonomisch", in: *Soziale Welt* 64, 417-434.
- Raspe, H.-H. (1976): *Institutionalisierte Zumutungen an Krankenhauspatienten*, in: W. Adam / H. Bege mann (Hrsg.), *Patient und Krankenhaus*, München.
- Rieder, K. (1999): *Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege*, Weinheim, München.
- Rohde, J. J. (1962): *Soziologie des Krankenhauses*, Stuttgart.
- Rohde, J. J. (1973): Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution, in: O. Döhner (Hrsg.), *Arzt und Patient in der Industriegesellschaft*, Frankfurt am Main, 13-35.
- Schaeffer, D. (2011): Professionalisierung in der Pflege. Verheißungen und Realität, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 30-37.
- Schimank, U. / Volkmann, U. (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft, in: A. Maurer / U. Schimank (Hrsg.), *Die Gesellschaft der Unternehmen – die Unternehmen der Gesellschaft. Gesellschaftstheoretische Zugänge zum Wirtschaftsgeschehen*, Wiesbaden, 382-393.
- Schimank, U. / Volkmann, U. (2017): *Das Regime der Konkurrenz: Gesellschaftliche Ökonomisierungsdynamiken heute*, Weinheim, Basel.
- Schmidt, S. / Bartholomeyczik, S. / Dieterle, W. / Wittich, A. et al. (2008): Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. Eine Sekundäranalyse der Basiserhebung im Forschungsprojekt "Arbeitsbedingungen im Krankenhaus" (ArbiK), in: *Pflege & Gesellschaft* 13, 102-118.

- Scott, W. R. (2000): Institutional change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care, Chicago.
- Siegrist, J. / Starke, D. / Chandola, T. / Godin, I. et al. (2004): The measurement of effort–reward imbalance at work. European comparisons, in: *Social Science & Medicine* 58, 1483-1499.
- Simon, M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, Berlin.
- Simon, M. (2014 a): Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens. Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus, in: A. Manzei / R. Schmiede (Hrsg.), 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden, 157-177.
- Simon, M. (2014 b): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser. Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung, Hannover.
- Simon, M. (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten, Hannover. http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2015__Unterbesetzung_im_Pflegedienst__2__Auflage_.pdf.
- Simon, M. / Tackenberg, P. / Hasselborn, H.-M. / Kümmerling, A. et al. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, Wuppertal.
- Slotala, L. / Bauer, U. (2009): "Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen.". Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards, in: *Pflege & Gesellschaft* 141, 54-66.
- Statistisches Bundesamt (2016): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden.
- Stichweh, R. (1994): Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen, Bielefeld.
- Tenbenschel, C. (2013): Entwicklungsperspektiven in der Pflege, in: B. Dilcher / Hammerschlag / Lutz (Hrsg.), *Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus*, Wiesbaden, 167-178.
- Vogd, W. (2011): Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung, Weilerswist.
- Weber, M. (2002): *Wirtschaft und Gesellschaft*, Tübingen.
- Zander, B. / Busse, R. (2012): Das Arbeitsumfeld als (Qualitäts-)Indikator für Patienten- und Pflegeergebnisse, in: P. Bechtel / I. Smerdka-Arhelger (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen*, Berlin, 109-121.
- Zander, B. / Dobler, L. / Bäumler, R. / Busse, R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern. Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast, in: *Das Gesundheitswesen* 76, 727-734.

Dr. Stefan Bär
Sebastian Starystach, M.A.
Max-Weber-Institut für Soziologie
Bergheimer Straße 58
69120 Heidelberg
stefan.baer@soziologie.uni-heidelberg.de
sebastian.starystach@soziologie.uni-heidelberg.de

