

Thomas Elkeles

## Arbeitsorganisation in der Krankenpflege

### Zur Kritik der Funktionspflege<sup>1</sup>

Seit langem besteht in Fachkreisen Einigkeit darüber, daß die in den Krankenhäusern der BRD praktizierte Funktionspflege ungünstige Wirkungen hat. Vor allem wird dabei an eine negative Beeinflussung der Arbeitsmotivation von Pflegekräften und der Befindlichkeit der Patienten gedacht. Wie auch bei anderen Problemen des Pflegedienstes wird jedoch vor allem lamentiert und nicht gehandelt. In letzter Zeit ist es sogar ziemlich still um die Funktionspflege geworden. Diskutiert wird über patientenorientierte Pflegekonzepte und in diesem Zusammenhang entsteht der Eindruck, als sei die Funktionspflege längstens überholt. Tatsache ist, daß in der Praxis des Krankenhausalltags weiterhin Funktionspflege betrieben wird, als ob es noch nie eine Diskussion darum gegeben hätte. Als Grund wird man — neben der generellen Schwerfälligkeit des Gesundheitswesens gegenüber Reformen und strukturellen Eingriffen — auf Seiten der Verantwortlichen vermuten müssen, daß diese sich wirtschaftliche Vorteile von der Beibehaltung der Funktionspflege versprechen. Gerade dies stellt aber einen Irrtum dar. Auch im Bereich der Effektivität des pflegerischen Arbeitsprozesses sind, wie zu belegen sein wird, negative Wirkungen der Funktionspflege zu verzeichnen.

Handeln würde auch eine bessere Kenntnis über den Charakter der Probleme bei der Funktionspflege sowie Vorstellungen über Alternativen voraussetzen. Bisher gibt es kaum Ansätze zu einer arbeitssoziologischen Analyse der Arbeitsorganisation im Pflegedienst. Dazu hat sicher beigetragen, daß Krankenpflege immer noch keine durchgängige Anerkennung als Berufsarbeit gefunden hat, sondern als ein pathosbehafteter Dienst am Kranken angesehen wird, der so außergewöhnlich und ausnahmhaf sein soll, daß er sich einer rationalen Analyse entziehen müsse. Auch der Widerstand gegen die im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen üblich gewordenen Betriebsuntersuchungen trägt derartige Züge einer »ritualisierten Notstandshaltung« (Rohde 1974).

Fraglich kann jedoch nicht sein, ob Arbeitsabläufe untersucht werden sollen, hier ist die traditionelle Arbeitswissenschaft ohnehin weiter als manche Kritiker vermuten, sondern nach welchen Maßstäben dies geschieht. Es wäre an der Zeit, Maßstäbe einer menschengerechten

Gestaltung von Arbeit in die Diskussion einzubringen und damit die nach wie vor aktuelle Debatte um die Humanisierung der Arbeitswelt auch auf Arbeitsplätze in der Krankenpflege auszuweiten. Dies könnte ein sinnvoller Beitrag zur Realisierung eines humanen Krankenhauses sein.

Will man vermutete negative Wirkungen der Funktionspflege untersuchen, ist also zunächst eine nähere Analyse der strukturellen Bedingungen von Arbeit in der Funktionspflege angebracht. Mit meiner Untersuchung versuchte ich, zu beidem einen Beitrag zu leisten.

### *Arbeitsorganisation und Krankenpflege*

Der Begriff Arbeitsorganisation stößt in Pflegekreisen meist auf Un- oder Mißverständnis. »Bei uns gibt es überhaupt keine Organisation in der Arbeit«, kann man hierzu hören. Ob und inwieweit eine bewußte Planung und sinnvolle Koordination in der zeitlichen Abfolge von pflegerischen Arbeitshandlungen auf der Normalstation besteht, ist aber eher eine Frage, mit welcher Qualität Leitungs- und Führungsaufgaben auf der Krankenstation wahrgenommen werden. Unter Regelungen zur Arbeitsorganisation soll hier verstanden werden, auf welche Art und Weise die anstehenden Aufgaben auf das Personal verteilt werden. Unabhängig davon, ob dies formal geregelt wird oder nicht, bedingt die Menge an Funktionsanforderungen auf einer Station in Beziehung zum vorhandenen Personalbestand bestimmte Maßnahmen von Division und Integration. Daraus resultieren an den einzelnen Arbeitsplätzen unterschiedliche Tätigkeitspektren, Informationsniveaus, Anforderungen, Einflußchancen und Entscheidungsspielräume.

Da die Maßnahmen zur Regelung der Arbeitsorganisation, im Unterschied zu anderen Betrieben, jedoch nicht nach einem von der Betriebsleitung im einzelnen vorgeschriebenen System detaillierter Anweisungen geschehen, ist es schwierig, wahrzunehmen, worin diese überhaupt bestehen. Selbst Stellenbeschreibungen, soweit sie existieren, geben keine klare Auskunft über die Abgrenzung der Aufgaben auf der Station. Hinzu kommt, daß ein Arbeitsplatz in der Krankenpflege schwierig zu lokalisieren ist. Die Tätigkeiten auf der Normalstation sind nicht an einzelne Orte oder gar technische Apparaturen gebunden, sondern erfordern eine hohe Mobilität. Dennoch bestehen insofern verschiedene Arbeitsplätze, als die Tätigkeiten in unterschiedlicher Art und Weise auf das Personal verteilt sind.

Noch ein weiterer Aspekt erschwert die Analyse der Arbeitsorganisation. Der tägliche Bedarf an pflegerischen Handlungen auf der Station

ist von Umfang und Charakter her starken Schwankungen unterworfen und daher nur zum Teil regelhaft und voraussehbar. Krankheitsverläufe und Befindlichkeit der Patienten können wechselnde Arbeitserfordernisse begründen. Nicht jeden Tag sind z.B. Infusionen zu überwachen; Medikamente werden abgesetzt und neue angesetzt. Der sich verändernde Zustand eines Dekubitus bringt u.U. andere Pflegemaßnahmen mit sich. Durch Zugänge und Entlassungen kommt es zu ständigen Veränderungen im Patienten- und Krankheitspektrum. Je nach vorhandenem Personalbestand, der hohen täglichen Schwankungen unterworfen ist, werden bestimmte Grundpflege-Maßnahmen mehr oder weniger häufig und gründlich ausgeführt. Siegrist (1978) bezeichnet dies als »Variabilität der Vollzüge«, wodurch der Eindruck einer Irregularität des Arbeitsablaufes hervorgerufen werde.

Dennoch können im zeitlichen Ablauf bestimmte Regelmäßigkeiten festgestellt werden. Durch die Verflechtung mit anderen Leistungsstellen des Krankenhauses, insbesondere den Funktions- und Zentralen Diensten, sind Arbeitsabläufe auf der Station bestimmten Zeitlimits unterworfen und werden routinemäßig zu bestimmten Zeiten durchgeführt wie z.B. das Essenausteilen. Fest steht z.B. auch, daß täglich Kurven zu führen und Verordnungen auszuführen sind. Auch hierfür werden durchaus Routineprogramme entwickelt. Wenn also für den Bereich des zeitlichen Ablaufs Regelungen möglich und auch beobachtbar sind, zeigt dies, daß nicht etwa der variable Charakter der Pflegearbeit Regelungs- und Gestaltungsmöglichkeiten überhaupt ausschließt. Das Gleiche muß auch für die Art und Weise der Arbeitsverteilung gelten. Üblicherweise wird die Arbeitsverteilung nach dem Prinzip der Funktionspflege vorgenommen: die Aufgaben werden nach funktionellen Gesichtspunkten zerlegt und einzelnen Pflegekräften zur Durchführung an allen oder mehreren Patienten zugewiesen. Diese Form der Arbeitsorganisation ist traditionell üblich und bedarf keiner gesonderten Anweisungen.

Der Funktionspflege wurde in der Krankenhausbetriebslehre (vgl. Eichhorn 1975) das Prinzip der Gruppenpflege entgegengestellt, bei dem einem Pflgeteam definitionsgemäß sämtliche Funktionen für eine Pflegegruppe übertragen sein sollen. Heute kann man die Gruppenpflege als gescheitert ansehen. Abgesehen von Verkleinerungen der Pflegeeinheiten ist es bei Gruppenpflege zu keinen anderen Veränderungen gekommen, als daß Bezeichnungen ausgetauscht wurden, z.B. Gruppen- statt Stationsschwester. Das zentrale Problem der Funktionspflege, die Arbeitsteiligkeit, wurde nicht angegangen. Welche Form der Arbeitsorganisation gewählt wird, ist keine Frage baulicher Gegebenheit

oder der Größe der jeweils zu betreuenden Pflegeeinheiten wie Stations-, Gruppen-, Saal- oder Zimmerpflege, sondern eine Frage der Entscheidung für ein bestimmtes Organisationsprinzip. Weder schließt Zimmerpflege aus, daß die Arbeitshandlungen in Form zerlegter Partialverrichtungen ausgeführt werden, noch verhindert eine große Station eine Pflegeorganisation mit ganzheitlichem Charakter.

Für Untersuchungszwecke hielt ich es für sinnvoll, ein analytisches Modell zu entwickeln, das auf der Unterscheidung zwischen einer funktionellen und einer ganzheitlichen Arbeitsorganisationsform beruht, und deren jeweilige Merkmale in idealtypischer Weise in einer Extremausprägung anzugeben. Die Beschreibung des Modells »Traditionelle Funktionspflege« greift auf Erfahrungsberichte von Pflegekräften zurück und charakterisiert die Funktionspflege in ihrer klassischen Form. Demgegenüber hat die Beschreibung des Modells »Ganzheitspflege« eher thesenhaften Charakter, da es in der Praxis der BRD bisher so gut wie nicht existiert. Eine solche modellhafte Beschreibung hat den Vorteil, daß die Unterschiede in den strukturellen Merkmalen klarer hervortreten und in der Praxis möglicherweise vorhandene Mischformen als solche identifizierbar werden.

### *Taylorismus in der Krankenpflege?*

Das hierarchisch-zentralistische Modell der »Traditionellen Funktionspflege« ist folgendermaßen gekennzeichnet: Das Tätigkeitsprofil ist statusabhängig: je patientenferner eine Tätigkeit, desto höher das Sozialprestige. Der Schreibtisch stellt in der Pflege ein Statussymbol ersten Ranges dar. Das Maß an Informiertheit ist positionsspezifisch verteilt. Zugangs- und Besitzmöglichkeiten von Informationen wie Patientenunterlagen, Teilnahme an der Visite und Dienstübergabe sind klassischerweise von der Stationsleitung monopolisiert. Kommunikation mit dem ärztlichen Sektor — Mitteilung von Krankenbeobachtungen, Entgegennahme von Aufträgen — findet nicht direkt, sondern indirekt über die Zentralinstanz der Stationsleitung statt. Die Arbeit wird zerlegt und in einzelnen Runden durchgeführt: Blutdruck-, Getränke-, Verbände-, Spritzen-, »Abtöpf«-Runde. Einzelaufträge werden im Rapportsystem mit jeweilig zu erfolgender Rückmeldung erteilt, was hohe Kontrollunterwerfung begründet. Kommunikation mit den Patienten wird als Einzel-Arbeitselement betrachtet und hat tendenziell wenig Chancen, in die auf schnelle Hintereinander-Erledigung gerichteten Runden eingeflochten zu werden.

Das dezentral-egalitäre Modell »Ganzheitspflege« zeichnet sich durch gleichmäßige Verteilung von Kompetenzen (Tätigkeitsprofil) und Informiertheit, patientenorientierte Arbeitsaufteilung nach quantitativen Gesichtspunkten, z.B. Anzahl der zu betreuenden Patienten, und dezentrale Koordination der ganzheitlich belassenen Tätigkeiten durch die Pflegekräfte aus. Planende und ausführende Anteile der Pflegearbeit werden nicht voneinander getrennt.

Krankenpflege auf der Station ist vom Arbeitsinhalt her eine relativ qualifizierte Tätigkeit. Selbst ein Vorgang wie das Bettenmachen, der gemeinhin als unqualifizierte Anlern- oder als hausarbeitsähnliche Tätigkeit angesehen wird, bedarf der Berücksichtigung und des Einbringens von Kenntnissen über Krankheitsverläufe. Auch wenn Krankenpflege zum Teil in Zu-, Vor- und Nacharbeit für Ärzte besteht, erfordert und vermittelt sie ein breites Wissen um Krankheitsäußerungen und deren Beeinflussbarkeit, Wissen um abstrakte Funktionszusammenhänge (Anatomie, Physiologie), Fertigkeiten zur Ausübung pflegerischer Fürsorgehandlungen und Kenntnisse der Bedienungs- und Wirkungsweise der technischen Hilfsmittel. Ferner erfordert sie: Fähigkeiten wie Problemlösungsvermögen, Aufmerksamkeit, Reaktionsschnelligkeit, manuelle Geschicklichkeit, psychosoziale Sensibilität und Verantwortung. Der Arbeitsinhalt ist multifunktional zusammengesetzt, und es besteht ein Muster komplexer Anforderungen physischer, intellektuell-kognitiver und psychisch-affektiver Art. Ganzheitlichen Charakter trägt die Krankenpflege sowohl wegen des gemeinsamen Auftretens verschiedener Handlungsarten zur Befriedigung von Patientenbedürfnissen als auch wegen des entlang einer Zeitachse prozeßhaften Verlaufs. Die Arbeit »begleitet ein Bedürfnis von seiner Äußerung bis zu seiner Befriedigung« (Ostner und Beck-Gernsheim 1979, 44).

Dieser ganzheitliche Charakter, der der Pflegearbeit an sich inneohnt, wird nun durch die Regelungen bei Funktionspflege zerstört. Durch isolierte Inanspruchnahme einzelner Qualifikationen resultiert Dequalifikation. Das Arbeitserlegungsmuster ruft einseitige Beanspruchungen hervor, z.B. überwiegend physische Beanspruchung bei bestimmten Runden. Durch die Rundenpflege tritt repetitive Teilarbeit mit entsprechender zeitlicher und inhaltlicher Gleichförmigkeit (=Monotonie) auf. Vor allem ist für die »Normal«-Pflegekräfte der Handlungs- und Entscheidungsspielraum eingeschränkt.

Man sollte erwarten, daß die Verantwortlichen auch offen für die Funktionspflege eintreten. Das ist aber sowohl in der Literatur als auch in der Praxis kaum der Fall. Das Interesse an der Funktionspflege kann aber daran ermessen werden, daß diese stillschweigend weiterhin

durchgeführt wird. Wäre man der Überzeugung, eine andere Form der Arbeitsorganisation sei geeigneter und vor allem effektiver, hätte man deren Einführung längst in Angriff genommen.

Hierfür lassen sich mehrere Gründe finden. Zum einen trägt eine hierarchische Arbeitsorganisation dazu bei, die grundlegenden Herrschaftsbeziehungen in Arbeitswelt und Gesellschaft zu verfestigen. Zum anderen wird gerade vom Krankenhaus erwartet, die dort geleistete Arbeit solle möglichst fehlerfrei sein; diesem Anspruch wird nach bisher herrschender Auffassung am ehesten dadurch entsprochen, daß Kontrolle und Aufsicht verschärft werden. Man geht davon aus, die Sicherheit für die Patienten werde durch die monopolisierte Koordination seitens der Stationsleitung sowie durch sichere Einübung in nur wenige Partialverrichtungen erhöht. Daneben werden bei Arbeitsteilung Rationalisierungseffekte erwartet: Möglichkeit, einen hohen Anteil an Hilfskräften einzusetzen; leichtere Behebbarkeit kurzfristiger Personalausfälle, geringerer Zeitaufwand und Personalbedarf. »Aufgrund der Arbeitsteilung ist die Funktionspflege von der Geschwindigkeit und der Perfektion der Ausführung her eindeutig im Vorteil ...« (Forschungsbericht des BMAS 1983, 39).

In gewisser Weise und vermutlich ohne davon zu wissen, steht die Funktionspflege in der Tradition des Taylorismus.<sup>2</sup> Wenngleich das Wirken der Stationsleitung nicht entfernt einem mit wissenschaftlichen Methoden arbeitenden betrieblichen Management ähnelt, wie es Taylor einführen wollte, so entspricht es doch den Prinzipien Taylors, wenn den Pflegekräften die Dispositionsmöglichkeiten entzogen werden, wenn zur rationellsten Form der Arbeit angeleitet wird (Spezialisierung), und wenn der Arbeitsprozeß insofern zwangsweise festgelegt wird, wie seine Zerlegung in möglichst kleine Teileinheiten als oberste Maxime gilt, z.B. Durchführung von Rundenpflege, Tendenz zur Standardisierung des Arbeitsprozesses. Meiner Ansicht nach kann man die Funktionspflege als tayloristisch orientierte Arbeitsorganisation bezeichnen. Mit dieser Feststellung wird auch die Kritik am Taylorismus auf die Krankenpflege anwendbar. Das gilt vor allem für die Vermutung, auch in der Krankenpflege ließe sich das Phänomen von »Grenzen der Arbeitsteilung« (Friedmann 1959) vorfinden. Wird Arbeitszerlegung auf die Spitze getrieben, sinkt die Produktivität — vor allem durch die Demotivation der Arbeitenden infolge Sinnentleerung der Arbeit. Die Vermutung, bei der Funktionspflege seien solche »Grenzen der Arbeitsteilung« überschritten, stützt sich jedoch nicht nur auf arbeitspsychologische Gründe, sondern auch auf mehr oder weniger direkt wahrnehmbare Einbußen an Effektivität bei den Arbeitsabläufen.

Zum einen kommt es zu *zeitökonomischen Nachteilen*, zur Vergeudung von Arbeits- und Zeitquanten. Unnötige Wege und Wegzeiten entstehen. Sind z.B. zwei Einzelfunktionen bei einem Patienten im hintersten Ende des Stationsflurs zu verrichten und infolge der typischen Arbeitszerlegung damit zwei verschiedene Pflegekräfte beauftragt, so ist einer der zurückzulegenden Wege überflüssig eingesetzte Arbeitszeit. Auch können sich die Runden gegenseitig überschneiden und dadurch ablaufbedingte Wartezeiten entstehen. Kommt eine Pflegekraft während einer Runde an ein Patientenbett und dort führt gerade eine Kollegin eine andere Verrichtung aus, so muß sie u.U. warten oder zunächst zu einem anderen Patienten gehen und später zurückkehren. Ferner steigt infolge der hohen Arbeitszerlegung der Koordinationsaufwand. Ständige Nachfragen: »Hat jemand schon Frau X. gespritzt?«, »Sind die Medikamente schon gestellt?«, »Hat Herr Y. heute gegessen?«, »Gehen Sie doch mal fragen, ob ... schon jemand gemacht hat«, sind ein typisches Ereignis im Arbeitsalltag und mit hohem, unnötigen Zeit- und Wegeaufwand verbunden.

Zum anderen steigt bei Funktionspflege tendenziell die *Fehlerquote*, da infolge der hohen Arbeitszerlegung die Koordinierbarkeit teilweise nicht mehr zu gewährleisten ist. So herrscht ständige Unklarheit, wer jeweils mit welchen Aufgaben beauftragt worden ist bzw. zu welcher Aufgabe bestimmte Arbeitshandlungen vermutlich zu rechnen sind. Vor allem wissen Pflegekräfte nie, ob eine Aufgabe vielleicht schon von Kolleginnen ausgeführt ist oder nicht. So kommt es vor, daß vorgesehene Verrichtungen unterlassen werden — man nahm an, die jeweilige Aufgabe sei bereits von Kolleginnen ausgeführt — oder auch mehrfach ausgeführt werden — man nahm an, die jeweilige Aufgabe sei noch nicht von Kolleginnen ausgeführt. Infolge des schlechten Informationsstands kommt es auch zu dem geradezu typischen Fehler, daß Verrichtungen an anderen als dafür vorgesehenen Patienten ausgeführt werden, die Patienten also schlichtweg verwechselt werden. Man braucht kaum darauf zu verweisen, daß es bei diesen Arten von Fehlern zu medizinisch bedenklichen Situationen kommen kann.

Effektivitätseinbußen stellen sich ferner durch eine negative Beeinflussung des Genesungsprozesses der Patienten ein, da bei der arbeits teiligen Pflege eine kontinuierliche »Schwester-Patient-Beziehung« nicht entstehen kann. Auch sinkt das Pflegeniveau, da bei fehlender Beanspruchung bestimmter Fähigkeiten die Qualifikationen der Pflegekräfte verkümmern.

Neben unerwünschten Wirkungen im Bereich der Effektivität der pflegerischen Arbeitsabläufe tritt als weitere negative Wirkung der

Funktionspflege eine Beeinträchtigung der Arbeitsmotivation der Pflegekräfte auf.

Einen der grundlegenden Interessenbereiche des arbeitenden Menschen bildet das Gestaltungsinteresse, das sich auf die Gewährleistung hinreichender Verhaltensspielräume bei der Arbeit richtet (vgl. Fürstenberg 1977). Der Handlungsspielraum am Arbeitsplatz muß es dem Arbeitenden ermöglichen, Planung, Kreativität, soziale Kontaktfähigkeit und Selbstkontrolle einzubringen und zu entwickeln. Dies erfordert die Überlassung einer gewissen Autonomie, auch für zeitliche Dispositionen, und eines gewissen Verantwortungsbereiches und ist mit der Erhöhung der Arbeitskompetenz verbunden. Kurz: den Dimensionen des Tätigkeitspielraums (Aufgabenvielfalt) und des Entscheidungs- und Kontrollspielraums ist Rechnung zu tragen und dabei der Ganzheitscharakter der Aufgabe zu wahren. Bei Funktionspflege wird dem Gestaltungsinteresse der »Normal«-Pflegekräfte nicht annähernd entsprochen, woraus negative Konsequenzen für die Arbeitsmotivation abgeleitet werden können.

In welcher Form diese negativen Konsequenzen auftreten ist eine ganz andere und komplizierte Frage. Zum Beispiel ist es naheliegend zu vermuten, daß die Demotivation infolge der Funktionspflege die hohe Fluktuation und die kurze Verweildauer im Beruf bei Pflegekräften mitbedingt. Da hier jedoch noch viele andere Gründe eine Rolle spielen, ist es — jedenfalls bisher — nicht möglich, anzugeben, welchen Anteil dabei die Verletzung des Gestaltungsinteresses einnimmt. Ähnliches gilt für die »Arbeitszufriedenheit« bzw. »Arbeitsunzufriedenheit«, die Qualität der Arbeitsausführung oder die Fehlzeiten-Quote, welche als Indikatoren der Arbeitsmotivation teilweise umstritten sind und bei der Erhebung im übrigen besondere meßtechnische Probleme mit sich bringen. Unabhängig davon, ob sich die negative Beeinflussung der Arbeitsmotivation in solchen Indikatoren ausdrückt oder überhaupt ausdrücken läßt, ist an Arbeitsplätzen in der Funktionspflege ein objektiver Handlungsbedarf für Maßnahmen zur Humanisierung der Arbeit gegeben.

### *Ergebnisse der Befragung*

Der empirische Teil meiner Untersuchung sollte zum einen nähere Aufschlüsse über die reale Ausgestaltung der Arbeitsorganisation auf Normalstationen erbringen. Zum anderen sollten die Hypthesen von den unerwünschten Wirkungen der Funktionspflege überprüft werden. Die Untersuchung gliederte sich in zwei Teile — Set A und Set B.

Im Set A wurden 11 Gruppendiskussionen mit insgesamt 77 berufserfahrenen Pflegekräften durchgeführt, die zum Zeitpunkt der Befragung Teilnehmer/innen von meist außerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen waren und von unterschiedlichen Stationen verschiedener Krankenhäuser, Fachabteilungen, Regionen, Krankenhausgrößen und -trägerschaften stammten. In den Gruppendiskussionen wurden die Teilnehmer/innen aufgefordert, ihre Tätigkeiten und Erfahrungen anhand zweier exemplarischer Situationen aus dem Arbeitsalltag zu schildern und untereinander zu diskutieren:

- einerseits die mit Routinearbeiten angefüllte und besonders arbeitsintensive Zeit der Morgenarbeit (6-8 Uhr);
- andererseits Umsetzungsschritte einer ad hoc, d.h. unvorhergesehen geschehenen, ärztlichen Arbeitsanweisung (Ansetzen eines Medikamentes zur Thromboseprophylaxe).

Die Auswertung der Gruppendiskussionsprotokolle ergab eine weitgehende Übereinstimmung der Erfahrungen der Teilnehmer mit der Modellkennzeichnung der »Traditionellen Funktionspflege«. Die Kompetenzstruktur läßt eine relativ rigide Hierarchisierung im Tätigkeitsprofil erkennen, bei der zwar im einzelnen flexible Zuordnungen nicht ausgeschlossen sind, aber bereits aufgrund einer räumlichen Division in Innendienst (Dienstzimmer) und Außendienst (Station) eine deutliche Aufteilung zwischen planenden und ausführenden Tätigkeitsanteilen erkennbar wird. Die Arbeitszerlegung findet zwar nicht systematisch statt, stellt jedoch die Tendenz dar, soweit nicht andere Umstände, wie insbesondere situativ bedingte erhöhte Pflegeintensität eines Patienten, entgegenstehen. Das Ausmaß an erreichter Arbeitszerstückelung war nicht sicher beurteilbar. Abweichungen vom »Traditionellen Funktionspflege«-Modell ergaben sich in zwei Bereichen: Die Informationsverteilung scheint heute breiter zu sein als bei der traditionellen Variante. Die Teilnahme an der Dienstübergabe, Einsichtnahme in Patientenunterlagen — jedoch kaum die Teilnahme an der Visite — werden den Beschäftigten heutzutage ermöglicht. Ferner scheint an die Stelle des Rapportsystems die Möglichkeit von Arbeitsabsprachen getreten zu sein, an die verbesserte Sozialkontakte geknüpft sind (positives »Betriebsklima«). Allerdings überschreiten die Absprachen nicht gewisse Kompetenzbereiche, sondern beschränken sich vielmals auf die Regelung, wer welche Runde übernimmt (Job Rotation-Modell).

Die gegenüber der traditionellen, idealtypischen Variante feststellbaren Änderungen in der »modernen« Funktionspflege sind vermutlich u.a. darauf zurückzuführen, daß die Zunahme an diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Einführung von Schichtdienst, zu-

nehmende Verbreitung von Pflegedokumentationssystemen sowie die gestiegene Arbeitsintensität schlechthin eine breitere Streuung der Information sowie eine Teilentlastung der Stationsleitung von Koordinationsaufgaben erforderlich machen. Gleichwohl wird weiterhin von erheblichen Informationsstaus berichtet. *Zusammenfassend* ist auch die »moderne« Funktionspflege als Fortsetzung der »Stationsschwesternwirtschaft« einzuschätzen, bei der der Handlungsspielraum der Beschäftigten eingeschränkt ist und die Stationsleitungen mit Koordinationsaufgaben überlastet sind. Wenn den Ergebnissen zufolge bei situativ bedingter höherer Pflegeintensität, z.B. perioperative Betreuung eines Patienten, gelegentlich Verrichtungen von der starren Rundeneinteilung ausgespart werden, ist das ein Hinweis auf die Unvereinbarkeit der Arbeitszerlegung mit dem Erfordernis einer bestimmten Pflegequalität. Dafür spricht auch, daß auf Intensiv- und pädiatrischen Stationen ganzheitliche Arbeitsverteilung üblich, da für den Arbeitserfolg notwendig ist. — Zur *Überprüfung* der Hypothese von *Effektivitätseinbußen bei Funktionspflege* wurden die Indikatoren »Pflegefehler« und »Zeitökonomie« benutzt. Von 17 berichteten Pflegefehlern aus der Berufserfahrung der Gruppendiskussionsteilnehmer waren 14 auf unklare Zuständigkeiten infolge der Arbeitszerlegung zurückzuführen. Sind Aufgaben aus ihrem Gesamtzusammenhang gelöst und ist in der Betreuung keine Kontinuität vorhanden, schleichen sich leicht Fehler ein: »Oder der Patient verlangt ein Abführmittel. Das Abführmittel wird vergessen. Irgendwann fällt es einem ein, und man bringt ihm das Abführmittel, und man sagt ihm, er soll das einnehmen. Und er nimmt das auch ein. Und irgendwann erfährt man dann, daß der Patient vorher von jemand anderem schon ein Abführmittel bekommen hat.« »Mit den Abführmitteln, das passiert oft, oohh!«<sup>3</sup>

Abgesehen von der Bedeutung, die solche Fehler für die Patienten haben können, wird auch eine ökonomische Seite an ihnen deutlich:

»Ich habe das besonders oft erlebt: Ein Patient soll untersucht oder operiert werden; jemand anders teilt das Essen aus und gibt dem zu essen, oder der Patient ist nicht aufgeklärt, daß er nichts essen darf. Und der Patient isst, und die OP muß verschoben werden. Das ist nur eines von vielen Beispielen.«

Die Neigung, in der Funktionspflege möglichst viele Verrichtungen rundenmäßig zusammenzufassen, steht mit der erforderlichen Variabilität im Konflikt und führt leicht zu Fehlern:

»Ich habe da auch noch ein Beispiel ..., und zwar war es so, daß die Medikamente für den nächsten Tag vormittags gerichtet wurden und daß anschließend die Visite war, worauf die Kurven wieder neu durchgesehen werden mußten, um die Medikamente zu ändern, und daß das erst am nächsten Tag ausgeteilt wurde und es dann häufig vorkam, daß Patienten zu der Stationschwester kamen und sagten, daß sie am anderen Tag andere Tabletten da drin gehabt hätten ...«

Die Diskussion eines als Gesprächsstimulus vorgelegten Fehlerbeispiels führte zu der in allen Gruppen überwiegend geäußerten Meinung, daß die Schaffung eines abgegrenzten Verantwortungsbereiches — wie im Modell der »Ganzheitspflege« — infolge einer Verbesserung des Informationsniveaus, der Koordination und generell der Arbeitsmotivation die Fehlerquote senken würde. Anhand der Berichte und der Diskussion von zeitökonomischen Aspekten läßt sich belegen, daß die Arbeitszerlegung nicht nur die vorgesehenen Rationalisierungseffekte hat, sondern infolge vermehrten Arbeitswege-Aufkommens, Arbeitsüberschneidungen und vermehrtem Koordinationsaufwand gerade gegenteilige Folgen hat. Allerdings sind die Ergebnisse, welches die zeitsparendste Form der Arbeitsausführung sei, teilweise widersprüchlich. Es gab sowohl Teilnehmer/innen, die zwecks Zeitersparnis die Arbeitszerlegung zurücknahmen und Tätigkeiten kombinierten, als auch solche, die in Zeiten hoher Arbeitsintensität die Arbeitszerlegung steigerten. Realistischerweise wird man deshalb bezweifeln müssen, ob es überhaupt eine einzige Art der Rationalisierung der pflegerischen Arbeitstätigkeiten gibt. Vielmehr scheint der Zeiteffekt der Arbeitsteilung je nach Art der Verrichtung, der Pflegeintensität eines Patienten, dem Verhältnis von jeweils vorhandenem Personal zu den zurückzulegenden Wegen und möglicherweise weiteren Faktoren zu variieren.

Der *motivationalen Bewertung von Arbeitsorganisationsformen* durch die Teilnehmer diente als Diskussionsstimulus die Vorlage von Fiktivaussagen, in denen unter Zufriedenheitsgesichtspunkten einerseits für »Traditionelle Funktionspflege« (Aussage A), andererseits für »Ganzheitspflege« (Aussage B) und als dritte Variante für eine »moderne« Funktionspflege (Aussage C) plädiert wird. Bei ersterem Modell erblickten die Teilnehmer lediglich demotivierende Aspekte. Sie kritisierten die *fehlende Verantwortung, mangelnde Informiertheit, Monotonie und Sinnentleerung*:

»Wenn man bei 30 Patienten Blutdruck messen muß, wird das stupide, während, wenn man nur bei 6 oder 7 Patienten Blutdruck machen muß und weiß, was bei diesen Patienten speziell zu beachten ist, dann gewinnt das eine ganz andere Wertigkeit«

sowie *qualitative Unterforderung*.

»Außerdem fühlt man sich etwas unterfordert. Meiner Meinung nach ist die Ausbildung nicht für eine solche Arbeitsteilung gedacht, sie ist wesentlich umfassender, als man nachher auf der Station arbeiten kann.«

Einen zweiten Schwerpunkt der Kritik bildet die *fehlende Berücksichtigung von Normen der Berufsausübung*:

»Ich würde so argumentieren, daß jeder Patient irgendwo einen ganz fundamentalen Anspruch darauf hat, ganzheitlich versorgt zu werden.«

### Als Zusammenfassung der Kritik kann gelten:

»Die Fließbandarbeit am Menschen. Mehr gibt es dazu eigentlich nicht zu sagen. So wie ich an 10 Autos 10 Radmuttern andrehen kann, kann ich natürlich auch an 12 Patienten Blutdruck messen, das Inhaliergerät stellen, Betten machen, wie eine Maschine.«

Demgegenüber werden dieselben Aspekte, die die »Traditionelle Funktionspflege« kritikwürdig machen, nach Ansicht der Teilnehmer bei »Ganzheitspflege« motivierend gelöst. Autonomie (»Ja, in B kannst du doch selbst organisieren. B ist toll, wenn das so laufen würde ...«), Übernahme von Verantwortung, erhöhte Informiertheit, Erfahrbarkeit der Sinneinbettung der Verrichtungen werden dieser Arbeitsorganisationsform zugeschrieben und als solche gewünscht, ebenso wie angenommen wird, daß damit den Interessen der Patienten entsprochen wird, was für Pflegekräfte eine starke Norm darstellt:

»Ich fühle mich wohl, wenn ich weiß, daß der Patient sich auch wohl fühlt, das ist für mich etwas ganz Wichtiges, das ist auch ein Wechselwirkungsverhältnis.«

Breite Zustimmung für »Ganzheitspflege« schließt allerdings nicht aus, daß entlastende Momente der »modernen« Funktionspflege-Variante als solche begrüßt werden, denn teilweise Unterstützung fand auch die in Aussage C herausgestellte Möglichkeit zu Rotation und zu Arbeitsab-sprachen mit den Kollegen, auch wenn dabei lediglich Partialverrichtungen auszuführen sind. Zu dieser Bewertung dürfte zum Teil die Befürchtung beitragen, daß bei »Ganzheitspflege« mit neuen, insbesondere zusätzlichen psychischen Belastungen zu rechnen sei.

Im Set B des empirischen Teils der Untersuchung wurden zwei in der Form der Arbeitsorganisation (»Traditionelle Funktionspflege« versus »Ganzheitspflege«) differierende Stationen, zunächst auch mit dem Mittel der Gruppendiskussion, untersucht, wobei sich für die Beschreibung der Arbeitsorganisation keine neuen Gesichtspunkte ergaben. Die Diskussion motivationaler Gesichtspunkte war von derartigen gruppendynamischen Effekten gekennzeichnet, daß ihre Ergebnisse nur bedingt zur exemplarischen Beurteilung von Organisationsformen herangezogen werden können. Beide Gruppen äußerten hohe Zufriedenheit, wobei die wenigen Diskutierenden unter den Teilnehmern auf der Funktionspflege-Station sich mehr darauf bezogen, ihre Station nach außen hin als »gut« und ohne Änderungsbedarf darzustellen, während die Teilnehmer/innen der »Ganzheitspflege«-Station die Verbesserung ihrer Motivation gegenüber der auf »Traditionellen Funktionspflege«-Stationen schilderten, auf denen sie zuvor eingesetzt gewesen waren. Hinsichtlich der Fehleranfälligkeit wurde in der »Ganzheitspflege«-Gruppe berichtet, daß es zu einer deutlichen Verringerung von Dekubitusfällen

gekommen sei. — Zusätzlich zur Gruppendiskussion wurde im Set B ein standardisiertes Erhebungsinstrument (Fragebogen) unter der Fragestellung eingesetzt, ob sich in Abhängigkeit von der Form der Arbeitsorganisation vermutete Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsstationen in den Bereichen Einfluß, Information, Belastungen und Zufriedenheit zeigen lassen würden. Infolge der geringen Fallzahl (n=14) waren überwiegend nur deskriptive Aussagen möglich, die als zusätzliche Informationen zu den Ergebnissen der qualitativen Untersuchung einzustufen sind.

Während die Einflußchancen auf pflegerische Entscheidungen in beiden Gruppen gleich groß angegeben wurden, waren diejenigen auf medizinisch-ärztliche Entscheidungen auf der »Ganzheitspflege«-Station höher, was als Folge des erweiterten Handlungsspielraums interpretiert werden kann. Insgesamt konnte diese Gruppe auch als besser informiert gelten, besonders im psychosozialen Bereich; hier wurde weniger Bedürfnis nach zusätzlichen Informationen dieses Typs angegeben. Im Bereich koordinativer Anforderungen fühlte sich die »Ganzheitspflege«-Station etwas mehr belastet, was hauptsächlich durch höheres Konfliktbewußtsein in dieser Gruppe erklärt werden kann. Beide Gruppen äußerten hohe Zufriedenheit, wobei im Zusammenhang mit der Frage nach potentiellen Fluktuationsgründen andeutungsweise erkennbar wurde, daß auf der »Ganzheitspflege«-Station höherer Wert auf den Handlungs- und Kontrollspielraum gelegt wurde. Ferner waren die Befragten der Funktionspflege-Station erheblich stärker autoritätsfixiert eingestellt als diejenigen der »Ganzheitspflege«-Station.

Wenngleich die Untersuchung, über die hier berichtet wird, nicht so angelegt war, daß eine Verallgemeinerung der Ergebnisse zulässig wäre, bleibt *resümierend* festzuhalten, daß sich hier erste empirische Belege für die ja weit verbreitete Hypothese von unerwünschten Wirkungen der Funktionspflege ergaben, die einen Handlungsbedarf für Gestaltungsmaßnahmen am Arbeitsplatz von Pflegepersonal anzeigen. Im Grunde müßte es, wie gezeigt wurde, im eigenen Interesse der Arbeitgeber liegen, die im Zuge von Rationalisierungsmaßnahmen ständige Zunahme von Arbeitszerlegung zu stoppen und sich dem internationalen Trend zu ganzheitlich organisierter Krankenpflege anzuschließen. Von einer solchen Haltung scheint die Arbeitgeberseite aber nach wie vor weit entfernt. Zwar befürworten sie mittlerweile verbal das Prinzip der Gruppenpflege, halten aber in einem entsprechenden Grundsatzbeschluß entgegen, »diese Zielvorstellung« sei »aus personalwirtschaftlichen und organisatorischen Gründen derzeit nur schwer realisierbar«. Statt dessen wird als »Kompromiß« die Schaffung von »Pflegeeinheiten in über-

schaubarer Größe« propagiert. Dieser Beschluß kann nicht anders gewertet werden, als daß eine de facto-Festschreibung der Funktionspflege verfolgt wird.<sup>4</sup>

Für die Gewerkschaftsseite wird nahegelegt, verstärkt für Maßnahmen der Humanisierung am Arbeitsplatz einzutreten; im Pflegebereich würde dazu die Einführung von Modellversuchen mit der Arbeitsorganisationsform »Gruppenpflege« zählen.

### *Schlußfolgerungen*

Abschließend soll auf einige Voraussetzungen hingewiesen werden, deren Berücksichtigung zur Abwehr möglicher neuer Belastungen für die Beschäftigten bei einer Einführung von Gruppenpflege notwendig wäre:

1. Ganzheitliche Arbeitsprozesse erfordern eine ausreichende Qualifikation.

2. Es ist auf die Gefahr steigender Arbeitsintensität zu achten, falls etwa versucht werden sollte, die einsetzende Motivierung zur Produktionssteigerung zu verwenden.

3. Die Arbeitgeber müssen die eindeutige Verantwortung für die Regelung der Arbeitsorganisation im Krankenhaus übernehmen. Die bisherige Praxis, bei der die Funktionspflege quasi nach einem ungeschriebenen Gesetz durchgeführt wird, muß geändert werden. Gruppenpflege ist keine Frage von individueller Bereitschaft oder stationsweisem Engagement. Ihr Nicht-Vorhandensein darf nicht länger Anlaß sein, dem Pflegepersonal Schuldgefühle zu suggerieren, es komme seinem Helferbild nicht auf die erforderliche psychosoziale Art nach. Vom Krankenhaus muß klar entschieden werden, welche Arbeitsorganisationsform gewählt werden soll. Hierfür muß es für das Pflegepersonal einen klaren Ansprechpartner geben. Detailregelungen sind mit einer verantwortlichen Stelle des Managements gegebenenfalls dann auszuhandeln.

4. Neuen Belastungen, insbesondere durch Überforderung mit neuartiger Verantwortung, muß bereits im Ansatz begegnet werden. Geeignete Vorbereitung, Rotationsregelungen, regelmäßige Stationsbeprechungen unter Einschluß aller beteiligten Berufsgruppen u.ä.m. könnten geeignete Formen sein, die notwendigen Entlastungen zu institutionalisieren.

Anmerkungen

- 1 Dieser Aufsatz basiert auf meiner — 1985 abgeschlossenen — medizinsoziologischen Dissertation, zu der ich durch frühere berufliche Erfahrungen als Krankenpflegehelfer und Krankenpfleger sowie durch Problemstellungen aus der gewerkschaftlichen Betriebs- und Bildungsarbeit angeregt wurde. Die Arbeit entstand im Rahmen eines Arbeitszusammenhanges mit dem ÖTV-Hauptvorstand — Hauptabteilung Gesundheitswesen — und wurde von der Hans-Böckler-Stiftung finanziell gefördert.
- 2 Daß ein Zusammenhang zwischen Krankenpflege und Taylorismus keineswegs hergeholt ist bzw. erst bei einer Analyse deutlich wird, läßt sich auch daran ersehen, daß in den USA eine Zeitlang führende Vertreter des Pflegedienstes vehement für die Einführung der Taylormethoden und industrial engineering auf den Stationen plädierten. Ihre, auf den Begriff »nursing yardstick« gebrachten Bemühungen stießen allerdings auf eine reservierte Haltung der Krankenhausbetriebsleitungen (vgl. Reverby und Rosner 1979).
- 3 Die Zitate aus den Tonbandprotokollen der Gruppendiskussionen stellen eine exemplarische Auswahl von Aussagen dar, die die systematische Strukturanalyse des Gesamtmaterials belegen. Dies ist ein bei der Darstellung qualitativer empirischer Ergebnisse übliches Verfahren. In diesem Beitrag wurde zugunsten der besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die in der Originalarbeit dokumentierte Diskussion von Methodenfragen und der Herleitung der gewonnenen analytischen Kategorien wiederzugeben.
- 4 Beschluß des Vorstandes der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 29.3.1984 zu »Struktur und Organisation des pflegerischen Dienstes im Krankenhaus«, in: das Krankenhaus, Heft 5, 1984, 225.

Literaturverzeichnis

- Eichhorn, Siegfried, 1975: Krankenhausbetriebslehre. Bd. I. 3. Auflage. Stuttgart, West-Berlin, Köln, Mainz
- Elkeles, Thomas, 1985: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege — Zur Kritik der Funktionspflege. Dissertation. Med. Hochschule Hannover
- Friedmann, Georges, 1959: Grenzen der Arbeitsteilung. Bd. 7 der Reihe Frankfurter Beiträge zur Soziologie. Frankfurt/M.
- Fürstenberg, Friedrich, 1977: Einführung in die Arbeitssoziologie. Darmstadt
- Ostner, Ilona, Beck-Gernsheim, Elisabeth, 1979: Mitmenschlichkeit als Beruf. Frankfurt/M., New York
- Reverby, Susan, Rosner, David (Ed.), 1979: Health Care in America. Philadelphia.
- Rohde, Johann Jürgen, 1974: Soziologie des Krankenhauses. 2. Auflage. Stuttgart
- Siegrist, Johannes, 1978: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart