

10/2016

Zeitdruck durch Zweckkonflikt

Untersuchung eines Konzepts zur Lösung der Diskrepanz zwischen medizinischer Versorgung und Wirtschaftlichkeit und deren Folgen für das Pflegepersonal im Krankenhaus

Eleni Behrens

Bachelorabsolventin der Fachrichtungen Soziologie und Rechtswissenschaften an der Universität Bielefeld

Abstract

Im Krankensektor hat ein organisatorischer Wandel stattgefunden. Neben dem Zweck der medizinischen Versorgung bekommen Fragen nach der Wirtschaftlichkeit von Krankenhausleistungen immer größere Relevanz. Dies kann zu einem Zweckkonflikt führen. Folgen dieses Zweckkonflikts können Maßnahmen wie der Stellenabbau in der Pflege sein, welcher durch steigende Arbeitsbelastung neben Konsequenzen für das Pflegepersonal auch Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung haben kann. Um diesen Zweckkonflikt zu lösen und die genannten Konsequenzen für das Pflegepersonal verbessern, wird ein Konzept untersucht, bei dem durch eine Umstrukturierung der Organisationsstruktur unter Einführung neuer Berufsgruppen die Aufgabenverteilung geändert und dadurch eine Entlastung der Pflege und letztendlich eine Verbesserung der Pflegequalität angestrebt werden sollte. Es wird untersucht, inwiefern das Projekt als Lösung für die problematische Situation der Pflegekräfte gesehen werden kann. Außerdem wird untersucht, wie das Projekt in Bezug auf den Zweckkonflikt und somit auf der organisatorischen Ebene zu betrachten ist. Hierfür wurden leitfadengestützte Experteninterviews im Krankenhaus durchgeführt und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert. Die Analyse der Interviews ergibt eine geringfügige Verbesserung der Gegebenheiten für das Pflegepersonal, nicht jedoch eine Lösung des Problems. Faktoren wie eine weiterhin vorhandene hohe Belastung und Zeitnot sind eher Hinweise dafür, dass die problematische Situation für die Pflegekräfte durch den Personalmangel im Rahmen des Projekts nicht vollständig gelöst werden können. Auswirkungen auf der organisatorischen Ebene sind anhand des untersuchten Datenmaterials nur bedingt feststellbar. Die weiterhin bestehende hohe Belastung und das ungelöste Problem des Personalmangels lassen keine sinnvolle Maßnahme zur Lösung des Zweckkonflikts erkennen. Verbesserungen der Versorgungsqualität, welche als sinnvolle Maßnahme für den Zweck der medizinischen Versorgung nachgewiesen werden müssten, können aber nicht umfassend genug untersucht werden, um eindeutige Aussagen für die Lösungsfähigkeit des Projektes in Bezug auf den Zweckkonflikt, also auf der organisatorischen Ebene, treffen zu können.

Working Paper Reihe „Organisationssoziologische Analysen“

Die Working Paper Reihe „Organisationssoziologische Analysen“ wird vom Arbeitsbereich III „Organisationen“ an der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld herausgegeben.

Die Reihe vereint Arbeiten, die sich mindestens zwei Herausforderungen stellen. Erstens sind dies Beiträge, die sich inhaltlich riskanten, weil weitgehend unerschlossenen Themen widmen und dabei Fragen jenseits des soziologischen Mainstreams aufwerfen. Zweitens suchen die AutorInnen gemäß Niklas Luhmanns kontra-intuitiver Manier Thesen vorzubringen, die neue Sichtweisen auf organisationssoziologische Probleme vorstellen.

1. EINLEITUNG

„Zu wenig Zeit für Zuwendung“ (Haensel, 2009), „Pflege im Akkord“ (Schwarz & Pollatschek, 2015) oder „Patienten in Not - Schwestern am Limit“ (Südwestrundfunk & Nagel & Reutter, 2008), diese Zeitungs- und Dokumentationstitel deuten auf Missstände der Pflegesituation in deutschen Krankenhäusern hin, welche häufig unter dem Begriff des Pflegenotstands zusammengefasst werden. Hiermit werden problematische Situationen umschrieben, bei denen das Pflegepersonal an seine Grenzen gehen muss. Die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte ist gestiegen und sie arbeiten unter Zeitdruck (Simon, 2008, S. 103), sind überlastet und können das „Zuviel an Arbeit“ (Badura & Feuerstein, 1994, S. 63f.) und eine angemessene Pflege, beispielsweise im Sinne der formalen zeitlichen Vorgaben, nicht mehr gewährleisten (Alber, 1990, S. 14). Der Stellenabbau hat somit unter anderem Konsequenzen für die Qualität der Patientenversorgung, sodass eine Lösung der diffizilen Situation für das Pflegepersonal wünschenswert und notwendig ist (Simon, 2008, S. 106). Fraglich ist, wie diese Missstände und Probleme in der Pflege entstehen und wodurch sie beeinflusst werden. Die Unterbesetzung ist auf den Abbau von Pflegepersonal zurückzuführen und dies wiederum ist eine Maßnahme des Krankenhauses, um Kosten zu senken (Flennreiss & Rümmele, 2008, S. 15). Dieses Erkenntnis gibt Anhaltspunkte dafür, dass sich die genannten Konsequenzen für die Pflegekräfte auf die Ebene der Organisation zurückführen lassen. Bei Betrachtung dieser wird deutlich, dass durch einen Organisationswandel im Krankenhaus eine zweite Zwecksetzung neben dem Ursprungszweck der medizinischen Versorgung im System etabliert wurde. Im Rahmen der Ökonomisierung sind Fragen nach der Wirtschaftlichkeit von Krankenhausleistungen relevant geworden. Dieser Zweck ist zu der rein medizinischen Ausrichtung hinzugekommen und kann zu einem Zweckkonflikt führen (siehe Kapitel 3.1.). Anstatt bei Maßnahmen zur Lösung jedoch nur Symptome eines tieferliegenden Problems zu behandeln, ist es sinnvoller nach den Ursachen zu suchen. Da Ursachen für die hier untersuchte defizitäre Situation, so die These, auf einen Organisationswandel zurückzuführen sind, ist es naheliegend auch bei der Lösung des Problems auf der organisatorischen Ebene anzusetzen. Als sinnvolle Maßnahme hier

¹ für könnte das Konzept des Krankenhauses Bhaus dienen, welches im Mittelpunkt dieser Arbeit steht. Hierbei sollte durch eine Umstrukturierung der Organisationsstruktur unter Einführung neuer Berufsgruppen die Aufgabenverteilung geändert und dadurch eine Entlastung der Pflege und letztendlich eine Verbesserung der Pflegequalität angestrebt werden. In dieser Arbeit wird untersucht, inwiefern das Projekt zum einen als Lösung für die problematische Situation der Pflegekräfte gesehen werden kann. Zum anderen soll untersucht werden, wie das Projekt in Bezug auf den Zweckkonflikt und somit auf der organisatorischen Ebene zu betrachten ist. Im Rahmen der Fragestellung wird somit analysiert, inwiefern das Projekt als Lösung der Diskrepanz zwischen den Zwecken der Wirtschaftlichkeit und der medizinischen Versorgung und deren Folgen für das Pflegepersonal anzusehen ist. Zunächst erfolgt ein theoretischer Überblick über Zwecke in Organisationen (3) und im Zusammenhang damit über Zweckkonflikte (3.1.). Daraufhin erfolgt in Kapitel 3.2. eine Darstellung der prekären Konsequenzen, die sich dadurch für das Pflegepersonal ergeben, und in Kapitel 4 eine Beschreibung des Projektes. In Kapitel 5 wird dann das methodische Vorgehen der leitfadengestützten Interviews und qualitativen Inhaltsanalyse erläutert. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse in Bezug auf die Lösungsfähigkeit mit Hilfe der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse in Hinblick auf die Fragestellung untersucht. Im Anschluss daran werden im Fazit die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und sowohl Schlussfolgerungen für die Ebene der Akteure als auch der Organisation allgemein gezogen.

¹ Der Name des Krankenhauses wurde aus Gründen der Anonymisierung geändert.

2. Zwecke in Organisationen

In der Literatur lässt sich eine Vielzahl von Definitionen des Begriffs der Organisation finden. So wird bei Müller-Jentsch „unter Organisation [...] das planmäßige koordinierte und zielorientierte Zusammenwirken von Menschen zur Erstellung eines gemeinsamen materiellen oder immateriellen Produkts [verstanden]“ (2003: 12). Kieser und Walgenbach definieren diese als „soziale Gebilde, die dauerhaft ein Ziel verfolgen und eine formale Struktur aufweisen, mit deren Hilfe Aktivitäten der Mitglieder auf das verfolgte Ziel ausgerichtet werden sollen“ (2003, S. 6).

Luhmann nennt in Bezug auf Organisationen die drei Elemente Mitgliedschaft, Zwecke und Hierarchien (Luhmann, 1964, S. 6). Diese und weitere Definitionsmöglichkeiten (Abraham, 2004, S. 58f.; Frömming, 1973, S. 2f.; Blau & Scott, 1962, S. 5) setzen unterschiedliche Schwerpunkte, haben jedoch alle die Gemeinsamkeit, dass sie den Zweck bzw. das Ziel als ein wichtiges Merkmal von Organisationen nennen.

Jede Art von Organisation ist durch eine bestimmte Zielsetzung entstanden und bleibt durch sie erhalten. An dieser Zielsetzung, die hier synonym mit dem Begriff des Zwecks gebraucht wird, kann das Handeln der Mitglieder der Organisationen abgestimmt werden (Abraham, 2004, S. 36; Kühl, 2011, S. 23f.). Diese Ziele können je nach Organisationstyp sehr heterogen sein. Beispielsweise ist das Ziel einer Wirtschaftsorganisation die Gewinnerzielung und Kapitalbildung (Müller-Jentsch, 2003, S. 22), Schulen verfolgen den Zweck der Wissensvermittlung an Kinder und Jugendliche (Abraham, 2004, S. 22) und die Organisation der Polizei hat als Organisationszweck die Gefahrenabwehr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung (Apelt, 2012, S. 118). Da jede Organisation einen Zweck verfolgt, stellt sich die Frage nach der Funktion dieses Organisationsmerkmals. Luhmann sieht die Funktion der Zwecksetzung darin, dass im System im Gegensatz zu seiner Umwelt die Möglichkeiten der Handlungen eingegrenzt und somit die Komplexität reduziert wird. Es „bildet dadurch eine höhere Ordnung mit weniger Möglichkeiten, an der sich das Erleben und Handeln besser orientieren kann.“ (Luhmann, 1968, S. 121). Verdeutlicht werden kann dies an dem oben genannten Beispiel der Schule. Dadurch dass Schulen das Ziel der Wissensvermittlung verfolgen, wird ersichtlich, dass hierdurch für die Akteure innerhalb der Organisation viele andere Tätigkeiten ausgeschlossen werden. Sie können ihr Handeln und ihre Aufgaben an diesem Ziel ausrichten. Banal formuliert sind Lehrer somit genauso wenig zuständig für die Produktion von Gütern wie Kirchen dem „Zwecke [...] der politischen Einflussnahme [dienen]“ (Abraham, 2003, S. 23). Der Zweck ist der Ausgangspunkt der Organisation und Organisationen werden mit Verweis auf deren Zweck und die Mittel zur Erreichung dessen beschrieben (Kühl, 2011, S. 24). Gerade die Wahl der geeigneten Mittel wird durch den angestrebten Zweck vereinfacht. Die Suche nach den besten Mitteln kann mit dem Begriff der Zweckrationalität beschrieben werden. „Zweckrational nennt Weber ein Handeln, das als Mittel für erstrebte und abgewogene eigene Zwecke motiviert ist“ (Luhmann, 2007, S. 91). Demnach wäre eine äußerst effiziente und effektive Vorgehensweise einer Organisation bei der Wahl der eingesetzten Mittel ein Zeichen für hohe Zweckrationalität (Kühl, 2011, S. 57). Unter Mittel können in diesem Zusammenhang also alle Handlungen und Maßnahmen verstanden werden, die zur Erreichung des Zweckes dienen. Ein weiterer wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der Zweckrationalität und der Suche nach geeigneten Mitteln kommt dadurch zustande, dass die gewählten Zwecke von Organisationen häufig entweder zu spezifisch oder zu unbestimmt sind, als dass sich konkrete Verhaltensweisen daraus ableiten lassen (Luhmann, 1968, S. 156). Um dieses Problem zu beheben, wird auf alternative Kriterien für Entscheidungen zurückgegriffen, die teilweise nicht als Mittel für den angestrebten Zweck angesehen werden können und dadurch zunächst als theoretisches Defizit erscheinen könnten. Bei genauerer Betrachtung und Berücksichtigung der Funktion von Zwecksetzung wird jedoch sichtbar, dass dies nur eine Reaktion auf die widersprüchlichen Anforderungen des Systems an die Organisation darstellt. Für eine Organisation kann es durchaus sinnvoll sein, einen Zweck unbestimmt oder zu spezifisch zu halten, um mit Hilfe von alternativen Kriterien Entscheidungsmaßstäbe zu schaffen, um konkretes Verhalten in einer widersprüchlichen Umwelt zu gewährleisten (Luhmann, 1968, S. 157). Sich unterscheidende Zwecksetzungen sind somit nicht immer grundsätzlich als problematisch anzusehen und können auch brauchbar für die Organisation sein. Innerhalb des nächsten Kapitels wird die Widersprüchlichkeit von Zwecken in diesem Zusammenhang erläutert.

2.1. Zweckkonflikte

Um Zwecke und gegebenenfalls Probleme im Zusammenhang mit Organisationszwecken besser verstehen und untersuchen zu können, ist es zunächst erforderlich hervorzuheben, dass Organisationen häufig nicht nur einen Zweck verfolgen (Abraham, 2003, S. 23; Kühl, 2011, S. 24). Somit können sich die Zwecke nicht nur zwischen Organisationstypen, sondern auch innerhalb einer Organisation unterscheiden. Zunächst scheint dies nicht problematisch und nachvollziehbar in Anbetracht der Größe und Komplexität vieler Organisationen in der heutigen Zeit. Universitäten haben beispielsweise die Aufgabe „wissenschaftliche Forschung zu betreiben und überdies den wissenschaftlichen Nachwuchs auszubilden“ (Müller-Jentsch, 2003, S. 22). Diffizil kann diese Mehrzahl an Zwecken jedoch werden, wenn sich diese widersprechen. Schon Luhmann stellte fest, dass „alle Sozialsysteme, ja alle Aktionssysteme schlechthin, einer Vielzahl von Anforderungen genügen müssen, die sich nicht ohne weiteres miteinander vertragen“ (1968, S. 157) und dass „es möglich [ist] eine Organisation mit direkt widerspruchsvollen Zielen auszurüsten“ (Luhmann, 2007, S. 95). Somit kann es mehrere Zwecke geben, die nicht miteinander im Einklang stehen, jedoch nebeneinander Gültigkeit erlangen (Luhmann, 1968, S. 161). Wichtig bei der näheren Betrachtung von Zweckkonflikten ist grundsätzlich, dass damit nicht gemeint ist, dass sich zwei Zwecke direkt in dem Sinne widersprechen, als dass der eine genau das Gegenteilige Handeln vom anderen darstellt (Luhmann, 1968, S. 158). Beispielsweise könnte ein Zweckkonflikt im Krankenhaus nicht sein, einen Patienten zu heilen und ihn gleichzeitig zu verletzen bzw. die Heilung zu verhindern. Vielmehr handelt es sich um Zweckkonflikte, bei denen die angestrebten Handlungsfolgen des einen Zwecks durch den anderen Zweck eingeschränkt werden. Luhmann verweist hierbei auf die Neutralisierungsfunktion von Zwecken und dass diese bei Zweckkonflikten teilweise ausgeschaltet wird (1968, S. 159). Normalerweise würden bestimmte Mittel durch die Neutralisierungsfunktion der Zwecksetzung ausgeschlossen werden. Bei einem Zweckkonflikt könnten dies jedoch Handlungen sein, die für die Zweckverfolgung des anderen Zwecks brauchbar wären, weswegen die Neutralisierungsfunktion in diesem Zusammenhang nicht mehr sinnvoll wäre. Die Folge dieser Diskrepanz liegt, wie schon bereits erwähnt, in der Notwendigkeit von sekundären Entscheidungsmaßstäben, da die Entscheidungssituation nicht mehr über die Neutralisierungsfunktion geleistet werden kann. Es kommt zu opportunistischem Verhalten, welches jedoch nicht offen preisgegeben, sondern nur informell stattfinden kann, weil es andernfalls den offiziellen Systemzwecken widersprechen und die Organisation in Bezug auf die Legitimation dessen in Schwierigkeiten bringen würde. Opportunistisches Verhalten meint hier, dass Akteure in Situationen, in denen die widersprüchlichen Zweckanforderungen sichtbar werden, ihr Verhalten daran ausrichten, inwiefern dieses brauchbar für den einen Zweck wäre und den anderen so wenig wie möglich einschränken würde. Es wird je nach Situation die bestmögliche Entscheidung getroffen, da es nicht immer eine formale Vorgabe für richtiges Verhalten, im Sinne beider Zwecksetzungen, für jede Situation geben kann. Konflikte zwischen Zwecken können somit durch das Unterlaufen der Formalordnung geregelt werden. Der Sinn dieser nebeneinander gültigen widersprüchlichen Systemzwecke kann auf der einen Seite darin liegen, einer wertvollen komplexen widersprüchlichen Anforderungen an die Organisation gerecht werden oder auf der anderen Seite unterschiedliche Erwartungen erfüllen zu können (Luhmann, 1968, S. 160f.). Verdeutlicht werden können diese theoretischen Überlegungen an den folgenden Beispielen für Zweckkonflikte im Krankenhaus.

3. Zwecke in der Organisation Krankenhaus

In der Organisation Krankenhaus liegen mehrere Ziele bzw. Zwecke vor. Beispielsweise könnte hier darauf verwiesen werden, dass es auf die medizinische Versorgung von erkrankten Patienten ausgerichtet ist, darüber hinaus jedoch genauso eine Einrichtung mit dem Ziel der Forschung darstellt oder Aus- und Weiterbildung bezweckt (Rhode zit. nach Apelt, 2012, S. 186).

In dieser Arbeit soll ein Konflikt zwischen zwei ausgewählten Zwecken im Vordergrund stehen: der Organisationszweck der medizinischen Versorgung und die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistung.

3.1. Zweck der medizinischen Versorgung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhausleistungen

Laut dem Bundesministerium haben „Krankenhäuser die Aufgabe, die stationäre Versorgung flächendeckend und in hoher Qualität sicherzustellen.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2013). Konkreter formuliert Frömming die Gesamtaufgabe des Krankenhauses, „die in der Unterbringung und Verpflegung kranker Menschen zwecks Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten und Körperschäden durch ärztliche Hilfeleistung zu sehen ist“ (1973, S. 20). Auch nach Apelt betreffen die Kernprozesse des Krankenhauses somit die „klientennahen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Arbeiten“ (2012, S. 187). Die Hauptaufgabe des Krankenhauses ist somit allgemein formuliert die medizinische Behandlung kranker Menschen, welches sich mit dem Alltagsverständnis der Aufgaben von Krankenhäusern deckt. Krankenhäuser zählen zu der Gruppe der professionellen Organisationen, da das krankenhausspezifische Personal der Ärzte und Pflegekräfte einer Profession angehören, bzw. in Bezug auf das Pflegepersonal wenigstens von einer Semi-Profession ausgegangen werden kann (Apelt, 2012, S. 165; S. 187). Professionelle Berufe kennzeichnen sich durch eine wissenschaftliche Ausbildung (Apelt, 2012, S. 165), ihrer Aufgabe der Behandlung von „einzigartigen Problemfällen von Individuen“ (S. 167) und die Tatsache aus, dass ihre Arbeit sehr bedeutend für die allgemeinen Werte der Gesellschaft ist (Luckmann, 1972, S. 168).

In Anbetracht des Untersuchungsschwerpunktes dieser Arbeit werden die soeben dargestellten Aspekte zu einem Zweckbegriff zusammengefasst. Dieser Zweck soll weiterhin verallgemeinert mit dem Ausdruck der medizinischen Versorgung bzw. Behandlung bezeichnet werden und meint damit das oben dargestellte Verständnis des Begriffs. Unter den Mitteln werden die Aufgaben der pflegerischen, diagnostischen, therapeutischen und psychologischen Bereiche von Pflegekräften und Ärzten gefasst. Auch wenn die Aufgabenbereiche von Ärzten und Pflegern unter Betrachtung anderer Aspekte differenziert werden müssten, soll hier zunächst von einem zusammengefassten Begriff der Mittel zur Erreichung des oben genannten Zwecks der medizinischen Versorgung ausgegangen werden.

Seit den 1980er Jahren kam es innerhalb der Organisation des Krankenhauses zu einem Organisationswandel, durch den Aspekte wie Effizienzsteigerung oder Qualitätssicherung in den Vordergrund traten und sich seitdem nicht mehr nur auf traditionelle medizinische Werte als Legitimationsbasis verlassen werden konnte (Apelt, 2012, S. 185ff.). Krankenhäuser waren vorher dazu in der Lage externe Anforderungen nahezu zu ignorieren und „was medizinisch möglich und notwendig erschien, war von seinem Aufwand und von der Art der Gestaltung der Leistungserbringung einzig an die Expertise von Medizinern gebunden“ (Bär, 2011, S. 15). Die medizinische Versorgung der Patienten war somit oberstes Ziel und diejenige Zwecksetzung der Organisation, an der alles Handeln ausgerichtet wurde. Alle Akteure waren darauf ausgerichtet, dass die Zuteilung von Ressourcen jederzeit an medizinischen Bedürfnissen ausgerichtet werden soll (Bode, 2010, S. 78).

Mit dem Wandel hin zu einer mehr betriebswirtschaftlichen Sicht auf Krankenhäuser spielen Aspekte der Wirtschaftlichkeit von Krankenhausleistungen eine immer größer werdende Rolle. Diese Veränderung wird häufig mit dem Begriff der Ökonomisierung beschrieben. Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen ist unter anderem maßgebend für den Fortbestand der Organisation geworden (Apelt, 2012, S. 189). Gerade mit dem Verständnis des Krankenhauses als professionelle Organisation sind diese Veränderungen nur eingeschränkt vereinbar. Ärzte müssen sich an „Kosten- und Erlöskriterien orientieren. Sie haben finanzielle Verantwortung zu übernehmen und werden für die wirtschaftlichen Ergebnisse ihrer Tätigkeit gegenüber der Krankenhausleitung rechenschaftspflichtig“ (Apelt, 2012, S. 189).

Zu der Ausrichtung auf das Ziel der bestmöglichen medizinischen Versorgung ist somit die Berücksichtigung der finanziellen Effizienz des Handelns und Vorgehens hinzugekommen. Noch deutlicher wird dies an der Einführung von Fallpauschalen, die mit Hilfe von Diagnosis Related Groups (DRGs), festgelegt werden (Apelt, 2012, S. 189). Bis zur Einführung dieses Systems wurden die Krankenhausleistungen nach tagesgleichen Pflegesätzen bezahlt (Simon, 2013, S. 411). Nach der Umstellung wird je nach Diagnose die Behandlung und der Preis dieser vorgegeben. Dies steigert die Transparenz der medizinischen Behandlung, jedoch auch die Kontrolle über das ausführende Personal (Bär, 2011, S. 107f.). Die Vorgehensweise und Entscheidungen werden somit nachvollziehbarer, aber auch hinterfragbar. Die Berücksichtigung dessen, was effizient und wirtschaftlich ist, bekommt bei medizinischen Entscheidungen größere Relevanz. Ein weiteres Indiz dafür, dass im Krankenhaus eine Veränderung der Zwecksetzung stattgefunden hat, ist die Implementierung von Managementkonzepten. Wo bisher nur verwaltet wurde, werden jetzt Strukturen relevant, die bisher nur in der Industrie Bedeutung hatten (Bär, 2011, S. 9). Es gibt eine Reihe weitere Erscheinungsformen der Ökonomisierung, wie beispiels-

weise die Patientenabweisung aus Gründen der Budgetentlastung oder die Rationierung von Krankenhausleistungen (Simon, 2001, S. 24). Im Rahmen dieser Arbeit soll der Fokus jedoch auf einer speziellen Folge des Zweckkonflikts, der problematischen Situation der Pflegekräfte, liegen. Diese wird im folgenden Kapitel Erwähnung finden.

Zunächst sollte in diesem Abschnitt lediglich dargestellt werden, dass zu dem Zweck der medizinischen Versorgung bzw. Behandlung als ein weiterer Aspekt die Wirtschaftlichkeit des Handelns hinzugekommen ist. In einem weiteren Schritt soll nun dargestellt werden, dass aus diesen Zwecksetzungen ein Zweckkonflikt resultieren könnte, der Folgen für die Situation des Pflegepersonals haben könnte. Um dies zu untersuchen, ist es nötig, die theoretischen Überlegungen zur Thematik Zweckkonflikte aus Kapitel 2 auf die dargestellten Beispiele zu beziehen. Gemäß Luhmann liegt das Problem eines Zweckkonflikts darin begründet, dass die Mittel zur Erreichung des einen Zwecks durch den anderen Zweck eingeschränkt werden (Luhmann, 1968, S. 158f.). Bei dem Zweck der Gesundheit hieße dies, dass die Mittel, um den Zweck der Gesundheit bzw. medizinischen Versorgung zu erreichen, durch den Zweck der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen eingeschränkt würden. Genau diese Tatsache ist erkennbar.

Als Beispiel hierfür kann genannt werden, dass seit der Einführung des neuen Finanzierungssystems die Grenzverweildauer von Patienten ein fixes Limit ist, an das sich das Personal halten muss (Bär, 2011, S. 109 f.). Es liegt nicht mehr allein an der Einschätzung des medizinischen Zustands, ob ein Patient noch länger versorgt oder entlassen wird. Aus der Sicht des ersten Zwecks der Gesundheit wäre es eventuell von Vorteil oder nötig, dass ein Patient noch länger stationär behandelt werden sollte, der zweite Zweck der Wirtschaftlichkeit schränkt die angestrebten Handlungsfolgen der längeren Versorgung jedoch ein oder wirft zumindest die Frage der Legitimation einer Entscheidung für eine längere Verweildauer auf, sodass ein Zweckkonflikt entsteht.

Als weiterer wichtiger Aspekt von Zwecken wurde die Tatsache genannt, dass normalerweise bestimmte Mittel zur Erreichung eines Zweckes durch die Neutralisierungsfunktion ausgeschlossen sind, dass genau diese Mittel jedoch beim Vorliegen eines Zweckkonflikts für den anderen Zweck nützlich sein können, wodurch die Neutralisierungsfunktion aufgehoben wird. Bezogen auf das genannte Beispiel der Grenzverweildauer hieße dies, dass beispielsweise normalerweise aus der Sicht des zweiten Zweckes eine längere Verweildauer und Versorgung des Patienten, als die durch das DRG-System ermittelten, als Mittel ausgeschlossen werden, diese jedoch für das Erreichen des ersten Zweckes der Gesundheit förderlich sein können, weswegen sie nicht von vornherein ausgeschlossen werden können, die Neutralisierungsfunktion also nicht mehr sinnvoll wäre.

Ein anderes Beispiel, welches hier herangezogen werden kann, ist die Tatsache, dass von 1995 bis 2014 die Zahl des Pflegepersonals um 10,2 % gesunken, die Fallzahlen im deutschen Krankenhäusern aber in diesem Zeitraum um ca. 18,5 % gestiegen sind. „Um wirtschaftlicher zu arbeiten, kalkulieren Krankenhäuser nach dem Grundsatz möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit behandeln“ (Höflinger, 2014, S. 121). Das Geld wird vor allem in Ärzte investiert anstatt in zusätzliche Pflegekräfte. (Höflinger, 2014, S. 121). Diese Tatsache ist eine Folge der Ökonomisierung bzw. ein Mittel zur Erreichung des Zweckes der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses, schränkt jedoch den Zweck der Gesundheit ein, weil folglich immer weniger Pfleger immer mehr Patienten versorgen müssen. Es ergeben sich somit auch Folgen für die Pflegesituation.

„Wenn etwa für die mobile Versorgung nur eine halbe Stunde zur Verfügung steht, dann kann oft nur noch Krisenintervention betrieben werden. Denn schon wartet der nächste Patient. Eine optimale Pflege und medizinische Betreuung ist so nicht mehr möglich“ (Flenneiss & Rümmele, 2008, S. XII).

Auf die Problematik des Pflegepersonalmangels und der daraus resultierenden Situation für die Pflegekräfte wird im folgenden Kapitel noch ausführlicher eingegangen.

Bei der Betrachtung von Aspekten im Zusammenhang mit diesem Zweckkonflikt muss immer zwischen verschiedenen Ebenen unterschieden werden. Zum Teil ist ein bestimmter Zweck der Organisation gemeint. Teilweise handelt es sich aber auch um Mittel zur Erreichung des jeweiligen Zweckes oder um konkrete Folgen, die sich daraus für die Akteure ergeben. Für das gewählte Fallbeispiel der Problematik des Pflegepersonals und den Zweck der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus kann eine Differenzierung dieser Aspekte wie in der folgenden Tabelle vorgenommen werden.

Aspekte der Differenzierung	Krankenhausspezifische Beispiele
Zweck	- Wirtschaftlichkeit
Mittel zur Erreichung dieses Zweckes	- Finanzielle Kürzungen - Personalabbau in der Pflege
Konkrete Folgen für die Akteure	- Personalmangel - Zeitdruck - Steigende Arbeitsbelastung

Tabelle 1: Differenzierung zwischen Zweck, Mittel und Folgen für die Akteure, eigene Darstellung

Die theoretischen Aspekte, die für das Vorhandensein eines Zweckkonflikts genannt wurden, lassen sich auf die unterschiedlichen Zwecksetzungen im Krankenhaus anwenden, weswegen hier von einem Zweckkonflikt im oben genannten Sinne, die Rede sein kann.

3.2. Problematische Erscheinungsformen des Zweckkonflikts

Auf der Grundlage dessen können auch die Folgen für die konkreten Akteure in einem weiteren Schritt erläutert werden. Unter Berücksichtigung des gesetzten Fokus auf Zweckkonflikte zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung soll im Folgenden insbesondere das Pflegepersonal betrachtet werden. Dieses ist in seiner Arbeit konkret mit den Maßnahmen der beiden gesetzten Ziele konfrontiert und die Betrachtung dessen eignet sich daher gut um den Zweckkonflikt und die Lösungsmechanismen herauszuarbeiten. Darüber hinaus wären noch andere Akteure wie beispielsweise die Ärzteschaft als weitere Fälle denkbar. Dies würde jedoch den Rahmen der Untersuchung übersteigen. Die Kosten für das Pflegepersonal im Krankenhaus machen mit etwa 25% einen großen Anteil des Etats aus. Der Abbau von Pflegepersonal bietet daher eine geeignete Maßnahme, um die Kosten nachhaltig zu senken (Flenneiss & Rümmele, 2008, S. 15). Einsparungen im Bereich der Pflege sind somit eine Konsequenz der Orientierung an Aspekten der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus bzw. gemäß der vorherigen Differenzierung ein Mittel zur Erreichung des Zwecks der Wirtschaftlichkeit.

Eine Modellrechnung aus dem Jahre 2006 zeigt, dass der prozentuale Durchschnitt der Unterbesetzung im Pflegedienst in deutschen Allgemeinkrankenhäusern bei 20% lag (Simon, 2008, S. 98) und in Anbetracht des weiteren Abbaus von Stellen bis heute vermutlich sogar noch weiter gestiegen ist (Simon, 2008, S. 102). Dagegen sind die Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern gemäß der Krankenhausstatistik im Zeitraum von 1991 bis 2014 jedoch um ca. 25 % gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2016) und würden somit eher eine Erhöhung der Anzahl des Pflegepersonals legitimieren. Deutlich wird hierbei, dass durch die Tatsache, dass die Personalzahlen sinken und gleichzeitig die Patientenzahlen steigen, ein Ungleichgewicht entsteht bzw. eine Verschiebung im Personal-Patienten-Verhältnis stattfindet, was problematische Folgen haben kann.

Teilweise betreut eine Pflegekraft bis zu 20 Patienten (Schwarz & Pollatschek, 2015, 05:39min-05:47min; 18:50-18:53min). Gerade die Patientenbeobachtung gehört zu den Kernaufgaben der Pflege und das Erkennen von Notfallsituationen und die Benachrichtigung des Arztes in Gefahrensituationen sind Voraussetzung für die medizinische Versorgung (Simon, 2008, S. 108). Die Überwachung ist aus Gründen der Unterbesetzung jedoch nicht immer möglich und es kann aufgrund dessen dazu kommen, dass Probleme teilweise zu spät bemerkt werden (Schwarz & Pollatschek, 2015, 08:42min-08:45min). Zu den Aufgaben des Pflegepersonals zählt auch die psychosoziale Betreuung bzw. Unterstützung (Simon, 2008, S. 108; Schwarz & Pollatschek, 2015, 07:48min-08:05min), welche auch Signifikanz für das Wohlergehen des Patienten besitzt und welche häufig aus Gründen von Zeitmangel vernachlässigt wird (Haensel, 2009).

Auch empirische Untersuchungen zur Arbeitsbelastung im Pflegedienst belegen Auswirkungen. Demnach kommt es in der Pflege beispielsweise zu gestiegenem Zeitdruck, häufigen Unterbrechungen, fehlenden Pausen und einer Zunahme an Dokumentationsaufgaben (Simon, 2008, S. 105). Weiterhin sind krankenhausspezifische Stressfaktoren zudem darin begründet, dass das Pflegepersonal vor unvereinbaren Anforderungen, unklaren Erwartungen und einem schlichten Zuviel an Arbeit steht (Badura & Feuerstein, 1994, S. 63f.). Zudem ist zu erwähnen, dass sich auch die Patientenklitel verändert hat. Die Patienten werden immer älter und damit wächst ihr Pflegebedarf (Schwarz & Pollatschek, 2015, 12:07min- 12:15min). Häufig ist mehr Zeit für Pflege und Betreuung nötig als für die medizinische Behandlung selbst (Schwarz & Pollatschek, 2015, 07:17min- 07:25min), was das gestiegene Arbeitspensum des Pflegepersonals und die Problematik der Unterbesetzung verdeutlicht. Durch die Tatsache, dass immer weniger Pflegepersonal immer mehr Patienten versorgen muss, kann es dazu kommen, dass die Akteure in prekäre Situationen geraten, in denen sie den Anforderungen ihrer Aufgaben nicht mehr gerecht werden können. Allgemein kann es dazu kommen, dass nicht mehr im Sinne beider Zwecke gehandelt werden kann. Das Pflegepersonal, welches aufgrund von zu hoher Belastung und Zeitdruck die Pflege eventuell nicht mehr ausreichend bzw. angemessen durchführen kann, hat keine formale Vorgabe mehr, die das richtige angemessene Verhalten in der Situation im Sinne beider Zwecke vorgibt. Es muss, wie in der Theoriedarstellung erwähnt, sekundäre Entscheidungsmaßstäbe geben, an denen sich die Akteure orientieren können. Daher kann es in solchen Fällen zu opportunistischem Verhalten kommen, bei dem das Pflegepersonal bspw. entscheiden muss, welche Handlung am zeiteffizientesten wäre, die angemessenen medizinische Versorgung jedoch nicht zu sehr einschränkt bzw. noch ermöglicht. Zu klären wäre hier, was dies in der konkreten Situation bedeuten kann.

„Gute Pflege [...] geht auf die Bedürfnisse der Patienten ein und lässt ihnen ihre Selbstständigkeit. Aber jemanden dabei zu helfen, sich anzuziehen, dauert länger, als ihn in die Hose zu stecken. [...] Jemanden aufs Klo zu führen ist anstrengender, als ihm eine Windel zu verpassen“ (Höflinger, 2014, S. 121).

Die Entscheidung jemandem eine Windel anzulegen, auch wenn es nach pflegerischen Gesichtspunkten angemessener wäre, ihn zur Toilette zu führen, weil dies schneller und leichter ist, kann als Beispiel für das in Kapitel 2.1 genannte opportunistische Verhalten gesehen werden. Es wird aus nachvollziehbaren Gründen der Legitimationsgrundlage der Entscheidung nicht offen preisgegeben und kann nur informell erfolgen. Die Entscheidung für oder gegen eine zeiteffiziente Behandlung ist jedoch nur ein Beispiel, welches die prekäre Situation des Pflegepersonals verdeutlicht.

Wenn aufgrund von Zeitnot auf Desinfektion zwischen der Behandlung von verschiedenen Patienten verzichtet wird oder aus Gründen der Überlastung Medikamente verwechselt werden (Höflinger, 2014, S. 122), sind dies nicht nur Faktoren, die die Qualität der Pflegearbeit sinken lassen, sondern das Wohlergehen und die Gesundheit des Patienten gefährden, was die Tragweite der Problematik zum Ausdruck bringt. Ergebnisse internationaler Studien geben Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Belastung des Pflegepersonals und der sinkenden Pflegequalität. „Je mehr Patienten eine Pflegekraft im Krankenhaus durchschnittlich zu versorgen hat, desto höher ist das Risiko für Patienten, im Krankenhaus eine schwerwiegende Komplikation zu erleiden oder sogar zu versterben“ (Simon, 2008, S. 115). Eine nicht ausreichende Personalbesetzung im Pflegedienst erhöht die Risiken für Ereignisse wie Medikationsfehler, internistische Komplikationen, Druckgeschwüre oder Stürze während des Krankenhausaufenthaltes. Die Personalausstattungen des Pflegedienstes stehen also im Zusammenhang mit der Patientengesundheit (Simon, 2008, S. 109). Hierdurch wird die Bedeutung der Anzahl des Pflegepersonals für den Zweck der medizinischen Versorgung sichtbar.

Aber die Überbelastung der Pflegekräfte durch den Personalabbau hat nicht nur Auswirkungen auf die Behandlung und Versorgung der Patienten, sondern gleichwohl Konsequenzen für die Pflegekräfte selbst. In keinem anderen Bereich ist das Vorkommen vom Burn-Out-Syndrom so häufig wie im Gesundheits- und Pflegebereich (Flennreiss & Rümmele, 2008, S. 72). Darüber hinaus ist eine gestiegene Anzahl an Wirbelsäulenverletzungen zu verzeichnen, welche auf eine Zunahme der Schwere der körperlichen Arbeit zurückführbar ist (Simon, 2008, S. 105). Grundsätzlich kommt es beim Pflegepersonal häufig zu Krankmeldungen (Schwarz & Pollatschek, 2015, 16:50min- 17:26min; 22:24min- 22:40min). In einer weiteren Studie zur Arbeitsbelastung werden von Pflegekräften unter anderem die körperlichen Belastungen, die häufigen Unterbrechungen, der Zeitdruck und das Zuviel an Büroarbeit als besonders belastende Faktoren der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus benannt (Badura & Feuerstein, 1994, S. 64). Diese Studie mit den damit zusammenhängenden genannten Faktoren wurde im Jahr 1994 erhoben. Es lässt sich vermuten, dass sich diese Bedingungen aufgrund des steigenden Personalabbaus seitdem noch verschlimmert haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es durch die Orientierung an Aspekten der Wirtschaftlichkeit zu einem Personalabbau in der Pflege gekommen ist. Weiterhin kam es durch diesen Personalabbau dazu, dass immer weniger Pflegekräfte den gleichen Aufgabenumfang in der gleichen Zeit leisten müssen und daher in die prekäre Situation geraten, der angemessenen Betreuung und Pflege bzw. dem Zweck der medizinischen Versorgung teilweise nicht mehr gerecht werden zu können. Die bedeutsamsten Problempunkte sind hier der Mangel an Zeit und die Fülle an Aufgaben bei zu wenig Pflegepersonal. Es besteht somit ein Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Pflegequalität gibt, weswegen der Zweck der medizinischen Versorgung durch den Personalmangel beeinflusst wird. Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass der Zweckkonflikt im Krankenhaus noch weitere Folgen für die beteiligten Akteure im Krankenhaus haben kann und hier aufgrund der Fragestellung nur auf die Konsequenzen bzw. Folgen für das Pflegepersonal und die Versorgungsqualität eingegangen wird.

Es konnte dargestellt werden, dass im Krankenhaus ein Zweckkonflikt vorliegt und welche Konsequenzen sich hieraus für die Akteure ergeben können. Offen ist nun, wie damit umgegangen werden kann bzw. inwiefern entwickelte Maßnahmen eine Verbesserung erzielen können.

4. Maßnahme zur Lösung des Zweckkonflikts: Konzept des Krankenhauses Bhaus

Im Mittelpunkt der Arbeit steht ein Projekt, welches im Krankenhaus Bhaus eingeführt wurde, um die Arbeitsabläufe zu verbessern und den sich geänderten Anforderungen gerecht werden zu können. Aufgrund der Notwendigkeit der Anonymisierung werden im weiteren Verlauf der Arbeit sowohl dieses Krankenhaus, als auch das untersuchte Projekt und die Interviewpersonen nur anonymisiert genannt.

Anlass des Projekts war zum einen die angestrebte Entlastung der Pflegekräfte, insbesondere in Anbetracht des immer größer werdenden Pflegepersonalmangels. Zum anderen sollte eine Qualitätsverbesserung erzielt werden (URL1²). Dem lag die Erkenntnis zugrunde, dass die bisherigen Organisationsstrukturen dem gestiegenen Arbeitsumfang und dem höheren Spezialisierungsgrad nicht mehr gerecht werden können (URL2). Kernelemente der Umsetzung sind die Einführung neuer Arbeitsgruppen und eine Umstrukturierung der Aufgabenzuordnung (URL1). Aus der Gruppe der dauerhaft anwesenden Mitarbeiter, im Vergleich zur nur zeitweilig Anwesenden wie beispielsweise Reinigungskräften oder Logopäden, wurden fünf Arbeitsgruppen erstellt, die sich aus den Stationskoordinatoren bzw. Bereichsleitern, der Leitstelle, dem Service, der Pflege und der Ärzteschaft zusammensetzen (URL2). Die Bereichsleitung, die zusätzlich die Aufgabe der früheren Stationsleitung übernimmt und für den Service, die Pflege und die Leitstelle als Vorgesetzte fungiert, koordiniert die unterschiedlichen Teams. Sie ist unter anderem für die Dienstpläne verantwortlich, stellt die Personalerfordernisse der Arbeitsgruppen sicher, organisiert die Belegungssituation der Station, unterstützt den Prozessablauf und nimmt an den Visiten und Übergaben teil.

Die Leitstelle ist durch medizinische Fachangestellte besetzt und fungiert als Sekretariat, welches administrative Aufgaben, wie die Auftragserstellung von Untersuchungen, Terminkoordination oder den Empfang und Information von Patienten und Angehörigen übernimmt. Eine weitere Arbeitsgruppe stellt der Service dar, welcher insbesondere für Hotelleistungen zuständig ist. Zu seinem Aufgabengebiet gehört das Aufräumen der Station, Bettenmachen bei mobilen Patienten und die Speiseversorgung bis hin zur Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, so lange bei dieser nicht die Notwendigkeit von pflegerischem Wissen vorliegt. Im Gegensatz dazu übernimmt die Pflege die konventionellen Pflegeaufgaben. Sie kümmert sich um die Behandlungs- und Grundpflege, sowie die Pflegeplanung und -dokumentation. Neu für diese Berufsgruppe ist jedoch, dass sie zusätzlich hierzu Aufgaben übernimmt, die bisher eher zum medizinischen Aufgabenspektrum gehörten. So gehören nun auch beispielsweise Blutabnahmen, die Medikamentengabe inklusive Injektionen oder das Legen von Magensonden zu den Leistungen der Pflege (URL1).

² Aus den genutzten Quellen geht der Name des Projekts und damit verbunden, das Krankenhaus hervor, weswegen diese aus Gründen der Anonymisierung nicht explizit genannt werden und im Folgenden mit URL1 und URL2 abgekürzt werden.

Die Arbeitsgruppe der Ärzte übernimmt primär diagnostische und therapeutische Angelegenheiten, insbesondere die Aufnahmeuntersuchung, die Festlegung der Behandlung und die medizinische Dokumentation in der Patientenakte. Zudem haben die Ärzte nach wie vor die Entscheidungsverantwortung für die Verlegung bzw. Entlassung der Patienten und die Verschlüsselung und Codierung nach den DRG's. Zusammenfassend lässt sich zu der Konzeption des Projektes sagen, dass versucht wird durch eine Aufgabenumverteilung an neue Berufsgruppen die Pflege zu entlasten. Dadurch soll die problematische Situation für die Pflegekräfte und damit zusammenhängend die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden. Pflegern werden Aufgaben von Leitstellen- und Servicemitarbeitern abgenommen und sie übernehmen wiederum Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich. Dadurch dass „preisgünstigere“ rangniedrigere Berufsgruppen von ranghöherem Personal Aufgaben übernehmen, sinken die Personalkosten nominell und bei gleichbleibenden Kosten übernimmt mehr Personal die gleichen Aufgaben.

Im weiteren Verlauf soll mit Hilfe von empirischen Untersuchungen überprüft werden, ob diese geschilderten theoretische Aspekte des Projektes in der Praxis so vorzufinden sind, welche Veränderungen sich hieraus für den Arbeitsalltag der Betroffenen ergeben haben, um im Zuge dessen Aussagen über das Lösungspotential des Projektes tätigen zu können. Zunächst wird jedoch eine Darstellung des methodischen Vorgehens folgen.

5. Methodisches Vorgehen

In den vorherigen Kapiteln wurde deutlich, dass die derzeitige Lage Schwierigkeiten für das Pflegepersonal und den angestrebten Zweck der angemessenen medizinischen Versorgung der Patienten hervorruft und eine Verbesserung der Bedingungen angestrebt werden sollte. Beispielhaft wurde hierfür ein Konzept des Krankenhauses Bhaus theoretisch vorgestellt. Um zu untersuchen, ob und inwiefern diese theoretischen Ziele des Projektes in der Praxis vorzufinden sind, die den angesprochenen Zweckkonflikt und die daraus resultierende problematische Situation für die Pflegekräfte lösen können, wurde eine qualitative Untersuchung in Form von leitfadengestützten Experteninterviews im Krankenhaus Bhaus durchgeführt. Dieses methodische Vorgehen wird im Folgenden erläutert.

5.1. Methode der Datenerhebung: leitfadengestützte Experteninterviews

Um zu untersuchen, wie das Projekt im Krankenhaus Bhaus konkret aufgebaut ist und was sich auf der Station geändert hat, seitdem die Umstrukturierung und Neuordnung der Aufgabenbereiche vorgenommen wurde, ist es hilfreich eine empirische Untersuchung durchzuführen, um über die theoretische Darstellung hinaus zu überprüfbareren Ergebnissen im Hinblick auf die Fragestellung zu kommen. Im Rahmen dessen wurden fünf Interviews durchgeführt. Hierbei zählte der Projektverantwortliche und gleichzeitig Pflegedirektor des Krankenhauses zu den interviewten Personen. Darüber hinaus wurden ein Bereichsleiter, eine Servicemitarbeiterin, eine Leitstellenmitarbeiterin und eine Pflegekraft befragt.

Bei der qualitativen Methode des Interviews wurde die Form des leitfadengestützten Experteninterviews gewählt. Experteninterviews richten sich nach Liebold und Trinczek „auf einen Personenkreis [...], der hinsichtlich der Forschungsfragen einen deutlichen Wissensvorsprung aufweist“ (2009, S. 34) und „über einen privilegierten Zugang zu Informationen hinsichtlich Personengruppen und Entscheidungsprozesse verfügt“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 443). Dies liegt bei den ausgewählten Interviewpersonen vor, da der Pflegedirektor einerseits an der Planung und Implementierung des Projekts mitgewirkt hat und die befragten Personen täglich mit den neuen Strukturierungen auf der Station arbeiten und über die Veränderungen im Arbeitsalltag berichten können. Daher handelt es sich hier um Experten gemäß dem Verständnis bei qualitativen Interviews. Die Leitfragenstrukturierung ist sinnvoll, da die Interviews durch sie eine thematische Strukturierung erfahren und die interviewten Personen durch erzählgenerierende Fragen zu einer Präsentation ihrer eigenen Erfahrung motiviert werden. Hierbei ist es ratsam den Leitfaden relativ offen zu halten und die einzelnen Fragen nicht zu bürokratisch abzuarbeiten, damit die Fokussierung auf ein bestimmtes Themengebiet möglich ist und die offene Schilderung der Akteure nicht verhindert wird (Liebold & Trinczek, 2009, S. 35). Bei dem leitfadengestützten Interview steht der Interviewte nicht als Person, sondern als Träger von spezifischem Wissen, welches den Forscher interessiert, im Vordergrund und nicht seine speziellen Motivationen

oder der biographische Entstehungszusammenhang. Zudem ist eine Mischform von induktivem und deduktivem Vorgehen durch diese Befragungsart möglich, da die theoretischen Konzepte durchaus durch das erhobene Datenmaterial modifiziert werden können (Liebold & Trinczek, 2009, S. 37). Durch diese Aspekte ist die Befragungsmethode des leitfadengestützten Interviews für das untersuchte Projekt am geeignetsten. Bei der Entwicklung der Interviewfragen war von Bedeutung, dass sowohl offene Fragen gestellt werden, als auch konkretere Nachfragen bezüglich bestimmter Aspekte des untersuchten Konzeptes ermöglicht werden, um ein vollständiges Bild erhalten zu können. Zunächst ist eine Übersetzung der theoretischen Annahmen in konkrete Interviewfragen zu erstellen (Kaiser, 2014, S. 52). Diese Übertragung der Theorie in zu beantwortende Interviewfragen stellt die Operationalisierung dar. Dies müssen Fragen sein, die von den Interviewpartnern beantwortet werden können und ebenso Fragen, deren Antworten, das Datenmaterial in Hinblick auf die Fragestellung überprüfbar machen, weshalb herausgearbeitet werden muss, welche Faktoren für das untersuchte Phänomen relevant sind bzw. dieses beeinflussen (Kaiser, 2014, S. 55f.). Grundsätzlich sollte, wie oben erwähnt, bei der Befragung versucht werden, relativ offene Fragen zu stellen. Die Aspekte, die für das Forschungsvorhaben jedoch unabdingbar sind, sollten in direkten Fragen angesprochen werden, um den Interviewten dazu zu motivieren, die gewünschte Information zu liefern. Es empfiehlt sich, diese Fragen eher ans Ende des Interviews zu stellen, da sie andernfalls den Gesprächsverlauf stören könnten (Kaiser, 2014, S. 65). Bei der Generierung des Interviewleitfadens stand somit im Vordergrund, die wichtigsten Kriterien für die weitere Analyse in Interviewfragen zu transformieren und dies durch zunächst offene Fragen zu ermöglichen, die sich eventuell im Verlauf konkretisieren. Hierbei habe ich die Fragen in drei Sinnabschnitte eingeteilt, von denen ich ausgehe, dass sie für die weitere Analyse und zur Bearbeitung der Fragestellung relevant sein könnten.

Zunächst wurden allgemeine Informationen über die Person und deren Stellung, deren Aufgabengebiete und deren Arbeitsalltag im Krankenhaus erfragt. Daraufhin wurde der Fokus auf das Projekt allgemein und die Veränderung seit der Einführung der neuen Berufsgruppen gesetzt. Im weiteren Verlauf wurden dann konkrete Veränderungen der Aufgaben und Zuständigkeiten und mögliche Konsequenzen angesprochen und abschließend eine persönliche Bilanz des Projektes mit Vor- und Nachteilen aus der Sicht des Interviewten gezogen, um Faktoren, die auf eine Ent- oder Belastung hinweisen könnten, sichtbar zu machen.

Der Fokus der Interviews lag grundsätzlich auf den Veränderungen der Strukturen, Anforderungen und Aufgabengebiete der Mitarbeiter, besonders in Bezug auf die Pflegekräfte, da diese die Berufsgruppe mit der größten Signifikanz in Hinblick auf die Fragestellung darstellt.

Bei der Transkriptionsform der Interviews soll sich daran orientiert werden, welche Aspekte notwendig für die Analyse sind. Manchmal haben auch nonverbale Äußerungen Relevanz, teilweise liegt der Fokus jedoch nur auf dem Inhalt des Gesagten (Kuckartz, 2008, S. 27). Im Rahmen dieser Untersuchung und in Anbetracht der Analyseform der qualitativen Inhaltsanalyse wurde eine vereinfachte Form des Minimaltranskripts gewählt, welches sich an den Transkriptionsregeln von Kuckartz orientiert, von Dresing und Pehl jedoch noch weiterentwickelt und im Rahmen dessen mit Hilfe von vielen Transkriptionen vereinheitlicht wurden (2015, S. 20ff.). Grundsätzlich soll sich bei der Detailliertheit der Transkription daran orientiert werden, welche Aspekte wichtig für die Auswertung und Interpretation sind (Bogener & Littig & Lentz, 2014, S. 42f.). Da in Hinblick auf die Fragestellung rein inhaltliche Informationen zum Projekt und der Veränderungen seitdem relevant waren, fand die Entscheidung zugunsten der genannten vereinfachten Form des Minimaltranskripts aus.

5.2. Methode der Datenauswertung: qualitative Inhaltsanalyse

Bei der Auswertung der Interviews habe ich mich für die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse entschieden. Bei dieser Analysemethode werden mit Hilfe eines Suchrasters in Form eines Kategoriensystems die für die Fragestellung relevanten Informationen aus dem Text extrahiert und strukturiert. Das Kategoriensystem wird aus den theoretischen Vorüberlegungen selbst generiert und durch die Zuordnung der Informationen zu diesen Kategorien, enthalten diese somit die für die Fragestellung relevanten Aspekte. Durch das Kategoriensystem wird außerdem sichergestellt, dass die theoretischen Vorüberlegungen die Extraktion der relevanten Informationen anleiten (Gläser & Laudel, 2009, S. 200f.). Bei diesem Verfahren gibt es ein allgemeines orientierendes Ablaufschema nach Mayring (2010, S. 60), welches jedoch je nach Analyseintention bzw. Fragestellung noch in ein differenzierteres Ablaufschema untergliedert werden muss (Flick, 1995, S. 210f.).

Hierbei wurde eine inhaltliche Strukturierungsform gewählt, welche darauf abzielt „bestimmte Themen, Inhalte [und] Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen.“ (Mayring, 2010, S. 98). In Hinblick auf die Fragestellung erweist sich dieses Verfahren als sinnvoll, da so aus den Interviews herausgefiltert werden kann, ob das Projekt praktisch so umgesetzt wurde, wie es in der Theorie gedacht war. Das bedeutet konkret: Welche Veränderungen entstanden und welche Konsequenzen ergaben sich für die Situation der Pflegekräfte? Diese Zusammenfassung zu inhaltlichen Kategorien soll später ermöglichen, Aussagen über die Lösungsfähigkeit des Projektes in Bezug auf die diffuse Situation für die Pflegekräfte und den Zweckkonflikt zu tätigen.

In Anbetracht der Entscheidung zu einer inhaltlich strukturierten Analyse ergibt sich in diesem Fall folgendes Ablaufschema, welches sich an den Schemata von Mayring (2010, S. 93; S. 99) orientiert, jedoch teilweise zusammengefasste Schritte enthält.

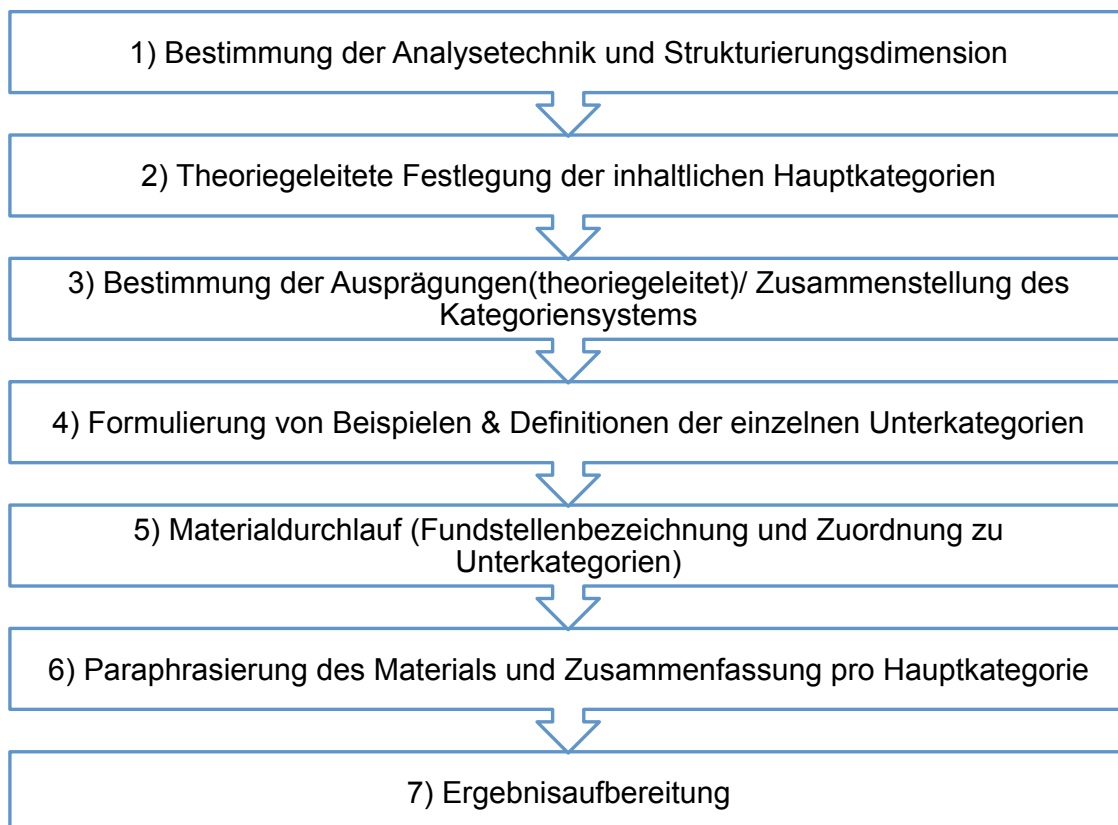


Abbildung 1: Ablaufschema der inhaltlichen Strukturierung, eigene Darstellung nach Mayring (2010, S. 93; S. 99)

Im ersten Schritt wird sich für eine Analysetechnik entschieden. Wie am Anfang des Kapitels erwähnt, wurde hier zum einen die Analysetechnik der Strukturierung gewählt und zum anderen die inhaltliche Vorgehensweise dieser. Im nächsten Schritt folgt nun die wichtige Aufgabe der Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien, welche theoriegeleitet vorgenommen wird. Hierbei steht grundsätzlich die Fragestellung der Arbeit im Mittelpunkt. Darüber hinaus wurde sich auch an den Erkenntnissen aus der Theorie und dem Interviewleitfaden orientiert, da sich bei diesen schon wichtige Aspekte zur Beantwortung der Fragestellungen herausgestellt haben. Die wichtigsten Hauptkategorien beinhalten gemäß Schritt 2, welche Veränderungen durch das Projekt erzielt wurden und wie sich diese auf die Alltagssituation des Pflegepersonals auswirken. Berücksichtigung finden darüber hinaus die zusammengefassten Problempunkte aus Kapitel 3.2.. Um Aussagen treffen zu können, wurde hierfür das folgende Kategoriensystem gewählt:

Hauptkategorie	Unterkategorien/ Beispiele	Definition
1) Aufgaben vor der Einführung des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> - Stationsleitung - Pflege 	Aufgaben, die den Berufsgruppen vorher zukamen
2) Aufgaben nach der Einführung des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> - Bereichsleitung - Leitstelle - Service - Pflege 	Aufgaben, die den Berufsgruppen nachher zukamen
3) Faktoren der Belastung	<ul style="list-style-type: none"> - Zeitdruck - Unterlaufen der formalen Vorgabe - Körperliches Unwohlsein - Unterbrechungen - Fehlende Pausen 	Alle Faktoren, die Anzeichen für Belastungen sein können
4) Faktoren der Entlastung	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Zeit - Weniger Unterbrechung - Pausen 	Alle Faktoren, die Anzeichen für eine Entlastung sein können
5) Wirtschaftlichkeit des Projekts	<ul style="list-style-type: none"> - Kosten-/ Nutzen-Relation des Projekts 	Anzeichen für die Wirtschaftlichkeit des Projekts
6) Sonstige Verbesserungen	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenzufriedenheit - Höhere Flexibilität - Höhere Qualität der Arbeit 	Positive Aspekte des Projekts, die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben könnten, aber nicht unmittelbar bezogen auf die Pflegekräfte

Tabelle 2: Categoriesystem zur Analyse der Interviewtranskriptionen, eigene Darstellung

Als letzten Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse sieht Mayring die Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien vor (2010, S. 60). An der Übertragbarkeit dieser klassischen Gütekriterien der Reliabilität und Validität auf die qualitative Forschung ist häufig Kritik geübt worden (Mayring, 2010, S. 116f.), weswegen in dieser Arbeit nur auf wenige ausgewählte Gütekriterien Bezug genommen wird.

Im Zusammenhang mit der Reliabilität der Untersuchung könnte das Verfahren der Intercoderreliabilität gewählt werden: Um zu untersuchen, wie objektiv die Vorgehensweise war, kann bei qualitativen Inhaltsanalysen so vorgegangen werden, dass mehrere Personen das untersuchte Material analysieren, um die Ergebnisse auf ihre Objektivität hin zu überprüfen (Mayring, 2010, S. 117). Aufgrund der Begrenztheit dieser Arbeit konnte dieses Kriterium keine Berücksichtigung finden. Nach der Analyse wurden die Interviewtranskriptionen erneut in Hinblick auf das gewählte Kategoriensystem und die für die Fragestellung relevanten Aspekte untersucht bzw. erneut überprüft, weswegen das Kriterium der Intracoderreliabilität (Mayring, 2010, S. 17) angewendet werden konnte.

Durch die Darstellung der Vorgehensweise und Analyseform, sowie des Kategoriensystems und der Darstellung der Interviewtranskriptionen im Anhang dieser Arbeit wird zusätzlich das Gütekriterium der Verfahrensdokumentation verwendet, durch welches der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar wird (Mayring, 2002, S. 144f.). Im Zuge der Überprüfung der Validität der Ergebnisse kann sich an einem Außenkriterium orientiert werden, indem weitere andere Untersuchungsergebnisse als vergleichend herangezogen werden (Mayring, 2010, S. 117). Zu diesem Aspekt lässt sich, auf diese Arbeit und Untersuchung bezogen, sagen, dass sich Probleme und Belastungen des Pflegepersonals, welche im Rahmen der Befragung ermittelt wurden, mit den Erkenntnissen aus der vorherigen Theorie deckten und die Untersuchung des Materials theoriegeleitet vorgenommen wurde. Dies kann als ein Indiz dafür angesehen werden, dass die Untersuchungsergebnisse eine gewisse Gültigkeit besitzen.

5.3. Beschreibung des Datenmaterials

Als die Fragestellung und im Zusammenhang mit dieser das Projekt im Krankenhaus Bhaus als Mittelpunkt dieser Arbeit festgelegt war, musste über das weitere Vorgehen entschieden werden. „Wenn das Erkenntnisinteresse geklärt ist und die Forschungsfrage expliziert ist, gilt es zu überlegen, in welchem Forschungsfeld man das beste Material zur Untersuchung dieser Frage finden kann.“ (Przborski & Wohlrab-Sahr, 2008, S. 21). Die Beantwortung der Frage nach dem Forschungsfeld war hier unproblematisch, da das Krankenhaus Bhaus das einzige Krankenhaus ist, welches das untersuchte Projekt durchgeführt hat. Somit war naheliegend, die empirischen Untersuchungen dort durchzuführen. Ansprechpartner für den Feldzugang war der für das Projekt verantwortliche Pflegedirektor, der im Zuge der Experteninterviews ebenso interviewt wurde. Dieser war für die Befragungen sehr offen und fungierte darüber hinaus als Kontaktperson für die weiteren Befragten auf der Station H4. Durch diese Forschungsoffenheit ergaben sich wenige Probleme bei dem Feldzugang.

Bei dem Material, welches als Grundlage zur Beantwortung der Fragestellung nach dem Lösungspotential des Projektes herangezogen wird, handelt es sich um die Transkriptionen der soeben erwähnten Interviews, welche mit fünf verschiedenen Vertretern der Berufsgruppen im Krankenhaus Bhaus durchgeführt wurden (siehe Anhang).

5.4. Methodenkritik

Im Rahmen der Methodenkritik kann zunächst kritisiert werden, dass nicht alle Gütekriterien, welche nach Mayring zum Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse gehören (2010, S. 116f.), herangezogen wurden. Im Bezug auf die Intercoderreliabilität könnte es also sein, dass das untersuchte Material von einer anderen Person anders interpretiert worden wäre bzw. andere Kategorien gewählt worden wären. Dieser Aspekt muss bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden. Insgesamt muss bei der qualitativen Datenerhebung grundsätzlich beachtet werden, dass bei dieser Herangehensweise keine statistische Verallgemeinerung der Ergebnisse erlaubt sind. Es wurden lediglich fünf Personen als Experten für das Projekt und die Umsetzung dessen befragt. Es kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass Befragte, insbesondere andere Pflegekräfte, das Projekt und die Arbeitsbedingungen anders bewerten würden. Eine quantitative Untersuchung in diesem Bereich würde sich anbieten, um eine größere Stichprobe zu erreichen und eindeutiger verallgemeinerbare Aussagen treffen zu können. Eine weiterführende Betrachtung des Projektes durch Befragung anderer beteiligter Berufsgruppen wie die der Ärzte oder einer quantitativen Studie wären somit erstrebenswert, sind aufgrund des Umfangs der Untersuchung jedoch nicht durchführbar.

Als schwierig gestaltete sich die Darstellung des Forschungsinteresses, da die zu beantwortende Fragestellung offen ausgesprochen möglicherweise zu Irritationen oder Misstrauen geführt hätte. Somit musste sehr vage ein allgemeines Interesse an dem Projekt als Anlass der Interviews angegeben werden, da sonst bei der Annahme, dass es zu einer Beurteilung des Projektes kommen sollte, eventuell verzerrte Aussagen getroffen worden wären. Die Anonymisierung der Daten verringert darüber hinaus das Risiko von verfälschtem Material, da die Befragten sicher sein konnten, dass auch negative Aspekte nicht auf ihre Person oder das Krankenhaus zurückführbar sind.

In der Interviewsituation kam es zu der Problematik, dass bei den wertneutralen offenen Formulierungen der Fragen die Befragten teilweise nicht wussten, was sie antworten sollten, weswegen in der Interviewsituation auf Beispiele meinerseits zurückgegriffen wurde, um den Befragten eine Antwort zu ermöglichen. Hier wäre zu kritisieren, dass diese spontanen Beispiele eventuell die Antwort der Befragten beeinflusst haben und diese bei einer anderen Formulierung möglicherweise anders geantwortet hätten. Für ein übergreifendes Bild hätte, wie bereits angesprochen, die Befragung von ärztlichem Personal vorgenommen werden können, um Aussagen über die abgegebenen Aufgaben an das Pflegepersonal aus einer anderen Perspektive beurteilen zu können und eventuelle weitere Verbesserungen in Bezug auf die Patientenversorgung aufzudecken. Da der Schwerpunkt der Betrachtung jedoch auf der Situation der Pflegekräfte lag und nicht primär eine Beurteilung des Projektes allgemein vorgenommen werden sollte, wurde hierauf verzichtet.

Zusammenfassen lässt sich somit Folgendes: Es besteht das grundlegende Risiko einer Ex-Post-Rationalisierung der Antworten, da ein zurückliegendes Ereignis auf seinen Erfolg hin untersucht wird. Dieses Risiko muss so weit wie möglich abgemildert werden, was durch das Interviewdesign gemacht wurde. Die offene, wertneutrale Formulierung der Fragen und die unspezifische Vorstellung des Untersuchungsinteresses haben als Ziel, den Faktor eines erwünschten Antwortverhaltens zu minimieren und die Interviewten nicht auf eine Antwort bzw. Ergebnis zu lenken. Da die Interviewten nicht über das konkrete Ziel der Untersuchung informiert wurden, kann davon ausgegangen werden, dass eventuell drohende Verfälschung hinsichtlich der Zielwirksamkeit des Projekts bestmöglich abgehalten wurden. Die Anonymisierung der Daten und der interviewten Personen hat darüber hinaus den Effekt, dass auch kritische Stimmen ermöglicht werden und der Effekt der sozialen Erwünschtheit des Antwortverhaltens und drohender Konsequenzen im Untersuchungsgegenstand minimiert werden. Die hier erfolgte Untersuchung und das Forschungsdesign stellt unter diesen Umständen einen geeigneten Weg dar, erste Antworten auf die Frage, ob das Projekt eine Verbesserung der problematischen Situation für das Pflegepersonal und die damit zusammenhängende Versorgungsqualität ausgelöst durch den Zweckkonflikt sein kann, zu finden.

6. Darstellung der Ergebnisse und Analyse des Konzeptes in Hinblick auf die Lösungsfähigkeit

Bisher konnte gezeigt werden, dass eine stärkere Ausrichtung an Aspekten der Wirtschaftlichkeit und die sich daraus ergebende Handlungsfolge des Abbaus an Pflegekräften nur schwer mit den Anforderungen an eine angemessene Pflege vereinbar sind und sich daraus eine problematische Situation für die Pflegekräfte ergeben könnte, die versuchen müssen bestmöglich mit den verschiedenen Anforderungen und Bedingungen umzugehen.

Zunächst sollte festgestellt werden, dass, wie in Kapitel 2.1. erwähnt, Zweckkonflikte in Organisationen häufig durch das Unterlaufen der Formalstruktur gelöst werden bzw. die Akteure, in der jeweiligen Situation opportunistische Verhaltensweisen zeigen. Sie versuchen eine Möglichkeit zu finden, sich so zu verhalten, dass man einem der Zwecke gerecht werden kann und der andere so wenig wie möglich eingeschränkt wird. Das untersuchte Projekt versucht im Gegensatz dazu eine formale Möglichkeit für die Lösung des Zweckkonflikts zu bieten. Es wurden offizielle Umstrukturierungen der Organisationsstruktur vorgenommen, um die problematische Situation für das Pflegepersonal zu verbessern. Im Rahmen der Analyse sind somit alle Faktoren, die weniger Arbeit oder eine Entlastung für die Pflegekräfte bewirken, von besonderer Bedeutung.

Bevor es nun zu einer detaillierten Analyse anhand des Categoriesystems kommt, muss auf einen signifikanten Punkt eingegangen werden. Grundsätzlich steht der Zweckkonflikt zwischen der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistung und der medizinischen Versorgung im Mittelpunkt dieser Arbeit. Bei der problematischen Situation der Pflegekräfte, die sich letztendlich aus dem Zweckkonflikt ergibt, handelt es sich um ein Beispiel für eine Folge des Zweckkonflikts. Es wird sich hier somit auf die Ebene der Akteure bezogen. In der folgenden Analyse des Konzepts wird der Fokus zunächst auf diesem Beispiel liegen und die Lösungsfähigkeit des Konzepts in Hinblick auf diese Folge betrachtet. Nachfolgend wird dann noch einmal erläutert, welche Relevanz diese Erkenntnisse für den Zweckkonflikt der Organisation allgemein, der übergeordneten Ebene der Organisation, haben.

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Interviewtranskriptionen auf die in Tabelle 2 dargestellten Aspekte hin untersucht. Gemäß Schritt 6 in Abbildung 1 sieht die inhaltliche Strukturierung eine Paraphrasierung des Materials vor. Daher werden im Folgenden die Inhalte pro Kategorie zusammenfassend dargestellt und lediglich Beispiele aus den Interviews als Quellenangaben genannt.

Nach Kategorie 1 sollten zunächst die Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen vor der Einführung des Projekts untersucht werden, um diese mit den theoretischen Projektangaben und dann mit dem Aufgabenspektrum nach der Einführung vergleichen zu können. Da die Veränderung des Aufgabenumfangs hierbei im Vordergrund steht, wird hier keine detaillierte, sondern nur eine komprimierte Erläuterung der Aufgaben vor dem Projekt stattfinden.

Grundsätzlich hat sich in der empirischen Untersuchung die theoretische Darstellung der Aufgabenverteilung aus Kapitel 4 bestätigt. Es lässt sich festhalten, dass das Pflegepersonal vorher in nahezu allen Aufgabenbereichen, die auf der Station anfallen, involviert war (Interview 5, Z. 163-166). Alle Aufgaben, die jetzt den Service- und Leitstellenmitarbeitern zukommen, wurden vor der Einführung des Projekts von den Pflegekräften erledigt (Interview 2, Z. 108-112). Zur früheren Stationsleitung lässt sich zusammenfassend sagen, dass diese im Laufe des Projekts zur so genannten „Bereichsleitung“ gewechselt hat (Interview 1, Z. 82ff.). Vorher war diese lediglich für eine Station zuständig, wohingegen sie nun die Verantwortung und Organisation von ein bis drei Stationen übernimmt (Interview 1, Z. 84-92). Die vorherigen Aufgaben der Stationsleitung sind in der Befragung nicht weiter erläutert worden bzw. überschneiden sich mit dem Aufgabengebiet der Bereichsleitung. Die Aufgaben des Pflegedirektors und der Ärzte zählt auch zu einem Bereich, auf den in Anbetracht des Schwerpunktes nicht weiter eingegangen wird.

Wesentlich größere Relevanz haben die Aufgaben, welche sich nach der Einführung des Projekts neu verteilt haben. Die Leitstellenmitarbeiter sind beispielsweise zuständig für Terminkoordination, Telefonarbeit, Ausarbeitung der Visiten, Patientenentlassungen, -neuaufnahmen und -transporte (Interview 1, Z. 407-414; 428-442; Interview 3, Z. 4-23, Z. 59-62, Z. 68-74). Dies deckt sich auch mit der Angabe aus der Theorie, dass sie die administrativen Aufgaben übernehmen sollen. Die Servicemitarbeiter sind maßgeblich für den hauswirtschaftlichen Bereich und insbesondere für die Speisenversorgung zuständig (Interview 1, Z. 330-332; Interview 4, Z. 9-20; 54-60). Zudem übernehmen sie die Reinigung des Patientenumfeldes (Interview 1, Z. 395-403; Interview 4, Z. 20-28) und kleinere Hilfsaufgaben am Patienten, wie das Anreichen von Essen beispielsweise (Interview 4, Z. 33-42; Interview 5, Z. 25). Die Aufgaben der Leitstellen- und Servicemitarbeiter waren vorher in dem Bereich der Pflege angesiedelt.

Neue Aufgaben, die die Pflegekräfte übernehmen müssen, lagen im Rahmen der Fragestellung und somit im Laufe der Befragung im Fokus und können den Inhalten der Kategorie 2 zugeordnet werden. Das Pflegepersonal übernimmt seit der Einführung des Projekts Arbeiten, die vorher von Ärzten erledigt wurden. Hierzu zählen unter anderem, Blutabnahmen, IV-Injektionen und das Legen von Venenverweilkanülen und Magensonden (Interview 1, Z. 188-195; Interview 2, Z. 136-141; Interview 5, Z. 130f.). Diese Aufgabenübernahme lässt sich so auch in der Konzeption des Projektes finden.

Die Befragungen ergaben jedoch noch einige andere Aufgaben darüber hinaus, welche dem Pflegepersonal nun auch zukommen. So betonte die Schwester Aufgaben wie die Behandlungs-Dokumentationen (Interview 5, Z. 168, 197ff.), die in der Formalstruktur des Projektes zunächst weiterhin zum Bereich des ärztlichen Personals gehörte. Außerdem nannte sie das Erstellen von Zuckerprofilen und Blutgasanalysen, welche früher das Labor tätigten (Interview 5, Z. 131-133). Zusätzlich mussten die Pflegekräfte die neuen Mitarbeiter einarbeiten (Interview 3, Z. 201f.). Im Laufe des Projektes entstanden unter anderem das Bezugspflegekonzept, welches beinhaltet, dass bestimmte Pflegekräfte zu Bezugspflegekräften ausgebildet wurden (Interview 1, Z. 132). Diese machen eine „herausgehobene Tätigkeit“ (Interview 1, Z. 543), sind den anderen Pflegekräften „nicht in der Hierarchie übergeordnet, aber in der Fachlichkeit“ (Interview 1, Z. 544f.). Sie planen den Arbeitsprozess (Interview 1, Z. 545), sind als Ansprechpartner für die anderen Pflegekräfte, die Ärzte und für Problempatienten zuständig (Interview 1, Z. 554-559). Weiterhin stellte sich heraus, dass die Aufgabenverteilung sich in groben Zügen wie bereits beschrieben, verändert hat, dass das Pflegepersonal jedoch weiterhin überall mit hilft, ansprechbar ist und sich eigentlich keinem Aufgabengebiet vollständig entziehen kann (Interview 4, Z. 80f., Z. 88; Interview 3, Z. 119-122; Interview 5, Z. 85-89). Besonders deutlich wird dies bei der Betrachtung, dass sowohl die Leitstellen- als auch die Servicemitarbeiter nur Teilzeitkräfte sind und nur zu den Stoßzeiten anwesend sind, sodass das Pflegepersonal in den Abendstunden und am Wochenende wieder das gesamte Aufgabenspektrum übernimmt (Interview 1, Z. 458ff.; Interview 2, Z. 180-191). Im Zusammenhang mit der Umstrukturierung der Aufgabengebiete gab es in den Interviews zwei Schlüsselstellen. Um später eine Beurteilung über die Belastung bzw. Entlastung des Pflegepersonals tätigen zu können, muss überprüft werden, in welchem Verhältnis das abgegebene und übernommene Aufgabengebiet zueinander stehen. Hierbei sind im Zuge der Befragung zwei verschiedenen Aussagen getätigt worden. Zum einen gibt der Pflegedirektor an, dass die „Pflege [...] bestimmte Tätigkeiten aus dem ärztlichen Dienst übernommen [hat], aber bei weitem nicht soviel, wie sie abgegeben haben.“ (Interview 1, Z. 223ff.). Dem gegenüber sagt die Pflegeperson, dass sich der abgegebene Aufgabenanteil und der übernommene Aufgabenanteil ungefähr ausgleichen und sie das Gefühl hat, dass es sogar immer mehr wird (Interview 5, Z. 196-199). Sie betonte, dass ihr zwar Arbeit abgenommen wurde, sie jedoch sehr zeitaufwendige Arbeit dazubekommen hat (Interview 5, Z. 127-134, Z. 167-170). Es kann anhand dieses Widerspruchs der Aussagen an dieser Stelle nicht ein-

deutig gesagt werden, wie das Verhältnis der Aufgabenanteile von abgegebenen und übernommenen Aufgaben tatsächlich ist. Anhand der weiter oben getätigten Auflistung ist jedoch zu vermuten, dass der Pflege ein größeres Aufgabenspektrum zukommt. Auch die Tatsache, dass der Pflegedirektor zuständig und verantwortlich für das Projekt ist, könnte ein Indiz dafür sein, dass seine Aussage nicht der Realität im Arbeitsalltag einer Pflegekraft entsprechen könnte. Es ist nachzuvollziehen, dass er ein Interesse an dem Erfolg des Projekts und der Darstellung dessen hat. Zudem gibt auch die Stationsleitung an, dass sie nicht eindeutig sagen könnte, ob ein Zeitgewinn vorläge, da andere Aufgaben in den Bereich der Pflege dazu gekommen seien (Interview 2, Z. 287-292). Auf der Grundlage der Informationen aus den Interviews ist zu betonen, dass sich einige Aufgaben für die Pflegekräfte abzeichnen lassen, die formal nicht so konzipiert sind und sich so ein höherer Arbeitsaufwand für die Pflegekräfte abzeichnet.

In Anlehnung daran ist es an dieser Stelle naheliegend auf die wichtigsten Aspekte der Kategorie 3 einzugehen. Diese Kategorie ist von Bedeutung, da das Projekt unter anderem dann zielführend wäre, wenn durch die Umstrukturierung eine Entlastung für die Pflegekräfte erfolgte. Das untersuchte Beispiel der problematischen Situation für das Pflegepersonal ist eine prekäre Folge des Zweckkonflikts. Wenn diese Folge durch das Projekt gemildert werden könnte bzw. die Situation für die Pflegekräfte verbessert würde, könnte von einem erfolgreichen Projekt in diesem Zusammenhang gesprochen werden.

Zunächst standen in Kategorie 3 theoriegeleitete Faktoren im Vordergrund, die Anzeichen für Belastungen darstellen könnten. Einer der wichtigsten Punkte ist hier der Zeitdruck, welcher auch in der Theorie als großes Problem genannt wurde und eine Folge der Unterbesetzung darstellt. Die fehlende Zeit für Aufgaben oder der Zeitdruck an sich wird an mehreren Stellen deutlich. Die befragte Pflegekraft gibt an, dass die Schwestern trotz der Umstellung nicht mehr Zeit als vorher haben (Interview 5, Z. 169f.). Zudem sagt sie, dass alle unter Zeitdruck stehen und dies besonders in der Pflege der Fall ist (Interview 5, Z. 237f.). Der Pflegedirektor gab zusätzlich an, dass aufgrund der kürzeren Verweildauer und beschränkter Ressourcen mehr Schnelligkeit gefragt ist und das Pflegepersonal zielgenaue medizinische Betreuung bieten muss, wobei die soziale Betreuung abnehme (Interview 1, Z. 529-538). Aspekte wie fehlende Zeit für die psychosoziale Betreuung (Interview 5, Z. 247-254) oder das Unterlaufen der formalen Vorgaben aufgrund von Zeitnot (Interview 5, Z. 106- 110) werden auch erwähnt. Zusätzlich kann die Tatsache genannt werden, dass es weiterhin seit dem Projekt zu Unterbrechungen bei der Medikamentenverteilung kommt (Interview 5, Z. 212f.). Hinzu kommen die fehlenden Pausen und Situationen, in denen Pflegekräfte über Unwohlsein berichten. Als die Pflegekraft zum Interview kam, teilte sie mir zunächst mit, dass sie eigentlich keine Zeit und schon seit zwei Stunden offiziell Feierabend habe. Zudem klagte sie während des Interviews über Konzentrationsprobleme und wies darauf hin, dass sie noch nicht zu einer Pause gekommen sei und auch noch nichts getrunken habe (Interview 5, Z. 148f.). Unabhängig davon teilte mir auch die Leitstellenmitarbeiterin vor dem Gespräch mit, dass sie noch nicht zum Frühstück gekommen sei, obwohl es schon 14:00 Uhr zu diesem Zeitpunkt war. Auch dies könnten Anzeichen für Belastungen sein und deutet darauf hin, dass sich Probleme wie die hohe Arbeitsbelastung und die Zeitnot nicht verbessert haben. Über dies hinaus nannten sowohl der Pflegedirektor, als auch die Pflegekraft das Problem des Personalmangels (Interview 1, Z. 171-174, 624f.; Interview 5, Z. 174-177, 235ff.). In der Kategorie 3 ließen sich somit einige Hinweise auf eine immer noch bestehende Belastung des Pflegepersonals finden.

In Hinblick auf Kategorie 4 sollten nun Aspekte aus dem Material herausgearbeitet werden, die eine Entlastung für das Pflegepersonal darstellen könnten, da diese wie bereits erwähnt für ein erfolgreiches Projekt sprechen könnten. Als Entlastung kann die Tatsache angesehen werden, dass die Service- und Leitstellenmitarbeiter auch zu den Patienten gehen, wenn diese wegen Fragen oder Problemen klingeln. Häufig haben die Patienten in diesen Fällen nur Servicefragen (Interview 2, Z. 249-254; Interview 4, Z. 98ff.), sodass die Unterbrechung von rein pflegerischen Aufgaben des Pflegepersonals nicht nötig ist und den Pflegekräften in solchen Situationen teilweise Zeit verschafft wird (Interview 2, Z. 265-271). Zudem werden die Pflegekräfte bei der Essenserfassung und -verteilung unterstützt (Interview 2, Z. 246ff.) und durch die Terminkoordination und Telefonarbeit der Leitstellenmitarbeiter (Interview 1, Z. 410- 413). Kritisch zu betrachten ist hierbei jedoch, dass die genannten Veränderungen von der Pflegekraft nur sehr eingeschränkt als entlastend wahrgenommen werden. So gab die befragte Pflegekraft an, dass lediglich bei der Medikamentenvergabe am Abend die Übernahme der Essensverteilung eine Entlastung dahingehend bewirkt, dass sie bei der Verteilung weniger unterbrochen wird, sie diese aber weiterhin zügig durchführen muss und Unterbrechungen vorkommen (Interview 5, Z. 209-215). Das Essen-Anreichen und Schmieren von Brötchen (Interview 5, Z. 216f.), die Aufgabenübernahme von Entlassungen (Interview 5, Z. 222-226) und der Hol- und Bringdienst von

Patienten (Interview 5, Z. 226f.) sind die einzigen Aspekte, welche als entlastende Faktoren vom Pflegepersonal angegeben wurden. Über diese Tatsache hinaus gibt sie aber an, dass sie die Einführung der neuen Berufsgruppen nur unter der Bedingung als Unterstützung wahrnehme, wenn im Zuge dessen auch eine Aufstockung des Pflegepersonals stattfände (Interview 5, Z. 186ff.). Diese Textpassage kann auch als Schlüsselstelle angesehen werden, da hier deutlich wird, dass die Einführung der neuen Berufsgruppen im Rahmen des Projektes die Problematik des fehlenden Pflegepersonals und der damit zusammenhängenden steigenden Belastung aus Sicht der befragten Pflegekraft nicht lösen kann. Eine Entlastung kann aus ihrer Sicht nur unter der Voraussetzung der Einstellung neuer Pflegekräfte stattfinden.

Die Kategorien 1 bis 4 bezogen sich auf die Situation der Pflegekräfte. Die Fragestellung beinhaltet jedoch genauer betrachtet zwei Ebenen. Zum einen geht es konkret um die gerade erwähnte Lösung der Problematik für die Pflegekräfte, die sich aus den Folgen des Zweckkonflikts ergibt. Zudem soll auch betrachtet werden, welche Bedeutung diese Erkenntnisse für den untersuchten Zweckkonflikt im Krankenhaus allgemein zukommt. Für diesen Bereich geben die Inhalte der Kategorien 5 und 6 mehr Aufschluss.

Die nächste Kategorie beinhaltet Aspekte der Wirtschaftlichkeit des Projektes. Damit das Projekt eine Lösung über die konkrete Problematik der Pflegekräfte hinaus für den Zweckkonflikt im Krankenhaus allgemein bieten kann, muss eine Lösung im Sinne beider Zwecke angestrebt werden. Die Maßnahme müsste somit vorteilhaft für beide Zwecksetzungen sein. Im Hinblick auf den Zweck der Wirtschaftlichkeit dürften keine höheren Kosten entstehen. Die Maßnahme, hier das Projekt, darf somit unabhängig von der eventuellen Verbesserung der medizinischen Versorgung keine zusätzlichen Kosten verursachen. Andernfalls wäre sie nicht sinnvoll für den Zweck der Wirtschaftlichkeit. In Bezug auf die wirtschaftliche Bilanz des Projektes gab der Pflegedirektor Hinweise darauf, dass von einer „sehr wirtschaftlichen Situation“ (Interview 1, Z. 753) ausgegangen werden kann. Die neuen Berufsgruppen sind preisgünstiger als Pflegekräfte (Interview 1, Z. 216f.) und die Pflegekräfte übernehmen Aufgaben aus dem Bereich der Ärzte (Interview 1, Z. 188-196), sodass insgesamt preisgünstigeres Personal die gleiche Arbeit macht (Interview 1, Z. 768). Im Rahmen des Interviews mit dem Pflegedirektor wurde deutlich, dass bezogen auf die Wirtschaftlichkeit des Projekts eine Situation vorliegt, in der „erheblich mehr Menschen [die gleiche Arbeit machen] bei gleichbleibendem Budget“ (Interview 1, Z. 770ff.). Ohne zusätzliche Kosten wird somit dadurch ein Entlastungspotenzial geschaffen. Unabhängig davon, ob diese Entlastung eintritt, kann also zunächst davon ausgegangen werden, dass die Maßnahme zumindest bezogen auf den Zweck der Wirtschaftlichkeit als sinnvoll zu erachten ist.

Im nächsten Schritt sollte nun betrachtet werden, wie die Maßnahme in Hinblick auf den Zweck der medizinischen Versorgung zu beurteilen ist. Es sollte durch das Projekt eine Verbesserung der medizinischen Versorgung eingetreten sein. Diese Beurteilung ist sehr diffizil, da viele Faktoren Einfluss auf die Qualität der medizinischen Betreuung und Versorgung haben. Zunächst sind hier Inhalte der Kategorie 6 zu nennen. Die neuen Berufsgruppen sind nicht direkt für die medizinische Versorgung des Patienten zuständig. Sie nehmen eher indirekt Einfluss auf die medizinische Versorgung durch administrative Aufgaben, die Essensverteilung oder die soziale Betreuung. Dies sind gelegentlich auch Faktoren, welche Einfluss auf den Krankenhausaufenthalt und die Genesung des Patienten haben und somit mittelbar die medizinische Versorgung des Patienten beeinflussen können. In den Interviews wurde beispielsweise genannt, dass die neuen Berufsgruppen die Aufgaben, welche vorher Pflegekräfte gemacht haben, qualitativ hochwertiger und motivierter erledigen (Interview 1, Z. 217f.) Darüber hinaus bietet das Projekt dem Bereichsleiter die Möglichkeit, flexibler mit Personalengpässen umzugehen (Interview 2, Z. 223-228). Dieser flexiblere Umgang kann bei Personalausfällen indirekt auch einen Einfluss auf die medizinische Versorgung haben. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass die Patientensicherheit steigt, da diese insgesamt besser überwacht werden können. Zwar können in Notfallsituationen die Service- und Leitstellenmitarbeiter keine kompetente pflegerische Versorgung gewährleisten. Sie sind jedoch für die erste Hilfe in Notfallsituationen geschult und können Pflegekräfte benachrichtigen (Interview 2, Z. 272-281). Auch Anzeichen für eine Verbesserung der sozialen Betreuung von Patienten haben sich abgezeichnet, dadurch dass die Patienten zusätzliche Ansprechpartner haben (Interview 2, Z. 292-308). Als letzter Punkt ist die Verbesserung der Speisenversorgung zu nennen, bei der durch die Umstellung im Rahmen des Projektes eine höhere Patientenzufriedenheit zu verzeichnen ist (Interview 1, Z. 785-789). Dies waren die Aspekte der Kategorie 6, die auf eine sinnvolle Maßnahme in Hinblick auf den Zweck der medizinischen Versorgung hinweisen könnten, dadurch dass sie indirekt Einfluss auf die Versorgungsqualität der Patienten haben. Die Qualität der Patientenversorgung ist jedoch, wie in Kapitel 3.2. erwähnt, prinzipiell abhängiger von den Pflegekräften, sodass zur Beurteilung der Maßnahme als gelungen im Sinne des Zweckes einer guten medizini-

schen Versorgung hier erneut die problematische Situation der Pflegekräfte Berücksichtigung finden muss. Es wird in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass die Bedingungen für das Pflegepersonal in unmittelbarem Zusammenhang mit der Patientenversorgung zu sehen sind. Da die Belastung der Pflegekräfte nur geringfügig verbessert wurde, ist es fraglich, ob von einer sinnvollen Maßnahme für den Zweck der medizinischen Versorgung gesprochen werden kann.

Gemäß des Ablaufschemas in Abbildung 1 fand in diesem Kapitel die Paraphrasierung und Zusammenfassung pro Hauptkategorie statt. Im folgenden Kapitel sollen nun die Erkenntnisse gemäß Schritt 7 des Ablaufschemas, die sich aus der Analyse der Kategorien ergeben haben, zusammenfassend dargestellt werden und zur Beantwortung der Fragestellung dienen.

7. Fazit

Nach Darstellung und Analyse der Ergebnisse lässt sich zusammenfassend Folgendes festhalten: Es gibt Anzeichen dafür, dass den Pflegekräften Aufgaben aus dem hauswirtschaftlichen und administrativen Bereich abgenommen wurden. Gleichwohl haben sie Aufgaben aus dem medizinischen Bereich übernehmen müssen und in den Befragungen wurde deutlich, dass das Pflegepersonal zeitweise weiterhin für alle Aufgabenbereiche zur Verfügung stehen muss. Zudem sind weitere Aufgaben wie unter anderem die Einarbeitung der neuen Berufsgruppen, die Behandlungsdokumentation oder Aufgaben aus dem Bereich der Labortätigkeit im Alltag dazu gekommen. Allerdings werden über den Umfang der Aufgaben des Pflegepersonals vom Pflegedirektor und der Pflegekraft selbst unterschiedliche Aussagen getätigt. Faktoren wie die weiterhin vorhandene hohe Belastung und Zeitnot sind eher Hinweise dafür, dass die problematische Situation für die Pflegekräfte durch den Personalmangel im Rahmen des Projekts nicht vollständig gelöst werden kann. In Bezug auf diese Situation der Pflegekräfte muss also nach der Analyse der Interviews festgehalten werden, dass lediglich von einer geringfügigen Verbesserung der Gegebenheiten, nicht jedoch von einer Lösung dieses Problems die Rede sein kann.

Einer minimalen Verbesserung einer Folge des Zweckkonflikts kann also insofern zugestimmt werden, als die Pflegekräfte einzelne Aspekte, wie die Essensverteilung am Abend, den Hol- und Bringdienst und die Übernahme von Entlassungen durch die neue Berufsgruppen, als entlastend wahrnehmen. Gleichwohl würde die befragte Pflegekraft einer Entlastung durch das Projekt nur unter der Bedingung zustimmen, dass neues Pflegepersonal eingestellt wird, weswegen nur eingeschränkt von einer Verbesserung und nicht von einer Lösung der problematischen Situation des Pflegepersonals die Rede sein kann und das Projekt in Hinblick auf diese Folge nur bedingt als erfolgreich angesehen werden kann.

Im Rahmen des Untersuchungsinteresses stellt sich nun die Frage, welche Aussagen über den Zweckkonflikt auf der organisatorischen Ebene getätigt werden können. Das Projekt könnte eine Lösung für den Zweckkonflikt sein, wenn es eine wirtschaftliche Maßnahme darstellt, die die Situation der Pflegekräfte und die Versorgungsqualität der Pflege verbessert. Im vorherigen Kapitel wurde die Wirtschaftlichkeit des Projektes bereits bejaht. Die Schwierigkeit der Beurteilung einer Verbesserung der Situation der Pflegekräfte und der Qualität der medizinischen Versorgung liegt jedoch darin begründet, dass nicht alle Faktoren, welche Einfluss auf die Verbesserung haben, betrachtet werden können. Ob die Qualität der Patientenversorgung wirklich schlechter oder besser geworden ist oder gleich blieb, lässt sich anhand des hier untersuchten Datenmaterials nicht eindeutig feststellen. Es konnten lediglich nur einzelne Facetten Betrachtung finden und der Fokus der Untersuchung lag auf den Folgen für die Akteure. Diese diffizile Situation der Pflegekräfte, welche im direkten Zusammenhang mit dieser Qualität der Patientenversorgung steht, deutet eher darauf hin, dass die Maßnahme im Bezug auf den Zweck der medizinischen Versorgung nicht geeignet ist. Ob die Belastung jedoch nur die subjektive Wahrnehmung einer einzelnen Pflegekraft war oder sich die Pflegequalität trotz dieser Wahrnehmung vielleicht in Hinblick auf andere Aspekte durch das Projekt eventuell sogar verbessert hat, kann nicht eindeutig gesagt werden. Hierfür gibt es zwar Hinweise auf Verbesserungen im Sinne von besseren Überwachungsmöglichkeiten oder gewonnener Flexibilität. Für eine Beantwortung der Frage wären weitere Untersuchungen und die Betrachtung zusätzlicher Aspekte nötig. Beispielsweise könnten weitere Pflegekräfte des Krankenhauses Bhaus befragt werden, um die Wahrnehmung der Belastung verallgemeinern zu können. Eine andere Möglichkeit bestünde darin, dass auch andere Faktoren untersucht werden, die Einfluss auf die Versorgungsqualität haben, wie die gewonnene Zeit, die den Ärzten dadurch zur Verfügung steht, dass die Pflegekräfte medizinische

Aufgaben übernommen haben. Die Arbeit der Ärzte steht auch in direktem Zusammenhang mit der Versorgungsqualität und hat Einfluss auf den Zweck der medizinischen Versorgung, blieb in dieser Untersuchung jedoch unberücksichtigt. Zudem müssten Kriterien entwickelt werden, anhand dessen man die Versorgungsqualität und eine eventuelle Verbesserung dieser überprüfen kann. Dies würde ermöglichen, die Gewichtung des Einflusses der verschiedenen Faktoren festzustellen und zukünftige Maßnahmen auf die Faktoren auszurichten, welche den größten Einfluss auf die Versorgungsqualität der Patienten aufweisen.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Untersuchung dieser Arbeit gezeigt hat, dass auf der Ebene der Akteure, hier der Pflegekräfte, durch das Projekt von einer geringfügigen Verbesserung ausgegangen werden kann. Die Umstände in der Pflege haben sich geringfügig verbessert. Das Problem des Personalmangels und der daraus resultierenden höheren Arbeitsbelastung und Zeitnot ist gleichwohl vorhanden. Die problematische Situation der Pflegekräfte wurde exemplarisch als eine Folge des Zweckkonfliktes herangezogen und untersucht. Insbesondere wurde der Fokus auf die hohe Arbeitsbelastung der Pflegekräfte und eine eventuelle Entlastung durch die zusätzlichen Berufsgruppen gesetzt. Eine Beurteilung der Lösung des Zweckkonflikts in allen Aspekten kann diese Arbeit nicht leisten. Die Ergebnisse der Untersuchungen können lediglich erste Antworten auf die Frage nach den Verbesserungen geben.

Der Zweckkonflikt auf der organisatorischen Ebene hat jedoch noch weitere Folgen, ist vielfältiger und komplexer. Die weiterhin bestehende hohe Belastung und das ungelöste Problem des Personalmangels lassen keine sinnvolle Maßnahme zur Lösung des Zweckkonflikts erkennen. Es muss berücksichtigt werden, dass nicht alle Faktoren, welche Einflüsse auf den Zweck der medizinischen Versorgung haben, untersucht wurden und Veränderungen im Bereich der Versorgungsqualität nicht gemessen werden konnten, sodass die Untersuchungen dieser Arbeit keine eindeutigen Aufschlüsse über die Lösungsfähigkeit für den untersuchten Zweckkonflikt im Krankenhaus auf der organisatorischen Ebene geben können.

8. Literaturverzeichnis

- Abraham, Martin. (2004). *Einführung in die Organisationssoziologie. Studienskripten zur Soziologie* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften
- Alber, Jens. (1990). *Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands in der Bundesrepublik*. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Köln.
- Apelt, Maja. (2012). *Handbuch Organisationstypen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Badura, Bernhard & Feuerstein Günter.(1994). *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Gesundheitsforschung*. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl.
- Bär, Stefan. (2011). *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden.
- Blau, Peter Michael & Scott ,William Richard. (1962). *Formal Organizations*. San Francisco: Chandler.
- Bode, Ingo. (2010). *Der Zweck heiligt die Mittel? : Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor*. Der Zweck Heiligt Die Mittel?, 2010, 63- 92.
- Bogner, Alexander & Littig, Beate & Lentz, Wolfgang. (2014). *Interviews mit Experten. Qualitative Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2013). Stationäre Behandlung. Krankenhauslandschaft. Abgerufen von <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhauslandschaft.html> (10.04.2016)
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Auflage. Marburg, 2015. Abgerufen von www.audiotranskription.de/praxisbuch (23.04.2016)
- Flennreiss, Gerhard & Rümmele, Martin. (2007). *Medizin vom Fließband. Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung und ihre Folgen*. Wien: SpringerWienNewYork.
- Flick, Uwe (Ed.). (1995). *Handbuch qualitative Sozialforschung* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Frömming, Norbert. (1973). *Strukturorganisation und Entscheidungsprozess im Krankenhaus aus verhaltenstheoretischer Sicht*. Bamberg.
- Gläser, Jochen & Laudel, Grit. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Lehrbuch* (3. überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Haensel, Liva. (2009). *Pflegeforum Zu wenig Zeit für Zuwendung*. Pharmazeutische Zeitung Online. Berlin. Abgerufen von <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=29374> (02.04.2016)
- Höflinger, Laura. (2014). „Wir sind nur noch Pflegeroboter“. *Der Spiegel* (44), 120- 122.
- Kaiser, Robert. (2014). *Qualitative Experteninterviews. Elemente der Politik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kieser, Alfred & Walgenbach, Peter. (2003). *Organisation*. (4. überarb. und erw. Aufl.) Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Kuckartz, Udo. (2008). *Qualitative Evaluation Der Einstieg in die Praxis*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kühl, Stefan. (2011). *Organisationen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden.

- Liebold, Renate & Trinczek, Rainer. (2009). Experteninterview. In Kühl, Stefan & Strodtholz, Petra & Taffertshofer, Andreas (Hrsg.). (2009) *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden*. (S.32-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Luckmann, Thomas. (1972). *Berufssoziologie. Berufssoziologie, 1972*.
- Luhmann, Niklas. (1964). *Funktionen und Folgen formaler Organisation*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Luhmann, Niklas. (1968). *Zweckbegriff und Systemrationalität. Soziale Forschung und Praxis ; 25*. Tübingen: Mohr.
- Luhmann, Niklas. (2007). *Politische Planung* (5. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Mayring, Philipp. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zum qualitativen Denken*. Weinheim; Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Pädagogik* (11., aktualisierte und überarb. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike. (1991). *Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In Detlef, Garz & Klaus, Kraimer (Hrsg.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen, Opladen*, S. 441–471
- Müller-Jentsch, Walther. (2003). *Organisationssoziologie. Sozialwissenschaftliche Studienbibliothek; 1*. Frankfurt [u.a.]: Campus-Verl.
- Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahr, Monika. (2008). *Qualitative Sozialforschung. Lehr- und Handbücher der Soziologie*. München: Oldenbourg.
- Rohde, Johann Jürgen. (1962). *Soziologie des Krankenhauses. Soziologische Gegenwartsfragen: N.F., [14]*. Stuttgart: Enke
- Schwarz, Marlies. (Produktion ZDF), & Pollatschek, Iris. (Regisseur), (2015). *Pflege im Akkord. Zwischen Zeitdruck und Zuwendung (Dokumentarfilm)*. Bundesrepublik Deutschland. Abgerufen von <http://www.zdf.de/37-grad/pflege-im-akkord-zwischen-zeitdruck-und-zuwendung-38232670.html> (23.04.2016). 29:03 Min.
- Simon, Michael. (2001). *Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) Berlin.
- Simon, Michael. (2008). *Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Simon, Michael. (2013). *Das Gesundheitssystem in Deutschland* (4., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Statistisches Bundesamt. (2016). *Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Krankenhäuser*. Abgerufen von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreOhne100000.html> (23.04.2016)
- Südwestrundfunk. (Produktion), & Nagel, Sylvia & Reutter, Thomas (Regisseur), (2008). *Die Krankenfabrik. Patienten in Not – Schwestern am Limit (TV- Dokumentation)*. Bundesrepublik Deutschland. Abgerufen von https://www.youtube.com/watch?v=9PcQs4b_5-M (22.04.2016)

