

# Pflegedienst- leitungen – „Flucht nach oben“ oder eine Führung, die die Pflege ernst nimmt?

**Pflegemanagement** Eine neuere Studie untersucht die Haltungen und Selbstwirksamkeitserwartungen von Führungskräften in deutschen Krankenhäusern. Anstatt mit vereinten Kräften die Pflege weiter zu stärken und zu professionalisieren, übernimmt die Pflegedienstleitung oft unreflektiert die betriebswirtschaftlichen Primat der Geschäftsführung.

Von Werner Vogd

Die Rahmenbedingungen des gegenwärtigen Krankenhauses sind bekannt: Seit gut zehn Jahren schreiben zwischen 30 und 40 Prozent der Häuser rote Zahlen. Es wird gespart. Die Arbeitsprozesse werden verdichtet und es wird versucht, mehr Patienten ins Krankenhaus zu locken, um die Anzahl profitabler Behandlungsprozesse zu steigern. Mit dem 2003 eingeführten DRG-System errechnet sich die Finanzierung der Krankenhausbehandlung primär aus den medizinischen Besonderheiten des Falls, nicht jedoch aufgrund des Pflegebedarfs oder der Bedürfnisse der Patienten. Um das Krankenhaus aus der Krise herauszuführen, neigt die Geschäftsführung eines Krankenhauses zunächst dazu, bei der Pflege zu sparen, nicht jedoch beim ärztlichen Personal oder der (Medizin-)Technik. Die Führungskräfte wissen dabei sehr wohl, dass dies auch für die Patientenversorgung mit Problemen einhergeht. Aufgrund von Personalmangel und Burn-out ist die Lage der Pflege auf den Stationen oftmals kritisch, was auch der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme angemerkt hat (Ethikrat 2016). Zudem können Pflegekräfte dem Patienten unter diesen Bedingungen immer weniger soziale und emotionale Unterstützung geben (Braun 2014, 103 f.).

Kann die Pflegedienstleitung eines Krankenhauses eine produktive Form finden, um mit den hiermit einhergehenden Problemen umzugehen – und wenn ja, auf welche Weise? Um dies und anderes herauszufinden, haben wir in einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Studie Pflegedienstleiter/innen, ärztliche Direktorinnen und Direktoren sowie Geschäftsführer/innen von 15 Krankenhäusern ausführlich befragt. Die untersuchten Häuser befinden sich in privater, öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft und liegen in städtischen Ballungsräumen wie auch in ländlichen Gebieten.

## Spannung in der Führung ist besser als Harmonie

Aus gutem Grunde gliedert sich die Führung eines Krankenhauses auch heutzutage noch in die Trias Pflege, ärztlicher Bereich und kaufmännische Verwaltung: Die betriebswirtschaftliche Logik (Effizienz und Gewinnorientierung) ist nicht identisch mit der medizinischen Logik (Diagnose und Therapie). Beides wiederum stimmt nicht in jedem Fall mit der Eigenlogik der Pflege überein. Letztere wird eher die Würde und Integrität des Patienten als

Person denn das medizinisch Machbare in den Vordergrund rücken (Behrens 2005). Beispielsweise mag es gewinnbringend sein, einem 86-jährigen Mann mit langsam wachsendem Krebs eine große Operation zuzumuten, und ebenso erscheint aus chirurgischer Sicht der Eingriff erfolgreich durchführbar. Für die Pflege ergibt sich hier jedoch eine andere Perspektive, denn der Patient droht hier zu einem chronischen Pflegefall zu werden, während er ohne Operation noch einige Zeit in einigermaßen guter Lebensqualität verbringen könnte. Sowohl für den Patienten als auch im Sinne des gesellschaftlichen Auftrags des Krankenhauses ist es also gut, wenn Pflege, Medizin und betriebswirtschaftliche Geschäftsführung in ihrer Grundorientierung nicht übereinstimmen.

Entsprechend hat die Dreiheit des Krankenhausmanagements ein produktives Spannungsverhältnis zu bilden. Oder anders herum: Nur wenn unter allen Beteiligten die Bereitschaft besteht, Konflikte auszutragen, lassen sich medizinische wie auch pflegerische Ansprüche gegenüber wirtschaftlich überzogenen Erwartungen als Korrektiv zur Geltung bringen.

Gute Führungskräfte werden dabei diese Spannung persönlich empfinden und erleiden. Sie haben die hiermit verbundenen Perspektivdivergenzen auszuhalten, denn nur auf diese Weise können sie eine Führungsspannung aufbauen (vgl. Vogd 2017, 96f.), welche den Druck ausbalancieren lässt, der innerhalb des Krankenhauses aufgrund unterschiedlicher, einander widersprechender Anforderungen entsteht. Nur so kommen sie in die Lage zu führen, um auf diese Weise auch die von ihnen geführten Mitarbeiter mit Blick auf ihre professionellen Werte zu vertreten.

### Die Pflege als professionelles Projekt verschwindet

Wie sieht aber nun die Realität der Pflegedienstleitungen im gegenwärtigen Krankenhaus aus? Ist zu erwarten, dass sich eine der folgenden Aussagen wörtlich oder sinngemäß in unserem Interviewmaterial wiederfindet?



Eine meiner wesentlichen Aufgaben besteht darin, die Professionalisierung der Pflege voranzutreiben und dies auch aktiv im Management zu vertreten.

Es war schwer, für dieses Anliegen beim Geschäftsführer und Ärztlichen Direktor Gehör zu finden, aber mittlerweile haben wir doch einiges erreicht.

Ich bin dann oft in strategischen Fragen in Konflikt mit dem neu eingesetzten

Geschäftsführer, finde aber dann teilweise Unterstützung durch die Chefärzte. Wie auch immer – wenn man die Interessen der Pflege nicht aktiv vertritt, geht die Patientenbetreuung den Bach hinunter.

Verantwortlich für die größte und durch die Arbeitsprozesse am stärksten belastete Beschäftigungsgruppe arbeiten wir natürlich eng mit dem Betriebsrat zusammen.

Für die von uns interviewten Akteure aus der Pflegedienstleitung lässt sich die Frage eindeutig verneinen. Sie agieren allesamt nicht besonders spannungsfreudig. Im Kontrast zu den von mir konstruierten Zitaten unterwerfen sich die meisten Pflegemanager vielmehr weitgehend unreflektiert einer betriebswirtschaftlichen Effizienzlogik und scheinen dabei mehr oder weniger den Kontakt zu den Problemen auf der Station zu verlieren. Andere Pflegemanager nehmen die Probleme auf der Station zwar wahr, empfinden sich jedoch weitgehend ohnmächtig und hilflos. Es gelingt ihnen nicht, die empfundenen Diskrepanzen in eine Führungsspannung zu überführen, welche eigene Ansprüche umzusetzen. In unserer Untersuchung haben wir jedoch noch einen Vertreter eines dritten Typus gefunden – jedoch nur ein einziges Mal –, der damit wohl als seltene Ausnahme anzusehen ist. Diese Pflegedirektorin wehrt sich zumindest partiell erfolgreich gegen überzogene ökonomische Erwartungen, um auf diese Weise Freiräume für die Stationspflege zu erwirtschaften. Dies gelingt unter anderem mittels einer subversiven Aktenführung (etwa indem sie die Pflegekräfte dazu bringt, weniger Erfolge zu dokumentieren, um hierdurch mehr Zeit für Patientenbetreuung zu gewinnen). Da diese Initiativen allerdings verdeckt verlaufen, kann so innerhalb des Managementteams keine Führungsspannung aufgebaut werden, welche die professionellen Ansprüche der Pflege explizit in die Organisation einbringt.

### Die Ärztlichen Direktoren können den betriebswirtschaftlichen Zwängen etwas entgegensetzen

Betrachten wir demgegenüber die ärztlichen Führungskräfte. Auch bei den Ärztlichen Direktoren lassen sich drei Typen benennen: Der erste versteht sich aktiv als „Macher“ und versucht entsprechend aktiv zu führen. Empirisch lässt sich demgegenüber jedoch beobachten, dass er mit seinen Initiativen oftmals scheitert, da die anderen Chefärzte ihn auflaufen lassen und zudem seine Agenden nicht mit denen der Geschäftsführer übereinstimmen. Wie auch immer, die Führungsspannung wird sichtbar. Der zweite Typus zeichnet sich durch ein „Management auf Distanz“ aus. Er versucht – gleichsam im Blindflug – mit Hilfe von Controllingparametern zahl-

lenbasiert zu steuern, ohne dabei allzu genau hinzuschauen, was dies eigentlich in der Praxis bedeutet. Der dritte Typus nimmt demgegenüber die Position des Moderators ein und versucht im Dialog zwischen Chefärzten und kaufmännischer Geschäftsführung den schmalen Grat zwischen „wirtschaftlich überzogen und medizinisch notwendig“ auszuloten. Auch hier wird die Spannung zwischen den unterschiedlichen Akteursgruppen und Perspektiven aufgenommen, um zu vermitteln. Abgesehen vom zweiten Typus gehen die ärztlichen Direktoren also mehr oder weniger aktiv in Differenz zu den kaufmännischen Akteuren.

### Die Pflege ist als professionelles Projekt in der Führung nicht sichtbar

Den Ärztlichen Direktoren gelingt es also zumindest teilweise deutlich zu machen, dass die professionellen und medizinischen Primat, für die sie eintreten, im Widerspruch zu den seitens der Geschäftsführung geforderten betriebswirtschaftlichen Primaten stehen. Hingegen ist die Pflege als Projekt mit eigenen professionellen Ansprüchen und Werten – zumindest in unseren Untersuchungen – in der Krankenhausführung nicht mehr sichtbar.

Im Gegenteil: Viele der von uns befragten Pflegedienstleiter/innen neigen dazu, die betriebswirtschaftliche Effizienzorientierung der Kaufleute unkritisch zu übernehmen, um sich vor allem für eine möglichst reibungsfreie Organisation einzusetzen. Entsprechend halten sie eine mehr oder weniger große Distanz zur Stationspflege. Sowohl deren Probleme als auch der professionelle Anspruch der Pflegekräfte, „gut“ pflegen zu wollen, verschwinden damit für sie aus dem Blickfeld.

Die Pflegedienstleitung wirkt also häufig gleichgeschaltet mit den betriebswirtschaftlichen Interessen der Geschäftsführung; ihre Führungsspannung manifestiert sich kaum mehr vertikal als interprofessionelle Wirkmächtigkeit, sondern überwiegend nur noch horizontal als Druck von oben gegen die unten stehenden Akteure. In den von uns geführten Interviews drückt sich dies beispielsweise in folgender Weise aus:

Falls die Pflegedienstleitung in Hinblick auf eine Direktive des Geschäftsführers „etwas nicht nachvollziehen kann“, stellt sie ihm eine Frage und dann werden ihr – so im Wortlaut – die Dinge „ganz in Ordnung erläutert“ (Vogd et al. 2017, 229). Obwohl sich die Befragte an allen wichtigen Stellen, an denen gelenkt und geleitet wird, mit einbezogen fühlt, weist alles darauf hin, dass sie abgesehen von kleineren eigenen Projekten nicht diejenige ist, die maßgeblichen Einfluss auf die Geschicke des Hauses ausübt. Den Ärzten wird demgegenüber vielfach vorgeworfen, „sehr, sehr klar in ihrem Fachbereich dann zu bleiben und sozusagen ihr Königreich da zu verteidigen“ (Vogd et al. 2017, 128). In Hinblick auf die Stationspflege wird dagegen pflichtbewusster Gehorsam eingefordert, wie etwa folgendes Zitat aufzeigt: „Weil das [auf der Station] halt nicht so empfunden oder nicht als richtig empfunden wird, dann erläutere ich das halt noch mal; aber es bleibt trotzdem natürlich, es gibt ja keine Alternative“ (Vogd et al. 2017, 126f.).

## Diskussion

Die Gründe, warum die Pflegedienstleitungen – anders als die ärztlichen Direktoren – das eigene professionelle Projekt nicht mehr aktiv vertreten, sind vielfältig.

Zunächst lässt sich vermuten, dass die Pflege allein schon aus habituellen Gründen nicht in gleicher Weise ihren Einfluss geltend machen kann wie die Ärzte. Dies erklärt jedoch nicht alles. So ist es beispielsweise in Großbritannien der Pflege sehr wohl gelungen, auch in medizinischen Aufgabenfeldern eine eigenständige Rolle im Krankenhaus einzunehmen. Darüber hinaus stellt die strukturell schwache Stellung der Pflege auch ein Artefakt des DRG-Systems dar, das aus ökonomischen Gründen eine Schiefelage der Medizin zu Lasten der Pflege erzeugt.

Ein weiterer Grund besteht darin, dass in Deutschland die Akademisierung der Pflege mit einem Verlust der Praxisbezüge einherging. Ein Studium der Pflegewissenschaft oder des Pflegemanagements führt – anders als das Medizinstudium – doch recht stark von der patientenbezogenen Praxis weg.

Im Angesicht all dieser Faktoren wundert es kaum, dass es unter Pflegemanagern zu einer „Flucht nach oben“ kommt. Die Probleme an der pflegerischen Basis erscheinen zu groß, als dass man hier mit persönlichem Einsatz eine erstrebenswerte biografische Zukunft erwarten könnte. In diesem Sinne ist es auch nicht verwunderlich, dass die Mehrzahl der Pflegekräfte nicht mehr daran glaubt, dass ihr Management die aktuellen Probleme lösen kann (vgl. Busse 2011). Aus einer managementtheoretischen Perspektive sind die Probleme ernst, denn innerhalb des Krankenhauses findet die gebeutelte Pflege kaum mehr potente Vertreter, die sich ihrer Sache annehmen könnten.

Behrens, Johann (2005): Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidence. S. 51–70 in: Klaus R. Schroeter/Thomas Rosenthal (Hrsg.), Soziologie der Pflege. Weinheim, München: Juventa.

Braun, Bernhard (2014): Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. S. 91–114 in: Andrea Manzei/Rudi Schmiede (Hrsg.), Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer VS.

Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Patientenwohl. Stellungnahme 5. April 2016. Berlin: Deutscher Ethikrat.

Vogd, Werner (2017): Management im Krankenhaus – eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter Bedingungen des DRG-Systems. Berliner Journal für Soziologie 1, 93–121.

Vogd, Werner/Feißt, Martin/Molzberger, Kaspar/Ostermann, Anne/Slotta, Juliane (2017): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement: zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Wiesbaden: Springer VS.

Zander, Britta/Dobler, Lydia/Busse, Reinhard (2013): The Introduction of DRG Funding and Hospital Nurses' Changing Perceptions of their Practice Environment, Quality of Care and Satisfaction: Comparison of Cross-Sectional Surveys over a 10-Year Period. International Journal of Nursing Studies 50, 219–229.



Prof. Dr. Werner Vogd ist Inhaber des Lehrstuhls für Soziologie an der Universität Witten/Herdecke.  
Mail: werner.vogd@uni-wh.de