»Noch nicht genug« oder »zu viel des Guten«?

Die Veränderung der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege aus der Sicht eines Leitenden Arztes und einer Pflegedienstleiterin

Michael Gemperle

Das Gefüge zwischen den Beschäftigtengruppen an öffentlichen Krankenhäusern ist in den vergangenen 15 bis 20 Jahren zunehmend in Bewegung geraten. Davon besonders betroffen ist das Verhältnis zwischen der Ärzteschaft und der Pflege, das davor über mehrere Jahrzehnte hinweg durch ein ausgeprägtes Hierarchiegefälle gekennzeichnet war. In der Beziehung zwischen den beiden Beschäftigtengruppen schlugen sich in den vergangenen Jahren zum einen allgemeine gesellschaftliche Vorgänge wie die Bildungsexpansion und die verstärkte weibliche Erwerbsbeteiligung nieder. Zum anderen fanden innerhalb der Pflege Professionalisierungsprozesse statt, welche die Kompetenzen anwachsen ließen. Ein dritter Faktor ist der neoliberale Umbau des Gesundheitswesens, der in die stationäre Gesundheitsversorgung neue Funktionsprinzipien einführte, welche die etablierten Verhältnisse erschütterten. Die Politik der Liberalisierung, Privatisierung und Deregulierung hat an öffentlichen Krankenhäusern zu Veränderungen geführt, welche die Ausgestaltung der beiden erstgenannten Veränderungen prägen und sie teilweise in neue Bahnen lenken.

Dieser Beitrag interessiert sich für die Frage, inwiefern sich die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegekräften geändert hat und wie dies von den Angehörigen der beiden Beschäftigtengruppen (differenziell) erfahren und aufgefasst wird. Hierzu wird auf das Stilmittel der Fallkontrastierung zurückgegriffen und zwei Vertreter der infrage stehenden Beschäftigtengruppen aus dem Sample unseres Projektes gegenübergestellt: Frau Stahl für die Pflege und Herr Wetterau für die Ärzteschaft. Ausgewählt wurden diese beiden Akteure nicht nur, weil sie an öffentlichen Krankenhäusern tätig sind und sich im Gespräch gegenüber aktuellen Wandlungstendenzen sensibel zeigten. Die Wahl traf vor allem deswegen auf sie, weil sie die Macht der beiden infrage stehenden Beschäftigtengruppen verkörpern. Frau Stahl ist Pflegedienstleiterin und Herr Wetterau Leitender Arzt. In der Kontrastierung ihrer Schilderungen kommen daher die widersprüchlichen

Interessen und Weltsichten von Fachfrauen und -männern an der Spitze der beiden Beschäftigtengruppen zum Ausdruck.

Dieser Text geht im ersten Kapitel der Frage nach, inwiefern mögliche Veränderungen in der Beziehung zwischen der Ärzteschaft und der Pflege aufgefasst werden und inwiefern diese Unterschiede vor dem Hintergrund der spezifischen Position und des Werdegangs der ausgewählten Akteure zu begreifen sind. Im zweiten Kapitel wird aufgezeigt, wie die Schilderungen auf den sich gegenwärtig vollziehenden Strukturwandel des Krankenhaussektors verweisen und inwiefern dieser die Entwicklung der Beziehung gestaltet hat. Im abschließenden dritten Teil wird eine Gesamtbetrachtung der Entwicklung der Beziehung zwischen den beiden Beschäftigtengruppen und ihrer Wahrnehmung durch die Befragten vorgenommen.

Unterschiedliche Blicke auf eine veränderte Beziehung

An den Schilderungen der Pflegedienstleiterin Frau Stahl und des Leitenden Arztes Herr Wetterau fallen zunächst einige Übereinstimmungen auf. Beide gehen davon aus, dass die Hierarchie in der Beziehung in den vergangenen Jahren abgenommen hat, und begrüßen diese Entwicklung. Sowohl der Leitende Arzt als auch die Pflegedienstleiterin stellen als Kontrastbild zu heute die Chefärzte von früher als unnahbare, unantastbare und autokratische Berufspersonen dar, unter deren Machtfülle die Pflege und die subalternen Ärzte zu leiden hatten – als wollten sie damit gegenüber den früheren Verhältnissen ihre Distanz bekunden. Herr Wetterau und Frau Stahl betonen auch übereinstimmend, dass das arbeitsteilige Zusammenspiel im Alltag vermehrt auf Augenhöhe stattfinde, und wiederholt die »Zusammenarbeit« oder das (in der Schweiz geläufige) »Miteinander« bzw. den kooperativen Umgang zwischen den beiden Beschäftigtengruppen. Auch in anderen Interviews wurde uns davon berichtet, dass es zu einer Informalisierung der Beziehung gekommen ist, wofür der Umstand paradigmatisch zu stehen scheint, dass – wie vor allem seitens der Pflegekräfte berichtet wird – die Angehörigen der beiden Beschäftigtengruppen sich (mit Ausnahme der Chefärzte) heute duzen.

Frau Stahl und Herr Wetterau äußern sich im Interview aber auch als Angehörige von zwei Beschäftigtengruppen, die lange Zeit durch eine äußerst klare Unter- und Überordnung gekennzeichnet waren und einander aufgrund des stark ineinandergreifenden Funktionierens auch in ihren Handlungsspielräumen und -befugnissen weiterhin gegenüberstehen. Entsprechend wird in den Schilderungen nicht unwesentlich davon ausgegangen, dass die Abnahme der Macht der einen – gleich einem Nullsummenspiel – mit einem Zuwachs des Einflusses der anderen einhergeht. So bringen die Äußerungen der beiden zum Ausdruck, wie sich die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegenden verändert hat, und stellen zugleich Stellungnahmen in diesem Verhältnis dar. Frau Stahl, die Angehörige

der in der interprofessionellen Beziehung subalternen Beschäftigungsgruppe, bekundet nicht nur eine starke Genugtuung über die Entwicklung der vergangenen Jahre, sondern auch die Erwartung, dass dieser Prozess weitergehe. Sie schwankt in ihren Schilderungen zwischen Wünschen und Forderungen und gar prophetischen Ankündigungen. Die Pflegedienstleiterin spricht von einer »gesellschaftlichen Geschichte, in der wir drinstecken«. Dieser Wandel sei jedoch »noch nicht genug« und erst der Anfang eines langen Aufholprozesses. In ihren Augen »muss« sich das Verhältnis zwischen den Beschäftigtengruppen weiter »verändern«, das heißt für sie dem Ideal der »Partnerschaftlichkeit« annähern, was sie allerdings ohnehin für eine Frage der Zeit hält (»das wird die Zukunft sein«). Wesentlich weniger eindeutig fällt die Wahrnehmung der Veränderung der Beziehung durch den Leitenden Arzt Herr Wetterau aus. Auch wenn er der Entwicklung ebenfalls grundsätzlich positiv gegenübersteht, geht sie ihm doch zu weit. Der Angehörige der weiterhin weisungsbefugten Ärzteschaft äußert die Sorge, dass »die Pflege sich«, wie er es formuliert, »vielfach verselbstständigt«. Er qualifiziert die Veränderung der Beziehung als »nicht nur gut«, als »zu viel des Guten« oder gar als »Perversion«. Aus einer paternalistischen Haltung heraus sieht er die Veränderung der Beziehung so auch lediglich »mit gewisser Berechtigung« vonstattengehen und hält für die Pflege, die er vor allem unter funktionalen Gesichtspunkten auffasst (»es braucht die Pflege«), eine »gewisse Gleichberechtigung« für ausreichend.

Diese bemerkenswerte Ambivalenz in der Einschätzung von Herrn Wetterau hängt sicherlich damit zusammen, dass heute selbst die Ärzteschaft dazu angehalten wird, gegenüber ihrer seit vielen Jahrzehnten bestehenden außerordentlichen Vormachtstellung Distanz zu markieren.[1] Die Ambivalenz von Herrn Wetterau dürfte jedoch auch nicht unwesentlich durch seinen Abstand zur etablierten Ärzteschaft bedingt sein. Der Mann Ende 50 bekleidet zwar eine leitende Position in einem öffentlichen Krankenhaus, die ihm mehr als 12.000 Franken monatlich brutto einbringt. Er gehört aber nicht zu den etablierten Kräften innerhalb seiner Beschäftigtengruppe. Dem Sohn eines Krankenpflegers und einer Büroangestellten (die später als Hausfrau tätig war) fehlten viele einer Karriere als Spitalarzt förderliche ökonomische, kulturelle und soziale Ressourcen. So hatte er Anfang der 1970er Jahre in Deutschland einen der hart umkämpften Studienplätze in Medizin erlangt und sich für das seinem Herkunftsmilieu fernen Handwerk des Arztes entschieden, bevor er schließlich im Zuge einer fachärztlichen Spezialisierung seinen beruflichen Werdegang, verbunden mit etlichen Entbehrungen, in der Schweiz fortsetzte. Als Neuankömmling im ärztlichen Berufsfeld konnte Herr Wetterau zum dominanten Rollenbild, das von einer »totalen sozialen

1 | Im Frühjahr 2012 organisierte die Schweizerische Ärzte-Zeitung eine Podiumsdiskussion unter dem Titel »Von der Hierarchie zum Team? Interprofessionalität im Schweizer Gesundheitswesen«, auf dem die Ärzteschaft und die Pflege zu gleichen Teilen vertreten waren.

Rolle« ausgeht und vor allem von den Chefärzten vertreten wird, kaum ein ungebrochenes Verhältnis haben (auch wenn er es sich zum Teil zu eigen machen musste) – umso mehr, als er auch in der Partnerschaft nicht vom klassischen geschlechtlichen Rollenmodell ausgeht.[2] Seine Distanznahme zum traditionellen Modell des Arztes, der »alles war« und »die Spitalgeschicke geleitet« hat, dürfte daher von der etablierten Ärzteschaft nur bedingt (oder rhetorisch) geteilt werden und für sie beispielhaft sein.

Auch die Schilderungen von Frau Stahl lassen sich in ihrer spezifischen Ausprägung nur mit Einschränkung auf andere Angehörige ihrer Beschäftigtengruppe übertragen und werden erst vor dem Hintergrund ihrer sozialen Herkunft und ihrer Flugbahn durch den Sozialraum verständlich. Frau Stahl hat, ähnlich wie Herr Wetterau, durch die Tätigkeit in ihrer Beschäftigtengruppe einen Aufstieg erfahren, der ihr wenig Anlass zur Unzufriedenheit bietet. Für die zum Zeitpunkt des Gespräches 49-jährige Frau Stahl war der Pflegeberuf (gegenüber dem Beruf der Primarlehrerin) zwar nur die zweite Wahl. Auch war das Arbeitsleben für die Alleinerziehende beschwerlicher als für viele ihrer Kolleginnen. Die Tochter eines Ingenieurs und einer Mutter mit Sekundarschulabschluss bekleidet heute jedoch an der Schnittstelle von Krankenhausleitung und Pflegekräften eine Position, die ihr monatlich mehr als 12.000 Franken brutto einbringt und ihr erlaubt, eine Vorgesetztenfunktion gegenüber ihren Kolleginnen einzunehmen (»mein Kerngeschäft ist die Führung«). Die Pflegedienstleiterin spricht daher aus einer Position, in der die Einflussmöglichkeiten der Pflege gegenüber der Ärzteschaft am ehesten zugenommen haben, und sie scheint dies mit einer umso größeren Begeisterung zu tun, je mehr sie sich, zumal als Alleinerziehende, als Speerspitze der Emanzipation von »männlicher Herrschaft« (Bourdieu 2005) wiederzuerkennen vermag. Ihre Euphorie und ihr Optimismus hinsichtlich des Ausgleiches des Machtgefälles sind jedenfalls bei vielen Pflegekräften unseres Samples, die nicht in Leitungspositionen sind, eher selten anzutreffen.

Interessant ist nun zu sehen, was für Frau Stahl und Herrn Wetterau Anlass dazu bietet, die interprofessionelle Beziehung als verändert wahrzunehmen. Darin zeigt sich auch, welche Gestaltungsabsicht hinter ihren Statements steht. Frau Stahl stützt sich zum einen darauf, dass die Pflegeausbildungen auf das Niveau eines Hochschulstudiums angehoben worden sind, worin sie den Ausgangspunkt einer verstärkten Einflussnahme der Pflegekräfte auf die Diagnoseentscheidungen erkennt. Für sie, die selbst verschiedene Weiterbildungen absolviert hat, scheint die Höherqualifikation vor allem ein »Heilsweg durch persönliches Beispiel« (Weber 1922: 258) zu sein – der allerdings notwendigerweise nur für Auserwählte eine Emanzipation bedeuten kann. Zum anderen bezieht sich Frau Stahl auf die Feminisierung der Ärzteschaft, die besonders im letzten Jahrzehnt

2 | Herr Wetterau betont im Interview an verschiedenen Stellen die »privaten Gründe«, die für bestimmte karrierelevante Entscheidungen von Relevanz waren.

eine wesentliche Beschleunigung erfahren hat.[3] Darin sieht sie die zentrale Quelle einer Entwicklung hin zur »Partnerschaftlichkeit«, wobei sie sich vor allem auf die früheren männlichen Herrschaftsformen bezieht. Die Feminisierung der Ärzteschaft scheint für Frau Stahl auch den wesentlichen Aspekt der Veränderung der interprofessionellen Beziehung darzustellen, und sie spricht in diesem Zusammenhang von einem (zwangsläufigen) »Kulturwandel«, an dem sich letztlich auch die Veränderung der Ausbildungen orientiert. Die Herrschaftsformen der »modernen« Ärzte und Ärztinnen problematisiert Frau Stahl nicht. Hier zeigen sich die Grenzen ihrer Forderungen, die den Horizont der Unterordnung der Pflege unter die Ärzteschaft nicht überschreiten (»die Ärzte haben immer noch einen hohen Stellenwert, meiner Meinung nach berechtigt«). Neben der Höherqualifikation der Pflege, von der besonders die leitenden Positionen profitieren, umfasst die Emanzipationsperspektive von Frau Stahl im Wesentlichen den Abbau früherer ärztlicher Herrschaftsformen. Ihre Haltung spiegelt sich in der Empörung darüber, dass es das »ehemalige Doktorgehabe noch gibt«.

Auch Herr Wetterau bringt die Veränderung der interprofessionellen Beziehung in Verbindung mit der Höherqualifikation der Pflegeausbildungen und dem Abbau überkommener ärztlicher Herrschaftsformen. Im Unterschied zur Pflegedienstleiterin gewichtet der Leitende Arzt die Aufwertung der Pflegeausbildungen aber höher als die Feminisierung der Ärzteschaft. Der Sohn eines Krankenpflegers stellt zwar in Übereinstimmung mit Frau Stahl ebenfalls einen Rückgang der männlichen Herrschaftsformen fest (»da haben sich viele Dinge sehr zum Vorteil und zum Guten geändert«). Für den Leitenden Arzt scheint das Sich-Durchsetzen einer theoretischen bzw. konzeptuellen Bildung in der Pflege jedoch von deutlich größerer Tragweite zu sein. Er sieht die Bedeutungszunahme dieser theoretischen Bildung gar am Ursprung der Unterminierung des ärztlichen Diagnosemonopols.[4] Die Schilderungen des Leitenden Arztes scheinen damit auf eine neue Dynamik im Machtgefüge zwischen der Ärzteschaft und der Pflege in Verbindung mit den neuen Pflegeausbildungen zu verweisen. Dafür spricht auch, dass Herr Wetterau im Interview von einer patronalen Warte aus sich um die Abwertung dieser theoretischen Bildung von Pflegekräften bemüht: Herr Wetterau bringt die Aufwertung der Pflegeausbildungen in Verbindung mit der Abnahme der Qualifikation der am Bett arbeitenden Pflegekräfte. Zudem stellt er diese Bil-

3 | Gesamtschweizerisch betrug der Anteil der Frauen in der Ärzteschaft im Jahr 1975 lediglich 16%, während er 2010 über einem Drittel (35,8%) lag (Bundesamt für Statistik 2012).

4 | Herr Wetterau bezieht sich damit expliziter als Frau Stahl auf die »Pflegediagnosen«, welche das Diagnosemonopol der Ärzte infrage stellen. Die Pflegediagnose stellt eine von der ärztlichen Diagnosehoheit eigenständige Bestimmung des (pflegerischen) Behandlungsbedarfes dar. Erstmals vorgeschlagen wurde diese Kategorisierung im Jahr 1982 von der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Zum Zeitpunkt der Erhebung war im Schweizerischen Parlament die Initiative Joder hängig, welche die Aufnahme von Pflegediagnosen in den Leistungskatalog der Gesundheits- und Krankenpflege vorsieht.

dung gegenüber ärztlichem Wissen als minderwertig dar, wenn er ihr den akademischen Status abspricht (»die Pflege sozusagen zu studieren«). Last but not least streicht er die formalen Befugnisse der Ärzteschaft hervor, um den Versuchen der Einflussnahme der Pflege die Legitimität abzusprechen. Die Erläuterungen von Herrn Wetterau laufen also darauf hinaus, die Pflegefachkräfte dazu anzuhalten, »bei ihren Leisten« zu bleiben. In den Augen des Leitenden Arztes sollen die Pflegekräfte vor allem über eine »praktische« Qualifikation verfügen (»die Zuwendung zum Menschen, welche die Patienten eigentlich brauchen«).

Den entscheidenden Punkt, der ihm Anlass bietet, davon auszugehen, dass sich die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege verändert hat, sieht Herr Wetterau jedoch in institutionellen Prozessen, welche die ärztlichen Kompetenzen geschmälert haben. In seinen Schilderungen bedauert er durchgängig, dass der Arzt nicht mehr ist, was er einmal war. Der Bedeutungsgewinn der Pflegekräfte führt er am Ende darauf zurück, dass die Krankenhausleitung nicht mehr in den Händen der Ärzteschaft liegt, weshalb der Arzt nicht mehr (wie früher) »alles« sei. Die Verwaltung sei nicht mehr unter der Kontrolle der Ärzteschaft. Sie würde nun die Pflege gar hofieren und sie in gewissen Belangen der Ärzteschaft vorziehen. Auch erführen die Interessen der Pflege bei der Krankenhausleitung eine größere Berücksichtigung. Herr Wetteraus Aussagen verdeutlichen, wie selbst Leitende Ärzte mit einem kritischen Verhältnis zur früheren Chefarztrolle dazu neigen, bei der Abwehr von Angriffen auf ihre Befugnisse auf eben die frühere institutionelle Position der Ärzteschaft zu rekurrieren.

Eine Pflegedienstleiterin über das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Pflege

Frau Stahl: Es ist, glaub ich, so eine kulturhistorische Geschichte. Wir sind natürlich klar der Hilfsberuf vom Arzt gewesen. Diese Denkweise gibt es zum Teil heute noch.

– Bei Ärzten?

Frau Stahl: Auch bei ganz jungen, ja. Es überrascht mich immer wieder, aber das gibt es. Wir haben natürlich auch einen hohen Anteil an Ärzten, die aus einer anderen Kultur kommen. Die deutschen Ärzte zum Beispiel haben eine andere Kultur. Die Pflegende hat dort auch eine andere Kompetenz als in der Schweiz, und das spürt man. Also das ehemalige Doktorgehabe – ich sage es jetzt ein wenig böse –, das gibt es bei uns zum Teil auch.

– Und das ist hauptsächlich von deutschen Ärzten?

Frau Stahl: Oft, ja. Es gibt es auch von schweizerischen Ärzten – also ich will jetzt nicht die Deutschen anschwärzen, es gibt es von allen. Aber es gibt es noch. Das erschreckt mich manchmal, weil es sind ja auch junge Leute, wie die Pflege mittlerweile auch jung ist, aber es gibt es noch. Aber ich erlebe auch ganz viel sehr professionelle Zusammenarbeit und das finde ich schön. Ich glaube, das ist eine gesellschaftliche Geschichte, die sich verändern muss und bei der wir jetzt auch voll im Prozess drin sind. Als ich als Pflegende angefangen habe, dann bist du fast wie ein Soldat parat gestanden, wenn Chefvisiten gewesen sind. Alles hat stimmen müssen, Patienten haben gerade im Bett liegen müssen und geputzt und gestrählt [gekämmt] sein müssen. Diese Geschichten gibt es nicht mehr. Ich weiß auch, dass damals die jungen Ärzte Angst gehabt haben vor den Chefärzten. Gleich wie wir. So etwas erlebe ich jetzt eigentlich nicht mehr. Aber die Ärzte haben eine andere Karrierelaufbahn wie die Pflege. Es ist im Moment immer noch – es verändert sich sehr – stark ein Männerberuf, stark karriereorientiert. Die gehen anders miteinander um wie die Pflegekräfte. Die Pflege ist immer so ein wenig sozial gewesen. Pflege ist meistens ein Frauenberuf, das ist immer noch so. Die werden irgendwann Mutter. Bei den Ärzten verändert sich das jetzt, wir haben je länger je mehr Frauen und wir stecken wirklich in einem Kulturwandel. Und drum gibt es noch ein wenig beides.

– Es gibt ja auch manchmal eher kritische Stimmen.

Frau Stahl: Ja. Es ist im Moment natürlich für uns ganz schwierig, weil wir einen großen Personalmangel haben in der Übergangsphase.

– Durch diese Ausbildungsumstellung?

Frau Stahl: Auch, ja. Nicht nur davon, dass der Beruf natürlich nicht mehr der attraktivste ist, sondern auch durch die Ausbildungsumstellung haben wir weniger Abgänger. Das spüren wir in der Rekrutierung massiv. Das fängt jetzt an.

– Aber grundsätzlich...?

Frau Stahl: Grundsätzlich finde ich es gut, weil sie werden sehr selbstbewusst ausgebildet, sie müssen viel selber machen. Ich finde das auch gut. Es gibt jetzt welche, die den Bachelor-Studiengang machen, die können natürlich ganz anders argumentieren; haben die Argumentationsfähigkeit, die wir damals nicht gelernt haben.

– Da hat man nicht groß den Ärzten Paroli bieten können...

Frau Stahl: Ja. Und der Diskussions- und Argumentationsfähigkeit, die ein studierter Mediziner gehabt hat, haben wir damals gar nicht kontern können. Man hat viel auf Erfahrung und intuitive Einschätzungen gemacht. Wenn ich am Bett gewesen bin, habe ich sofort auch gesehen, wenn es einem nicht gut gegangen ist. Ich habe dem Arzt gesagt: »Du musst kommen, der sieht scheiße aus«, oder was auch immer. Der ist dann auch gekommen. Aber so uns ausdrücken können und sagen können: »Nein, das kannst du jetzt bei dem nicht machen, der braucht das und das.« Die Fähigkeit zu lernen ist in den neuen Berufen ganz zentral. Eben auch durch die wichtige Rolle, die sie innehaben. Die Partnerschaftlichkeit finde ich ganz wichtig. Auch die Tendenz, dass gewisse Ausbildungsblöcke Mediziner und Pflege zusammen irgendwann haben werden oder zum Teil, glaub ich, schon haben, finde ich genial. Weil, das wird die Zukunft sein.

– Und die Ärzte kommen damit dann auch in der Regel zurecht? Also, es ist ja ein gewisser Statusverlust, wenn eine Pflegende dann mit medizinischen Fachbegriffen mit dem Arzt spricht.

Frau Stahl: Gut, die medizinische Sprache haben wir eigentlich beide die Gleiche gehabt. Das haben auch wir schon gelernt.

– Nur weil Sie gesagt haben, Sie konnten da nicht argumentieren.

Frau Stahl: ... ja, aber so die Argumentationsfähigkeit.

– Sie sagten: »Der sieht scheiße aus!«, reichte dann.

Frau Stahl: Ja. Eben, wir reagierten eher so emotional, so intuitiv, und hatten das wahrscheinlich so ähnlich gelernt, oder noch mit einem anderen Selbstbewusstsein. Die heutigen Jungen, die haben vermutlich von Haus aus schon ein anderes Selbstbewusstsein wie wir damals, sind auch anders erzogen worden und lernen es jetzt auch anders. Mit den jungen Ärzten ist es das Gleiche. Ich denke, das ist so eine kulturelle, gesellschaftliche Geschichte, auf die auch die Ausbildung jetzt entsprechend danach ausgerichtet ist, und die ich gut finde.

– Das heißt, die Ärzte können damit in der Regel ganz gut umgehen...

Frau Stahl: Ja, oder sie lernen es jetzt!

– Sie lernen es jetzt, okay.

Frau Stahl: Also es gibt immer noch beides. Es gibt auch auf unserer Seite noch beides; Pflegende, die das noch nicht gut oder auch nicht können. Das ist etwas, was sich weiterentwickelt, glaube ich. Ja. Und die Pflege hat in der Schweiz von der Historie her natürlich nicht den gleichen Stellenwert gehabt wie zum Beispiel in den skandinavischen Ländern. Aber das ist ein langer Prozess, das ist so ein bisschen wirklich eine kulturelle Geschichte, die sich verändern muss.

(...)

Frau Stahl: Also ich glaube schon, dass die Ärzte im Vergleich zu früher, als sie so ein wenig die Götter in Weiß waren, vom beruflichen Status her tendenziell eine leichte Abwertung erleben, auch in der Gesellschaft. Sie haben aber immer noch einen hohen Stellenwert, meiner Meinung nach berechtigt; sie haben auch eine ganz wichtige Funktion. Aber so im Betrieb drin, das: »Da mach, was der Chefarzt sagt!«, ist nicht mehr nur gottgegeben. Also es wird auch diskutiert. Die jungen Chefärzte machen das auch nicht mehr so wie früher, wie ich das noch gekannt habe. Die Pflege verändert sich einfach, und die Vernetzungsfunktion, die sie eigentlich hat, wird mit den kurzen Spitalaufenthalten der Patienten wahrscheinlich zunehmen. Es gibt wahrscheinlich eher einen höheren Stellenwert, aber ja, Finanzen haben sowieso einen hohen Stellenwert...

Ein Leitender Arzt über das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Pflege

– Wenn man keine Ahnung von dem Betrieb hat – so wie wir, die jetzt hier einfach so reinkommen –, gibt es da immer wieder mal, wie man hört, vielleicht nicht Auseinandersetzungen, aber so ein bisschen Statuskämpfe, Machtkämpfe, wer hat das Sagen? Und immer wieder auch so die Vermutung, dass die eigentliche Macht im Haus die Pflege ist. Können Sie da irgendwas dazu sagen?

Herr Wetterau: Das ist sicher eine Entwicklung, die von meiner Warte aus wichtig ist – mit auch gewisser Berechtigung. Noch vor meiner Zeit war der Arzt alles. Der hat auch die Spitalgeschicke geleitet. Er hat gesagt, was gemacht wird. Das hat zu einer sehr straffen Hierarchie geführt, die eben nicht Vorteile für alle gehabt hat. Es hat die Ausbildung darunter gelitten, es hat vieles unter einer solch personenorientierten Hierarchie gelitten. Dies hat sich geändert, indem andere Berufsgruppen wichtiger geworden sind, die man als Arzt ja

braucht. Es geht nur gemeinsam, man kann das Ziel nur gemeinsam erreichen. Man kann als Arzt zwar noch so gut sein, aber man kann die Patienten nicht versorgen: ich kann das Labor nicht bedienen, ich kann nicht gleichzeitig die Betten machen und operieren und mich um viele Dinge kümmern. Es braucht also ein Team, das zusammenarbeitet. Und in einem Team braucht es eine gewisse Gleichberechtigung. In meinen Augen entwickelt sie sich nicht nur gut, da jetzt die anderen Bereiche sich zunehmend in Dinge verwickeln, die eigentlich ärztliche Aufgaben sind oder – meiner Ansicht nach – der ärztlichen Entscheidung bedürfen.

– Können Sie da Beispiele nennen?

Herr Wetterau: Die Pflege ist häufig überrepräsentiert in vielen Gremien und hat fast Vetorechte, sich in Abläufe einzuschalten, die aus ihrer Sicht nicht gut sind. Die Pflege ist immer besser organisiert. Die Ärzte sind eher Individualisten... Der eine sagt das, der andere macht das, und jeder hat seine Spezialitäten und hat seine Erfahrungen und versucht die umzusetzen. Man muss schlussendlich – und das ist halt das, was einen dann stört – die Verantwortung *trotzdem* tragen. Wenn im Operationssaal im Patienten ein Tuch vergessen wird, obwohl die Pflege dafür verantwortlich ist, weil sie die Tücher vorher und nachher zählen muss, dann ist der Operateur der Verantwortliche. Dann muss man im Endeffekt geradestehen und trotzdem wird die Entscheidungsbefugnis zunehmend beschränkt. Das heißt, die Pflege verselbstständigt sich vielfach und arbeitet für sich, und die Kommunikation und die Zusammenarbeit ist nicht immer ideal.

– Und wie wird das denn aufgelöst?

Herr Wetterau: Das muss man dann eben im Team lösen.

– Im Team, okay.

Herr Wetterau: Das muss man dann ganz an der Front lösen. Also das ist eine Entwicklung, die so ist. Man merkt das auch in der Ausbildung von der Pflege. Die Pflegeausbildung war früher auch an die Grundausbildung gebunden. Heute wird häufig schon die Matura nicht vorausgesetzt, aber gewünscht. Und jetzt werden Zusatzstudiengänge angeboten, um die Pflege sozusagen zu studieren, und es kommt dabei die Basispflege in meinen Augen zu kurz. Es wird sehr viel formal und sehr viel nach Schemen gearbeitet, und die Zuwendung zum Menschen, welche die eigentlich brauchen, geht dabei verloren. Vielfach verloren.

– Denken Sie, das ist ein Stück weit durch die Ausbildung bedingt?

Herr Wetterau: Ja, es ist durch die Ausbildung bedingt. Das ist sicherlich auch durch Emanzipationsprozesse mit bedingt. Pflege war früher hauptsächlich, heute nicht mehr so, ein Frauenberuf. Da haben sich viele Dinge geändert, sehr zum Vorteil und zum Guten. Damit auch das Selbstwertgefühl und die Ansprüche. Aber das kann auch zur Perversion führen.

– Also wenn ich Sie richtig verstanden habe, ist es weniger, dass der Nimbus des Arztes etwas gesunken ist, sondern dass die Pflege sich zu sehr in Dinge einmischt, die eigentlich nicht ihre Dinge sind?

Herr Wetterau: Ja, die haben ja damit auch zu tun. Es sind schon auch ihre Dinge. Aber sie nehmen Einfluss auf Entscheidungen, die früher der Arzt getroffen hat und in vielen Richtungen auch mit *Recht* getroffen hat.

Unter betriebswirtschaftlicher Kontrolle

Die Veränderung der Beziehung zwischen der Ärzteschaft und der Pflege hat auch eine betriebliche Seite. Sie kann nicht unabhängig vom strukturellen Wandel der öffentlichen stationären Gesundheitsversorgung verstanden werden, der gerade auch die medizinisch-pflegerisch Tätigen dazu anhält, mit immer knapperen Mitteln zu wirtschaften. Der verstärkte kooperative Umgang und das Zusammenspannen zwischen Ärzten und Pflegekräften, von denen eingangs die Rede war, ist nicht zuletzt im Lichte dessen zu sehen. Die Bemerkung von Herrn Wetterau, wonach seine Leistung letztlich auf die Arbeit der Pflegekräfte baue, weshalb »man das Ziel nur gemeinsam erreichen kann«, scheint darauf zu verweisen. Auch die Äußerung von Frau Stahl, dass den Ärzten im Betrieb weiterhin eine »wichtige Funktion« zukomme, ist ein Indiz dafür. In unserem Sample wurde insgesamt häufig davon gesprochen, dass »man aufeinander angewiesen« sei und »eng zusammenarbeiten muss«. Die öffentlichen Krankenhäuser in der Schweiz erfuhren vor allem seit den 1990er Jahren einen Prozess der Ökonomisierung (vgl. Pelizzari 2001). Im Rahmen der »Politik der leeren Kassen« (Guex 2003) wurden in den vormals vor allem über den Bedarf nach medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen finanzierten Bereich vermehrt privatwirtschaftliche Prinzipien eingeführt. Das Krankenhaus wurde aus der Verwaltung ausgelagert und in ein Unternehmen umgewandelt, das mit einem vorgegebenen Budget auszukommen hatte. Die vormals weitgehend autonom verwalteten Kliniken, Institute und Fachbereiche der Einrichtung wurden zu Einheiten transformiert, deren finanzieller Erfolg periodisch ermittelt wird (so genannte Profitcenter) und die nun dem als »CEO« amtierenden Verwaltungsdirektor unterstellt sind.

Herr Wetterau und Frau Stahl beziehen sich in den Interviews auf diese Veränderungen. Ihre folgenden Schilderungen zeigen, inwiefern sie beide angehalten werden, ihren Zuständigkeitsbereich nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu organisieren. Es wird deutlich, welche Bedeutung diesen Prinzipien in ihrer Arbeit jeweils zukommt und welche Möglichkeiten sie haben, den Vorgaben der Verwaltung etwas entgegenzusetzen. Dargelegt wird auch, welche Rolle die beiden Personen in Leitungsfunktionen bei der Durchsetzung betriebswirtschaftlicher Prinzipien, die das Verhältnis zwischen der Ärzteschaft und der Pflege wesentlich verändern, spielen.

Frau Stahl: Wenn ich zum Beispiel so an Finanz-Reporting-Sitzungen gehen muss, dann sagen die: »Ihr habt wieder so viel Mega-Aufwand.« Weil, wir machen eine Leistungserfassung in der Pflege. Das heißt, unsere direkte Pflege ist dokumentiert, und da werden die in Finanzberechnungen virtuell einbezogen, nicht als Cash, und da sehen dann natürlich die verschiedenen Fachdisziplinen, also zum Beispiel der ärztliche Bereich, aber auch der Finanzmensch, dass die Daten sich vielleicht verschoben haben oder was auch immer. Dann muss ich Antworten geben können. Und das kann ich nur, wenn ich weiß, was abgegangen ist, oder, wenn ich zum Beispiel sagen kann: »Ja, wir haben jetzt auf der Urologie im ersten Quartal diesen Jahres ganz viel komplexe Patientensituationen gehabt, weil wir viel Behinderte gehabt haben, die operiert worden sind.« (...)

– Wird es angesichts der allgemeinen Mittelknappheit nicht auch immer schwieriger, die eigenen Anliegen durchzusetzen?

Frau Stahl: Ja.

– Also, ich kann mir vorstellen, man schaut auch mehr als früher auf Zahlen und auf so Sachen, vielleicht. Oder, was ist denn da Ihre Beobachtung?

Frau Stahl: Also ich weiß noch, wo ich angefangen habe: Da habe ich einen handgeschriebenen Stellenplan gehabt über meine Leute, also Name, wie viel Prozent, Eintritt, Austritt, so. Vielleicht seit etwa 15 Jahren höchstens, würde ich meinen, habe ich Zahlen. Am Anfang ganz marginale Zahlen, wo du ohne eigenen Stellenplan keine Übersicht gehabt hast. Mittlerweile haben wir sehr differenzierte Zahlen und man schaut natürlich auf die. Über meinen Bereich habe ich ja auch jedes Quartal ein Reporting-Gespräch mit dem Departement Finanzen, in dem man unsere Daten anschaut, in dem man auch diskutiert: »Wieso hat die jetzt so viel Verbrauch?« Oder: »Warum haben die so viel Pflegeaufwand gehabt? Was ist der Grund?« Oft ist es erklärbar aus irgendwelchen Gründen. Aber da schaut man viel mehr darauf als früher.

Herr Wetterau: Ja, wir müssen zur Einführung von DRG natürlich beitragen, indem wir unsere Abläufe anpassen. Das wird eine Aufgabe werden. Sie lesen es ja jeden Tag in der Zeitung, dass das nicht überall positiv gesehen wird. Man hat ja in vielen Ländern schon Erfahrungen damit, die mehr oder weniger gut sind. Da muss man schauen, wie sich das hier etablieren lässt. Bis jetzt hat man ja Patienten abgerechnet nach der Verweildauer im Spital. Heute wird man nach dem Fall bezahlt, der einmal eine Diagnose voraussetzt mit Zusatzdiagnosen, die den Fall komplizieren können oder nicht, und danach werden Gelder verabreicht. Jetzt ist es unsere Aufgabe, die Patienten, deren Krankheiten sich ja nicht nach den vorgegebenen Zahlen richten, so zu formulieren und in Zahlen zu fassen, dass man damit auch den Betrieb betreiben kann. Das Spital muss ja auch, nicht rentieren, aber es muss versuchen wirtschaftlich zu arbeiten. Ob das jetzt richtig ist oder nicht in der Medizin, ist eine andere Frage. Sicherlich muss man dort auch Grenzen setzen. Aber die sind halt weniger eng zu sehen als in anderen Bereichen. Es geht eben nicht um Maschinen, sondern um Menschen. (...) Ich merke langsam, dass diese Euphorie verloren geht, dass man nicht für ein Auto die Verantwortung trägt, ob es jetzt den Service wieder verlässt, sondern doch für Personen die Verantwortung hat, die halt zeitunabhängig Probleme haben. Das ist eben das, was vielfach nicht so gesehen wird. Das ist eben doch nicht ein ganz normaler Beruf. Krankheiten lassen sich zeitlich nicht einordnen, die sind nicht nur in der Arbeitszeit vorhanden, sondern kommen halt auch zu ganz überraschenden Zeiten, manchmal mehr, manchmal weniger.

Die Reorganisation öffentlicher Krankenhäuser nach betriebswirtschaftlichen Kriterien hat die Beziehung zwischen der Ärzteschaft und der Pflege in mehrfacher Hinsicht verändert. Zum einen scheint den Schilderungen zufolge die Pflegeleitung zuungunsten der ärztlichen Leitung eine erhebliche Stärkung er-

fahren zu haben. Darauf weist die verstärkte (versuchte) Einflussnahme der Pflegekräfte auf die unter ärztlicher Kontrolle stehenden Diagnoseentscheidungen hin, von denen Frau Stahl und Herrn Wetterau berichten, geht es hier doch um die Definitionshoheit über die abrechnungsrelevanten Arbeiten. Nicht unwesentlich bedingt zu sein scheint die Erstarkung der Pflegeleitung aber auch dadurch, dass die Ärzte die auf der Station zum Einsatz kommenden Pflegekräfte nun bei der Pflegeleitung »einkaufen« müssen, wodurch diese neu über eine gewisse Verhandlungsmacht verfügt.[5] Der Unmut von Herrn Wetterau über die Pflegedienstleiterinnen und besonders deren Hochschulausbildungen, die auch Management-Bestandteile beinhalten und ihnen damit Dispositionen vermitteln, mit denen sie den ärztlichen Ansprüchen wirksamer als früher entgegentreten können, scheint jedenfalls eine verstärkte Abhängigkeit der Ärzte von den Pflegedienstleiterinnen anzuzeigen. Die Pflegedienstleiterinnen können oder wollen den finanziellen Sorgen der Leitenden Ärzte, die darum bemüht sind, dass ihre Kliniken möglichst ertragreich funktionieren, nicht immer nachgeben.

Zum anderen scheint sich die Beziehung der Ärzte zu den Pflegekräften auf einer alltagspraktischen Ebene verändert zu haben. Wie bereits erwähnt, muss der kooperative interprofessionelle Umgang, von dem in allen Interviews in unserem Sample die Rede ist, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des verstärkten finanziellen Druckes verstanden werden. Ärzte und Pflegende müssen im Alltag auf der Station zusammenarbeiten, damit ihre Einheiten einen betriebswirtschaftlich möglichst günstigen Abschluss erzielen. Die Leitenden Ärzte ihrerseits, die zu Managern ihrer Kliniken avancierten, nehmen die Leistung der Pflegefachkräfte, gegenüber denen sie weiterhin weisungsbefugt sind, verstärkt in der betriebswirtschaftlichen Optik wahr und tragen an sie entsprechende Erwartungen heran (korrektes Dokumentieren etc., vgl. Gemperle/Pfeuffer 2013). Wenn Herr Wetterau die fehlende Ausbildung der Pflegekräfte am Bett bemängelt, dann spricht er auch ein Phänomen an, das damit zusammenhängt. Seit der Umsetzung des New Public Managements ist es durch den Druck auf die Personalkosten – neben dem strukturellen Personalabbau – zu einem erheblichen Zuwachs von nicht oder wenig qualifizierten Arbeitskräften gekommen, die vornehmlich im direkten Patientenkontakt arbeiten.

Die Beziehung zwischen der Ärzteschaft und der Pflege hat nicht nur eine andere Qualität angenommen. Sie ist auch vielgestaltiger geworden. Dies ist nicht unwesentlich auf die Ausdifferenzierung der Qualifikation der Pflege zurückzuführen. Diese Bildungsreform erfolgte parallel zur Umgestaltung des Krankenhausbereiches und gibt einer dem medizinischen Fortschritt folgenden Spezialisierung der Pflegetätigkeiten seine spezifische Form. Anders als es die

5 | Dadurch kann für Pflegedienstleiterinnen die Bekräftigung des finanziellen Werts der Pflege zum Symbol für die Emanzipation aus der Unterordnung unter die Ärzte werden. Zum Ausdruck kommt dies in folgender Äußerung einer weiteren Pflegedienstleiterin unseres Samples: »Ich verlange 65 Franken pro Stunde von den Ärzten. Die haben immer noch das Gefühl, wir machen Pipifax und so. Aber in dieser Sache bin ich knallhart undiskutabel.«

Schilderungen der beiden im Zentrum stehenden Berufsmenschen in Leitungspositionen vermuten lassen, hat die Umstellung auf ein neues Qualifikationsregime im Jahr 2004 nicht nur zu einer markanten Zunahme der »Hochqualifizierten« geführt, sondern auch – und in einer viel umfangreicheren Weise – die nicht oder wenig qualifizierten Pflegekräfte (Lehrlinge und Fachangestellte Gesundheit) anwachsen lassen.[6] Diese Entwicklung, die als Dequalifikation begriffen werden kann, weist darauf hin, dass die von der Pflegedienstleiterin vertretene These eines Aufstieges oder einer Aufwertung der Pflege vor allem bei den leitenden Pflegerinnen eine Gültigkeit hat. Zugleich geht aus ihr hervor, dass mit dem Durchsetzen betriebswirtschaftlicher Funktionsprinzipien innerhalb der Pflege eine wachsende Diskrepanz zwischen den sich auf leitender Ebene befindlichen und sich nicht unwesentlich an Betriebszielen und Managementkonzepten orientierenden Hochqualifizierten und den mit dem Behandlungsbedarf der Patienten konfrontierten Pflegekräften »an der Basis«, unter denen der Anteil geringer Qualifizierter tendenziell zunimmt[7], besteht.[8]

Um einen Einblick zu geben, inwiefern die Herausbildung der neuen Beschäftigtengruppe begleitet ist von differenziellen Verhältnissen der Ärzteschaft zur Pflege, wird hier auf Schilderungen einer weiteren von uns befragten Ärztin zurückgegriffen: Wir haben von der Spitalfachärztin im Interview erfahren, dass sie »gar nicht richtig weiß«, was die seit neun Monaten auf ihrer Station arbeitende Fachangestellte Gesundheit (FaGe) »eigentlich macht« und wie sie heißt (was uns diese FaGe selbst bereits davor im Interview angedeutet hat). Sie hat dies damit begründet, dass sie »nie mit ihr hat zusammenarbeiten müssen«, und stellt auf wiederholte Nachfrage des erstaunten Interviewers klar: »Wir wissen ja, wer die diplomierten Schwestern sind, also das diplomierte Personal, und mit denen wird dann kommuniziert.« Die Gruppe der nicht oder wenig qualifizierten Pflegekräf-

6 | Am betrachteten Krankenhaus hat sich zwischen 2003 und 2011 der Anteil der Pflegekräfte in Ausbildung am gesamten Personalbestand von 1,4% auf 10,6% erhöht, und ihr Anteil an allen Pflegekräften ist von 3,5% auf mehr als ein Viertel angewachsen. In dieser Zeitspanne hat sich das nummerische Verhältnis zwischen den qualifizierten Pflegekräften (die mindestens eine 4-jährige Fachausbildung oder Äquivalentes absolvierten) und den geringer qualifizierten Pflegekräften (Fachangestellten Gesundheit, dreijährige Berufslehre) von 100 zu null auf beinahe 80 zu 20 entwickelt.

7 | In Deutschland ist es im Zuge dieser Entwicklung gar zur Herausbildung eines eigentlichen Pflegeprekariats gekommen.

8 | Selbst viele befragte qualifizierte Pflegekräfte nehmen Pflegedienstleiterinnen, die in unserer Kontrastierung von Frau Stahl repräsentiert wird, als kaum in ihrem Dienst agierend wahr. Eine frühere Stationsleiterin, die heute als Springerin auf Stundenlohnbasis tätig ist, um »mit sich im Reinen« zu sein, spricht etwa davon, dass sie den Eindruck hat, dass »die Leute so in der oberen Führungsetage denken, wir seien ein wenig lästig, ein bisschen widerspenstig«, und sie sich wünscht, dass »das, was die Basis sagt, in der Pflegedienstleitung ein Stück weit als Expertenwissen anerkannt wird«.

te, die am betrachteten Krankenhaus stark angewachsen ist und zum Zeitpunkt der Erhebung annähernd die Hälfte des Pflegepersonals ausmacht, steht mit den Ärzten also lediglich vermittelt über die Pflegekräfte mit dem herkömmlichen fachlichen Qualifikationsniveau in Kontakt. Auch scheint diese Gruppe von der tonangebenden Ärzteschaft als den diplomierten Pflegekräften deutlich nachgeordnet wahrgenommen zu werden. Dies steht im deutlichen Kontrast zur »Bedrohung«, welche die Pflegedienstleiterinnen in den Augen der (Leitenden) Ärzte darstellen und von der die Schilderungen von Frau Stahl und Herrn Wetterau zeugen. Insofern hat die verstärkte Ausrichtung des Krankenhauses auf betriebswirtschaftliche Funktionsprinzipien die Beziehungen zwischen der Ärzteschaft und der Pflege vielgestaltiger werden lassen.

Alles in allem gesehen scheint die Einführung betriebswirtschaftlicher Funktionslogiken in das betrachtete Krankenhaus in der Beziehung zwischen den Angehörigen der beiden Beschäftigtengruppen die betriebliche Seite gestärkt zu haben. Ärzte und Pflegende begegnen sich heute weniger als Angehörige von zwei relativ autonomen und homogenen »Funktionskreisen«, wie die Gruppen von Johann Rohde (1974) gekennzeichnet wurden, sondern stärker aufgrund ihrer Position in einem ertragsorientierten Funktionsgefüge. Diese Veränderung, welche die alte »Ständeordnung« als überholt erscheinen lässt, kann als betriebswirtschaftliche Überformung oder Kommodifizierung begriffen werden.

Schluss

Im Zentrum dieses Textes steht die Veränderung der Beziehung zwischen der Ärzteschaft und der Pflege und die Wahrnehmung dieser Veränderung durch Vertreter der beiden Beschäftigtengruppen, die jeweils Leitungspositionen innehaben. Aus den Schilderungen geht hervor, dass die interprofessionelle Beziehung sich tatsächlich verändert hat. Die Pflegedienstleiterin Frau Stahl und der Leitende Arzt Herr Wetterau grenzen sich beide deutlich von früheren Verhältnissen ab, für die das Modell des autoritären Chefarztes das Emblem darzustellen scheint, und deuten die Veränderung der letzten Jahre übereinstimmend als Abnahme der Hierarchie zwischen Ärzten und Pflegekräften. Ihre Berichte weisen darauf hin, dass sich die Ärzte infolge der Aufwertung der Pflegeausbildungen bei ihren Entscheidungen verstärkt rechtfertigen müssen und die Beziehung dadurch fachlicher geworden ist. Zudem scheint die Ärzteschaft ihre Vormachtstellung infolge der Feminisierung ihrer Beschäftigtengruppe mit weniger natürlichem Anschein verkörpern zu können.

Die Schilderungen von Frau Stahl und Herrn Wetterau vermitteln zugleich das Bild eines weiterhin sehr ungleichen Verhältnisses zwischen den beiden Beschäftigtengruppen. Zwar wurde durch die neoliberale Umgestaltung der öffentlichen stationären Gesundheitsversorgung ab den 1990er Jahren die vormals starke Vormachtstellung der Ärzte reduziert. Die Kräfte, die sich seither etabliert

haben und vor allem an betriebswirtschaftlichen Maßstäben orientieren, verlangen aber einen nicht minderen Gehorsam – nicht nur, aber gerade auch in einer Pflege, die sich vom Schatten der früheren ärztlichen Autorität teilweise befreien konnte. Den Aussagen von Frau Stahl und Herrn Wetterau zufolge ist es vor allem im alltagspraktischen Umgang zu einem Abbau der Hierarchien gekommen. An der alleinigen Hoheit der Ärzte über die behandlungs- und abrechnungsrelevanten Diagnosen hat sich nichts geändert. Die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegenden ist durch die Einführung betriebswirtschaftlicher Prinzipien allerdings auch vielgestaltiger geworden, da diese die Dynamik zwischen den Beschäftigtengruppen und unter ihren Untergruppen veränderte. Von der Pflege hat dabei vor allem die Pflegedienstleitung an Gewicht gewonnen, nicht zuletzt dank der Verwaltung. Und vor allem ihr gegenüber scheint sich das ärztliche Verhalten verändert zu haben. Im Unterschied dazu werden die wenig Qualifizierten von den Ärzten kaum wahrgenommen.

Die Schilderungen von Frau Stahl und Herrn Wetterau sind zunächst einmal das Ergebnis des Verhältnisses ihrer Verhaltensdispositionen zu der von ihnen eingenommenen Position. Als Diskurs von Vertretern der Macht in ihren Beschäftigtengruppen bringen die Äußerungen der beiden zugleich mögliche Gestaltungsabsichten der interprofessionellen Beziehung zum Ausdruck: Die Pflegedienstleiterin, welche die Entwicklung als »noch nicht genug« qualifiziert, rekurriert bei ihrer Darstellung der Veränderung der Beziehung vor allem auf Prozesse, welche die ärztliche Legitimität erschüttern (Feminisierung der Ärzteschaft, Höherqualifikation der Pflege), und bringt damit sicherlich die Hoffnung vieler Pflegender zum Ausdruck, dass die Emanzipation von männlichen Herrschaftsformen zur Emanzipation von der Ärzteschaft ausreiche. An ihr erkennen wir aber auch, dass selbst Emanzipationsvorstellungen von hochgebildeten Pflegenden nicht über die bestehende Rangordnung hinausweisen müssen. Das Beispiel macht ferner deutlich, dass vor allem die Leiterinnen sich in dem von der Geschäftsleitung vorgehaltenen Diskurs des Wandels der Beziehung zwischen Ärzten und Pflegenden wiedererkennen können, weil ihre Position tatsächlich eine Aufwertung erfahren hat.

Der Leitende Arzt wiederum, für den die Entwicklung der vergangenen Jahre ein »Zuviel des Guten« mit sich gebracht hat, stellt in seiner Darstellung vor allem Veränderungen in institutioneller Hinsicht in den Vordergrund, in denen die Ärzte einen relativen Verlust ihres Einflusses hinnehmen mussten (Entmachtung von der Krankenhausleitung durch die Verwaltung, bevorzugte Behandlung der Pflege durch die Verwaltung). Herr Wetterau spricht dabei aus einer Position der entthronten Könige, deren vornehmliche Perspektive die ist, einen weiteren Statusverlust zu vermeiden. Der Leitende Arzt vermittelt das Bild einer Ärzteschaft, welche die Pflege aus einer paternalistischen Grundhaltung (und zuweilen auch mit Ressentiments) weiterhin als eine vor allem nachgeordnete und zudienende Beschäftigtengruppe konzipiert. Vermutlich ist es auch diesem Groll geschuldet, weshalb in dieser Gegenüberstellung dem Sohn eines Krankenpflegers die Rolle

zukommt, darauf hinzuweisen, dass das Durchsetzen betriebswirtschaftlicher Imperative die Emanzipationsprozesse der Pflege unterläuft, wenn er die mangelnde Qualifikation der Pflegenden am Bett erwähnt.

Auf allgemeiner Ebene zeigt die Gegenüberstellung, dass die Beziehung zwischen zwei Beschäftigtengruppen nicht das Resultat der Intentionen ihrer Angehörigen ist. Die Beziehung ist auch kein Nullsummenspiel. Vielmehr ist sie eingebettet in die Konfiguration aller im Gesundheitswesen relevanten Kräfte, das zurzeit erheblichen strukturellen Veränderungen unterworfen ist. Erwähnt seien hier die Erstarkung der Krankenkassen seit der Privatisierungs- und Liberalisierungsdynamik[9] und die parallel dazu verlaufende Durchsetzung betriebswirtschaftlicher Logiken. Beide Entwicklungen haben an der betrachteten Institution zum Erstarken der Verwaltung und zur Schwächung der medizinisch-pflegerischen Beschäftigtengruppen und ihrer berufseigenen Maßstäbe geführt. Und sie lenken die durch den medizinischen Fortschritt angetriebene vorherrschende Dynamik im medizinischen Feld in bestimmte Bahnen.

Mit dem folgenden Beitrag zur Schweizerischen Post wechseln wir von der leitenden Ebene zur Ebene der vorwiegend mit der eigentlichen Erbringung öffentlicher Dienstleistungen Beschäftigten, für die der häufige und teilweise starke Kontakt mit den Benutzern kennzeichnend ist. Der Strukturwandel des Service Public kommt dabei noch deutlicher als im vorangehenden Text im Kontrast zwischen den Denk- und Wahrnehmungsschemata der im Zentrum stehenden zwei Zusteller zum Ausdruck: Zu Wort kommen ein älterer »Pöstler«, der über lange Jahre unter dem früheren politisch-ökonomischen Regime gearbeitet hat, und eine jüngere Vertreterin der Beschäftigtengruppe, die über viele der Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen verfügt, welche der »Gelbe Riese« heute in der Zustellung sucht und befördert. Die beiden bekunden zu allen Themen, welche die Zusteller in Verbindung mit der Restrukturierung der Post beschäftigen, unterschiedliche Meinungen. Gerade wegen des Kontrastes der Perspektiven bieten die gegenübergestellten Schilderungen der beiden einen guten Einblick, wie die Vorherrschaft betriebswirtschaftlicher Logiken mit Veränderungen der Bedingungen der Dienstleistungserbringung, aber auch des Verhältnisses der Zusteller zur Arbeitstätigkeit und zur Beschäftigung einhergeht.

9 | Christoph Hermann (2007: 8) zeigt in einem internationalen Vergleich auf, dass private Versicherungen in denjenigen Ländern zugenommen haben, in denen eine Abnahme der öffentlichen Gesundheitsausgaben festzustellen ist.

»Auch wenn wir keine Zeit mehr haben, nehmen wir uns manchmal noch welche«

Zusteller unter dem Druck betriebswirtschaftlicher Restrukturierungen

Michael Gemperle

Frau Schläpfer und Herr Graf scheinen einige grundlegende Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata von Zustellern bei der Schweizerischen Post nach der Einführung des New Public Managements geradezu idealtypisch zu verkörpern. Frau Schläpfer ist eine junge Frau Anfang 20, die, nachdem sie ihre Ausbildung absolviert hat, daran ist, sich in dieser Arbeitswelt zurechtzufinden und erst seit kurzem eine unbefristete Stelle hat. Sie arbeitet mittlerweile auf einer Poststelle, die fünf Minuten entfernt von ihrem Wohnort »auf dem Land« ist. Frau Schläpfer ist ledig und kinderlos und stammt aus dem landwirtschaftlichen Milieu, aus dem sich seit geraumer Zeit der Großteil der Post-Angestellten rekrutiert. Von stämmiger Statur, hat sie ein bodenständiges und zugleich verhaltenes und bescheidenes Auftreten. Zum Interview, das im Pausenraum der Poststelle im Anschluss an ihren Dienst stattfindet, trägt sie die Dienstkleidung. Die zweite Person, Herr Graf, ist Ende 50 und hat eine kräftige Gestalt. Er war sein Arbeitsleben lang bei der Post tätig und blickt mit Bitterkeit auf die Veränderungen, die die Tätigkeit des Zustellers erfahren hat, auch wenn er mit seiner eigenen Arbeits- und Lebenssituation nicht unzufrieden ist. Herr Graf ist ebenfalls kinderlos und ledig, lebt aber mit einer bereits pensionierten Partnerin zusammen, die in einer Kaffeebar arbeitete, in der er auf seinen Zustelltouren immer Pause machte. Herr Graf wirkt wie ein »Pöstler« aus einer anderen Zeit, hat aber auch früher schon nicht dem vorherrschenden Bild des Zustellers entsprochen. Im Interview fallen nicht nur sein bestimmtes und sehr lebhaftes Auftreten, sondern auch seine unkonventionelle Frisur, seine Reflektiertheit und sein Bemühen um kulturelle Distinktion auf. Er bekundet im Gespräch wiederholt eine Neigung zur Kritik.

Damit scheint das Skript für diese Fallkontrastierung bereits geschrieben zu sein: Auf der einen Seite die junge Frau, die aus Unkenntnis über die früheren Zu-

Das Buch entstand im Rahmen eines von der DFG, dem SNF und dem FWF geförderten D-A-CH-Projektes mit freundlicher Unterstützung durch den Dr. Albert Bühler-Reindl-Fonds der Universität St. Gallen (Schweiz).

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

© 2014 transcript Verlag, Bielefeld

Die Verwertung der Texte und Bilder ist ohne Zustimmung des Verlages urheberrechtswidrig und strafbar. Das gilt auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Verarbeitung mit elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Kordula Röckenhaus, Bielefeld
Korrektorat: Andreas Merkel, Köln
Satz: Michael Rauscher, Bielefeld
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
Print-ISBN 978-3-8376-2770-1
PDF-ISBN 978-3-8394-2770-5

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *http://www.transcript-verlag.de*
Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis und andere Broschüren an unter: *info@transcript-verlag.de*

Inhalt

Dank | 7

Einleitung
Franz Schultheis/Berthold Vogel | 9

»Dann kann man Leute von der Straße holen und ans Bett stellen«
Zwei Einschätzungen zu Anerkennung, Kompetenz und Qualifikation unterschiedlicher Ausbildungsabschlüsse innerhalb der Pflege in der Schweiz
Kristina Mau/Constantin Wagner | 19

Should I stay or should I go
Strategien des Umgangs mit einem unmöglich gewordenen Beruf
Andreas Pfeuffer | 39

»Ich bin immer noch Pöstler«
Metamorphosen des »Gelben Riesen« aus divergierenden Blickwinkeln
Franz Schultheis | 63

»Also es ist einfach die hohe Flexibilität vom Springerteam, wo mir gefällt«
Flexibilisierte Arbeitsverhältnisse aus Sicht der Arbeitnehmer
Kristina Mau | 83

Ein weites Feld
Berufsbiographische Flugbahnen
in und durch den öffentlichen Dienst im Vergleich
Franz Schultheis | 113

»Und ich möchte auch die Leute motivieren, einen Gesundheitsberuf zu erlernen«
Zur Bedeutung von »Herkunft«: zwei Ausbildner in der Pflege im Vergleich
Constantin Wagner | 129

Zwischen »Fordern« und »Fördern«
Das Doppelmandat in der Sozialhilfe
Kristina Mau/Constantin Wagner | 147

Wer trägt die Verantwortung für öffentliche Güter?
Ein Kämmerer, ein Hauptamtsleiter, ein Infrastrukturmanager und ein Postbetriebsrat nehmen Stellung
Berthold Vogel | 165

New Public Management im Rathauskeller
Andreas Pfeuffer | 185

»Noch nicht genug« oder »zu viel des Guten«?
Die Veränderung der Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege aus der Sicht eines Leitenden Arztes und einer Pflegedienstleiterin
Michael Gemperle | 207

»Auch wenn wir keine Zeit mehr haben, nehmen wir uns manchmal noch welche«
Zusteller unter dem Druck betriebswirtschaftlicher Restrukturierungen
Michael Gemperle | 223

»Wir Alten sind die Blödsten«
Implizite und explizite Generationenkonflikte zwischen Mitarbeitenden der Verkehrsbetriebe
Kristina Mau/Constantin Wagner | 241

Vom »Dienen« mit Leib und Seele zur »Work-Life-Balance«
Metamorphosen des ärztlichen Habitus am Beispiel zweier weiblicher Berufsbiographien
Franz Schultheis/Tina-Maria Willner | 257

Wie lassen sich Erwerbsbiographie und Berufsethos im Dienste öffentlicher Güter darstellen?
Abschließende Anmerkungen zum methodischen Experiment der Fallkontrastierung
Franz Schultheis/Berthold Vogel | 283

Literatur | 287

Kurzbiographien | 293

Dank

Diese Publikation entstand im Rahmen des Projektes »Im Dienste öffentlicher Güter: Akteure, Institutionen, Praktiken«, beruhend auf einer Forschungskooperation zwischen dem Soziologischen Seminar der Universität St. Gallen, dem Hamburger Institut für Sozialforschung und der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt in Wien, und wurde von Oktober 2010 bis März 2013 finanziert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG, den Österreichischen Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung FWF und den Schweizerischen Nationalfonds SNF.

Mit freundlicher Unterstützung durch den Dr.-Albert-Bühler-Reindl-Fonds der Universität St. Gallen (Schweiz).

Unser Dank gilt Dr. Artur Göser für das sorgfältige und kompetente Lektorat sowie all jenen Produzenten öffentlicher Güter, die bereit waren, Zeugnisse von ihren Erfahrungen in der Arbeitswelt zu liefern.