

Robin Mohan

DIE ÖKONOMISIERUNG DES KRANKEN- HAUSES

Eine Studie
über den Wandel
pflegerischer Arbeit



[transcript]

Sozialtheorie

Robin Mohan
Die Ökonomisierung des Krankenhauses

Robin Mohan (Dr. phil.) promovierte an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören kritische Gesellschaftstheorie, Arbeitssoziologie, die Soziologie des Krankenhauses sowie der Pflege.

ROBIN MOHAN

Die Ökonomisierung des Krankenhauses

Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit

[transcript]

Siegelziffer D.30

Die vorliegende Publikation wurde durch die Hans-Böckler-Stiftung und den Open-Access-Publikationsfond der Goethe-Universität Frankfurt am Main gefördert.

**Hans Böckler
Stiftung** ■■■

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.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 Lizenz (BY-NC-ND). Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung, gestattet aber keine Bearbeitung und keine kommerzielle Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Um Genehmigungen für Adaptionen, Übersetzungen, Derivate oder Wiederverwendung zu kommerziellen Zwecken einzuholen, wenden Sie sich bitte an rights@transcript-verlag.de. Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

© 2019 transcript Verlag, Bielefeld

Umschlaggestaltung: Kordula Röckenhaus, Bielefeld

Umschlagabbildung: »Empty disposable syringe«, © verdateo/fotolia.com

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

Print-ISBN 978-3-8376-4565-1

PDF-ISBN 978-3-8394-4565-5

<https://doi.org/10.14361/9783839445655>

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Besuchen Sie uns im Internet: <https://www.transcript-verlag.de>

Bitte fordern Sie unser Gesamtverzeichnis und andere Broschüren an unter:

info@transcript-verlag.de

Inhalt

Vorbemerkung und Danksagung | 9

1 Einleitung | 11

- 1.1 Problemaufriss: Kapitalismus und Differenzierung | 11
- 1.2 Eingrenzung: Die Ökonomisierung der Krankenhäuser | 14
- 1.3 Gang der Darstellung: Denken in Konstellationen | 17

TEIL I – THEORIE

2 Theorien der Ökonomisierung. Zum Stand der Forschung | 23

- 2.1 Überblick | 24
- 2.2 Funktionale Differenzierung, Kapitalismus und Organisation – Der Ansatz von Uwe Schimank | 30
- 2.3 Bedarfs- und Erwerbswirtschaft – Das Verkehrsmodell der Ökonomisierung | 40

3 Verkehrte Welten. Eine gesellschaftstheoretische Perspektive in der Linie Marx-Weber-Bourdieu | 43

- 3.1 Marx' Theorie der Ökonomie als Theorie ökonomischer Formen | 45
 - 3.1.1 Gebrauchswert und Tauschwert – Zur Differenzierung des Ökonomiebegriffs | 47
 - 3.1.2 Geld ist nicht gleich Geld – Zur Differenzierung von Zirkulationsformen | 56
- 3.2 Marx und Weber – Zwischenbetrachtung über Form und Rationalität | 64
 - 3.2.1 Einfache Zirkulation und bedarfsorientiertes Wirtschaften | 64
 - 3.2.2 Ökonomische Rationalität(en), Rationalisierung und Ökonomisierung | 72
- 3.3 Ansatzpunkte einer differenzierungstheoretischen Marx-Lektüre | 79
 - 3.3.1 Differenzierung von kapitalistischer Ökonomie und politischem (Rechts-)Staat | 80
 - 3.3.2 Differenzierung des ‚Systems der Arbeit‘ | 92
- 3.4 Weiterführung: Differenzierung(en) des Prozesses gesellschaftlicher Reproduktion | 94
 - 3.4.1 Formen gesellschaftlicher Arbeit | 94
 - 3.4.2 Gebrauchswert-geleitete soziale Felder | 101
 - 3.4.3 Organisationen | 109
- 3.5 Zusammenfassung | 112
- 3.5 Übergang: Wohlfahrtsstaat, Gesundheitswesen und Krankenhaussektor | 114
 - 3.5.1 Das Gesundheitswesen als gebrauchswert-geleitetes Feld | 114
 - 3.5.2 Ebenen der Feldanalyse | 119

TEIL II – GESCHICHTE

- 4 Krankenhausentwicklung von der Ausdifferenzierung zur Ökonomisierung | 129**
- 4.1 Kurze Geschichte der Ausdifferenzierung des modernen Krankenhauses | 130
 - 4.1.1 Das frühmoderne Krankenhaus im sozialgeschichtlichen Kontext | 131
 - 4.1.2 Ökonomische Grundlagen des frühmodernen Krankenhauses | 140
 - 4.1.3 Das moderne Krankenhaus | 142
 - 4.1.4 Zur Entwicklung der Krankenhauspflege (I) | 146
Zusammenfassung und Zwischenbetrachtung | 150
- 4.2 Die Ökonomisierung der Krankenhäuser | 154
 - 4.2.1 Vom Wiederaufbau zur Selbstkostendeckung | 154
 - 4.2.2 Ökonomisierung durch Kostendämpfung und Wettbewerb | 157
 - 4.2.3 Zur Entwicklung der Krankenhauspflege (II) | 165
Zusammenfassung und Zwischenbetrachtung | 170

TEIL III – EMPIRIE

- 5 Konzeptioneller Rahmen | 177**
- 5.1 Fragestellungen und Forschungsdesign | 178
- 5.2 „We are the glue in the system“ – Annäherung an den pflegerischen Erfahrungsraum | 190

- 6 Interpretandum: Pflegerischer Alltag | 197**
- 6.1 Problemkonstellationen und -dimensionen im Feld der Pflege | 197
 - 6.1.1 Arbeitsbedingungen | 198
 - 6.1.2 Interaktionsverhältnisse | 209
Zwischenbetrachtung | 224
- 6.2 Die Relevanz der Ökonomie im Feld der Pflege | 225
 - 6.2.1 Das Abrechnungsregime | 226
 - 6.2.2 Sparmaßnahmen, wirtschaftliche Vorgaben und Vorgesetzte | 257
Zwischenbetrachtung | 265

- 7 Die Ökonomisierung der Pflege im Krankenhaus. Ergebnisdiskussion | 267**
- 7.1 Pflege in einem ökonomisierten Arbeitskontext | 268
- 7.2 Tendenzen zur Ökonomisierung der Pflege | 273
 - 7.2.1 Ökonomisierung des Betriebswissens | 274
 - 7.2.2 Ökonomisierung der Umwelt- und der Selbstinterpretation | 276
 - 7.2.3 Allianzen mit den Kodierkräften | 277
 - 7.2.4 *Reframing* der Dokumentation | 280

- 7.2.5 Ökonomisierung der Leistungspolitik und
der Anerkennungsordnung | 284
- 7.3 Widersprüchliche Dynamiken | 291
- 7.4 Lohnarbeitsbewusstsein als Gegen-Ökonomisierung | 296
Zwischenbetrachtung: Existenzsicherung als
kollektives Gesamtprojekt | 300

8 Schlussbetrachtung | 305

- 8.1 Zum Gebrauchswert der Theoriearbeit | 307
- 8.2 Tauschwertorientierungen revisited | 311
- 8.3 Ausblick | 313

Literatur | 315

Vorbemerkung und Danksagung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um die überarbeitete und gekürzte Fassung einer Dissertationsschrift, die im Sommer 2017 am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt am Main angenommen wurde. Die Kürzungen betreffen insbesondere Kapitel 6.2, das ursprünglich aus vier ausführlichen Falldarstellungen bestand, die die Interpretationsmethode nachvollziehbar machen sollten. Diese verfahrensorientierte Form der Darstellung wurde in der vorliegenden, an ein breiteres Publikum gerichteten Fassung zugunsten einer stärker ergebnisorientierten, zusammenfassenden Darstellung aufgegeben.

Allen Überarbeitungen und Kürzungen zum Trotz, mag die Arbeit den Eindruck des Ausufernden erzeugen. Die drei gewählten Zugänge – (Gesellschafts-)Theorie, Geschichte, Empirie – werden nicht auf die empirische Fragestellung hin zugespißt und reduziert. Es handelt sich vielmehr um drei eigenständige Zugänge zum Gegenstandsbereich, deren je spezifischen Problematiken der ihnen gebührende Raum zugestanden wird. Die Analyse gesellschaftlicher Tendenzen bedarf eines solchen weit-schweifenden Blicks, mag er auf der Folie mancher Konvention auch als Abschweifung erscheinen. Der Wunsch, dieser Aufgabe gerecht zu werden, dürfte dem Text abzulesen sein – gleichzeitig machen sich in ihm jedoch auch die Beschränkungen geltend, die mit der Institution einer Qualifikationsarbeit einhergehen. So gesellt sich zum Eindruck des Ausufernden jener des Unfertigen. Über ihn tröstet einzig hinweg, dass Gesellschaftsanalyse ohnehin nie ‚fertig‘ wird – nicht zuletzt deshalb, weil ihr Gegenstand stets in Bewegung bleibt. Das zeigt sich im untersuchten Feld unter anderem daran, dass sich seit der Fertigstellung der Arbeit in der Pflegepolitik eine Zäsur abzeichnet. Das Pflegepersonalstärkung-Gesetz läuft in der Form, in der es Anfang August 2018 im Bundeskabinett verabschiedet wurde, auf einen Bruch mit der gegenwärtigen Systematik der Krankenhausfinanzierung hinaus. Eine Erklärung dieser Pendelbewegung zurück zu einer krankenhauspolitischen Priorisierung der Gebrauchswertdimension des pflegerischen Feldes kann die Arbeit leider nicht liefern – hier hätte eine stärker politikwissenschaftlich orientierte Analyse einzusetzen –, vielleicht kann sie jedoch einen Rahmen bieten, in dem diese Entwicklung interpretierbar wird.

Bedanken möchte ich mich zuerst bei meinen Interviewpartner*innen. Dadurch, dass sie die Zeit und Geduld aufgebracht haben, das Forschungsprojekt zu unterstützen, haben sie die Arbeit in ihrer vorliegenden Form erst möglich gemacht. Auch die theoretischen Reflexionen – erst nach der Erhebungsphase abgefasst – haben ihnen viel zu verdanken. Für die Betreuung der Arbeit in ihrer je eigenen, stets aber hilfrei-

chen, offenen und solidarischen Art und Weise gilt mein Dank Prof. Tilla Siegel – nicht zuletzt für die frühzeitige Warnung, man wisse immer erst hinterher, wie man die Arbeit eigentlich hätte schreiben sollen (sie hatte recht) –, Prof. Birgit Blättel-Mink sowie Prof. Ingo Bode. Für Diskussionen, Rückmeldungen, Kommentare und Korrekturen danke ich darüber hinaus: Christian Grabau, Daniel Keil, Nadja Rakowitz, Jürgen Schardt, Laura Schnieder, Hendrik Wallat und Martin Winter. Zu großem Dank verpflichtet bin ich zudem der Hans-Böckler-Stiftung für die finanzielle Unterstützung, die ein konzentriertes Arbeiten jenseits ablenkender Lohnarbeitsverpflichtungen ermöglicht hat, sowie dem Open-Access-Publikationsfond der Goethe-Universität Frankfurt am Main für die Förderung der frei zugänglichen Publikation.

1 Einleitung

„Schwimmen zwei junge Fische des Weges und treffen zufällig einen älteren Fisch, der in die Gegenrichtung unterwegs ist. Er nickt ihnen zu und sagt: ‚Morgen, Jungs. Wie ist das Wasser?‘ Die zwei jungen Fische schwimmen eine Weile weiter, und schließlich wirft der eine dem anderen einen Blick zu und sagt: ‚Was zum Teufel ist Wasser?‘“

David Foster Wallace

Aufgabe kritischer Soziologie ist es, das Selbstverständliche zu hinterfragen. In der kleinen Parabel nimmt sie keineswegs die Rolle des alten, vermeintlich weisen Fisches ein, dieser repräsentiert vielmehr die Utopie der Erkenntnis, weiß er doch bereits, was Wasser ist. Kritische Soziologie verhält sich wie der junge Fisch, fragt, bohrt nach: „Was zum Teufel ist Wasser?“ – und insistiert auf eine Antwort. Sie verlangt nach Reflexion des bewusstlos Vorausgesetzten.

1.1 PROBLEMAUFRISS: KAPITALISMUS UND DIFFERENZIERUNG

Mit größter Selbstverständlichkeit wird in der Soziologie seit etwa zwei Jahrzehnten von einer Ökonomisierung verschiedener gesellschaftlicher Bereiche, ja des Sozialen und der Lebensführung insgesamt gesprochen. Auch der Öffentlichkeit und den sozialen Bewegungen sind diese Tendenzen nicht entgangen. Der allseitigen Präsenz zum Trotz, hat die Soziologie bisher allerdings nur wenig dazu beigetragen, Licht in die Sache zu bringen. Die begriffliche Konfusion ist groß, auch kaum auf die Soziologie beschränkt (zum Überblick vgl. Manzeschke 2011). Sie resultiert nicht nur aus der „semantische(n) Vielfalt“ (vgl. Bergmann 2011: 17), die sich hinter dem Begriff der Ökonomisierung verbirgt, alternativ werden auch Prozesse der Vermarktlichung, Kommerzialisierung, Kommodifizierung, eine Hegemonie des Neoliberalismus (zum Überblick vgl. Peetz 2014) oder auch ökonomischer Imperialismus (vgl. Streckeisen 2014) diagnostiziert.¹ Die soziologischen Beiträge, die sich diesem breit gefächerten

1 Während im deutschsprachigen Raum eine gewisse Dominanz des Ökonomisierungsbegriffs zu verzeichnen ist, finden im englischsprachigen Raum eher die Begriffe der Vermarktlichung und Kommodifizierung Anwendung (vgl. etwa allgemein Williams 2002, 2004; für den Krankenhaussektor: Reich 2014). In der vorliegenden Arbeit steht aus zwei

Themenfeld der Ökonomisierung zurechnen lassen, belaufen sich auf kaum zählbare Regalmeter, in denen sich diverse soziologische Traditionslinien und Subdisziplinen aneinanderreihen.² Theoretische Elaborationen dieser Begriffe sind jedoch vergleichsweise selten zu finden. Sofern die semantische Anreicherung des Begriffs der Ökonomisierung nicht gänzlich dem Alltagsverstand überlassen wird, ersetzen schnell formulierte Verbaldefinitionen oder Verweise auf die wenigen existierenden theoretischen Ansätze in der Regel eine differenzierte und systematische Auseinandersetzung mit dem Begriff, seinen Voraussetzungen und Implikationen.³ Kein Wunder also, dass man, wie Armin Nassehi, auf die Idee kommen kann, das Schlagwort der Ökonomisierung als „Seufzer“ abzutun, „der das Krisenhafte und die Strukturprobleme der Gesellschaft womöglich sogar unterschätzt“ (Nassehi 2015: 221); nahe liegend auch, den Begriff der Ökonomisierung eher als Kampfbegriff (vgl. Bauer 2008) und damit Gegenstand soziologischer Analyse zu verstehen, denn als präzises soziologisches Diagnoseinstrument. Aber: Die Allgemeinheit seiner Verwendung deutet darauf hin, dass dem Begriff ein gesellschaftlicher Erfahrungsgehalt inhäriert, der der soziologischen Reflexion bedarf.

Die umfassende gesellschaftliche Tendenz der Ökonomisierung traf die jüngere Gesellschaftstheorie einigermmaßen unvorbereitet. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hatte man sich darum bemüht, den ‚Ökonomismus‘ der bisherigen Gesellschaftstheorie zu überwinden, in der die moderne Ordnung sowie ihre Dynamik primär als kapitalistische konzipiert wurde. Theorien gesellschaftlicher oder funktionaler Differenzierung rückten in den Vordergrund, die ‚Ökonomie‘ galt nur mehr als eines von vielen gesellschaftlichen Teilsystemen, mit dessen Funktionsweise man sich kaum noch beschäftigte (vgl. Beckert 2009: 184; Dörre/Sauer/Wittke 2012:

Gründen der Begriff der Ökonomisierung im Fokus: Erstens handelt es sich um den allgemeinsten Begriff, so dass er als die spezielleren Prozesse der Vermarktlichung, der Kommodifizierung, aber auch der Privatisierung übergreifend definiert werden kann. Zweitens ist er am besten in der Lage, die Wandlungsprozesse auf der Ebene der Handlungsorientierungen mit einzubeziehen, denn von einer Vermarktlichung oder Kommodifizierung von Handlungsorientierungen lässt sich nur in einem übertragenen Sinne sprechen. Zudem sind ‚Marktorientierungen‘ oder ‚kommodifizierte Orientierungen‘, wie im Laufe der Arbeit noch deutlich werden wird, nur in Einzelfällen treffsichere Charakterisierungen der Ökonomisierung von Handlungsorientierungen.

- 2 Entsprechend hilflos nehmen sich Versuche aus, diesbezüglich einen Stand der Forschung zu erheben – von Eizellen, dem Körper, dem Selbst über die Freizeit, die Bildung, das Militär, den Sport und die Wirtschaft selbst bis hin zum Tod ist bereits alles irgendwie für ökonomisiert befunden worden. Umso dankbarer kann man auf den von Thorsten Peetz (2014: 17ff.) unternommenen Versuch, einen Überblick über theoretische und empirische Untersuchungen zur Ökonomisierung zu geben, zurückgreifen (vgl. aber auch Bergmann 2011: 17ff.).
- 3 Prototypisch ist etwa folgende Definition von Harms/Reichard in ihrer Studie zum öffentlichen Sektor: „In dieser Schrift wird unter Ökonomisierung eine zunehmende Ausrichtung von Handeln an ökonomischen Kategorien, Werten und Prinzipien verstanden. Insbesondere wird damit eine verstärkte Ausrichtung der Werthaltungen von Akteuren an ökonomischer Rationalität gemeint.“ (2003: 13) Vgl. für den Krankenhausesektor etwa Simon (2015: 158).

12ff.; Pahl 2008: 29). In den Arenen politischer Gesellschaftsplanung galten Ökonomisierung und Vermarktlichung seit den 1980er Jahren demgegenüber zunehmend als nicht nur notwendige, sondern auch richtige Modernisierungs- und Rationalisierungsstrategien (vgl. etwa Czada/Zintl 2004; Nullmeier 2004; Pelizzari 2001), worauf in zahlreichen Diagnosen und Kritiken des ‚Neoliberalismus‘ hingewiesen wurde. Vor dem Hintergrund der Überakkumulationskrise der 1970er Jahre avancierte die Marktsteuerung zum neuen Allheilmittel, mit dem die ‚verkrusteten‘ bürokratischen Strukturen auf Effizienz getrimmt, Staatshaushalte und Profitraten saniert werden konnten (vgl. Heim 2013: 390ff.). Spätestens mit dem erneuten offenen Ausbruch der Krise des globalen Kapitals 2008 rückte dann jedoch – zumindest kurzfristig – ins öffentliche Bewusstsein, dass ‚der Markt‘ nicht nur Lösung, sondern Teil des Problems sein könnte. Die ‚Ökonomie‘ meldete sich damit eindrücklich zurück und setzte der Soziologie die Frage auf die Tagesordnung, wie eine Gesellschaftstheorie auszusehen hätte, „die die Eigensinnigkeit von gesellschaftlichen Teilbereichen in den Mittelpunkt ihrer Analyse stellt und gleichzeitig in der Lage ist, die Prominenz kapitalistischer Wirtschaft in den Griff zu bekommen“ (Kühl 2004: 38). Die alles andere als geringe gesellschaftstheoretische Aufgabe besteht darin, das kapitalismustheoretische Defizit der Differenzierungstheorien und das differenzierungstheoretische Defizit der Kapitalismustheorien zu überwinden. Diesbezüglich Klarheit zu schaffen, ist Voraussetzung für einen tragfähigen Begriff der Ökonomisierung, woraus sich der erste Teil der Fragestellung begründet, der sich die vorliegende Arbeit widmet: Was ist unter der gesellschaftsstrukturellen Dynamik der Ökonomisierung überhaupt zu verstehen? Vor dem Hintergrund welcher gesellschaftstheoretischen Annahmen lässt sie sich auf einen Begriff bringen, der als Diagnoseinstrument geeignet ist?

Reine Theoriearbeit reicht dazu jedoch nicht aus, schließlich soll der Begriff keine theorieimmanenten Probleme lösen, sondern Veränderungsdynamiken der gesellschaftlichen Wirklichkeit fassen. Die Frage, was unter Ökonomisierung zu verstehen ist, ist somit sinnvoll nur im Zusammenhang mit einer empirischen Erforschung konkreter Wandlungsprozesse in spezifischen gesellschaftlichen Bereichen zu beantworten. In der Tat findet sich innerhalb der speziellen Soziologien auch eine Reihe empirischer Untersuchungen, die explizit oder implizit einen Ökonomisierungsbezug aufweisen. Allerdings können diese das gesellschaftstheoretische Defizit kaum kompensieren, richten sie doch jeweils einen sehr speziellen Blick auf Teilaspekte der Ökonomisierung, orientiert an den spezifischen Fragestellungen der jeweiligen Subdisziplin. Bezüge zur Gesellschaftstheorie finden sich dabei, wenn überhaupt, nur sporadisch. Die gesellschaftliche Tendenz der Ökonomisierung fällt somit gewissermaßen durch das Raster der soziologischen Arbeitsteilung hindurch: Es bedarf der empirischen Sättigung, um zu verstehen, worum es geht, was die Zuständigkeit der allgemeinen oder theoretischen Soziologie in Frage stellt, umgekehrt bedarf es eines Blicks auf den Gesamtzusammenhang der Gesellschaft, der sich jedoch der sektionalisierten Soziologie infolge der „Departementalisierung des Geistes“ (Adorno 1951: 21) entzieht.⁴ Die vorliegende Arbeit unternimmt Erkundungen in diesem Niemandland der Soziologie.

4 Die allgemeine Soziologie lässt sich noch einmal unterteilen in Sozialtheorie im Sinne einer soziologischen Theorie, die – nach einem Wort Luhmanns – „alles Soziale behandelt“

1.2 EINGRENZUNG: DIE ÖKONOMISIERUNG DER KRANKENHÄUSER

Mit derartigen Formulierungen sind freilich enorme Ansprüche verbunden – Ansprüche, denen man im Rahmen einer Qualifikationsarbeit kaum gerecht werden kann. Es bedarf also einer gezielten Reduktion von Komplexität, um die Thematik bearbeitbar zu machen. Eine erste Reduktionsmaßnahme besteht darin, dass im Folgenden Diagnosen zur Ökonomisierung des bundesrepublikanischen Krankenhausesektors aufgegriffen werden. Die Krankenhäuser schwimmen mittlerweile seit mehreren Jahrzehnten in zwei entgegengesetzten Strömungen, die beide – je nach Standpunkt in unterschiedlichem Maße – als selbstverständlich gelten und insofern zur soziologischen Reflexion auffordern. Sie werden zum einen – im Strom einer anhaltenden Medikalisierung und einer zunehmenden symbolischen Aufwertung von Gesundheit (vgl. Brunnet 2009) – allgemein als Orte adressiert, in denen das Wohl der Patient*innen⁵ und die Qualität ihrer Versorgung oberste Maxime des Denkens und Handelns sein sollte. Sowohl im journalistischen als auch im wissenschaftlichen Diskurs gilt es aber auch als selbstverständlich, dass – unter neoliberaler Ägide – eine ‚Ökonomisierung‘ der Gesundheitsversorgung stattgefunden hat und die Krankenhäuser sich zunehmend ökonomischem Druck sowie Marktzwängen und Privatisierungstendenzen ausgesetzt sehen. Der Widerspruch beider Selbstverständlichkeiten erzeugt Skandalisierungsfähigkeit und damit mediale Aufmerksamkeit: „Krankenhaus-Report – Wo Medizin Kasse macht“ (2013) und „die story – Profit statt Patientenwohl?“ (2014) sind nur zwei von vielen Titeln, unter denen von der gegenwärtigen Krankenhauslandschaft jüngst berichtet wurde.

Als Auslöser der Ökonomisierung der Krankenhäuser, die innerhalb der Organisation zu einem dauerhaften Variationsdruck führt (vgl. Bode/Vogd 2016), gilt ein grundlegender Wandel ihrer ökonomischen, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen: der Wandel der Gesundheits- und Krankenhauspolitik vor allem bezüglich der Krankenhausfinanzierung (vgl. Klinke 2008; Simon 2016) im Gefolge anwachsender Defizite der Staatshaushalte; die allgemeine politische, meist als neoliberal etikettierte Tendenz zur wettbewerblichen Regulierung oder ‚Vermarktlichung‘

(1984: 9), und Gesellschaftstheorie, die versucht, Aussagen über spezifische Gesellschaftsformationen oder -typen zu treffen (vgl. auch Lindemann 2008: 108ff.). In den speziellen Soziologien kommen regelmäßig sowohl Sozialtheorien als auch (beobachtungsleitende) Theorien begrenzter oder mittlerer Reichweite zum Zuge, die dem jeweiligen Teilgebiet gelten, kaum jedoch gesellschaftstheoretische Reflexionen.

- 5 In dieser Arbeit wird mit Sternchen (*) gegendert, wenn Substantive und Pronomen individuelle Akteur*innen bezeichnen, um auch jene sprachlich mit einzubeziehen, die sich nicht an den beiden Polen hegemonialer Zweigeschlechtlichkeit verorten. Geht es um korporative Akteure wie etwa Krankenhausträger, wird jedoch nicht gegendert. Sofern die Adjektive ‚männlich‘/‚weiblich‘ oder die Substantive ‚Mann‘/‚Frau‘ verwendet werden, werden sie ebenfalls mit einem Sternchen versehen, um auf den Umstand hinzuweisen, dass es sich hierbei um soziale Konstruktionen und Zuschreibungen handelt. Dass dasselbe für vergeschlechtlichte Berufsrollen wie etwa ‚Krankenschwester‘ gilt, scheint hinlänglich offensichtlich, weshalb in diesen Fällen nicht extra darauf hingewiesen wird.

der Wohlfahrtsproduktion als neuer Steuerungsrationaliät (vgl. Auth 2017: 352ff.; Bode/Märker 2012; Manzei/Schmiede 2014) sowie eine um sich greifende Management- und Evaluationskultur, in der das Vertrauen in die professionelle Leistungsproduktion durch manageriale Kontrolle bzw. Kontrollfiktionen ersetzt wird (vgl. Power 1997). Aufgrund des so innerhalb der Krankenhäuser erzeugten Dauerstresses

„verlieren die ärztlichen und pflegerischen Akteure immer mehr die Fähigkeit, Mittel und Zweck unterscheiden zu können. Zunehmend werden also die Parameter der ökonomischen Anreizsysteme mit dem eigentlichen Ziel der Krankenbehandlung verwechselt. Insofern der Stress chronisch wird und mit entsprechenden Pathologien einhergeht, können sich auch Patienten, Pflegekräfte und Mitarbeiter des Sinns dieser Veranstaltung nicht mehr sicher sein.“ (Bode/Vogd 2016b: 12f.)

Dies, so die weitergehende Diagnose auf der Ebene der Akteur*innen, führe zu moralischen Dissonanzen, die „über Anpassung der Norm an Veränderungen der Praxis, über Voice bzw. Widerstand gegen eine normverletzende Praxis, mit dem Ziel diese in Richtung Normerhalt zu beeinflussen (Protest), oder über Exit (Arbeitsplatzwechsel) ausgeglichen werden“ (vgl. Braun/Klinke/Müller 2010: 14).

Das Feld der stationären Krankenversorgung ist aber nicht nur ein prominenter Fall von Ökonomisierung, in ihm wiederholen sich auch die Probleme soziologischer Arbeitsteilung in einer Art und Weise, die ihre Bearbeitung etwas überschaubarer macht. In der sozialwissenschaftlichen Forschung zum Gesundheits- und Krankenhauswesen ist der Begriff der Ökonomisierung vielfach und seit Jahrzehnten titelgebend.⁶ Anbindungen an gesellschaftstheoretische Überlegungen sind jedoch auch hier nur selten zu finden, meist dient der Begriff lediglich als Schlagwort, um bereichsspezifische Entwicklungen wie wettbewerbsorientierte Gesundheitspolitiken und -reformen oder betriebswirtschaftliche Restrukturierungen der Krankenhäuser abkürzend zusammenzufassen, er besitzt jedoch kaum einen eigenständigen, aussagekräftigen Gehalt. Entsprechend hielt Slotala in seiner Untersuchung zur Ökonomisierung der ambulanten Pflege fest, dass „fundierte Modelle und Theorien zur exakten Beschreibung und Erklärung von ökonomisch bedingten Transformationsprozessen Mangelware“ seien (Slotala 2011: 57; ganz ähnlich auch Bergmann 2011: 17; Bode 2010: 87).

Die empirische Forschung zur Ökonomisierung der Krankenhäuser begann zunächst nur zögerlich (vgl. Simon 2001; Kühn/Simon 2001), erhielt jedoch durch die breitflächige Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf das Fallpauschalensystem seit 2003 einen Schub. Man konzentrierte sich vor allem auf Veränderungen der Strukturen des Krankensektors (vgl. Böhlke et al. 2009; Bode 2010; Doge/Martini 2008), der Organisation Krankenhaus (vgl. Manzei 2009/2014; Vogd 2006) und ihrer Leitung (Bär 2011) sowie auf Veränderungen der Arbeit der medizinischen Profession (Iseringhausen 2016; Kühn 2003; Schubert 2010; Vogd 2004; Wilkesmann 2016), die – so die vielfach geäußerte Einschätzung – zunehmend durch ökonomische Anforderungen in ihrer Behandlungspraxis irritiert werde. Die Krankenhauspflege fand dabei zwar immer wieder Berücksichtigung, meist ging es dann jedoch um die Erforschung der Auswirkungen des Strukturwandels auf die Arbeits-

6 Vgl. etwa Blanke/Kania (1996), aber auch bereits Buchholz (1987).

bedingungen und die Versorgungsqualität (vgl. Braun et al. 2010; Bräutigam et al. 2014; Crojethovic et al. 2014; Hausner et al. 2005). Die Pflegekräfte erscheinen so tendenziell, anders als die medizinische Profession, als Akteur*innen, die den Strukturwandel lediglich passiv erleben und reaktiv bearbeiten – sei es durch ‚Bournout‘, Demotivation oder Berufsausstieg –, nicht jedoch aktiv gestalten.⁷ Die Frage, inwiefern die Pflegekräfte in ihrer Alltagspraxis auf Station ökonomischen Handlungsorientierungen folgen, ökonomische Rationalitätskriterien übernehmen und somit aktiv in die Ökonomisierung der Krankenhäuser verstrickt sind, ist bis heute weitgehend offen. Wenn diese Verstrickung innerhalb der ökonomisierungsbezogenen Krankenhausforschung untersucht wurde, dann auf der Ebene der Pflegedienstleitung bzw. des Pflegemanagements (vgl. Grimm 2013; Wolf/Ostermann 2016; Vogd et al. 2018). Es liegen somit kaum Befunde über die Sicht von Pflegekräften auf das ‚ökonomisierte‘ Arbeitsumfeld, ihre Positionierung zu diesem Wandel und ihre Rolle in ihm vor. Die gesellschaftstheoretische Fragestellung wird vor diesem Hintergrund – als zweite Maßnahme zur Reduktion von Komplexität – durch die empirische Fragestellung ergänzt, wie die Ökonomisierung der Krankenhäuser in der Alltagspraxis der Pflegekräfte in Erscheinung tritt.⁸

Die Quellen, aus denen eine solche Untersuchung potenziell schöpfen kann, sind äußerst vielfältig. Relevante Forschungsperspektiven und -ergebnisse sind etwa in der Professionssoziologie, der Organisationssoziologie, der Krankenhaussoziologie, aber auch in den Pflegewissenschaften und der Versorgungsforschung zu finden. Doch auch wenn die vorliegende Arbeit diese Felder notwendigerweise tangiert und, wo es angemessen scheint, aus ihnen schöpft, versteht die empirische Untersuchung sich nicht primär als Beitrag zu diesen Feldern, sondern verortet sich – hierin besteht der dritte Schritt zur Reduktion von Komplexität – innerhalb der Arbeitssoziologie. Das Krankenhaus ist bisher in der stark auf die Industrie fokussierten deutschen Arbeitssoziologie selten Gegenstand der Untersuchung geworden,⁹ es wurde vor allem als ärztlich dominierte und hoch-technologisierte professionelle Organisation betrachtet (vgl. den Überblick bei Wilkesmann 2009: 49ff. sowie Iseringhausen/Staender 2012). Aber in dem Maße, in dem in der professionellen Organisation Krankenhaus ihr Charakter, zugleich eine Arbeitsorganisation zu sein, in den Vordergrund rückt – nicht zuletzt bedingt durch den Wandel hin zu einem unternehmerischen organisationalen Selbstbild –, dürfte es sich als fruchtbar erweisen, arbeitssoziologische Fragestellungen in die Krankenhausforschung einzubringen.

7 Damit ist die Stellung, die der Pflege in der sozialwissenschaftlichen Ökonomisierungsfor- schung zukommt, homolog zu jener, die sie im ökonomisierten Arbeitsregime einnimmt – in diesem erscheint sie primär passiv als Kostenfaktor und verfügt nur über geringe Mög- lichkeiten, auf die Erlössituation einer Station oder eines Hauses einzuwirken (vgl. Marrs 2008: 55ff.). Im Bereich der ambulanten Pflege ist das anders, hier konnte die Pflege aus dem Schatten der medizinischen Profession heraustreten, was sich in der Aufmerksamkeit der Forschung widerspiegelt (vgl. Auth 2017; Bode 2013; Kreutzer/Slotala 2012; Müller 2016; Pfau-Effinger/Och/Eichler 2008; Slotala 2011).

8 Es geht damit nicht um die Ökonomisierung einer Organisation, vielmehr dreht sich die empirische Studie um die Ökonomisierung einer speziellen Berufsgruppe innerhalb einer Organisation.

9 Eine frühe Ausnahme ist die Studie von Siegrist (1978).

Das vorliegende Buch ist somit zusammengenommen als gesellschaftstheoretisch orientierter Beitrag zur Arbeitssoziologie der Krankenhauspflege sowie als arbeitssoziologisch orientierter Beitrag zur Theorie der Ökonomisierung (des Krankenhausesektors) zu lesen, der um die doppelte Fragestellung kreist, wie die gesellschaftsstrukturelle Dynamik der Ökonomisierung theoretisch konzipiert werden kann und wie sie in der Alltagspraxis der Krankenhauspflege in Erscheinung tritt. Sie lebt damit von einer engen, reflexiven Vermittlung von Theorie und Empirie.

1.3 GANG DER DARSTELLUNG: DENKEN IN KONSTELLATIONEN

„Gerade die zunehmende Integrationstendenz des kapitalistischen Systems jedoch, dessen Momente zu einem stets vollständigeren Funktionszusammenhang sich verschlingen, macht die alte Frage nach der Ursache gegenüber der Konstellation immer prekärer; nicht erst Erkenntniskritik, der reale Gang der Geschichte nötigt zum Aufsuchen von Konstellationen.“
Adorno (1970: 168)

Die Arbeit nähert sich dem Gegenstand der Ökonomisierung der Krankenhäuser und der Krankenhauspflege aus einer Vielzahl von Perspektiven und bedient sich am begrifflich-konzeptionellen Arsenal verschiedener soziologischer ‚Departements‘. Statt lange Auseinandersetzungen über Gemeinsamkeiten und Differenzen soziologischer Traditionslinien zu führen – eine Arbeit, die gewiss ihr eigenes Recht hat und auch im Folgenden partiell geleistet werden muss –, wird primär gefragt, welche Denkmittel helfen, ‚zur Sache‘ vorzustoßen. Dieses Vorgehen soll jedoch nicht einer Beliebigkeit des Zugangs das Wort reden, es lässt sich vielmehr metatheoretisch von grundlegenden Überlegungen Adornos inspirieren, die sich um sein Leitmotiv eines Denkens in Konstellationen versammeln. Dieses Motiv hat Adorno zwar im Wesentlichen im Rahmen seiner *Negativen Dialektik* und seiner essayistisch-philosophischen Modelle entwickelt, es lässt sich jedoch in soziologische Gefilde übertragen.¹⁰ Das soziologische Denken, das Adorno vorschwebte, ist im Kern be-

10 Adorno selbst verweist an thematisch zentraler Stelle darauf, dass eine Idee davon, „wie Gegenstände durch Konstellation zu erschließen seien, [...] weniger aus der Philosophie zu entnehmen ist, die daran sich desinteressierte“, sondern vielmehr aus „bedeutenden wissenschaftlichen Untersuchungen“ (Adorno 1970: 166) – woraufhin er, wenn auch nicht kritiklos, auf die materialen Arbeiten Max Webers hinweist und insbesondere „die Abhandlung über die protestantische Ethik und den Geist des Kapitalismus“ hervorhebt. Aus letzterer zitiert Adorno, soziologische Begriffe müssten aus ihren „einzelnen der geschichtlichen Wirklichkeit zu entnehmenden Bestandteilen allmählich komponiert werden“ (Weber 1988: 30). Für die Konkretisierung des Konstellationsmotivs im Rahmen einer soziologischen Untersuchung werden in der vorliegenden Arbeit neben Weber vor allem die praxis- und feldtheoretischen Denkmittel der Soziologie Bourdieus eine wesentliche Rolle spielen.

stimmt als ein stetiges ‚Umschlagen‘ von Gesellschaftstheorie in Mikrologie (und *vice versa*), das sich von der Nichtidentität im Verhältnis von Erfahrung und Begriff treiben lässt: „Weil das einzelne Phänomen in sich die gesamte Gesellschaft birgt, kontrapunktieren Mikrologie und Vermittlung durch die Totalität einander.“ (Adorno 1972c: 322) Die Verwobenheit der Einzelphänomene mit der gesellschaftlichen Totalität, die allerdings kein Eigenleben ‚oberhalb‘ derselben führt, sondern sich durch diese hindurch reproduziert (Adorno 1972d: 549), ist die eine Seite des Bedeutungsgehalts des Begriffs der Konstellation: Die Gegenstände der Soziologie stehen in Konstellation. Sie sind jedoch zugleich „durch Konstellation zu erschließen“ (Adorno 1970: 166), so dass dem Begriff der Konstellation auch eine methodische Bedeutung zukommt. Der soziologische Blick nähert sich dem Einzelphänomen mit der „unverbürgte[n], vage[n], dunkle[n] Erwartung“, dass es „doch das Ganze in sich, ich rede Leibnizisch: vorstelle [...]; freilich eher im Sinne einer prästabilierten Disharmonie“ (Adorno 2003: 124). Gegenstände *in* Konstellation *durch* Konstellation zu erschließen, impliziert somit eine Doppelbewegung: zum einen die mikrologische „Versenkung ins Innere“ des Phänomens, die sich der unreglementierten Erfahrung überlässt, im Bewusstsein der Konstellation und damit in der Hoffnung, gerade durch Mikrologie die Momente der Vermittlung durch das disharmonische Ganze erschließen zu können. Zum anderen bedarf es eines „Äußeren“ (Adorno 1970: 165), der von außen an den Gegenstand herangetragenem Begriffe als „makrologische[n] Mittel[n]“ zur Organisation von Erfahrung, an denen auch die Mikrologie nicht vorbei kommt (vgl. ebd.: 39). Für dieses Vorgehen hat Adorno in seinem Aufsatz über *Soziologie und empirische Forschung* einen kurzen Wegweiser aufgestellt:

„Die Konstruktion der Totale hat zur ersten Bedingung einen Begriff von der Sache, an dem die disparaten Daten sich organisieren. Sie muß, aus der lebendigen, nicht selber schon nach den gesellschaftlich installierten Kontrollmechanismen eingerichteten Erfahrung; aus dem Gedächtnis des ehemals Gedachten; aus der unbeirrten Konsequenz der eigenen Überlegung jenen Begriff immer schon ans Material herantragen und in der Fühlung mit diesem ihn wiederum abwandeln.“ (Adorno 1972b: 197)

Die Theoriarbeit, mit der die vorliegende Studie beginnt (Teil I), dient der Entwicklung eines gesellschaftstheoretisch reflektierten Begriffs der Ökonomisierung, und zwar in Auseinandersetzung mit dem ehemals bzw. bisher „Gedachten“. Im Durchgang durch zentrale Beiträge zum Ökonomisierungsdiskurs (Kap. 2) wird aufgezeigt, dass es diesem einerseits dort, wo eine gesellschafts- und differenzierungstheoretische Einbettung stattfindet, an ökonomietheoretischen Differenzierungen fehlt, andererseits jedoch dort, wo derartige Differenzierungen vorgenommen werden, kaum gesellschafts- bzw. differenzierungstheoretische Einbettungen vorzufinden sind. Um dieses Defizit zu beheben, wird anschließend (Kap. 3) eine gesellschaftstheoretische Heuristik entwickelt, in der ökonomietheoretisch an die Marx’sche Kritik der politischen Ökonomie angeschlossen, diese jedoch zugleich weitergedacht wird. Dabei dient der Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert als zentrales Scharnier, um die Kritik der politischen Ökonomie mithilfe von Weber’schen und Bour-

Diese zielt nicht weniger als Adornos kritische Theorie auf die Kritik der Naturalisierung gesellschaftlicher Verhältnisse und die Reflexion ihrer Historizität.

dieu'schen Theoriefragmenten differenzierungs- bzw. feldtheoretisch auszubauen. Es wird damit ein Blick auf soziale Felder konstruiert, der es erlaubt zu fragen, inwiefern diese auf verschiedenen Ebenen als spezifische Bewegungs- und Bearbeitungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert zu beobachten sind. Ökonomisierung lässt sich dann als Prozess verstehen, durch den die stets vorhandenen Tauschwertbezüge sozialer Felder und Tauschwertorientierungen der in ihnen Agierenden sich gegenüber spezifischen Gebrauchswertbezügen und -orientierungen verselbständigen.

Warum und wie genau das geschieht, ist jedoch nicht auf dieser Ebene der ‚Konstruktion der Totale‘ zu beantworten, der so entwickelte Begriff der Ökonomisierung muss vielmehr „ans Material“ herangetragen und „in der Fühlung mit diesem“ weiter bestimmt werden. Hierzu ist zunächst die Geschichtlichkeit der zu untersuchenden Konstellation, der Ökonomisierung der Krankenhäuser und der Krankenhauspflege, zu reflektieren: „Der Konstellation gewahr werden, in der die Sache steht, heißt so viel wie diejenige entziffern, die es als Gewordenes in sich trägt. [...] Erkenntnis des Gegenstands in seiner Konstellation ist die des Prozesses, den er in sich aufspeichert.“ (Adorno 1970: 165f.) Teil II zeichnet einige Entwicklungslinien des Prozesses nach, in dem das Feld der stationären Krankenversorgung sich ausdifferenziert und seine spezifischen Gebrauchswert- und Tauschwertbezüge erhalten hat. Erst vor diesem Hintergrund zeichnet sich das Neue und Spezifische der Entwicklungen und Erfahrungen ab, die im Begriff der Ökonomisierung zusammengefasst und artikuliert werden (Kap. 4).

Die ‚Fühlung‘ mit dem Material ist damit keineswegs abgeschlossen, sie muss vielmehr darüber hinaus intensiviert werden. Lesen wir Adornos Wegweiser weiter:

„Will Theorie aber nicht trotzdem jenem Dogmatismus verfallen, über dessen Entdeckung zu jubeln die zum Denkverbot fortgeschrittene Skepsis stets auf dem Sprung steht, so darf sie dabei nicht sich beruhigen. Sie muß die Begriffe, die sie gleichsam von außen mitbringt, umsetzen in jene, welche die Sache von sich selber hat, in das, was die Sache von sich aus sein möchte, und es konfrontieren mit dem, was sie ist.“ (Adorno 1972b: 197)

Versucht man Adornos philosophische Terminologie zur Bestimmung des Verhältnisses von Theorie und empirischer Forschung in eine soziologische zu übersetzen, lässt sich das, was ‚die Sache von sich aus sein möchte‘, der Begriff, den die Sache von sich selber hat, in die Sinnzusammenhänge übersetzen, die die ‚Logik der Praxis‘ (Bourdieu) mit strukturieren. An die theoretischen und historischen Ausflüge schließt deshalb in Teil III eine empirische Studie an, in der der Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert, der zunächst als Konzept zur Bestimmung eines Strukturprinzips von Gesellschaften, in denen kapitalistische Produktionsweise herrscht, eingeführt wurde, als *sensitizing concept* fungiert. Im Rahmen einer explorativen Studie wird zu erschließen versucht, wie die feldspezifischen Tauschwertbezüge in der Alltagspraxis im Feld der Krankenhauspflege relevant werden (Kap. 6), um anschließend zu diskutieren, inwiefern eine Verselbständigung der Tauschwert- gegenüber den Gebrauchswertorientierungen stattfindet und welche Konfliktodynamiken aus Sicht der Pflegenden daraus resultieren (Kap. 7).

Der Gegenstand der Untersuchung wird also umkreist, ein gesellschaftstheoretischer, ein historischer und ein empirischer Blickwinkel ergänzen einander wechsel-

seitig und reflexiv. Der Zusammenhang der Perspektiven ist dabei kein streng systematischer.¹¹ „Konstellation ist nicht System. Nicht schlichtet sich, nicht geht alles auf in ihr, aber eines wirft Licht aufs andere“ (Adorno 1963: 126). Denken in Konstellationen zielt auf „Verbindlichkeit ohne System“ (Adorno 1970: 39). Die theoretischen und historischen Ausführungen dienen nicht der Generierung von Hypothesen, die anschließend empirisch überprüft werden; auch dienen sie nicht der Entwicklung von Indikatoren der Ökonomisierung, mittels derer ein gewisser Grad der Ökonomisierung empirisch festgestellt werden kann. Es wird vielmehr – im Modus der Exploration – zu klären versucht, wie ‚Ökonomisierung‘ in einem theoretisch, historisch und empirisch gehaltvollen Sinne auf den Begriff gebracht werden kann, wobei sich die Perspektiven einander ergänzen und korrigieren.¹²

Mit der folgenden kleinen Szene, die ein Intensivpfleger mir schilderte, gehen wir *in medias res*: „Ich bin mal von ’ner Kollegin aus dem OP-Bereich angebrüllt worden, weil wir halt notfallmäßig ’nen Patienten rübergebracht haben, ne. Und ich hab halt nicht alle Unterlagen dabei gehabt und das hat für sie noch ’nen zusätzlichen Weg bedeutet, das nochmal zu holen. Und da hat sie mich angebrüllt und gesagt: ‚Wir schaffen die Kohle ran!‘“ (P1) Warum erscheint die Szene uns, den Außenstehenden, die sie hören oder lesen, irritierend, der Ausspruch der Kollegin ‚Wir schaffen die Kohle ran!‘ als unpassend und fehl am Platz? Und warum scheint er der Kollegin, die ihn äußert, im Gegensatz dazu in der Notfallsituation als angemessen und sinnvoll? Welche Konstellationen haben sich wie verschoben, dass diese Fragen sich aufdrängen? Und was zum Teufel ist eigentlich Wasser?

11 Genauer: Es wird keine systematische Mehrebenenanalyse betrieben, nicht schrittweise von der Makro- über die Meso- zur Mikroebene herunter oder umgekehrt herauf analysiert. Vielmehr werden im Sinne des Umschlagens von Gesellschaftstheorie in Mikrologie und umgekehrt die gesellschaftstheoretisch aus Sicht des „Homo scholasticus“ (Bourdieu 1998: 204) entwickelten Begriffe mit den empirisch rekonstruierbaren Erfahrungen der Pflegekräfte konfrontiert.

12 Empirisch gehaltvoll meint dabei: Es soll nicht davon ausgegangen werden, dass die Akteur*innen schlicht den Anrufungen hegemonialer Diskurse oder Leitbilder Folge leisten, wie das teilweise im Diskurs über den „neuen Geist des Kapitalismus“ (Boltanski/Chiapello 2003) oder über den „Arbeitskraftunternehmer“ (Pongratz/Voß 2003) geschehen ist. Diese Servilität ist allein deshalb schon unwahrscheinlich, weil die konkreten Anforderungen der Praxis widersprüchlich strukturiert sind, sodass ‚konsequenzlogisches‘ Rezeptwissen der Leitbilder schnell an Praktikabilitätsgrenzen stößt, denn die Logik der Praxis ist logisch nur „bis zu dem Punkt, an dem Logischsein nicht mehr praktisch wäre“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 44). Es geht deshalb um eine Konzeption, die sensibel ist für die Sicht der Akteur*innen und die (gesellschaftlich strukturierte) Logik ihrer Praxis.

Teil I – Theorie

„Theorie will benennen, was insgeheim das Getriebe zusammenhält.“
(Adorno 1972b: 196)

2 Theorien der Ökonomisierung

Zum Stand der Forschung

Der Begriff der Ökonomisierung ist reich an theoretischen Voraussetzungen und Implikationen. Diese einzuholen und zu explizieren, ist allein schon deshalb angezeigt, weil ‚Ökonomisierung‘ zusammen mit der Hintergrundannahme, die Gesellschaft sei in ökonomische und nicht-ökonomische Bereiche differenziert, rein begriffslogisch mindestens zwei problematische Folgeannahmen nahelegt: Zum einen suggeriert der Begriff ein schlichtes Durchgreifen ‚der Ökonomie‘ auf nicht-ökonomische soziale Bereiche (etwa im Sinne ökonomischer Sachzwänge) – realiter handelt es sich bei Ökonomisierungsprozessen in aller Regel jedoch mindestens um staatlich moderierte, wenn nicht gar politisch initiierte und implementierte Prozesse. Zum anderen wird suggeriert, *erst jetzt* würden Prinzipien der Ökonomie in nicht-ökonomische Bereiche vordringen, diese seien vorher von solchen mehr oder weniger frei gewesen – auch das ist, wie im weiteren Verlauf noch deutlich werden wird, realiter nicht der Fall. Diese Fallstricke des Begriffs sind zwar bekannt (vgl. etwa Bauer 2008: 142f.), die Ausarbeitung theoretischer Vermeidungsstrategien ist jedoch nur sporadisch betrieben worden. So findet sich etwa in einigen Publikationen der Hinweis, dass Ökonomisierung etwas anderes meint als die Anwendung des (ökonomischen) Prinzips der Sparsamkeit im Umgang mit finanziellen, materiellen oder zeitlichen Ressourcen (vgl. etwa Braun et al. 2010: 239; ähnlich auch Bauer/Bittlingmayer 2010: 666). Es wird also unterstellt, dass es verschiedene Formen ökonomischer Rationalität gibt, dieser Gedanke wird jedoch theoretisch kaum weiter ausbuchstabiert.

Wenn empirische Studien zu Ökonomisierungsprozessen in diesem Sinne theoretisch unterbestimmt und unterkomplex bleiben, liegt das nicht zuletzt daran, dass es kaum Bemühungen gibt, eine allgemeine Ökonomisierungstheorie zu formulieren. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über zentrale gesellschaftstheoretisch orientierte Beiträge zu einem solchen Projekt gegeben werden (2.1).¹ Anschließend wird ausführlicher auf den von Uwe Schimank entwickelten Ansatz, die Moderne als kapitalistische und funktional differenzierte (Organisations-)Gesellschaft zu begreifen, eingegangen, in dessen Rahmen sein Stufenmodell der Ökonomisierung eingebettet

1 Dieser Überblick beschränkt sich aus forschungspragmatischen Gründen auf den deutschsprachigen Raum. Soweit der englischsprachige Raum der Theoriebildung zu überblicken ist, sind auch in diesem genuin gesellschaftstheoretisch orientierte Beiträge eine Seltenheit (vgl. aber: Jessop 2012 sowie Slater/Tonkiss 2001).

ist, denn sie kann zurzeit als gesellschaftstheoretisch elaboriertester Beitrag gelten (2.2). Abschließend soll ein Blick auf Beiträge geworfen werden, die weniger gesellschaftstheoretisch ausgerichtet sind, dafür jedoch, anders als die gesellschaftstheoretischen Beiträge, mit einem differenzierten Ökonomieverständnis arbeiten, vor dessen Hintergrund Ökonomisierung als Verkehrung einer bedarfswirtschaftlichen in eine erwerbswirtschaftliche Logik oder als Zweck-Mittel-Verkehrung erscheint (2.3).

2.1 ÜBERBLICK

In seiner Studie über „Mechanismen der Ökonomisierung“ hat Torsten Peetz (2014) die ökonomisierungsbezogene Literatur bereits gesichtet und aus dem aktuellen Stand der Diskussion heraus drei Kriterien aufgestellt, die eine Theorie der Ökonomisierung mindestens erfüllen können müsse – sie benötige:

1. eine differenzierungstheoretische Grundlage, denn: „Will man Grenzverschiebungen zwischen der Wirtschaft und anderen gesellschaftlichen Bereichen präzise fassen, sind Konzepte, die es ermöglichen, diese Bereiche systematisch voneinander zu unterscheiden, unverzichtbar.“ (Ebd.: 36)
2. eine Theorie der Wirtschaft, denn es brauche nicht bloß ein Verständnis der gesellschaftlichen Teilbereiche, in die ‚die Wirtschaft‘ vordringt, sondern dementsprechend auch eine „möglichst klare Vorstellung davon [...], was soziologisch als ‚die Wirtschaft‘ bezeichnet werden kann“ (ebd.: 37).
3. eine Theorie der Organisation, denn der Blick auf die empirischen Untersuchungen zeige, dass – auch wenn Ökonomisierung kein rein organisationales Phänomen ist – Organisationen „einen entscheidenden Schauplatz von Prozessen der Ökonomisierung“ darstellen (ebd.: 37).

Halten wir uns an diese Kriterien, fallen die Lücken der bisherigen Versuche, eine Theorie der Ökonomisierung zu formulieren, schnell auf.

Franz Kasper Krönig (2007) nährt sich der Thematik im Rahmen der Bielefelder Systemtheorie, denn „klare Grenzen“, wie die Systemtheorie sie zieht, seien eine notwendige Bedingung, um „Grenzüberschreitungsmöglichkeiten“ zu sondieren (ebd.: 9). Allerdings müsse dabei erst einmal geprüft werden, ob „innerhalb der Theorie Bedingungen für die Möglichkeit, Ökonomisierung zu denken, gegeben sind“, denn: „Die Vorstellung eines Eindringens der Wirtschaft in andere gesellschaftliche Bereiche ist systemtheoretisch nicht nachvollziehbar.“ (Ebd.: 15) In ihr gelten Systeme als operativ geschlossen und so gegenüber der Umwelt abgegrenzt oder sie sind nicht existent. Der Versuch, Ökonomisierung als Wandel von System-System-Beziehungen zu denken, scheint deshalb innerhalb der Systemtheorie zunächst undenkbar – wirtschaftliche Kommunikation kann ihre Grenze nicht überschreiten, nicht einfach in andere Systeme eindringen (vgl. ebd.: 17). Das Konzept der strukturellen Kopplung, das System-System-Beziehungen spezifiziert, ist Krönig zufolge zur Bestimmung von Ökonomisierung unbrauchbar, denn strukturelle Kopplungen dienen dazu, die Möglichkeit der Autopoiesis abzusichern (vgl. 18ff.). Aufgrund dieser paradigmainternen Konstruktionsprobleme unternimmt Krönig dann den Ver-

such, Ökonomisierung als systeminternen Prozess der Nebencodierung zu konstruieren, wobei das Konzept der Nebencodierung von Luhmann selbst kaum ausgearbeitet wurde. Für Krönig besteht die Leistung von Nebencodes darin, dass sie – paradoxerweise – eine Inklusion der Codes anderer Funktionssysteme in ein Funktionssystem erlauben (vgl. 28f.). Sie werden als Modulationen des Erstcodes konzipiert, durch die analoge in digitale Kommunikation umgewandelt wird (vgl. ebd.: 32). Das Problem, wie diese Umwandlung funktioniert, versucht Krönig dann mithilfe einer Theorie generativer Metaphern zu lösen. So konstruiert Krönig dann anhand verschiedener Funktionssysteme Ökonomisierung als Prozess, in dem nicht-ökonomische Funktionssysteme durch Nebencodierungen *systemintern* eine Beziehung zur Wirtschaftskommunikation aufbauen. Ob dieser Versuch im Einzelnen überzeugen kann, soll hier nicht Thema sein. Im Kontext der vorliegenden Arbeit scheint vielmehr drei Aspekte relevant: Erstens bewegt sich Krönig innerhalb des vorausgesetzten luhmannianischen Rahmens und arbeitet innerhalb desselben eine Theorie der Nebencodierung aus, dabei ist jedoch die Differenzierungstheorie Luhmanns ebenso wie seine Theorie der Wirtschaft undiskutiert als sachadäquat vorausgesetzt. Zweitens bleibt in Krönigs durchaus bemerkenswerter und hellsichtiger Begriffsartistik die Ebene der *Organisation* weitestgehend ausgeklammert. Nicht zuletzt dieser Umstand führt drittens dazu, dass kaum auszumachen ist, inwiefern die Arbeit von Krönig empirische Forschung instruieren könnte; sie dient vor allem als (nachträgliche) Beschreibung bereits vorliegender empirischer Erkenntnisse und bewegt sich dabei aufgrund der metapherntheoretischen Ausrichtung auf der Ebene von Diskursen. Auch wenn Krönig am Ende der Arbeit versucht, die „gesellschaftliche Dominanz der Wirtschaft“ (ebd.: 131) begrifflich zu integrieren, bleiben – typisch luhmannianisch – die gesellschaftlichen Treibkräfte der Ökonomisierung im Orkus von „Evolution“ und „Emergenz“ verborgen.

In einigen wenigen Studien zur Ökonomisierung spezifischer sozialer Bereiche und Organisationen werden verschiedene soziologische Theorien auf ihr Potenzial befragt, Phänomene der Ökonomisierung zu konzeptualisieren. In seiner Untersuchung zum Wandel des öffentlichen Sektors prüft Richter (2009) die Theorien Max Webers, Niklas Luhmanns und Pierre Bourdieus auf ihre Brauchbarkeit für ein Verständnis von Ökonomisierung als gesellschaftlicher Rationalisierung auf der Makro-Ebene. Anschließend wendet er sich Ansätzen zu, die Ökonomisierung auf der Ebene von Organisationen (Meso-Ebene) zu begreifen helfen könnten. Seine Untersuchung soll so einen Rahmen bieten, „um vielschichtige und komplexe Entwicklungsdiagnosen zusammenzuführen, damit verschiedene strukturelle Einflüsse als interagierend zu beschreiben und im Ergebnis aufzuzeigen, wie die doch erstaunliche Stabilität der Ökonomisierung des öffentlichen Sektors auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen sozialen Bereichen (Politik, Verwaltung, Wissenschaft) institutionell eingebettet erzeugt wird.“ (Richter 2009: 16) Auf diesem Weg eines breit gefächerten Theorienpluralismus, durch den die Selektivitäten verschiedener Ansätze genutzt werden sollen, um ein „kaleidoskopartige[s]“ (ebd.: 19) Bild der Ökonomisierung zu zeichnen, erfüllt Richter das erste und dritte der von Peetz aufgestellten Kriterien, eine systematische Auseinandersetzung mit einer Theorie der Ökonomie bleibt jedoch auch Richter schuldig.

Peetz selbst wählt in seiner Studie zur Ökonomisierung der Bildungsorganisation Schule einen zu Richter entgegengesetzten Weg. Zwar prüft auch er eingangs die Po-

tenziale verschiedener soziologischer Theorien (Weber, Bourdieu, Boltanski/Chiappello, Luhmann), entscheidet sich dann aber dafür, den Kriterien einer Ökonomisierungstheorie mithilfe einer „orthodoxere[n] Begriffsstrategie“ (2014: 81) gerecht zu werden, die an die vorliegende Konzeption von Luhmanns Systemtheorie anschließt. In ihr könne Ökonomisierung auf vier Arten konzipiert werden: „Die Ökonomisierung der Gesellschaft könnte man dann erstens als ein rein quantitatives Phänomen verstehen, als eine Zunahme ökonomischer Kommunikation bzw. als Expansion, zweitens als Form der strukturellen Kopplung, drittens als Re-Programmierung oder viertens als Entdifferenzierung.“ (Ebd.: 81) Die Entscheidung für diese Strategie versteht Peetz als eine eher pragmatische, schließlich halte die Systemtheorie alle benötigten Theoriebestandteile quasi aus einem Guss bereit (ebd.: 66). Somit wird aber auch hier weitgehend undiskutiert die Theorie Luhmanns als sachadäquat unterstellt, die Problematisierung des systemtheoretischen Zugangs durch Krönig wird von Peetz ignoriert.

Dasselbe gilt für die ebenfalls ‚orthodox‘-systemtheoretischen Ausführungen zum Begriff der Ökonomisierung von Nassehi (2012), die darüber hinaus an argumentationsbautechnisch zentralen Punkten Unklarheiten aufweisen. Ökonomisierung wird von Nassehi zunächst als Optionssteigerung des Ökonomischen verhandelt. Gemeint ist damit, dass der ökonomische Code auf immer mehr Operationen angewendet wird: „Codierte Funktionssysteme haben weder externe noch interne Kriterien, die ihre Operationen limitieren könnten, die also ein Maß zur Selbstbeschränkung, zum Verzicht auf Optionen ausbilden [...] können.“ (Ebd.: 409; ohne Hervorheb.) Da das *per definitionem* immer gilt, bleibt unbestimmt, was das Neue der ökonomischen Optionssteigerung ist. Erklärt werden könnte es nur aus einem neuartigen Mangel an äußeren Beschränkungen, wobei zu spezifizieren wäre, wie solche Beschränkungen ausgesehen haben und warum sie weggefallen sind. Weiter geht Nassehi davon aus, dass die „Funktionsübererfüllung“ (ebd.: 411) zu einer „Selbstgefährdung des Ökonomischen“ führe, das somit eine krisenhafte Zuspitzung erfahre – warum und wann das bei einer Ökonomie, die einem Wachstumsimperativ folgt, der Fall ist, wann eine Funktionserfüllung also in eine *Übererfüllung* umschlägt, wird nicht weiter erläutert. Dadurch, dass die selbstreferentielle Optionssteigerung des Ökonomischen von Nassehi an der Ausweitung von Finanzmarkt-Operationen festmacht wird, scheint dieser Zusammenhang oberflächlich plausibel. Ökonomisierung wird des Weiteren vor allem auf der Ebene von Semantiken verhandelt: Durch die „Ökonomisierung von Semantiken“ würden „andere Funktionssysteme und Organisationen“ in ihren Programmstrukturen rejustiert. Wie genau diese Reprogrammierung nicht-ökonomischer Funktionssysteme mit der finanzmarktlichen Optionssteigerung zusammenhängen soll, wird nicht näher ausgeführt. Letztlich werden von Nassehi mehr Fragen über das Zusammenspiel von Codes, Programmen und Semantiken verschiedener Funktionssysteme aufgeworfen als geklärt.

Neben diesen Ansätzen, die an differenzierungstheoretisch orientierte Soziologien anknüpfen, finden sich auch Ansätze, die stärker wirtschafts- oder kapitalismustheoretisch argumentieren. Zentral sind hier zum einen wirtschaftssoziologische Beiträge zu einer Theorie der Vermarktlichung (vgl. Ebner 2014/2015), andererseits die Theorie der kapitalistischen Landnahme (vgl. Dörre 2009/2012). Beide stehen – sowohl in Bezug auf die Kriterien für eine Theorie der Ökonomisierung als auch in Bezug auf die konkrete Erforschung von Ökonomisierungsprozessen – strukturell vor

demselben Problem: Sie verfügen zwar über eine Theorie des Kapitalismus oder des Marktes sowie seiner expansiven und krisenhaften Dynamik, die auf ‚andere Bereiche‘ ausstrahlt, aber über keinen oder nur einen sehr rudimentären konzeptionellen Rahmen, mit dessen Hilfe sich die jeweilige Eigengesetzlichkeit jener sozialen Sphären erfassen lassen könnte, in die der Markt vordringt oder die kapitalistisch ‚Land genommen‘ werden. Das Verhältnis von Wirtschaft und Gesellschaft wird tendenziell reduziert auf das von Markt und ‚dem Sozialen‘, von Markt und Staat/Demokratie oder von marktlich koordinierten und nicht-marktlich koordinierten sozialen Bereichen.² Letztere werden von Ebner zwar – im Anschluss an Habermas – unterschieden in die „institutional fields“ (Ebner 2015: 382) oder Sektoren des Staates, der Zivilgesellschaft und der Privatsphäre, deren ‚Eigenlogik‘ wird allerdings nur gütertheoretisch erfasst, so dass Vermarktlichung als Umwandlung von „public goods“ (Staat), „club goods“ (Zivilgesellschaft) oder „common goods“ (Privatsphäre) in „private goods“ konzeptualisiert werden kann (vgl. Ebner 2015: 380ff.). Der Blick auf ‚Gesellschaft‘ ist in den Theorien der Vermarktlichung in der Regel ein Blick aus der Perspektive des Marktes.³

Den wohl einflussreichsten und in empirischen Studien häufig rezipierten Versuch, die Ökonomisierung der Gesellschaft auf den Begriff zu bringen, haben Uwe Schimank und Ute Volkmann vorgelegt (vgl. Schimank/Volkmann 2008 sowie 2012).⁴ Sie weisen zunächst ebenso wie Peetz und Richter darauf hin, dass die Rede von Ökonomisierung immer schon voraussetzt, dass es gesellschaftliche Sphären gibt, die bisher einer nicht-ökonomischen sozialen Gesetzmäßigkeit folgten (vgl. ebd.: 382). Hieraus ergibt sich genau wie bei Peetz, dass, wer von Ökonomisierung redet, immer auf eine Theorie der sozialen oder funktionalen Differenzierung der modernen Gesellschaft zurückgreifen müsse, denn sonst könne es kein Übergreifen der Ökonomie in ihr äußerliche soziale Sphären geben. Dieses theoretische *must have* versuchen Schimank und Volkmann aus einer akteurszentrierten Perspektive mit einer Synthese aus Luhmanns Theorie funktionaler Differenzierung und Bourdieus Theorie sozialer Felder auszubuchstabieren, wobei die binären Codes, die Luhmann zufolge für soziale Funktionssysteme konstitutiv sind, weberianisch als „eine evaluative Handlungslogik“ gedeutet werden, „die den Sinnhorizont des Teilsystems markiert und den dortigen Akteuren vorgibt, um was es geht“ (Schimank/Volkmann 2012: 167). Unschwer zu erkennen ist hier der Bezug auf Bourdieus Konzept der *illusio* im Sinne des praktischen Glaubens an den Wert des Spiels, um das es in einem sozialen Feld geht. Von Bourdieu übernehmen Schimank und Volkmann die Konzeption eines sozialen Feldes als Spannungs- und Kräfteverhältnis, das zwischen einem autonomen und einem heteronomen Pol aufgespannt ist. Die Autonomie eines sozia-

2 So verweist Dörre zwar auf ein „Außen“ kapitalistischer Marktvergesellschaftung“ (2011: 56), die weiteren Ausführungen konzentrieren sich dann aber darauf, warum und wie, nicht aber darauf, was ‚Land genommen‘ wird.

3 Solche Globaleinschätzungen sind immer problematisch, aber in diese Richtung weisen auch die Beiträge zur Zukunft der Wirtschaftssoziologie von Fourcade (2007) und Beckert (2009), in denen dafür plädiert wird, die Wirtschaftssoziologie als Gesellschaftstheorie zu entwickeln.

4 Auch in Studien zur Ökonomisierung des Gesundheitssystems findet er häufiger Abnahme (vgl. etwa Bär 2011; Gerlinger/Mosebach 2009, Slotala 2011).

les Feldes wird so als graduelle und umkämpfte gedacht, wobei fünf unterschiedliche Stufen der Ökonomisierung eines sozialen Feldes unterschieden werden (vgl. Schimank/Volkman 2008: 385f.):

1. Kein Kostenbewusstsein (autonomer Pol)
2. Kostenbewusstsein als Soll-Erwartung
3. Kostenbewusstsein als Muss-Erwartung
4. Gewinnerzielung als Soll-Erwartung
5. Gewinnerzielung als Muss-Erwartung (heteronomer Pol)

Die grundlegenden differenzierungstheoretischen Überlegungen werden von Schimank und Volkman im Rahmen einer Mehrebenenanalyse entwickelt und auf der Makro-Ebene angesiedelt. Auf der Meso-Ebene betrachten sie organisatorische und interorganisatorische Regelstrukturen, wobei des Weiteren zwischen staatsnahen Sektoren und kommerziellen Sektoren innerhalb eines Teilsystems oder sozialen Feldes unterschieden wird. Der Ökonomisierungsdruck kann auf Organisationen entsprechend der fünf Stufen unterschiedlich stark einwirken. Wie dieser Druck innerhalb der Organisationen verarbeitet wird, wird aber konzeptionell offen gehalten, denn er wirkt zunächst als „von außen auferlegter diffuser Zwang“ (Schimank 2008: 225). Erst auf der Mikro-Ebene, auf der das konkrete Handeln der Akteur*innen in den Blick rückt, entscheidet sich, inwiefern die „teilsystemische Leistungsproduktion“ (Schimank/Volkman 2008: 388) dem Ökonomisierungsdruck nachgibt, ihn moderiert oder aber abwehrt.

Neben dem Stufenmodell eines zunehmenden Ökonomisierungsdrucks, der auf der Makro-Ebene angesiedelt ist, hat Schimank (2008) ein weiteres Modell entworfen, in dem er diesen Druck als ein ‚Müssen‘ interpretiert, das auf „teilsystemische Leistungsorganisationen“ einwirkt, bei deren „Leitungsfiguren“ dann aber einerseits auf ein spezifisches Ethos, auf ein ‚Wollen‘ trifft, durch das der Druck vermittelt wird, und andererseits auf spezifische Befugnisse stoßen muss, also ein ‚Können‘, das als Durchsetzen-Können des Ökonomisierungsdruck zu verstehen ist (vgl. (Schimank 2008: 230f.). Das Ökonomisierungsverständnis wird somit auf der Ebene der Organisation mit Komplexität angereichert und es lassen sich verschiedene Spielarten der Ökonomisierung unterscheiden – ein starker Ökonomisierungsdruck (Stufe 4 bis 5) kann in diesem Modell beispielsweise auf eine Organisationsleitung treffen, die willens ist, diesen Druck innerorganisatorisch umzusetzen, gleichzeitig aber nicht die (formellen oder informellen) Befugnisse dazu hat.

Mit diesem Modell beanspruchen Schimank und Volkman, einer empirischen Erforschung von Ökonomisierungsphänomenen einen „analytischen Bezugsrahmen“ (2008: 382) geben zu können, „mit dessen Hilfe konkrete Fälle gesellschaftlicher Ökonomisierung interpretierbar sind“ (Schimank 2008: 233) und den sie in ihrer Erforschung des Feldes der Wissenschaftsverlage weiter konkretisiert haben (Schimank/Volkman 2012).⁵

5 Irritierend ist dabei allerdings, dass Schimank und Volkman die unterschiedlichen Modelle, die sie als Interpretationsrahmen entwickelt haben, nicht systematisch miteinander in Beziehung setzen. Auf der Makro-Ebene werden fünf Stufen der Ökonomisierung unter-

Doch so fruchtbar dieser Ansatz für empirische Beobachtungen ist, Peetz zufolge bleibt auch er in einem zentralen Punkt „unbestimmt: [...] Um was handelt es sich eigentlich bei der modernen kapitalistischen Wirtschaft, und wie soll man ihre gestiegene Wirkmächtigkeit verstehen?“ (Peetz 2014: 39) Diese Frage lässt sich an den gesamten sozialwissenschaftlichen Ökonomisierungsdiskurs richten. In ihm herrscht eine konstante Unterbestimmung dessen vor, was mit ‚Ökonomie‘ oder ‚Wirtschaft‘ und der ihr entsprechenden Rationalität gemeint ist.⁶ Während die differenzierungstheoretische Hintergrundannahme häufig noch reflektiert wird, bleibt der Ökonomiebegriff meist ein blinder Fleck.⁷ Diffuse Konturen erhält er in der Regel erst im Zuge einer empirischen Konkretisierung von Ökonomisierungsphänomenen innerhalb einer bestimmten sozialen Sphäre oder Organisation, die dann verdeutlicht, dass es um Phänomene wie Kostensenkung, Wettbewerb oder Effizienz geht. Solche empirischen Konkretisierungen ersetzen in der Regel eine begriffliche und theoretische Ausarbeitung. Das gilt letztlich auch für Peetz selbst, der in seiner Herangehensweise Luhmanns Theorie der Wirtschaft, wie Krönig, als sachadäquat voraussetzt, nicht kritisch diskutiert. Der zur Reflexion gemahnende Einwurf von Priddat (2013): „Bevor wir von Ökonomisierung reden: was ist ökonomisch?“ besitzt damit weiterhin Aktualität.⁸

Was Peetz allerdings nicht in Betracht zieht und auch in anderen empirischen Studien zu Ökonomisierungsprozessen keine Erwähnung findet, ist der Umstand, dass Schimank das von ihm und Volkman präsentierte Stufenmodell der Ökonomisierung in einen weitergehenden theoretischen Rahmen eingebettet hat, der genau den drei von Peetz aufgestellten Kriterien entspricht. In mehreren Aufsätzen hat Schimank an dem Projekt gearbeitet, die funktional differenzierte (1. Kriterium) als kapitalistische Gesellschaft (2. Kriterium) zu konzipieren (vgl. vor allem Schimank

schieden, auf der Ebene der Leitungsfiguren von Organisationen werden mithilfe des Drei-Komponenten-Modells (Müssen, Wollen, Können) acht Typiken gesellschaftlicher Ökonomisierung unterschieden, wobei unklar ist, ob es hierbei um Meso- oder Mikro-Ebene geht oder aber um ein Mehrebenenmodell. Letzteres scheint plausibel. Die Bestimmung der Zusammensetzung einer „fremdreferentiell finalisierten wirtschaftlichen Rationalität“ bewegt sich allerdings auf der Meso-Ebene, da die Kämpfe innerhalb der Organisation ausgeblendet bzw. nur von ihren Ergebnissen her betrachtet werden.

- 6 Auch Werner Vogd (2016: 282) äußert Verwunderung darüber „wie wenig sich gerade auch Sozialwissenschaftler mit der Frage beschäftigen, worin ökonomische Rationalität eigentlich besteht.“
- 7 Davon zeugt etwa auch der Überblick bei Höhne (2012).
- 8 Priddat plädiert dafür, den Begriff der Ökonomisierung im strengen Sinne nicht schon dort zu verwenden, wo es um Nutzenbewertungen oder egoistische Nutzenmaximierung geht, sondern erst dann, wenn „soziale Verhältnisse etc. einen Preis bekommen, zu dem sie auf Märkten handelbar werden.“ (2013: 417) Zumindest seien zwei Formen der Ökonomisierung zu unterscheiden: „eine tatsächliche Vermarktlichung [...] und eine semantische Form, die alles, was mit Nutzensvokabular versehen ist, bereits als Ökonomisierung bezeichnet, ohne explizit Marktformen (und Preise) einzuführen.“ (Ebd.: 428) Die Unterscheidung von ‚Nutzen‘ und ‚Preis‘ wird in der vorliegenden Arbeit aus der Perspektive der Marx’schen Unterscheidung von Gebrauchswert und Tauschwert in den Blick genommen (vgl. Kapitel 3).

2009a) und diese wiederum als Organisationsgesellschaft (3. Kriterium) (vgl. vor allem Schimank 2010). Bezieht man diese Arbeiten mit ein, handelt es sich bei dem Ansatz von Schimank und Volkmann um den gesellschaftstheoretisch elaboriertesten, der momentan zu finden ist. Deshalb und da eine kritische Auseinandersetzung mit diesem Modell, das sich jenseits ‚orthodoxer Begriffsstrategien‘ bewegt, bisher noch nicht zu finden ist, soll es im Folgenden genauer diskutiert werden. Diese Diskussion macht ökonomietheoretische Leerstellen und Probleme dieses Ansatzes sichtbar, die – so die anschließend auszuführende These (Kapitel 3) – unter Rückgriff auf die Marx’sche Kritik der politischen Ökonomie bearbeitet werden können.

2.2 FUNKTIONALE DIFFERENZIERUNG, KAPITALISMUS UND ORGANISATION – DER ANSATZ VON UWE SCHIMANK

Schimank sieht die moderne Gesellschaft durch „drei Strukturmerkmale“ charakterisiert: 1. funktionale Differenzierung, 2. Kapitalismus und 3. Organisation. Seine Hauptthese lautet: „Erst und nur als funktional differenzierte Gesellschaft lässt sich die kapitalistische Gesellschaft angemessen verstehen, so wie umgekehrt funktionale Differenzierung zwangsläufig auf Kapitalismus hinausläuft.“ (2009: 330) Diese These ist mit der weiteren verbunden, dass die moderne Gesellschaft „nur als Organisationsgesellschaft [...] zugleich eine funktional differenzierte und eine kapitalistische Gesellschaft sein und dauerhaft bleiben“ (Schimank 2010: 36) kann. Das ist der Kontext, in dem er die Theorie der Wirtschaft entfaltet. Er postuliert einen sozialwissenschaftlichen Konsens darüber, worin die konstitutiven Merkmale der kapitalistischen Wirtschaft bestünden, die zugleich die gesellschaftliche Ausdifferenzierung des Wirtschaftssystems tragen:

- „die Verselbständigung einer als Gewinnstreben angelegten Tauschwertorientierung als Leitwert wirtschaftlichen Handelns gegenüber einer Orientierung an der Produktion von Gebrauchswerten“,
- „die Verfolgung des Gewinnstrebens auf Märkten, wo Warenbesitzer untereinander konkurrieren“,
- „die Überführung aller Produktionsfaktoren – Natur, Kapital und Arbeit – in Waren, die gemäß dieser Tauschwertlogik ebenfalls auf Märkten gehandelt werden.“ (Schimank 2009a: 329)

Die Logik modernen wirtschaftlichen Handelns, so Schimank bezüglich des ersten Punkts, bestehe in der „Steigerung von Gewinnerwartungen“ (Schimank 2008a: 221).⁹ Als selbstverständlich unterstellt ist dabei, dass es sich bei Gewinnen (und ihrem Negativwert, den Verlusten) um monetäre Größen (Tauschwerte) handelt. In den nicht-wirtschaftlichen gesellschaftlichen Teilsystemen drehe sich demgegenüber der Ökonomisierungsdiskurs darum, dass die ihnen angehörenden Organisationen mit

9 Darauf, dass es einen entscheidenden Unterschied zwischen bloßen „Gewinnerwartungen“ und realen Gewinnen gibt, den Schimank hier übergeht, sei nur am Rande verwiesen.

den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln ‚haushalten‘ müssen: „Es geht [...] darum, nicht dauerhaft mehr auszugeben, als man hat.“ (Ebd.: 222) Dieses „Knappheitsargument“ habe am Anfang moderner wirtschaftlicher Selbstbeschreibungen gestanden.¹⁰ Unklar ist allerdings, wie Schimank es selbst verwendet, denn es wird von ihm zunächst als Ausdruck eines ‚vormodernen Wirtschaftsverständnisses‘ (vgl. ebd.) eingeführt. Einen Absatz später ordnet er das Knappheitsdenken dann aber dem *modernen* Wirtschaftssystem zu:

„Die funktionale Differenzierung der modernen Gesellschaft, also ihre grundlegende Strukturform, läuft gerade darauf hinaus, das *Knappheitsdenken als die typisch wirtschaftliche Betrachtungsweise* der Welt in den anderen Teilsystemen zwar nicht völlig zu negieren, aber doch weitreichend zu relativieren. Knappheit kann zwar nicht aus der Welt geschafft werden, stellt aber in den Handlungslogiken der anderen Teilsysteme eben nicht ‚the essence‘, sondern nur eine – mehr oder weniger wichtige – Restriktion dar.“ (Ebd.; Hervorheb. R.M.)

Somit sieht Schimank die moderne Wirtschaft zum einen wesentlich durch ihre Dynamik der Steigerung von monetären Gewinnen und zum anderen durch ihre „Knappheitslogik“ bestimmt – wie beides, also das moderne und das (vermeintlich) vormoderne Element der Wirtschaft, zusammenhängt, bleibt unklar. In einer Fußnote weist Schimank jedoch darauf hin, dass die Knappheitsrhetorik Schwierigkeiten bereite, wenn es um eine auf Gewinne ausgerichtete Wirtschaft gehe:

„Sie produziert bekanntlich chronische Überangebote der allermeisten Güter und Dienstleistungen, sowohl an der Kaufkraft als auch an den gegebenen Bedarfen gemessen. Kein Wunder, dass Ökonomisierung hier nicht mit Knappheit begründet wird! Für die moderne Wirtschaft darf man in den allermeisten Fällen nicht von einer Knappheit an verkaufbaren Waren, sondern muss von einer Knappheit an Käufern und damit an Chancen der Gewinnerzielung sprechen – und diese Knappheit rührt daher, dass immer mehr Verkäufer immer mehr Gewinne erzielen wollen.“ (2008a: 222)

Schimank entwirft hier ein zweidimensionales Knappheitsverständnis, denn Knappheit sei einmal an der „Kaufkraft“ und einmal an den „gegebenen Bedarfen“ zu messen. Ohne diese Differenz weiter zu reflektieren, sieht Schimank die moderne Wirtschaft entsprechend durch eine *besondere Form* der Knappheit getrieben, nämlich durch die Knappheit von „Chancen der Gewinnerzielung“, die er wiederum in einer zunehmenden Dichte von Verkäufern begründet sieht, die immer mehr Gewinne erzielen wollen. Diese Annahmen sind in mehreren Hinsichten zu hinterfragen: Erstens scheint das Populationsargument fragwürdig – es dürfte wohl kaum die bloße *Zahl* der Käufer oder Verkäufer sein, die die Chancen der Gewinnerzielung bestimmt. Bedeutsam ist auf Seiten der Käufer vielmehr die *Zahlungsfähigkeit* der Nachfrage (weitgehend unabhängig davon, auf wie viele Käufer sie sich verteilt)¹¹, die wieder-

10 Dass es auch an ihrem vermeintlichen Ende noch zentrales Element der Selbstbeschreibung der modernen Wirtschaft und Gesellschaft ist, davon legt Baecker (2006) beredtes Zeugnis ab.

11 Spätestens seit Keynes ist allerdings bekannt, dass umso mehr gespart wird, je größer das zur Verfügung stehende Vermögen ist.

rum (u.a.) dadurch begrenzt ist, das Geld selbst knapp gehalten werden muss (vgl. Deutschmann 2008: 42).¹² Dass immer mehr Verkäufer immer mehr Gewinne erzielen wollen, begründet ebenso wenig restringierte Chancen der Gewinnerzielung; wieso sollten – einmal abgesehen von der Frage, ob bei den stets wirkmächtigen Konzentrationstendenzen des Kapitals tatsächlich immer mehr Verkäufer auf den Markt strömen – nicht alle Verkäufer mehr Gewinne erzielen können, wenn die Wirtschaft prosperiert?

Man sieht also, dass Peetz mit seiner Einschätzung nicht Unrecht hat, gerade bezüglich einer Theorie der Wirtschaft gäbe es im Ökonomisierungsdiskurs noch einiges aufzuarbeiten, selbst wenn man die ökonomietheoretischen Gedankengänge rezipiert. Auch das dritte von Schimank erwähnte Merkmal der kapitalistischen Wirtschaft ist aus der Perspektive der Marx'schen Kritik der politischen Ökonomie zu hinterfragen. Schimank behandelt „Kapital“ hier neben Arbeit und Natur als „Produktionsfaktor“ in Gestalt von Produktionsmitteln. Dieses Verständnis von Kapital läuft auf die ahistorische und irrige Annahme hinaus, schon der Faustkeil des Neandertalers sei Kapital gewesen, wie man sie noch heute in ökonomischen Lehrbüchern findet.¹³ Doch davon einmal abgesehen, wenn man Kapital als einen Produktionsfaktor unter anderen begreift, warum ist dann von einer kapitalistischen Wirtschaft die Rede, nicht von einer ‚naturalistischen‘ oder ‚laboristischen‘? Es fehlt diesem Verständnis von der kapitalistischen Wirtschaft also an einer brauchbaren Bestimmung dessen, was ‚Kapital‘ überhaupt bedeuten soll. Vermutlich geht Schimank davon aus, dass das Merkmal der ‚Verselbständigung einer als Gewinnstreben angelegten Tauschwertorientierung‘ das Adjektiv kapitalistisch begründet – wie aber verhält sich dieses verselbständigte ‚Streben‘ zum später verwendeten Kapitalbegriff und wie kommt es zu dieser Verselbständigung?¹⁴ Diese Fragen richten sich nicht nur an

12 Dieser Umstand ist es auch, der die in der Wirtschaftssoziologie vorherrschende Annahme, Geld sei ein symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium, fragwürdig oder zumindest ergänzungsbedürftig werden lässt: „Geld hat zwar die Eigenschaften einer Sprache, wird aber im Gegensatz zu ihr nicht mitgeteilt, sondern übertragen.“ (Deutschmann 2008: 42) Dass Geld knapp gehalten werden muss, schließt allerdings nicht aus, dass es wie in der jüngsten Wirtschaftsgeschichte, Phasen gibt, in denen es massenweise in die Märkte gepumpt werden muss – Knappheit verweist auf die Notwendigkeit der quantitativen Regulierung der zirkulierenden Geldmenge, nicht auf die Notwendigkeit, sie möglichst gering zu halten.

13 Vgl. zur Kritik an dieser Theorie der Produktionsfaktoren: MEW 25: 822ff. Dort schreibt Marx: „Das erste Auffällige an dieser Formel [Kapital – Zins; Grundeigentum – Rente; Lohnarbeit – Arbeitslohn; R.M.] ist, daß neben dem Kapital, neben dieser [...] einer *bestimmten historischen Gestalt* des gesellschaftlichen Produktionsprozesses angehöriger *Form* eines Produktionselements [den Produktionsmitteln; R.M.], neben einem Produktionselement verquickt mit und dargestellt *in einer bestimmten sozialen Form*, ohne weiters rangiert werden: die Erde auf der einen Seite, die Arbeit auf der andern, zwei Elemente des realen Arbeitsprozesses, die in dieser stofflichen Form allen Produktionsweisen gemeinsam, die die stofflichen Elemente jedes Produktionsprozesses sind und mit der *gesellschaftlichen Form* desselben nichts zu schaffen haben.“ (Ebd.: 824; Hervorheb. R.M.)

14 Schimank setzt „das Gewinnmotiv“ schlicht als ‚unstillbaren Handlungsantrieb‘ (vgl. 2008: 339), was die kapitalistische Seele derart begeistert, bleibt unerklärt. So scheint es als seien

Schimank, sondern an die gesamte Wirtschaftssoziologie, die kaum einen systematischen Begriff von Kapital vorweisen kann.¹⁵ So findet sich etwa auch im Handbuchartikel zu „Kapitalismusanalyse und Kapitalismuskritik“ von Berger (2008) zwar allenthalben das Adjektiv kapitalistisch, doch nirgends ein Begriff von Kapital. Ihn in die „profitable Regeneration von Zahlungsfähigkeit“ (Deutschmann 2008; zit. n. Schimank 20008: 339) zu übersetzen – was *expressis verbis* bei Berger allerdings auch nicht geschieht; es handelt sich vielmehr um eine Ausformulierung dessen, was Schimank mit „Gewinnmotiv“ meint – eskamotiert die qualitative und für das Verständnis der kapitalistischen Produktionsweise wesentliche Differenz, die zwischen der Regeneration von Zahlungsfähigkeit durch Verkauf von Arbeitskraft und durch die Investition von Kapital besteht. Marx zufolge dient die Regeneration von Zahlungsfähigkeit in der ersten Form letztlich nur als Mittel zum Zweck der Bedürfnisbefriedigung durch Gebrauchswerte, während letztere ihren einzigen Zweck in der maß-, end- und inhaltslosen Erwirtschaftung von Profit hat und Gebrauchswerte hierzu nur als Mittel einsetzt (vgl. MEW 23: 161ff.) – wir werden später auf diese Differenz von Zirkulationsformen zurückkommen (vgl. 3.1.2).¹⁶

Worin bestehen nun, auf der Grundlage dieses Verständnisses der modernen Wirtschaft, Schimanks Argumente dafür, die funktional differenzierte sei nur als kapitalistische Gesellschaft möglich und *vice versa*? Die Argumentation findet auf drei Ebenen statt: Die kapitalistische Wirtschaft sei (1.) in den intersystemischen Beziehungen von zentraler Bedeutung, (2.) intrasystemisch von Instabilität gekennzeichnet und (3.) als handlungsprägendes Deutungsmuster hegemonial.

Ad 1.: Auf der intersystemischen Ebene geht es um die Leistungsbezüge zwischen den verschiedenen Funktionssystemen im Unterschied zu den Funktionen, die die Teilsysteme in Bezug auf das Gesellschaftssystem erfüllen (vgl. hierzu Luhmann 1997: 757ff.). Die besondere Relevanz der Wirtschaft ergibt sich für Schimank auf dieser Ebene nicht aus der „substanziellen Beschaffenheit ihres Beitrags zur gesamtgesellschaftlichen Reproduktion, sondern [...] relational aus der herausgehobenen Position, die die Wirtschaft im Gefüge der allseitigen Leistungsinterdependenzen hat.“ (Schimank 2009a: 330f.) Hierbei bezieht er sich auch auf den von Bob Jessop entwickelten Begriff der ökologischen Dominanz (vgl. Jessop 2002: 25 sowie erneut 2011: 586ff.), der den Umstand bezeichnet, dass ein System „seine Logik stärker auf andere Systeme übertragen kann, als dies umgekehrt den anderen Systemen gelingt. Vermittelt wird diese Fähigkeit immer in und durch die operationalen Logiken der anderen Systeme und die kommunikativen Rationalitäten der Lebenswelt.“ (Jessop 2011:

ökonomische Krisen nur dadurch bedingt, dass die Unternehmer ihres „Unternehmer-Ehrgeizes“ verlustig gingen, wenn keine Gewinnaussichten bestehen. Man darf jedoch vermuten, dass gerade in solchen Situationen der Ehrgeiz groß ist – er erklärt damit nichts.

15 Eine Ausnahme stellt der Aufsatz von Baecker (2001) über „Kapital als strukturelle Koppelung“ dar.

16 Darüber hinaus grenzt es an Geschichtsklitterung von einer „Überführung“ der Produktionsfaktoren in die Tauschwertlogik zu reden (vgl. Schimank 2009a: 329) – die reale Geschichte der Gewalt, die dieser Prozess bedeutete (vgl. MEW 23: 741ff.), wird so überdeckt.

586)¹⁷ Schimank führt die intersystemische Dominanz der Wirtschaft vor allem auf das Geld als Medium ihrer Prägekraft zurück. Von ihm seien nicht bloß (a) alle anderen Funktionssysteme abhängig, sondern auch (b) alle Organisationen und (c) alle individuellen Gesellschaftsmitglieder. Dieser Sachverhalt wird durch den besonderen „mehrdimensionale(n) Generalisierungsgrad des Geldes“ (Schimank 2009a: 332) erklärt. Dabei unterscheide sich das Geldmedium insbesondere in der Sach- und der Sozialdimension von allen anderen symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien wie Macht, Liebe, Wahrheit etc.: „Geld ist räumlich global einsetzbar; es vermag fast alles zu kaufen, und vor allem ohne zeitlich heute vorausbestimmen zu müssen, was morgen gekauft wird; es kann von jedem gegenüber jedem gehandhabt werden; und es ist am eindeutigsten quantifizierbar.“ (Ebd.: 332) Als Möglichkeitsbedingung sämtlichen Operierens kann es, sofern nicht ausreichend vorhanden, in den verschiedenen Systemen (Funktionssystemen, Organisationen, psychischen Systemen) Ökonomisierungsdruck erzeugen.¹⁸ Zwar findet die Versorgung der verschiedenen Systeme mit Geld teils indirekt, d.h. vermittelt durch den Staat oder – in geringerem Maße – durch private Spenden und Gebühren, statt. Letztlich sei es aber nur die Wirtschaft, die dem Staat und den privaten Haushalten Geld bereitstellen könne (vgl. ebd.: 331); auch der Staat könne nur verteilen, was die Wirtschaft abwirft. Betrachten wir kurz die einzelnen System-zu-Systembeziehungen:

(a) Aus Sicht der kommunikationstheoretisch fundierten Differenzierungstheorie Luhmanns scheint die Dominanz bzw. der Primat eines Funktionssystems gegenüber anderen zunächst undenkbar. Die funktional differenzierte Gesellschaft ist ihr zufolge durch „Redundanzverzicht“ gekennzeichnet, d.h. Funktionen werden von nur einem Teilsystem quasi monopolisiert erfüllt; es findet keine „Mehrfachabsicherung der Funktionen“ (Luhmann 1997: 761) statt. Durch diese Ungleichheit der Funktionsbezüge der Systeme werde im Prinzip jedes Funktionssystem gleich wichtig. „Das Gesamtsystem verzichtet auf jede Vorgabe einer Ordnung (zum Beispiel: Rangordnung) der Beziehungen zwischen den Funktionssystemen.“ (Ebd.: 746) Das ist allerdings nur eine auf der Ebene der Gesamtgesellschaft bzw. der Funktionsbezüge von Teilsystemen angesiedelte Beobachtung. Auf der Ebene der Leistungsbezüge von System-zu-System-Beziehungen können durchaus Unterschiede in der Prägekraft verschiedener Teilsysteme ausgemacht werden.¹⁹ Es sind diese Überlegungen, an die

17 Eine solche Überlegung widerstrebt freilich der Konzeption autopoietischer Geschlossenheit von Systemen, wie Luhmann sie entwickelt hat und der zufolge immer im System selbst über die weitere Art des Prozessierens von Operationen entschieden wird. In diesem Kontext ließe sich lediglich davon sprechen, dass durch strukturelle Kopplungen die Strukturbildung eines Systems oder die Programme, die die Codes spezifizieren, beeinflusst bzw. beschränkt werden. Es wäre also zu spezifizieren, was Übertragung und Vermittlung im Sinne Jessops heißen sollen.

18 Worüber Schimank dabei hinweggeht ist, dass der Bedarf an Finanzmitteln teilsystemintern definiert wird, d.h. Knappheit von Finanzmittel ist nur in Relation zu den Operationen zu bestimmen, die in einem Teilsystem als ‚notwendig‘ definiert werden.

19 „Jedenfalls darf man davon ausgehen, dass der Zusammenhang von Redundanzverzicht und Komplexitätsgewinn einige Systeme mehr begünstigt als andere und in diesem Sinne zu einer disbalancierten Evolution der Gesellschaft führen kann.“ (Luhmann 1997: 746) In eine ähnliche Richtung gehen schon Luhmanns Überlegungen aus den 70er Jahren, dass es

seit einiger Zeit in der Sekundärliteratur angeknüpft wird, um die Möglichkeit einer Dominanz des Ökonomischen, wie sie sich heute empirisch aufdrängt, systemtheoretisch fassen zu können (vgl. etwa: Wagner 2005; Pahl 2008: 55ff.). Auch Schimank baut, wie gesehen, seine Argumentation im Wesentlichen auf dieser Ebene der Leistungsbezüge auf.

(b) Auf der Ebene von Organisationssystemen scheint die Geldabhängigkeit einzelner Organisationen unmittelbar einleuchtend.²⁰ Organisationen, insbesondere Arbeitsorganisationen, die Schimank zufolge weitestgehend die „teilsystemische Leistungsproduktion erbringen“ (Schimank 2010: 37), benötigen Mitglieder als Arbeitskräfte. Da diese nicht, wie bei Interessenorganisationen, aus freien Stücken den Arbeitsorganisationen zufließen, werde für die Mitarbeit eine Bezahlung angeboten. Kurz gesagt: „Arbeitsorganisationen beruhen auf Lohnarbeit und damit historisch vor allem auf der massenhaften ‚Expropriation des Landvolks von Grund und Boden‘“ (Schimank 2010: 38). Wichtig ist dabei, dass dies sowohl für Unternehmen als Leistungsorganisationen der Wirtschaft gilt als auch für jene (Arbeits-)Organisationen, die einen nicht-ökonomischen primären Funktionsbezug haben.²¹ Während erstere sich über Profit refinanzieren, sind letztere demgegenüber auf „zwei weitere Geldquellen: den Staat und ihre Leistungsabnehmer“ (2010: 39) angewiesen.

Im Kontext der Diskussion der funktional differenzierten kapitalistischen Gesellschaft als Organisationsgesellschaft fällt allerdings eine argumentative Umstellung auf: Schimank begründet die Geldabhängigkeit von Organisationen und Personen nicht über den Generalisierungsgrad des Geldmediums, sondern über die Existenz von Lohnarbeit: „Lohnarbeit bedeutet, dass beide Seiten – sowohl die Personen als Arbeitskräfte als auch die Arbeitsorganisationen – chronisch geldabhängig sind.“ (Ebd.: 39) Die Begründung für die Dominanz des Geldmediums wird hier also durch eine *zweite Argumentationslinie* vorgenommen, die sich der Marx'schen Theorie stark annähert: Es ist nicht einfach der Generalisierungsgrad des Geldes (der auch in nicht-kapitalistischen Gesellschaften bereits existierte), sondern die Entstehung der Lohnarbeit und damit des kapitalistischen Klassenantagonismus', auf die die Zentralität des Geldmediums zurückgeführt wird.

ein Teilsystem geben könne, das „auf Grund eigener Komplexität und eigener Dynamik die gesellschaftliche Entwicklung führt und anderen Teilsystemen den Bereich ihrer Möglichkeiten vorzeichnet.“ (Luhmann 1991: 227) Luhmann verteidigt sogar – in einer Zeit des kriselnden Staatsinterventionismus – einen Primat der Ökonomie über die Politik, sieht eine Gefahr primär in der Politisierung (vgl. Martin 2010: 64f.).

20 Andererseits fungieren die nicht-wirtschaftlichen Organisationen als „Verteidiger teilsystemischer Autonomie“ (Schimank 2010: 54). Schimank vermutet, „dass Arbeitsorganisationen ganz analog [zum Staat; R.M.] zugleich als Instrumente des Ökonomisierungsdrucks wie als Puffer gegen diesen wirken“ (ebd.: 55).

21 Hieran knüpft bereits Luhmann selbst die Überlegung, „ob über diese Kette: Geldabhängigkeit der Organisationen → Organisationsabhängigkeit der meisten Funktionssysteme nicht eine latente Dominanz der Wirtschaft in der modernen Gesellschaft sich durchsetzt“ (Luhmann 1988a: 322). Zudem weist Luhmann darauf hin, dass jede Organisation, welchem Funktionssystem sie auch sonst primär zugeordnet sein mag, Teil des Wirtschaftssystems ist (Luhmann 2000: 405; 1981: 401; vgl. auch Martin 2010: 206f.)

Beide Argumentationslinien stehen bei Schimank unvermittelt nebeneinander. Sie lassen sich jedoch – unter Rückgriff auf Marx – recht leicht zusammenführen. Es ergibt sich dann ein Modell, in dem der Generalisierungsgrad des Geldmediums als Bedingung der *Möglichkeit* der intersystemischen Zentralität der Wirtschaft gilt, die aber erst im Zuge der gewaltsamen Etablierung von Lohnarbeitsverhältnissen, also der Expropriation der Produzent*innen von ihren Produktions- und Lebensmitteln, *Wirklichkeit* wurde. So verstanden bewegt sich Schimank im Grunde auf einem Pfad der Synthese von Luhmann und Marx, denn auch bei Luhmann stellen die symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien lediglich „*Möglichkeiten*“ für die Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Funktionssysteme dar, begründen aber nicht selber schon eine irgendwie geartete notwendige Tendenz dazu.“ (Pahl 2008: 137). Erst die Trennung der Produzent*innen von den Produktionsmitteln und die damit eingeläutete Durchsetzung der Lohnarbeit können erklären, warum vermittelt über eine Ausbreitung des Warentauschs eine „Monetarisierung der Wirtschaft“ und damit ihre Ausdifferenzierung stattgefunden hat (vgl. etwa MEW 23: 184). Über die Diskussion der Organisationsgesellschaft findet Schimank damit zu einem Argumentationsweg, der letztlich auf die *zentrale Bedeutung der Lohnarbeit für die funktionale Differenzierung* verweist, die jüngst auch von Bachur (2013) in einer gesellschaftstheoretischen Konfrontation von Marx und Luhmann herausgearbeitet wurde.

(c) Die Geldabhängigkeit der individuellen Gesellschaftsmitglieder besteht dementsprechend nach Schimank vor allem in der Lohnabhängigkeit: „Für die moderne Gesellschaft gilt in der Tat, dass der Lebensunterhalt der allermeisten Gesellschaftsmitglieder von beruflicher Lohnarbeit abhängt.“ (Schimank 2009a: 336) Insofern der Arbeitslohn den Lebensmittelerwerb sichert – sei es auch indirekt im Kreise eines Haushalts –, ist er und mit ihm das Geldmedium auch hier Grundlage des Handelns in allen anderen Teilsystemen, Bedingung der Inklusion in sie. Auch hier kann Schimank an Überlegungen Luhmanns anschließen: Der Mangel an Geld besitzt „eine Schlüsselfunktion“ bei der „Exklusionsverkettung“ (Pahl 2008: 62):

„Die faktische Ausschließung aus einem Funktionssystem – keine Arbeit, kein Geldeinkommen, kein Ausweis, keine stabilen Intimbeziehungen, kein Zugang zu Verträgen und zu gerichtlichem Rechtsschutz, keine Möglichkeit, politische Wahlkampagnen von Karnevalsveranstaltungen zu unterscheiden, Analphabetentum und medizinische wie auch ernährungsmäßige Unterversorgung – beschränkt das, was in anderen Systemen erreichbar ist“ (Luhmann 1997: 630).

So haben wir es auf dieser Ebene mit einer „zweite(n) Linie des Ökonomisierungsdrucks“ zu tun, „in dem sich der gesamtgesellschaftliche Primat der Wirtschaft manifestiert“ (Schimank 2009a: 337) und der sich auch in Formen der Rationalisierung der Lebensführung ausdrücken kann.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen kommt Schimank zu dem Schluss:

„Damit ist die Stellschraube, über die vonseiten der Wirtschaft direkt oder indirekt ein anonymer, von Konjunkturdaten als Aggregationseffekt des handelnden Zusammenwirkens zahlloser Wirtschaftsakteure erzeugter, also von keinem bestimmten Akteur getragener, mal schwäche-

rer, mal stärkerer Kostendruck auf die Leistungsproduktion anderer Teilsysteme ausgeübt wird, in die Grundstruktur der funktional differenzierten Gesellschaft eingebaut.“ (Ebd.: 334)

Ad 2.: Diese Geldabhängigkeit von Individuen, Organisationen und Funktionssystemen wäre, so Schimank, kein Problem – und würde entsprechend auch keinen Ökonomisierungsdruck²² erzeugen – würde die Wirtschaft zuverlässig und dauerhaft Geld abwerfen. Dies sei jedoch nicht der Fall, die Wirtschaft weise vielmehr eine chronische Instabilität auf, die auf den Governance-Mechanismus des Marktes und seine „schwache ordnungsbildende Kraft“ (Schimank 2009a: 338) zurückzuführen sei. Die in sachlicher, sozialer und zeitlicher Hinsicht hohe Komplexität der von den Warenanbietern zu treffenden Entscheidungen führe zu transintentionalen Effekten, „die nicht nur die Komplexität reproduzieren, sondern eine allgegenwärtige inhärente Instabilität des Wirtschaftsgeschehens hervorrufen“ (ebd.: 338). Diese allgegenwärtige Instabilität ist zentral für die Theoriearchitektur von Schimank (vgl. aber auch Luhmann 1988: 23ff.). Das Konzept wird aus der Binnenperspektive der wirtschaftlichen, individuellen wie korporativen Akteure heraus formuliert. Das ist daran ersichtlich, dass Schimank davon ausgeht, sie werde durch transintentionale Effekte hervorgerufen, die wiederum aus wirtschaftlichen Entscheidungen unter Bedingungen sehr hoher Komplexität resultieren. Dass die transintentionalen Effekte zu Instabilität führen, wird aber nicht weiter begründet, sondern bloß unterstellt. Das irritiert jedoch insofern, als sich in der Soziologie, sowohl in der akteurtheoretischen wie der systemtheoretischen, herumgesprochen hat, dass die ‚Stabilität‘ sozialer Ordnungen nicht aus der Intentionalität von Handlungen zu begründen ist, sondern gerade aus den transintentionalen Effekten; transintentionale Verknüpfungen von Ereignissen gelten gerade als *Bedingung von Stabilität*. Auch Schimank selbst spricht andernorts davon, dass als nicht-intendiertes Resultat intentionalen Handelns in der funktional differenzierten Gesellschaft ein Ordnungszustand zwischen Desintegration und Überintegration erreicht werden kann (vgl. Schimank 2011: 269). Transintentionale Effekte begründen somit nur aus Sicht der Akteure Instabilität (Risiko),²³ nicht jedoch aus der Perspektive der Beobachtung von Systemprozessen. Auf der Systemebene ist die ‚Instabilität‘ der Wirtschaft sowohl Bedingung von Wachstum – was auch Schimank unterstellt, wenn er Marktungleichgewichte als Bedingung für Gewinnerzielung anführt – als auch von Rezession.

Die mangelnde Reflexion dieses Problems schlägt sich in der weiteren Argumentation nieder. Die chronische Instabilität, so Schimank, „strahlt [...] als Ökonomisierungsdruck auch in die anderen gesellschaftlichen Teilsysteme aus und verlangt dort beständige Rücksichtnahme“ (ebd.: 338). Bei näherer Betrachtung scheint diese Annahme wenig plausibel, denn wenn die Instabilität chronisch ist, erklärt sie gerade keinen konkreten Ökonomisierungsdruck, sondern nur die allgemeine Abhängigkeit der Gesellschaft von der Wirtschaft, die Schimanks Ausgangsthese zufolge aber

22 Ökonomisierungsdruck trete in drei Ausprägungen auf: 1. als Kostendruck, 2. als Kommodifizierungsdruck, 3. als Rationalitätsdruck (vgl. Schimank 2009a.: 334f.).

23 Mit Keynes ließe sich auch davon sprechen, dass in einer Ökonomie, die durch den Gegensatz von einzel- und gesamtwirtschaftlicher Rationalität geprägt ist, „wegen ihres gegensätzlich strukturierten Gesamtzusammenhangs [jedes; R.M.] wirtschaftliche[s] Handeln Handeln unter Unsicherheit ist“ (Krüger 2010: 28).

gleichzeitig notwendig mit funktionaler Differenzierung einhergehen sollte.²⁴ Ein konkreter Druck in Richtung einer Ökonomisierung nicht-ökonomischer Teilsysteme wäre insofern nur aus wirtschaftlichen Rezessionstendenzen und Krisen zu erklären (oder aus politischen Prozessen, die eine Restrukturierung der staatlich zugeteilten Finanz(ierungs)ströme bedeuten).²⁵ Gerade diese lassen sich aber nicht aus der *allgegenwärtigen* Instabilität der Wirtschaft erklären. Dass die allgemeine Möglichkeit der Krise existiert, bedeutet eben noch nicht, dass sie zur Wirklichkeit wird: „Diese Bestimmungen, die die Möglichkeit der Krise erklären, erklären noch lange nicht ihre Wirklichkeit, noch nicht, warum die Phasen des Prozesses in solchen Konflikten treten, daß nur durch eine Krise, durch einen gewaltsamen Prozeß, ihre innere Einheit sich geltend machen kann.“ (Vgl. MEW 26.2: 502)

Es scheint insgesamt fraglich, ob der Begriff der Instabilität, der notwendig den der Stabilität impliziert, im Zusammenhang mit der hoch dynamischen, sich beständig revolutionierenden kapitalistischen Produktionsweise überhaupt ein ökonomietheoretisch sinnvoller Begriff sein kann, denn gemeinhin wird wirtschaftliche Stabilität mit einem stabilen *Wachstum* assoziiert, das aber auch Schimank zufolge gerade aus der Dynamik und Instabilität resultiert. Die Unterscheidung stabil/instabil scheint somit kaum geeignet, um der kapitalistischen Dynamik auf die Spur zu kommen. Einerseits hat Schimank zwar recht, dass die Risikobehaftetheit wirtschaftlicher Entscheidungen aus der Binnenperspektive der Akteure Grund ständiger wirtschaftlicher Sorge sein kann. Damit erklärt sich aber noch kein konkreter Ökonomisierungsdruck in nicht-ökonomischen Sphären. Dieser entsteht erst, wenn die Geldmittel sich verknappen, worauf auch Schimank hinaus will. Diese Verknappung erklärt sich aber nicht aus der ‚allgegenwärtigen Instabilität‘ der Wirtschaft, denn sie erklärt ebenso wenig ökonomische Krisen wie politische Prozesse der Umverteilung.

Ad 3.: Die dritte Komponente, die Schimank in einem kulturellen Deutungsmuster oder in der „kapitalistischen Kultur der Moderne“ entdeckt, kann hier weitestgehend außer Acht gelassen werden. Der Hinweis Schimanks auf eine kapitalistische Kultur der Moderne läuft auf den am Thomas-Theorem orientierten Hinweis hinaus, dass die Wirtschaft das dominierende Teilsystem sein *könnte*, weil es als solches betrachtet wird, wobei die gemeinsam geteilte, zunächst unzutreffende Situationsdefinition gleichzeitig auch praktisch dazu führt, dass die Situation so wird, wie sie definiert wird. Auf Annahmen darüber, wie sich ein solches Gesellschaftsbild – eventuell sogar gegen die Gesellschaftsstruktur – durchsetzt, will Schimank sich nicht festlegen.

Zusammengenommen ist Schimank zufolge die moderne Gesellschaft dadurch gekennzeichnet, dass sie durch die „funktionale Differenzierung mit der Wirtschaft ein Teilsystem hervorgebracht hat, dessen Dynamik aus sich heraus ständig zu einer Subordination aller anderen Teilsysteme drängt.“ (Schimank 2010: 46) So sei die Moderne von einer dauerhaften Spannung zwischen Autonomie der Teilsysteme und

24 In der Theoriesprache Luhmanns: Die Autonomie der Teilsysteme meint gerade nicht, dass sie autark sind, die Abhängigkeit ist vielmehr Bedingung ihrer Autonomie.

25 Oder aus den Expansionsbedürfnissen des Kapitals, die Schimank aber nicht als einen Faktor der gesellschaftsprägenden Kraft der Wirtschaft mitbedenkt.

ihrer Gefährdung durch die Ökonomie geprägt.²⁶ Er vermeidet es dabei tunlichst, den Begriff des Widerspruchs zu verwenden, spricht stattdessen von funktionalen Antagonismen – einerseits in Bezug auf „Vater Staat“, andererseits in Bezug auf die Organisationen. Letztere würden nicht nur die Dominanz der Wirtschaft in die Teilsysteme hineintragen, sie seien auch Statthalter der teilsystemischen Eigenlogizität, da sie – anders als Individuen – primär in einem Teilsystem beheimatet seien (vgl. Schimank 2010: 54ff.). Der Staat operiere insofern funktional antagonistisch, als in ihm die Grundspannung der Moderne sich darin ausdrückt, dass er einerseits die Wirtschaft zurückhalten müsse, um ‚die Gesellschaft‘ vor ihr zu schützen, also die Autonomie der Teilsysteme und die Belange der Gesellschaftsmitglieder zu wahren und zu berücksichtigen – nur so kann er sich Legitimation verschaffen –, andererseits aber den Belangen der Wirtschaft Rechnung tragen, da er nur so seinen anderen Aufgaben überhaupt nachkommen könne (vgl. Schimank 2009c: insb. 257ff.).

Die Begründung der Dominanz der Wirtschaft wird allerdings, wie gezeigt, an mehreren Stellen brüchig. Schimank kann weder ihren spezifisch *kapitalistischen* im Unterschied zu ihrem bloß geldwirtschaftlichen Charakter erfassen, noch die argumentationsbautechnisch zentrale Instabilität bzw. Krisenhaftigkeit der Wirtschaft begründen. Gleichzeitig vermischen sich auf ungeklärte Weise stoffliche, also auf Ressourcen wie Arbeitskraft, Zeit und materielle Güter bezogene, und wertförmige, also auf abstrakten, in Geld ausgedrückten Reichtum bezogene Bestimmungen von Knappheit als basaler wirtschaftlicher Handlungsorientierung.

Schimank steht, wie oben erläutert, mit derartigen ökonomietheoretischen Defiziten nicht alleine da. In den bisher diskutierten Beiträgen zum Ökonomisierungsdiskurs sind insbesondere keine Konzepte zu finden, die das implizit meist als existent unterstellte ‚Wirtschaften‘ in nicht-ökonomischen sozialen Sphären vor der Zeit der Ökonomisierung beschreiben. Entsprechend gerinnt die Ökonomisierungsdiagnose auch häufig zur Feststellung einer bloß quantitativen oder graduellen Differenz zum Status quo ante – nicht-ökonomische soziale Sphären werden dann ‚zunehmend‘ von ökonomischen Prinzipien durchwirkt. Um eine qualitative Differenz des Wirtschaftens zu markieren, wird in einigen weiteren Beiträgen mit der Unterscheidung von Bedarfs- und Erwerbswirtschaft gearbeitet.²⁷ Auf diese soll im Folgenden, den Überblick zum Stand der Forschung abschließend, noch kurz eingegangen werden.

26 Eine solche Gefährdung kann bei Luhmann *per definitionem* nicht stattfinden (vgl. Berger 2003: 222f.)

27 Bei Schimank wird lediglich, wie gezeigt, zwischen einem vormodernen und einem modernen Wirtschaftsverständnis unterschieden. Er verweist beiläufig darauf, dass in nicht-ökonomischen gesellschaftlichen Teilsystemen ein „vormodernes Wirtschaftsverständnis zum Ausdruck“ komme (Schimank 2008a: 222) – es müsse mit knappen Ressourcen gewirtschaftet werden. „Ein Krankenhaus beispielsweise soll sich wenigstens wirtschaftlich tragen. Hier legitimieren sich Ökonomisierungsforderungen somit durch die Knappheit der verfügbaren Finanzmittel.“ (Ebd.: 222). Dieser Unterschied wird jedoch nicht weiter systematisch aufgearbeitet. Auch Richter streift diese Unterscheidung nur kurz (vgl. 2009: 17), ohne sie systematisch auszuarbeiten.

2.3 BEDARFS- UND ERWERBSWIRTSCHAFT – DAS VERKEHRUNGSMODELL DER ÖKONOMISIERUNG

Innerhalb des Ökonomisierungsdiskurses bezieht sich die Unterscheidung von Bedarfs- und Erwerbswirtschaft²⁸ nicht auf die historische Differenz eines vormodernen Wirtschaftens zum modernen Wirtschaften, wie nicht nur Schimank meint, sondern auch von Max Weber nahegelegt wird (vgl. hierzu 3.2.1).²⁹ Mit ihr ist vielmehr die These verbunden, dass für die moderne Gesellschaft beide Formen des Wirtschaftens kennzeichnend sind: „Für Gesellschaften mit ausdifferenzierten Systemen der sozialen Daseinsvorsorge sind bedarfswirtschaftliche Prozesse [...] grundlegend“ – „manifoldige Aspekte des modernen Lebens – etwa Bildung, Gesundheit oder auch die Sicherung einer basalen Lebensqualität für alle – [lassen sich] dem Bereich der Bedarfswirtschaft zurechnen.“ (Bode 2013: 10) In diesen Bereichen werden finanzielle Ressourcen als Mittel zum Zweck der Bedarfsdeckung bereitgestellt, während in der Erwerbswirtschaft umgekehrt die Bedarfe nur als Mittel zum Zweck der Gewinnerzielung dienen (vgl. auch Sturm 2002: 11). In bedarfswirtschaftlich orientierten Bereichen werde die Wirtschaftlichkeit im Sinne einer materialen Rationalität (vgl. Weber 1972: 44f.) am Versorgungsziel gemessen, nicht am Geschäftserfolg: „Das bestmögliche Versorgungsniveau soll [...] mit möglichst geringem Ressourceneinsatz erreicht werden“ (Kühn 2008: 303).

Sachlich parallel zu diesen Differenzierungen laufen auch die zwei Bedeutungen, die Braun et al. (2010: 239f.) dem Ökonomisierungsbegriff am Ende ihrer Studie über die Auswirkungen des Fallpauschalensystems der Krankenhausfinanzierung auf die Versorgungsqualität und die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus zuschreiben: Erstens meine er, dass „mit den verfügbaren (stets knappen) Mitteln der größtmögliche Nutzen gestiftet werden soll“, zweitens aber bedeute er „eine Änderung in den handlungsleitenden Zielen und Normen“, die nun in einer Verbesserung bzw. Maximierung des Betriebsergebnisses bestehen (vgl. Braun et al. 2010: 239). Ähnlich gelagert ist auch die in wirtschaftsphilosophischer Absicht entworfene Unterscheidung von Ökonomisierung und Kommerzialisierung von Matthias Kettner (2010/2011), die eine differenzierte Bewertung der Konsequenzen beider Prozesse ermöglichen soll: Erstere meine lediglich die Steigerung von Effizienz beim Erzielen beliebiger erwünschter Zwecke, während letztere in Handlungskontexten anzutreffen sei, in denen eine monetäre Rendite Zweck des Handelns ist (vgl. Kettner 2010: 118f.), was in modernen Marktwirtschaften „kaum anders [...] als in der Rolle von Teilnehmern an Märkten“ (ebd.: 120) möglich sei. Daraus zieht Kettner den Schluss: „*Ein Kommerzialisierungsprozess [...] ist ein Prozess, in dem bisher nicht marktförmige Bereiche des sozialen Lebens in Märkte umgewandelt werden.*“ (Ebd.: 120)

28 Auch diese Unterscheidung wird in der Regel nur recht knapp ausgeführt, scheint intuitiv verständlich und entsprechend selbsterklärend. Wo sie zu wissenschaftlichen Diskursen in Verbindung gesetzt wird, sind zwei – teils ineinander übergehende – Referenzen relevant: die Wirtschaftswissenschaften bzw. die Betriebswirtschaftslehre (vgl. Liebig 2005: 238f.; Wex 2004) und die Soziologie Max Webers (vgl. Bode 2013).

29 Es überrascht insofern nicht, dass Peetz diese Differenzierung des Wirtschaftsbegriffs in seiner Auseinandersetzung mit Weber nicht aufgreift (vgl. Peetz 2014: 44ff.).

Folie derartiger Überlegungen ist meist – wenn auch teils eher implizit – eine sektorale Betrachtung der Gesellschaft: Diese bestehe nicht nur aus dem erwerbswirtschaftlichen Sektor, also der kapitalistischen Wirtschaft, sondern ebenso aus dem informellen Sektor der privaten Haushalte, dem Staatssektor sowie dem Nonprofit-Sektor (Zivilgesellschaft) (vgl. auch Liebig 2005; Wex 2004; Graßl 2008: 58ff.). In den letzten beiden Sektoren herrsche dabei eine bedarfs- bzw. sozialwirtschaftliche Logik. Mit Fokus auf die Organisationsebene lässt sich dann sagen, Ökonomisierung bestehe in der Übertragung der erwerbswirtschaftlichen Logik auf die Organisationen dieser beiden Sektoren (vgl. Wex 2003). Diese Betrachtungsweise ist allerdings gesellschaftstheoretisch kaum derart elaboriert, wie der Zugang Schimanks, eine Rückbindung an Theorien funktionaler Differenzierung findet, wenn überhaupt, nur rudimentär statt.

Vor diesem Hintergrund lässt sich Ökonomisierung dann als „die (direkte oder indirekte) Durchsetzung der *erwerbswirtschaftlichen* Logik in lange Zeit *bedarfswirtschaftlich* ‚gepolten‘ gesellschaftlichen Sektoren“ (Bode 2013: 10) verstehen. Anders als Schimanks Stufenmodell legt diese Herangehensweise ein *Verkehrungsmodell* von Ökonomisierung nahe: In Bereichen, in denen das ‚typischerweise‘ nicht der Fall gewesen sei, verkehre sich die Bedarfsdeckung nun zunehmend zum Mittel eines wirtschaftlichen Gewinnzwecks: „Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden kann.“ (Kühn 2004: 26) Umgekehrt ergibt sich die diskursive Relevanz der eher randständigen Unterscheidung von Bedarfs- und Erwerbswirtschaft auch daraus, dass sie im durchaus verbreiteten Verständnis von Ökonomisierung als Verkehrung von Mittel und Zweck stets implizit vorausgesetzt wird.

Sowohl auf die Unterscheidung von Bedarfs- und Erwerbswirtschaft als auch auf die sektorale Betrachtung der Gesellschaft wird unten zurückzukommen sein. Hier ist zunächst festzuhalten, dass die begriffliche Unterscheidung des Wirtschaftens innerhalb des Ökonomisierungsdiskurses meist nicht weiter theoretisch ausgeführt, geschweige denn gesellschaftstheoretisch eingebettet wird. Es wird damit nicht nur unterstellt, dass klar ist, was unter ‚Erwerben‘ zu verstehen ist, auch der Zusammenhang der ‚typischen‘ Formen des Wirtschaftens bleibt offen: Welche differenzierungstheoretischen Annahmen werden hier implizit vorausgesetzt? Handelt es sich um *eine* Wirtschaft mit unterschiedlichen Konditionierungen von Zahlungsoperationen, wie man etwa mit Luhmann (1988: 135ff.) annehmen müsste, schließlich geht es überall um Zahlungsfähigkeit, oder existieren sie unabhängig voneinander? Und bedeutet das Übergreifen der erwerbswirtschaftlichen Logik in die bedarfswirtschaftlichen Bereiche, dass es in diesen nun, da sie ökonomisiert sind, um Gewinn im Sinne kapitalistischer Rentabilität geht?

Es lässt sich somit resümieren, dass die über Schimanks Ökonomieverständnis hinausgehende und für die Ökonomisierungsdiagnose zentrale Unterscheidung von Bedarfs- und Erwerbswirtschaft einer weiteren theoretischen Ausarbeitung bedarf. Die ökonomietheoretischen Defizite zu vermeiden, indem Luhmanns Theorie der Wirtschaft als gültig und sachadäquat unterstellt wird, kann an diesem Punkt auch nicht überzeugen, denn zentrale, ihr immanente Konstruktionsprobleme blieben so unberücksichtigt. Gemeint ist dabei einerseits das von Krönig adressierte Problem, ob

Ökonomisierung – im Sinne einer Grenzüberschreitung – in diesem Rahmen überhaupt denkbar ist, und andererseits das damit zusammenhängende Problem, die gegenwärtig sich abzeichnende oder zumindest häufig wahrgenommene ‚Dominanz der Wirtschaft‘ zu begründen. So weitreichend die Schritte von Schimank zur Bearbeitung dieses letzteren Problems auch sind, so mögen sie dennoch, wie gezeigt, nicht an allen Punkte zu überzeugen. Einen differenzierten Begriff des Ökonomischen sucht man in seinem Ansatz vergebens. Umgekehrt mangelt es jenen Zugängen zur Ökonomisierung, die versuchen, den Ökonomiebegriff zu differenzieren, an gesellschaftstheoretischer Grundlegung.

Diese Diskurslage lässt es sinnvoll erscheinen, andere als die bisher kursierenden Theorieoptionen in Erwägung zu ziehen. Im Folgenden soll vor diesem Hintergrund gezeigt werden, inwiefern die Marx'sche Kritik der politischen Ökonomie – entgegen des Bildes, das in der Soziologie allgemein von ihr vorherrscht – für die Ökonomisierungsforschung fruchtbar gemacht werden kann.³⁰ Zu diesem Zweck sollen einige zentrale Eckpunkte der Kritik der politischen Ökonomie mit der Zielsetzung dargestellt werden, die bei Marx auffindbaren Differenzierungen des Ökonomiebegriffs zu erläutern, die sich an die basale Unterscheidung von Gebrauchswert und (Tausch-)Wert anlagern. Dabei wird sich jedoch auch zeigen, wo die Marx'schen Denkmittel an ihre Grenzen stoßen. Widmet man sich dem Versuch, sie zur Untersuchung von Ökonomisierungsprozessen heranzuziehen, müssen sie weiter gedacht und durch andere soziologische Theorie- und Forschungsprogramme ergänzt werden. Das gilt insbesondere in differenzierungstheoretischer Hinsicht, denn wer von Ökonomisierung redet, setzt stets eine (funktional oder sektoral) differenzierte Gesellschaft voraus. Zur Bewältigung dieser Aufgabe wird im nächsten Kapitel eine an der Linie Marx-Weber-Bourdieu orientierte gesellschaftstheoretische Perspektive entworfen, in der dem Widerspruch von Gebrauchswert und (Tausch-)Wert eine integrative Schlüssel-funktion zukommt. Es handelt sich dabei um tentative und fragmentarische Schritte in Richtung einer Aufarbeitung der theoretischen Defizite des Ökonomisierungsdiskurses, die sich hintergründig von Adornos Motiv leiten lassen, den Begriff des Experiments auch auf den Gedanken auszudehnen (vgl. Adorno 1972d: 556).

30 Die Soziologie ist heute sowohl methodisch als auch gegenstandstheoretisch teilweise weit hinter das von Marx erreichte Niveau der Reflexion ökonomischer Kategorien und Zusammenhänge zurückgefallen. Seine Theorie jenseits undifferenzierter und oberflächlicher Narrative über ihre Grundannahmen wieder ins Spiel zu bringen, verspricht somit durchaus Erkenntnisgewinne.

3 Verkehrte Welten

Eine gesellschaftstheoretische Perspektive in der Linie

Marx-Weber-Bourdieu

Es hat sich gezeigt, dass der Ökonomisierungsdiskurs durch einen differenzierten Begriff des Ökonomischen bereichert werden muss, denn es dürfte kaum zu bestreiten sein, dass auch diejenigen nicht-ökonomischen sozialen Felder,¹ die – folgt man den einschlägigen soziologischen Diagnosen – seit einigen Jahrzehnten von Ökonomisierungsdynamiken erfasst werden, auch zuvor wirtschaftliche Praktiken, Prinzipien und Institutionen kannten, schließlich ist in einer kapitalistischen Gesellschaft die Verfolgung nicht-ökonomischer Zwecke von monetären Mitteln abhängig. In diesem Kapitel soll gezeigt werden, dass ein tragfähiges und heuristisch verwendbares Ökonomisierungsverständnis auf der Grundlage der Marx'schen Kritik der politischen Ökonomie (KdpÖ) entwickelt werden kann. Hierzu werden zunächst Marx' formtheoretischer Zugang und die grundbegrifflichen Unterscheidungen von Gebrauchswert und Tauschwert sowie von einfacher Zirkulation und Kapitalzirkulation als Bewegungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert erläutert (3.1). Darauf aufbauend kann dann – in Auseinandersetzung mit der Wirtschaftssoziologie Max Webers – diskutiert werden, inwiefern die Marx'schen Denkmittel es erlauben, die Unterscheidung von Bedarfs- und Erwerbswirtschaft theoretisch einzuholen und den Begriff der ökonomischen Rationalität so zu differenzieren, dass Prozesse ökonomischer Rationalisierung von jenen der Ökonomisierung begrifflich abgesetzt werden können (vgl. 3.2). Anschließend ist es notwendig zu zeigen, dass die Marx'sche KdpÖ eine differenzierungstheoretische Konzeption der modernen Gesellschaft – entgegen anders lautender Gerüchte (vgl. etwa Luhmann 1988b: 235) –

1 Im vorliegenden theoretischen Zusammenhang bedarf der Terminus der ‚nicht-ökonomischen sozialen Felder‘ einer kurzen Präzisierung: Es wird von nicht-ökonomischen Feldern in dem Sinne gesprochen, dass sie *nicht primär* ökonomischen Prozesslogiken folgen, aber diese laufen, wie noch gezeigt werden soll, stets mindestens nachgeordnet mit. Es würde gleichzeitig keinen Sinn machen, hier von ‚nicht-kapitalistischen Feldern‘ zu sprechen, denn es wird im Folgenden argumentiert, dass die Geldabhängigkeit der nicht-ökonomischen Felder ein Spezifikum der kapitalistischen Produktionsweise ist – es handelt sich um eine kapitalistisch formbestimmte Art des Wirtschaftens in nicht-(primär-)ökonomischen Feldern.

keineswegs ausschließt, sondern voraussetzt und erlaubt (3.3 und 3.4),² denn wäre dies nicht der Fall, wäre sie am Ende für die Ökonomisierungsforschung, aller ökonomietheoretischen Finesse zum Trotz, doch nicht brauchbar. Dabei wird versucht, durch die Marx'sche Unterscheidung von Form und Inhalt gesellschaftlicher Arbeit neuen Wind in die differenzierungstheoretische Diskurslandschaft zu bringen, wobei die Seite des Inhalts, also die Gebrauchswertdimension gesellschaftlicher Reichumsproduktion, theoriebautechnisch als ein zentrales Scharnier für die Verbindung von kapitalismus- und differenzierungstheoretischen Zugängen zur modernen Gesellschaft fungieren kann. Es wird genutzt, um das Konzept des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert mit den Denkmitteln der Bourdieu'schen Theorie sozialer Felder zu verbinden und auszubauen. Abschließend kann dann gezeigt werden, inwiefern die so entworfene Heuristik es ermöglicht, sowohl die Eigenlogik des Gesundheits- und Krankenhauswesens also auch ihre Einbindung in die kapitalistische Ökonomie auf verschiedenen Ebenen theoretisch zu berücksichtigen und somit eine konzeptionelle Basis liefert, die Ökonomisierungsprozesse als Wandel der feldspezifisch institutionalisierten Bewegungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert beobachtbar macht (3.5).

Um die argumentative Stoßrichtung des Folgenden nachvollziehbarer zu machen, ist ein kleiner Vorgriff nötig: Im weiteren Verlauf werden neben der kapitalistischen Ökonomie drei weitere ‚Sektoren‘ der materiellen Reproduktion in modernen Gesellschaften unterschieden: die Sphäre der privaten Haushalte, der Staat und die Zivilgesellschaft (vgl. 3.3). Auch in diesen drei nicht-kapitalistischen Sphären wird ‚gewirtschaftet‘, jedoch eben nicht kapitalistisch. Ökonomisierung impliziert eine Veränderung der Art dieses Wirtschaftens, ohne dass diese sich aber schlicht in eine kapitalistische Logik der Kapitalakkumulation verkehren würde. Zwar hat Marx in erster Linie letztere analysiert, die zentrale These dieser Arbeit lautet jedoch, wie erwähnt, dass auch das nicht-kapitalistische ‚Wirtschaften‘ mit den begrifflichen Mitteln der KdpÖ in den Blick genommen werden kann. Diese begrifflichen Mittel finden sich nicht erst dort, wo Marx das Kapital als endlosen Prozess der Verwertung analysiert, der mit der berühmten Formel $G-W-G'$ abgekürzt wird, sondern im Zusammenhang dessen, was er die einfache Zirkulation oder Warenzirkulation nennt, die die Bewegungsform $W-G-W$ besitzt. Diese Ausführungen wurden in der Soziologie ebenso wie im traditionellen Marxismus in der Regel als Konzeptualisierung vorkapitalistischer sozialer Verhältnisse interpretiert und in ihrem systematischen Gehalt für die Analyse der Gegenwart unterschätzt. In der vorliegenden Arbeit wird demgegenüber – in Übereinstimmung mit einer Reihe neuerer Interpretationsbemühungen, die unter dem Label der ‚Neuen Marx-Lektüre‘ firmieren (vgl. Elbe 2008), in der Soziologie bisher jedoch kaum Resonanz erfahren haben – davon ausgegangen, dass Prozesse der einfachen Zirkulation einerseits elementarer und immanenter Bestandteil der kapitalistischen Produktionsweise sind und andererseits das ‚Wirtschaften‘ in den nicht-kapitalistischen Sphären prägen. Marx zufolge ist bereits in derartigen Prozessen der einfachen Zirkulation ein Widerspruch zwischen Gebrauchswert und Tauschwert enthalten, oder besser: in Bewegung. Er beinhaltet stets die Möglichkeit der Verselbständigung der Tauschwertdimension gegenüber der Gebrauchswertdimension. Für

2 Diese These wird seit einigen Jahren auch in der soziologischen Theorie häufiger vertreten (vgl. etwa Kühl 2008: 142ff.; Pahl 2008: 55ff.; Heim 2013: 467ff.).

die Konzeptualisierung der Ökonomisierung bringt das folgende These mit sich: Ökonomisierung bedeutet *nicht*, dass Prozesse der einfachen Zirkulation sich (notwendig) in solche der Kapitalzirkulation verkehren, sondern ist allgemeiner als Prozess der Verselbständigung der Tauschwert- gegenüber der Gebrauchswertdimension zu verstehen (die sich bis zur Verkehrung in Kapitalzirkulation zuspitzen kann). Worin derartige Verselbständigungstendenzen im Einzelnen bestehen, wird in dieser Arbeit allerdings als eine historisch und empirisch zu beantwortende Frage behandelt, die in den späteren Kapiteln noch ausführlicher behandelt wird.

3.1 MARX' THEORIE DER ÖKONOMIE ALS THEORIE ÖKONOMISCHER FORMEN

Marx' ökonomiekritisches Forschungsprogramm, das mit dem Projekt der KdpÖ verbunden ist, wird in dieser Arbeit als eine (kritische) Gesellschaftstheorie der ‚modernen Wirtschaft‘ – in Marx' Terminologie: der kapitalistischen Produktionsweise – gelesen. Was zunächst banal klingen mag, hat mehrere Implikationen: Der Anspruch des Marx'schen Forschungsprogramms war es, Aussagen über Grundstrukturen von Gesellschaften, in denen kapitalistische Produktionsweise herrscht, zu treffen – insofern ist sie Gesellschaftstheorie. Gleichzeitig stellt die KdpÖ aber eben ‚nur‘ eine Analyse der kapitalistischen *Produktionsweise* im engeren Sinne dar, ist nicht selbst schon eine umfassende Theorie der modernen, kapitalistischen Gesellschaft – insofern ist sie eine Gesellschaftstheorie *der ‚modernen Wirtschaft‘*. Dies impliziert zugleich, dass hier einer *qualitativen Lesart* gefolgt wird.³ Gemeint ist damit zunächst, dass es ein Fehler wäre, die KdpÖ als (linksricardianische) ökonomische Theorie zu lesen, die vor allem auf die Berechnung und damit Quantifizierung ökonomischer Größen und ihrer Verhältnisse zielt. Marx versuchte gerade nicht die Arbeitswertlehre der Klassik (positiv) aufzugreifen und weiterzuführen (vgl. Rakowitz 2001: 94). In diesem Sinne wurde das Marx'sche Hauptwerk in der Soziologie jedoch häufig (miss)verstanden (vgl. hierzu kritisch: Streckeisen 2014: 27ff.; Henning 2005), um es dann ungelesen beiseitelegen zu können. Marx ging es vielmehr darum, den sozialen oder gesellschaftlichen Grund der ökonomischen Verhältnisse zu dechiffrieren, ihre Naturalisierung, bewusste Voraussetzung und Fetischisierung in der ökonomischen Theorie sowie im Alltagsverstand zu kritisieren und somit verändernder Praxis zugänglich zu machen. Dieses Programm verfolgte er über eine Theorie gesellschaftlicher Formen und Formbestimmungen,⁴ in der zugleich die Kritik der (politischen) Ökonomie und ihrer Kategorien begründet liegt:

3 Damit schließt diese Arbeit vor allem an einige jüngere Versuche einer Marx-Interpretation an (vgl. Heim 2013, Pahl 2008, Streckeisen 2014/2015). Vgl. zur „Überwindung der quantitativen Werttheorie“ allerdings bereits Arndt (1985: 146ff.); zur Kritik der quantitativ verstandenen Arbeitswerttheorie Behrens (1993).

4 Dieses Spezifikum des Marx'schen Ansatzes, ökonomische Formen als spezielle soziale Gegenstände zu begreifen, wurde weder in der Ökonomie noch in der Soziologie wirklich registriert. Marx gibt der Forderung von Dirk Baecker, eine „Gesellschaftstheorie der Wirtschaft“ solle „sich darum bemühen, mit einer von den Wirtschaftswissenschaften abwei-

„Die politische Ökonomie hat nun zwar, wenn auch unvollkommen Wert und Wertgröße analysiert und den in diesen Formen versteckten Inhalt entdeckt. Sie hat niemals auch nur die Frage gestellt, warum dieser Inhalt jene Form annimmt, warum sich also die Arbeit im Wert und das Maß der Arbeit durch ihre Zeitdauer in der Wertgröße des Arbeitsprodukts darstellt?“ (MEW 23 94f.)

Das Spezifische des Marx'schen Verfahrens besteht dabei darin, „die Formbestimmtheit der ökonomischen Kategorien als Ausdruck bestimmter gesellschaftlicher Verhältnisse zu erfassen“ (Arndt 1985: 186). Aber sie ist Kritik der ökonomischen Kategorien durch ihre Darstellung (vgl. MEW 29: 550), d.h. sie bleibt eine Theorie der kapitalistischen Produktionsweise und muss als solche auch ökonomische Probleme diskutieren – insofern ist sie keine ‚reine‘ *Soziologie* der modernen Wirtschaft. Marx versucht schließlich zentral, die Produktion des Mehrwerts zu erklären und kritisiert die politische Ökonomie weidlich für ihr diesbezügliches Unvermögen (vgl. MEW 26.1-3). Insofern scheint die Charakterisierung als *Gesellschaftstheorie* der kapitalistischen Produktionsweise treffender, die zum einen die disziplinäre Ausdifferenzierung der Wissenschaft (in Soziologie und Wirtschaftswissenschaften), die Marx in der Form noch nicht kannte, umgeht und zum anderen reflektiert, dass Marx sich darüber im Klaren war, dass die konkrete kapitalistische Gesellschaftsformation nicht in der Charakterisierung als kapitalistische Produktionsweise aufgeht, diese Vergesellschaftungsform der Arbeit vielmehr auf weitere Formen der Vergesellschaftung – etwa über Recht und Staat – angewiesen ist.⁵

Dies vorausgesetzt, scheint sich insbesondere Marx' Differenzierung des Ökonomiebegriffs für eine Theorie der Ökonomisierung fruchtbar machen zu lassen. Grundlegend ist dabei die Theorie (und Kritik) gesellschaftlicher Wertformen, die auf der Unterscheidung von Gebrauchswert und (Tausch-)Wert fußt (3.1.1), und die daran anschließende Unterscheidung von einfacher Zirkulation und Zirkulation des Kapitals (3.1.2).

chenden Grundbegrifflichkeit ihren Gegenstand zu konstituieren und ihre Problemstellung zu definieren“ (2003: 475), eine andere Wendung. Denn Marx formulierte nicht einfach eine soziologische Parallelbegrifflichkeit zur ökonomischen, sondern entwickelte seine Problemstellung aus der immanenten Kritik der ökonomischen Theorien und Kategorien heraus. Die Kritik, dass die ökonomische Wirklichkeit der Gesellschaft durch das Raster der wissenschaftlichen Arbeitsteilung zwischen Soziologie und Ökonomie hindurch fällt, die mittlerweile zu den Grundbeständen wirtschaftssoziologischer Selbstreflexion gehört (vgl. etwa Deutschmann 1999, 2008; Ganßmann 1996), trifft damit nicht die Marx'sche Theorie.

- 5 Partiiell werden die Vorteile dieses Ansatzes auch in der Soziologie rezipiert: „Mit dem Konzept der ‚Produktionsweise‘, auf dem sowohl Marx' Evolutionstheorie als auch seine Analyse der Wirtschaft der modernen Gesellschaft fußt, steht ein begriffliches Instrumentarium zur Verfügung, die in der Neoklassik und der Soziologie (vgl. nur Luhmann 1988) gleichermaßen übliche Reduktion der kapitalistischen Ökonomie auf den Aspekt des ‚Kreislaufs der Waren‘ zu überwinden.“ (Berger 1999: 304)

3.1.1 Gebrauchswert und Tauschwert – Zur Differenzierung des Ökonomiebegriffs

In den Wirtschaftswissenschaften wie auch in der Soziologie wird wirtschaftliches Handeln gemeinhin als ein auf Knappheit beruhendes und an Knappheit orientiertes, rationales Handeln konzipiert.⁶ Wirtschaft wird dann jenseits des individuellen Handelns als gesellschaftliches Phänomen definiert, das „Strukturen und Prozesse der Produktion, Verteilung und Konsumtion beschränkt verfügbarer (,knapper‘) Güter und Dienstleistungen“ (Schäfers 2003: 439) umfasst. Es wird dabei abgesehen von den historischen Unterschieden in den Formen der Wirtschaft oder des Wirtschaftens. In der Konsequenz werden allgemeine Bestimmungen der Wirtschaft mit historisch spezifischen Bestimmungen der modernen, kapitalistischen Wirtschaft vermischt, wie oben (vgl. 2.2) bereits an der Vorstellung, Kapital sei ein Produktionsfaktor, kritisiert wurde. Die Marx'sche Ökonomiekritik hat demgegenüber die Gestalt einer Theorie und Kritik gesellschaftlicher *Formen*, d.h. sie geht von der Frage aus, worin die Besonderheiten der kapitalistischen Produktionsweise gegenüber vorkapitalistischen Produktionsweisen bestehen und betrachtet nicht – wie Soziologie und (politische) Ökonomie – ‚Wirtschaft‘ oder ‚wirtschaftliches Handeln‘ im allgemeinen.

Diesen Ausgangspunkt teilt Marx seiner Leser*innenschaft auch direkt zu Beginn des *Kapitals* mit. Anders als häufig festgestellt, ist das erste Thema des *Kapitals* nicht die Ware, sondern der Reichtum: „Der Reichtum der Gesellschaften, in welchen kapitalistische Produktionsweise herrscht, erscheint als eine ‚ungeheure Warensammlung‘, die einzelne Ware als seine Elementarform. Unsere Untersuchung beginnt daher mit der Analyse der Ware.“ (MEW 23: 49) Die Ware, so fährt Marx bekanntlich fort, hat einen Doppelcharakter – sie hat nicht nur einen Gebrauchswert, der sich durch ihre Nützlichkeit zur Befriedigung irgendeiner Art menschlicher Bedürfnisse definiert, sondern auch einen Tauschwert, der sich zunächst als quantitatives Verhältnis einer Ware zu einer anderen darstellt.

Marx schließt damit unmittelbar an den damaligen Diskurs der Politischen Ökonomie an, allerdings nicht positiv, sondern in der Form der Kritik. Denn die Politische Ökonomie, so der Vorwurf von Marx, habe zwar den Unterschied von Gebrauchswert und Tauschwert gekannt, unter Reichtum aber immer nur stofflichen oder gebrauchswertförmigen Reichtum verstanden. So meinte Ricardo Marx zufolge: „Reichtum besteht nur aus Gebrauchswerten“ (MEW 26.3: 49). Das hat Konsequenzen, wie Marx mit der ihm typischen Ironie bemerkt:

6 *Economics* werden definiert als „Wissenschaft des rationalen Verhaltens unter Bedingungen von Ressourcenknappheit und alternativen Verwendungsmöglichkeiten“ (Streckeisen 2015: 318f.). Auch die Wirtschaftssoziologie übernimmt diesen Ausgangspunkt der Knappheit, wie bereits anhand der Theorie von Schimank gezeigt wurde – siehe aber auch die klassische Definition der Wirtschaftssoziologie von Smelser/Swedberg: „The application of the frames of reference, variables, and explanatory models of sociology to that complex of activities which is concerned with the production, distribution, exchange, and consumption of scarce goods and services.“ (Smelser/Swedberg 1994: 3; zit. n. Swedberg 2009: 19).

„Er verwandelt die bürgerliche Produktion in bloße Produktion für den Gebrauchswert, was eine sehr schöne Ansicht einer durch den Tauschwert beherrschten Produktionsweise ist. Die *spezifische Form des bürgerlichen Reichtums* betrachtet er als etwas nur Formelles, ihren Inhalt nicht Ergreifendes. Daher leugnet er auch die Widersprüche der bürgerlichen Produktion, die in den Krisen eklatieren.“ (Ebd.; Hervorheb. R.M.)

Das Verständnis ‚der Ökonomie‘ erhält bei Marx also – gemäß der Einsicht, dass es nur eine Wissenschaft gibt, die von der Geschichte (vgl. MEW 3: 18) – einen dezidiert historischen Index. Das geschieht dadurch, dass Marx methodisch streng zwischen historisch spezifischen *Formen* der Reichtumsproduktion und dem in alle menschlichen (Re)Produktionsweisen eingehenden *stofflichen Inhalt* der Reichtumsproduktion unterscheidet (vgl. auch MEW 42: 741).⁷ Marx selbst erläutert, seine „analytische Methode“ gehe „nicht von *dem* Menschen, sondern der ökonomisch gegebenen Gesellschaftsperiode“ (MEW 19: 371) aus. Der Untersuchungsgegenstand der KdpÖ ist vor diesem Hintergrund bestimmt als die „spezifische Form des bürgerlichen Reichtums“.⁸ Um diese zu begreifen, entwickelt Marx ein spezielles Set an einerseits transhistorischen Begriffen, die bewusst von den historisch spezifischen Eigenschaften von Produktionsweisen abstrahieren, und greift andererseits die ökonomischen Kategorien von Wert, Preis, Geld, Kapital, Kredit etc. als Kategorien mit historisch spezifizierter Gültigkeit und Bestimmtheit auf.⁹ Diese doppelte Perspektive, in der analytisch zwischen sozialformationsunspezifischen Inhalten und sozialformationspezifischen Formen der Reichtumsproduktion unterschieden wird, um anschließend der Vermittlung beider Dimensionen nachzuspüren, hält Marx konsequent durch.

Der Begriff des Gebrauchswerts stellt wie der des Arbeitsprozesses eine Abstraktion dar, mit der all jene Elemente der Produktion erfasst werden sollen, die allen Formen menschlicher Produktion in der Hinsicht gemein sind, dass sie für den Stoffwechsel zwischen Mensch und Natur (vgl. MEW 23: 192) notwendig sind. Namentlich sind dies drei Elemente: lebendige Arbeitskraft, Arbeitsgegenstände und Arbeitsmittel (vgl. ebd.: 192ff.), wobei die letzten beiden sich auch zum Begriff der Produktionsmittel zusammenfassen lassen. Der Begriff des Verwertungsprozesses (vgl. ebd.: 200ff.) bezeichnet demgegenüber die spezifisch kapitalistische *Form* des

7 Diese Unterscheidung bildet die wesentliche Grundlage für Marx' Kritik der ökonomischen Wissenschaft, denn es sei gerade das „Zusammenschmelzen der Gebrauchswerte, worin das Kapital in der Form von Produktionsmitteln existiert, und der Bestimmung [...] dieser Dinge als Kapital“, das „eine Basis für den Fetischismus der Politischen Ökonomie“ bildet (Marx 1970: 14; ohne Hervorheb.).

8 Gleichzeitig impliziert diese Unterscheidung von Form und Stoff/Inhalt, dass *nicht der gesamte* gesellschaftliche Reichtum in Warenform existiert oder existieren muss – auch wenn es so erscheint. An anderer Stelle spricht Marx explizit von dem „als Ware fungierenden Teil des gesellschaftlichen Reichtums“ (MEW 24: 137; Hervorheb. R.M.). Dies kann man über Marx' Intentionen hinaus dahingehend interpretieren, dass gesellschaftliche Arbeit nicht in warenproduzierender Arbeit aufgeht – wir werden in Kapitel 3.3.2 darauf zurückkommen.

9 Vgl. zu dieser Unterscheidung von transhistorischen und historischen Kategorien auch Sayer (1979: 110ff.).

Produktionsprozesses, dessen Zweck die Produktion von Mehrwert und nicht die Befriedigung von Bedürfnissen durch Gebrauchswerte ist, der aber weiterhin notwendig Arbeitsprozess bleibt. Es ist jedoch zu betonen, dass dies eine methodische Abstraktion zu formanalytischen Zwecken ist. Realiter handelt es sich bei der Inhaltsdimension des Produktionsprozesses um eine buntscheckige Vielfalt ebenfalls nur historisch-sozial und konkret, nicht abstrakt bestimmbarer Erscheinungsformen gesellschaftlichen Reichtums. Diese Bestimmungen sind jedoch – wir kommen darauf zurück – Gegenstand einer anderen Ebene der Gesellschaftstheorie.

Der formtheoretische Ansatz, Wert und Wertformen als kapitalismusspezifische soziale Formen der Gesellschaftlichkeit von Arbeit zu verstehen,¹⁰ unterscheidet Marx von den gängigen soziologischen Theorien der Wirtschaft.¹¹ Eine gesellschaftstheoretische Lektüre seiner KdpÖ kann an die Analyse kapitalistischer Formbestimmungen und Formen anschließen, um Ökonomisierungsprozesse zu begreifen. Hierzu ist es wesentlich, die Unterscheidung von Gebrauchswert und (Tausch-)Wert aufzugreifen und genauer auszuführen. Um dies tun zu können, ist allerdings zunächst ein kleiner Exkurs zur Argumentationsstruktur im *Kapital* und zur Methode, durch die sie begründet ist, notwendig. Denn eine dem Marx'schen Theorieprojekt angemessene Interpretation dieser Unterscheidung ist nur möglich, wenn man sich die (Darstellungs-)Methode vergegenwärtigt, mit der Marx sich seinem Gegenstand nähert – ein nicht unerheblicher Teil der in der Soziologie kursierenden Gerüchte über Marx und Missverständnisse seiner Theorie dürfte genau darin begründet liegen, dass seine Methode nicht hinreichend in Rechnung gestellt wurde.

Marx' Analyse des gesellschaftlichen Reichtums in der gegebenen bürgerlichen oder kapitalistischen „Gesellschaftsperiode“ setzt bei der Analyse der Ware an. Allerdings abstrahiert er zunächst methodisch von ihrer Vermittlung durch die spezifisch kapitalistische Produktionsweise, was paradox erscheint, jedoch methodisch begründet ist. Denn die kapitalistische Produktionsweise stellt sich dar als ein komplexer, sich selbst reproduzierender, also ständig in Bewegung befindlicher gesellschaftlicher Zusammenhang, in dem „jedes ökonomische Verhältnis das andere in der bürgerlich-ökonomischen Form voraussetzt und so jedes Gesetzte zugleich Voraussetzung ist“ (MEW 42: 203; vgl. auch Elbe 2008: 590f.). Dieses „wechselseitige Voraussetzen“ muss, wie Michael Heinrich festhält, „begrifflich aufgesprengt werden“ (2006: 173). Er erläutert weiter:

„Voraussetzung der Darstellung ist zunächst die Unterscheidung in *einfache* und *komplizierte* Verhältnisse: die einfachen Verhältnisse setzen zwar auch die komplizierten Verhältnisse voraus, sie können aber zunächst in Kategorien fixiert werden, die keine Kategorien voraussetzen, die komplizierte Verhältnisse ausdrücken. [...] in der einfacheren Kategorie wird das ‚einfache

10 Vgl. grundlegend zu Marx' Formtheorie und -kritik Brentel (1989).

11 In systemtheoretischen Arbeiten wird gern darauf verwiesen, Marx habe die Einsicht etabliert, dass die Wirtschaft eine soziale Konstruktion sei (vgl. Luhmann 1992: 23), eine Einsicht, die Luhmann weitergeführt habe (vgl. etwa Baecker 2006: 139). Doch ‚Wirtschaft‘ wird dann allgemein und transhistorisch, d.h. ohne Bezug auf die historisch spezifischen Formen der Wirtschaft als soziale Konstruktion betrachtet – Knappheit sei immer Kommunikation und damit soziale Konstruktion. Der kritische Gehalt der Marx'schen Formtheorie geht dadurch verloren.

che' Verhältnis zunächst ohne Bezug auf die komplizierteren Verhältnisse ausgedrückt. [...] Die Bestimmungen der einfachen Kategorie können dann aber bereits das einfache Verhältnis nicht vollständig erfassen, sie sind mangelhaft.“ (Ebd.: 173)

Die zunächst von Marx betrachteten einfachen Verhältnisse sind Resultat einer methodischen Abstraktion. Um nachweisen zu können, dass die (einfachen) ökonomischen Formen und die ihnen entsprechenden ökonomischen Kategorien (Ware, Geld, Preis) Resultat historisch spezifischer Vergesellschaftungsbedingungen sind, dürfen letztere nicht einfach als gegeben vorausgesetzt werden – dann hätte man es mit einem ‚fehlerhaften Kreislauf‘ zu tun –, von ihnen wird vielmehr zunächst abstrahiert. Es muss gezeigt werden, dass diejenigen Eigenschaften oder Bestimmungen, die den einfachen ökonomischen Kategorien zukommen, *immanent* auf die kapitalistische Produktionsweise verweisen, also auf weitere ökonomische Kategorien angewiesen und ohne Bezug auf diese unzulänglich sind, die nur analysiert werden können, wenn komplexere soziale Verhältnisse in die Betrachtung mit einbezogen werden.¹² So bewegt Marx sich durch verschiedene *Darstellungsebenen*, die zunehmend komplexere ökonomisch-soziale Verhältnisse und ihnen entsprechende Kategorien einbeziehen. „Jede einzelne, in der Nationalökonomie als selbständige Form vorgestellte Kategorie wird von Marx kritisiert, indem der interne Zusammenhang der gesamten Kategorien kritisch dargestellt wird.“ (Rakowitz 2001: 150) Dabei geht es um das „Herauspräparieren aufeinander aufbauender ökonomischer Formbestimmungen“ (Pahl 2008: 100), das aber zugleich ein Zurückgehen in den sozialen Grund ist, von dem zunächst abstrahiert wurde. Die erste Darstellungsebene, auf der die Ware als einfache ökonomische Kategorie analysiert wird, ist die der *einfachen Zirkulation*.¹³ In ihr existieren nur die ökonomischen Kategorien von Ware und Geld sowie ihre Personifikationen (Warenbesitzer*in, Geldbesitzer*in). Marx entwickelt aus der Analyse der Ware den Begriff des Werts und den Doppelcharakter der in den Waren dargestellten Arbeit sowie die Wertform des Geldes. Und erst nachdem die ökonomischen Katego-

12 Behrens et al. (2000: 3) fassen in aller Kürze zusammen: „Der Begriff des Werts erweist sich als unzulänglich ohne den Begriff des Geldes. Die Bestimmungen des Geldes erweisen sich als widersprüchlich ohne den Begriff des Kapitals. Die Vorstellung vom Kapital als automatischem Subjekt erweist sich als metaphysisch ohne die des unmittelbaren Produktionsprozesses. Dieser macht als kapitalistischer nur einen Sinn im Zusammenhang des Verwertungsprozesses. Dieser ist nur zu begreifen im Zusammenhang des Verhältnisses der vielen Kapitale, der Kreisläufe der verschiedenen Formen des Kapitals, der Konkurrenz, der Bestimmungen der Profitrate, der Grundrente, des Zinses etc.“

13 Diese Darstellungsebene entspricht zugleich der „Oberfläche“ der kapitalistischen Gesellschaft als einem „System von Tauschakten“ (MEW 42: 119). Die einfache Zirkulation ist damit nicht, worauf eingangs schon hingewiesen wurde, als eine der kapitalistischen Produktionsweise vorhergehende Epoche zu verstehen, die auf ‚einfacher Warenproduktion‘ basiert, wie noch immer in soziologischen Lehrbüchern zu lesen ist (vgl. Münch 2008: 117ff.; Schimank 2007: 65). Eine kritische Auseinandersetzung mit derartigen Lesarten, in denen die Unterscheidung von einfacher Zirkulation und Kapitalzirkulation als historische Abfolge interpretiert wird, hat sich seit den 1970er Jahren in Kreisen des heterodoxen Marxismus verbreitet (vgl. etwa Backhaus 1974; Brentel 1989: 138ff.; Rakowitz 2001), innerhalb der Soziologie jedoch kaum Gehör gefunden.

rien von Ware und Geld entwickelt und die Geldfunktionen ausgeführt sind, führt er die Wertform des Kapitals ein, wie sie auf der Darstellungsebene der einfachen Zirkulation erscheint: als Metamorphose von Geld in Ware und von Ware in (mehr) Geld (G-W-G'). An diesem Punkt stößt Marx dann zu den historisch spezifischen *Vergesellschaftungsbedingungen* der Arbeit vor und führt die ökonomischen Formen auf ihren sozialen Grund zurück (vgl. Brentel 1989: 243ff.): die das Klassenverhältnis prägende Trennung der Produzent*innen von den Produktionsmitteln, die auf der einen Seite Lohnarbeit, auf der anderen Seite privat-arbeitsteilige Produktion bedingt, in der die Gesellschaftlichkeit der Arbeit sich erst noch bestätigen muss, nachdem die Arbeit real verausgabt wurde.¹⁴ Da Marx' primärer Gegenstand aber eben das „vollendete bürgerliche System“ ist (vgl. MEW 42: 203), ist der nächste Gegenstand der Untersuchung nicht die *historische Entstehung* dieser Vergesellschaftungsbedingungen der Arbeit (und damit der kapitalistischen Produktionsweise), sondern die kapitalistische Mehrwertproduktion sowie die Kapitalakkumulation. Erst nachdem diese ausführlich entwickelt ist, wendet Marx sich im vorletzten Kapitel des ersten Bandes des *Kapitals* der Frage der historischen Entstehung der kapitalistischen Produktionsweise zu. Der zweite Band beginnt dann mit der Analyse des Ineinandergreifens der Zirkulationskreisläufe des so entwickelten Kapitals (Geldkapital, produktives Kapital, Warenkapital). Der weitere Gang der Darstellung kann an dieser Stelle ausgeklammert, da er für die Zwecke der folgenden Ausführungen nicht mehr unmittelbar relevant ist.

In der Entwicklung der Wertform des Kapitals (und seiner weiteren Analyse) ist der Widerspruch von Gebrauchswert und Wert das die Argumentation vorantreibende Motiv (vgl. Wolf 2002).¹⁵ Marx geht davon aus, dass es die Nützlichkeit eines Ar-

14 An genau dieser Stelle verortet Marx auch seinen Wertbegriff: Der ‚Wert‘ stellt – gesellschaftsanalytisch, nicht ausschließlich ökonomisch betrachtet – eine historisch spezifische soziale Form dar, den individuellen und gesellschaftlichen Charakter der Arbeit miteinander zu vermitteln: „Daß jede Nation verrecken würde, die, ich will nicht sagen für ein Jahr, sondern für ein paar Wochen die Arbeit einstellte, weiß jedes Kind. Ebenso weiß es, daß die den verschiedenen Bedürfnismassen entsprechenden Massen von Produkten verschiedene und quantitativ bestimmte Massen der gesellschaftlichen Gesamtarbeit erheischen. Daß diese *Notwendigkeit der Verteilung* der gesellschaftlichen Arbeit in bestimmten Proportionen durchaus nicht durch die *bestimmte Form* der gesellschaftlichen Produktion aufgehoben, sondern nur *ihre Erscheinungsweise* ändern kann, ist self-evident. [...] Und die Form, worin sich diese proportionelle Verteilung der Arbeit durchsetzt in einem Gesellschaftszustand, worin der Zusammenhang der gesellschaftlichen Arbeit sich als *Privataustausch* der individuellen Arbeit geltend macht, ist eben der *Tauschwert* dieser Produkte.“ (MEW 32: 552f.)

15 Von (dialektischem) Widerspruch ist dabei deshalb die Rede, weil Gebrauchswert und Wert in der Ware zugleich mit innerer Notwendigkeit zusammengehören und gleichgültige selbständige Existenz gegeneinander haben (vgl. MEW 42: 328 sowie Wolf 2002: 30/116ff.), denn der Wert abstrahiert von jeglichem Gebrauchswert und muss entsprechend selbständig erscheinen, kann dies aber nur gegenständlich: „Zwischen dem Wert und dem Gebrauchswert besteht nun ein Widerspruch, weil der Wert um seines Erscheinens willen nicht nur mit innerer Notwendigkeit zum Gebrauchswert gehört, sondern zugleich von die-

beitsprodukts ist, die ihm einen Gebrauchswert¹⁶ verleiht – sei es nun ein „Ding“, wie Marx in seinen Ausführungen meist unterstellt, oder eine Dienstleistung. Die Nützlichkeit basiert dabei auf den natürlichen Eigenschaften des Arbeitsprodukts. Einen Stuhl kann man nicht essen, aber man kann beim Essen auf ihm sitzen; Pflege allein heilt keinen offenen Beinbruch, hierzu braucht es ärztliche Dienstleistungen. Wichtig für das Verständnis dieser so verstandenen Kategorie des Gebrauchswerts ist es einzusehen, dass zwar einerseits „die mannigfachen Gebrauchsweisen der Dinge zu entdecken [eine] geschichtliche Tat“ ist (MEW 23: 49f.), sie sich also auch historisch entwickeln und wandeln – dass Neues entdeckt wird und neue Bedürfnisse entstehen ist eine wesentliche Dimension der Produktivkraftentwicklung.¹⁷ Aber das ist nicht der zentrale Untersuchungsgegenstand der Marx’schen KdpÖ.¹⁸ Für deren Zwecke ist es methodisch notwendig, von dieser inhaltlichen Dimension des Wandels gesellschaftlichen Reichtums zu abstrahieren und durch diese Abstraktion festzuhalten, dass in jeder Gesellschaft Gebrauchswerte geschaffen werden müssen, damit diese sich reproduzieren kann. In diesem Sinne notiert Marx: „Gebrauchswerte bilden den *stofflichen Inhalt* des Reichtums, *welches immer seine gesellschaftliche Form sei.*“ (Ebd.: 50; Hervorheb. R.M.)

Ein Arbeitsprodukt wird zur Ware, sofern es einen Tauschwert besitzt. Im Unterschied zum Gebrauchswert, der an die *natürlichen* Eigenschaften eines Arbeitsprodukts gebunden ist, handelt es sich beim Tauschwert um eine rein *soziale* Eigenschaft (Form) des Arbeitsprodukts, also um eine Eigenschaft, die ihm nur aufgrund spezifischer sozialer Verhältnisse zukommt, genauer: in Verhältnissen, in denen Arbeitsprodukte getauscht werden. Marx hält fest: „Als Gebrauchswerte sind die Waren vor allem verschiedener Qualität, als Tauschwerte können sie nur verschiedener Quantität sein, enthalten also kein Atom Gebrauchswert.“ (Ebd.: 52) Diese Eigenschaft, von jeglichem Gebrauchswert und damit von jeglichem Bezug auf die menschlichen Bedürfnisse zu abstrahieren, wird für diese Arbeit noch folgenreich sein und sei deshalb bereits hier hervorgehoben. Während die Waren sich bezüglich ihres Gebrauchswerts qualitativ voneinander unterscheiden und unterscheiden müssen, da ihr Austausch sonst sinnlos wäre, drückt ihr Tauschwert ihre Gleichheit und damit Vergleichbarkeit aus: $x \text{ Ware A} = y \text{ Ware B}$. Diese Gleichung besagt, „daß ein Gemeinsames von derselben Größe in zwei verschiedenen Dingen existiert [...]. Beide sind also gleich einem Dritten, das an und für sich weder das eine noch das andere ist.“ (Ebd.: 51) Was aber kann dieses Dritte, dieses *tertium comparationis* sein? Marx kommt zu folgen-

sem wegstrebt, sich ihm gegen über verselbständig“ (ebd.: 142). Der Widerspruch wird dadurch gelöst, dass er eine Form annimmt, in der er sich bewegen kann – die Geldform.

- 16 Der Umstand, dass Marx hier von Gebrauchswert spricht, darf nicht dazu verleiten anzunehmen, dass es sich um eine spezielle Form des Wertes handelt, denn letzterer konstituiert sich gerade durch die Abstraktion von aller konkreten Nützlichkeit von Arbeitsprodukten. Vgl. hierzu auch Marx’ Anmerkungen in den *Randglossen zu Wagner* (MEW 19: 355ff.).
- 17 Und auch in einer zweiten Hinsicht hat der Gebrauchswert „historisch-spezifischen Charakter“ – als Gebrauchswert der Ware ist er Gebrauchswert *für andere* und nicht, wie in subsistenzwirtschaftlichen Verhältnissen, Gebrauchswert, der vom Produzent*innen(kreis) selbst konsumiert wird (vgl. MEW 19: 370).
- 18 Entsprechend meint Marx, der Gebrauchswert falle nur in den Betrachtungskreis, „wo er selbst Formbestimmung“ ist (vgl. MEW 13: 16).

dem Schluss: Das einzige, was die im Austausch einander gleichgesetzten Waren gemeinsam haben, ist die Eigenschaft, Produkt menschlicher Arbeit zu sein. Da jedoch im Tauschwert von jeglicher Nützlichkeit, also von jeglichem Gebrauchswert, der Ware abstrahiert wird – denn dieser definiert ja gerade die Verschiedenheit der Waren, die erst den Grund für den Austausch liefert, kann also nicht ihre Gleichheit begründen –, wird im Austausch auch vom „nützlichen Charakter der in ihnen dargestellten Arbeiten“ (ebd.: 52) abstrahiert: „[D]ie verschiedenen Formen dieser Arbeiten [...] unterscheiden sich nicht länger, sondern sind allzusamt reduziert auf gleiche menschliche Arbeit, abstrakt menschliche Arbeit.“ (Ebd.: 52) Der Doppelcharakter der Waren impliziert also notwendig einen Doppelcharakter der in ihnen dargestellten Arbeit: Als konkrete Arbeit bringt sie – in jeder Gesellschaftsform – Gebrauchswerte hervor, als abstrakt menschliche ist sie wertbildend – eine Eigenschaft, die der Arbeit (umfassend und systematisch) nur in einer spezifischen Gesellschaftsform zukommt, in der Arbeitsprodukte als Waren getauscht werden.

Der Wert ist damit als das gemeinsame Dritte begrifflich unterschieden von seiner „notwendigen Ausdrucksweise oder Erscheinungsform“ (ebd.: 53) als Tauschwert. Dieser bezeichnet damit die *verschiedenen Formen*, die der Wert innerhalb der ökonomisch-gesellschaftlichen Verhältnisse annimmt, also nicht nur die Warenform, sondern „weiter entwickelt [...] Geldform, Kapitalform usw.“ (ebd.: 95).¹⁹ Wenn es später um die Frage geht, inwiefern *Tauschwertorientierungen* im Krankenhaussektor Raum greifen, geht es also nicht nur um Orientierungen am Profit, sondern um *alle Orientierungen, die sich an irgendeiner der verschiedenen Wertformen festmachen*, zu denen als derivative Formen eben auch Preise, Kosten und Erlöse gehören. All diese Formen haben zum konstitutiven Merkmal, dass sie von den Gebrauchswerteigenschaften des Arbeitsprodukts und der inhaltlichen Dimension der Arbeitsprozesse und damit vom Bezug auf menschliche Bedürfnisse abstrahieren.

Diese Abstraktion, die ihnen als *Wertformen* inhärent ist, ist auch der Grund dafür, dass Marx von einem „in die Ware eingehüllte(n) innere(n) Gegensatz von Gebrauchswert und Wert“ (MEW 23: 75) spricht. Denn die Ware ist Ware nur, sofern sie Gebrauchswert für andere *und* Wert hat: Hat sie keinen Gebrauchswert, kann sie nicht als Träger von Wert fungieren (vgl. auch MEW 42: 318), denn sie wird nur gekauft, sofern sie Gebrauchswert für den Käufer hat; wird sie von den Produzent*innen selbst konsumiert, erhält sie keinen Wert, denn sie wird nicht zu anderen Waren bzw. zum Geld ins Verhältnis gesetzt. Da die Werteigenschaft eine rein relationale Eigenschaft ist, kann ihre Wertgegenständlichkeit nicht an einem einzelnen Exemplar erscheinen – die einzelne Ware muss auf eine andere bezogen werden, um ihr Wertsein ausdrücken zu können. Ohne hier den Weg nachzuzeichnen, den die Marx'sche Wertformanalyse geht,²⁰ kann festgehalten werden, dass Marx die Wertform des Geldes aus der Entwicklung des *inneren* Gegensatzes der Ware zu einem *äußeren* Gegensatz herleitet, in dem eine Ware als allgemeines Äquivalent fungiert,

19 Die Begriffe Tauschwert und Wertform werden deshalb im Folgenden, wie bei Marx selbst, synonym verwendet.

20 Die Wertformanalyse, die Marx und Generationen seiner Interpret*innen viel Zeit und Nerven gekostet hat, soll hier nicht ausführlich behandelt werden (vgl. den Überblick bei Elbe 2008: 184ff.), ich beschränke mich darauf, ihre Ergebnisse summarisch wiederzugeben.

auf das sich alle anderen Waren als Ausdruck ihres Werts beziehen – es ist „gemeinsames Werk der Warenwelt“ (MEW 23: 80). Um die Wertform des Geldes anzunehmen, muss eine bestimmte Ware an die Funktionsstelle des allgemeinen Äquivalents treten – dies geschieht durch den Austauschprozess. Durch ihn kommt es zur „Verdopplung der Ware in Ware und Geld“ (ebd.: 102) und in diesem „äußeren Gegensatz“ stellen die Waren „ihren immanenten Gegensatz von Gebrauchswert und Wert“ (ebd.: 119) dar. In diesem Wertausdruck gelten die Waren auf der einen Seite reell nur noch als Gebrauchswerte (ihr Wert ist nur ideell im Preis ausgedrückt) und das Geld auf der anderen Seite als bloße „Wertmateriatu^r“²¹ – dies seien die „wirklichen Bewegungsformen ihres Austauschprozesses“ (ebd.: 119). Die Verdopplung von Ware in Ware und Geld löst dabei die Widersprüche des Austauschprozesses: Der in die Ware eingeschlossene Widerspruch von Gebrauchswert und Wert artikuliert sich im Austauschprozess handlungspraktisch darin, dass die Ware eines*iner jeden Warenbesitzer*in zum allgemeinen Äquivalent erhoben werden könnte und damit von keinem zum allgemeinen Äquivalent erhoben werden kann.²² Denn alle Warenbesitzer*innen wollen, dass ihre Ware zum allgemeinen Äquivalent wird, da ihre Ware für sie ausschließlich Tauschwert, Gebrauchswert nur für andere ist. Dieses handlungspraktische Problem ist einerseits in der Bewegungsform des Geldes immer schon gelöst,²³ andererseits reproduziert es die Existenzbedingungen dieses Widerspruchs (vgl. auch Arndt 1994: 305f.). Marx schreibt:

„Man sah, daß der Austauschprozeß der Waren widersprechende und einander ausschließende Beziehungen einschließt. Die Entwicklung der Ware [zum Geld; R.M.] hebt diese Widersprüche nicht auf, schafft aber die Form, worin sie sich bewegen können. Dies ist überhaupt die Methode, wodurch sich wirkliche Widersprüche lösen.“ (MEW 23: 118)

Da die Widersprüche des Austauschprozesses hier als reale oder „wirkliche Widersprüche“ charakterisiert werden, sie sich aber zugleich notwendig aus dem in die Ware eingeschlossenen Widerspruch von Gebrauchswert und Wert ergeben, handelt es sich auch bei diesem um einen realen Widerspruch, sonst würde er sich nicht im Austauschprozess geltend machen. In den *Grundrissen* geht Marx so weit, die Abstrakti-

21 In diesem Sinne bestimmt Marx das Geld als „die selbständige handgreifliche Existenzform des Werts“ (MEW 24: 63), es ist „allgemeiner Repräsentant des stofflichen Reichtums“ (MEW 23: 147).

22 „Was ist [...] also das Resultat der Wertformanalyse? Eine widersprüchliche Form, so daß alle Waren zum allgemeinen Äquivalent werden können und deshalb sich alle gegenseitig ausschließen. Auf dieser [Darstellungs-; R.M.]Ebene scheint es also unmöglich, den Wert adäquat auszudrücken. Der praktische Austausch muß nun zeigen, welche Ware zum allgemeinen Äquivalent gemacht wird.“ (Rakowitz 2001: 117)

23 Das Geld wurde Marx zufolge nicht einfach als pfiffig ausgehecktes Instrument zum Warentausch eingeführt, sondern gilt ihm als transintentionaler Effekt gesellschaftlicher Praxis: Die Warenbesitzer*innen haben „*schon gehandelt*, bevor sie *gedacht* haben. [...] Sie können ihre Waren nur als Waren aufeinander beziehen, indem sie dieselben gegensätzlich auf irgendeine andere Ware als allgemeines Äquivalent beziehen. Das ergab die Analyse der Ware. Aber nur die *gesellschaftliche* Tat kann eine bestimmte Ware zum allgemeinen Äquivalent machen.“ (MEW 23: 101; Hervorheb. R.M.)

on vom Gebrauchswert im Tauschwert als den „Grundwiderspruch“ zu bezeichnen, wie er in der dem Tauschwert entsprechenden Produktionsweise der Gesellschaft angelegt ist (MEW 42: 166) – und dies ist eben die kapitalistische Produktionsweise (vgl. MEW 23: 184).²⁴ Im Geld als der „Inkarnation des reinen Tauschwertes“ sei „die Erinnerung an den Gebrauchswert [...] ganz ausgelöscht“ (ebd.: 165f.). Als Grundwiderspruch der kapitalistischen Produktionsweise – so die im Folgenden auszuführende Annahme – muss er auch Konsequenzen für nicht-ökonomische soziale Felder haben, insofern diese auf finanzielle wie materielle Ressourcen der kapitalistischen Produktion angewiesen sind. Diese Annahme vorausgesetzt, findet sich hier eine bisher brachliegende Quelle einer an Marx orientierten Theorie der Praxis,²⁵ in der (zumindest) ökonomische Formen als Resultate (und Voraussetzungen) unbewusster Praxis verstanden werden. Die von Marx analysierte *Praxis* wird somit als ein nicht auf intentionale Handlungen reduzierbarer Modus der *Widerspruchsbearbeitung* begriffen, die *Praxisformen* (hier: der Geldverwendung) selbst sind *Bewegungsformen realer Widersprüche*.²⁶

Es ist an dieser Stelle nicht zielführend nachzuvollziehen, inwiefern der Widerspruch von Gebrauchswert und Wert treibendes Motiv der weiteren Marx'schen Darstellung bleibt. Das Wesentliche ist in Grundzügen entwickelt: Die (kritische) Theorie gesellschaftlichen Reichtums, die zwischen seiner Form und seinem Inhalt unterscheidet und Praxis- als Bewegungsformen der sich daraus ergebenden Widersprüche begreift. Auf dieser Grundlage lässt sich nun eine weitere begriffliche Unterscheidung einführen, in der die Differenz von Gebrauchswert und Wert relevant wird: Die Unterscheidung von einfacher Zirkulation und Kapitalzirkulation.

24 In der hier eingenommenen Perspektive wird also ein anderer Grundwiderspruch zum Ausgangspunkt als in den soziologischen Theorien von Offe und Giddens, die den Grundwiderspruch im Verhältnis von gesellschaftlicher Produktion und privater Aneignung verorten (vgl. Offe 1972: 23; Giddens 1979: 143). Damit entzieht der hier vorgeschlagene Anschluss an Marx sich auch der Kritik von Richard Münch am Neomarxismus, der Prozess der (paradoxen) Rationalisierung der Reproduktion des Kapitals sei nicht nur aus dem Grundwiderspruch von gesellschaftlicher Produktion und privater Aneignung und den daraus resultierenden Eigengesetzlichkeit des Kapitalismus zu erklären, „sondern [...] vielmehr ohne Einbeziehung von Macht, Institutionen, Konsens und Kultur nicht erklärbar [...] [und] auf den rationalen Ausbau von Macht, Institutionen, Konsens und Legitimation durch Sinnsysteme angewiesen.“ (Münch 1991: 54) Genau diese Dimensionen gesellschaftlicher Verhältnisse sollen, wie weiter unten deutlich werden wird (vgl. insbesondere 3.4.2), über die Gebrauchswertdimension systematisch in die Widerspruchskonzeption einbezogen werden.

25 In den Lehrbüchern zur Praxistheorie wird in der Regel lediglich, dem Vorbild von Bourdieu folgend, auf die *Thesen ad Feuerbach* und die *Deutsche Ideologie* Bezug genommen (vgl. etwa Nicolini 2012; Hildebrandt 2014).

26 Was keineswegs umgekehrt bedeutet, dass jegliche Praxis eine Form von Widerspruchsbearbeitung ist. Gesellschaftsstrukturelle Widersprüche werden jedoch praktisch als Probleme (vgl. Jaeggi 2014: 368-391) wirksam und müssen entsprechend bearbeitet werden; sie strukturieren die Praxis, ohne sie zu determinieren.

3.1.2 Geld ist nicht gleich Geld – Zur Differenzierung von Zirkulationsformen

Nachdem Marx die ökonomischen Kategorien von Ware (W) und Geld (G) begrifflich entwickelt hat, untersucht er die verschiedenen Formen der Zirkulation, die auf dieser Grundlage möglich sind: 1. die einfache (Waren)Zirkulation in der Form W-G-W (vgl. MEW 23: 120ff.) und 2. die Zirkulation des Kapitals in der Form G-W-G' (vgl. ebd.: 161ff.). Während erstere ihren Zweck und ihren Endpunkt in der Konsumtion eines Gebrauchswerts findet, erhält letztere ihren Sinn ausschließlich aus der Vermehrung des vorgeschossenen Geldes, also in der Tauschwertdimension (vgl. ebd.: 164).²⁷ Bevor wir uns diesen beiden Zirkulationsformen zuwenden, sind allerdings vor dem Hintergrund der Marx'schen Darstellungsmethode noch einige kurze Vorbemerkungen zum Status dieser Begriffe voranzustellen, denn die Begriffe von einfacher Zirkulation und Kapitalzirkulation haben einen Doppelcharakter: Sie sind einerseits gegenstandsbezogene Kategorien für unterschiedliche *reale Formen* der Zirkulation innerhalb der kapitalistischen Ökonomie, andererseits bezeichnen sie methodisch bedeutsame *Ebenen der Darstellung*, im oben erwähnten Sinne. Die ökonomischen Kategorien von Ware, Geld und Kapital werden zu Beginn des *Kapitals* auf der *Darstellungsebene* der einfachen Zirkulation eingeführt (allerdings keineswegs abschließend bestimmt). Auf diesem methodisch reflektiert gewählten „Standpunkt der einfachen Warenzirkulation“ (MEW 23: 128; Hervorheb. R.M.) werden lediglich diejenigen Eigenschaften von Ware und Geld analysiert, die ihnen als solchen zukommen (vgl. auch MEW 24: 86), die sie also potenziell auch in nicht-kapitalistischen Produktionsweisen haben, in denen sie in verschiedenem Umfang ebenfalls vorkommen, oder – wie Marx in einer Fußnote erklärt: Von diesem Standpunkt aus, von dem aus die kapitalistische Produktion *für den*die wissenschaftliche(n) Betrachter*in* noch jenseits des Tellerrands liegt, weiß man „noch nichts von den *differentia specifica* dieser Produktionsweisen und kann sie daher nicht beurteilen, wenn man nur die ihnen gemeinschaftlichen, abstrakten Kategorien der Warenzirkulation kennt“ (MEW 23: 128). Die *differentia specifica* der kapitalistischen gegenüber anderen Produktionsweisen werden, wie erwähnt, erst im weiteren Verlauf der Darstellung entwickelt. Allerdings greift Marx die späteren Einsichten vorweg:

„Hätten wir weiter geforscht: Unter welchen Umständen nehmen alle oder nimmt auch nur die Mehrzahl der Produkte die Form der Ware an, so hätte sich gefunden, daß dies nur auf Grundlage einer ganz spezifischen, der kapitalistischen Produktionsweise, geschieht. Eine solche Untersuchung lag jedoch der Analyse der Ware fern.“ (Ebd.: 183f.)

Ab Beginn des zweiten Bandes des *Kapitals* bewegt Marx sich dann auf der *Darstellungsebene* der Zirkulation des Kapitals, die sich für den*die wissenschaftliche*n Betrachter*in nun als Ineinandergreifen verschiedener Kapitalkreisläufe darstellt. Für

27 Vgl. zum Folgenden auch Pahl (2008: 74-113), der seine Interpretation jedoch primär entlang der *Grundrisse* (MEW 42) entwickelt, da Marx dort „eine *Konstitutionstheorie des Kapitalismus selber* anvisiert“ (ebd.: 103) habe, die sich in der Form im *Kapital* nicht mehr finde.

den vorliegenden Zusammenhang ist nun weniger von Interesse, wie Marx die Übergänge zwischen den Darstellungsebenen methodisch vornimmt oder begründet.²⁸ Von Interesse sind die Begriffe der einfachen Zirkulation und der Kapitalzirkulation vielmehr als Bezeichnungen für die *realen Bewegungs- oder Zirkulationsformen* des Werts, die das *System der kapitalistischen Ökonomie* in der modernen Gesellschaft konstituieren.

Ad. 1.: Die einfache Zirkulation stellt sich zunächst dar als Zusammenhang von „zwei entgegengesetzten und einander ergänzenden Metamorphosen“ (MEW 23: 120): von Verkauf (W-G) und Kauf (G-W). In diesem Zusammenhang erfüllt das Geld die Funktion des Zirkulationsmittels (ebd.: 128), d.h. der Austausch des einen Gebrauchswerts gegen einen anderen, der stofflicher Inhalt der Bewegung W-G-W ist, wird im Unterschied zum einfachen Warentausch (W-W) durch das Geld vermittelt. Der Begriff der einfachen Zirkulation bezieht sich auf das stetige Ineinandergreifen dieser Metamorphosen: Was für Warenbesitzer*in A die erste, ist für Warenbesitzer*in B die zweite Metamorphose – für ihn*sie ist die Bewegung damit beendet, der neu erworbene Gebrauchswert wird konsumiert. Und die zweite Metamorphose der Ware von Warenbesitzer*in A ist – da sie sich in mehrere Käufe aufspaltet – Beginn der Bewegung einer Reihe von Waren in den Händen einer Reihe anderer Warenbesitzer*innen C, D, E etc. Das Geld bleibt dabei ständig im Umlauf.

Diese einfache Warenzirkulation setzt gesellschaftliche Arbeitsteilung oder privat-arbeitsteilige Produktion voraus, denn damit die Ware gegen Geld getauscht wird (W-G), muss „die Ware vor allem Gebrauchswert für den Geldbesitzer sein, die auf sie verausgabte Arbeit also in gesellschaftlich nützlicher Form verausgabt sein oder sich als Glied der gesellschaftlichen Teilung der Arbeit bewähren“ (MEW 23: 121). Diese Teilung der Arbeit ist Marx zufolge in ihrer qualitativen ebenso wie in ihrer quantitativen Gliederung – also unter den Gesichtspunkte *was* und *wie viel* produziert wird – „naturwüchsig zufällig“ (ebd.: 122). Die „Unabhängigkeit der Personen voneinander“ gehe einher mit einem „System allseitiger sachlicher Abhängigkeit“ (ebd.: 122). Damit verweist die einfache Warenzirkulation also auf eine verselbständigt-unbewusste, naturwüchsige Gestaltung des gesellschaftlichen Produktionszusammenhangs:

„Die Warenzirkulation ist nicht nur formell, sondern wesentlich vom unmittelbaren Produktaustausch unterschieden. [...] Einerseits sieht man hier, wie der Warenaustausch die individuellen und lokalen Schranken des unmittelbaren Produktaustausches durchbricht und den Stoffwechsel der menschlichen Arbeit entwickelt. Andererseits entwickelt sich ein ganzer Kreis von den handelnden Personen unkontrollierbarer, gesellschaftlicher Naturzusammenhänge.“ (Ebd.: 126; vgl. auch MEW 42: 127)

Die Handlungen und Handlungseffekte der einen treten den anderen als Bedingungen und Beschränkungen ihres Handelns gegenüber, ihr Handeln und seine Effekte werden zu objektiven, naturwüchsigen Voraussetzungen des Handelns weiterer Personen. Gleichzeitig sind alle diese Handlungen in eine Praxis eingebettet, die Eigenschaften aufweist, die nicht den einzelnen Handlungen zukommen, sondern ihnen al-

28 Vgl. zur Diskussion des Übergangs von der einfachen Zirkulation zum Kapital zusammenfassend Elbe (2008: 308ff.).

len als emergentes Resultat vorausgesetzt ist: Dass Geld als Geld existiert und sich alle in ihren Handlungen praktisch auf es als Einheit von Wertmaß und Zirkulationsmittel beziehen können, ist keine Eigenschaft einzelner, intentionaler – und schon gar nicht rationaler – Handlungen, sondern „gesellschaftliche Tat“ (MEW 23: 101), Resultat einer Praxis im Modus des Sie-wissen-das-nicht-aber-sie-tun-es (vgl. ebd.: 88). Die Praxis ist also stets bezogen auf „transintentionale Formgehalte“ (Pahl 2008: 89). Die Menschen setzen in ihrer Praxis des Austauschs ihre Waren einander gleich, in dem sie das tun, setzen sie auch ihre Arbeiten einander gleich (verleihen ihnen spezifisch gesellschaftliche Form)²⁹ – und ihre Arbeitsprodukte erhalten die Eigenschaft, Wert zu sein. Diese Eigenschaft erscheint aber nicht mehr als Resultat der formbestimmten Praxis, sondern als natürliche Eigenschaft der Arbeitsprodukte: „Der Wert verwandelt [...] jedes Arbeitsprodukt in eine gesellschaftliche Hieroglyphe.“ (88) Der gesellschaftliche Zusammenhang ihrer Arbeiten erscheint als unkontrollierbarer Naturzusammenhang.

Allerdings konstituiert die einfache Warenzirkulation noch keinen sich selbst reproduzierenden ökonomischen Zusammenhang (vgl. auch Pahl 2008: 94), denn die Bewegung W-G-W ist, einmal ausgeführt, am Ende. Dass sie von neuem beginnt, liegt nicht in ihr selbst begründet, sondern bedarf des äußeren Anstoßes, wird von außen, von der Bedürftigkeit der Produzent*innen bestimmt; die Selbständigkeit des Werts, wie sie in der Formbestimmung der Ware angelegt ist, ist noch nicht gewährleistet. Die einfache Zirkulation von Ware und Geld enthält also in sich selbst nicht „das Prinzip der Selbsterneuerung“ (MEW 42: 179). Sie ist vielmehr auf einen ihr zugrunde liegenden Prozess der Produktion angewiesen. Deshalb bezeichnet Marx sie auch als abstrakte Sphäre, die die Oberfläche der bürgerlichen Gesellschaft abgibt:

„Die einfache Zirkulation ist vielmehr eine abstrakte Sphäre des bürgerlichen Gesamtproduktionsprozesses, die durch ihre eigenen Bestimmungen sich als Moment, bloße Erscheinungsform eines hinter ihr liegenden, ebenso aus ihr resultierenden, wie sie produzierenden tieferen Prozess[es] – des industriellen Kapitals – ausweist.“ (Marx 1953: 922f.)³⁰

Es findet sich hier also die für unseren Zusammenhang *fundamentale These*, dass erst auf der Grundlage der kapitalistischen Produktionsweise der Warenaustausch und damit die geldvermittelte Warenzirkulation zu gesellschaftsstrukturell relevanten sozialen Verkehrsformen werden. Es ist also Marx zufolge nicht so, dass die Ausweitung des Warenaustauschs und Geldverkehrs zur Ausdifferenzierung der kapitalistischen Ökonomie geführt haben, sondern ihre massenhafte Ausweitung ist nur auf der Grundlage der kapitalismusspezifischen Restrukturierung der Vergesellschaftungs-

29 In dieser Praxis enthalten ist auch die juristische Form der Anerkennung des eigenen und fremden Privateigentums sowie der wechselseitigen Anerkennung der freien Willen des Eigentümers (vgl. Stein 2012: 30ff.).

30 „Als universelle Form des gesellschaftlichen Stoffwechsels“, so fasst Elbe (2008: 311) die Argumentation der *Projektgruppe Entwicklung des Marx'schen Systems* (PEM) zusammen, existiere die einfache Zirkulation „nur auf Grundlage des kapitalistischen Klassenverhältnisses“. Als solche „universelle Form“, die lediglich die „Oberfläche der Gesellschaft“ behaust, bringt sie die bürgerlichen Ideale von Freiheit und Gleichheit hervor.

bedingungen der Arbeit zu verstehen. Deshalb meinte Marx, dass die dem Tauschwert entsprechende Produktionsweise der Gesellschaft die kapitalistische ist (MEW 42: 166).

Ad 2.: Die Form der Kapitalzirkulation, wie sie auf der Darstellungsebene der einfachen Zirkulation zunächst erscheint,³¹ besteht ebenfalls aus zwei Metamorphosen, die an sich dieselben sind, wie jene der einfachen Zirkulation, nur in umgekehrter Reihenfolge: Kauf (G-W) und Verkauf (W-G). In dieser Zirkulationsform fungiert das Geld nicht bloß *als Geld*, d.h. als Einheit der Funktionen, Maß der Werte und Zirkulationsmittel zu sein; es fungiert auch nicht mehr bloß als der „verselbständigte Wert der Waren“ (MEW 23: 130), sondern Geld fungiert hier *als Kapital*. Es drückt nicht bloß den Wert der Waren aus, um ihren Tausch zu vermitteln, sondern Geld und Ware fungieren hier „nur als verschiedene Existenzweisen des Werts selbst“ (ebd.: 168). Als bloßer Zusammenhang von Kauf und Verkauf (G-W-G) wäre die Bewegung allerdings eine „ebenso zwecklose als abgeschmackte Operation“ (ebd.: 165). Da am Anfang wie am Ende der Bewegung dieselbe Wertform steht, kann ihr Inhalt nur in einer „quantitativen Verschiedenheit“ bestehen, also darin, dass am Ende mehr Geld (G') herauskommt, als zu Beginn hineinsteckt wurde. Der Wert wird „das übergreifende Subjekt“ eines Prozesses der „Selbstverwertung“, er erhält die „okkulte Qualität [...], Wert zu setzen, weil er Wert ist. Er wirft lebendige Junge oder legt wenigstens goldene Eier.“ (Ebd.: 169) Das, was hier als okkulte Qualität *erscheint*, zu begreifen, ihm den Schein des Okkulten zu nehmen, ist das Aufklärungsprojekt, dem sich Marx verschrieben hat. Die große Frage lautet daher: Wie kann die Selbstverwertung des Werts auf der Grundlage von Äquivalententausch, der methodisch stets als gültig unterstellt wird, überhaupt vor sich gehen? Welche alchemisch begabte Henne ist in der Lage, ein goldenes Ei zu legen? Woher also kommt der Mehrwert? In der Antwort spielt wiederum der Widerspruch von Gebrauchswert und Wert eine wesentliche Rolle, denn es ist bekanntlich die Differenz von Gebrauchswert und Wert der Ware Arbeitskraft, aus der Marx die kapitalistische Mehrwertproduktion erklärt.³² Die Arbeitskraft werde auf dem Markt wie jede andere Ware – so die methodische Voraussetzung von Marx – zu ihrem Wert gekauft, aber das Besondere an dieser Ware ist, dass ihr Gebrauchswert darin besteht, Wert schaffen zu können, und zwar mehr Wert, als zu ihrer eigenen Reproduktion nötig ist. In diesem Sinne beendet Marx auch den Abschnitt über die Produktion des absoluten und relativen Mehrwerts mit dem Lösungssatz: „Das Geheimnis von der Selbstverwertung des Ka-

31 Marx kommt zu Beginn des zweiten Bandes des *Kapitals* wieder auf die Kapitalzirkulation zurück, diesmal jedoch vor dem Hintergrund, dass der kapitalistische Produktionsprozess analysiert wurde und seine Bestimmungen in die Bestimmung der Zirkulationsform des Kapitals einfließen. Die Zirkulation des Kapitals erscheint jetzt als Zusammenhang der Kreisläufe von Geldkapital, produktivem Kapital und Warenkapital.

32 Hier also erhält der Gebrauchswert „selbst Formbestimmung“ (MEW 13: 16). Gleichzeitig lässt sich der Klassengegensatz ebenfalls eine spezifische Erscheinungsform des Widerspruchs von Gebrauchswert und Wert interpretieren: Während der Kapitalist die Arbeitskraft möglichst maximal auszubeuten versucht, um Mehrwert/Profit zu generieren, versucht der Lohnarbeiter seine Arbeitskraft möglichst zurückzuhalten, um den Gebrauchswert seiner Arbeitskraft zu erhalten (vgl. MEW 23: 249).

pitals löst sich auf in seine Verfügung über ein bestimmtes Quantum unbezahlter fremder Arbeit.“ (MEW 23: 556)³³

Warum aber ist der*die Kapitalist*in so glücklich, auf dem Markt die Ware Arbeitskraft vorzufinden, so dass er sie sich qua Äquivalententausch aneignen kann? Es müssen spezifische gesellschaftshistorische Prozesse stattgefunden haben, die Marx erst am Ende des ersten Bandes darstellt, die er aber bereits auf der Darstellungsebene der einfachen Zirkulation andeutet: Kapital entstehe nur, „wo der Besitzer von Produktions- und Lebensmitteln den freien Arbeiter als Verkäufer seiner Arbeitskraft auf dem Markt vorfindet, und diese eine historische Bedingung umschließt eine Weltgeschichte.“ (MEW 23: 184)³⁴

Der Wert hat in der Zirkulation des Kapitals nun selbständige Existenz dadurch, dass der Gebrauch oder Konsum der gekauften Ware nicht Vernichtung, sondern im Gegenteil Erhaltung und Schöpfung von Wert ist. Die „Verkehrung des Geldes vom Mittel zum Zweck“ ist erst in dieser Bewegung zu einer „Verselbständigung der Ökonomie“ gediehen (Pahl 2008: 95). Ein systemischer Zusammenhang selbständiger ökonomischer Formen stellt sich also – um diesen Kernpunkt noch einmal zu wiederholen – erst ein, wenn die Zirkulation durch die Produktion vermittelt wird und letztere selbst die Funktion der Erhaltung (und Vermehrung) des Werts erhält: „selbständiges Dasein erlangt die ökonomische Form nur als Kapital“ (Brentel 1989: 267). Kapital ist damit ganz grundlegend nicht als Ding und auch nicht nur als Verhältnis (von Lohnarbeit und Kapital) bestimmt, sondern als fortwährender Prozess; er findet kein Ende in G' , wie die Form des Geldkapitals ($G - W (=A + PM) \dots P \dots W' - G'$) suggeriert, sondern die Wertform des Kapitals reproduziert sich nur als maß- und endloser Prozess.

Wenn nun aber die einfache Zirkulation nur abstrakte, d.h. oberflächliche und unselbständige Erscheinungsform der Kapitalzirkulation ist, die auch den kapitalistischen Produktionsprozess mit einschließt und stets aufs Neue von letzterer hervorgebracht wird,³⁵ wie hängen beide dann zusammen? Es findet sich bei Marx im zweiten

33 Der auf dem Markt unter den Bedingungen formeller Freiheit und Gleichheit der Austauschenden beruhende Verkauf von Arbeitskraft gegen Lohn wandelt sich, sobald die Arbeitskraft den Betrieb betritt, in die Unterwerfung unter den fremden Willen des Kapitals. Verallgemeinert bringt die Form der Lohnarbeit damit innerhalb von Arbeitsorganisationen ein spezifisches *Herrschaftsproblem* mit sich, dass in der Arbeitssoziologie als „Transformationsproblem“ bekannt ist, also als das Problem der Transformation von Arbeitsvermögen in konkrete Arbeit (vgl. etwa Marrs 2010; Türk 1995: 64ff.). Wir werden später auf die modifizierte Form zurückkommen, in der sich dieses Problem in der professionellen (Arbeits-)Organisation Krankenhaus stellt (vgl. 3.4.3).

34 Wesentliches Moment dieser Geschichte ist die bereits erwähnte gewaltsame Enteignung der (Land-)Bevölkerung von ihren Produktions- bzw. Subsistenzmitteln, so dass sie gezwungen ist, ihre Arbeitskraft an die Besitzer*in der Produktionsmittel – der Verwirklichungsbedingungen der Arbeit – zu verkaufen.

35 „Dieser Austausch von Äquivalenten geht vor, ist nur die oberflächliche Schichte einer Produktion, die beruht auf der Aneignung fremder Arbeit *ohne Austausch*, aber unter dem *Schein des Austauschs*. Dieses System des Austauschs beruht auf dem *Kapital* als seiner Grundlage, und, wenn es getrennt von ihm betrachtet wird, wie es sich an der Oberfläche

Band des *Kapital* ein bisher wenig beachteter Begriff, mit dem der Zusammenhang der beiden Bewegungsformen des Werts gefasst wird: die allgemeine Zirkulation. Marx notiert ungewöhnlich definitorisch:

„Die *allgemeine Zirkulation* umfaßt ebensowohl die Verschlingung der Kreisläufe der verschiedenen selbständigen Bruchstücke des gesellschaftlichen Kapitals, d.h. die *Gesamtheit der einzelnen Kapitale*, wie die [einfache: R.M.] *Zirkulation* der nicht als Kapital auf den Markt geworfenen, beziehungsweise der in die individuelle Konsumtion eingehenden Werte.“ (MEW 24: 75)

Mit letzteren Werten sind diejenigen gemeint, die von dem*der Kapitalbesitzer*in als Revenue und von den Arbeitskräften als Lohn individuell konsumiert werden.³⁶ Eine weitere, nicht eben unerhebliche Form der einfachen Zirkulation ist die von Marx nur ganz am Rande erwähnte Verausgabung von Steuergeldern durch den Staat:

„Der Staat eignet sich qua politischer Verfügungsmacht Anteile an Lohn und Unternehmergewinn an, um mit diesem Geld der Gesellschaft Gebrauchsgüter (etwa Infrastruktur) oder Leistungen (etwa Sozialleistungen) zur Verfügung zu stellen, ohne dass das hier eingesetzte Geld aber als Kapital fungieren würde (die vorliegende Zirkulationsform lässt sich skizzieren als G-W, das kapitalistische Moment der Wertvergrößerung qua rentabilitätsorientierter Konditionierung der Weggabe von Zahlungsfähigkeit ist nicht vorhanden).“ (Pahl 2008: 170)

In der Terminologie der Systemtheorie gibt es damit also die Möglichkeit, im Rahmen der Marx'schen Konzeption der kapitalistischen Produktionsweise „nicht-kapitalistische Programmformen innerhalb des Wirtschaftssystems zu beschreiben“ (ebd.: 167f.) und zugleich ihre systematische Verschlingung mit der Bewegung des Kapitals zu berücksichtigen.

Diese Hinweise machen bereits auf den weiterführenden Umstand aufmerksam, dass es notwendig ist, anders als im bisherigen Ökonomisierungsdiskurs verschiedene Logiken der Reproduktion von Zahlungsfähigkeit sowie der Geldverwendung und damit der ökonomischen Rationalität systematisch zu unterscheiden.³⁷ Neben die pri-

selbst zeigt, als *selbständiges* System, so ist dies bloßer *Schein*, aber ein *notwendiger Schein*.“ (MEW 42: 417)

36 G' teilt sich auf in G, das *als Kapital* reinvestiert, und g das in der Form g-w vom Kapitalisten *als Geld* individuell konsumiert wird (MEW 24: 71). Die „Zirkulation des Arbeiters“ stellt sich dar als: A-G-W (vgl. ebd.: 80). Allerdings begegnet einem die Metamorphosenreihe W-G-W auch in kapitalistischer Form wieder, nämlich einerseits als Vermittlung zwischen den Produktionsprozessen im produktiven Kapitals P...W'-G'.G-W...P, andererseits als Beginn der Metamorphosen des Warenkapitals, also in der Form W'-G'-W ... P ... W'. Die Differenzen werden jedoch nur sichtbar, wenn man Ware und Geld in ihren „Funktionsformen“ analysiert, sich also von der Oberfläche bloßer geldvermittelter Austauschprozesse nicht blenden lässt.

37 Luhmann verweist zwar darauf, dass in den staatlichen und privaten Haushalten Budgets, in den Unternehmen Bilanzen die Programmatik bestimmen, „mit sehr verschiedenen Konsequenzen für die Rationalitätsbedingungen der Einzelhandlung und für die Möglichkeit der Steuerung des Systems“ (Luhmann 1988: 140). Diese Unterscheidung auf Programm-

vat-ökonomischen Formen der Zirkulation (einfache Zirkulation und Kapitalzirkulation) tritt mit der steuerstaatlichen Aneignung und Verwendung von Geld eine *politische Form* der einfachen Zirkulation. D.h. die Aneignung von Geld basiert nicht auf der „friedliche[n] Ausübung von Verfügungsgewalt“ (Weber 1972: 31), nicht auf (Äquivalenten-)Tausch, sondern auf Zwang, der mit dem legitimen Gewaltmonopol hinterlegt ist. Allerdings unterscheidet sich in dieser politischen Form der einfachen Zirkulation die Art und Weise der Verwendung oder Konsumtion der gekauften Waren von jener, die Marx im Zusammenhang der Metamorphose G-W in der einfachen Zirkulation im Blick hat: Es handelt sich nicht um eine individuelle, sondern produktive (wenn auch nicht mehrwertproduktive) Form der Konsumtion. Die politische Zirkulation dient dazu, Arbeitskräfte und Produktions- bzw. Verwaltungsmittel zu kaufen, mit denen dann erst noch die von Pahl angesprochenen Gebrauchsgüter und Leistungen produziert werden.³⁸ Die Marx'sche Perspektive lenkt, anders als jene Luhmanns, den Blick auf die Frage, in welche Produktionsprozesse die entsprechende Zirkulation eingebettet ist. Hierauf wird später noch näher einzugehen sein (vgl. Kapitel 3.3.2). An dieser Stelle sei nur bereits darauf hingewiesen, dass in staatlichen Produktionsprozessen – wie in der kapitalistischen Produktion – Gebrauchswerte für andere produziert werden, aber – anders als in der kapitalistischen Produktion – nicht als Mittel zum Zweck der Mehrwertproduktion, sondern als *Mittel zur Reproduktion und Akkumulation politischer Macht*. Die so produzierten Gebrauchswerte nehmen in der Regel nicht die Form von Waren an, die verkauft werden (vgl. Krüger 2010: 41).³⁹ Gleichzeitig erneuert sich die auf Gebrauchswertproduktion zielende politische Zirkulation – wie die einfache Zirkulation im Marx'schen Sinne – nicht aus sich selbst heraus, auch sie ist auf die externe Mehrwertproduktion angewiesen.

Damit besitzt die Bewegung des Kapitals eine konstitutionstheoretisch zentrale Bedeutung, die begründet, warum die moderne Ökonomie nicht einfach nur eine *Geldwirtschaft* ist, wie in Schimanks zirkulationsfixierter Konzeption der Wirtschaft (vgl. 2.2), sondern eine *kapitalistische* Wirtschaft oder besser: Produktionsweise. Die wirtschaftlichen, aber nicht-kapitalförmigen ‚Programme der Reproduktion von Zahlungsfähigkeit‘ – a) steuerstaatliche, b) lohnarbeitsförmige und c) reneuförmige – sind abhängig von der Kapitalzirkulation und damit -produktion. Das bedeutet natürlich keineswegs, dass die Verteilung des gesellschaftlichen Gesamtprodukts durch das Kapital determiniert wird, es geht lediglich um die Notwendigkeit des Einschusses der nicht-kapitalförmigen Programme in die kapitalgetriebene allgemeine Zirkulation.

ebene bleibt jedoch systematisch unterbelichtet und findet auch im Ökonomisierungsdiskurs keinen Nachhall.

- 38 Das gilt nicht nur für die staatliche, sondern auch für die zivilgesellschaftliche Zirkulation, die allerdings nicht auf der zwangsweisen (hoheitlichen), sondern freiwilligen Abgabe (Spenden, Mitgliedsbeiträge) entsprechender Geldmittel basiert.
- 39 Prinzipiell können sie das zwar, aber selbst wenn für die staatlich produzierten Gebrauchswerte Preise verlangt werden, handelt es sich dabei „nicht um eine kapitalistisch produzierte Ware, sondern der die Erstellung und Arbeitsbedingungen prägende Charakter dieser Ware [...] drückt sich dadurch aus, dass bei Verkauf nicht zufällig, sondern systematisch auf die Realisierung unbezahlt verausgabter Arbeit verzichtet wird, der Abgabepreis des Dienstes also kein Produktionspreis mit Durchschnittsprofit, sondern ein Kostenpreis ist“ (vgl. Krüger 2010: 42).

lation. Beispielsweise ist die Verteilung von Einkommen auf die Privathaushalte auch durch andere soziale Zusammenhänge modifiziert und geregelt als bloß kapitalförmige, etwa durch legitimitäts- und machtabhängige Umverteilungsmaßnahmen des Staates. Der Punkt ist hier aber, dass es diese anderen Formen der Verteilung nicht gäbe, wären sie nicht an den Kreislauf des Kapitals angeschlossen. Entsprechend hält Pahl fest: „Die ‚analytische Dominanz‘ der Kapitalkategorie im Marx’schen Theorieprogramm verdankt sich [...] *reproduktionstheoretischen Überlegungen*, die auch die Systemtheorie kennt, ohne sie aber – bislang – in dieser Weise adressiert zu haben.“ (Ebd.: 168) Gemeint ist damit, dass Luhmann zwar von einem „kontinuierlichen Zwang zur Selbsterneuerung“ (Luhmann 1988: 53) wirtschaftlicher Basisereignisse ausgeht, dabei aber vom kapitalistischen Spezifikum des wirtschaftlichen Wachstums, vom Mehrwert oder Profit, absieht (vgl. auch Deutschmann 1999: 73ff.), von dem die anderen Programme abhängig sind. Zu ergänzen ist, dass Luhmann damit auch von der *theoretisch wie real bedeutsamen Differenz der sozialen Gründe* des Zwangs zur Selbsterneuerung absieht,⁴⁰ sofern er darunter lediglich die Wiederherstellung von Zahlungsfähigkeit versteht. Während der Staat sich durch die Steuern Geld als *Mittel* sichert, um spezifische Funktionen zu erfüllen und die ‚Privathaushalte‘ ihre Arbeitskraft verkaufen, um Geld als *Mittel* zur Selbsterhaltung zu erwerben, wird in der Selbsterneuerungsbewegung des Kapitals Geld eingesetzt, um es in vermehrter Quantität wieder zurück zu erhalten; der Wert wird damit zum „Selbstzweck“ (MEW 23: 167). Der „*Anspruch* auf Wertvergrößerung“ (Pahl 2008: 326) ist damit vor allem Anspruch des Kapitals, nicht der Lohnarbeiter*innenschaft oder des Staates.⁴¹

40 Das setzt sich in der Wirtschaftssoziologie von Baecker fort, wenn er schreibt: „Aber sobald diese Effekte [Effekte der Interessenaggregation und sozialen Ungleichheit; R.M.] als Resultat einer Klassenherrschaft behauptet werden, gilt die von der Wirtschaftssoziologie mühsam genug erarbeitete Einsicht, dass die im 19. Jahrhundert prominent gewordene Differenz von Arbeit und Kapital nur den Blick darauf verstellt, dass es die differenzielle Logik des Umgangs von Haushalten und Unternehmen mit Geld und Markt ist, die für den gesellschaftlichen Zustand der Wirtschaft verantwortlich ist“ (Baecker 2006: 141). Die differenzielle Logik des Umgangs mit Geld resultiert jedoch gerade aus der Klassenherrschaft als dem sozialen Grund moderner Ökonomie. Die Unternehmen können nicht Geld als Kapital verwenden, weil sie es als Kapital verwenden *wollen*, sondern weil die gesellschaftlichen Bedingungen dafür gegeben sind und stets wieder reproduziert werden. Diese Einsicht markiert einen wichtigen Unterschied zwischen einer bloß formalen und einer formanalytischen Gesellschaftstheorie der Wirtschaft – letztere fragt nach dem sozialen Gehalt der Formen, bleibt nicht bei ihrer bloßen Beschreibung stehen.

41 Diese Differenzen drohen auch bei Pahl in der Rede von der „Selbstreferenz des Monetären“ (2008: 329) unterzugehen. Bei Luhmann beziehen Steuern und Arbeit den wirtschaftlichen Kreislauf zwar auf die Umwelt des Wirtschaftssystems (vgl. 1988: 139), diese spielt jedoch für die Bestimmung des Wirtschaftens im operativ geschlossenen Wirtschaftssystem keine Rolle.

3.2 MARX UND WEBER – ZWISCHENBETRACHTUNG ÜBER FORM UND RATIONALITÄT

„[E]vident, dass Weber gesehen hat, was Marx nicht sah, aber auch, daß Weber sehen konnte, was Marx nicht sah, weil Marx gesehen hatte, was er gesehen hatte.“

(Bourdieu 1992: 52)

3.2.1 Einfache Zirkulation und bedarfsorientiertes Wirtschaften

Eine Voraussetzung, um zu verstehen, was die Ökonomisierung ‚nicht-ökonomischer‘ gesellschaftlicher Felder bedeutet, ist es, wie bereits festgehalten wurde, das ‚typische Wirtschaften‘ in diesen Feldern zu charakterisieren, denn auch in Zeiten vor der Ökonomisierung waren in diesen bereits ökonomische Prinzipien existent. Innerhalb des sozialwissenschaftlichen Ökonomisierungsdiskurses liegt lediglich die Unterscheidung von Bedarfs- und Erwerbswirtschaft vor, um diese qualitative Differenz des ‚Wirtschaftens‘ zu konzeptualisieren (vgl. 2.3). Diese Differenz wird partiell, d.h. dort, wo überhaupt eine Referenztheorie genannt wird, auf Webers Wirtschaftssoziologie zurückgeführt (vgl. Bode 2013; Kühn 2008). In dieser Zwischenbetrachtung soll vor dem Hintergrund der dargelegten Interpretation der Kritik der politischen Ökonomie geprüft werden, inwiefern die Marx’schen Kategorien geeignet sind, diese Unterscheidung einzuholen. Die These ist, dass die Marx’sche Theorie die Anforderungen an die Begriffsarbeit, die für die vorliegende Untersuchung notwendig ist, eher erfüllt als Webers Differenzierungen des Wirtschaftsbegriffs, beide Perspektiven aber dennoch einander bereichern, denn während Marx seine Analyse auf die spezifischen Formen, strukturellen Bedingungen und Prozesslogiken der kapitalistischen Ökonomie konzentrierte, betonen Webers Analysen den ‚Geist‘ des Kapitalismus und die ihm zugrundeliegenden Handlungsrationaltäten.⁴²

Im Zugang zum Themenfeld finden sich zunächst gewichtige Differenzen zwischen Marx und Weber: Während ersterer den eigenständigen, jenseits fachdisziplinärer Arbeitsteilung liegenden Theorietypus der Analyse und Kritik ökonomischer Formen verfolgte, beansprucht Weber mit seinen soziologischen Grundkategorien des Wirtschaftens gar nicht erst eine allgemeine Wirtschaftstheorie oder eine Theorie des modernen Kapitalismus zu schreiben, vielmehr werden lediglich „gewisse aller-einfachste soziologische Beziehungen innerhalb der Wirtschaft festgestellt“ (Weber 1972: 31).⁴³ Die Allgemeinheit, in der die soziologischen Grundbegriffe gehalten

42 Allerdings sollte Webers (Wirtschafts)Soziologie nicht als bloße Handlungstheorie missverstanden werden, sie ist auch eine Soziologie gesellschaftlicher Ordnung(en), also „im Kern Institutionenanalyse, freilich eine solche, welche die Interessen und die Ideen der Wirtschaftenden und ihre Vermittlung durch Prozesse der Interpretation, der Internalisierung und der Institutionalisierung mit einbezieht“ (Schluchter 2009: 74).

43 So bleibt nicht nur der Wertbegriff ausgespart (vgl. Weber 1972: 31), sondern auch der Kapitalbegriff abstrakt und rein formal: „Kapital heißt die zum Zweck der Bilanzierung bei Kapitalrechnung festgestellte Geldschätzungssumme der für die Zwecke des Unternehmens

sind, verweist dabei schon auf die zweite Differenz: Während Weber explizit versucht, den Begriff des Wirtschaftens historisch-allgemein, also sozialformationsunspezifisch zu bestimmen, so dass er die moderne Erwerbswirtschaft ebenso umfasst wie die „reine, schon die ganz primitive, Bedarfsdeckungswirtschaft“ (vgl. ebd.: 31), sind Marx' analytischer Ausgangspunkt, wie gezeigt, die historisch-spezifischen Formen der kapitalistischen Reichtumsproduktion. Drittens geht Marx von der *Struktur* der kapitalistischen Produktionsweise, ihrem inneren Zusammenhang, aus, Akteure kommen nur als Personifikationen ökonomischer Kategorien (MEW 23: 16) ins Spiel. Bei Weber wird dagegen zwar auf die Differenz von objektiver „Form“ kapitalistischer Ordnungen und ihrem „Geist“, der ‚subjektiven‘ kapitalistischen Orientierung hingewiesen (Weber 1988: 49), die Grundkategorien des Wirtschaftens nehmen ihren Ausgang jedoch von verschiedenen, sozialformationsunspezifischen Orientierungen wirtschaftlichen *Handelns*.⁴⁴

Sieht man von den methodischen Zugängen ab, gibt es jedoch gegenstandsbezogen auch wichtige Gemeinsamkeiten zwischen Marx und Weber. Letzterer hatte zwar die Marx'sche Werttheorie mit den Mitteln der Grenznutzentheorie kritisiert, wusste seine Analyse der kapitalistischen Dynamik aber durchaus zu schätzen (vgl. Schluchter 2015: 200). Und wie Marx betonte auch Weber immer wieder die zentrale Bedeutung der formell freien Arbeit, also der Lohnarbeit, und der Unterordnung der Arbeiter*innen unter die Betriebsdisziplin für den modernen (okzidentalen) Kapitalismus (vgl. Weber 1988: 9f.).

Prima facie lassen sich auch einige Parallelen zwischen der Marx'schen Unterscheidung von einfacher Zirkulation (W-G-W) und Kapitalzirkulation (G-W-G') einerseits und der Unterscheidung von Bedarfs- und Erwerbswirtschaft andererseits finden.⁴⁵ Folgen wir der Weber-Interpretation von Thomas Schwinn (2001), haben diese

verfügbaren Erwerbsmittel“ (ebd.: 48). D.h. Weber definiert die soziologischen Grundkategorien des Wirtschaftens ohne Bezug auf die gesellschaftlichen Bedingungen der Produktion. Das liegt zum einen in Webers Methode begründet, ist zum anderen aber auch notwendig, da Weber ‚Kapitalismus‘ anders als Marx als „universalgeschichtliche Erscheinung“ (Schluchter 2009: 64) auffasst. Die formale Definition im Rahmen einer idealtypischen Begriffsbildung generellen Charakters sollte dann freilich dazu dienen, die gesellschaftlichen Grundlagen und historischen Bedingungen entdecken zu können, die zur Ausformung verschiedener Kapitalismus-Typen geführt haben (vgl. ebd.: 71), wobei ganz ähnlich wie bei Marx die jeweiligen Arbeitsverhältnisse eine besondere Rolle spielen (vgl. ebd.: 66ff.).

44 Diese werden freilich im weiteren Verlauf der *Grundkategorien* durch Bestimmungen des Wirtschaftens auf Organisations- und Ordnungsebene ergänzt.

45 In Webers soziologischen Grundkategorien des Wirtschaftens kommt sie allerdings gar nicht explizit vor. Weber spricht in §1 der Grundkategorien des Wirtschaftens zwar von der modernen Erwerbswirtschaft und führt dann als eine Art typologischen Gegenpol die „reine [...] Bedarfsdeckungswirtschaft“ (Weber 1972: 31) ein, hierbei scheint es ihm aber vor allem darum zu gehen, die historische Spannweite zu verdeutlichen, die ein allgemeiner Begriff des Wirtschaftens abdecken muss. In den anschließenden systematischen Bestimmungen taucht der Begriff der Bedarfsdeckungswirtschaft nicht mehr auf, ebenso wenig findet man den Begriff der Bedarfswirtschaft oder eines bedarfswirtschaftlichen Handelns. Dem Sinngehalt nach findet sich das Intendierte in Webers Unterscheidung von Haushalten

Arten des Wirtschaftens unterschiedliche Ordnungsbildungsfähigkeiten. Das nur begrenzt ordnungsbildende, traditionelle bedarfswirtschaftliche Handeln, das Schwinn noch einmal unterteilt in bedarfsorientierte Hauswirtschaft (ganzes Haus) und bedarfsorientierte Marktbeziehungen (vgl. ebd.: 189), werde in der Moderne durch das stark ordnungsbildende erwerbswirtschaftliche Handeln abgelöst, das über die Koordinationsmechanismen von Markt und Geld abläuft. Es verwundert somit kaum, wenn Schwinn den Übergang zur modernen, ausdifferenzierten Wirtschaftsordnung in den von Marx untersuchten Zirkulationsformen zusammenfasst – ohne dabei allerdings explizit Bezug auf Marx zu nehmen: „Die traditionelle Folge Ware-Geld-Ware kehrt sich um zu Geld-Ware-Geld.“ (Ebd.: 191) Dieser Interpretation zufolge scheint es in der Moderne dann nur noch letztere zu geben.

Einer solchen Betrachtungsweise sollte mit der oben ausgeführten Interpretation der Marx'schen Kritik der politischen Ökonomie entgegengearbeitet werden. Die These lautete, dass die vermeintlich ‚traditionelle‘, vorkapitalistische Folge Ware-Geld-Ware überhaupt erst im Zuge der Etablierung der kapitalistischen Produktionsweise zu einer *gesellschaftsstrukturell bedeutsamen* Erscheinung wird: Jenseits der kapitalistischen Sphäre der marktvermittelten Konkurrenz existieren in der Moderne für deren Struktur/Ordnung zentrale Formen der einfachen Zirkulation, in denen verschiedene Ausprägungen einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität handlungspraktisch wirksam sind – und zwar überall dort, wo Geld nicht als Kapital verausgabt wird, sondern als Geld, d.h. als (Zahlungs-)Mittel zur Befriedigung bestimmter Bedürfnisse.⁴⁶

Wie verhält sich diese Unterscheidung von Geld als Geld (einfache Zirkulation) und Geld als Kapital (Kapitalzirkulation) aber nun zu Webers Grundkategorien des Wirtschaftens, zum Haushalten und Erwerben? Weber definiert:

„Die kontinuierliche Verwendung und Beschaffung (sei es durch Produktion oder Tausch) von Gütern zum Zweck 1. der eignen Versorgung oder 2. zur Erzielung von selbst verwendeten anderen Gütern heißt Haushalt. Seine Grundlage bildet für einen Einzelnen oder eine haushaltsmäßig wirtschaftende Gruppe im Rationalitätsfall der Haushaltsplan, welcher aussagt: in welcher Art die vorausgesehenen Bedürfnisse einer Haushaltsperiode (nach Nutzleistungen oder selbst zu verwendenden Beschaffungsmitteln) durch erwartetes Einkommen gedeckt werden sollen.“ (Weber 1972: 46)

und Erwerben, Haushaltsprinzip und Erwerbsprinzip, sowie verkehrswirtschaftlicher und planwirtschaftlicher Bedarfsdeckung.

- 46 Bei Schwinn bleibt unklar, ob derartiges bedarfsorientiertes Wirtschaftshandeln von ihm noch zur erwerbswirtschaftlichen *Ordnung* hinzugerechnet wird oder nicht: es sei zwar ökonomisch relevant, aber nicht ökonomisch konstitutiv, denn: „Bedarfs- und Konsuminteressen entfalten nur dann eine moderne Marktdynamik, wenn sie auf einen spezifischen Motivtypus, das Gewinnstreben, treffen, der sich an ihnen als Bedingungen orientiert, um dieses Motiv zu verwirklichen.“ (Ebd.: 191) In Marx Worten: Gebrauchswerte werden – in der kapitalistischen Ökonomie – nur produziert, sofern davon auszugehen ist, dass sie auf Gewinn versprechende zahlungsfähige Nachfrage treffen – auch dies im Übrigen eine von Weber geteilte Annahme: „Nicht ‚Begehrt‘ an sich, sondern *kaufkräftiger* Begehrt nach Nutzleistungen regelt durch Vermittlung der Kapitalrechnung *material* die erwerbsmäßige Güterbeschaffung.“ (Vgl. Weber 1972: 58)

Haushalten zielt auf Bedarfsdeckung der Haushaltsmitglieder. Weber meint dabei, dass es gleichgültig sei, wer Träger des Haushalts ist, der Staat, ein*e Arbeiter*in oder, wie für den vorliegenden Zusammenhang hinzugefügt werden kann, ein Krankenhaus, das mit seinem Budget haushalten muss.⁴⁷

Der auf Bedarfsdeckung ausgerichtete rationale Haushalt ist dabei, Weber zufolge, ein zur rationalen Erwerbswirtschaft gegensätzlicher Begriff (Weber 1972: 46). Was hat es nun aber mit dem ‚Erwerben‘ auf sich? Weber definiert zunächst sehr unspezifisch: „Erwerben soll ein an den Chancen der (einmaligen oder regelmäßig wiederkehrenden: kontinuierlichen) Gewinnung von neuer Verfügungsgewalt über Güter orientiertes Verhalten [...] heißen.“ (Ebd.: 47) An dieser Definition fällt zunächst auf, dass es beim Erwerben nicht um vermehrte Geldmittel, also Geldgewinn geht,⁴⁸ sondern um Gewinnung neuer Verfügungsgewalt über Güter. Damit fällt auch der Verkauf von Arbeitskraft, bei Marx erste Metamorphose (W-G) in der „Zirkulation des Arbeiters“ (MEW 24: 80), unter die Definition von Erwerben, denn mit dem Lohn ist eine neue Verfügung über ‚Güter‘ gewährleistet, die im zweiten Akt der Metamorphosenreihe (G-W) mit ihm gekauft werden können. In diesem Sinne definiert Weber auch die Erwerbstätigkeit: „Erwerbstätig ist jeder, der in einer bestimmten Art tätig ist mindestens *auch, um* Güter (Geld oder Naturalgüter), die er noch nicht besitzt, neu zu erwerben. Also der Beamte und Arbeiter nicht minder als der Unternehmer.“ (Weber 1972: 53) Der Begriff des Erwerbens ist somit äußerst unscharf⁴⁹ und überdeckt – ebenso wie Luhmanns Konzept der Reproduktion von Zahlungsfähigkeit – die qualitative Differenz von bedarfsbezogenem Erwerben, das durch den Verkauf der Arbeitskraft ermöglicht wird, bei Marx eine Form der einfachen Zirkulation, und rentabilitätsorientiertem Erwerben durch Ausbeutung fremder Arbeit, bei Marx die Zirkulation des Kapitals. Dem Kapital trägt Weber Rechnung, wenn er ausführt, das rationale wirtschaftliche Erwerben basiere auf der Kapitalrechnung als besonderer Form der Geldrechnung (vgl. ebd.: 48). Es wird dabei allerdings als bloße Rechnungssumme definiert, nicht, wie bei Marx, als soziales Verhältnis und (widersprüchlicher) Prozess. Die Probleme mit dem Begriff des Erwerbens bringt Weber später selbst auf den Punkt:

47 Entsprechend wird in der Betriebswirtschaftslehre, in Übereinstimmung mit Webers Kategorien, das Krankenhaus als bedarfswirtschaftlich orientierter Großhaushalt (im Unterschied zum Privathaushalt) betrachtet: „Das zugrundeliegende Ziel eines haushaltsweise geführten Krankenhauses ist das einer möglichst effektiven und effizienten Versorgung von Patienten.“ (Sturm 2002: 10)

48 Auch dieses Streben nach Geldgewinn wäre nach Weber allerdings kein Spezifikum des modernen Kapitalismus: Streben „nach möglichst hohem Geldgewinn hat an sich mit Kapitalismus gar nichts zu schaffen. Dies Streben fand und findet sich bei Kellnern, Aerzten, Kutschern, Künstlern, Kokotten, bestechlichen Beamten, Soldaten, Räubern, Kreuzfahrern, Spielhöhlenbesuchern, Bettlern: – man kann sagen: bei ‚all sorts and conditions of men‘, zu allen Epochen aller Länder der Erde, wo die objektive Möglichkeit dafür irgendwie gegeben war und ist.“ (Weber 1988: 4)

49 Auch Bader et al. (1980: 263) weisen darauf hin, dass mit der Bestimmung von Erwerben als ‚Gewinnung von neuer Verfügungsgewalt über Güter‘ „in keiner möglichen Lesart eine dem Erwerben spezifische Sinnbestimmung benannt [ist], die eine eindeutige Unterscheidung von ‚Erwerbstauch‘ und ‚haushaltsmäßigem Tausch‘ gestattet“.

„Der Gegensatz zu ‚Unternehmen‘: einer Art der wirtschaftlichen Orientierung (am Gewinn) ist dagegen: ‚Haushalt‘ (Orientierung an Bedarfsdeckung). Aber der Gegensatz von ‚Unternehmen‘ und ‚Haushalt‘ ist nicht erschöpfend. Denn es gibt Erwerbshandlungen, welche nicht unter die Kategorie des ‚Unternehmens‘ fallen: aller nackte Arbeiterwerb, der Schriftsteller-, Künstler-, Beamten-Erwerb sind weder das eine, noch das andre.“ (Weber 1972: 63f.)

Obwohl Haushalt und Erwerbswirtschaft gegensätzliche Begriffe seien, seien sie dennoch – zumindest auf *Handlungsebene* – keine „exklusiven Alternativen“: „Haushalten und Erwerben können im Handeln des Einzelnen derart ineinandergreifen (und dies ist der in der Vergangenheit typische Fall), daß nur der Schlußakt (Absatz hier, Verzehr dort) den Ausschlag für den Sinn des Vorgangs gibt.“ (Ebd.: 46). Haushalten und Erwerben bleiben somit (auf der Handlungsebene), wie auch Webers eingeklammelter Hinweis auf die „Vergangenheit“ deutlich macht, historisch unspezifisch und erscheinen nicht als differenzierte Ordnungen, sondern als Handlungsorientierungen, die „empirisch ineinander verschränkt“ (Schluchter 2009: 78) sind. Zudem steht in Webers Konstruktionslogik das kapitalrechnungsmäßige Gewinnstreben nicht notwendig im Gegensatz zur Bedarfsdeckung, denn sofern ein Unternehmer seinen Gewinn konsumiert, ist „auch der Gewinn nur Mittel zum Zweck der Bedarfsdeckung“ (Bader et al. 1980: 271). Andererseits bildet in der ‚Zirkulation des Arbeiters‘, von Weber als Erwerbstätigkeit bestimmt, der Verzehr den Schlussakt, müsste also eigentlich als Haushalten gelten. Erwerben und Haushalten verschwimmen also auf der Handlungsebene bis zur Ununterscheidbarkeit.

Auch auf der *Ordnungsebene* entstehen Schwierigkeiten, wenn man die Unterscheidung von Bedarfswirtschaft bzw. Haushalt und Erwerbswirtschaft für die Ökonomisierungsanalyse fruchtbar machen will. Haushalts- und Erwerbsprinzip sind, Wolfgang Schluchter (2009: 79) zufolge, auch auf dieser Ebene empirisch ineinander verschränkt. Dem Erwerben und Haushalten entsprechen hier die verkehrswirtschaftliche Bedarfsdeckung⁵⁰ und die planwirtschaftliche Bedarfsdeckung (vgl. ebd.: 78f.). Aber: Institutionalisiere man das Haushaltsprinzip als Ordnungsprinzip, so sei das haushaltende Wirtschaften gerade *gegen* die materialen Voraussetzungen des Markt- bzw. Preiskampfes der Erwerbswirtschaft (Marktfreiheit) gerichtet (vgl. ebd.: 80), denn Weber definiert: „Planwirtschaftliche‘ Bedarfsdeckung soll alle an gesetzten, paktierten oder oktroyierten, materialen Ordnungen systematisch orientierte Bedarfsdeckung innerhalb eines Verbandes heißen.“ (Weber 1972: 59) Hieran schließt sich zum einen die Frage an, wie sich die Gleichzeitigkeit von Verschränkung der Wirtschaftsordnungen und Gegensätzlichkeit ihrer materialen Voraussetzungen zusam-

50 Der moderne Kapitalismus gilt in der Stoßrichtung der Weber’schen Grundkategorien als ein Sonderfall der verkehrswirtschaftlichen Bedarfsdeckung und damit als ein Sonderfall der Institutionalisierung des Erwerbsprinzips. Er kommt dort zum Zuge, wo die Geldrechnung in Kapitalrechnung umschlägt. Schluchter identifiziert zwei materiale Voraussetzungen, die hierzu erfüllt werden müssen: erstens die Institutionalisierung der Marktfreiheit – wozu auch die formell freie Arbeit gehört – auf Ordnungsebene und zweitens die Institutionalisierung der Trennung von Haushalt und Erwerbsbetrieb auf der Organisationsebene (vgl. Schluchter 2009: 80f.). Diese müssten durch Institutionen ergänzt werden, die die Einbettung der Wirtschaftsordnung in weitere Ordnungen, vor allem Recht und Politik, betreffen.

menbringen lässt. Zum anderen entspricht dieser Unterscheidung zufolge, die am ehesten an das heranreicht, was im Ökonomisierungsdiskurs als Bedarfs- und Erwerbswirtschaft verhandelt wird, das Fallpauschalensystem der Krankenhausfinanzierung, das, wie wir später sehen werden, als wesentliche Triebkraft der Ökonomisierung gelten kann, gerade nicht der Institutionalisierung des Erwerbsprinzips: Schluchter differenziert weiter, dass es zwar auch im Rahmen des Haushalts- als Ordnungsprinzips ‚Preise‘ geben kann, diese seien dann aber „nicht Folge eines Marktkampfes, sondern eines Befehls“ (Schluchter: 80). Genau das trifft auf das Fallpauschalensystem im Krankenhaussektor zu, in dem Bedarfsdeckung mithilfe von administrierten, also ‚befehlsmäßig‘ gesetzten Preisen stattfindet. Streng genommen, handelt es sich also – auf Ordnungsebene – nicht um die Einführung einer erwerbswirtschaftlichen Logik, sondern um eine Umstellung der verbandsinternen Haushaltsprinzipien.

Diese kurzen Ausführungen zu Webers Grundbegriffen führen vor Augen, dass der Begriff der Erwerbswirtschaft sowohl historisch als auch systematisch wenig trennscharf und kaum geeignet ist, die spezifischen Struktureigenschaften der modernen, kapitalistischen Produktionsweise von modernen Formen bedarfsorientierten Wirtschaftens zu differenzieren. Der Gegen-Begriff der Bedarfswirtschaft kommt bei Weber gar nicht erst vor, der Sache nach würde es sich dabei aber um die Institutionalisierung des Haushaltsprinzips handeln. Wie diese mit der ihr entgegengesetzten Institutionalisierung des Erwerbsprinzips gleichzeitig zu vereinbaren ist, bleibt im Rahmen der allgemein gehaltenen Typen-Begriffe Webers jedoch offen.

Vor diesem Hintergrund scheint es gewinnbringender sich dem Gegenstand der Ökonomisierung aus der Marx’schen Perspektive anzunähern, wodurch die Fragestellung eine andere wird: Es ist nicht danach zu fragen, welche Typen des wirtschaftlichen Handelns es überhaupt gibt, sondern es stellt sich die für unseren Zusammenhang bedeutsamere Frage, *welche* bedarfs- und damit gebrauchswertorientierten Formen der einfachen Zirkulation in Gesellschaften, in denen kapitalistische Produktionsweise herrscht, *wie* an die Formen der Kapitalzirkulation angeschlossen sind. Im Vorgriff auf später zu Entwickelndes (vgl. 3.3.2) werden in dieser Arbeit vier ‚Sektoren‘ der materiellen Reproduktion oder der Verausgabung gesellschaftlicher Arbeit unterschieden: die kapitalistische Ökonomie, die Sphäre der privaten Haushalte, der Staat und die Zivilgesellschaft. Es ist dabei mit Marx und über seinen Themenbereich der Kritik der politischen Ökonomie hinaus davon auszugehen, dass in allen Bereichen außer der kapitalistischen Ökonomie Formen der einfachen Zirkulation praktiziert werden, die einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität folgen: Sie alle sind auf Geldverwendung angewiesen, aber Geld wird in ihnen nicht als Kapital, sondern als Geld angewendet, als Zahlungsmittel für jeweils konkrete, bedarfs- oder gebrauchswertbezogene Zwecke.⁵¹ Die konkreten Ausprägungen dieser bedarfswirtschaftlichen Rationalität sind dabei von vielfältigen nicht-ökonomischen sozialen Verhältnissen abhängig. In Hinblick auf die ‚Ausgabenseite‘ gilt: Wie das Einkommen eines Haushalts, wie die staatlichen Steuermittel, wie von zivilgesellschaftlichen Organisationen Spenden, Mitgliedsbeiträge oder Stiftungsvermögen verwendet werden, bestimmt sich nach je eigenen Logiken, Regeln und Interessen. In Hinblick auf

51 In Webers Terminologie: Es findet in diesen Bereichen ein auf Bedarfsdeckung zielendes Haushalten auf der Grundlage von Geldrechnung statt.

die Einnahmeseite: Während das Einkommen in den Haushalten in unmittelbarer Kopplung an die Kapitalzirkulation primär aus Lohnbezügen besteht, basiert das Steueraufkommen des Staates auf dem politisch-hoheitlichen, also nicht-ökonomischen Prinzip des (legitimen) staatlichen Steuermonopols; und die Versorgung der Zivilgesellschaft mit Finanzmitteln basiert auf nicht-ökonomischen Prinzipien des interessierten Engagements, in Anerkennung der privaten oder gemeinnützigen Bedeutsamkeit der je verfolgten Zwecke.

Doch auch wenn es diese nicht-ökonomischen Kontexte sind, in denen sich die bedarfswirtschaftliche Rationalität konkretisiert und entsprechend in ihnen keine Formen der Kapitalzirkulation ausfindig zu machen sind, sind die bedarfsorientierten Formen der Geldverwendung – wie die von Marx analysierten Formen der einfachen Zirkulation – *Bewegungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert*. D.h. *auch in nicht-ökonomischen gesellschaftlichen Feldern sind stets objektive Tauschwertbezüge und subjektive Tauschwertorientierungen vorhanden*, wenn auch gegenüber den Gebrauchswertorientierungen sekundär. Es ist also zu kurz gegriffen, Tauschwertorientierungen nur im Bereich der kapitalistischen Ökonomie zu verorten,⁵² denn nicht jede Tauschwertorientierung ist gleich Profitorientierung, genauso wenig wie jede Geldsumme Kapital (oder in Webers Terminologie: nicht jede Geldrechnung Kapitalrechnung) ist – diese Differenz ist zum Verständnis des Folgenden wesentlich. Der Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert enthält dabei auch in den nicht-ökonomischen sozialen Feldern stets die *Möglichkeit*, dass sich Tauschwertorientierungen gegenüber den Gebrauchswertorientierungen verselbständigen, ohne sich dabei aber einfach in eine Profitorientierung zu verkehren.⁵³ Die Möglichkeiten der Verselbständigung sind dabei je nach Kontext andere und entsprechend zu konkretisieren.⁵⁴

Die Relevanz solcher Tauschwertorientierungen in nicht-ökonomischen gesellschaftlichen Feldern lässt sich unter Rückgriff auf Webers Konzept der Geldrech-

52 Diese Zuweisung findet sich nicht nur bei Schimank, sondern etwa auch bei Wex (2004: 252).

53 Anders als die Systemtheorie, in der „Trennung und Verbindung auf der gleichen logischen Ebene“ behandelt wird, beinhaltet Blanke zufolge die „Verselbständigung von ‚Systemen‘ oder Bereichen“ in der Marx’schen Theorie lediglich „die Möglichkeit des Auseinanderreißen ebenso wie die Möglichkeit der Verbindung“ (Blanke 1976: 194). Die Begründung dafür, dass aus diesen strukturell gegebenen Möglichkeiten Wirklichkeit wird, muss stets durch konkrete Gesellschaftsanalyse geliefert werden: „Auch wenn es einen gesellschaftlichen Zwang zur immer wieder hergestellten Verbindung zwischen ausdifferenzierten ‚Systemen‘ gibt, so gibt es zugleich das periodische Auseinandertreten verselbständigter Momente. Dies macht den Inhalt des materialistischen Widerspruchsbegriffs aus, den Marx exemplarisch an der Entwicklung der Wertform dargestellt hat.“ (Blanke 1976: 194)

54 Ein Beispiel für eine solche Verselbständigung gibt Marx selbst im Zusammenhang mit seiner Analyse des Geldes: den Schatzbildner. Er ist kein rationaler Kapitalist, denn rationale Kapitalwirtschaft – auch darin sind Weber und Marx sich einig – basiert nicht auf ‚Gier‘ nach abstraktem Reichtums, sondern auf rationaler, kontinuierlicher Reinvestition des Gewinns. In der Orientierung des Schatzbildners aber verselbständigt sich der Tauschwertbezug seines Handelns gegenüber der Orientierung an den Gebrauchswerten, die er sich mit dem gehorteten Geld aneignen könnte.

nung und ihrer Bedeutung für die formale Rationalität des Wirtschaftens verdeutlichen.⁵⁵ Wie an Webers Ausführungen über Natural- und Geldrechnung (Weber 1972: 52ff.) ersichtlich wird, ist es die Abstraktion von jeglichem Gebrauchswert im Geld (Marktpreis), die ein Höchstmaß an Rechenhaftigkeit und damit formaler Rationalität ermöglicht (vgl. ebd.: 45). Weber spricht im Zusammenhang des Vergleichs von Natural- und Geldwirtschaft im Prinzip das Marx'sche Kommensurabilitätsproblem an: Wie können zwei qualitativ völlig unterschiedliche Arbeitsprodukte im Waren- als Äquivalententausch quantitativ gleich gesetzt werden? Der formalen Rationalisierung der Naturalrechnung sind insofern Schranken gesetzt, als sich in ihr qualitativ verschiedene Güter und Arbeiten nicht „eindeutig und ohne ganz subjektive Bewertungen“ (ebd.: 54) vergleichen lassen. Die eindeutige und objektive Bewertung mittels Geldrechnung beruht dagegen, wie Marx gezeigt hat, auf der objektiven Abstraktion von den konkreten Eigenschaften der Arbeitsprodukte und damit von der konkreten Arbeit und den zu befriedigenden Bedürfnissen, also von der Gebrauchswertdimension.⁵⁶ Es ist diese „Indifferenz“ (ebd.: 59) der Geldform gegenüber seinem materialen Verwendungszweck, die „im Wesen der Geldrechnung“ (ebd.) liegt, die einerseits seine formale Rationalität begründet und in der andererseits das *Potenzial zur Verselbständigung gegenüber materialen Zwecken* angelegt ist. Damit sich dieses Potenzial aktualisiert, muss das Geld nicht erst als Kapital fungieren. „Materiale und (im Sinn exakter Rechnung:) formale Rationalität fallen eben unvermeidlich weitgehend auseinander“ – das ist, so Weber, „die unentrinnbare Irrationalität der Wirtschaft“ (Weber 1972: 60; vgl. auch ebd.: 58).⁵⁷ Dieses Auseinanderfallen von materialer und

55 Dieser Zusammenhang von formaler Rationalität und Geldrechnung im Sinne von Äquivalententausch hat auch Adornos Rationalitäts- und Gesellschaftskritik beflügelt. Adorno sah, dass jeglicher Geldrechnung eine Abstraktion von den Gebrauchswerten inhäriert, die da verrechnet werden, und dass die Möglichkeit der formalen Rationalität in der modernen Ökonomie dabei wesentlich an dem Mechanismus der Preisbildung hängt, durch den Nichtidentisches kommensurabel gemacht, dem Identitätsprinzip unterworfen wird (vgl. etwa Adorno 1970: 149) – und in der Tat führte Weber den Begriff der formalen Rationalität auch erst im Zusammenhang mit dem Geld ein (vgl. Bader et al. 1980: 242).

56 Das Problem in Webers Bestimmung der Geldrechnung besteht allerdings, folgt man Bader et al. (1980: 242ff.), darin, dass Weber nicht angeben kann, wer denn eigentlich ‚rechnet‘, wenn, wie Weber annimmt, die Preise nicht auf rein subjektiven Größen beruhen? Die Eindeutigkeit und Objektivität der Bewertung sei, so die Autoren, eine Leistung des Marktes (vgl. ebd.: 245) oder, mit Marx, des hinter dem Rücken der Akteure sich durchsetzenden Wertgesetzes.

57 Unter materialer Rationalität versteht Weber den „Grad, in welchem die jeweilige Versorgung von gegebenen *Menschengruppen* (gleichviel wie abgegrenzter Art) mit Gütern durch die Art eines wirtschaftlich orientierten sozialen Handelns sich gestaltet unter dem Gesichtspunkt bestimmter (*wie immer geariteter*) *wertender Postulate*, unter welchen sie betrachtet wurde, wird oder werden könnte. Diese sind höchst *vieldeutig*.“ (Weber 1972: 44) Im Folgenden wird mit Rainer Döbert (1989) davon ausgegangen, dass es einen Unterschied zwischen dem Begriff der materialen Rationalität (des Wirtschaftens) und dem Begriff der Wertrationalität gibt. Materiale Rationalität stellt eine Dimension des Begründens dar, die „*völlig unabhängig von Wertrationalität gewonnen werden kann*“, denn Werte

formaler Rationalität, das sowohl in bedarfsorientierten als auch in rentabilitätsorientierten Formen des Wirtschaftens aufzufinden ist, lässt sich mit Marx als Ausdruck des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert interpretieren, wie er bereits in den Formen der einfachen Zirkulation prozessiert.

3.2.2 Ökonomische Rationalität(en), Rationalisierung und Ökonomisierung

Indem Marx zwischen dem stofflichen Inhalt und der gesellschaftlichen Form des Reichtums unterscheidet, bietet seine Theorie, wie gezeigt, die Möglichkeit, zwei Dimensionen des Ökonomiebegriffs zu unterscheiden, die auseinanderzuhalten wichtig ist, um ihre gesellschaftliche Vermittlung aufzuschlüsseln, ohne sie bewusstlos miteinander zu konfundieren, wie es im Begriff der Erwerbswirtschaft geschieht. Es macht einen wesentlichen Unterschied, ob ökonomische Verhältnisse und Rationalitäten auf die Befriedigung von Bedürfnissen, also auf Gebrauchswerte, ausgerichtet sind oder aber auf die Produktion von Tauschwerten.

Schon Hagen Kühn hat im Rahmen seiner Untersuchung der politisch-ökonomischen Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens (1980) darauf hingewiesen, dass der „Begriff der ökonomischen Rationalität [...] keineswegs eindeutig“ ist. Dieser Hinweis wurde in der Ökonomisierungsforschung bisher jedoch kaum systematisch berücksichtigt. Wie selbstverständlich wird meist unterstellt, dass klar ist, was unter dem Begriff der Ökonomie und der ökonomischen Rationalität zu verstehen sei. Mit Marx ist darauf zu insistieren, dass es nicht *den einen* Begriff von Ökonomie gibt, dass *die eine* ökonomische Logik nicht existiert. Denkt man die Marx'sche Theorie weiter, liefert sie eine Basis für die analytische Unterscheidung verschiedener Formen ökonomischer Rationalität. Wie die ökonomischen Formen selbst sind auch diese Rationalitäten mit einem historischen Index zu versehen – entsprechend scheint eine allgemeine, sozialformationsunspezifische Bestimmung ökonomischer Rationalität wenig sinnvoll. Schon der unter methodischer Abstraktion vorgenommene Bezug auf den Arbeitsprozess als einem sozialformationsunspezifisch bestimmten, zweckrationalen Geschehen (MEW 23: 192ff.), erweist sich als historisch spezifischer, denn er setzt die Ausdifferenzierung der kapitalistischen Ökonomie voraus. Wenn es im Folgenden um ökonomische Rationalität geht, dann also stets mit der Einschränkung, dass sie im Kontext einer modernen, kapitalistischen Gesellschaft verortet wird.

Analog zur methodischen Abstraktion, die Marx bei der Analyse des Arbeitsprozesses vollzieht, muss allerdings zunächst ein allgemeiner Begriff ökonomischer Rationalität bestimmt werden, um ihn differenzieren zu können. Ökonomische Rationalität ist allgemein als Logik der Effizienz in Zweck-Mittel-Relationen zu bestimmen – wobei der Zweck beliebig sein kann.⁵⁸ Auf dieser Ebene ist auch die Marx'sche

sind nur eine Variante von Inhalt, der material-zweckrationales Handeln begründet (vgl. ebd.: 233).

58 Diese Ergänzung ist notwendig, um das „nackte Geldgewinnstreben“ als eigenständigen Zweck mit einbeziehen zu können und wirtschaftlich orientiertes Handeln nicht, wie dies bei Weber geschieht, auf das „Begehren nach Nutzleistungen“ (Weber 1972: 31) reduzieren

Bestimmung zu verorten, alle Ökonomie löse sich schließlich auf in eine „Ökonomie der Zeit“ (MEW 42: 195), denn hierbei geht es um die Frage, wie viel Arbeitszeit (Mittel) für die Erreichung welcher Zwecke aufgewendet werden soll. Effizienz bedeutet dabei, mit möglichst wenigen Mitteln einen definierten Zweck oder mit gegebenen Mitteln einen bestimmten Zweck in möglichst großem Umfang zu erreichen. Kombiniert man diese Bestimmung mit den beiden Dimensionen gesellschaftlichen Reichtums ergeben sich vier unterschiedliche Typen ökonomischer Rationalität, wobei es sich um analytische Unterscheidungen ökonomischer Rationalitäten handelt, die unter den gegebenen sozialen Verhältnissen in einem je konkret zu untersuchenden Zusammenhang stehen:

1. die rein gebrauchswert-ökonomische Rationalität: Unter rein gebrauchswert-ökonomischen Gesichtspunkten wird danach gefragt, wie mit möglichst wenigen *materiellen, sozialen und zeitlichen Mitteln* möglichst viele Bedürfnisse als Zwecke befriedigt werden können – dies entspricht dem, was Kratzer et al. (2015: 108ff.) in ihrer Studie zu Legitimationsproblemen in der Erwerbsarbeit den Anspruch von Beschäftigten auf „technisch-funktionale Rationalität“ nennen. Es geht dabei um die spezifische „Sachlogik“ oder die „stofflichen Besonderheiten der jeweiligen Produktionstätigkeiten“ und die „aus den jeweiligen Besonderheiten resultierenden Arbeits- und Kooperationserfordernisse(n)“ (ebd.: 108). Ein Beispiel hierfür findet sich in einem für pflegerische Arbeit in Organisationen typischen Problem: Eine gegebene Zahl von Pflegekräften ist für eine gegebene Zahl von Patient*innen verantwortlich, sodass die Pflegekräfte stets überlegen müssen, wie sie ihre Arbeitszeit auf die – stets uneindeutigen und entsprechend interpretationsabhängigen – Bedürfnisse einer Mehrzahl von Patient*innen verteilen (vgl. hierzu 6.1.2.1).⁵⁹

2. die tauschwert-ökonomische Rationalität: Für diese ist kennzeichnend, dass Reichtum in der abstrakten Form des Werts relevant wird. Die Art und Weise, wie dies der Fall ist, erlaubt es, drei Unterformen zu differenzieren:

a) kapitalistische Rationalität: In ihr ist der Zweck der Produktion der Profit. Es soll mit möglichst wenig vorgeschossenem Kapital (Mittel) ein möglichst großer Profit produziert und realisiert werden: „Der Formel $G \dots G'$ ist es also charakteristisch, einerseits, daß der Kapitalwert den Ausgangspunkt und der verwertete Kapitalwert den Rückkehrpunkt bildet, so daß der Vorschuß des Kapitalwerts als *Mittel*, der verwertete Kapitalwert als *Zweck* der ganzen Operation erscheint“ (MEW 24: 63; Hervorheb. R.M.). Wichtig ist es jedoch auch hier gegenüber manchen marxistischen

zu müssen. In dieser Bestimmung, mit der Weber versucht, die moderne Erwerbswirtschaft und die Bedarfsdeckungswirtschaft unter einen Hut zu kriegen, wird Geld wieder nur als Geld vorausgesetzt und kann nicht in seiner Funktion als Kapital berücksichtigt werden, denn nur sofern es als Geld (Zirkulationsmittel) verausgabt wird, bleibt das Begehren nach Nutzleistungen (Bedürfnisbefriedigung) Sinn des wirtschaftlichen Handelns. Gleichzeitig geht diese allgemeine Bestimmung ökonomischer Rationalität jedoch konform mit Webers Unterscheidung von wirtschaftlichem und zweckrationalem Handeln (vgl. Schluchter 2009: 78) – letzteres muss keineswegs an Effizienz/Knappheit orientiert sein.

59 Dass die gebrauchswert-ökonomische Orientierung in diesem Fall ein Problem wird, liegt freilich daran, dass die Organisation, in der sie arbeiten, an anderen ökonomischen Rationalitäten orientiert ist und nur eine bestimmte Zahl von Pflegekräften einstellt und eine bestimmte Zahl von Pflegebedürftigen aufnimmt.

Radikalabstraktionen darauf hinzuweisen, dass selbst in der Reinform dieser Rationalität der Gebrauchswert stets relevant bleibt, denn ohne ihn hätte der Tauschwert keinen Träger. Insofern stellt die Grundüberlegung von Schimank und Volkmann, die kapitalistische Rationalität als fremdreferentiell finalisiert zu bezeichnen, einen wichtigen Punkt heraus (vgl. Schimank/Volkmann 2012).⁶⁰ Andererseits handelt es sich bei der ‚fremdreferentiellen Finalisierung‘ um eine spezifische Eigenschaft der kapitalistischen Rationalität, d.h. sie kommt nur dieser Form sozialer Rationalität zu. Das Konzept lässt sich nicht einfach in dem Sinne umdrehen, dass man etwa von einer fremdreferentiell finalisierten medizinischen oder pflegerischen Rationalität reden könnte oder auch nur müsste. Das verweist auf die Besonderheit der wertförmigen Abstraktion von konkreten Gebrauchswerten: abstrakter Reichtum, der in Form von Geld selbständige Gestalt annimmt, ist *notwendig* darauf angewiesen, sich in Gebrauchswerte zu verwandeln, gegen Ware getauscht und damit in den Kreislauf geworfen zu werden, denn an sich, außerhalb der Zirkulation, ist er nichts. Eine derartige *immanent notwendige* Angewiesenheit auf eine ‚Fremdreferenz‘ findet sich in gebrauchswertbezogenen Rationalitätsformen nicht.

b) bedarfswirtschaftliche Rationalität: In ihr liegt der Zweck in einer bedarfsbezogenen Zielgröße, die mit möglichst wenig oder gegebenen *finanziellen* Mitteln erreicht werden soll. Anders als in der rein gebrauchswert-ökonomischen Rationalität basiert sie auf formaler Rationalität mittels Geldrechnung und enthält damit den potenziellen Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert.⁶¹ Diese Form der ökonomischen Rationalität ist für den öffentlichen Sektor besonders relevant, denn hier werden durch (sozial)staatliche Arrangements finanzielle Mittel bereitgestellt, um bestimmte, gesetzlich definierte Bedarfe zu decken. Hier steht also die Gebrauchswertorientierung im Vordergrund, sie bleibt jedoch abhängig von dem Maß, in dem finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, und folgt (kontextabhängig zu bestimmenden) Regeln der formalen Rationalität der Geldrechnung. Es handelt sich hier um jene Form ökonomischer Rationalität, die der einfachen Zirkulation entspricht, die ihren Endpunkt in der Befriedigung von Bedürfnissen findet. Die bedarfswirtschaftliche Rationalität, wie sie im öffentlichen Sektor, also auch in der stationären Krankenversorgung, institutionalisiert ist, erscheint somit als das, was sie ist: nicht bloßes Gegenmodell zur kapitalistischen Logik, sondern *spezifisch kapitalistische Formbe-*

60 Der Begriff der Finalisierung ist dabei allerdings problematisch, denn die ‚profitable Regeneration von Zahlungsfähigkeit‘ bleibt ja als zentrales Ziel unterstellt; bei der Fremdreferenz geht es eher um eine notwendige Spezifikation des abstrakten Ziels.

61 Es mag auf den ersten Blick irritierend erscheinen, die rein gebrauchswert-ökonomische von der bedarfswirtschaftlichen Rationalität zu unterscheiden. Ihr Sinn erhellt jedoch, wenn man sie mit Webers Unterscheidung von Natural- und Geldrechnung parallelisiert: Zwar sind beide auf Bedarfsdeckung gerichtet, doch während die rein gebrauchswert-ökonomische Rationalität auf ‚Naturalrechnung‘ basiert, beinhaltet die bedarfswirtschaftliche Rationalität, wie sie heute im Zusammenhang mit der kapitalistischen Produktionsweise institutionalisiert ist, immer auch das Moment der Geldverwendung und Geldrechnung und damit auch das Moment des Auseinandertretens von materialer und formaler Rationalität, das für unseren Zusammenhang wesentlich, in der rein gebrauchswert-ökonomischen Rationalität jedoch nicht anzutreffen ist.

stimmung des Gebrauchswertbezugs (über modifizierte Mechanismen der einfachen Zirkulation).

c) preisbezogene Rationalität: Hier geht es darum, mit möglichst wenigen oder gegebenen materiellen, sozialen und zeitlichen Mitteln möglichst großen Gewinn zu erzielen. Zum einen kann der Verkauf von Arbeitskraft diesem Typus zugeordnet werden, denn die Reproduktion der Arbeitskraft findet in der Privatsphäre gerade unter nicht-kapitalistischen Bedingungen des Einsatzes von materiellen, sozialen und zeitlichen Bedingungen statt, zugleich ist es jedoch ein zentrales Interesse von Arbeitskraftbesitzer*innen, einen möglichst hohen Lohn (Preis der Arbeitskraft) zu erhalten. Darüber hinaus stellt diese Form ökonomischer Rationalität einen Grenzfall dar, denn unter den Bedingungen der kapitalistischen Produktionsweise stehen materielle, soziale und zeitliche Mittel meist nur zur Verfügung, sofern sie gekauft werden können, setzen also auch finanzielle Mittel voraus. Als individuelle Rationalität kann sie dennoch in bestimmten Kontexten relevant werden, etwa wenn Pflegekräfte unter Rückgriff auf die äußerlich vorgegebenen materiellen, sozialen und zeitlichen Bedingungen der Arbeit auf Station versuchen, möglichst viele Fälle möglichst maximal abrechnungsrelevant zu ‚machen‘. Damit die Rationalität zum Zuge kommen kann, muss lediglich das, was ‚angeboten‘ oder produziert wird, einen Preis haben.⁶²

Diese Grundtypen ökonomischer Rationalität in Gesellschaften, in denen kapitalistische Produktionsweise herrscht, ergeben sich aus der Weiterführung der Marx'schen formtheoretischen Untersuchung der Ökonomie. In anderer Hinsicht sind sie freilich noch weiter zu differenzieren. Insbesondere ist danach zu fragen, auf welcher Ebene die Typen Anwendung finden sollen: auf der Ebene der Akteur*innen und ihrer Handlungsorientierungen, auf der Ebene von Organisationen und ihren Reproduktionsproblemen oder auf der Ebene von sozialen Feldern und ihren *nomoi* und Spielregeln.⁶³ In Anlehnung an die Weber-Interpretation von Schwinn (2001) ist davon auszugehen, dass die unterschiedlichen ökonomischen Handlungsrationitäten in unterschiedlichem Maße ordnungsfähig sind: Während die kapitalistische Rationalität in hohem Maße ordnungsbildend wirkt, wird die bedarfswirtschaftliche Rationalität nur als ‚materielle Basis‘ nicht-ökonomischer Wertsphären bzw. Lebensordnungen ordnungsbildend wirksam; die gebrauchswert-ökonomische und die preisbezo-

62 Es können auch ‚Dinge‘ einen Preis haben, die keinen Wert haben – Marx spricht in diesen Fällen von „imaginärem Preis“ (MEW 23: 117). Diejenigen Entitäten, die er mit einem imaginären Preis belegt sieht („Gewissen, Ehre usw.“), sind jedoch solche, die keiner menschlichen Arbeit bedürfen, also keine Arbeitsprodukte. Der Preis, der im Krankenhaussektor den Fällen als Pauschale administrativ angeheftet wird, fällt jedoch nicht unter diese Kategorie, denn die Behandlung von Fällen ist Verausgabung von Arbeitskraft. Es handelt sich aber nicht um Marktpreise, sondern um Rechengrößen, die sich aus statistischen Konstrukten und politischen Verhandlungen ergeben.

63 Darüber hinaus wäre der Begriff der ökonomischen Rationalität, so Kühn weiter, im „jeweils konkreten Zusammenhang [...] zumindest nach drei Dimensionen hin zu präzisieren: Erstens nach dem Bezugsrahmen (einzel- oder gesamtwirtschaftlich); zweitens nach dem Zeithorizont (kurz-, mittel- oder langfristig) und drittens nach dem sozialen Interessenbezug (im Hinblick auf welche ökonomische Interessenlage ist ein Subsystem wirtschaftlich?).“ (Kühn 1980: 96f.; ohne Hervorheb.)

gene Rationalität werden demgegenüber lediglich auf der Ebene von individuellen Handlungsorientierungen in sehr spezifischen Ordnungskontexten wirksam.

Wir wollen uns an dieser Stelle jedoch nicht tiefer in die Sumpflandschaften der Rationalitätsdiskurse begeben, die mit vielfältigen weiteren Differenzierungsangeboten aufwarten, sondern lediglich eine weitere begriffliche Unterscheidung einführen, die innerhalb des Ökonomisierungsdiskurses von Bedeutung ist und das in dieser Arbeit zugrunde gelegte Verständnis von Ökonomisierung weiter präzisiert: die Unterscheidung von Rationalisierung und Ökonomisierung.

Diese Unterscheidung lässt sich wiederum anhand der Ausführungen von Kühn verdeutlichen, der davon ausgeht, dass die Krankenhäuser generell unter einem Ökonomisierungsdruck stehen, der sich aus der „gesamtwirtschaftlichen Dynamik“ speise und „auf größere Effizienz und niedrigere Kosten“ (1980: 96) dränge. Er könne auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses zu einem Zielkonflikt führen, müsse das aber nicht notwendigerweise (vgl. ebd.: 97), denn ökonomische Rationalisierung im Sinne einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit meine zunächst einmal nur die Einsparung von lebendiger oder vergegenständlichter Arbeitszeit (ebd.: 98). Zu Zielkonflikten komme es erst dann, wenn a) Rationalisierungen mit Arbeitsintensivierungen einhergehen und b) Rationalisierungsgewinne nicht zur „Verbesserung der Gesundheitssicherung“ eingesetzt, sondern aus dem Prozess abgezogen werden: „Verbesserung der Versorgung kann also sowohl in Rationalisierungen ihre Voraussetzung haben, ebenso wie sie durch Begleiterscheinungen davon gefährdet werden kann.“ (Ebd.: 98; ohne Hervorheb.) Es scheint somit sinnvoll – im Unterschied zu anderen Studien (vgl. Pelizzari 2001: 40; Richter 2009: 38) – zwischen Rationalisierung und Ökonomisierung zu unterscheiden, denn *Rationalisierung* meint zunächst ja nur, dass ein bestimmtes Ziel nach rational bestimmten Kriterien ‚besser‘ erreicht wird, als zu einem vorherigen Zeitpunkt; es geht um eine „bewusst kalkulierende(n) Optimierung der Zweck-Mittel-Relation“ (Siegel 2003: 18). Rationalisierung setzt damit zwar voraus, dass der Zweck einer Veranstaltung genau definiert ist (vgl. Siegel 1993: 364), damit überprüft werden kann, welche Mittel ihm (im Vergleich zu anderen) am zuträglichsten sind. In eben dieser Gestalt lassen sich dann etwa Prozesse im Krankenhaus in Hinblick auf ein wertrationales, soziokulturell normiertes Versorgungsziel hin rationalisieren.⁶⁴ Dies könnte allerdings auch die Einsicht beinhalten, dass die ‚Verausgabung‘ von Zeit in konkreter Interaktion mit den Patient*innen bis zu einem gewissen Punkt deren Genesung signifikant positiv beeinflusst, so dass die Ermöglichung von zeitintensiver Zuwendung als Rationalisierungsmaßnahme gelten kann. Von ökonomischer Rationalisierung im Krankenhaus wäre dann zu sprechen, wenn es um die Umsetzung wertrational begründeter Wirtschaftlichkeit geht, die Kühn andernorts ganz im Sinne der bedarfswirtschaftlichen Rationalität zusammenfasst: „Das bestmögliche Versorgungsniveau soll [...] mit möglichst geringem Ressourceneinsatz erreicht werden. Die Patienten sollen hiernach von überflüssigen und schädli-

64 Die Verfolgung wertrational begründeter Zwecke lässt sich sowohl material als auch formal rationalisieren. Ersteres meint dabei, dass „eine Handlung oder ein Handlungsfeld so organisiert wird, daß die Ergebnisse des Handelns (...) dem normativen Standard entsprechen“, letzteres, dass verfügbares Kausalwissen systematisch zur Erzeugung alternativer Handlungsverläufe eingesetzt wird, um das Handeln (formal-zweckrational) zu ‚optimieren‘“ (Döbert 1989: 240).

chen Leistungen verschont werden.“ (2008: 303). Es kommt hier also zu keinem Zielkonflikt, vielmehr könnte man von einem ‚zwecksympathischen‘ (vgl. Rohde 1974: 193) Zusammenhang unter dem Primat des Versorgungsziels sprechen: Wert-rational begründete Wirtschaftlichkeit „ist nichts anderes als eine Ökonomie, die gesellschaftlichen Werten dient“ (Kühn 2008: 304f.).⁶⁵ Auch Geldrechnung und Haushaltsplan sind dabei formal rationale Mittel zur Erreichung eines wertrationalen Zwecks. Demgegenüber soll der Begriff der Ökonomisierung im Folgenden nicht als Prozess der Optimierung von Zweck-Mittel-Relationen, also nicht als Rationalisierungsprozess verstanden werden, sondern als Prozess, der Zielkonflikte dadurch hervorbringt, dass Tauschwertgrößen einen Zweckcharakter erhalten und sich innerhalb von wertrational begründeten Handlungsfeldern zu Gegenfinalitäten auswachsen.⁶⁶ *Ökonomisierung* ist damit als (je feldspezifische) Bewegungsform des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert zu verstehen, in der tauschwert-ökonomische Orientierungen in sozialen Feldern in den Vordergrund treten, in denen ‚Gebrauchswertorientierungen‘ als Eigenwerte institutionalisiert sind; in der sich also Tauschwertorientierungen gegenüber Gebrauchswertorientierungen verselbständigen.⁶⁷ Zielkonflikte entstehen in diesem Prozess aufgrund der Indifferenz der ökonomischen Realabstraktionen gegenüber der stofflichen Dimension gesellschaftlichen Reichtums.⁶⁸ Es geht also nicht um eine Rationalität, die sich auf den (sparsamen, effizienten oder effektiven) Einsatz materieller Ressourcen bezieht, also von Ressourcen in Gebrauchs- oder Naturalgestalt als Mitteln zu einem definierten Zweck, sondern um den sparsamen Einsatz finanzieller, also wertförmiger Ressourcen oder den gewinnbringenden Einsatz vorhandener Ressourcen als eigenständigem Ziel, das mit der wertrationalen Zielorientierung eines nicht-ökonomischen Feldes in Konflikt gerät.

65 Das schließt allerdings keineswegs aus, dass auch ökonomische Rationalisierung in sich widersprüchlich sein kann, etwa dann, wenn der Eigenwert, der die ökonomische Rationalisierung orientiert, oder seine Interpretation und Spezifikation in sich widersprüchlich ist – so kann etwa die Orientierung an einem*einer einzelnen Patient*in in Widerspruch geraten zur Orientierung an einer Gesamtheit von Patient*innen.

66 Versteht man binäre Codes wie Schimank handlungstheoretisch als Leitdifferenzen, die „Maßstäbe dafür“ liefern, „was in einem teilsystemischen Handlungszusammenhang etwas ‚zählt‘, worum sich das handelnde Zusammenwirken der involvierten Akteure dreht“ (Schimank 2009b: 194), ließe sich auch sagen, bei Rationalisierung handle es sich um eine Restrukturierung der Programmstrukturen, die den bestehenden Code spezifizieren, während Ökonomisierung ganz im Sinne von Krönig (2007) als „Nebencodierung“ eine neue ‚Leitdifferenz‘ einführt, die Irritation darüber erzeugt, worum es eigentlich geht. In diesem Sinne wirkt sie problem erzeugend, denn die „Unbestimmtheit der Situation“ ist Grundlage von Problemen und Krisen (Jaeggi 2014: 212).

67 Auf das hier angesprochene Konzept ‚gebrauchswert-geleiteter sozialer Felder‘ wird unten ausführlicher eingegangen (vgl. 3.4.2).

68 Wie Schimank treffend beobachtet, unterscheidet die Ökonomisierung sich von anderen „gesellschaftsübergreifenden Diffundierungen“ wie Verrechtlichung, Verwissenschaftlichung, Medikalisierung dadurch, dass diese „inhaltlich bestimmte und sachlich begründete Optionen“ im Horizont eines Codes untersagen, während jene „unbestimmte, substantiell völlig heterogene Ausschnitte des Horizonts [verschließt], deren einzige Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie [...] zu teuer sind“ (Schimank 2010: 49).

Das hat mehrere Implikationen: Zum einen ist keineswegs ausgeschlossen, dass der Ökonomisierungsdruck vereinzelt zu Rationalisierungsprozessen (in einem bedarfswirtschaftlichen Sinne) führt, diese sind aber nicht – wie häufig in Rechtfertigungen der Ökonomisierung zu vernehmen ist – Ausdruck seiner immanenten Logik, also kein notwendiges, sondern *kontingentes* Resultat spezifischer Umsetzungs- und Konkretisierungsstrategien der abstrakten, tauschwertbezogenen Zielorientierungen. Die Übergänge zwischen ökonomischer Rationalisierung und Ökonomisierung können also fließend und schwer erkennbar sein, dennoch handelt es sich um unterschiedliche soziale Prozesslogiken: Während erstere auf die Optimierung der Zielerreichung gerichtet ist, terminiert letztere in Zielkonflikten.⁶⁹ Zum zweiten ist ‚Ökonomisierung‘ anders als im Stufen- oder Verkehungsmodell durch den Bezug auf das Widerspruchskonzept nicht nur als ein Prozess-, sondern auch als ein *Relationsbegriff* konzipiert: Der Bezug auf das ‚Worin‘ oder ‚Wogegen‘ des Ökonomisierungsprozesses ist konzeptionell verankert, was den Blick auf die ihm immanente Konfliktualität lenkt. Zum dritten sind Prozesse der Ökonomisierung damit nicht auf ‚Kapitalisierung‘ beschränkt, d.h. es wäre, um es noch einmal zu betonen, zu einfach im Anschluss an Marx’ Unterscheidung der Zirkulationsformen zu behaupten, Ökonomisierung bedeute die Verkehrung von Prozessen der einfachen Zirkulation in solche der Kapitalzirkulation.⁷⁰ Der hier entwickelte Interpretationsrahmen zielt vielmehr darauf zu verdeutlichen, dass die Tauschwertbezüge sozialer Verhältnisse vielfältig und mehrdeutig sind – und gerade deshalb der begrifflichen Differenzierung bedürfen. D.h. Ökonomisierung kann auch dort stattfinden, wo – wie etwa bei Kostensenkungsmaßnahmen in öffentlichen Krankenhäusern – Geld als Geld (und nicht als Kapital) relevant wird, denn auch dann ist bereits der realabstraktive Charakter, der allen Wertformen zukommt, wirksam; auch dann geraten Tauschwertorientierungen in Konflikt mit Gebrauchswertorientierungen. Wie genau dies *in praxi* der Fall ist, muss jedoch empirisch untersucht werden. An dieser Stelle kommt also der heuristische Charakter des hier zugrunde gelegten Konzepts von Ökonomisierung zum Tragen, denn es strukturiert die Fragen, mit denen das empirische Material zum Sprechen gebracht wird (siehe Kap. 6 und 7): Wie werden in der alltäglichen Praxis der Krankenhauspflegerkräfte Tauschwertbezüge konkret relevant? Inwiefern rücken sie in der

69 Mit der Unterscheidung von ökonomischer Rationalisierung und Ökonomisierung lassen sich einige Differenzierungsversuche angemessener umsetzen, als dies in der bisherigen Literatur geschehen ist. Braun et al. (2010: 239f.) fassen etwa beide Prozesslogiken mit dem Ökonomisierungsbegriff, in der Einheit des Begriffs geht jedoch ein wesentlicher Unterschied in der Sache verloren.

70 Diese Maximalform der Ökonomisierung liegt im Krankenhaussektor im Prinzip nur in Fällen vor, in denen Krankenhäuser von kapitalistischen Unternehmen übernommen, also (materiell) privatisiert werden. Insofern greift die Charakterisierung von Ökonomisierung als Mittel-Zweck-Verkehrung (vgl. Simon 2001: 24; Kühn 2004: 26) zu kurz, denn – abgesehen davon, dass die Frage offen bleibt, wie sich die zum Zweck verkehrten Mittel zum ‚ursprünglichen‘ Zweck verhalten – macht es keinen guten Sinn zu sagen, dass medizinische und pflegerische Leistungen eingesetzt werden, *um zu sparen*. Mit der begrifflichen Unterscheidung von Ökonomisierung und Kommerzialisierung, wie Kettner (2010/2011) sie vorgeschlagen hat, lässt sich ebenfalls nur diese Maximalform der Ökonomisierung fassen.

Alltagspraxis gegenüber multiplen Gebrauchswertbezügen in den Vordergrund? Wo entstehen daraus welche Probleme? Welche Routinen gibt es, mit ihnen umzugehen? Und wo brechen Konflikte auf?

Mögen die Kategorien der Wirtschaftssoziologie Webers zunächst auch differenzierter wirken als die Marx'schen, so liegt ein Vorteil des Konzepts des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert für die empirische Rekonstruktion von Ökonomisierungsprozessen gerade in seiner Abstraktheit – sie bringt eine Offenheit gegenüber dem Material mit sich, die es ermöglicht empirisch zu rekonstruieren, inwiefern und in welcher konkreten Gestalt überhaupt Tauschwertorientierungen in nicht-kapitalistischen gesellschaftlichen Feldern, im vorliegenden Fall: im Krankenhaus, anzutreffen sind (vgl. 6.2). Auf dieser Grundlage kann dann diskutiert werden, ob diese sich gegenüber den Gebrauchswertorientierungen verselbständigt haben und insofern ‚Ökonomisierung‘ festzustellen ist oder nicht. Ein zweiter Vorteil ist darin zu sehen, dass mit dem Konzept des Widerspruchs der Blick von vornherein auf die Prozessualität, Dynamik und Konfliktualität von Ökonomisierungsprozessen gelenkt wird, die sowohl im Stufenmodell wie auch im Verkehrsmodell der Ökonomisierung tendenziell untergehen, denn Ökonomisierungsprozesse sind nicht, wenn sie einmal stattgefunden haben, fraglos vorhanden und abgeschlossen, sondern müssen stets weiter gegen feldspezifische Gebrauchswertorientierungen durchgesetzt werden, schließlich handelt es sich nicht um ein bloßes Nebeneinander zweier Orientierungen, sondern um ein konfliktives In- und Gegeneinander.

Dass dieses Konzept eine differenzierte Analyse ermöglicht, soll im weiteren Verlaufe der Arbeit noch ausführlicher deutlich gemacht werden. Im nächsten Schritt gilt es allerdings erst einmal zu zeigen, inwiefern die Marx'sche Kritik der politischen Ökonomie und damit das Konzept des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert mit differenzierungstheoretischen Ansätzen zu verbinden ist, wie in diesem Abschnitt bereits implizit durch die Referenz auf den Feldbegriff vorweggenommen wurde. Denn wäre eine solche Verbindung nicht möglich, würde der Nutzen der Marx'schen Theorie für die Erforschung von Ökonomisierungsprozessen in Frage stehen.

3.3 ANSATZPUNKTE EINER DIFFERENZIERUNGSTHEORETISCHEN MARX-LEKTÜRE

Es wurde gezeigt, dass Marx mit seiner – wenn auch unvollendet gebliebenen – Kritik der politischen Ökonomie eine elaborierte Theorie (und Kritik) der modernen Wirtschaft als eines Formzusammenhangs vorgelegt hat, der auf spezifischen Vergesellschaftungsbedingungen der Arbeit beruht (die sowohl Voraussetzung wie stets neu produziertes Resultat dieses Zusammenhangs sind). Sie löst ein, was in Schimanks Konzeption der modernen Gesellschaft zwar angesprochen wird, aber theoretisch unzulänglich bleibt: Sie arbeitet systematisch die Differenz von Geld als Geld und Geld als Kapital heraus, erklärt die Verbreitung des ersteren aus der Dynamik des letzteren und zeigt, wie diese Dynamik auf den sozialen Grund der Trennung der

Produzent*innen von den Produktionsmitteln und der Entstehung der Lohnarbeit zurückzuführen ist. Sie bietet somit eine Grundlage, um das für eine Theorie der Ökonomisierung aufgestellte zweite Kriterium, eine ‚Theorie der Wirtschaft‘ zu benötigen, zu erfüllen. Offen ist demgegenüber jedoch, inwiefern sie Möglichkeiten bereithält, sie in Richtung des ersten Kriteriums, also einer Theorie gesellschaftlicher Differenzierung, weiterzudenken. Es geht an dieser Stelle jedoch nicht darum, *en détail* eine materialistische oder kritische Differenzierungstheorie zu entwerfen oder Probleme und Vorteile verschiedener differenzierungstheoretischer Ansätze gegeneinander zu diskutieren und abzuwägen; ebenso wenig soll hier eine umfassende (Differenzierungs-)Theorie des Gesundheitswesens entwickelt werden. Ziel ist es vielmehr lediglich, die gesellschaftstheoretischen Hintergrundannahmen sowie die begriffliche Konstellation explizit zu machen, die den späteren Blick auf die Empirie strukturieren. Es geht also vor allem darum zu begründen, warum und mit welchen Erweiterungen es im Kontext der Ökonomisierungsforschung gewinnbringend ist, den Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert als heuristisches Mittel zu verwenden. Dieser Ansatz folgt der Überzeugung, dass die rein theoretische Konstruktion gesellschaftlicher Zusammenhänge nur von begrenztem Erfolg und Wert ist – sie kann im schlechtesten Fall (ganz im Sinne funktionaler Differenzierung) dazu führen, dass sie nur noch theorieimmanente Probleme zu bearbeiten versucht, sich so gegen ihren realen, gesellschaftlichen Erfahrungsgehalt abschottet und vergisst, konkrete Gesellschaftsanalyse zu betreiben. Ziel dieser Arbeit ist jedoch primär letztere und insofern wird der Raum für die Theoriediskussion hier nur begrenzt eröffnet.

3.3.1 Differenzierung von kapitalistischer Ökonomie und politischem (Rechts-)Staat

Explizit differenzierungstheoretisch wurde Marx – ebenso wie der gesamte heterodoxe Marxismus – bisher so gut wie gar nicht gelesen, gelten seine Theorie und der Marxismus doch als Denkansätze, die den Klassenantagonismus und die Dominanz des Kapitals über die Gesellschaft in den Vordergrund stellen und all überall nur eine kapitalistische Dynamik, wenn nicht gar eine gesetzmäßige kapitalistische Entwicklungslogik walten sehen.⁷¹ Umgekehrt galten in der marxistischen Theorietradition

71 Es gibt innerhalb des Marxismus allerdings durchaus Ansatzpunkte für ein differenzierungstheoretisches Denken, das sich selbst allerdings nie so verstanden hat. Hier ist vor allem an den strukturalen Marxismus Althusser zu denken. Aber auch in der hegelmarxistischen Tradition kann man fündig werden – so hat etwa Lukács trotz seiner Fokussierung auf die Warenform, Weber rezipierend, durchaus auf Momente der Differenzierung von „Teilsystemen“ hingewiesen (vgl. Lukács 1970: 191ff.). Ein Fall für sich wäre die Gesellschaftstheorie Adornos, in der nicht nur der Begriff des Funktionszusammenhangs – in Abgrenzung zu Parsons‘ Funktionalismus – sehr präsent ist. Darüber hinaus ließen sich Adornos Untersuchungen zur Eigenständigkeit und -logik von Wissenschaft, Kunst und Musik mit differenzierungstheoretischem Interesse lesen, wobei seiner musikoziologischen Vorlesung über „Vermittlung“ eine Schlüsselrolle zukommen könnte (vgl. Adorno 1973b: 394ff.), denn mit dieser Kategorie versucht Adorno das Verhältnis der immanenten Logik musikalischer Probleme zu ihrer gesellschaftlichen Konstitution zu bestimmen. Zu

differenzierungstheoretisch verfahrenende Soziologien lange Zeit als harmonistisch, konservativ und herrschaftsblind. Erst in jüngerer Zeit sind Arbeiten entstanden, in denen unter Rekurs auf die auch hier verfolgte formtheoretische Marx-Lektüre an differenzierungstheoretische Diskursstränge Anschluss gesucht wurde.⁷² Hierzu zählen einerseits die bereits herangezogenen Arbeiten von Lars Meyer (2005) und Hanno Pahl (2008), die in ihrer Marx-Lektüre beide an Helmut Reichelt (vgl. grundlegend 1970) anschließen, sowie andererseits – wenn auch sehr rudimentär – von Urs Lindner (2014), der Marx mit dem *critical realism* zu verknüpfen versucht. Die dieser Arbeit zugrundeliegende differenzierungstheoretische Perspektive soll im Folgenden in Auseinandersetzung mit diesen Ansätzen entwickelt werden.

3.3.1.1 Zur Trennung von Staat und bürgerlicher Gesellschaft in Marx' Frühschriften

Insbesondere Lars Meyer und Hanno Pahl verweisen darauf, dass sich bereits in den Marx'schen Frühschriften wichtige Ansatzpunkte für das „Programm einer differenzierungstheoretischen Marx-Lektüre“ (Meyer 2005: 251) finden lassen, wobei es primär um jene Arbeiten geht, in denen Marx sich mit dem Gesellschaftsbegriff Hegels auseinandersetzt, dessen Rechtsphilosophie als eine der ersten systematischen Reflexionen auf die Erfahrung gesellschaftlicher Differenzierung gelten kann. Diese frühen Schriften sollen hier zumindest kurz thematisiert werden, denn: „Der differenzierungstheoretische Status der Marx'schen Argumentation wird vor dem Hintergrund der Analyse des Gesellschaftsbegriffs im Marx'schen Frühwerk klarer.“ (Meyer 2005: 251f.)

Marx greift Hegels Unterscheidung von politischem Staat und bürgerlicher Gesellschaft kritisch auf, er hält sie zum einen als Bestimmung der wesentlichen, objektiven Struktur der modernen Gesellschaft für richtig (vgl. auch Pahl 2008: 44), kritisiert jedoch die Verkehrung in Hegels Begründung dieser Trennung, die daher rühre, dass es Hegel nicht um die „Logik der Sache“, sondern um „die Sache der Logik“ zu tun sei: „Die Logik dient nicht zum Beweis des Staates, sondern der Staat dient zum Beweis der Logik.“ (MEW 1: 216)⁷³ Hegel denke die Trennung als Resultat der Be-

fragen wäre also, welche differenzierungstheoretischen Hintergrundannahmen seine Konzeption der „Kommerzialisierung der Musik durch die bestehende Kulturindustrie“ (Adorno 1973a: 53) impliziert. Im Kontext der vorliegenden Arbeit werden jedoch nur aktuellere, an Marx produktiv anschließende Arbeiten rezipiert, die explizit differenzierungstheoretische Überlegungen aufgreifen, da ihnen – anders als den älteren marxistischen Ansätzen – eine Marx-Interpretation zugrunde liegt, die der hier dargelegten sehr ähnlich ist (zu den problematischen Aspekten der musiktheoretischen Adaption Marx'scher Kategorien durch Adorno vgl. Braunstein 2016: 91-128).

72 Andererseits häufen sich in den letzten Jahren auch die Versuche, Luhmanns Systemtheorie zu einer kritischen Theorie zu modellieren (vgl. etwa Amstutz/Fischer-Lescano 2013; Möller/Siri 2016; Scherr 2015).

73 Marx greift bereits hier kritisch die Hegelsche Unterscheidung von Form und Inhalt auf, die Verkehrung und Mystifikation ihres Verhältnisses wird kritisiert: „[D]ie ganze abstrakte Formbestimmung erscheint als der konkrete Inhalt. Das Wesen der staatlichen Bestimmungen ist nicht, daß sie staatliche Bestimmungen, sondern daß sie in ihrer abstraktesten Gestalt als logisch-metaphysische Bestimmungen betrachtet werden.“ (MEW 1: 216)

wegung des Geistes als überindividuellem, metaphysischem Subjekt. Er habe ‚die Idee‘ versubjektiviert und damit die Familie und die bürgerliche Gesellschaft, die Marx als die wirklichen Träger des Staates betrachtet, nicht in ihrer Besonderheit erfasst, sondern lediglich als Prädikate der zum Subjekt verkehrten Idee behandelt; ihre empirische Existenz werde zu „unwirklichen, anderes bedeutenden, objektiven Momenten der Idee“ (MEW 1: 206) mystifiziert. Hegel begreife damit „entgegen dem Anspruch seiner Theorie, die Wirklichkeit nicht aus ihr selbst“, sondern indem er sie „auf die abstrakten Kategorien eines in der Logik ‚mit sich fertig gewordenen Denkens‘ (MEW 1: 213) bezieht“ (Arndt 1985: 30f.).

Marx begründet die Trennung zwar noch nicht durch Rekurs auf die Produktionsverhältnisse der bürgerlichen Gesellschaft, aber er lässt die wirklichen Subjekte als Träger gesellschaftlicher Verhältnisse zu ihrem Recht kommen – sie sind es, die ihre Gesellschaftlichkeit in der Doppelstruktur hervorbringen, nicht ‚die Idee‘. Zur Begründung der Trennung greift er jedoch weiterhin auf eine philosophische Kategorie zurück, die des Gattungswesens, dem die wirklichen Subjekte unter den gegebenen historischen Bedingungen nur in entfremdeter Gestalt Ausdruck verleihen könnten. Im Rahmen dieser „anthropo-ontologischen Konstruktionen“ (Wallat 2009: 119) gilt ihm die Absonderung des Staates von der Gesellschaft als die zentrale Entfremdungs- und Herrschaftsstruktur (vgl. Meyer 2005: 243, Maihofer 1992: 90). Diese wirklichen Subjekte führten aufgrund der Trennung von politischem Staat und bürgerlicher Gesellschaft eine entfremdete Doppelexistenz: Sie seien einerseits Privatmensch, andererseits Gemein(schafts)wesen:

„Wo der politische Staat seine wahre Ausbildung erreicht hat, führt der Mensch nicht nur im Gedanken, im Bewußtsein, sondern in der Wirklichkeit, im Leben ein doppeltes, ein himmlisches und ein irdisches Leben, das Leben im politischen Gemeinwesen, worin er sich als Gemeinwesen gilt, und das Leben in der bürgerlichen Gesellschaft, worin er als Privatmensch tätig ist, die andern Menschen als Mittel betrachtet, sich selbst zum Mittel herabwürdigt und zum Spielball fremder Mächte wird.“ (MEW 1: 354f.)

In seinem Artikel *Zur Judenfrage*, aus dem dieses Zitat stammt, zeigt Marx, wie die Religion – im soziologischen Diskurs eine(s) der ausdifferenzierten Wertsphären (Weber), sozialen Felder (Bourdieu) oder Funktionssysteme (Luhmann) der Moderne – durch die Trennung des Staates von der bürgerlichen Gesellschaft von einer das Gemeinwesen bestimmenden Struktur zu einer bloßen „Privatschrulle“ degradiert wird (vgl. auch Meyer 2005: 247ff.). Das ist ihre spezifisch moderne gesellschaftliche Form. Die politische Emanzipation erwirkt nicht die Freiheit von der Religion, sondern die Freiheit zur Religion als Menschenrecht: „Der Mensch wurde daher nicht von der Religion befreit, er erhielt die Religionsfreiheit.“ (MEW 1: 369) Die Sphäre der Religion wird so innerhalb der bürgerlichen Gesellschaft verortet:

„Die Differenz zwischen dem religiösen Menschen und dem Staatsbürger ist die Differenz zwischen dem Kaufmann und dem Staatsbürger, zwischen dem Tagelöhner und dem Staatsbürger, zwischen dem Grundbesitzer und dem Staatsbürger, zwischen dem *lebendigen Individuum* und dem *Staatsbürger*. Der Widerspruch, in dem sich der religiöse Mensch mit dem politischen Menschen befindet, ist derselbe Widerspruch, in welchem sich der *bourgeois* mit dem *citoyen*,

in welchem sich das Mitglied der bürgerlichen Gesellschaft mit seiner *politischen Löwenhaut* befindet.“ (Ebd.: 355)

Bemerkenswert ist dabei angesichts des Gepräges des soziologischen Bildes von Marx, dass dieser anschließend zu den Voraussetzungen des politischen Staats sowohl *materielle* – „wie das Privateigentum etc.“ – als auch *geistige* – „wie Bildung, Religion“ – zählt (ebd.: 355). Die bürgerliche Gesellschaft ist damit – anders als Meyer und Pahl tendenziell unterstellen – nicht einfach auf ‚die Ökonomie‘ als der materiellen Sphäre zu reduzieren, sondern als in sich differenzierte zu begreifen, wobei innerhalb der bürgerlichen Gesellschaft noch einmal die Differenz von materiellen und geistigen Privatinteressen eingezogen ist.⁷⁴ Den „weltlichen Widerstreit“ von *citoyen* und *bourgeois* versteht Marx als „Widerstreit zwischen dem *allgemeinen* Interesse und dem *Privatinteresse*“ (ebd.: 355f.). Interessen, die sich in den Sphären der Ökonomie, der Bildung und der Religion konstituieren, haben beim jungen Marx ihren sozialen Ort also innerhalb der bürgerlichen Gesellschaft und nehmen die Form des Privatinteresses an. Die Individuen haben als in diesen Formen vergesellschaftete einerseits das Recht auf Verfolgung besonderer Interessen, die an privaten Zwecken und Werten, also an der Gestaltung der privaten Lebensführung orientiert sein können – dann verhalten sie sich als Privatmensch – oder andererseits am Gemeinwohl und der Gestaltung des Gemeinwesens orientiert sein können – dann verhalten sie sich als Staatsbürger*in.⁷⁵

Ohne die Idee der Verdopplung der Gesellschaft in Staat und bürgerliche Gesellschaft im Detail zu rekonstruieren (vgl. Reichelt 2008b), sei festgehalten, dass bereits dem jungen Marx die Trennung von Staat und bürgerlicher Gesellschaft als „Basaldifferenz“ (Pahl 2008: 52) der modernen Gesellschaftsstruktur gilt, die zugleich mit einer modernetypischen Form der Individuierung einhergeht, die die Individuen als Privatmensch und Staatsbürger*in, *bourgeois* und *citoyen*, setzt.

In dieser frühen Marx’schen Konzeption ist, wie erwähnt, die Entfremdungs- und Herrschaftsstruktur noch primär politisch bestimmt, erst in den anschließenden Schriften – beginnend mit den *Ökonomisch-philosophischen Manuskripten* – gewinnt

74 Gleichzeitig ist es das Ziel von Marx, die Formen des philosophischen, moralischen und eben religiösen Bewusstseins, die gerade als *Voraussetzungen* des politischen Staates behandelt wurden (und damit als Elemente des weltlichen Widerstreits), als *Resultat* des weltlichen Widerstreits von politischem Staat und bürgerlicher Gesellschaft zu begreifen, denn dieser bezeichnet den zentralen Entfremdungsmechanismus der Moderne. Damit verfährt Marx hier nicht nach dem Muster einer Kausalanalyse, sondern formuliert bereits ansatzweise eine Totalitätsanalyse, in der Voraussetzungen (der Analyse) zugleich als Resultate nachzuweisen sind.

75 Diese Differenz wird dann noch einmal in sich gefaltet, denn die Privatmenschen sind zugleich Staatsbürger, aber die einen Arbeiten zugleich als Staatsbeamte und nicht als ‚Privatmensch‘, so dass es zu einem „doppelten Staatsbürgertum“ kommt; gegenüber der „reellen Wirklichkeit“ türmt sich eine „bürokratische Wirklichkeit“ auf (MEW 1: 186). Zudem taucht, was Marx in seinen frühen Schriften allerdings noch nicht thematisiert, diese Unterscheidung in der Gebrauchswertdimension von Arbeitsprodukten wieder auf, und zwar im Unterschied von bloß individuellem Nutzen und Gemeinnutz; dieser Unterschied kann sich bis zum Widerspruch zuspitzen.

Marx zunehmend Einsicht in den bestimmenden Charakter der materiellen Lebensverhältnisse im Sinne der Vergesellschaftungsbedingungen der Arbeit, aus denen sich dann die Trennung in Staat und bürgerliche Gesellschaft begründen lässt.⁷⁶ Um dieses materialistische differenzierungstheoretische Programm tiefer gehend zu erschließen, muss also zum Diskurs der Kritik der politischen Ökonomie zurückgekehrt werden, denn neben der Diskussion der Trennung von Staat und bürgerlicher Gesellschaft in den Frühschriften bietet die ‚ausgereifte‘ Marx’sche Formtheorie einen zweiten systematischen Anknüpfungspunkt für differenzierungstheoretische Überlegungen. Sie erlaubt es, die Trennung von politischem Staat und kapitalistischer Ökonomie (als Teil dessen, was zuvor als bürgerliche Gesellschaft thematisiert wurde) auf theoretisch höherem Niveau aufzugreifen und sie als *spezifische Form* der Produktionsverhältnisse zu begreifen. Ein Hinweis darauf liegt schon darin, dass Marx in seinem Forschungsprogramm zur Kritik der politischen Ökonomie ein Buch über den Staat vorgesehen hatte, das er jedoch bekanntlich nie geschrieben hat. Diese Leerstelle wurde in den 1970er Jahren im Zuge der sogenannten Staatsableitungsdebatte zu füllen versucht. Die Marx’sche Formtheorie und -kritik aufgreifend, wurden verschiedene Wege der Begründung einer materialistischen Staats- und Rechtstheorie und damit der modernetypischen Trennung von politischem (Rechts-)Staat und kapitalistischer Ökonomie diskutiert.⁷⁷ Diese Debatte kann also im Rahmen einer differenzierungstheoretischen Marx-Lektüre als Fortführung der frühen Marx’schen Differenzierungstheorie auf dem – zumindest dem Anspruch nach – theoretischen Reflexionsniveau der Kritik der politischen Ökonomie interpretiert werden. Um zu verdeutlichen, inwiefern sie eine differenzierungstheoretische Reinterpretation anleiten kann und mit welchem Blick später auf das empirische Material geschaut wird, ist es hinreichend, die generelle Perspektive oder den allgemeinen *modus operandi* der materialistischen Staatstheorie nachzuvollziehen, ohne sich in die Details der ‚Ableitung‘ spezifischer Staatsfunktionen und -tätigkeiten oder der Diskussion um Legitimationsprobleme zu verstricken. Es sollen lediglich Ergebnisse der Debatte aufgegriffen und für den Blick auf die Dynamik im Krankenhausesektor fruchtbar gemacht werden.

3.3.1.2 Zur Formtheorie der Trennung von kapitalistischer Ökonomie und politischem (Rechts-)Staat

Ein zentrales Thema, um das sich die Debatte drehte, wurde bereits in den 1920er Jahren durch den sowjetischen Rechtstheoretiker Eugen Paschukanis aufgeworfen. In

76 Diese Trennung wird von Marx in den Frühschriften zunächst aus dem philosophischen Diskurs aufgenommen. In seiner Kritik der Philosophie zeichnet sich dann als Marx eigene Begründung der Trennung ein immer noch philosophischer, nicht gesellschaftstheoretischer Ansatz ab, in dem das Gattungswesen eine zentrale Rolle spielt: Marx unterstellt das Gattungswesen oder Gattungswesen als wirkliches und damit wirksames, aber es sei in entfremdeter Form, nämlich getrennt von den wirklichen Subjekten verwirklicht; die wirkliche Existenz der Individuen als egoistisch-vereinzelte macht es notwendig, dass ihr Gattungswesen, ihre Allgemeinheit, sich ihnen gegenüber im politischen Staat verselbständigt darstellt.

77 Einen Überblick geben Kannankulam (2000) und Elbe (2008: 319ff.).

Anlehnung an die Marx'sche Formanalyse fragte er, warum die „Klassenherrschaft“ in kapitalistischen Gesellschaften nicht das bleibe, „was sie ist“:

„die faktische Unterwerfung eines Teils der Bevölkerung unter den anderen? Warum nimmt sie die Form einer offiziellen staatlichen Herrschaft an oder – was dasselbe ist – wird der Apparat des staatlichen Zwangs nicht als privater Apparat der herrschenden Klasse geschaffen, sondern spaltet sich von der letzteren ab und nimmt *die Form eines unpersönlichen, von der Gesellschaft losgelösten Apparates der öffentlichen Macht* an?“ (Paschukanis 1970: 119f.; Hervorheb. R.M.)

Oder anders: Warum tritt die Herrschaft des Kapitals zugleich als Herrschaft des unpersönlichen, abstrakt-allgemeinen Gesetzes auf?

Grundlegend für die materialistische Staats- und Rechtstheorie ist die Annahme, dass die Existenz und Fortexistenz, also die Reproduktion der kapitalistischen Produktionsweise, aus mehreren Gründen davon abhängig ist, dass es eine außerökonomische Instanz gibt, in der sich einerseits, in den Worten Max Webers, das ‚Monopol auf die legitime physische Gewaltsamkeit‘ konzentriert und die andererseits – ähnlich wie das Geld – als verobjektivierte und verdinglichte Form in diesem Falle nicht der Gesellschaftlichkeit der Arbeit, sondern der politischen Gemeinschaftlichkeit die Widersprüche der kapitalistischen Produktionsweise prozessierbar macht (vgl. Hirsch 1994: 161). Einen ersten zentralen Ansatzpunkt zur Begründung der Besonderung⁷⁸ der politischen Gemeinschaftlichkeit besitzt die Formanalyse des Staates bereits auf der Marx'schen Darstellungsebene der einfachen Zirkulation: im Austauschprozess. Marx hält hier fest, dass die Waren sich nicht allein zu Markte tragen können, vielmehr seien sie dazu auf die „Warenhüter“ angewiesen. Im Austausch als realem, tagtäglich unzählige Male vollzogenem Prozess werden nicht nur die Waren und die in ihnen vergegenständlichten Arbeiten über die Wertform einander gleichgesetzt, sondern im selben Zuge setzen sich auch die Waren- (oder Geld-)Besitzer*innen über die Rechtsform einander als Personen gleich – neben die „Beziehung der Dinge“ über die Wertform des Geldes tritt die „Beziehung der Personen“ (Blanke et al. 1975: 420) über das Recht:

„Um diese Dinge als Waren aufeinander zu beziehn, müssen die Warenhüter sich zueinander als Personen verhalten, deren Willen in jenen Dingen haust, so daß der eine nur mit dem Willen des andren, also jeder nur vermittelt eines, beiden gemeinsamen Willensakts sich die fremde

78 Mit der Besonderung oder Trennung ist zunächst gemeint, dass gesellschaftliche Herrschaft sich aufteilt in ökonomische und politische Verfügungsgewalt. Beide sind in der Moderne formell voneinander getrennt, politische Macht zu besitzen bedeutet nicht mehr zugleich unmittelbar auch ökonomische Macht zu besitzen und *vice versa* (vgl. Fisahn 2016: 15). Das schließt keineswegs mehr oder weniger gut funktionierende Übersetzungen aus, dafür gibt es unüberschaubares Anschauungsmaterial, aber es handelt sich eben um Übersetzungen (die allerdings meist unter Korruptionsverdacht stehen; vgl. Gerstenberger 2006: 518) – Nichtidentität ist dabei vorausgesetzt. Kurz: „Der Unternehmer ist nicht wegen seiner Funktion als Unternehmer auch ‚automatisch‘ Herr des Lohnarbeiters jenseits der Fabrik“ (Fisahn 2016: 89) – und politische Macht beruht nicht auf der Verfügung über Produktionsmittel und fremde Arbeit.

Ware aneignet, indem er die eigne veräußert. Sie müssen sich daher wechselseitig als Privateigentümer anerkennen. Dies Rechtsverhältnis, dessen Form der Vertrag ist, ob nun legal entwickelt oder nicht, ist ein Willensverhältnis, worin sich das ökonomische Verhältnis widerspiegelt.“ (MEW 23: 99)

Der Austauschprozess ist die „Vermittlung, wodurch die Subjekte eben als Austauschende, Gleiche, und ihre Objekte als Äquivalente, gleiche, gesetzt werden.“ (MEW 42: 167) So zumindest verläuft der Prozess vom Standpunkt der ökonomischen oder der Formseite. Der gebrauchswertseitige Inhalt jedoch, „der außerhalb der ökonomischen Formbestimmung fällt“ (ebd.: 168), ist ein anderer. Ohne ihn käme kein Austausch zustande, denn erst die gebrauchswertförmige Verschiedenheit der Waren und die besondere Bedürftigkeit der Austauschenden motiviert diese zum Austausch;⁷⁹ es ist ihr eigener, *besonderer* Wille, der sich im Austausch realisiert. Damit ist nicht nur die *Gleichheit* der Austauschenden vorausgesetzt, sondern ebenso ihre *Freiheit* (vgl. ebd.: 169) – dem Austausch inhärent als Rechtsverhältnis, dessen Form der Vertrag ist, ein Verhältnis freier Willen, die einander als solche anerkennen.⁸⁰ Auf der Ebene des einfachen Austauschprozesses sind somit *Wertform* und *Rechtsform* als *zentrale Vermittlungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Wert* dechiffriert. Er erscheint im Individuum („Warenhüter“) wieder als Widerspruch von privaten Interessen (besonderer Wille), die an die Gebrauchswertseite gekoppelt sind – denn nur in dieser Hinsicht unterscheiden sich die Warenbesitzer*innen, wie sie im einfachen Austauschprozess aufeinander bezogen sind – und dem gemeinsamen Interesse an der Absicherung der in der Praxisform des Austauschs implizit unterstellten wechselseitigen Anerkennung als freie und gleiche Warenbesitzer*innen bzw. Privateigentümer*innen (gemeinsames Willensverhältnis) (vgl. auch MEW 3: 33; Reichelt 1970: 63f.).⁸¹ Der bereits aus den Frühschriften bekannte Unterschied von Privatinteressen und allgemeinen Interessen betritt hier also erneut die Bühne, findet nun aber seine

79 Auf dieser Ebene der Zirkulation bewegt sich die Marx'sche Betrachtung tatsächlich recht nah an dem, was Luhmann später entwickeln sollte – auch bei letzterem gehören die Bedürfnisse zur Umwelt jenes operativ geschlossenen Systemzusammenhang, der über den Code zahlen/nicht-zahlen hergestellt wird (vgl. Luhmann 1988: 59).

80 „Obgleich das Individuum A Bedürfnis fühlt nach der Ware des Individuums B, bemächtigt es sich derselben nicht mit Gewalt, noch vice versa, sondern sie erkennen sich wechselseitig an als Eigentümer, als Personen, deren Willen ihre Waren durchdringt. Danach kommt hier zunächst das juristische Moment der Person herein und der Freiheit, soweit sie darin enthalten ist. Keines bemächtigt sich des Eigentums des andren mit Gewalt. Jedes entäußert sich desselben freiwillig.“ (MEW 42: 169; vgl. auch Stein 2012)

81 Was hier noch auf der Ebene einzelner Warenbesitzer*innen formuliert wird, gilt modifiziert auch für Organisationen, die in der Moderne als eigenständige juristische Personen Handlungsfähigkeit entfalten und zu korporativen Akteuren (vgl. Coleman 1979) werden. „Der korporative Akteur in Form der juristischen Person (als Rechtseinheit) entpersonalisiert und anonymisiert den Akkumulationsprozess von Kapital, da sich durch ihn ein von den natürlichen Personen unabhängiges Dauereigentum bilden kann, das dann wiederum die akkumulationsfähige Basis für immer weitergehende Aneignungsprozesse bildet.“ (Tauchnitz 2004: 22f.) Die für Marx noch typische Identifikation von Unternehmen und Unternehmer/Kapitalist löst sich damit auf.

Begründung in der ökonomischen Praxis des Warentauschs, nicht in der Entfremdung vom Gattungswesen. Dieser Widerspruch von besonderen und allgemeinen Interessen, der notwendig mit dem Austauschprozess als der abstrakten Oberfläche der kapitalistischen Ökonomie gesetzt ist, kann nur Bestand haben, d.h. eine Bewegungsform finden, wenn das gemeinsame Interesse oder Willensverhältnis jenseits des Tauschzusammenhangs wahrgenommen wird. Denn in diesem treten sich die Individuen nur als privat-interessierte Warenbesitzer*innen gegenüber;⁸² die Sicherung der rechtsförmigen Beziehungen kann nur in Form von Zwang oder Gewalt *jenseits* des Tauschzusammenhangs stattfinden (vgl. Sauer 1978: 27f.), muss sich also diesem gegenüber verselbständigen, sofern er reproduktionsfähig sein soll. Diese außerökonomische Zwangsgewalt ist somit eine, „die keinem besonderen gehört, über allen steht und sich an alle richtet“ (Paschukanis 1970: 126).

Die *Form* der Rechtsbeziehung, wie sie im Austauschprozess praktisch mit gesetzt ist, begründet somit die *Funktion* der außerökonomischen Zwangsgewalt.⁸³ Damit ist aber – wie Blanke et al. (1975: 421) zu Recht feststellen – „noch keine konkrete Struktur Staat“ abgeleitet. Es müssen also „bestimmte Formprinzipien entwickelt werden, die diese Zwangsgewalt einhalten muß, um der Form der Ware adäquat zu sein. Diese finden sich im Begriff des allgemeinen Gesetzes, der *generellen Norm*“ (ebd.: 421). Die Beziehung des von der Ökonomie abgetrennten Staates auf die Ökonomie ist also nur dann der Warenform adäquat, wenn sie die Form des allgemeinen Gesetzes annimmt, wobei allgemein meint, dass es die Qualität besitzt, unpersönlich, abstrakt und öffentlich zu sein. Diese allgemeinen Gesetze sind freilich nicht einfach vorhanden, sondern müssen gesetzt (legislative Funktion) sowie durchgesetzt und konkretisiert (exekutive Funktion) werden, wobei gleichzeitig entschieden werden muss, was Recht, was Unrecht ist (judikative Funktion). Die abstrakt-allgemeine Form des Rechts hat also „institutionelle Konsequenzen“ (Fisahn 2016: 68) in der funktionalen Trennung der Staatsgewalten. Als weiteres, der Warenform adäquates Medium staatlichen Handelns steht das Geld zur Verfügung, dass er entweder qua *Steuerrecht* – basierend auf dem Steuermonopol (vgl. Krätke 1991) – von der Kapitalbewegung abschöpft, über Gebühren für spezifische Dienste erhebt oder aber in Form des Warentauschs einnimmt. Der von der Kapitalbewegung (formal) getrennte Staat kann sich also, sofern er die Reproduktionsbedingungen des Kapitals – und damit seine eigene Existenzbedingungen – nicht unterminieren ‚will‘, nur über die Medien von Geld und Recht auf die Kapitalbewegung und die in sie involvierten Waren- und Geldbesitzer*innen beziehen (vgl. Sauer 1978: 122ff.; Hirsch 2005: 49f.; Blanke et al. 1975: 429ff.). Als „Grundform von Politik“ in kapitalistischen Gesell-

82 Historisch geht die Konstitution der Gesellschaftsmitglieder als Privatsubjekte gegenüber der öffentlichen Gewalt zudem einher mit einem Prozess der „Dekorporierung“, der mit der Ausbreitung und Durchsetzung der kapitalistischen Produktionsweise voranschreitet; er eröffnet den „Weg zur Konstituierung des neuartigen gesellschaftlichen Phänomens der Organisation“ (Tauchnitz 1999b: 134; vgl. auch ders. 2004: 35ff.).

83 Wie der Wert nur dadurch praktisch wirksam werden kann, dass das Geld Geldfunktionen übernimmt, so kann auch das Recht nur wirksam werden, indem eine außerökonomische Instanz, der Staat, die Funktion der Zwangsgewalt übernimmt. Aber ebenso wenig wie der Wert als gesellschaftlich gültige Form existiert, weil es Geld gibt, existiert das Recht als gesellschaftlich gültige Form, weil es den Staat gibt (vgl. auch Stein 2012: 105f.).

schaften ergibt sich damit der „Kampf um das Recht und um die Instanz, welche das Recht garantiert, die außerökonomische Zwangsgewalt“ (ebd.: 422). Dieser Kampf wird allerdings, wie später noch genauer erläutert wird (vgl. 3.4.1), nicht bloß innerhalb der unmittelbaren Staatsapparate, sondern auch in der sogenannten ‚Zivilgesellschaft‘ geführt.

Bevor diese differenzierungstheoretische Perspektive weiterentwickelt wird, soll hier noch kurz auf den Vorwurf des Funktionalismus eingegangen werden, der gegen den formanalytischen Theorietypus ins Feld geführt wurde.⁸⁴ Da es der Formanalyse um die Rekonstruktion der Bedingungen der Möglichkeit der Reproduktion der kapitalistischen Produktionsweise zu tun ist, kann der Eindruck entstehen, es werde eine funktionalistische und damit fehlerhafte Erklärungsstrategie verfolgt. Mag dies für einige Beiträge zur marxistischen Staatsdiskussion auch durchaus zutreffen, verkennt dieser Vorwurf das grundlegende Argumentationsmuster der Formanalyse. Genauer besehen bringt der formanalytische Theorietypus Thesen hervor, die folgender Struktur entsprechen: Damit Struktur B aufrechterhalten werden, also sich reproduzieren kann, muss Struktur A gegeben sein. Diese These beansprucht aber keine Erklärung (von Struktur A), sondern formuliert im Grunde einen Forschungsauftrag. Zu fragen ist dann nämlich: Welche Praxis C hat Struktur A, die funktional für Struktur B ist, hervorgebracht? (Vgl. Elbe 2008: 325)⁸⁵ Die „Genese funktionaler Strukturen muss fundiert sein in einem ‚handlungs- und strukturtheoretischen Ansatz, der die Konstitution von Funktionen und der sie bewirkenden Institutionen aus strukturell determinierten Konfliktlagen interagierender Akteure [...] zu begründen sucht.“ (Ebd.: 325; vgl. auch Sauer 1978: 86) Der innere Zusammenhang der Formen ist also nicht bereits qua seiner Funktionalität gegeben und gesichert, sondern muss stets praktisch hervorgebracht und reproduziert werden, wobei die Praxis ihn unbewusst oder bewusst reproduzieren, transformieren oder gar transzendieren kann. Die Formanalyse

84 Diesen Vorwurf platziert etwa Claus Offe (1975: 81f.) gegenüber dem Erklärungsansatz der staatlichen Sozialpolitik von Böhle/Sauer (1975). Auch Bourdieu äußerte gegenüber der marxistischen Staatsdiskussion pauschal einen Funktionalismus-Vorwurf (vgl. 2014: 21f.), dieser kreist allerdings weniger um das methodische Problem fehlerhafter Erklärung, sondern will auf Momente moderner Staatlichkeit aufmerksam machen, die durch den Fokus auf Funktionsanalysen aus dem Blick geraten. Es sollte jedoch deutlich geworden sein, dass die Formanalyse gerade die unbewussten Einigungen, die „implizite[n] Regularitäten“ (ebd.: 176), zum Thema macht, die Bourdieu der wissenschaftlichen Aufmerksamkeit empfehlen möchte.

85 Wirft man einen Blick auf die Struktur des ersten Bandes des *Kapitals*, findet man genau diese Argumentationsstruktur wieder: die einfache Zirkulation (Struktur A), die Marx im ersten Abschnitt untersucht, hat nur dauerhaften Bestand, sofern ihr eine kapitalistische Produktionsweise (Struktur B) zugrunde liegt, deren Struktureigenschaften und Dynamiken dann im gesamten restlichen Band analysiert werden. Erst im vorletzten Kapitel geht es dann um die historische Entstehung der kapitalistischen Produktionsweise durch die Praxis der Enteignung/Aneignung, wobei der Theoriemodus ein anderer wird. Die vorangegangene Strukturanalyse hat gezeigt, auf welche historischen Prozesse besonderes Augenmerk zu legen ist, um die reale Dynamik der Durchsetzung der kapitalistischen Produktionsweise zu erklären, sie war aber noch nicht selbst diese Erklärung (i.S.v.: die kapitalistische Produktionsweise existiert, weil sie funktional für die einfache Zirkulation ist).

erklärt somit *nicht* die *Entstehung* von Funktionszusammenhängen, sondern vielmehr, warum bestimmte Praxisformen (unter bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen) dazu in der Lage sind, ‚stabiler‘ – im Sinne von sich dynamisch reproduzierende – Strukturzusammenhänge hervorzubringen als andere. Sie stellt zwar historisch spezifische funktionale Erfordernisse fest, erklärt aber nicht, warum diese erfüllt werden. In diesem Sinne ist sie auch auf eine Theorie der Praxis immanent verwiesen:

„Da Funktionserfordernisse keine Invarianten sind, [...] sondern stets das Produkt einer bestimmten Gesellschaftsformation darstellen, müssen sie ihrerseits erst in praxi konstituiert und reproduziert werden. Das impliziert strategische Dimensionen, die sich zu alternierenden funktionalen und strategischen Orientierungen konflikthaft verhalten, so dass es auch eine Frage sozialer Kräfteverhältnisse ist, welche sachlichen Funktionserfordernisse in welcher Form bestimmend für einen gesellschaftlichen Zusammenhang werden.“ (Heim 2013: 102)

Es ist dabei ganz im Sinne eines *praxeologischen* Materialismus unterstellt, dass Praxis nicht auf intentionales Handeln und bewusste strategische Orientierungen zu reduzieren ist, sondern im Modus des Sie-wissen-es-nicht-aber-sie-tun-es operiert.

Ein weiteres Ergebnis der Debatte um die ‚Staatsableitung‘ besteht in der Einsicht, dass die Formanalyse von ihrer Anlage her nicht dazu in der Lage ist, die diversen Funktionen, die konkrete Staatsapparate erfüllen, also die konkreten *Inhalte* der Staatstätigkeit, systematisch ‚ abzuleiten‘ – darin liegt eine ihrer zentralen methodischen Grenzen;⁸⁶ sie ist eben Form- und keine Inhaltsanalyse, wenn sie auch stets bemüht ist, die Vermittlung von Form und Inhalt zu reflektieren.⁸⁷ Aber sie kann Aussagen darüber treffen, inwiefern spezifische Staatsfunktionen zur Reproduktion des kapitalistischen Formzusammenhangs beitragen und institutionelle Formen der Bearbeitung seiner strukturellen Widersprüche darstellen:

„Wir können auf dieser Abstraktionsebene nur die *allgemeinen Ausgangspunkte* für die Herausbildung von ‚Funktionen‘ des Reproduktionsprozesses, welche sich in der spezifischen Weise *formieren* müssen, daß sie außerhalb des Systems der privat organisierten gesellschaftlichen Arbeit stehen, angeben. Die Frage, wie diese Formierung im Einzelnen erfolgt, wie sie in Struktur, Institution und Prozeß des Staates umgesetzt wird, ist durch die Formanalyse nicht mehr zu beantworten.“ (Blanke et al. 1975: 418; vgl. auch 436ff.).⁸⁸

86 Diese methodische Grenze ergibt sich aus der gegenstandstheoretischen Reflexion, dass in der (formbestimmten) sozialen Praxis, die den kapitalistischen Formzusammenhang hervorbringt, reproduziert und transformiert, stets Momente der Kontingenz und der Reflexivität (Freiheit) konstitutiv mitwirken. Kurz gesagt: Die Institutionalisierung spezifischer Staatsapparate und -funktionen ist *auch, aber nicht nur* formbestimmt.

87 Es geht dem Anspruch nach zwar darum, den „inneren Zusammenhang“ der Formen, in denen sich die historisch bestimmten Beziehungen der Menschen ausdrücken, „aufzudecken und damit das Ganze der historisch-gesellschaftlichen Formation theoretisch zu rekonstruieren“ (Blanke et al. 1974: 64). Hierbei handelt es sich jedoch um eine ex-post Rekonstruktion, nicht um einen geschlossenen Ableitungszusammenhang

88 In einem späteren Aufsatz zur Gesundheitspolitik greift Blanke dieses Problem wieder auf. Die Kritik an der Illusion der Souveränität des Staates bleibe bestehen, aber die in Wech-

Die Formanalyse ist also, will sie Gesellschaftsanalyse sein, immanent auf weitere, ergänzende theoretische ‚Inputs‘ angewiesen. Dieses Problem – das auch die für unseren Zusammenhang wesentliche Frage nach der Gestalt von Sozialpolitik und Wohlfahrtsstaatlichkeit, in deren Rahmen das öffentliche Gesundheitswesen historisch entstanden ist und die Ökonomisierung des Krankenhausesektors heute stattfindet, betrifft – hat Joachim Hirsch aufgegriffen und die Formtheorie durch institutionentheoretische Überlegungen ergänzt (vgl. Hirsch 1994; 2005: 39ff.). Er unternimmt dabei eine Präzisierung des Zusammenhangs von sozialen Formen, Institutionen und sozialem Handeln:

„Institutionen leiten gesellschaftliches Handeln an und begrenzen es. Institutionalierungsprozesse entwickeln sich aber nicht beliebig, sondern unterliegen dem ‚Zwang der Form‘. Die Formbestimmtheit des institutionellen Gefüges erzeugt die Wahrscheinlichkeit, dass strategische Optionen und Handlungsorientierungen mit der Reproduktion der kapitalistischen Gesellschaft vereinbar werden, und zugleich reproduziert das gesellschaftliche Handeln die es prägenden, wenngleich keinesfalls kausal determinierenden sozialen Formen.“ (Hirsch 2005: 43).

Um derartige Zusammenhänge in der Betrachtung der Entstehung und des Wandels des Gesundheitswesens und des Krankenhausesektors zu untersuchen, sind Anleihen bei akteur- oder handlungstheoretischen Differenzierungstheorien durchaus lohnend⁸⁹ – darauf wird später, nach dem die Sichtung der Literatur zu differenzierungstheoretischen Anschlussmöglichkeiten der Marx’schen Theorie abgeschlossen ist, zurückzukommen sein.

Den bisherigen Stand zusammenfassend lässt sich festhalten, dass „sachliche soziale Vermittlung [durch die Wertform; R.M.], rechtliche Bestimmung der Akteure innerhalb dieses Prozesses und Charakterisierung des Staates als außerökonomische Instanz subjektloser Herrschaft [...] in einem notwendigen, inneren Zusammenhang“ (Elbe 2008: 596) stehen.⁹⁰ Gesellschaftliche Herrschaft nimmt so die doppelte Form

selwirkung erzeugten Eigenkonfigurationen der diversen (Staats)Funktionen seien ungeklärt (vgl. Blanke 1994: 20): „Einzelne Policies erreichen ihre jeweilige operationelle Geschlossenheit [...] nur im Prozeß solcher Rekursionen: Was jeweils ‚Krankheit‘ bedeutet, wird immer auch in Abgrenzung zu anderen Risiken entschieden.“

89 Mit Schützeichel (2011: 73) lassen drei Stränge dieser Richtung unterscheiden: „(a) die neukantianische Handlungstheorie von Weber und die Versuche, dessen Theorie der Wertsphären zu einer Alternative zu funktionalen Differenzierungstheorien auszubauen (Schluchter 1980, Schwinn 1995, 2001), (b) akteurtheoretische Ansätze, die das Ziel einer konzeptionellen Reformulierung von systemtheoretischen Vorgaben und deren Einbettung in eine institutionalistische Theorie verfolgen (Mayntz 1995, Schimank 1985, 1988), (c) das Konzept sozialer Felder in der Praxissoziologie von Bourdieu.“

90 Die Staatsableitungsdebatte hat somit zu Ergebnissen geführt, die die auch jüngst von Tino Heim (2013: 470ff.) vertretene These begründen, dass sowohl Marx als auch Luhmann davon ausgegangen sind, dass es eine „komplementäre Ausdifferenzierung ökonomischer, politischer und rechtlicher Formen“ ist, die moderne Gesellschaftsstrukturen prägen. Der Unterschied besteht allerdings darin, dass Luhmann nur in historischer Perspektive konzediert, was im Anschluss an Marx theoretisch begründet werden kann: „Die historische Rolle ökonomischer Ausdifferenzierung als Triebkraft und Bedingungsrahmen politisch-

von ökonomischer und politischer Herrschaft an, die durch die Herrschaft des Gesetzes vermittelt ist (vgl. auch Wallat 2015: 226ff.). Diesen in sich differenzierten, aber dennoch notwendigen, inneren Zusammenhang zu rekonstruieren und als Herrschaft zu begreifen, unterscheidet den materialistischen Theorietypus vom systemtheoretischen (vgl. ebd.: 140ff.).⁹¹ Die Einheit der Gesellschaft, ihr innerer Zusammenhang, wird dabei im Prozess der materiellen Reproduktion verortet, wie er sich historisch spezifisch gestaltet. Dieser Prozess der materiellen Reproduktion ist aber, wie immer noch gegen weite Teile der an Marx orientierten Theoriebildung betont werden muss, nicht identisch mit der kapitalistischen Ökonomie oder der Kapitalbewegung⁹² – er wurde im Marxismus unterkomplex konzipiert, worauf vor allem seitens materialistisch-feministischer Strömungen hingewiesen wurde.⁹³ Gesellschaftliche Arbeit wird nicht nur in der kapitalistischen Ökonomie in Form von ‚Tauschwert setzender Arbeit‘ (vgl. MEW 13: 17) verausgabt. Die materielle Reproduktion der modernen Gesellschaft ist vielmehr darauf angewiesen, dass neben die (ausdifferenzierte) Vergesellschaftung von Arbeit durch den Wert, also in Form der kapitalistischen Verwertung, andere Formen der Arbeit treten. Diese Einsicht wurde von Urs Lindner (2014) für eine differenzierungstheoretische Fortführung der Marx’schen Theorie fruchtbar gemacht. In Auseinandersetzung mit Lindners Ansatz sollen im folgenden Abschnitt weitergehende Stichpunkte zu einer kritischen Theorie gesellschaftlicher Differenzierung zusammengetragen werden.

rechtlicher Entwicklungen, stellte auch Luhmann, der theoretisch jedes Primat der Ökonomie ausschloss, nie in Frage. [...] Das Recht wird für ‚Folgeprobleme dieser Entwicklung [der Auflösung der Ständeordnung durch die ökonomische Dynamik; R.M.] aktiviert, etwa als Eigentums- und Vertragsrecht für die Freiheitsnotwendigkeiten der Geldwirtschaft‘ (ebd.: 474).

- 91 Gleichzeitig wendet sich diese „Formtheorie [...] gegen die traditionsmarxistische Deutung von Recht und Staat als bloßen Instrumenten der ökonomisch herrschenden Klasse zur Niederhaltung der Ausgebeuteten“ (Elbe 2008b: 226).
- 92 Marx’ Kategorie der gesellschaftlichen Gesamtarbeit, zu der jede individuelle Arbeit über den Wert in Relation gesetzt wird, umfasst eben *nicht* die gesamte real verausgabte gesellschaftliche Arbeit, sondern nur jene, die als wertschaffend gilt. Für die Zwecke der Kritik der politischen Ökonomie mag dieser Begriff gesellschaftlicher Gesamtarbeit hinreichend sein, für weitergehende gesellschaftstheoretische Überlegungen ist er zu modifizieren.
- 93 So zunächst in der ‚Hausarbeitsdebatte‘ (vgl. zum Überblick etwa Knittler/Birkner 2006; Müller 2016: 56ff.) und in anschließenden Konzepten einer umfassenden ‚Lebensproduktion‘ wie etwa jenem der Parallelität von ‚Wirtschafts- und Bevölkerungsweise‘ (Beer 1990: 91).

3.3.2 Differenzierung des ‚Systems der Arbeit‘

Im Geiste eines um Mario Bunges materialistischen Systembegriff erweiterten *critical realism*⁹⁴ geht Urs Lindner davon aus, dass es in jeder „Sozialformation [...] zwei soziale Makrosysteme“ gibt: „das der Arbeit und das des Rechts“ (Lindner 2014: 246). Das System der Arbeit, auf dem im Folgenden der Fokus liegt, sei sozialformationsübergreifend durch den „Makromechanismus“ (ebd.: 246) der Arbeitsteilung gekennzeichnet. Verschiedene Sozialformationen seien auf dieser Grundlage dadurch zu unterscheiden, wie das System der Arbeit strukturiert ist und welche formations-spezifischen Mechanismen es aufweist (vgl. ebd.: 247). Anders als bei Luhmann sei der Übergang zur Moderne dann nicht als Wechsel des Differenzierungsprinzips von stratifikatorisch auf funktional zu charakterisieren, „sondern als (unvollständige – siehe Sklaverei!) Umgestaltung des Systems der Arbeit von personaler auf apersonale Herrschaft, wodurch Macht- und Ungleichheitsverhältnisse (tendenziell!) ihre Form verändern.“ (Ebd.: 247) Unterscheidet man mit Marx (vgl. MEW 23: 371ff.) Arbeitsteilung auf gesellschaftlicher Ebene und innerhalb von Organisationen, lasse sich erstere als „Ausdifferenzierung von Tätigkeitsfeldern“ konzipieren, die wiederum als „Funktionssysteme“ verstanden werden könnten, „in denen spezialisierte ‚Leistungen‘ für den gesellschaftlichen Reproduktionszusammenhang erbracht werden“ (ebd.: 248). Anders als bei Luhmann wird Ausdifferenzierung von Funktionssystemen hier also als Form der Arbeitsteilung verstanden.⁹⁵ Diese sei durch Herrschaft strukturiert.

Für die moderne Gesellschaft sei nun ein System der Arbeit charakteristisch, das – wie im Anschluss an feministische Ansätze betont wird – auf einer „konstitutiven Trennung in doppelte Öffentlichkeit und Privatheit“ (ebd.: 263) beruhe und somit aus

94 Systeme sind Bunge zufolge durch vier Eigenschaften definiert: 1. durch ihre Komposition, d.h. ihre jeweiligen Elemente, 2. durch ihre Umwelt, d.h. jene Elemente, die nicht Teil des Systems sind, die auf es jedoch Einfluss nehmen bzw. auf die das System Einfluss nimmt; 3. besitzen sie Strukturen, d.h. spezifische Relationen zwischen den jeweiligen Elementen des Systems bzw. zwischen diesen und Dingen in der Umwelt; 4. sind ihnen Mechanismen eigen, d.h. spezifische Prozesse, die dafür sorgen, dass das System sich verhält, wie es sich verhält. Systeme besitzen gegenüber ihrer Umwelt *causal powers*. Teil sozialer Systeme sind dabei „immer und konstitutiv menschliche Individuen“ (Lindner 2014: 245).

95 Ein Bezug zur Arbeitsteilung ist implizit auch bei Schimank angelegt, wenn er Teilsysteme durch ihre „Leistungsproduktion“ unterscheidet. Allerdings grenzt er das Differenzierungskonzept dennoch von Arbeitsteilung ab, denn erstens laufe Differenzierung auf Autonomie der Teilsysteme hinaus, während Arbeitsteilung wechselseitige Abhängigkeit implizierte (vgl. Schimank 2003: 263f.) und zweitens bedeute Differenzierung nicht die Dekomposition eines Ganzen in arbeitsteilig spezialisierte Teile, sondern die Emergenz einer spezifischen, aber universalistischen Weltsicht, wie er mit Bezug auf Webers Begriff der Wertephäre ausführt: „Prinzipiell sämtliches gesellschaftliches Geschehen kann im Lichte des betreffenden Wertes – z.B. als ästhetisches Phänomen – betrachtet werden; doch diese Betrachtung ist keine umfassend angelegte, sondern beschränkt sich auf einen engen Ausschnitt des Geschehens.“ (Ebd.: 266) Eine ganz ähnliche Abgrenzung zur Arbeitsteilung nimmt Bongaerts (2011: 117) bezüglich der feldtheoretischen Differenzierungskonzeption von Bourdieu vor.

„vier Sektoren“ bestehe, die jeweils durch eine „primäre Koordinationsweise“ gekennzeichnet seien (vgl. Lindner 2014: 263f.): erstens aus der kapitalistischen Produktionsweise mit der Koordinationsweise der marktförmigen Verwertung, zweitens dem Staat mit der Koordinationsweise der Planung, drittens der Zivilgesellschaft mit der Koordinationsweise der Solidarität und viertens dem Haushalt mit der Koordinationsweise der Subsistenz.

Tabelle 1: Das moderne System der Arbeit

Koordinierung: Orientierung:	Unpersönlich	persönlich
öffentlich	Staat (Planung)	Zivilgesellschaft (Solidarität)
privat	Kapitalismus (marktför- mige Verwertung)	Haushalt (Subsistenz)

Quelle: Lindner (2014: 263)

Der kapitalistischen Produktionsweise (im engeren Sinne) kommt Lindner zufolge innerhalb des Systems der Arbeit ein Primat in dem Sinne zu, dass es das „Subsystem mit den stärksten *causal powers* ist“ (ebd.: 264). Die Gründe, die er für diese Eigenschaft anführt, laufen parallel zu jenen, die Schimank angeführt hatte (vgl. 2.2): Alle anderen Sektoren seien von den geldförmigen Erträgen abhängig, die in der Ökonomie im Zuge der Produktion stofflichen Reichtums, hervorgebracht werden. Zudem strahle die – von Schimank als Instabilität gefasste – Steigerungs- und Beschleunigungsdynamik sowie ihre Krisenhaftigkeit auf ihre systemische Umwelt aus (vgl. ebd.: 264f.). Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Differenzierungen des Ökonomiebegriffs lässt sich reformulieren, dass alle drei neben der kapitalistischen Ökonomie existierenden Sektoren über (wie auch immer modifizierte) Formen der einfachen Zirkulation in den vom Kapital bestimmten Prozess der allgemeinen Zirkulation eingespannt sind und deshalb auch von ökonomischen Krisenprozessen tangiert werden.

Ganz im Sinne der in dieser Arbeit eingenommenen Perspektive betont auch Lindner, dass Marx’ „neo-aristotelische[n] Unterscheidung zwischen sozio-historischer Form und sozial geprägtem Stoff bzw. Funktionen des gesellschaftlichen Reproduktionszusammenhangs [...] der *Schlüssel* zu einer kritischen Theorie sozialer Differenzierung“ ist (ebd.: 265). So lassen sich die vier Sektoren des materiellen Reproduktionsprozesses als „Formen‘ der Vergesellschaftung von Arbeit“ begreifen, d.h. die modernetypische Differenzierungsstruktur wird in einem ersten Zugriff nicht als Funktions-, sondern als Formzusammenhang aufgefasst.⁹⁶ Die Funktionen, die die

96 Anders als funktionalistische Ansätze, zielt Marx’ Theorie nicht darauf, einen Katalog von Funktionen aufzustellen, die alle Gesellschaften notwendig erfüllen müssen. „Was ihn interessiert, ist vielmehr das Relationengefüge, die historisch spezifische soziale Form, in der diese Probleme [der materiellen und generativen Reproduktion; R.M.] bearbeitet werden.“ (Lindner 2010: 178)

voneinander getrennten Sphären übernehmen, werden entsprechend auch nicht – wie in der Systemtheorie sowohl parsonianischer als auch luhmannianischer Prägung – ahistorisch konzipiert, sondern in ihrer historisch spezifischen Formbestimmtheit; in eben diesem Sinne ist die Funktion des Staates als außerökonomischer Zwangsgewalt zu verstehen. Von einem derartigen funktionalen Zusammenhang der vier Formen gesellschaftlicher Arbeit unterscheidet sich das Konzept von Funktionssystemen, das Lindner anschließend einführt. Ohne weitere Begründung stellt er eine Liste von 21 Funktionssystemen auf, von denen sich jedes in verschiedenen Gewichtungen über alle Sektoren des Systems der Arbeit erstreckt. Die „entscheidende Frage für eine kritische Theorie sozialer Differenzierung“ sei dabei folgende:

„Was von den einzelnen Funktionssystemen fällt in welchem Ausmaß und warum in welchen Sektor des Systems der Arbeit? Eine mögliche Antwort lautet: Es gibt seit ca. zwei Jahrhunderten historisch verhärtete Kopplungen zwischen Kapitalismus und einem (Groß-)Teil von Agrikultur, Industrie, Handel und Finanzsystem, zwischen Haushalt und einem Teil von Agrikultur, Care und Bildung sowie zwischen Staat und parlamentarischem System, Regierung, öffentlicher Verwaltung und einem Großteil von Justiz und Repressionswesen. *Der riesige Rest an Kopplungen zwischen Funktionssystemen und den vier Sektoren der Arbeit ist jedoch von ziemlich fluiden Akteurskonstellationen und Kräfteverhältnissen abhängig.*“ (Ebd.: 265; Hervorheb. R.M.)

Allerdings lasse sich in dieser Perspektive gleichzeitig feststellen, dass „nicht jede Form [...] einem Stoff angemessen“ ist, „falsche Formen können diesen in seiner Funktionstüchtigkeit einschränken oder auch zerstören. Wir erleben das im Moment, etwa wenn [...] Krankenhäuser und Altenheime kurz vor dem Kollaps stehen.“ (Ebd.: 266)

Diese von Lindner nur grob umrissene und kaum systematisch ausgearbeitete Konzeption einer kritischen Theorie sozialer Differenzierung soll im Folgenden als Ansatzpunkt dienen, um eine theoretische Heuristik zu entwickeln, die für die späteren Betrachtungen grundlegend ist. Die hierzu notwendigen Modifikationen und Ergänzungen ergeben sich zunächst aus der zuvor entwickelten formtheoretischen Perspektive (3.4.1), kreisen anschließend um die Einbindung der Gebrauchswertdimension gesellschaftlichen Reichtums in die Differenzierungstheorie (3.4.2) und betreffen sodann die Ebene der Organisation (3.4.3).

3.4 WEITERFÜHRUNG: DIFFERENZIERUNG(EN) DES PROZESSES GESELLSCHAFTLICHER REPRODUKTION

3.4.1 Formen gesellschaftlicher Arbeit

Wenn die von Lindner benannten vier Sektoren als Formen der Vergesellschaftung von Arbeit verstanden werden sollen, dann müssen diese genauer bestimmt werden. Die von Lindner angegebenen Koordinationsweisen, die zudem noch sehr unter-

schiedliche Bezugspunkte aufweisen,⁹⁷ sind hierzu nicht ausreichend. Vielmehr muss genaueres darüber gesagt werden, *wie* – also in welcher Form⁹⁸ – die individuell verausgabte Arbeit als gesellschaftliche Arbeit Gültigkeit erlangt: Über welche Mechanismen wird sie als gesellschaftlich notwendige Arbeit anerkannt und zu einer Arbeit für andere und wie ist sie auf deren Arbeit bezogen? Oben wurde bereits einiges zum hier zugrunde gelegten Verständnis der Vergesellschaftung von Arbeit in der kapitalistischen Ökonomie gesagt: Die Gesellschaftlichkeit der Arbeit wird in dieser erst nachträglich auf dem Markt, vermittelt über den Wert des Arbeitsprodukts, anerkannt, denn erst hier erweist sich, inwiefern die verausgabte Arbeit auch tatsächlich Arbeit für andere war, also auf (zahlungsfähige) Nachfrage stößt. Die folgenden Anmerkungen beschränken sich entsprechend auf die anderen drei Sektoren.⁹⁹

Die spezifische Formbestimmung des Staates und damit der Arbeit, die durch ihn vergesellschaftet wird, ist genau so wenig damit erfasst, dass als Koordinationsweise ‚Planung‘ angegeben wird, wie die Form der kapitalistischen Arbeit durch die Angabe der Koordinationsweise ‚Markt‘. Den Staat *als Form* der Vergesellschaftung von Arbeit zu begreifen, zielt auf mehr als den Umstand, dass innerhalb der Staatsapparate auch Arbeit verausgibt wird, die gesellschaftlich notwendig ist; diese Bestimmung ist vielmehr erst auf Grundlage der Einsicht zu treffen, warum es notwendig ist, dass Arbeit ‚staatsförmig‘ verausgibt wird. Und um diese Frage zu beantworten, muss zunächst einmal angegeben werden, inwiefern der Staat für die Reproduktion der modernetypischen Vergesellschaftungsbedingungen von Arbeit notwendig ist. Halten wir uns an die oben referierte formtheoretische Begründung der Besonderung des

97 Während die Koordinationsweise des Marktes und die der Planung auf die Beziehung *zwischen* sektorinternen (individuellen oder korporativen) Akteuren abstellt, bezieht sich Subsistenz auf die Koordination innerhalb einer ‚Haushaltseinheit‘ während ‚Solidarität‘ die Motivation der Akteure betrifft.

98 Marx, dessen Formtheorie hier weitergedacht wird, hält allgemein fest: „Endlich, sobald die Menschen in irgendeiner Weise füreinander arbeiten, erhält ihre Arbeit auch eine gesellschaftliche Form.“ (MEW 23: 85f.) Die Rezeption der Marx’schen Formtheorie hat sich bis heute weitestgehend auf Diskussionen darüber beschränkt, inwiefern der Wert, dessen ‚gesellschaftliche Substanz‘ die abstrakte Arbeit ist, als Vergesellschaftungsform von Arbeit fungiert. Der Wert bzw. die Wertformen gelten dabei als historisch spezifische Erscheinungsweise der sozialformationsunspezifischen „*Notwendigkeit der Verteilung* der gesellschaftlichen Arbeit in bestimmten Proportionen“ (MEW 32: 552f.). Aber: Der Wert ist eben nicht die einzige Form, über die diese Verteilung gesellschaftlich reguliert wird, auch nicht unter den Bedingungen kapitalistischer Produktion.

99 Nicht weiter ausgeführt werden können auch die gewichtigen Differenzen, die der hier vorgeschlagene gesellschaftstheoretische Interpretationsrahmen trotz der äußerlichen Ähnlichkeit gegenüber der Gesellschaftstheorie von Habermas aufweist, der ebenfalls zwischen den Systemen von Ökonomie und Staat einerseits und den lebensweltlichen Sphären der Familie und der Öffentlichkeit andererseits unterscheidet (vgl. Habermas 1981: insb. 489ff.). Hinweise zu einer entsprechenden Habermas-Kritik finden sich bei Meyer (2005: 221-236), der den programmatischen Auftrag formuliert, Habermas Theorie müsse „vor dem Hintergrund eines tragfähigen gesellschaftstheoretischen Strukturbegriffs in der Linie Marx und Adorno [...] vom Kopf auf die Füße“ (ebd.: 236) gestellt werden, und – aus feministischer Perspektive – bei Fraser (1989).

Staates als außerökonomische Zwangsgewalt, die mittels Recht, Geld und – vor allem, wenn zum Wohlfahrtsstaat ausgebildet – über die Bereitstellung öffentlicher Güter in ‚die Gesellschaft‘ eingreift (vgl. Krätke 1982: 106), ergibt sich als Besonderheit der Koordination nicht einfach Planung, sondern vielmehr die *Rechtsförmigkeit* der Planung. Die besondere Form der Arbeit besteht darin, Recht zu setzen, zu sprechen oder zu exekutieren – Fisahn spricht diesbezüglich auch von „Rechtsarbeit“ (2016: 68). Sie ist Arbeit für andere nicht etwa vermittelt dadurch, dass sie ökonomischen Wert schafft, sondern weil sie Rechtsarbeit ist. Arbeit wird hier also vermittelt über die Form des Rechts als gesellschaftlich notwendige anerkannt.¹⁰⁰ Verwaltung, die im modernen Staat auf der Trennung von Staatsangestellten und Verwaltungsmitteln beruht (vgl. Weber 1972: 127), funktioniert ebenso wie die – für das deutsche Gesundheitssystem prägende – Übernahme öffentlich-rechtlicher Aufgaben durch Verbände durch den Gehorsam gegenüber einer rechtsförmig kodifizierten Ordnung. Damit wird auch verständlich, warum Lindner zufolge der Sektor des Staates mit den „Funktionssystemen“ von parlamentarischem System, Regierung, öffentlicher Verwaltung, Repressionswesen und Justiz gekoppelt ist.

In einem ganz ähnlichen Sinne ist die Bestimmung des Sektors der Zivilgesellschaft zu modifizieren, denn er ist mit dem Koordinationsmechanismus der Solidarität kaum treffend charakterisiert.¹⁰¹ Eine Bestimmung dessen, was „bestimmte Kol-

100 Die Verteilung gesellschaftlicher Arbeit wird hier nicht vom Wertgesetz bestimmt, sondern von legitimen Gesetzen und den ‚Gesetzen‘ der Legitimität.

101 Auch Alexander (1997) nimmt diesen Weg der Definition von ‚civil society‘ über den Modus der Solidarität, in dem die Referenz von Aktivitäten auf das Gemeinwohl als ausschlaggebendes Zurechnungskriterium gilt. Es ist jedoch zu kurz gegriffen zu sagen, „the court, the police, the market, private property interests, the family, the religious and philosophical spheres – each has its specific and independent *nonpolitical interests*, which are as different from those of civil society, the sphere of universalizing social solidarity, as they are themselves different from those of the state.“ (Ebd.: 128; Hervorheb. R.M.) Denn all die vermeintlich nicht-politischen Interessen können politisiert werden – und zwar vermittels der Sphäre der Zivilgesellschaft, die somit weder als Sphäre des egoistischen Privatinteresses, noch als Sphäre der solidarischen Gemeinwohlorientierung zu bestimmen ist, denn die (organisierten) Privatinteressen (das bleiben sie der Form nach auch wenn sie subjektiv noch so gemeinwohlorientiert sind wie etwa die bürgerlichen Frauenvereine in der Armenpflege) müssen *als gemeinwohlorientiert anerkannt* werden (vgl. Tauchnitz 2004: 407), um bestandsfähig zu sein. Diese Anerkennung des Gemeinwohlcharakters wird allgemein glaubhaft, indem sie staatlich vollzogen wird, denn der Staat scheint aufgrund seiner formalen Trennung von den Klassen- und Privatinteressen die einzige Instanz zu sein, die dem „Harder der Gruppen“ enthoben ist und „allen Ernstes und mit großem sittlichen Ernst das Gemeinwohl durch Ausgleich schafft“ (Agnoli 2004: 54). Genau in diesem Sinne lässt sich etwa die Geschichte der Ärzteschaft verstehen, die sich zunächst zivilgesellschaftlich in Vereinen des Charakters von Debattierclubs organisierte, zunehmend für die Anerkennung ihres Gemeinwohlcharakters kämpfte und auf dieser Grundlage später die rechtliche Anerkennung des Behandlungsmonopols erringen konnte, was auf eine Absicherung wirtschaftlicher Privatinteressen hinauslief. Zivilgesellschaftliche Aktivitäten bewegen sich also genau in jenem Spannungsfeld, dass der frühe Marx mit den Charaktermasken von *bourgeoise* und *citoyen* umrissen hat. In eben

lektivakteure jenseits des Staates als wichtig für den gesellschaftlichen Zusammenhalt erachten“ (Lindner 2014: 264), bezieht sich auf die Motivlage jeweiliger Akteure, nicht auf einen sektorspezifischen Mechanismus zur Koordination¹⁰² und kann entsprechend gesellschaftsanalytisch nicht hinreichen. Lindner rückt mit dieser Begriffsstrategie zudem in das Fahrwasser jener demokratietheoretischen Ansätze, die einem normativen Verständnis von Zivilgesellschaft anhängen (zur Kritik vgl. Reitter 2001). Die Trennung der doppelten Privat(re)produktion (Ökonomie/Haushalt) von der öffentlichen Zwangsgewalt vorausgesetzt, lässt sich das, was in der Zivilgesellschaft stattfindet, als ein Prozess der Interessenformierung¹⁰³ und -veröffentlichung, der Interessenorganisation¹⁰⁴ und des Kampfes um Verallgemeinerung der – sei’s materiell-egoistischen, sei’s ideell-gemeinwohlorientierten¹⁰⁵ – Interessen bestimmen. Die Zivilgesellschaft

„schließt alle Diskurse und Institutionen (Schule, Universitäten, Medien etc.), wie auch ‚private‘ Organisationen (Verbände der Wirtschaft, Gewerkschaften, Interessenverbände der Autofahrer, Umweltschützer, Eltern etc.) ein – ein dichtes Gewebe von Institutionen (von ‚Hegemonialapparaten‘ wie Gramsci sie nennt) zur ‚gemeinschaftlichen Ausarbeitung‘ (GH 7: 1512) des kulturellen und ökonomischen Lebens. In der öffentlichen Auseinandersetzung wird um den Konsens gerungen, was als gesellschaftlich anerkannt Geltung gewinnt.“ (Candeias 2007: 22f.)

Wenn – wie oben ausgeführt – Politik der Form nach bestimmt ist als Kampf um das Recht und die Instanz, die Recht garantiert, dann handelt es sich bei der Zivilgesellschaft um einen wengleich vorstaatlichen,¹⁰⁶ dennoch aber politischen Raum, in dem materielle und ideelle Interessen ‚veröffentlicht‘ und vertreten werden, in dem um ihre öffentliche Sanktionierung gekämpft wird. Man könnte also für diesen Sektor die Interessenvertretung als spezifische Form der gesellschaftlichen Arbeit einsetzen: Sie wird in der Hinsicht als gesellschaftlich notwendige, als Arbeit für andere anerkannt, dass sie ein bestimmtes Interesse stellvertretend für alle, die dieses Inte-

diesem Sinne eines beständigen Kampfes um die Verallgemeinerung von Interessen lässt sich Gramscis Konzept der Zivilgesellschaft verstehen, auf das Bezug zu nehmen Alexander behauptet (vgl. ebd.: 121), dabei aber diese Dimension des Kampfes, die bei Gramsci wesentlich ist, eskamotiert.

- 102 Ein Wohlfahrtsverein wie der Bundesverband Deutsche Tafel e.V. dürfte mit dem Bundesverband der Deutschen Industrie e.V. kaum über den Mechanismus der Solidarität ‚koordiniert‘ sein.
- 103 Vgl. zur Konstitution des modernen, individualistischen Konzepts von Interesse im Zuge der sozialen Opposition gegenüber der Herrschaft vom Strukturtyp ‚Ancien Régime‘ auch Gerstenberger (2006: 517).
- 104 „Die Organisationsform ist der strukturell entscheidende Modus der ‚Zivilgesellschaft‘“ (Türk 1997: 169; vgl. auch Türk/Lemke/Bruch 2002: 129ff.).
- 105 Zu Recht hält Reitter fest, dass „die bereits von Marx analysierte Trennung zwischen dem politisch engagierten Staatsbürger (citoyen) und dem seinen ökonomischen Interessen folgenden Realbürger (bourgeois) als nicht überwundene Dichotomie an allen Ecken und Enden des Zivilgesellschaftsdiskurses hervorlugt“ (2001: oS).
- 106 ‚Vorstaatlich‘ im Sinne der Formtheorie des Staates – für Gramsci war die Zivilgesellschaft ebenfalls eine Sphäre des Staates, genauer: des erweiterten oder integralen Staates.

resse hegen, repräsentiert. So können sich auf dem Terrain der Zivilgesellschaft etwa (bestimmte) Reproduktionsprobleme, die im Bereich von Ökonomie und Haushalt entstehen, artikulieren und zu gemeinsamen, vertretbaren Interessen formieren.¹⁰⁷ Dabei ist stets auch umkämpft wer sich an diesen politischen Auseinandersetzungen wie beteiligen kann, darf und soll. In diesem Sinne wäre zu überlegen, ob die Koordinationsweise der Zivilgesellschaft auf dieser Ebene einer Rekonstruktion des modernetypischen Formzusammenhangs materieller Reproduktion nicht besser durch die Form des (vorstaatlichen, aber politischen) (Interessen-)Kampfes charakterisiert ist als durch den Begriff der Solidarität. Die Geschichte zentraler Organisationen des Gesundheitswesens, die wie die Ärztekammern, die Krankenkassen oder auch die Pflegeorganisationen ihren Ausgangspunkt in der Sphäre der Zivilgesellschaft hatten, spräche dafür. Ein Strukturmerkmal der zivilgesellschaftlichen Form der Arbeit, die in solchen Organisationen geleistet wird, besteht darin, dass sie einerseits unter kapitalistischen Reproduktionsbedingungen materiell abgesichert sein muss (d.h. entweder das sie verrichtende Individuum oder die Organisation, der es angehört, muss Geldmittel erwirtschaften bzw. einwerben), andererseits aber nicht diese materielle Absicherung, sondern die durch verschiedenste, kulturell verfügbare Orientierungsmuster geprägte Interessenverfolgung den primären Zweck der Arbeit bildet.¹⁰⁸

Die Sphäre des ‚Haushalts‘ scheint durch die Koordinationsweise der Subsistenz ebenfalls kaum treffend bestimmt. Auch hier ist zu fragen, worin sich die *Form* der Haushaltsarbeit von ihrem *Inhalt* unterscheidet. Der Haushalt erscheint zunächst als Sphäre, die sich im Prozess der Ausdifferenzierung des kapitalistischen Betriebs und des modernen Staates als ‚das Andere‘ der Sphäre der Produktion und der Sphäre der Öffentlichkeit konstituiert hat, als Sphäre der individuellen Konsumtion, als ein vor öffentlich-staatlicher Kontrolle und ökonomischer Rationalität geschützter, weiblich konnotierter Raum familialer und intimer Beziehungen, in dem Geborgenheit und Emotionalität, aber auch Freiheit und Sittlichkeit herrschen. Den Begriff der Arbeit auf diese Sphäre anzuwenden schien lange Zeit unplausibel – bis feministische Bewegungen intervenierten. Der traditionell nach patriarchalen Mustern an diese Sphäre delegierte Inhalt der Arbeit wurde in den feministischen Debatten über Haus-, Reproduktions- und Care-Arbeit seit Ende der 1960er Jahre ausführlich thematisiert.¹⁰⁹ Dass (individuelle und generative) Reproduktion und Care-Work sich dabei aber stets auf den Arbeitsinhalt beziehen, nicht auf deren Form, wird schon daran ersichtlich, dass beide auch in den anderen Sektoren als Lohnarbeit verrichtet werden (vgl. etwa Aulenbacher/Riegraf/Völker 2015: 34ff.), etwa als entlohnte Erziehungs- oder Pflegearbeit für staatliche, zivilgesellschaftliche oder private Träger. Der Begriff der Hausarbeit scheint noch am ehesten der Formbestimmung dieser Arbeit gerecht zu

107 Wobei die Anerkennung dieser Interessen durch den Staat in der Regel mit der ‚Gegenleistung‘ der Herrschaftssicherung zu bezahlen ist (vgl. Tauchnitz 2004: 398ff.).

108 Im Falle der Krankenpflege drückt sich dies exemplarisch im Motto „Dienen, nicht verdienen!“ aus, wie es vom evangelischen Diakonieverein Ende des 19. Jahrhunderts propagiert wurde (vgl. Hohm 2002: 38). Dass man es für nötig hielt, ein solches Motto auszugeben, zeugt zugleich von dem strukturellen Widerspruch und potenziellen Konflikt, der im Verhältnis von ökonomischen Mitteln und nicht-ökonomischen Zwecken angelegt ist.

109 Ein Überblick findet sich bei Müller (2016: 29ff. und 56ff.).

werden, denn er bezieht sich auf den privatim Charakter der Arbeit dieses Sektors im Unterschied zu den anderen: Die haushaltsspezifische *Form* der Vergesellschaftung von Arbeit besteht darin, *Privatarbeit* im Sinne der Sorge um eigene und fremde Bedürfnisse im sozialen Nahbereich (Selbstsorge und Fürsorge), also auf der Grundlage persönlicher Beziehungen (Verwandtschaft; Freundschaft), zu sein, wobei die Bedürfnisse und die auf sie bezogenen Sorgearbeiten aufgrund gesellschaftlich-kultureller Werte als bedeutsam erachtet werden.¹¹⁰ Sie ist in ihrer Privatheit gesellschaftlich (Arbeit für andere), insofern sie ‚nützliche‘ Gesellschaftsmitglieder (re)produziert sowie den Rest der Gesellschaft von der Sorge um Gesellschaftsmitglieder entlastet, die noch nicht oder nicht mehr eigenständig reproduktionsfähig sind.

Diese Modifikationen machen einen weiteren von Lindner vernachlässigten Aspekt deutlich, in dem sich die ‚Sektoren‘ des ‚Systems der Arbeit‘ unterscheiden: Während in Ökonomie und Staat die gesellschaftlichen Arbeiten über verselbständigte soziale Formen aufeinander bezogen werden (dort die Wertform, hier die Rechtsform), finden sich in den Sektoren von Haushalt und Zivilgesellschaft keine derartig verselbständigten Formen der sozialen Synthesis.¹¹¹ Dies dürfte der Grund dafür sein, dass Lindner die Sektoren von Ökonomie und Staat als ‚unpersönlich‘ charakterisiert, was wiederum mit sich bringt, die anderen beiden Sektoren als ‚persönlich‘ etikettie-

110 Auf den ersten Blick mag es paradox scheinen, Privatheit als Form der Gesellschaftlichkeit zu verstehen, aber wie die anderen Formen der Arbeit, bringt auch die private Haushaltsarbeit ihren eigenen Schein mit sich: Wie die abstrakte Arbeit den Schein der Natürlichkeit, die Rechtsarbeit den Schein der Gewaltlosigkeit und die Arbeit der Interessenvertretung den Schein des Gemeinwohls, so die haushalterische Privatarbeit den Schein des Ungesellschaftlichen – genau deshalb blieb die hier verrichtete Arbeit lange Zeit unsichtbar. Doch selbstverständlich gilt auch hier die soziologische Binsenweisheit, dass der Mensch nur in Gesellschaft vereinzeln kann.

111 Hier lässt sich wiederum an die Arbeit von Meyer anschließen, der seine Studie mit dem Ergebnis resümiert: „Entgegen der systemtheoretischen Konstruktion einer Pluralität strukturisomorpher Strukturprinzipien (‚symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien‘) existieren lediglich zwei Gestalten der gesellschaftlichen ‚Einheit‘ – gemeint sind „die *existierenden Prinzipien* des Geldes und des modernen Rechts: die Formen des absoluten Werts und des allgemeinen Willens – die Preisform und die Rechtsform.“ (Meyer 2005: 252) Auch Luhmann hebt die besondere Bedeutung von Geld und Recht hervor: „Es gibt Fälle, die Religion gehört auch dazu, von denen man sagen kann, dass das Individuum auch ganz gut ohne leben kann. Ohne Kunst auch, aber nicht ohne Geld oder Recht.“ (Luhmann in Beyer/Weber 1992: 55; zit. n. Pahl 2008: 62f.) Für eine kritische Theorie, die – anders als die Systemtheorie – versucht das Leiden der Individuen an sozialen Verhältnissen beredt werden zu lassen (vgl. Adorno 1970: 29), ist dies eine wesentliche Differenz. – Gleichzeitig bedeutet die Betonung der Spezifität von Geld und Recht auch, dass im Folgenden der Überlegung von Türk nicht gefolgt wird, dass es sich auch bei Bildung und Wissenschaft um funktional differenzierte Systeme handelt, die über Reabstraktionen operieren (vgl. Türk 1995: 168f.). Wert und Recht sind als grundlegende, verselbständigte soziale Formen zu unterscheiden von ‚funktional differenzierten‘ Leitdifferenzen oder binären Codes im Sinne einer „Institutionalisierung von Perspektiven, unter denen die Realität behandelt wird“ (ebd.: 171).

ren zu müssen. Für die familialen oder freundschaftlichen Intimbeziehungen als genuine Institutionen der interaktionsbasierten Privatsphäre mag das zutreffen, versteht man jedoch Zivilgesellschaft im oben ausgeführten Sinne, scheint die Charakterisierung als ‚persönlich‘ für diesen Sektor nicht sonderlich treffend – die Einheit des Begriffs verdeckt die Differenz in der Sache: Die vielbeschworene ‚Lebendigkeit‘ der Zivilgesellschaft mag zwar vom persönlichen Engagement der Akteure abhängen, damit ist aber noch nichts über die tatsächlichen Mechanismen ihres Zusammenspiels gesagt.

Weitere gesellschaftstheoretische Forschung hätte im Details aufzuzeigen, inwiefern diese Differenzen dazu führen, dass die Prozesslogik und Dynamik der ‚Sektoren‘ von Ökonomie und Staat die gesamtgesellschaftliche Dynamik in besonderem Maße prägen, wobei die Ökonomie als in besonderem Maße problemverzeugende und der Staat als problemverarbeitende und -reproduzierende Struktur relevant werden.¹¹² Das ihre Dominanz begründende Spezifikum von Wert und modernem Recht als Formprinzipien dürfte dabei einerseits in der realen Verselbständigung gegenüber den Gesellschaftsmitgliedern, also in ihrem Objektivitätscharakter (vgl. Meyer 2005: 253ff.),¹¹³ andererseits in ihrer realabstraktiven Indifferenz gegenüber materialen Aspekten der gesellschaftlichen Reproduktion und Ungleichheit zu verorten sein.¹¹⁴ Diese realabstraktive Indifferenz konstituiert die anderen Sphären als asymmetrisch auf Wert und Recht bezogene: Während private Haushaltsarbeit und politische Interessenvertretung sich *notwendig* auf Wert und Recht beziehen müssen, müssen letztere zur Berücksichtigung der materialen Aspekte von Reproduktion und Ungleichheit mittels politischer Kämpfe gezwungen werden. Das reproduktionsrelevante Problem von Krankheit und Gesundheit (vgl. 4.1) ist hierfür beispielhaft: „Was könnte die kapitalistische Produktionsweise besser charakterisieren als die Notwendigkeit, ihr durch Zwangsgesetz von Staats wegen die einfachsten Reinlichkeits- und Gesundheitsvorrichtungen aufzuherrschen?“ (MEW 23: 505)

112 „Der für die Kompensation externer Effekte und autodestruktiver Tendenzen der Kapitalverwertung unerlässliche Staat kann auf die in ihren Ursachen ungelösten Problemkonstellationen nur durch ‚ständig wiederholte Akte der Problemverarbeitung‘ reagieren, in denen er ‚die Selbstwidersprüchlichkeit kapitalistischer Bewegung [...] internalisiert‘ und sie (in eine andere Funktionslogik transponiert) ‚reproduziert‘, was neue ‚Folgeprobleme‘ hervorbringt (Lessenich 2009, 142).“ (Heim 2013: 369)

113 Die Form des modernen, kodifizierten Rechts lässt sich, wie Meyer dargelegt hat, als objektive Einheit der vereinzelt Rechtspersonen begreifen: „Diese Form des kodifizierten subjektiven Rechts, seine Einheit, Allgemeinheit und Unbedingtheit, wird von den Individuen keineswegs bewusst-intentional konstituiert, sondern sie wird, ähnlich der Äquivalenzform [also Wertform; R.M.] der sinnlichen Gegenstände, *vorgefunden*.“ (Meyer 2005: 263)

114 So könnte eine Reformulierung des weberianischen Gedankens aussehen, die Wirtschaft entfalte eine ‚extreme Ordnungsdynamik‘ (Schwinn 2001: 194) und das staatlich abgesicherte Recht sei ein wesentlicher Koordinationsmechanismus der Moderne (ebd.: 201).

3.4.2 Gebrauchswert-geleitete soziale Felder

Nachdem ausführlicher über die wertförmige Seite gesellschaftlichen Reichtums gesprochen und die Differenzierung von vier *Formen* gesellschaftlicher Arbeit umrissen wurde, werden im Folgenden einige weiterführende Überlegungen bezüglich der Gebrauchswertdimension, also zum *Inhalt* gesellschaftlicher Reichtumsproduktion, zusammengetragen, die sich auf ihre Bedeutung im Rahmen einer Differenzierungstheorie beziehen. Erst dann lässt sich genaueres darüber sagen, wie der Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert für die Untersuchung von Ökonomisierungsprozessen fruchtbar gemacht werden kann.

An diesem Punkt lassen uns allerdings alle bisher rezipierten Beiträge, die in Richtung einer materialistischen oder kritischen Differenzierungstheorie arbeiten, mehr oder weniger im Stich. Für die *Formanalyse* von Wert, Recht und Staat ist das evident – der Widerspruch von Gebrauchswert und Wert bleibt zwar allenthalben präsent, aber die Gebrauchswertseite wird in aller Regel nur abstrakt als solche benannt, manchmal beispielhaft ausgeführt, nicht jedoch konkret bestimmt. Während die materialistische Theorie also gegenüber der Systemtheorie in der Lage ist, den inneren Zusammenhang der ‚Teilsysteme‘ Ökonomie, Recht, Staat zu erklären, liegt ihre Schwäche darin, die Besonderheiten dessen zu begreifen, was mit dem Gebrauchswertbezug angesprochen wird. Es wird zwar konzediert, dass die Bedürfnisse, die mit entsprechenden Gebrauchswerten befriedigt werden, historisch-sozial konstituiert sind, aber es bleibt in der Regel bei dieser abstrakten Bestimmung, so dass die *Eigengesetzlichkeiten*, die auf dieser Seite wirksam sind, selten zum Gegenstand theoretisch-konzeptioneller Bemühungen werden. Wenn Lindner die Stoffseite in der Marx’schen Form-Stoff-Unterscheidung mit „Funktionen des gesellschaftlichen Reproduktionszusammenhangs“ (Lindner 2014: 265) synonym setzt, macht dies allerdings darauf aufmerksam, dass genau hier, auf der Stoff- oder Gebrauchswertseite, eine weitere zentrale Anschlussstelle für Überlegungen zur funktionalen Differenzierung liegt. Sie verweist erneut auf eine Ebene der Gesellschaftsanalyse, auf der die Formtheorie allein nicht weiter führt, denn es geht hier um die Frage der Entstehung, Stabilisierung und Transformation von Bedürfnissen und gesellschaftlichen Problemen, auf die sich die gesellschaftliche Produktion als Zweck beziehen könnte, sowie der gesellschaftlichen Einrichtungen, die ihrer Befriedigung respektive Bearbeitung dienen.¹¹⁵

Um den Eigengesetzlichkeiten der Gebrauchswertseite gerecht zu werden, muss die Gesellschaftsanalyse ihren Blick auf institutionelle, kulturelle und symbolische Dimensionen der Vergesellschaftung richten. Dies soll hier im pragmatischen Anschluss an Weber und Bourdieu geschehen, wobei insbesondere Webers Konzept der Wertsphären sowie ihrer Institutionalisierung in Lebensordnungen und Bourdieus Feldtheorie von Interesse sind. In dieser Linie Marx-Weber-Bourdieu lässt sich das moderne Gesundheitswesen – wie eine Reihe weiterer gesellschaftlicher ‚Teilsysteme‘

115 Auf dieser Ebene erhält die Sozialgeschichte im Sinne Bourdieus eine besondere Bedeutung, denn sie rekonstruiert die Genesis der legitimen, öffentlichen und anerkannten Probleme (vgl. Bourdieu/Wacquant 1996: 271f.).

me‘ (etwa Bildung, Erziehung, Kunst, Wissenschaft, Religion) – als ein gebrauchswert-geleitetes soziales Feld verstehen.¹¹⁶

Soziale Felder sind Bourdieu zufolge durch je eigene Sachbezüge und Logiken gekennzeichnet, die in relativer Autonomie gegenüber dem gesellschaftlichen ‚Umfeld‘ praktisch vollzogen werden und so einen sozialen Mikrokosmos, ein eigenständiges Universum konstituieren. Jedes Feld lässt sich als Spiel-, Macht- und Kampffeld betrachten und folgt einem spezifischen *nomos*, einer „Grundnorm“ im Sinne einer „Satzung“ (vgl. Bourdieu 2001: 122), die das grundlegende „Prinzip der Sichtung und Ordnung“ des Feldes bestimmt. Er legt fest, welches Spiel in einem Feld gespielt wird. Da er, wenn er sich „ausnahmsweise selbst einmal dar[legt]“, in Form einer Tautologie ausgedrückt werden muss, lässt er sich auch im Sinne der Weber’schen Wertideen interpretieren, also als Eigenwert (etwa: *l’art pour l’art*), um den es im Feld geht.¹¹⁷ Eng verbunden damit ist der Begriff der *illusio*, der den praktischen Glauben an den Wert des Spiels meint, das in einem Feld gespielt wird. „Dem *nomos* als einer objektivistisch beschreibbaren Satzung der jeweiligen Felder in einem bestimmten sozio-historischen Kontext korrespondiert subjektivistisch eine je feldspezifische *illusio*, die als affektive Bindung der Akteure an ein Feld und dessen spezifische Praxisformen begriffen wird.“ (Bongaerts 2008: 114) Die Akteur*innen, die innerhalb eines Feldes agieren, sind also auf spezifische Weise involviert, sie folgen nicht, wie bei Weber (vgl. Weber 1972: 12), (nur) einem bewussten oder zumindest bewusstseinsfähigen Glauben (vgl. Bongaerts 2008: 92), sondern unterwerfen sich der Relevanzordnung eines Feldes bereits dadurch, dass sie *praktisch*, vermittelt durch einen feldspezifischen Habitus, in ihm agieren und dadurch den Wert des Spiels sowie der Interessensobjekte und Gewinne, um die es geht, anerkennen. „Die *illusio* ist das Gegenteil der Ataraxie: Sie bedeutet, daß man involviert ist, im Spiel befangen und gefangen. Ein Interesse haben heißt, einem bestimmten sozialen Spiel zugestehen, daß das, was auf dem Spiel steht, wichtig und erstrebenswert ist.“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 148)

Die (praktische) Geltung der Ordnung, ihrer Satzung und (Spiel-)Regeln, bedeutet jedoch auch, dass in ihr nur bestimmte ‚Ressourcen‘ als relevant gelten und wirksam sind, was Bourdieu mit dem Begriff des feldspezifischen Kapitals und der Konzeption einer feldspezifischen Wirksamkeit der Kapital-Grundsorten zu fassen versucht (vgl. Bourdieu/Wacquant 1996: 128). Da eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Differenzen zwischen Marx’ und Bourdieus Kapitalbegriff hier nicht geleistet werden kann (vgl. hierzu Ellmers 2012; Streckeisen 2014), wird im Folgenden statt von feldspezifischem Kapital von Formen der Macht gesprochen.¹¹⁸ Die objekti-

116 Auch die soeben dargestellten Sektoren lassen sich im Sinne Bourdieus als soziale Felder konzipieren, haben also Feldeigenschaften, sie sind jedoch nicht gebrauchswert-geleitet.

117 Dies liegt auch deshalb nahe, weil Bourdieu selbst die durch den *nomos* konstituierte Ordnung als „legitime[n] Ordnung“ bestimmt, „die das Denkbare vom Undenkbaren, das Vorgeschiedene vom Verbotenen scheidet [...]; als Matrix aller relevanten Fragen kann er keine Fragen hervorbringen, die ihn selbst in Frage stellen könnten.“ (Vgl. Bourdieu 2001: 122)

118 Was mit Bourdieus eigener Verwendungsweise übereinstimmt, da er beide Termini synonym verwendet (vgl. etwa Bourdieu 1999: 342/365; Bourdieu/Wacquant 1996: 127). Al-

ve Struktur des Feldes wird durch die Wertigkeit und Verteilung dieser Formen der Macht bestimmt, deren Geltung dabei rein relational gedacht ist. Wacquant stellt Bourdieus Feldbegriff deshalb in die Tradition eines relationalen Gesellschaftsverständnisses, wie es bereits in Marx' *Grundrissen*¹¹⁹ zu finden sei: „Ein Feld besteht aus einem Ensemble objektiver historischer Relationen zwischen Positionen, die auf bestimmten Formen der Macht (oder Kapital) beruhen“ (Wacquant 1996: 36).¹²⁰ Um die Gültigkeit, Wertigkeit und Verteilung dieser Formen der Macht wird ebenso ständig gekämpft, wie um die die Auslegung des *nomos*. Dieser Kampf entscheidet auch darüber, „wer und welche Praxis zum Feld gehört und wer und welche Praxis nicht“, ist also „ein Definitionskampf um die Grenzen des jeweiligen Feldes“ (Bongaerts 2008: 113).

Doch wie hängt diese feldtheoretische Sicht nun mit der Gebrauchswertseite zusammen? Bourdieu begreift insbesondere die kulturellen Felder als „Produktionsfelder“ (vgl. etwa Bourdieu 1999: 340). Das, was in den Feldern produziert wird, erhält seinen Sinn oder seine ‚Kulturbedeutung‘ (Weber) aus der feldspezifischen *illusio*. Zwar zählt Bourdieu in erster Linie die ‚Produzent*innen‘ eines Feldes zu jenen Akteur*innen, die an der feldspezifischen Praxis teilnehmen (vgl. Bongaerts 2011: 117), aber dass er diesen eine „libidinöse Bindung“ an die feldspezifische „Sache“ attestiert, verweist darauf, dass die Eigenwerte der Felder Bedürfnisse erzeugen und umgekehrt die Bedürfnisse zur Antriebskraft des praktischen Glaubens werden. Die Eigenwerte, um die sich in sozialen Feldern alles dreht und die sich in sozialen Ordnungen institutionalisieren, sind also – zumindest in bestimmten Feldern – gebrauchswertkonstitutiv: Sie definieren legitime und deshalb durch gesellschaftliche Produktion zu befriedigende Bedürfnisse.¹²¹ Diesen Zusammenhang stellt Bourdieu in *Die Regeln der Kunst* selbst her (vgl. 1999: 275ff.). Zwar herrscht hier einige Konfusion bezüglich des ökonomischen Wertbegriffs und des Zusammenhangs von Ge-

ternativ wird in der vorliegenden Arbeit aber auch, wo es sprachlich angemessener scheint, von ‚Kapital‘ in einfachen Anführungszeichen gesprochen.

- 119 „Die Gesellschaft besteht nicht aus Individuen, sondern drückt die Summe der Beziehungen, Verhältnisse aus, worin diese Individuen zueinander stehen.“ (MEW 42: 189)
- 120 Obwohl Bourdieu seine Feldtheorie inspiriert durch Webers Religionssoziologie ausarbeitete, geschah dies in materialistischer Perspektive, „die jedoch nicht die eines Vulgärmarxismus ist, welcher kulturelles Wissen als schlichten Reflex ökonomischer Strukturen begreift und die Eigenlogik der Entwicklung des spezifischen kulturellen Wissens weder verstehen noch erklären könnte“ (Bongaerts 2008: 88).
- 121 Auch mit Weber lässt sich dieser Zusammenhang von Wert und Bedürfnis konzipieren, worauf Anke Thyen (1989: 54) beiläufig hingewiesen hat: „Der Zweck einer Handlung könnte durch subjektive Bedürfnisse zwar motiviert sein, was aber nicht ausschließt, daß jene Bedürfnislagen nicht ihrerseits wertrational prinzipienorientiert sein könnten.“ In diesem Zusammenhang entsteht dann auch das Experten-Laien- als Produzenten-Konsumenten-Verhältnis. So etwa im religiösen Feld, in dem „*religiöse Arbeit*“ von „spezialisierten Akteuren“ verrichtet wird, „die gegenüber externen, vor allem ökonomischen Zwängen relativ autonom und mit institutioneller oder nicht-institutioneller Macht versehen sind und mittels eines bestimmten Typus von Praktiken und Diskursen *eine besondere Kategorie von Bedürfnissen* bestimmter gesellschaftlicher Gruppen befriedigen“ (Bourdieu 2000: 11; Hervorheb. R.M.).

brauchswert und Tauschwert, fokussiert man jedoch lediglich die Aussagen, die sich im Marx'schen Sinne auf die Gebrauchswertseite beziehen, gerät die „symbolische Alchemie“ (ebd.: 275) in den Blick, die die je feldspezifische „gesellschaftliche Libido“ (ebd.: 278) und damit die Bedürfnisse und Nützlichkeitschemata erzeugt, auf die sich die Produktion des Feldes sinn- und zweckhaft bezieht: „In der Beziehung zwischen den Habitus und den Feldern [...] wird erzeugt, was das Fundament aller Nützlichkeitskalkülen ist, [...] die *illusio*.“ (Ebd.: 278) Es sind die feldspezifischen Dispositionen der vergesellschafteten Individuen, „die als Produkte eines historischen Institutionsprozesses dem [Gebrauchs- R.M.]Wert zugrunde liegen“ (ebd.: 278). Allerdings hat Bourdieu trotz der häufigen Referenz auf solche ‚Institutionsprozesse‘ den Begriff der Institution und der Institutionalisierung kaum theoretisch ausgeleuchtet (vgl. Florian 2008: 144). Insofern scheint es angebracht, die sozialen Felder in ihrer Dimension als objektive Sinnzusammenhänge auch mithilfe der Weberianischen Begrifflichkeiten von Wertsphäre und Lebensordnung, von Ideen, Institutionen und Interessen zu untersuchen.¹²² So gerät in den Blick, dass die Eigenwerte, um die sich ein Feld dreht, im Prozess ihrer Institutionalisierung zu einer ausdifferenzierten Lebensordnung auf eine (diskursive) Spezifikation und Interpretation angewiesen sind,¹²³ die – wie wir später genauer sehen werden – maßgeblich durch Diskurse und Praktiken von Expert*innen (im vorliegenden Feld: der Ärzteschaft) geprägt werden, zugleich aber auch nicht-intendierte Kompromisse von Interessenkonflikten darstellen.

Mit Bourdieu lassen sich zugleich zwei Fallstricke vermeiden, die mit der Verwendung des Terminus der gebrauchswert-geleiteten sozialen Felder zusammenhängen: Zum einen lässt sich der „Schein des Natürlichen“ (Bourdieu 1999: 279) vermeiden, der durch den Bezug auf Bedürfnisse schnell entsteht; diese werden feldtheoretisch als gesellschaftsgeschichtlich erzeugte lesbar. Zum anderen könnte mit der Rede von gebrauchswert-geleiteten sozialen Feldern die fehlgehende Annahme assoziiert werden, diese Felder seien intentional, vielleicht sogar unter Berufung auf Werte der Humanität eingerichtet worden. Mögen diese in den historisch wirksamen Diskursen auch eine Rolle gespielt haben, so sind die konkreten Institutionalisierungsprozesse doch im Wesentlichen nicht-intendierte Resultate gesellschaftlicher und po-

122 Eine ‚materialistische Aneignung‘ von Webers Theorie der Wertsphären hätte freilich zur Voraussetzung, seine ‚Werttheorie‘ sowie die anthropologischen und metaphysischen Momente seiner ‚Zwischenbetrachtung‘, in der er bekanntlich sechs Wertsphären unterscheidet, kritisch durchzuarbeiten. In Kapitel 4.1. wird davon ausgegangen, dass der Eigenwert der ‚Gesundheit‘, wie er im ‚Institutionsprozess‘ der Ausdifferenzierung des Gesundheitswesens wirksam wurde, nicht in ‚letzten Wertungen‘ gründet, sondern Resultat von Diskursen und Praktiken einer historisch-spezifischen Gesellschaftskonstellation der Neuzeit ist. Ein solches Verständnis lässt sich, wie Labisch (1992) gezeigt hat, auch mit den Mitteln der Soziologie Webers vereinbaren. Für die Bestimmung der Begriffe von Gesundheit und Krankheit ist dabei stets „das Verhältnis der Menschen zur Natur einerseits und zur Gesellschaft andererseits [bedeutsam]. In diesem Raum wird entschieden, wie Gesundheit und Krankheit gedeutet werden“ (ebd.: 27).

123 „Im Zuge ihrer Institutionalisierung werden Wertvorstellungen und Leitideen konkretisiert durch die Ausbildung von Rationalitätskriterien, die diese für bestimmte Situationen handlungsrelevant werden lassen.“ (Lepsius 2013: 27f.; vgl. auch Stölner 2009: 68ff.)

litischer Auseinandersetzungen, in denen – nach einem bekannten Wort von Weber – Ideen als „Weichensteller“ gewirkt haben mögen, in denen aber zugleich materielle und ideelle Interessen das Handeln der Akteur*innen bestimmt haben (Weber 1988: 252). Gleichzeitig muss hier im Sinne der Marx’schen Kritik der politischen Ökonomie ergänzt werden, dass sowohl auf der Ebene der Ideen als auch der Interessen kapitalistische Formbestimmungen ins Spiel kommen, die (der Tendenz nach) zur Formadäquanz der Institutionalisierungsprozesse führen. Gerade für zentrale Institutionen des Gesundheitswesens gilt, dass sie von maßgeblichen Akteur*innen aus dem formadäquaten Interesse der Herrschaftsstabilisierung heraus etabliert (vgl. Tauchnitz 2004: 236ff.; Lamping/Tamm 1994: 112ff.) und gleichzeitig durch die kapitalistisch formbestimmte Idee der Menschenrechte von Eigentum, Freiheit und Gleichheit mit strukturiert wurden.¹²⁴ Die Krankenversicherung flankiert und stützt das Prinzip der freien Lohnarbeit, denn die Unterstützung der Lohnarbeiter*innenschaft durch die Krankenkassen ermöglicht es, „eine lohnabhängige Existenz ohne Rückhalt durch eine zweite (Subsistenz-)Ökonomie durchzuhalten“ (Krätke 1991: 135);¹²⁵ die Ärzteorganisationen perpetuieren in sich den formbestimmten Widerspruch von ökonomischem Privatinteresse und Gemeinwohlorientierung;¹²⁶ die naturwissenschaftlich orientierte Medizin biologisiert und individualisiert den Zustand der Krankheit und zeitigt so eine kurativ-individualistische Orientierung des Gesundheitswesens, so dass „die sozialstrukturellen Mechanismen, die gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorrufen“ (Lenhardt/Offe 1977: 111) kaum tangiert werden.¹²⁷ Und auch für das Krankenhaus gilt, dass seine Existenz sich nicht „humanitären Bedürfnissen, christlicher Nächstenliebe verdankt“, sondern „Nebenprodukt der Industrialisierung“ ist (Göckenjan 1985: 215). Der historische Institutionsprozess, der das gebrauchswertgeleitete soziale Feld der Krankenversorgung hervorgebracht hat, wird in Kapitel 4.1

-
- 124 Zur kapitalistischen Formbestimmtheit der Menschenrechte vgl. etwa Maihofer (1992).
- 125 Zur Formadäquanz des Versicherungsprinzips vgl. auch Heim (2013: 331ff.), der in Übereinstimmung mit den hier angestellten Überlegungen auch darauf hinweist, dass mit dem Prinzip der Sozialversicherung etwas Neues und Spezifisches in die gesellschaftlichen Verhältnisse eingeführt wurde, was in dieser Neuheit und Spezifität begriffen werden muss und nicht auf seine Formbestimmtheit reduziert werden kann.
- 126 „Das professionspolitische Gesamtinteresse [der Ärzteschaft; R.M.] – immer wieder in medizinischen Polizeiordnungen ausgedrückt, die dem Staat angedient werden [...] – steht gegen das privatwirtschaftliche Eigeninteresse, das sich individuell verwendungsfähig machen muß, auch verdienen will, wo es geht. Mit der Entdeckung des ‚ganzen Standes‘ wird seit der Jahrhundertmitte [des 19. Jahrhunderts; R.M.] versucht, diese nie überwindbare Interessenspaltung zu kaschieren, richtiger, eine sozial akzeptable Bewegungsform der Widersprüche zu schaffen.“ (Göckenjan 1985: 416)
- 127 Göckenjan fasst zusammen: „Die Delegation der Probleme von Gesundheit und Krankheit an die (formal) ausschließliche Kompetenz der medizinischen Profession bedeutet die Zuweisung von Zuständigkeit an eine Gruppe, die diese nicht tragen kann und die aufgrund ihrer sozialen Lage stets eigene professionspolitische Strategien entwickelt, die mit den dominanten gesellschaftlichen Herrschaftsverhältnissen kooperieren können. So daß dann nicht Krankheitsursachen überwacht werden, sondern die Körperreaktionen der Betroffenen.“ (Göckenjan 1985: 404)

zumindest in Umrissen nachgezeichnet, um diesen beiden Fallstricken der Naturalisierung und des ‚Intentionalismus‘ zu entgehen.

Inwiefern weisen gebrauchswert-geleitete soziale Felder nun aber Tauschwertbezüge auf, so dass sich sagen lässt, auch sie seien in den Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert verstrickt? Ganz ähnlich wie bei Schimank, wird auch hier davon ausgegangen, dass die Ausdifferenzierung sozialer Felder nur dort stattfinden kann, wo das Problem der Geldabhängigkeit gelöst ist. Wie das geschieht, kann an dieser Stelle nur in aller Kürze angeschnitten werden, denn von der Konstruktionslogik her würde es bei der Klärung dieser Frage darum gehen, je sektor- und feldspezifische Logiken der Reproduktion von Zahlungsfähigkeit zu rekonstruieren, also eine (Kritik der) politischen Ökonomie des jeweiligen Sektors und Feldes zu schreiben.

Die Tauschwertbezüge eines gebrauchswert-geleiteten sozialen Feldes werden durch je spezifische *institutionelle Arrangements* geregelt, die die Logik der Reproduktion von Zahlungsfähigkeit (Einnahmeseite) und die Logik der Geldverwendung (Ausgabenseite) bestimmen und miteinander koppeln. Dies geschieht vermittelt durch die sektor-spezifischen Logiken der in die feldspezifische Produktion involvierten Formen gesellschaftlicher Arbeit. D.h. die Einbindung der feldspezifischen Arbeit in die allgemeine Zirkulation ist keine rein ökonomische Operation, sondern erfolgt auch vermittelt über nicht-ökonomische, vor allem politische (staatliche und zivilgesellschaftliche) Logiken der Verteilung wertförmigen Reichtums, in denen soziokulturelle Vorstellungen den Raum des Il-/Legitimen abstecken.

Betrachten wir zunächst die *Einnahmeseite* der nicht-ökonomischen Sektoren und damit die divergierenden Logiken der Reproduktion von Zahlungsfähigkeit (in Anlehnung an Krüger 2010: 682). Die *Privathaushalte* refinanzieren sich über: 1. Löhne und Profite aus der kapitalistischen Ökonomie (Primäreinkommen), 2. Lohnersatzzahlung aus öffentlichen Haushalten, 3. Löhne aus öffentlicher und zivilgesellschaftlicher Beschäftigung und 4. Löhne aus Beschäftigung in Privathaushalten.

Während die Löhne und Profite direkt in die kapitalistische Ökonomie und ihre Kreisläufe eingebunden und die Löhne aus 4. Resultat vielfältig determinierter Konsumentscheidungen der Privathalte sind, sind 2. und 3. abhängig von einer politischen Logik der machtmittelten Auseinandersetzung, demokratischer Verfahren der Herrschaftsausübung und Legitimationsbeschaffung. Der *Staat* bzw. die öffentlichen Haushalte refinanzieren sich über Steuern und Sozialabgaben. Basis beider Einnahmequellen ist das legitime Gewalt- und Steuermonopol. Die *Zivilgesellschaft* bzw. ihre Organisationen refinanzieren sich über: 1. Unterstützung aus öffentlichen Haushalten (staatsnaher Bereich), 2. Spenden und Stiftungen (staatsferner Bereich) und 3. Mitgliedschaftsbeiträge (staatsferner Bereich) (vgl. Vilain 2016). Hier herrschen also noch einmal ganz eigene Refinanzierungslogiken, im staatsnahen Bereich etwa die Logik des Korporatismus, in den staatsfernen Bereichen Logiken des interessengeleiteten Engagements, wobei es sowohl um materielle wie ideelle Interessen geht.

Bezüglich der Geldverwendung oder der *Ausgabenseite* wurde oben bereits darauf hingewiesen, dass in den nicht-ökonomischen Sektoren Prinzipien der Bedarfsorientierung vorherrschen, aber auch diese sind keineswegs einheitlich. Während die Privathaushalte verschiedenen, privatistischen Konsumlogiken folgen, entscheiden in Staat und Zivilgesellschaft wiederum politische Auseinandersetzungen mit und um

Macht und Legitimität über die Verwendung von Geldmitteln, wobei in der Regel gesellschaftspolitische Ziele und die Gemeinnützigkeit des Bedarfs diskursiv in den Vordergrund gespielt werden. D.h. insbesondere die öffentlichen Finanzen werden nicht nach ökonomischen Kriterien der Rentabilität, sondern nach politischen Kriterien der Legitimität und Durchsetzungsfähigkeit verwendet.

Auf dieser Grundlage existieren feldspezifische institutionelle Arrangements, die die Tauschwertbezüge eines gebrauchswert-geleiteten sozialen Feldes abhängig von ihrer ‚Sektorenlastigkeit‘ regeln.¹²⁸ Sie können damit unter der Perspektive betrachtet werden, dass sie Bearbeitungs- und Bewegungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert sind, in denen Rationalitätskriterien der Refinanzierung und Geldverwendung institutionalisiert sind. Diese wandeln sich historisch und können mal mehr, mal weniger dem Gebrauchswertbezug des Feldes entsprechen, aber sich diesem gegenüber auch verselbständigen. Institutionelle Arrangements stellen also die Art und Weise, wie Geld (etwa im Gesundheitswesen) eingespeist und verteilt wird, auf eine eigenständige normative, nicht äquivalenzförmige Basis. Dieser Umstand darf aber nicht den Blick darauf verstellen, dass es sich bei derartigen Arrangements um Modifikationen der einfachen Zirkulation und damit weiterhin um feldspezifische Bearbeitungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert handelt.

Die Ausdifferenzierung gebrauchswert-geleiteter sozialer Felder ist allerdings nicht bloß von der Lösung des Problems der Reproduktion von Zahlungsfähigkeit abhängig, sie bedarf ebenfalls der rechtlichen Kodifizierung und Sanktionierung.¹²⁹ Genauer gesagt, fallen die ökonomischen Reproduktionsbedingungen des Feldes mit einem spezifischen Rechtsstatus zusammen. Insofern ist die relative Autonomie eines gebrauchswert-geleiteten sozialen Feldes nicht nur ökonomisch, sondern auch rechtlich und staatlich formbestimmt. Dies betrifft allerdings nicht nur die Tauschwertbezüge im Sinne des jeweiligen Finanzierungsregimes, es betrifft auch eine Vielzahl weiterer Regelungen wie feldspezifische Klassifikationsprinzipien und vor allem die Klärung der Zuständigkeit für die Produktion spezifischer Gebrauchswerte, die je nach Feld mal mehr (bspw. Wissenschaft, Gesundheit), mal weniger (bspw. Kunst) restriktiv sein kann. Dem hat auch Bourdieu Rechnung getragen, ohne allerdings diesen Gedanken gesellschaftstheoretisch auszuformulieren:

„Eine der charakteristischsten Eigenschaften eines Feldes ist das Ausmaß, in dem seine dynamischen Grenzen, die sich ebenso weit erstrecken wie die Wirksamkeit der von ihm ausgehenden Effekte, sich in juristische Grenzen verwandeln, die ein explizit kodifiziertes Zulassungs-

128 Für das staatsnahe Krankenhauswesen ist hierbei vor allem an die Krankenversicherung sowie an die rechtlich gerahmten und korporatistisch ausgestalteten Regelungen der Krankenhausfinanzierung zu denken. Darauf wird zurückzukommen sein.

129 Institutionen sind immer auch mit Sanktionsmechanismen verbunden, die die Durchsetzungskraft der feldspezifischen Regeln, Rationalitätskriterien und Orientierungen festlegen (vgl. Lepsius 2013: 29). Rechtliche, mit Staatsgewalt hinterlegte Sanktionsmechanismen sind besonders effektiv, mag ihre Effektivität auch auf der herausragenden symbolischen Macht des Staates basieren und nicht auf der ständigen, expliziten Drohung mit physischer Zwangsgewalt.

recht etwa in Form des Besitzes von Ausbildungsabschlüssen, des Erfolgs bei einem Wettbewerb usw. schützt.“ (Bourdieu 1999: 358)

Bourdieu unterschätzt jedoch die Rolle der Rechtsform für die moderne Form des Staates und der Politik¹³⁰ und tendiert deshalb dazu, den Staat in ein „Ensemble von Machtfeldern“ aufzulösen, „in denen sich Kämpfe abspielen, deren Objekt [...] das *Monopol auf die legitime symbolische Gewalt* ist“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 143). Freilich darf die ‚Einheitlichkeit‘ des Staates nicht fetischisiert werden, aber dennoch wäre Bourdieus Perspektive ergänzend hinzuzufügen, dass die Monopolbildung, von der er hier spricht, und der mit ihr einhergehende „Legitimitätsvorsprung“ (Fisahn 2016: 365) des Staates eine Form von Einheit voraussetzt¹³¹ – diese ist durch die Form des Rechts gegeben, wie im Prinzip auch Bourdieu sagt, wenn er die legitime symbolische Gewalt weiter bestimmt als „die Macht, ein gemeinsames Ensemble von zwingenden Normen zu schaffen und innerhalb [...] der Grenzen eines Landes [...] als *allgemeine* und *allgemeingültige* durchzusetzen.“ (Ebd.: 143)¹³² Überraschenderweise erklärte Bourdieu auch mit dem ‚staatlichen Kapital‘ ein feldspezifisches Kapital zum „Meta-Kapital“ (vgl. 1996: 146) und nicht etwa, wie man vermuten könnte, eine der vier Grundsorten des Kapitals.¹³³ Das Meta-Kapital erlaube es dem Staat, „Macht über die verschiedenen Felder und über die verschiedenen besonderen Kapitalsorten [...], insbesondere über ihre Wechselkurse“ (ebd.: 146) sowie über „alle Spiele und über ihre Regeln auszuüben, nach denen sie gespielt werden“ (ebd.: 130). Auch wenn Bourdieus Theorie des staatlichen Feldes hier nicht im Detail diskutiert werden kann, sollten die kursorischen Anmerkungen hinreichen, um zu plausibilisieren, dass sich die materialistische Kapital-, Rechts- und Staatstheorie und Bourdieus Feldtheorie wechselseitig ergänzen können: Die sozialen Formen von Wert, Recht und Staat sind ko-konstitutiv und strukturierend an der Ausdifferenzierung relativ au-

130 Historisch geht Bourdieu zwar ausführlich auf die Rolle der Juristen für die Konstitution des modernen Staates ein, die oben ausgeführte Rolle der Rechtsform für die Bestimmung der Politik als Kampf um das Recht und die Instanz, die Recht setzt, also den Staat, bleibt aber unterbelichtet (vgl. Bourdieu 2014).

131 Bourdieu erklärt die militärische und die ökonomische Macht des Staates gegenüber der symbolischen Macht für sekundär (vgl. Bourdieu 2014: 295f.). Der besondere ‚Legitimitätsvorsprung‘ des Staates, der seine symbolische Macht begründet, beruht jedoch auf objektiven Beziehungen – die zu betonen Bourdieu ansonsten nicht müde wird –, genauer: auf der objektiven Abhängigkeit aller von der Sicherung der Rechtsförmigkeit, die nur mittels militärisch-polizeilicher und ökonomischer Macht zu gewährleisten ist.

132 Bei den zwingenden Normen scheint Bourdieu allerdings weniger explizite, rechtliche Normen im Sinn zu haben, von Bedeutung sind für ihn vielmehr die impliziten Selbstverständlichkeiten, die Wahrnehmungs-, Einteilungs- und Klassifikationsprinzipien, wie etwa zeitliche Einteilungen und geschlechtliche Klassifikationen, die das staatliche Feld hervorbringt – er spricht auch vom Staat als „Form des kollektiven Selbstverständlichen“ (2014: 299).

133 Die Genese des ‚staatlichen Kapitals‘ beruht Bourdieu zufolge auf der „ursprünglichen Akkumulation verschiedener Kapitalsorten“, also des ökonomischen, kulturellen, sozialen und symbolischen Kapitals, „die im Zuge ihrer Akkumulation eine Verwandlung erfahren“ (Bourdieu 2014: 337).

tonomer, gebrauchswert-geleiteter sozialer Felder beteiligt. Diese institutionalisieren sich jedoch zugleich kraft einer symbolischen Alchemie, die Gebrauchswerte dadurch hervorbringt, dass sie Bedürfnisse mit feldspezifischen Leitwerten koppelt. Bourdieus Feldtheorie erlaubt es also, dort weiter zu kommen, wo die Formtheorie an ihre Grenzen stößt: bei der Berücksichtigung der Eigenlogik sozialer Sphären, sozialer Praxis sowie sozialer Kämpfe und damit nicht zuletzt auch bei der Untersuchung jener sozialen Verhältnisse, die mit der Marx'schen Chiffre des Gebrauchswerts angesprochen sind.

3.4.3 Organisationen

Im Sinne des dritten Kriteriums für eine Theorie der Ökonomisierung (vgl. 2.1) ist die bisher entworfene Heuristik der gebrauchswert-geleiteten sozialen Felder, die sich durch Rückgriff auf verschiedene Formen gesellschaftlicher Arbeit institutionalisieren und dabei in feldspezifischer Weise den Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert ins sich perpetuieren, zu ergänzen um die Ebene der Organisation. Im Unterschied zum interaktionsbasierten Sektor der Privathaushalte sind die anderen drei Sektoren strukturell durch das Prinzip der Organisation geprägt. Es sind also nicht individuelle Akteur*innen, sondern korporative Akteure – Organisationen als juristische Personen (vgl. Türk 1995: 53ff.) –, die maßgeblich die „teilsystemische Leistungsproduktion“ (Schimank 2010: 37) übernehmen.¹³⁴ D.h. die Zuordnung der gesellschaftlichen Arbeit (Leistungsproduktion) in verschiedene gebrauchswert-geleitete soziale Felder findet in drei der vier Sektoren vor allem vermittelt formaler, funktional spezialisierter Organisationen statt (vgl. auch Türk 1997: 169f.).¹³⁵

Folgen wir zunächst wieder Schimank, lassen sich „zwei Grundtypen formaler Organisationen“ (Schimank 2010: 37) unterscheiden: Interessenorganisationen und Arbeitsorganisationen. Erstere konstituieren sich über einen „Prozess der ‚Ressourcenzusammenlegung‘ als freiwillige Zusammenschlüsse von Personen mit gemeinsamen substantiellen Interessen“ (ebd.: 37) und sind vornehmlich im Sektor der Zivilgesellschaft aufzufinden. Letztere folgen hingegen einem Organisationszweck, der durch einen Träger (Unternehmer, Kommune, Verband etc.) festgelegt wird, der zur Erfüllung des Zwecks wiederum weitere Organisationsmitglieder in der Form von Lohnarbeit rekrutiert.¹³⁶ Der Unterschied beider Organisationstypen ergibt sich damit aus dem Verhältnis von organisationalen Zwecken und individueller Leistungsmotivation der Organisationsmitglieder: „In der Arbeitsorganisation fallen individuelle und organisationale Ziele auseinander, deshalb muss die Arbeitsorganisation mittels

134 Türk spricht der Organisationsform in kapitalistischen Gesellschaftsformationen einen ebenso universellen Status zu wie der Wert- und Rechtsform (vgl. Türk 1995: 165).

135 Die Mitglieder der Haushalte sind dabei aus Sicht der Organisationen als Teil der feldspezifischen Publika (Leistungskonsumenten) mit einbezogen – im Gesundheitssystem vor allem als Patient*innen sowie als Versicherte (Anspruchsberechtigte).

136 Im Gesundheitswesen spielen „sekundäre Organisationen“ (Mayntz/Rosewitz 1988) oder Verbände als „normative Interessenorganisationen“ (Bode 1998) eine besondere Rolle in der korporatistischen Regulierung des Feldes. Dieser Aspekt wird im Folgenden aber nur eine randständige Rolle spielen, da mit der Organisation Krankenhaus eine Arbeitsorganisation im Fokus dieser Arbeit steht.

Geldzahlung die individuelle Motivation der Mitarbeiter einkaufen. Bei Interessenorganisationen hingegen existiert eine Übereinstimmung zwischen individuellen und organisationalen Zielen“ (U. Wilkesmann 2015: 508). Arbeitsorganisationen prägen das Bild aller drei, also auch der nicht-kapitalistischen Sektoren.¹³⁷ In allen Arbeitsorganisationen, nicht bloß in kapitalistischen Betrieben, existiert dabei das Herrschaftsproblem, das gekaufte Arbeitsvermögen in eine konkrete Verausgabung von Arbeitskraft zu übersetzen, die den Organisationszielen entsprechen – es wird uns später wieder begegnen, denn sofern die Ökonomisierung der Krankenhäuser eine Verschiebung von Organisationszielen auf Träger- und damit Leitungsebene mit sich bringt, stellt sich die Frage, wie sich die Bearbeitung dieses Herrschaftsproblems innerhalb der Organisation verschiebt.

Die Ziele der Arbeitsorganisationen divergieren je nach sektoraler Verankerung, wobei diese nur im Falle der Verankerung in der kapitalistischen Ökonomie auch das primäre Organisationsziel festlegt: aus Geld mehr Geld zu machen (Mehrwertproduktion). In den beiden anderen Sektoren dient Geld dagegen – idealtypisch gesprochen – als Mittel zu anderweitigen organisationalen Zwecken. Nichtsdestotrotz sind alle Arbeitsorganisationen geldabhängig (Schimank 2010: 37ff.): Während sich die kapitalistischen Arbeitsorganisationen aus der eigenen Mehrwertproduktion refinanzieren, sind nicht-kapitalistische Arbeitsorganisationen von staatlichen oder zivilgesellschaftlichen Mittelzuweisungen oder aber privaten Beiträgen abhängig. Das bedeutet: „Auch staatliche und Non-Profit-Organisationen wirtschaften, aber auf andere Weise als Wirtschaftsunternehmen.“ (Wex 2004: 19)¹³⁸ Doch auch wenn Geld in nicht-kapitalistischen Arbeitsorganisationen im Marx'schen Sinne nur als Geld (Zahlungsmittel, Wertaufbewahrungsmittel, Maß der Preise) und nicht als Kapital fungiert, also Prozesse der einfachen Zirkulation vermittelt, sind auch die tauschwertvermittelten Austauschprozesse nicht-kapitalistischer Arbeitsorganisationen als Bewegungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert zu verstehen.

Dies ist freilich zunächst eine sehr abstrakte Aussage, die den Vorwurf der Inhaltsleere provozieren könnte. Doch genau in dieser Abstraktheit liegt der Clou der Konzeption, denn nur so kann sie als heuristisches Mittel fungieren: Es wird dann zu einer *empirischen* Frage, wie in einer je konkreten Organisation Tauschwertbezüge und Gebrauchswertbezüge praktisch zueinander ins Verhältnis gesetzt werden. So wird einerseits der Blick geöffnet für die praktische Vielfalt ‚ökonomischer Rationalitäten‘, ohne aber andererseits die wesentlich verschiedenen, inkommensurablen Dimensionen des stofflichen und wertförmigen Reichtums (etwa in einem allgemeinen Knappheits- oder Effizienzbegriff) zu konfundieren und spannungsgeladene Verhältnisse und Dynamiken zu verdecken.

137 Die Zivilgesellschaft oder den Nonprofit-Sektor allerdings in geringerem Maße als die kapitalistische Ökonomie und den Staat.

138 Die Vielfalt der Typen formaler Organisation ist mit der Unterscheidung von Interessen- und Arbeitsorganisationen sowie mit ihrer Zuordnung zum kapitalistischen, staatlichen oder zivilgesellschaftlichen Sektor freilich noch keineswegs abgedeckt. Eine allgemeine Diskussion dieser Typen ist im vorliegenden Forschungszusammenhang jedoch wenig zielführend. Die theoretische Heuristik wird stattdessen im nächsten Abschnitt (3.5.2) in Hinblick auf die Charakteristika des Krankenhauses als professionelle Organisation weiterentwickelt.

Bleiben wir jedoch zunächst noch bei der abstrakten Betrachtung von Arbeitsorganisationen, lässt sich – ohne die empirische Offenheit zu gefährden – eine spezifische organisationale Vermittlungsform des Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert theoretisch vorwegnehmen – die Form der Lohnarbeit. Sie konstituiert einen typischen Geld-Leistungs-Nexus: Die Arbeitskräfte sollen aus der Sicht der Träger der Organisation zweckgerichtet Leistungen erbringen und erhalten dafür als ‚Gegenleistung‘ Geld in Lohnform.¹³⁹ Während die Organisation als Käufer von Arbeitskraft an deren Gebrauchswert, dem Arbeitsvermögen, orientiert und interessiert ist – und sei es der Gebrauchswert, Wert schaffen zu können –, ist für den*die Verkäufer*in der Arbeitskraft zunächst einmal – quasi bei Vertragsabschluss – der Tauschwert, den er*sie durch den Verkauf erhält, von Interesse. Das schließt freilich nicht aus, dass die Arbeitskräfte einen vielleicht gar identitätsstiftenden Sinn in ihrer Arbeit sehen – und zwar in den *Inhalten des konkreten Arbeitsprozesses*, nicht in der Eigenschaft, mit ihr Geld zu verdienen. Dennoch gehören beide Orientierungen zur Lohnarbeit konstitutiv hinzu, auch wenn sie in Berufs- oder in Professionsform verausgabt wird, in der die durch einen Berufs- oder Professionsethos gestützte Gebrauchsgestalt der Arbeitsverausgabung im Fokus steht. Lohnarbeit folgt also einer „doppelten Zweckstruktur“ oder einer „doppelten Rationalität“ (Beck et al. 1980: 243): Sie ist einerseits auf einen gesellschaftlichen Produktionszweck bezogen (Gebrauchswert für andere), zugleich dient sie einem privaten Reproduktionszweck. In der Perspektive auf letzteren „wird die konkrete Arbeit lediglich in ihrer ökonomischen Funktion – Träger von Wert – relevant, während ihr konkret-nützlicher, gesellschaftlich-politischer Charakter demgegenüber austauschbares Mittel wird“ (ebd.: 243).¹⁴⁰ Die Arbeit, die innerhalb von Arbeitsorganisationen verausgabt wird,

„kann damit nach zwei ganz verschiedenen Bezugssystemen betrachtet und beurteilt werden: nämlich nach ihrer qualitativen Bedeutung [...] und zum anderen nach ihrem ökonomischen Effekt [...]. [...] Beiden Bezugssystemen liegen offenbar ganz verschiedene Kategorien zugrunde, beide erfassen ein und denselben Gegenstandsbereich unter völlig verschiedenen Perspektiven, rekonstruieren ihn in Form zweier getrennter Wirklichkeiten oder Sinnsysteme.“ (Ebd.: 244)

Wie diese beiden Sinnsysteme in der Berufspraxis der Pflegekräfte miteinander in Bezug gesetzt werden und welche Sinnhorizonte auf der nicht-ökonomischen Seite überhaupt ins Spiel kommen, ist wiederum eine empirisch zu klärende Frage, die später noch ausführlich Thema sein wird.

Auf der abstrakten Ebene ist darüber hinaus mit Klaus Türk festzustellen, dass „nahezu alle einzelnen Arten formaler Organisationen [...] auffälligerweise staatlich geregelt“ (Türk 1997: 169) sind. Neben der Geldabhängigkeit existiert für formale

139 Es ist hier hinreichend, die Oberfläche dieses ‚Austauschs‘ zu behandeln; zur Kritik des Scheins, den die Lohnform hervorbringt vgl. Marx (MEW 23: 557ff.; zur Kritik des Scheins des Austauschs: ebd.: 605ff.).

140 Eine solche Orientierung findet sich bei Pflegekräften beispielsweise dann, wenn sie Überlegungen anstellen, warum sie für einen eher geringen Lohn einen anstrengenden Job machen und nicht einfach für denselben oder sogar mehr Lohn einen Job beispielsweise ohne Schichtarbeit annehmen.

Organisationen also auch eine ‚Rechtsabhängigkeit‘, so dass sie nicht nur notwendig ökonomisch, sondern ebenso notwendig politisch interessiert sind. Die oben formulierte Annahme, dass es sich bei der durch die Form des Rechts vermittelten Differenzierung von kapitalistischer Ökonomie und politischem Staat um eine „Basaldifferenz“ der modernen Gesellschaft handelt, die stets konstitutiv und strukturierend an Ausdifferenzierungsprozessen beteiligt ist, lässt sich somit auch über die Ebene der formalen Organisationen begründen. Damit ist eine weitere Implikation verbunden: Alle Arbeitsorganisationen operieren multireferentiell, sind also in verschiedene Felder involviert (d.h. werden von ihnen affiziert und entfalten in ihnen Wirkung), wenn auch funktional spezialisiert und mit sehr unterschiedlichen Gewichtungen.

ZUSAMMENFASSUNG

Die moderne Gesellschaft ist durch historisch spezifische Vergesellschaftungsbedingungen der Arbeit geprägt. In Erweiterung der Marx’schen Kritik der politischen Ökonomie lassen sie sich durch folgende Strukturprinzipien kennzeichnen:

- die Trennung der Produzent*innen von den Produktionsmitteln, die das spezifisch kapitalistische Klassenverhältnis und die Form der Lohnarbeit impliziert;
- die privat-dissoziierte Arbeitsteilung, die ein ‚nachträgliches‘ In-Beziehungsetzen der produzierten Waren über die Wertform mit sich bringt;
- die Trennung von (betrieblicher bzw. organisationaler) Produktion (Ökonomie, Staat, Zivilgesellschaft) und (‚häuslicher‘) Reproduktion (Haushalt/Intimbeziehungen);
- die Trennung von ökonomischer und staatlicher Verfügungsgewalt (Herrschaft);
- die Trennung von Privatsphäre und Öffentlichkeit.

Diese Strukturprinzipien erzeugen und reproduzieren eine Ausdifferenzierung der materiellen Reproduktion in zwei Sphären der Privatheit (Ökonomie; Haushalt) und zwei Sphären der Öffentlichkeit (Staat; Zivilgesellschaft), in denen gesellschaftliche Arbeit in verschiedenen Formen verausgabt wird.¹⁴¹ Die Trennung von kapitalistischer Ökonomie und politischem (Rechts-)Staat impliziert aufgrund der in ihr und durch die verselbständigten Formen von (ökonomischem) Wert und Recht prozessierenden Widersprüche eine „krisenhafte Reproduktionsdynamik“ (Meyer 2005: 12), die den gesellschaftlichen Zusammenhang maßgeblich strukturiert und dynamisiert.¹⁴² Sie kann damit in dem Sinne als „Basaldifferenz“ (Pahl 2008: 52) gelten,

141 Abstrakte Arbeit in der kapitalistischen Ökonomie, Rechtsarbeit im Staat, Selbst- und Fürsorgearbeit im Haushalt und politische Arbeit im Sinne von Interessenvertretung in der Zivilgesellschaft.

142 Das bedeutet allerdings nicht, dass *allein* das Kapitalverhältnis und der politische Kampf um das Recht die Entwicklung der gesellschaftlichen Arbeitsteilung strukturieren. Insbesondere mit Blick auf den „Frauenberuf“ Pflege (vgl. Bischoff 1982; Arnold 2008: 60ff.), der später im Fokus steht, ist auch zu berücksichtigen, dass die gesellschaftliche Arbeits-

dass sie einerseits in besonderem Maße und in besonderer Weise *problem erzeugend* wirkt und andererseits die Institutionalisierung der Problembearbeitungsmechanismen konditioniert (kapitalistische Formbestimmung von Ideen und Interessen, Praktiken und Institutionen).¹⁴³ Auf dieser Grundlage differenzieren sich relativ autonome soziale Felder um bestimmte (kulturelle) Leitideen oder Zentralwerte aus, die die stofflich-inhaltliche Dimension gesellschaftlichen Reichtums betreffen, gesellschaftliche Probleme aufgreifen (in diesem Sinne funktional sind) und einer eigenständigen sachlichen Logik folgen.¹⁴⁴ Diese Leitwerte erhalten Geltung und Wirkmächtigkeit dadurch, dass sie akteurseitig bestimmte (materielle wie ideelle) Interessen und Bedürfnisse hervorbringen und somit die Gebrauchswerte und „Nützlichkeitskalen“ (Bourdieu) bestimmen, auf die sich die feldspezifische Produktion bezieht. Um die Verbindung von Marx'schen und Bourdieu'schen Denkmitteln kenntlich zu machen, werden sie als gebrauchswert-geleitete soziale Felder bezeichnet.

Das theoretische Projekt, das in dieser Arbeit in Angriff genommen werden soll, besteht somit darin, die Unterscheidung von Form und Inhalt gesellschaftlicher Arbeit in die soziologische Differenzierungstheorie einzubringen und hierzu die materialistische Formtheorie mit Webers und Bourdieus theoretischer Perspektive auf die kulturellen und symbolischen Dimensionen des Inhalts gesellschaftlicher Arbeit zu verbinden.¹⁴⁵ Diese Inhalte beziehen sich dann nicht einfach auf allgemein-mensch-

teilung auch eine vergeschlechtlichte ist. Das Geschlechterverhältnis ist jedoch primär aus ungleichheitstheoretischer Perspektive als Strukturprinzip der Arbeitsteilung zu analysieren (so auch Lindner 2014: 268f.), wohingegen im Vorangegangenen primär eine differenzierungstheoretische Perspektive entwickelt werden sollte. Geschlechtertheoretisch ließe sich die Dominanz der männlich konnotierten Sphären der Ökonomie und Politik gegenüber der weiblich konnotierten Privatsphäre ‚häuslicher‘ Reproduktion noch einmal anders als durch die oben angestellten Überlegungen rekonstruieren.

143 So sehr die Formen der Arbeit oder die Sektoren wechselseitig konstitutiv und funktional aufeinander angewiesen sind, um sich zu reproduzieren, so schließt das dennoch nicht aus, dass die Formen von Wert, Recht und Staat den Zusammenhang strukturell dominieren, denn der realabstraktive Charakter der Wertform und der Rechtsform erzeugt aufgrund der darin mitgesetzten Indifferenz gegenüber materiellen Aspekten der Reproduktion einerseits einen Problemdruck, der *gegen* diese Formen politisch geltend gemacht werden muss, andererseits aber nur *in* diesen Formen (erfolgsversprechend) geltend gemacht werden kann. Die gesellschaftsstrukturelle Sonderstellung von Ökonomie, Recht und Staat bedeutet jedoch nicht, dass diese Sphären keine ‚Feldeigenschaften‘ besäßen, auch sie lassen sich als Spiel-, Macht- und Kampffelder konstruieren, die spezifischen *nomoi* und *illusiones* folgen.

144 Diese Konzeption korrespondiert mit Marx' Verständnis der gesellschaftlichen Totalität: „Die ‚Glieder der Totalität‘ sind ‚nicht [...] identisch [...], sondern [...] Unterschiede innerhalb einer Einheit‘ (MEW 42: 34), die erst durch die Differenz der einzelnen Momente bestimmt wird. Politische, rechtliche und kulturelle Formen haben deshalb keine *unabhängige* Existenz, sehr wohl aber eine relative Autonomie als bedingte und bedingende Elemente des gesellschaftlichen Zusammenhangs, der nur aus der ‚Wechselwirkung dieser verschiedenen Seiten aufeinander‘ (MEW 3: 38) verstehbar ist.“ (Heim 2013: 475)

145 Diese Konzeption holt damit auch Bestimmungen ein, die in Schimanks Konzept der ‚teilsystemischen Leistungsproduktion‘ unberücksichtigt bleiben. Zwar hat Schimank

liche Bedürfnisse, sondern unterliegen soziokulturellen Konstitutions- und Wandlungsprozessen, die sich unter der Bedingung der modernetypischen Verdopplung von Herrschaft in ökonomische und politische tendenziell formadäquat vollziehen. Andererseits sind diese Werte nicht bereits dadurch verwirklicht, dass die materielle Grundlage für ihre Verwirklichung durch die kapitalistische Ökonomie oder den Staat bereitgestellt wird, sondern in den gebrauchswert-geleiteten Feldern muss selbst noch gesellschaftliche Arbeit spezifischen Inhalts verausgabt werden, soziale Praxis nach einer eigenen Logik vonstattengehen, um die jeweiligen Werte zu ‚verwirklichen‘.¹⁴⁶ Es gibt also eine eigenständige Logik feldspezifischer Arbeit, die an ihre Nützlichkeit, an ihren Inhalt oder eben Gebrauchswert gebunden ist. Als Arbeit, die auf die Bedürfnisse anderer bezogen ist, ist sie zugleich gesellschaftliche Arbeit, sie erfüllt einen ‚gesellschaftlichen Produktionszweck‘ (Beck et al.: 1980).

Gebrauchswert-geleitete Felder weisen sowohl auf der Ebene der institutionellen Arrangements als auch auf der Ebene der Organisation Tauschwertbezüge auf. Darin liegt begründet, dass beide unter der Perspektive betrachtet werden können, dass sie (empirisch zu untersuchende) Bewegungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert sind. Beide Seiten sind notwendig (im Sinne einer historisch-spezifischen, also kontingenten Notwendigkeit) aufeinander verwiesen, können sich aber auch gegeneinander verselbständigen und in Gegensatz zueinander geraten, da in der Wertform von jeglichem Gebrauchswert abstrahiert wird. Das gilt auch auf der Ebene der Handlungsorientierungen von Akteur*innen: Die Tauschwertbezüge auf Ebene der institutionellen Arrangements und der Organisation führen dazu, dass die Akteur*innen Tauschwertorientierungen entwickeln und ökonomische Interessen verfolgen (können), die abhängig von der Position in einem Feld und in der Organisation divergieren.

3.5 ÜBERGANG: WOHLFAHRTSSTAAT, GESUNDHEITSWESEN UND KRANKENHAUSESEKTOR

3.5.1 Das Gesundheitswesen als gebrauchswert-geleitetes Feld

Die Formadäquanz der Bearbeitung von gesellschaftlichen Problemen in gebrauchswert-geleiteten sozialen Feldern bringt es mit sich, dass die den Problemen zugrunde liegenden Widersprüche, die gesellschaftlichen Bedingungen des Problems, ebenfalls

jüngst darauf hingewiesen, dass ihm aufgegangen sei, wie analog sein Begriff der Leistung zu Marx Begriff der Arbeit gelagert ist, er bezieht sich dabei aber nicht auf die Unterscheidung von Form und Inhalt, sondern darauf, dass sich auch bei Marx die Reproduktion ‚entlang der drei grundlegenden Momente von Produktion, Allokation und Legitimation‘ vollziehe (Schimank 2016: 78).

- 146 Die Verwendung oder der ‚Konsum‘ eines MRT, das von einem medizintechnischen Unternehmen als Ware produziert wurde, macht an sich noch nicht gesund, sondern fungiert lediglich als Instrument im Rahmen medizinischer Diagnosearbeit; ebenso müssen Medikamente auf Grundlage einer sachgemäßen Diagnose verschrieben werden, damit sie eine (gewünschte) Wirksamkeit entfalten.

reproduziert werden. Dies lässt sich anhand der Betrachtung des Gesundheitswesens konkretisieren.¹⁴⁷ Der „Institutionenkomplex“ (Mayntz/Rosewitz 1988: 117) des Gesundheitswesens, dessen Teil der Krankenhausesektor ist, ist eine zentrale Säule der Wohlfahrtsstaatlichkeit. Im Anschluss an die Marx'sche Kritik der politischen Ökonomie ist, so Krätke, der Wohlfahrtsstaat analytisch zu bestimmen als ein bürgerlicher (Rechts- und Steuer-)Staat, der die folgenden vier „Reproduktionsprobleme für die Lohnarbeiter in eigener Verantwortung bearbeitet“ (Krätke 1982: 110): Es handle sich um einen Staat, der 1. es „übernimmt, wenigstens einen Teil der gesellschaftlich notwendigen Arbeit zur Produktion und Reproduktion von Arbeitskraft, die im reinen Kapitalismus Gratisarbeit ist, zu organisieren und damit teilweise auch in bezahlte Arbeit zu verwandeln“; der 2. „aktiv in die moralische Ökonomie der unteren Volksklassen als eine Art moralischer Erziehungsanstalt“ eingreift und „wenigstens einen Teil der in der bürgerlichen Gesellschaft gültigen Konsumnormen für Arbeiter zu formell-allgemeinen, staatsbürgerlichen Normen“ erhebt; der 3. die „Lücke zwischen dem Preis- und Wertsystem da zu überbrücken [versucht], wo sie für die Lohnarbeitsbevölkerung existenzbedrohend werden“;¹⁴⁸ und der sich 4.

„mit den systemnotwendigen Diskrepanzen zwischen den wirklichen Reproduktionskosten und dem Wert der Ware Arbeitskraft befaßt und – mit welchem Erfolg auch immer – diesen Kostenteil als einer Art sozialer Kosten der Lohnarbeit zur gesellschaftlichen Anerkennung verhilft, diese Kosten normiert und ihre Deckung und Verteilung organisiert“ (ebd.: 110).¹⁴⁹

Als ein „ausgewachsener Wohlfahrtsstaat“ könne er dann gelten, wenn er über die Sozialversicherung und allgemeine Notfallfürsorge hinaus noch „eine Reihe öffentlicher Güter und Dienste auf Dauer anbietet, deren Benutzung oder Nicht-Benutzung seinen Bürgern zwar nicht frei steht, sondern politisch geregelt wird, aber doch von ihrer individuellen ‚Zahlungsfähigkeit‘ weitgehend unabhängig reguliert wird“ (ebd.: 106).

Als Bestandteil der wohlfahrtsstaatlichen Infrastruktur (vgl. Bode 2010b: 191) partizipiert das Gesundheitswesen an deren Widersprüchlichkeit: Der Wohlfahrtsstaat ist einerseits angewiesen auf eine prosperierende Kapitalakkumulation, anderer-

147 Das ist zumindest die eine, die immanente Form, in der reale Widersprüche sich lösen. Eine zweite bestünde darin, die gesellschaftlichen Existenzbedingungen des Widerspruchs zum Gegenstand verändernder Praxis zu machen und diesen damit aufzulösen (vgl. Arndt 1994: 305f.).

148 Marx geht davon aus, dass Wert und Preis der Arbeitskraft mehr oder weniger regelmäßig auseinanderfallen und entsprechend der Preis der Arbeitskraft auch unter ihren Wert gedrückt wird und zur Existenzsicherung nicht hinreicht.

149 Mit den systemnotwendigen Diskrepanzen ist zum einen das Problem des Familienlohns gemeint: Die Löhne orientieren sich nicht (systematisch) daran, wie viele weitere Personen die privat-kontrahierende Arbeitskraft mit zu ernähren hat; zum anderen das „Problem des Lebenslohns“ (Krätke 1982: 109): Eine Verpflichtung der Betriebe gegenüber den einzelnen Arbeitskräften besteht nur für die Dauer eines Vertragsverhältnisses, aber „natürlich hört das Leben in der Warenwelt nicht auf, dem Arbeiter Kosten aufzuzwingen, sobald er – aus welchen Gründen auch immer – seine Arbeitskraft nicht verkaufen kann“ (ebd.: 109).

seits aber auf Legitimation,¹⁵⁰ die er erlangt, indem er auf die sich tendenziell ausweitenden Bedarfe eingeht. Die Dynamik der Ökonomisierung wohlfahrtsstaatlicher Infrastruktur lässt sich als eine Bewegungsform der „verinnerlichten Krisenhaftigkeit des spätkapitalistischen Wohlfahrtsstaats“ (Borchert/Lessenich 2004: 579) verstehen, die darin besteht, dass er einerseits – im Krankensektor nicht zuletzt bedingt durch neue Krankheitsbilder und die medizinische Produktivkraftentwicklung – mit zunehmenden Bedarfen konfrontiert wird, andererseits aber bei der legitimationswirksamen Bereitstellung der Ressourcen zur Befriedigung dieser Bedarfe die Akkumulationsbedürfnisse des (Gesamt-)Kapitals berücksichtigen muss,¹⁵¹ da er seine (monetären) Ressourcen nur über Steuern und Abgaben aus dem kapitalistischen Verwertungsprozess abschöpfen kann. Er ist also in dem (tendenziellen) Widerspruch gefangen, die Akkumulationsdynamik gleichzeitig befeuern und beschränken zu müssen. So lässt sich etwa die gesundheitspolitische Doppelstrategie der Kostendämpfung einerseits und der Qualitätssicherung – Mittel zur Legitimation des Effizienzversprechens – andererseits, wie sie in den letzten Jahrzehnten umgesetzt wurde, als Ausdruck dieses Widerspruchs von Akkumulation und Legitimation (vgl. Borchert/Lessenich 2004: 577ff.) interpretieren. Das staatliche Monopol der legitimen symbolischen Gewalt fungiert dabei als „eine Art ‚Transformationssystem‘, als notwendige ‚politisch-ökonomische Konversion‘“, durch die den Steuer- und Beitragszahlenden „klar wird, dass der Zugang zu diesem Recht oder zu jener Dienstleistung einen gewissen materiellen Wert hat, und dass umgekehrt die fiskalische Abschöpfung die monetäre Übersetzung individueller und kollektiver Bedürfnisbefriedigung darstellt“ (Pelizzari 2001: 34).

Begreift man den Krankensektor vor diesem Hintergrund als wohlfahrtsstaatlich institutionalisiertes, gebrauchswert-geleitetes soziales Feld, lassen sich zumindest einige Eckpunkte für die Aufgabe angeben, seine „Doppelwirklichkeit“ (Bode 2010a: 66; vgl. auch Bode 1998) theoretisch aufzuschlüsseln. Die Art und Weise, wie die Gebrauchswertdimension in diesem Konzept mitgedacht wird, erlaubt es zum einen, die „kulturelle (Zweck)Programmierung“ des Krankensektors als „zweite Wirklichkeit“, die sich aus einem anderen [als dem bürokratisch-kapitalistischen; R.M.] Strang gesellschaftlicher Modernisierung herausentwickelt hat und in der aktuellen Entwicklungsphase nicht einfach abgeschüttelt wird“ (ebd.: 65), konzeptionell mit einzubeziehen. Die tautologische Grundregel der ‚Gesundheit um der Gesundheit willen‘ kann als spezifischer *nomos* und als gebrauchswertkonstitutive Leit-

150 Diesen Zusammenhang greift auch Schimank (2009) unter dem Terminus des „funktionalen Antagonismus“ auf, allerdings lediglich als äußere Beziehung, die einander entgegengesetzten ‚Funktionen‘ werden nicht als Widerspruch entwickelt, d.h. es wird nicht nachgewiesen, worin der notwendige, innere Zusammenhang der gegeneinander verselbständigten Funktionen besteht (vgl. Marx’ Widerspruchsbegriff in MEW 42: 328).

151 Die Ablösung vom Modus der paritätischen Finanzierung der Beiträge zur Krankenversicherung nach gleichen Teilen ist vor diesem Hintergrund zu verstehen – dieses Beispiel macht jedoch auch darauf aufmerksam, dass es ‚die Akkumulationsbedürfnisse des Kapitals‘ nicht gibt, es stellt sich vielmehr erst in ökonomischen und politischen Auseinandersetzungen heraus, was als hegemoniales ‚Bedürfnis des Kapitals‘ gilt und politikbildend wirkt (vgl. Hirsch 2005: 46).

idee des Feldes gelten. Diese hat sich – im Verbund mit weiteren Leitideen¹⁵² – in einer Ordnung institutionalisiert, die das gesellschaftliche Problem der Krankheit (und Gesundheit) bearbeitet.¹⁵³ In ihr kämpfen verschiedene Akteure um die Zuständigkeit für und Definitionsmacht über die Leitidee, von denen die Ärzte als medizinische Profession – spätestens seit Beginn des 20. Jahrhunderts – sicherlich die einflussreichsten sind, denn die Medizin – verstanden als vom Institutionenkomplex des Gesundheitswesens zu unterscheidendes Sinnsystem¹⁵⁴ –, bestimmt weitgehend die Prinzipien der Vision und Division, der Sichtung und Ordnung, also den *nomos* (vgl. Bourdieu 1999: 354 sowie 2001: 122) des Feldes. Die ärztliche Profession ist in der Lage, das gesellschaftliche Problem der Krankheit weitgehend zu definieren, und verwaltet – staatlich dazu berechtigt und mit einem Behandlungsmonopol versehen – die Grenze zwischen ‚krank‘ und ‚gesund‘; sie definiert unter praktischem Bezug auf die Medizin welcher Körperzustand welcher Krankheit entspricht und welche Behandlung – sofern möglich – anzusetzen ist. An die medizinischen Divisionsprinzipien schließen sich bestimmte ökonomische und rechtlich-bürokratische Klassifikationen an, sei es in Form von abrechnungsrelevanten Leistungen oder Anspruchsberechtigungen der Versicherten. Damit beeinflusst die Ärzteschaft auch in weitem Maße die Verwendung der ökonomischen Ressourcen, die im Feld zur Verfügung

152 Wendt (2008) nennt neben der Gesundheit die Ideen der sozioökonomischen Sicherheit, der Gleichheit der Zugangschancen und der Solidarität. Der entwickelte Interpretationsrahmen macht sichtbar, dass sich es sich hierbei um Ideen handelt, die ihren Sinn aus dem Bezug auf die Sektoren der materiellen Reproduktion beziehen und insofern formbestimmt sind: Sozioökonomische Sicherheit ist gefordert aufgrund des Problems der individuellen Reproduktion (Privathaushalt) unter Bedingungen der kapitalistischen Ökonomie, die Idee der Gleichheit der Zugangschancen ergibt sich aus der Vergesellschaftung über die Staatsbürgerschaft und das, was Wendt ‚Solidarität‘ nennt, hat seine Wurzeln in Prozessen zivilgesellschaftlicher Assoziation.

153 Eine solche ‚Problem-theoretische‘ Sicht wurde sozialgeschichtlich von Ute Frevert für das „soziale Problem“ von Krankheit und Gesundheit ausgearbeitet (vgl. Frevert 1984). In ihrer Studie steht die historische „Entwicklung eines Problembewußtseins für die Gesundheitsverhältnisse speziell der Unterschichten und die Herausbildung von Verfahren und Instanzen zur Bearbeitung dieser Verhältnisse im Mittelpunkt“ (ebd.: 12). Sie spürt damit der *Politisierung* von Krankheit und Gesundheit seit Ende des 18. Jahrhunderts nach, denn: „Erst die öffentliche Wahrnehmung eines Mißstandes kennzeichnet ihn als ‚soziales Problem‘, das diskussions- und regelungsbedürftig ist. Bevor sich Problembearbeitungsstrategien ausformen, vollzieht sich ein äußert vielgestaltiger Prozeß kollektiver Definition, der darüber befindet, wann, warum und mit welchem Ziel ein Problem als solches begriffen und bearbeitet wird.“ (Ebd.: 15) Die zwei wesentlichen Bearbeitungsformen des sozialen Problems der Krankheit und Gesundheit verortet Frevert in der Medikalisation und der sozialen Versicherung (siehe auch 4.1). Die Krankenkassen hätten dabei als „Transmissionsriemen der Medikalisation“ (336) gewirkt, durch die das bürgerliche Ideal der Gesundheit, also die feldspezifische *illusio*, auch in der arbeitenden Unterschicht verankert wurde.

154 Das „Feld der Medizin“, das Bourdieu, da es sich um eine Wissenschaft handelt, als „Spielart des kulturellen Kapitals“ (Bourdieu 2001: 130) konzipiert, ist nicht identisch mit dem Gesundheitswesens, strukturiert jedoch tiefgreifend den feldspezifischen *nomos*.

stehen (Ausgabenseite). Aber gewiss sind sie nicht die einzigen Akteure, die am Spiel um den Wert ‚Gesundheit‘ teilnehmen. Auch all die anderen Gesundheitsberufe – nicht zuletzt die Pflegekräfte – sind ebenso wie die gesundheitspolitischen Akteure vom Ministerium für Gesundheit bis zu den Patient*innenverbänden Teil des Feldes. Sie alle teilen einen „kollektive(n) Glaube(n) an das Spiel (die *illusio*) und den geheiligten Wert dessen, was auf dem Spiel steht“ (Bourdieu 1999: 363).¹⁵⁵ Dass sich neben der Leitidee der Gesundheit auch andere Sinnsysteme im Gesundheitswesen auffinden lassen – wie das ökonomische und das bürokratische –, bedeutet feldtheoretisch gedacht nicht, dass es kein ausdifferenziertes Feld, keine institutionalisierte Wertsphäre gäbe,¹⁵⁶ aus Bourdieu’scher Sicht ist an diesen Umstand vielmehr die empirisch zu beantwortende Frage geknüpft, welche Akteure in welchem Grad die Zuständigkeit für den Zentralwert reklamieren können und in welchem Maße und mit welchen Maßnahmen die *relative Autonomie* des Feldes erkämpft, durchgesetzt und aufrecht erhalten werden kann.¹⁵⁷ Darin, derartige zur Gegenwartsanalyse treibende Fragen aufzuwerfen und sie nicht theorieimmanent für beantwortet zu erklären, liegt, so Tino Heim, der Vorteil gradueller Begriffe von funktionaler Differenzierung und relativer Autonomie:

„Heteronomieeffekte und ihre feldinternen Wirkungen [lassen] sich *innerhalb* eines Konzepts funktionaler Differenzierung analysieren [...], statt in jüngsten Formen einer graduell verstärkten Heteronomie politischer und kultureller Felder gegenüber ökonomischen ‚Sachzwängen‘ [...] gleich eine ‚Entdifferenzierung‘ (so Richter 2009) zu sehen.“ (Heim 2013: 492)

155 In diesem Sinne wird in der empirischen Rekonstruktion der Orientierungsmuster der Pflegekräfte auch unterschieden zwischen einer allgemeinen gesundheitsberuflichen Orientierung, die sich auf den Zentralwert der Gesundheit bezieht, und einer spezifisch pflegerischen Orientierung, die sich um den spezifisch pflegerischen Beitrag zur Erreichung des Werts der Gesundheit in Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen dreht.

156 So die Argumentation von Tauchnitz (2004: 401f.): „[A]ngesichts der faktischen Dominanz des aus dem politischen System importierten bürokratisch-administrativen Diskurses (‚Verwaltungsdiskurs‘ oder ‚Machtcode‘) wie auch des aus dem Wirtschaftssystem übernommenen ‚Geldcodes‘ [...] erscheint es plausibler, das untrennbar mit der Institution der GKV [Gesetzlichen Krankenversicherung; R.M.] verbundene Gesundheitswesen in Gänze als sektoralisierte Schnittmenge von politischem und wirtschaftlichem Teilsystem [...] zu begreifen“ und nicht als eigenständiges Teilsystem.

157 Bourdieu selbst grenzte seine Theorie gegenüber der Systemtheorie Luhmanns auf die hier implizierte Weise ab: Die Systemtheorie habe oberflächlich Ähnlichkeiten mit der Theorie der Felder, aber das System von Unterschieden, das es aufgrund der unterschiedlichen Stellungnahmen in einem Feld gibt, entwickelt „sich nicht gemäß seiner eigenen internen Dynamik (wie das Prinzip der Selbstreferenz impliziert) [...], sondern durch interne Konflikte im Feld der Produktion. Das Feld ist ein Ort von Kräfte- und nicht nur von Sinnverhältnissen und von Kämpfen um die Veränderung dieser Verhältnisse, und folglich ein Ort des permanenten Wandels.“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 134f.)

3.5.2 Ebenen der Feldanalyse

In der entwickelten theoretischen Perspektive wird das bloße „Nebeneinander“ (Bode 2010a: 66) zweier Wirklichkeiten als *innerer Zusammenhang* zweier potenziell gegeneinander verselbständigter, aber notwendig zusammengehörender Momente des gesellschaftlichen Reproduktionsprozesses konzipiert. Der Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert durchzieht den Krankenhaussektor dabei auf verschiedenen Ebenen:

1. Ebene der institutionellen Arrangements: Hier geht es um die vor allem politisch und rechtlich institutionalisierten Beziehungen, die zwischen den zentralen Organisationen der stationären Krankenversorgung (den Krankenhäusern und den Krankenkassen), zwischen diesen und der (Bundes- und Landes-)Politik (vermittelt über die jeweiligen Verbände) sowie ihrem ‚Klientel‘ (Patient*innen, Versicherte) bestehen. Da es sich um wohlfahrtsstaatliche Arrangements handelt, findet hier in weitem Maße eine (gesundheits-)politische Regulierung und Kontrolle statt. Auf dieser Ebene entscheidet sich etwa die Gestaltung des Finanzierungsregimes oder die Übertragung von Versorgungsaufträgen, ebenso sind hier aber auch die Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung durch die Verbände der Krankenhausträger und der Krankenkassen zu verorten, in denen die „Konkretisierung von allgemein gehaltenen Rechtsvorschriften und deren Umsetzung“ (Simon 2013: 378) stattfindet.¹⁵⁸ Die Institutionalisierung des feldspezifischen Tauschwertbezugs im Finanzierungsregime (und ihr Wandel) ist im vorliegenden Zusammenhang von besonderem Interesse. Es kann unterteilt werden in die Institution der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die daran gekoppelten Regimes der Finanzierung der ambulanten und der stationären Versorgung. An ihnen lässt sich leicht nachvollziehen, dass der Tauschwertbezug politisch vermittelt und entsprechend von sozio-kulturellen, auf Leitideen bezogenen Prozessen der Legitimation abhängig ist. Aus diesen erklärt sich historisch (vgl. 4.1) die normative Ausrichtung der GKV, also die Geltung des Solidar- und Bedarfsdeckungsprinzips sowie des Sachleistungsprinzips, durch die die konkrete Patient*innenversorgung von ökonomischen Rücksichten entkoppelt wird. Ein solches Finanzierungsregime, das die Beziehung zwischen Arzt*Ärztin und Patient*innen dekommodifiziert, war und ist Voraussetzung für die Ausdifferenzierung und Autonomisierung des Feldes der Krankenversorgung. Doch auch wenn durch dieses Arrangement die konkrete Gebrauchswertproduktion von ökonomischen Rücksichten befreit wird, so muss sie dennoch in eine Struktur eingebunden bleiben, die den Tauschwertbezug des Feldes regelt – und insofern lässt sich das institutionelle Arrangement als politisch vermittelte, feldspezifische Bearbeitungsform des Wi-

158 Im Anschluss an die Ausführungen von Lamping (1994) wird davon ausgegangen, dass die Selbstverwaltungsträger des Gesundheitswesens, auch wenn sie zivilgesellschaftliche Wurzeln haben, nicht „in einer diffusen Grauzone zwischen Staat und Gesellschaft“ (ebd.: 85f.) angesiedelt sind, sondern insofern als Teil des Staates gelten können, als sie „öffentliche, aus der ‚Staatsgewalt‘ abgeleitete Aufgaben“ (ebd.: 78) übernehmen, hoheitlich tätig sind und über die staatlichen Machtmittel von Zwang und Befehl verfügen. Genau dies gilt allerdings nicht für die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften, die aus verfassungsrechtlichen Gründen als privatrechtliche Vereine organisiert sind.

derspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert betrachten. Dies wird schon daran ersichtlich, dass sich als Meta-Problem auf dieser Ebene das „Balance-Problem[s] zwischen ‚Quality and Cost‘“ (Blanke 1996: 30) stellt, das in den letzten Jahrzehnten vor allem als „search for efficiency“ (OECD 1990) diskutiert wurde, die eine zentrale Legitimationsstrategie für den Umbau des Regimes der Krankenhausfinanzierung seit Anfang der 1990er Jahre darstellte (vgl. 4.2).

2. Ebene der Organisation: Im Zusammenhang dieser Arbeit sind vor allem die Krankenhäuser als Organisationen von Interesse. Bezieht man sie auf die oben erläuterte Typendifferenz von Interessen- und Arbeitsorganisationen (vgl. 3.4.3) fällt auf, dass sie Merkmale beider Typen in sich vereinen: Die Leistungsproduzent*innen sind als Lohnarbeiter*innen angestellt, gleichzeitig kann aber eine relativ weitgehende Übereinstimmung zwischen den organisationalen Zielen und den Zielen der Beschäftigten unterstellt werden, was als Charakteristikum von Interessenorganisationen angeführt wurde. Krankenhäuser sind somit recht spezielle Arbeitsorganisationen: Es handelt sich um professionelle Organisationen (vgl. Klatetzki 2012; Mintzberg 1979: 348ff.). D.h. der „operating core“ (Mintzberg 1979: 349) der Organisation, in dem die zentrale Leistungsproduktion stattfindet und der im Krankenhaus aus den „klientennahen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Arbeiten“ (Iseringhausen/Staender 2012: 187) besteht, wird von einer Profession, der Ärzteschaft, gestellt, die auf einen ausgebauten Hilfsstab, vor allem die Pflegekräfte, zurückgreift. Sie operiert in ausgeprägter Autonomie gegenüber bürokratischen Regeln und Marktbeziehungen, was Voraussetzung dafür ist, die qua Ausbildung erworbene Kompetenz der Anwendung wissenschaftlichen Wissens auf die individuellen Probleme der Patient*innen praktisch umsetzen zu können. Normen der Leistungsproduktion werden von den Angehörigen der Profession in kollegialer Weise selbständig gesetzt und überprüft (vgl. Klatetzki 2012: 172). Der „strategischen Spitze“ (Mintzberg: „strategic apex“) der Organisation, also der Krankenhausleitung, fällt dadurch weniger die Aufgabe zu, die Organisation in Hinblick auf ihr primäres Ziel zentral von oben zu steuern, sie hat vielmehr dafür Sorge zu tragen, die dezentralen Prozesse im betrieblichen Kern von Umweltanforderungen – wie etwa der Anforderung der ökonomischen Reproduktion – abzuschirmen.¹⁵⁹ Die Relevanz der ärztlichen (und pflegerischen) Profession im Krankenhaus bringt es also mit sich, dass das allgemeine Herrschaftsproblem der Transformation von Arbeitskraft in Arbeit, wie es für alle Arbeitsorganisationen besteht, weitgehend durch die Profession selbst gelöst wird und nicht im Rahmen der für Arbeitsorganisationen ansonsten typischen anweisungsbasierten Herrschaftsbeziehung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Dadurch kommt die „kulturelle (Zweck-)Programmierung“, also die Gebrauchswertorientierung, der Organisation Krankenhaus in besonderem Maße gegenüber der wirtschaftlich-bürokratischen Logik, also dem Tauschwertbezug, zur Geltung. Genau diese Form der organisationalen Entkopplung des professionellen Handelns von ökonomischen Reproduktionsanforderungen lässt sich unter der Perspektive beobachten, dass es sich um eine spezifische Bearbeitungs- und Bewegungsform des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert handelt.

159 Ein solches Bild von der Rolle der Krankenhausleitung lässt sich, wie wir später sehen werden, auch bei den Pflegekräften finden, etwa in Aussagen wie: „Das Haus denkt wirtschaftlich für mich“ (P7).

Das Krankenhaus nicht nur als professionelle Organisation, sondern auch als Arbeitsorganisation zu betrachten, erhält seine Berechtigung vor allem angesichts der Ökonomisierungstendenzen im Krankenhausektor, denn diese erzeugen einen Druck auf die Organisationsleitung, der dazu führt, das vermehrt von oben gesteuert werden muss und soll. Gerade die Transformation der Leitideen der Krankenhausbearbeitung gemäß den Konzepten des wirkungs- oder output-orientierten *New Public Management* (vgl. Mosebach 2010: 14ff.) sowie Tendenzen zur Ablösung beruflicher durch organisationale Professionalität (vgl. Evetts 2009) verlangen von der strategischen Spitze, den betrieblichen Kern in Hinblick auf neue Umwelthanforderungen umzustrukturieren und etwa mittels Kontraktmanagement, Evaluation und Kennziffern hierarchisch zu kontrollieren (vgl. Klatetzki 2012: 178ff.), so dass die Frage nach der Bearbeitung des Transformationsproblems Aktualität gewinnt (vgl. 7.2.5).

Vor dem Hintergrund der entwickelten gesellschaftstheoretischen Heuristik lässt sich auch die gesellschaftliche Einbettung der Organisation Krankenhaus, die ihre prinzipielle Multireferenzialität bedingt, spezifizieren: Krankenhäuser sind in einem gebrauchswert-geleiteten Feld situiert, auf dessen spezifische Leistungsproduktion sie funktional spezialisiert sind; als Trägergruppe der entsprechenden Gebrauchswertorientierung kann sowohl die medizinische als auch die pflegerische Profession gelten. Das Feld ist zudem primär (wohlfahrts)staatlich konstituiert und institutionalisiert, der Tauschwertbezug ist gesetzlich normiert und politisch reguliert. Damit einher geht, dass die Arbeit in Krankenhäusern, sofern diese in die Bedarfspläne der Länder aufgenommen sind, über die Form des Rechts vergesellschaftet wird: Sie gilt als gesellschaftlich notwendig (und wird entsprechend finanziert), weil sie Durchführung einer rechtlichen Versorgungspflicht der Länder ist (Sicherungsauftrag). Gleichzeitig ist die Trägerschaft der Krankenhäuser allerdings sektoral differenziert in privatkapitalistische, staatliche und frei-gemeinnützige Träger. Hier scheint also auf den ersten Blick ein konzeptionelles Problem der Zuordnung der privatkapitalistisch und frei-gemeinnützig getragenen Häuser zu bestehen. Dieses Problem verweist auf das Phänomen der doppelten Formbestimmung von Krankenhaus-Arbeit. Insofern verkörpern Krankenhäuser, die privatkapitalistisch oder frei-gemeinnützig getragen sind, „hybride Arbeitsweisen und Organisationsformen“ (Wex 2004: 107).¹⁶⁰ Die daraus resultierenden Unterschiede in der Feld-Position bringen auf der Ebene der Krankenhausleitung der Tendenz nach, vermittelt durch organisationale Machtkämpfe, Differenzen in den Zielhierarchien und entsprechenden Organisationsstrategien hervor (vgl. Klenk 2013: 219f.). Doch aller Hybriditätsbedingten Differenzen zum Trotz, drückt sich die gebrauchswert-geleitete funktionale Spezialisierung darin aus, dass in der strategischen Zielplanung der Krankenhäuser – im Durchschnitt – patient*innenorientierte Ziele weiterhin an erster Stelle stehen (vgl. DKI 2010: 19).

160 Vgl. zum Begriff hybrider Organisationen auch Evers/Ewert (2010). Anders als bei diesen beiden Autoren wird die ‚Zivilgesellschaft‘ oder der Dritte Sektor hier aber nicht als intermediärer Bereich zwischen den ‚Basisinstitutionen‘ von Markt, Staat und Gemeinschaft verstanden, er wird, wie oben dargestellt (3.4.1), als eine eigenständige Form der Vergesellschaftung von Arbeit konzipiert. Aus dieser Form (Vertretung materieller und ideeller Interessen) lässt sich erklären, warum dieser Sektor „weniger stark durch ein zentrales Prinzip bestimmt“ (ebd.: 106) ist als Markt und Staat.

3. Ebene der Lohnarbeit: Mit dem professionellen Charakter der Organisation steht auch die Regulierung des Arbeitsinhalts durch Professionsnormen im Vordergrund. Da diese die Verantwortung der Professionsmitglieder gegenüber den Patient*innen betonen und eine Orientierung am Patient*innen- und Gemeinwohl verlangen, rückt der Aspekt des individuellen Reproduktionszwecks von Lohnarbeit zwar tendenziell in den Hintergrund, bleibt allerdings stets präsent. Die in starkem Maße durch einen Berufsethos geprägte Lohnarbeit im Kernprozess der professionellen Organisation Krankenhaus wird es später, im Rahmen der arbeitssoziologischen Studie (Teil III), notwendig machen, ein besonderes Augenmerk auf das konfliktreiche Verhältnis der gebrauchswertbezogenen, „arbeitsinhaltlichen Ansprüche“ (Nies 2015) der Pflegekräfte einerseits zu ihrem eigenen instrumentellen Lohninteresse, andererseits zum ökonomischen Reproduktionsinteresse der Organisation zu legen, denn die Ökonomisierung der Pflege könnte sich genau darin ausdrücken, dass diese beiden Formen der Tauschwertorientierung gegenüber der Gebrauchswertorientierung in den Vordergrund rücken.

Die Verwendung Marx'scher Kategorien war in der Arbeitssoziologie lange Zeit kaum mehr *en vogue*. Nur am Rande fanden sich in den letzten Jahren Verweise auf die Differenz von Gebrauchswert und Tauschwert und ihre Bedeutung für den Produktionsprozess (vgl. etwa Pongratz/Voß 2003, Voswinkel 2012, Voß 2012) – Verweise, denen nur ein geringer Grad systematischer Ausarbeitung attestiert werden kann. Jüngst hat Sarah Nies (2015) allerdings eine Studie zu arbeitsinhaltlichen Orientierungen von Beschäftigten in der Elektroindustrie vorgelegt, in der dem Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert sowohl theoretisch als auch empirisch ein zentraler Stellenwert zukommt. In Auseinandersetzung mit dieser Studie soll – den Übergang abschließend – ein kurzer Blick auf die Gemeinsamkeiten und Differenzen geworfen werden, die sich bei der Übertragung des Konzepts auf den Krankenhausesektor ergeben.

Nies geht davon aus, dass „der Gebrauchswert der konkreten Arbeitsprodukte und Dienstleistungen einen zentralen Bezugspunkt für arbeitsinhaltliche Ansprüche darstellt“ (ebd.: 71). Unter arbeitsinhaltlichen Ansprüchen versteht Nies „arbeitsbezogene Ansprüche der Beschäftigten, die sich auf die Wirkung ihrer Arbeit beziehen und auf ihrer eigenen Vorstellung vom zu erzielenden Arbeitsergebnisse beruhen“ (ebd.: 67). Arbeit in Arbeitsorganisationen, gleich ob kapitalistisch oder nicht, ist dabei *immer* Arbeit für andere, der produzierte Gebrauchswert muss einen Nutzen für andere haben – hierin liegt ihr „gesellschaftlicher Bezug“ (ebd.: 72). Gegenstand arbeitsinhaltlicher Ansprüche ist entsprechend weniger die Erlebnisqualität des Arbeitsprozesses – Wohlbefinden, Spaß und Selbstverwirklichung in der Arbeit –, sondern „die Vorstellung von Sinn und Nützlichkeit der eigenen Arbeitstätigkeit“ (Nies 2015: 333). Derartige Gebrauchswertbezüge ein und derselben Arbeit sind – wie auch in den historischen Ausführung noch werden wird – vielfältig (vgl. auch Nies 2015: 106), und zwar sowohl was die Nützlichkeit der Arbeit für den*die Konsument*in/Patient*in betrifft wie auch die Vorstellung von der Nützlichkeit des Arbeitsergebnisses seitens der Produzent*innen/Pflegekräfte. Die Gebrauchswertdimension der Arbeit ist also auch in sich äußerst heterogen, potenziell konflikträch-

tig¹⁶¹ und je nach sozialem Kontext näher zu bestimmen. Im Grunde ist mit dem Terminus zunächst nur negativ die ‚andere Seite‘ der Tauschwertorientierung bezeichnet, gerade dadurch wurde in der theoretischen Annäherung die Spezifikation dieser ‚anderen Seite‘ durch differenzierungstheoretische Überlegungen möglich; und gerade dadurch öffnet er sich auch der weitergehenden Bestimmung durch die empirische Forschung: „Was unter dem Gebrauchswert jeweils gefasst wird, welche Rolle darauf bezogene Ansprüche für die Beschäftigten spielen und inwieweit diese handlungsleitend sind, ist schlussendlich eine empirisch zu beantwortende Frage.“ (Ebd.: 72f.)¹⁶² Strukturell hat die pflegerische Arbeit nicht nur einen Nutzen für den*die Patient*in (Pflegerische), sondern auch für die Medizin (Assistenz) und die Verwaltung (Dokumentation) sowie für die Organisation insgesamt (Reproduktion).

Im Kontext des Krankenhauses dreht sich allerdings die Fragerichtung um: In der ‚verkehrten Welt‘ (Marx) der kapitalistischen Ökonomie, die Gegenstand der Untersuchung von Nies ist, kann die Existenz von Tauschwertorientierungen bei den Beschäftigten als selbstverständlich unterstellt werden, weshalb die empirische Frage lautet: „ob die Beschäftigten gebrauchswertorientierte Ansprüche verfolgen“ und „welche Gebrauchswertvorstellungen sie mit ihrem Arbeitsprodukt verknüpfen“ (ebd.: 72). Im Krankenhaus besitzt demgegenüber, da im gebrauchswert-geleiteten Feld der Krankenversorgung platziert, die umgekehrte Frage Plausibilität, ob und welche Tauschwertorientierungen von den Pflegenden mit ihrer Arbeit verbunden werden. Darüber hinaus kann hier nicht ohne Weiteres unterstellt werden, dass Gebrauchswertorientierungen der Beschäftigten mit unternehmerischen Verwertungsinteressen in Konflikt geraten, denn die Krankenhäuser folgen, wie dargestellt, primär einer gebrauchswertbezogenen Zweckbestimmung, in der die ökonomisch-administrativen Tätigkeiten nur ein Mittel darstellen; im Idealtypus der professionellen Organisation korrespondieren Organisationszweck und Handlungsorientierung der Beschäftigten im betrieblichen Kern miteinander. Die Krankenhäuser sind auf diesen Gebrauchswertbezug existenziell angewiesen, denn er legitimiert ihre (duale) Finanzierung. Vor diesem Hintergrund muss ebenfalls empirisch untersucht werden, mit welchen organisationsseitigen Interessen die Gebrauchswertorientierungen der Beschäftigten überhaupt in Konflikt geraten, d.h. es ist ebenfalls empirisch offen, ob es sich hier um etwas wie Verwertungsinteressen oder andere Formen tauschwertbezogener Interessen handelt.

161 Gerade die Arbeit im öffentlichen Gesundheitswesen ist von dem Konflikt zwischen dem Einzelinteresse eines*einer konkreten Patient*in und dem gemeinschaftlichen Nutzen der Krankenversorgung durchzogen. So war es etwa der Nutzen für die Allgemeinheit, mit dem die Ärzteschaft ihre frühen Menschenversuche ebenso wie die Eugenik begründete.

162 Die Begriffe von Gebrauchswert(orientierung) und Tauschwert(orientierung) sind nicht nur empirisch offen, sondern darüber hinaus auch „normativ neutral“ (Nies 2015: 118). Dies ist nicht zuletzt deshalb zu betonen, weil im gegenwärtigen öffentlichen, aber auch wissenschaftlichen Diskurs regelmäßig die positiv konnotierte Bedarfsorientierung gegen die negativ konnotierte Ökonomisierung in Stellung gebracht wird. Angesichts der von Herrschaft durchwirkten Gesellschaftsgeschichte, die im Gebrauchswert pflegerischer Arbeit und im ‚Bedarf‘, auf den er sich in historisch bestimmter Form bezieht, enthalten ist, scheint eine schlichte positive Konnotation der Bedarfsorientierung jedoch problematisch.

Die Stärke des Konzepts liegt in jedem Fall, hierin ist Nies wiederum zu folgen, darin, „auf ein potenzielles Spannungsfeld zwischen arbeitsinhaltlichen Ansprüchen und unternehmerischen Anforderungen“ (ebd.: 72) zu verweisen. Es erlaubt allerdings, so die hier verfolgte These, Widersprüche und Konflikte nicht nur in Bezug auf genuin unternehmerische Anforderungen aufzudecken, sondern auch allgemeiner in Bezug auf organisationale Anforderungen ökonomischer Reproduktion. Auch hier gilt es die Feldspezifik zu beachten: Ein weiterer Unterschied zum kapitalistischen Sektor besteht darin, dass leistungspolitische Initiativen der Organisationsleitung zur Durchsetzung von Tauschwertorientierungen aufgrund der (institutionalisierten) Spezifik der Zweckveranstaltung des Krankenhauses an Grenzen der Legitimität (teils auch Legalität) stoßen, so dass die Durchsetzung von Tauschwertorientierungen über diese Grenzen hinaus auf informelle Initiativen und Praktiken angewiesen ist – wie etwa den inoffiziellen Hinweis, man könne eine Rhagade auch als Dekubitus im Gesicht dokumentieren, um sie abrechnungsfähig zu machen. Gebrauchswertorientierungen gegen etwaige Tauschwertorientierungen der Organisationsleitung zu mobilisieren, ist also nicht nur gesellschaftlich legitim, sondern auch juristisch geboten und steht im Einklang mit dem offiziellen Primärziel der Organisation. Die Ökonomisierung im hier verstandenen Sinne, d.h. als Verselbständigung von Tauschwertorientierungen, impliziert vor diesem Hintergrund ein hohes Konfliktpotenzial.

Ziehen wir die in diesem Kapitel angestellten Überlegungen im Hinblick auf eine allgemeine, als Heuristik verwendbare Bestimmung der Ökonomisierung im Krankenhaussektor zusammen, ergibt sich folgendes Bild: Der Krankenhaussektor, wie er sich als zentraler Bestandteil des wohlfahrtsstaatlich institutionalisierten Gesundheitswesens ausdifferenziert hat, ist auf vielfältige Weise vom Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert durchzogen, und das nicht erst seit die Prozesse der Ökonomisierung in Gang gekommen sind. Während jedoch im Zuge des Ausbaus der wohlfahrtsstaatlichen Infrastruktur bis in die 1970er Jahre hinein die Bearbeitung dieses Widerspruchs unter einem Primat der Gebrauchswertorientierung stattfand – wobei Fragen der wirtschaftlichen Rationalität stets mitdiskutiert und -geregelt wurden (vgl. 4.1) –, bedeutet die Ökonomisierung des Krankenhaussektors eine Verschiebung der Widerspruchsbearbeitung zugunsten von Tauschwertorientierungen (4.2).¹⁶³ Für das Verständnis von Ökonomisierungsdynamiken in der Linie Marx-

163 Diese Überlegung überträgt eine Denkfigur auf ein spezifisches soziales Feld, die Bob Jessop für die Periodisierung der kapitalistischen Entwicklung fruchtbar gemacht hat. Auch Jessop geht davon aus, dass „alle strukturellen Widersprüche und strategischen Dilemmata, die dem Kapitalverhältnis immanent sind, [...] Ausdruck des Basiswiderspruchs zwischen Tausch- und Gebrauchswert“ sind; sie „bestehen in jeder kapitalistischen Wirtschaft, nehmen aber in unterschiedlichen Kontexten verschiedene Formen und Vorrangstellungen ein.“ (2007: 261f.) Die Widersprüche „need not retain the same relative weight or significance for accumulation or regulation. Indeed [...] differences in this regard provide one way to distinguish different stages and/or varieties of capitalism.“ (Jessop 2002: 16) So wurde im Rahmen der fordistischen Regulation der Widerspruch der Lohnform, einerseits durch die Einzelkapitale möglichst gering gehalten werden zu müssen, damit sie möglichst großen Mehrwert produzieren können, andererseits aber als Nachfrage wirksam zu sein, die notwendig ist, um den Mehrwert zu realisieren, durch die Hoch-

Weber-Bourdieu bleibt es jedoch essentiell zu reflektieren, wie der Versuch, (tauschwert-)ökonomische Prinzipien in gebrauchswert-geleiteten sozialen Feldern in den Vordergrund zu spielen, durch die Eigenlogik des jeweiligen Feldes gebrochen und vermittelt wird. Ökonomisierung lässt sich damit „als eine nachhaltige Strukturveränderung sozialer Felder definieren, durch die – vermittelt durch Staat und politisch legitimierte Akteure“ (Höhne 2015: 20) eine Verselbständigung der Tauschwertbezüge gegenüber den Gebrauchswertbezügen stattfindet. D.h. Tauschwertgrößen wie Sparvorgaben, schwarze Zahlen, Erlöse und Renditen werden zu eigenständigen Zielgrößen, zu Erfolgs- und Rationalitätskriterien des Handelns unabhängig davon, inwiefern sie dem Eigenwert der Gesundheit dienen, so dass es zu Irritationen und Konflikten darüber kommt, welches Spiel im Feld eigentlich gespielt wird. Das geschieht allerdings nicht erst dort, wo Geld als Kapital angewendet wird, und impliziert ist damit auch nicht, dass notwendigerweise eine Zweck-Mittel-Verkehrung stattfindet. Gerade wenn Geld *nicht* als Kapital, sondern politisch als Steuerungsmittel eingesetzt wird, kann das bei den Handlungsorientierungen jener, die da gesteuert werden sollen, zu Verselbständigungstendenzen führen. Diese nehmen allerdings, wie sich später zeigen wird, komplexere Gestalt an, als mit dem Konzept der Zweck-Mittel-Verkehrung erfasst werden kann. In dieser Heuristik, die sich in der Linie eines ‚praxeologischen Materialismus‘ (vgl. Heim 2013) verorten lässt, wird von der gesellschaftstheoretisch vorausgesetzten und begründeten Annahme ausgegangen, dass im Krankenhaussektor Widersprüche von Gebrauchswert und Tauschwert wirksam sind, es lässt sich jedoch nicht im Sinne einer notwendigen Entwicklungslogik oder -gesetzlichkeit theoretisch vorwegnehmen, wie diese konkret, also *in praxi* bearbeitet werden – das herauszufinden ist vielmehr Aufgabe einer historisch und empirisch verfahrenen Gesellschaftsanalyse, die ein waches Auge für die Logik der Praxis mitbringt. Entsprechend wird die Ökonomisierungsthese im folgenden Abschnitt (Teil II) anhand der Geschichte der Ausdifferenzierung und Ökonomisierung der Krankenhäuser plausibilisiert. Im empirischen Teil der Arbeit (Teil III) wird dann untersucht, wie die Ökonomisierung des Krankenhaussektors in der alltäglichen Berufspraxis der Krankenhauspflegerkräfte in Erscheinung tritt.

Teil II – Geschichte

„Erkenntnis des Gegenstands in seiner Konstellation ist die des Prozesses, den er in sich aufspeichert.“ (Adorno 1970: 166)

4 Krankenhausentwicklung von der Ausdifferenzierung zur Ökonomisierung

Man muss die Geschichte eines Feldes kennen, um seine aktuelle Konstellation und die in ihr wirkenden Dynamiken zu verstehen. Eine solche Geschichte wurde für das deutsche Gesundheitswesen bisher jedoch noch nicht geschrieben. Im Folgenden können deshalb lediglich einige Eckpunkte der Felddynamiken mit einem Fokus auf die Trajektorie des Krankenhauses zusammengetragen werden. Abschnitt 4.1. beschäftigt sich in sozialgeschichtlicher Perspektive mit der Ausdifferenzierung des modernen Krankenhauses und damit zugleich mit der Entstehung des Gebrauchswertbezugs des Feldes der stationären Krankenversorgung. Mit der Darstellung der Entwicklung der Krankenhausfinanzierung wird es dabei aber auch um die institutionellen Mechanismen der Einbindung der Krankenhäuser in die allgemeine Zirkulation (Tauschwertbezug) gehen, die stets Grundlage der Ausdifferenzierung sein musste. In Abschnitt 4.2. findet dann ein Perspektivwechsel auf die Politikgeschichte des (bundesrepublikanischen) Krankenhausesektors seit der Nachkriegszeit statt. Primäres Ziel der Darstellung ist es, zusammenzufassen, inwiefern es auf der Ebene der institutionellen Arrangements des Krankenhausesektors zu politischen Regulierungen gekommen ist, die sich als Ökonomisierungsprozesse im hier verstandenen Sinne interpretieren lassen. Es wird sich dabei zeigen, dass der Blick in die Geschichte dazu beiträgt, die Ökonomisierungsdiagnose zu schärfen, denn viele Aspekte, die mit ihr verbunden werden, insbesondere die Unterfinanzierung und der Personalmangel, sind im Krankenhauswesen historisch keineswegs neu, sondern haben es seit seiner Entstehung begleitet. Da die Pflege zum betrieblichen Kern des Krankenhauses gehört und die empirische Studie der Krankenhauspflge gewidmet ist, werden beide Abschnitte ergänzt durch kurze Einblicke in die historische Entwicklung der Krankenhauspflge. In den die Abschnitte jeweils abschließenden Zusammenfassungen und Zwischenbetrachtungen wird das Dargestellte dann systematisch zum gesellschaftstheoretischen Rahmen in Bezug gesetzt. Dabei kann jedoch nicht beansprucht werden, eine umfassende Feldanalyse zu leisten, vielmehr wird versucht, die Plausibilität des theoretischen Rahmens am historischen Material aufzuzeigen und einen klareren Eindruck davon zu vermitteln, welche realhistorische Komplexität mit ihm ‚einzufangen‘ ist.

4.1 KURZE GESCHICHTE DER AUSSDIFFERENZIERUNG DES MODERNEN KRANKENHAUSES

In der Literatur zur Krankenhausgeschichte ist es Konsens, dass gegen Ende des 18. Jahrhunderts in der Entwicklung des modernen Krankenhauses eine entscheidende Zäsur stattgefunden hat. Das Hospital alten Typs erfuhr einen Funktionswandel, der eine Geschichte der Expansion der Krankenhäuser freisetzte.¹ Uneinigkeit besteht allerdings darin, inwiefern der so oft konstatierte und titelgebende Wandel ‚vom Hospital zum Krankenhaus‘ als kontinuierlicher Prozess oder Bruch zu interpretieren ist (vgl. die Beiträge in Labisch/Spree 1996). Dieses allgemeine Problem der Deutung von geschichtlichen Prozessen, die stets im Modus von Reproduktion und Transformation zugleich ablaufen, ist kaum durch die Betrachtung inkrementeller Veränderungen zu lösen. Es scheint also gerechtfertigt, das Problem zu reformulieren: Was sind die Strukturmerkmale des modernen Krankenhauses und durch welche historischen Prozesse wurden sie hervorgebracht? Sofern bei der Beantwortung dieser Fragen Diskontinuitäten in Betracht kommen, ist damit nicht gemeint, „dass es zwischen verschiedenen *Formationen* keine Kontinuität einzelner Begriffe, Techniken und Phänomene gäbe, sondern dass die *Zusammenhänge*, in denen diese Elemente konfiguriert sind und in denen sie ihre historische Funktion haben, grundverschieden sind“ (Heim 2013: 82).

Versteht man das moderne Krankenhaus als medizinisch-ärztlich dominierte, professionelle Organisation (vgl. 3.5.2) zur Versorgung, d.h. zur Diagnose und Therapie von Krankheiten und Pflege von Kranken,² zur Aus- und Weiterbildung von Heil- und Pflegepersonal sowie zur wissenschaftlichen Forschung (vgl. Iseringhausen/Staender 2012) lassen sich Diskontinuitäten in der Blickrichtung von der Gegenwart auf die Vergangenheit für das moderne gegenüber dem frühmodernen Krankenhaus und für das frühmoderne Krankenhaus gegenüber dem vormodernen Hospital feststellen. Das frühmoderne Krankenhaus entstand und expandierte als Institution der Armenfürsorge und damit in einem primär sozialpolitischen Zusammenhang (vgl. Spree 1995). Anders als das alte Hospital, die vormoderne Anstalt zur Aufbewahrung vielfältiger Kategorien von nichtarbeitenden Armen – Sieche, Invalide, Obdachlose, pflegebedürftige Arme, (unheilbare) Kranke –, ist das frühmoderne Krankenhaus durch eine *funktionale Spezialisierung auf heilbare Kranke* gekennzeichnet (vgl. Labisch 1996b: 260ff.) und etabliert sich als Stätte der Ausbildung von Heilpersonal und der naturwissenschaftlich-medizinischen Forschung.³ Das macht seine partielle

1 Vgl. allgemein Spree (1995/1996) sowie für die städtischen Krankenhäuser Labisch (1996b: 257ff.).

2 Daneben ist auch die Isolation von Kranken eine Aufgabe, die vom Krankenhaus zum Schutz der Bevölkerung übernommen wird – im 19. Jahrhundert gewann dieser Aspekt vor allem durch die Cholera-Epidemien für den Ausbau von Krankenhäusern an Bedeutung.

3 So zumindest die Konzeption der Krankenhausplaner. Seitens der Klientel erhielt sich bis ins 20. Jahrhundert hinein die Vorstellung, das Krankenhaus sei Unterkunft in schlechten Zeiten. Noch 1913 beschwert sich der für das Ludwigshafener Krankenhaus zuständige Bezirksarzt: „Hierher strömen in solchen Zeiten [steigender Arbeitslosigkeit, W.v.H.] die Arbeitslosen aus allen Himmelsrichtungen, um in dem großen Industriezentrum Arbeit zu

Modernität aus. Dennoch bleibt das Krankenhaus zunächst eine Armenanstalt, denn das primäre Klientel besteht weiterhin aus *armen* Kranken, die als heilbar eingestuft werden. ‚Heilbar‘ bedeutet in diesem Kontext noch nicht, dass Krankheiten durch ärztliche Therapien geheilt werden, denn diese sind faktisch kaum effektiver als etwa die traditionellen Praktiken der Selbstmedikation (vgl. Spree 1995: 83; Huerkamp 1980: 351). Die armen Kranken fanden im Krankenhaus vielmehr einen Ort, um sich auszukurieren, wenn ihnen sonst kein anderer zur Verfügung stand: „Außer Verpflegung, einem sauberen Bett und etwas Ruhe hatte das durchschnittliche Krankenhaus, selbst im späten 19. Jahrhundert, von Ausnahmen abgesehen, wenig zu bieten.“ (Spree 1995: 84)⁴ Erst im Zuge der schrittweisen Ausweitung des Versicherungszwangs entfalten sich im Krankenhaus um die Wende zum 20. Jahrhundert Prozessdynamiken, die im Zusammenspiel mit medizinisch-technischen Innovationen zu einer Öffnung gegenüber allen sozialen Klassen führen.⁵ Das Krankenhaus verliert also seinen *früh*modernen Charakter einer Armenanstalt und durchläuft einen Prozess der sozialen Öffnung und medizinischen Modernisierung – die Rolle des*der Krankenhauspatient*in entkoppelt sich von der Rolle des Armen und wird universalisiert. Während also bereits im 19. Jahrhundert eine funktionale Spezialisierung der Krankenhäuser zu beobachten ist, stellt die soziale Öffnung eine Entwicklung des 20. Jahrhunderts dar. Schon diese kurze, auf Brüche, oder besser: Übergänge fokussierte Krankenhausgeschichte führt vor Augen, dass die Entwicklung des Krankenhauses nur aus ihrem sozialgeschichtlichen Kontext heraus zu erschließen ist.

4.1.1 Das frühmoderne Krankenhaus im sozialgeschichtlichen Kontext

Das frühmoderne Krankenhaus erhielt seine sozialgeschichtliche Bedeutung im Zusammenhang einer staatlichen Gesundheitspolitik, die als Element einer aufgeklärt-absolutistischen Bevölkerungs- und Sozialpolitik betrieben wurde. Die „innere Staatsbildung“ (Otto Hintze) verlangte den Aufbau einer „Wohlfahrtsbürokratie“ zum Zwecke der öffentlichen Fürsorge (vgl. Brinkschulte 1996: 188). Das reformtreibende öffentliche Problembewusstsein wurde Ende des 18. Jahrhunderts zum einen durch eine ausgereifte Armutsdebatte geprägt und zugleich durch einen Diskurs der Medizinischen Policy strukturiert. Zwar handelte es sich hierbei keineswegs um gänzlich neue Ideen, entscheidend war jedoch, so Frevert, „daß in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts Krankheit und Gesundheit erstmalig als verbindliche Orientierungswerte individuellen Verhaltens *und* staatlicher ‚policies‘ festgeschrieben wur-

suchen; finden sie keine Arbeit, so drängen sie ins Krankenhaus.“ (Zit. n. von Hippel 1996: 250) Und diesem Drängen wurde durchaus nachgegeben, so dass die Krankenhäuser lange Zeit faktisch multifunktionale Einrichtungen blieben.

- 4 Bei den Anstalten, die als Krankenhaus bezeichnet wurden, handelte es sich um äußerst heterogene Gebilde, sowohl was den Grad ihrer funktionalen Spezialisierung, als auch die Größe der Häuser betrifft, die zwischen einer Handvoll Betten und 1000 Betten changierte (vgl. Spree 1995: 76).
- 5 Zur Bedeutung der Entwicklung in der Chirurgie und in der inneren Medizin vgl. Thomann (1996) und Weindling (1996).

den.“ (Frevert 1984: 21) Gesundheitspolitische Aktionen beschränkten sich nicht mehr nur auf die Ausbildung und Approbation des Heilpersonals, die Medicinische Policey verlangte nach staatlichen Eingriffen, die allerdings stets mit den Ansprüchen aus der bürgerlichen Sphäre der Privatheit und des Gewerbes in Einklang gebracht werden mussten.⁶ So konzentrierten sie sich auf infrastrukturelle Sanitäts- und Hygienemaßnahmen. Lediglich die soziale Unterschicht der anerkannten Armen wurde zum Gegenstand durchgreifender staatlicher, medizinalpolizeilicher Maßnahmen (vgl. ebd.: 68f.).⁷ Die „Staatsmenschenproduktion“ (Grabau 2013: 52ff.) der (spät)absolutistischen Regierung verlangte nach einer Körperökonomie, in der der individuelle Körper als Bestandteil des Volkskörpers der Untertanen konzipiert wurde, den es zu bewirtschaften galt. Die sich unablässig um das Gemeinwesen sorgende Policey wirkte dabei als „Technologie, die den Untertanenverband zur Entität ‚Bevölkerung‘ transformiert“ (ebd.: 71). Das öffentliche, staatliche und städtische Interesse an Krankenhäusern entwickelte sich also vor dem Hintergrund eines Problembewusstseins, das den effizienten, auf eine ‚gute‘, d.h. produktive Gesamtordnung gerichteten Umgang mit den armen und kranken Bevölkerungsteilen zum Gegenstand hatte. Auch wenn die Realisierung noch auf sich warten ließ, wurde in der Krankenhausdebatte seit Ende des 18. Jahrhunderts die Erwartung geäußert, es könnten Kosten der Armenfürsorge gespart werden, wenn die kranken Armen schnell und zielgerichtet geheilt, d.h. in einen gesundheitlichen Zustand versetzt werden, der es ihnen erlaubt, ihren Lebensunterhalt durch Arbeit selbst zu verdienen. Zudem versprach man sich von den Krankenhäusern eine verbesserte Ausbildung des Heilpersonals (vgl. Dross 2011: 36f.).

6 Da staatliche Gesundheitspolitik vor allem an der ‚Sittlichkeit‘ sowie den Lebens-, Wohn- und Ernährungsverhältnissen ansetzt, sind ihre Möglichkeiten begrenzt, denn: „jede Intervention würde in die Privatsphäre bürgerlicher Geschäftstätigkeit eindringen.“ (Göckenjan 1985: 107) Gesundheitspolitik konstituiert sich im Spannungsfeld von bürgerlichem Individualismus und (obrigkeits-)staatlicher Bevormundung (vgl. auch Frevert 1984: 68). Das Problem, in welcher Form und in welchem Maße die staatliche Bevormundung nötig und die private Freiheit einzuschränken ist, durchzieht die Erfüllung von Staatsfunktionen vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Trennung der öffentlichen Zwangsgewalt von der Sphäre privatkapitalistischer Freiheit, wobei die „Systemgrenze“ der Staatstätigkeit (Blanke et al. 1975: 436) auch in der gesundheitspolitischen Praxis durchgesetzt wird. 1859 heißt es im Deutschen Staatswörterbuch, die gesundheitspolitischen Vorkehrungen dürften nie so weit gehen, dass „das öffentliche Interesse an Verkehr (durch Seuchenquarantäne) oder an Industrie (durch Arbeitsschutz) beeinträchtigt wird.“ (Göckenjan 1985: 108f.) Auch hier wird also der Widerspruch praktisch wirksam, dass die sozialpolitischen Interventionen des Staates notwendig einerseits auf der Einschränkung, andererseits und im Gegensatz dazu zugleich auf die Stützung der kapitalistischen Akkumulation gerichtet sind (vgl. 3.5.1). Es handelt sich um das „traditionelle Dilemma der öffentlichen Gesundheitspflege, daß sie stets eine Änderung der Verhältnisse verlangt, an denen die herrschenden Kräfte profitieren.“ (Ebd.: 109)

7 Voraussetzung derartiger Maßnahmen ist freilich, dass Krankheit nicht länger als göttliche Strafe, sondern – entzaubert, aufgeklärt – als planvoll bearbeitbare körperliche Beeinträchtigung oder Schädigung interpretiert wird.

Der in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts aufblühende Gesundheitsdiskurs bot der *Ärztenschaft*,⁸ die bisher primär mit dem einzelnen Kranken befasst war, die Möglichkeit, sich als staatstragender Produktionsfaktor und gemeinwohlstiftender Hüter der Bevölkerung zu profilieren (vgl. auch Göckenjan 1985: 94ff.). Die Medizin platzierte sich, wie Foucault festhält, am Schnittpunkt von Individuum und Bevölkerung, dort, wo „ein bestimmtes organisches, leises, leidenschaftsloses und muskulöses Glück ganz eng mit der Ordnung einer Nation, mit der Stärke der Armee, mit der Fruchtbarkeit eines Volkes und mit dem langsamen Gang seiner Arbeit verbunden ist.“ (Foucault 1988: 52) Gesundheit, Medizin und Ärzteschaft begannen in das uns heute so vertraute Beziehungsgefüge einzutreten.

Allerdings bleibt die ärztliche Arbeitskraft noch bis zum Ende des 19. Jahrhunderts mit einem „Verwendungsproblem“ (Göckenjan 1985: 56) behaftet. „Der Arzt kann [...] die entscheidenden Probleme vielleicht benennen, allerdings handelt es sich fast immer um sozialpolitische Problemlagen“ (ebd.: 58). Es sind Wohn-, Kleidungs- und Ernährungsverhältnisse – später auch Arbeitsverhältnisse (vgl. Frevert 1984: 220ff.) –, die Ende des 18. Jahrhunderts durch Medizin und Hygiene ins Problembewusstsein rücken,⁹ aber in der Regel jenseits der Reichweite ärztlicher Handlungsmacht liegen. Dieses Anwendungsdilemma, einerseits die sozialen Probleme mit definieren zu können, die es zu bearbeiten gilt, sich jedoch andererseits selbst nur bedingt als Lösungsinstanz anbieten zu können, weckt das Interesse zumindest einiger Ärzte am Krankenhaus und der Armenpraxis allgemein. Dieses Interesse richtete sich jedoch nicht auf die Heilung des Krankenhausklientels, sondern vielmehr auf das Potenzial des (natur)wissenschaftlichen und therapeutisch-praktischen Erkenntnisgewinns. Der Ausbau des medizinischen Wissens durch systematische Forschung erschien als plausible Strategie, die Verwendungsfähigkeit und praktische Wirksamkeit der Ärzteschaft unter Beweis zu stellen. Für die Ausübung der hierzu notwendigen Praktiken bot das Krankenhaus einen in mehreren Hinsichten prädestinierten Ort: Die lokale Ansammlung relativ vieler Kranker erlaubte den systematischen Vergleich von Krankheitsbildern und -verläufen; den stets vorhandenen toten Körpern ließen sich mittels Autopsie neue Kenntnisse abringen; und – ein kaum zu überschätzender Aspekt – im Krankenhaus begegneten die Ärzte einem entmündigten Klientel, dessen sozialer Status unter dem ihren rangierte und das ihnen als Experten ausgeliefert war. Dies ermöglichte es den Ärzten nicht nur, Experimente durchzuführen, vielmehr verkehrten und vereinfachten sich innerhalb des Krankenhauses die Sozialbeziehungen, die für die Arzt-Patient*innen-Beziehung in der gewerblich betriebenen Privatpraxis am Krankenbett konstitutiv waren, aus der sich das ärztliche Einkommen in weitem Maße speiste. In der Privatpraxis hatten die Ärzte es mit zahlenden Patient*innen der wohlhabenden, vor allem aristokratischen, aber auch bürgerlichen und – auf dem Land – reichen bäuerlichen Schicht zu tun, andere konnten sich die hohen Medizinal-

8 Um kenntlich zu machen, dass die Ausgrenzung von Frauen* konstitutiver Bestandteil der Professionalisierungsgeschichte der Ärzteschaft war (vgl. Wetterer 1993: 59ff.), wird in den historischen Ausführungen vom ‚Arzt‘ und der ‚Ärztenschaft‘ nur im Maskulinum gesprochen.

9 Das findet seinen Niederschlag auch in der Entwicklung des ärztlichen Selbstbewusstseins: „Die erste Aufgabe des Arztes ist [...] eine politische. Der Kampf gegen die Krankheit muß als Krieg gegen die schlechte Regierungen beginnen.“ (Foucault 1988: 50f.)

taxen kaum leisten. Obgleich die Ärzte in den Diskursen der bürgerlichen Öffentlichkeit eine gewisse Autorität als Berater in Fragen der gesunden Lebensführung beanspruchen konnten, blieb ihre Stellung in der Praxis ökonomisch wie sozial häufig prekär. Ökonomisch konkurrierten sie nicht nur untereinander, sondern auch mit einem Stab an weiterem Heilpersonal – Wundärzten, Scharfrichtern, Barbieren, Hebammen etc. Ihr praktisches Wissen und Können ging tatsächlich auch kaum über das anderer Heilpersonen oder die „Therapien der Selbstmedikation“ hinaus, „wie sie seit Jahrhunderten von den Frauen aller sozialer Schichten praktiziert wurde“ (Frevert 1984: 40).¹⁰ Vor diesem Hintergrund nährte sich das Prestige der Ärzte vor allem aus der alten Funktion als „Ratgeber und Beistand der Aristokratien“ (Göckenjan 1985: 141), ihr Rat und ihre Anweisungen besaßen jedoch kaum Autorität.¹¹ Dem wohlhabenden Klientel gegenüber befanden sie sich in einem Patronageverhältnis (vgl. Paul 1996: 110; Frevert 1984: 42) und mussten stets bemüht sein, die Gunst der zahlenden Patient*innen nicht zu verspielen. Bei den Besuchen am Krankenbett im Hause des*der Patient*in war es üblich, dass „Familienmitglieder und Besucher bei der Behandlung anwesend waren und mit Kommentaren und Ratschlägen nicht gerade geizten“ (ebd.: 42). So nimmt es nicht Wunder, dass die Ärzte mit einer unverlässlichen Zahlungsbereitschaft ihrer Klientel zu kämpfen hatten. Sie bewegten sich in einem Kräftefeld, in dem sie sich zum einen gegenüber den kommerziellen Kurpfuschern abgrenzen mussten; zum anderen stand der Arzt den „kontextnahen Heilkenntnissen und Praktiken“ gegenüber:

„Die akademischen Ärzte befinden sich also traditionell in dem Dilemma, einerseits Bezahlung für ärztliche Hilfe und Beistand fordern zu müssen, gegenüber einem kontextnahen, unkommodifizierten Verständnis von Heilung, andererseits aber gerade den unkommerziellen Charakter der akademischen Medizin gegenüber dem Jahrmarktsgeschäft der herumziehenden Heilkundigen zu profilieren zu müssen.“ (Göckenjan 1985: 171)

Derartige marktvermittelte Sozialbeziehungen sind der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und von effektiven praktisch-therapeutischen Verfahren kaum zuträglich. Doch: „Im Krankenhaus ist alles anders als im Haus der Kranken.“ (Göckenjan 1985: 214) Die Ärzte fanden hier Patient*innen vor, die – ebenso wie in der ‚ambulanten‘ Armenpraxis – sozial unter ihnen rangierten und zugleich vereinzelt, isoliert von Familien, Angehörigen und Freunden, vor ihnen lagen und ihrer Verfügungsgewalt ausgeliefert waren (vgl. auch Frevert 1984: 79). So konnte der Körper der Patient*innen ohne hemmende ökonomische und soziale Rücksichten zu wissen-

10 Die „therapeutische Ineffizienz ärztlichen Handelns“ (Huerkamp 1980: 351) setzte sich bis weit ins 19. Jahrhundert fort. Sie brachte mit sich, dass auch die staatliche Administration den Monopolansprüchen der zudem nicht eben billigen akademischen Ärzte skeptisch gegenüberstand (vgl. Frevert 1984: 62f.) – warum teure Ärzte auf dem Land finanzieren, wenn andere Kategorien von Heilpraktiker*innen vor Ort günstiger agieren?

11 1772 klagt der Arzt Christian Gottfried Gruner: „Der große Haufen der Welt sieht die Ärzte nur für Leute an, mit denen man Staat machen kann [...], nicht um ihren Vorschriften und Verordnungen zu folgen, sondern sie entweder als Modestück holen zu lassen oder doch nach dem Tode [...] jemanden zu haben, an den die Verwandten die bittersten Klagen ausstoßen können“ (zit. n. Göckenjan 1985: 141).

schaftlichem Material versachlicht und objektiviert, zum Gegenstand der klinischen Erfahrung werden.¹² Der*die Krankenhauspatient*in ist den Ärzten ausgeliefert – letztere können ersteren gegenüber den Expertenstatus, den sie sich selbst zuschreiben, weitgehend ungenehmigt ausleben. Die frühmodernen Krankenhäuser stellten so für die Ärzte in erster Linie Orte der Produktion und Aneignung eines anwendungsbezogenen medizinischen Wissens dar, das sich nach und nach vom Kranken als Person löste und sich der Krankheit als solcher zuwandte – der*die Patient*in wurde zum Mittel der Entdeckung neuer Methoden (vgl. ebd.: 80).

Die Ärzte beginnen damit auch, diesen spezialisierten Raum entlang ihrer medizinischen Interessen und Orientierungen zu strukturieren. Im Krankenhaus wird nicht mehr wie im Hospital nach einer religiösen Zeitordnung gelebt, die Abläufe werden zusehends nach medizinischer Sachlogik getaktet (vgl. Jütte 1996: 43). Das Wohl der Kranken steht dabei kaum im Vordergrund, Forschung und Ausbildung bleiben das primäre Ziel. Jütte fasst zusammen:

„Die moderne naturwissenschaftliche Medizin ist somit ihrem Ursprung nach Anstaltsmedizin und setzt die absolute Verfügbarkeit des Kranken voraus, damit die immer höher gesteckten therapeutischen Ziele erreicht und der viel beschworene Fortschritt der Medizin gefördert werden. Diese Anforderungen erfüllten zunächst nur die ärmeren Bevölkerungsschichten, die meist keine andere Wahl medizinischer Versorgung hatten.“ (Jütte 1996: 45)¹³

Diese Orientierung auf eine „Stärkung der professionellen Autonomie“ (Paul 1996: 110) versprach langfristig sowohl professionspolitische Gewinne in der Konkurrenz mit anderem, nicht-akademischem Heilpersonal als auch eine Emanzipation aus dem Patronageverhältnis, wie es in der Privatpraxis fortexistierte. Ökonomisch war die Arbeit im Krankenhaus für die Ärzteschaft demgegenüber kaum von Interesse. Neben ihrer Privatpraxis verdingten sich die Ärzte häufig aufgrund der Unsicherheit des privatwirtschaftlich zu erzielenden Einkommens in der Erfüllung öffentlicher Aufgaben etwa als Stadt- oder Kreisphysici.¹⁴ In dieser Funktion übernahmen sie unter vielfältigen anderen, etwa sanitätspolizeilichen und gerichtsmedizinischen Aufgaben (vgl. Frevert 1984: 67f.) auch die Aufsicht über die Kranken in den städtischen Krankenhäusern, wurden für diese Tätigkeit jedoch nicht gesondert entlohnt.

Neben den Städten und der Ärzteschaft kann das *Bürgertum* als weitere, wenn auch nur vermittelt wirksame Instanz gelten, deren Interesse sich auf die Krankenhäuser richtete. Dieses Interesse fand seinen Ausdruck in der Wohltätigkeit der bürgerlichen Schichten, die allerdings nicht als bloß altruistisch motiviert zu verstehen ist. Zum einen gab es ein Interesse daran, durch die Isolation der armen Kranken die

12 Der preußische Minister für geistliche, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten stellte 1847 in einem Zirkular fest, dass bei den Ärzten der „Wunsch, bei armen Kranken Manches zu erproben, was man bei Zahlungsfähigen nicht wagen darf“, weit verbreitet sei; sie würden „im Menschen, wenn er arm ist, nichts anderes, als das bequeme Objekt eines Experiments“ ausmachen (Frevert 1984: 105f.).

13 Vgl. allgemein zur Bedeutung des Krankenhauses für die moderne Medizin: Waddington (1973).

14 „1827 hatte fast die Hälfte aller promovierten preußischen Ärzte ein solches besoldetes Nebenamt inne“ (Frevert 1984: 43).

Ansteckungsrisiken zu minimieren. Zum anderen folgte die Wohltätigkeit auch einer utilitaristischen Tauschlogik – zwischen wohlhabenden Bürger*innen und armen Kranken bestand ein impliziter Vertrag: Die Reichen unterstützen die Krankenhäuser, damit an den Körpern der Armen verallgemeinerbare Erkenntnisse gewonnen werden konnten. In Stellvertretung ‚der Gesellschaft‘ stellen sie die Mittel zur Verfügung, das Leid der Armen zu lindern, denen daraus die staatsbürgerliche Pflicht erwächst, der Gesellschaft etwas zurückzugeben. So konnten sie noch im Zustand der Arbeitsunfähigkeit ihren Nutzen erweisen. Das Krankenhaus „findet so in einem System der ökonomischen Freiheiten die Möglichkeit, den Reichen zu interessieren; denn die Klinik ermöglicht es der anderen Vertragspartei, das vom Reichen im Spital angelegte Kapital zurückzuzahlen“ (Foucault 1988: 100).

Dieses Interesse führte nicht zuletzt angesichts des Pauperismus der 1830er Jahre auch zu Auseinandersetzungen über die Ausrichtung des Krankenhaus- und Krankenkassenwesens als Teil der Armenfürsorge. Wer sollte verantwortlich sein? Der Staat, der seine Bürger*innen zu hüten hat? Die wohlhabenden Bürger*innen, deren moralische Pflicht es ist, sich als *citoyen* zu betätigen und den Armen Wohltätigkeit angedeihen zu lassen? Oder etwa doch die Kirche, die sich traditionell um die ‚armen Seelen‘ kümmerte? Der „preußische ‚Hospitalgeist““ (Frevert 1984: 151) geriet jedenfalls von bürgerlicher wie von kirchlicher Seite in die Kritik. Denn unterschiedliche Verantwortlichkeiten für die Armen besaßen unterschiedliche sittliche Implikationen. Die bürgerlichen Kräfte wollten den Zustand der Armut nicht als einen rechtlich abgesicherten, mit Ansprüchen verbundenen sanktioniert sehen. Die kirchlichen Kräfte sahen die Gefahr, dass die Armen sich im Zustand der Not nicht mehr an Gott und Christentum, sondern an den Staat wandten. Das bürgerliche Plädoyer für die Wohltätigkeit zielte also darauf, die Abhängigkeit der Armen zu zementieren, sie zu unterwürfiger Dankbarkeit zu erziehen und einen unsichtbaren Vertrag zu schließen, der die Objektivierung der Armen zu Lehrstücken legitimierte (für Frankreich vgl. Foucault 1988: 97ff.).

Die potenzielle *Klientel* selbst stand dem Krankenhausaufenthalt skeptisch bis ängstlich gegenüber.¹⁵ Für die armen Kranken stellte das Krankenhaus eine letzte Zu-

15 Die sozialgeschichtliche Forschung stößt bei der Untersuchung der Einstellung der potenziellen Klientel zu den Krankenhäusern an methodische Grenzen, denn es gibt nur wenige Dokumente, die diesbezüglich herangezogen werden könnten (vgl. Frevert 1984: 242f.) – die Geschichte des Krankenhausklientels ist entsprechend immer noch nur punktuell geschrieben. Generell scheint die Literatur von dem Widerspruch durchzogen, dass einerseits eine verbreitete Abneigung der armen Kranken gegenüber den Krankenhäusern konstatiert wird, die als ‚Häuser des Sterbens‘ sowie als ‚totale Institution‘ unter ärztlicher Willkürherrschaft galten, sich andererseits aber Dokumente finden, die darauf hinweisen, dass die Krankenhäuser von den arbeitenden Armen – zumindest nachdem qualifizierte Pflegekräfte eingezogen waren – bis ins 20. Jahrhundert hinein weiterhin in ihrer Herbergsfunktion durchaus geschätzt wurden. Grund für diese Uneindeutigkeit dürfte zum einen die Heterogenität der Krankenhauslandschaft des 19. Jahrhunderts sein, die globale Einschätzungen unmöglich macht. Zum anderen wäre genauer zu untersuchen, inwiefern das nicht-behandlungsbedürftige Klientel sich innerhalb des weiterhin multifunktionalen Krankenhauses jenseits der ärztlichen Autoritätszone bewegen konnte und diese entsprechend nicht fürchten musste.

flucht dar, eine *ultima ratio*, die nur zum Zuge kam, wenn andere Fürsorgestrukturen nicht mehr funktionierten oder vor Ort nicht zur Hand waren. Die armen Kranken blieben also vor allem *Adressat*innen* einer krankheitsbezogenen Sozialpolitik und lehrreiche Gegenstände medizinischer Ausbildung und Forschung, waren jedoch nicht selbst treibende Kraft der Krankenhausentwicklung. Das lässt sich auch an der Ausrichtung der Krankenkassenleistungen ablesen: Sieht man vom Prinzip der vor allen in den süddeutschen Staaten verbreiteten Krankenhausversicherungen (Abonnements) ab, das sich historisch nicht durchsetzen konnte (vgl. Labisch 1996: 268), wurde in den Krankenkassen das Prinzip der Zahlung von Krankengeld und der ambulanten Krankenbehandlung überwiegend präferiert, was den Versicherten durchaus entgegen kam, hatte man doch kein gesteigertes Interesse daran, in den Verfügungsraum der Krankenhausdisziplin, die zudem noch mit dem Ruch von Ansteckung und Tod behaftet war, überführt zu werden. So weiß Frevert zu berichten, dass die zwei angestellten Armenärzte der Stadt Bielefeld in den vier Jahren von 1807-1810 insgesamt 2751 Kranke behandelt hatten, aber: „Lediglich 59 (= 2%) mußten, da sie zu Hause keine Pflegemöglichkeit hatten, im Krankenhaus untergebracht werden.“ (1984: 110) Bis ins 20. Jahrhundert hinein änderte sich daran – selbst nach dem Krankenversicherungsgesetz von 1883 – nicht viel: Von den insgesamt durchschnittlich 670 Beschäftigten der Bielefelder Spinnerei Vorwärts wurden in den 1870er Jahren nie mehr als 2% ins Krankenhaus aufgenommen (vgl. ebd.: 292): „Die Krankenkassen respektierten die Abneigung ihrer Mitglieder gegen einen Krankenhausaufenthalt nicht zuletzt aus Kostengründen und griffen gern auf die krankpflegerischen Leistungen der Familie, d.h. der Arbeiterfrauen zurück.“ (Ebd.: 291) Die Zahl der Krankenhauseinweisungen blieb bei den Versicherten also gering, woraus sich mit Frevert schließen lässt:

„Auch unter den Bedingungen der Industrialisierung, die die Familie als Einheit von Arbeit und Leben, von Produktion und Reproduktion aufsprengte, behielt sie [...] ihre fürsorgerischen Funktionen. [...] Erst das 20. Jahrhundert erlebte den Durchbruch des Krankenhauses als ‚normalem‘ Ort des Leidens und Sterbens und den Triumph der Medikalisierungsbewegung, die die Familie zugunsten professioneller Instanzen der Krankheitsdefinition und -therapie entmachtete.“ (Ebd.: 292)

Damit wurde auch die Krankenpflegearbeit erst im 20. Jahrhundert breitflächig aus der privaten Sphäre des Haushalts in die Sphäre der Öffentlichkeit verlagert.

Das frühmoderne Krankenhaus entsteht also in den Jahrzehnten um 1800 im Interesse einer staatlichen Policyordnung, deren Armenfürsorge effizient gestaltet und in diesem Sinne zielbewusst ausdifferenziert werden sollte.¹⁶ So setzt ein Prozess der Verstaatlichung der traditionell stark von kirchlichen und bürgerlichen Stiftungen getragenen Armenfürsorge ein, der sekundiert wird von einem Prozess der funktionalen Spezialisierung. Während das alte Hospital von diversen Kategorien von Armen bevölkert wird, soll sich das frühmoderne Krankenhaus auf *heilbare arme Kranke* spezialisieren. Es findet somit, wenn auch nur schrittweise, ein „Wandel der Aufnahmepraxis von der sozialen zur medizinischen Indikation“ (Paul 1996: 102) statt. Das

16 Hierbei spielten auch hygienische Überlegungen und der Seuchenschutz eine entscheidende Rolle.

Klientel war grob durch zwei Merkmale definiert: Es kam aus der Unterschicht und es handelte sich in der Regel um „alleinstehende Personen ohne familiäre Bindung“ (Frevert 1984: 75), was insbesondere auf ortsfremde, wandernde Arbeitskräfte zutraf (vgl. Labisch/Spree 2001: 26).¹⁷

Im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts lässt sich eine Verschiebung in der Sozialpolitik verzeichnen – sie transformiert sich von der Armen- zur Arbeiter*innenpolitik. Der um sich greifende Pauperismus, der die Auflösung traditioneller Sozial- und Fürsorgebeziehungen – vor allem des ‚ganzen Hauses‘ als Einheit von Produktion, Konsumtion und generativer Reproduktion, von Arbeit und Leben – durch die Ausweitung von kapitalistischer Produktion und Lohnarbeitsverhältnissen begleitete, rückte den Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeit und Armut in den Fokus. Es ist nicht länger der ‚Stand‘ der behördlich gemeldeten Armen, der im öffentlichen Diskurs als Zentralproblem firmiert, sondern die Masse der „potenziellen Armen“ (Frevert 1984: 117ff.), also jene proletarischen Schichten, die von der Hand in den Mund leben und keine Rücklagen für den Fall von Arbeitsplatzverlust oder Arbeitsunfähigkeit bilden können: „Diese Schicht aus Handwerksgesellen, kleinen Gewerbetreibenden, Manufaktur- und Fabrikarbeiter(inne)n, Dienstboten, städtischen und ländlichen Tagelöhner(inne)n, Kleinbauern, Heuerlingen war Trägerin der Massenarmut“ (ebd.: 122). Damit drängte verstärkt die Frage auf die Tagesordnung, wie kürzere Phasen der Arbeitsunfähigkeit überbrückt werden können, ohne dass aus den potenziellen aktuelle Arme werden. Die Städte und Kommunen – zentralstaatlich für die Armenfürsorge verantwortlich erklärt – sahen ihre Armenkassen jedenfalls vom Ansturm der Bedürftigen zunehmend überfordert und entwickelten früh ein Interesse an der Einrichtung von Versicherungsmechanismen. Da zunächst vor allem die wandernden Handwerksgesellen und Dienstboten als bedürftiges Klientel in Erscheinung traten, entstanden neben der städtischen Armenfürsorge bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert Gesellen- und Dienstboten-Institute als Formen der kollektiven Versicherung. Sie waren in der Regel Resultat städtisch-lokaler Initiativen (für Osnabrück vgl. Berger 1996). Die Bezirks- und Zentralregierung(en) blockten Anfragen der Städte und Kommunen zur gesetzlich verbindlichen Einrichtung derartiger Versicherungsmodelle jedoch zunächst ab, wie Frevert am Beispiel der Bezirksregierung in Minden zeigt (ebd.: 159ff.). Erst mit der Gewerbeordnung von 1845 und der Verordnung über die Einrichtung von Gewerberäten von 1849 reagierte die preußische Zentralregierung auf diesen Problemdruck, überließ aber „nach wie vor [...] den Kommunen die Entscheidung darüber, ob sie die Einrichtung von Gesellenkassen und die Beitragsverpflichtung der Handwerksmeister zwingend vorschreiben wollte oder nicht.“ (Ebd.: 166) Aber man hatte den ordnungspolitischen Wert des Versicherungsprinzips, der Selbstverwaltung und der Arbeitgeberbeteiligung entdeckt. Die Kommunen hatten nun die Möglichkeit, auch für die Fabrikarbeiter*innen, die durch die Revolution 1848/49 die Aufmerksamkeit staatlicher Stabilisierungspolitik auf sich zogen, einen Kassenzwang einzurichten, wobei die Kassen die Form der Körper-

17 „Fehlende Unterstützung der fern der Heimat arbeitenden unteren Beschäftigtengruppen durch Familien oder Haushalte war bis ins späte 19. Jahrhundert hinein der wichtigste Grund für die Einrichtung von Krankenhäusern; die Krankenhauspflege sollte hier Ersatz schaffen.“ (Spree 2011: o.S.) Zum Krankenhaus als Familienersatz vgl. auch Foucault (1988: 55f.).

schaft des öffentlichen Rechts annahmen (vgl. Tauchnitz 1999: 43ff.). Damit begann sich innerhalb der deutschen Sozialpolitik ein aus handwerklicher Tradition stammendes Modell sozialer Absicherung in moderner Form durchzusetzen, das mit dem – gegen die Stimmen der Liberalen der Deutschen Fortschrittspartei und eines Teils der Sezessionisten sowie der Sozialdemokratie durchgesetzten – Gesetz „betr. die Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 15.6.1883 noch einmal eine Verallgemeinerung und Vereinheitlichung erfuhr.¹⁸ „Im Prinzip“, so Tennstedt, gehe es bei diesem Gesetz „um die Abwendung ökonomischer Bedrängnis von den armen (gewerblichen) Arbeitern und den Gemeinden durch Geldleistungen der Krankenversicherung, nicht so sehr um eine erste Form von Gesundheitspolitik durch Sicherstellung ärztlicher Versorgung im Krankheitsfall.“ (1983: 312f.; vgl. auch Labisch 1996: 267) Dennoch entfalteten die Kassen eine gesundheitspolitische Wirkung, indem sie maßgeblich dazu beitrugen, den Wert der Gesundheit sowie einen ‚rationalen‘, enttraditionalisierten und expertenbezogenen Umgang mit Krankheit in den Unterschichten zu verankern (vgl. Tauchnitz 1999: 69ff.; Labisch 1992: 153ff.). Sie erwiesen sich damit als „bedeutende Transmissionsriemen der Medikalisation“ (Frevert 1984: 336).

Die verwickelte, von berufsständischen Entwicklungspfaden und diversen politischen und lokal divergierenden Regulierungs- und Subvertierungsversuchen geprägte Geschichte der Unterstützungs-, Hilfs- und Krankenkassen kann und braucht hier nicht ausführlich Thema sein.¹⁹ Im vorliegenden Zusammenhang ist sie lediglich in zweifacher Hinsicht von Belang: Erstens bildeten diese zunächst vielfältigen, später vereinheitlichten Formen kollektiver Versicherung neben der Armenfürsorge das zweite wesentliche Standbein der Krankenhausfinanzierung (Tauschwertbezug des Feldes). Zweitens bedeutet die durch sie verstärkte Medikalisationstendenz, dass sich auch in den Unterschichten der Glaube an den Wert der Gesundheit, also eine feldspezifische *illusio*, etabliert. Die Krankenhausentwicklung stand jedoch insgesamt weiterhin im Zusammenhang einer auf die (arbeitenden) Unterschichten bezogenen Sozialpolitik. Erst im 20. Jahrhundert löste sie sich von dieser Klassenbindung und geriet in den Zusammenhang einer Institutionalisierung von Strukturen der *allgemeinen* Daseinsvorsorge und sozialer Menschenrechte, die nach dem Zweiten Weltkrieg „eine wahre Konjunktur“ (Stein 2012: 96) feierten.²⁰

18 Der Wirkungskreis des Versicherungszwangs umfasste zwar „fast ausschließlich nur in Gewerbebetrieben beschäftigte Arbeiter sowie die Gehilfen der Rechtsberufe und Versicherungseinrichtungen (Angestellte!), die unselbständig gegen Entgelt beschäftigt waren“ (Tennstedt 1983: 313); die Arbeiter*innen der ländlichen Regionen blieben damit den alten patriarchalischen Fürsorgestrukturen überlassen. Dennoch stellte das Gesetz angesichts einer aufgrund von uneindeutigen vorherigen Regelungen und durch Praktiken der Arbeiter*innenbewegung, sie zu subvertieren, chaotisierten Kassenlandschaft einen großen Schritt in Richtung Verallgemeinerung und Vereinheitlichung dar.

19 Allgemein ist aus ihr, parallel zur Geschichte der Krankenhäuser, die Tendenz zur funktionalen Spezialisierung und der Homogenisierung herauszulesen (vgl. Tauchnitz 2004: 64ff.).

20 In einer Denkschrift von 1954 lässt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung verkünden, die Errichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern sei eine öffentliche Aufgabe, eine „ihrer Natur nach von der Allgemeinheit zu tragende Last“ (zit. n. Simon 2000:

4.1.2 Ökonomische Grundlagen des frühmodernen Krankenhauses

Die Expansion des Krankenhauswesens, die etwa seit Mitte des 19. Jahrhunderts zu verzeichnen ist,²¹ musste durch eine entsprechende ökonomische Grundlage gewährleistet werden (vgl. Spree 1995). Die Hauptfinanzierungsquellen der frühmodernen Krankenhäuser waren dem Klientel entsprechend einerseits die Armen- bzw. Gemeindekassen, andererseits die verschiedenen Formen der kollektiven Versicherungen, d.h. zunächst der Dienstboten- und Gesellen-Institute, die als Krankenhausversicherungen funktionierten, später der Krankenkassen. Reinhard Spree resümiert:

„Während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, teilweise auch noch bis in die 1880er Jahre, waren Dienstboten- bzw. Geselleninstitute eine wesentliche Stütze der Expansion des modernen Krankenhauses, gleichzeitig ein wichtiges Entlastungsinstrument für die von den Kosten der Armenfürsorge bedrohten Gemeinden.“ (1995: 97)

Für das Großherzogtum Baden weist die Krankenhaus-Statistik von 1873 aus, dass mehr als drei Viertel der Gesamtkosten der Krankenanstalten aus diesen beiden Finanzquellen stammten, der Rest wurde im Wesentlichen durch private Spenden und durch Stiftungen finanziert (vgl. ebd.: 88).²² Zwar gewannen die Einnahmen durch die Behandlung von Krankenversicherten nach dem Krankenversicherungsgesetz von 1883 an Relevanz – obwohl es sich bei der Krankenhausbehandlung nur um eine Kann-Leistung handelte –, dennoch waren diese Einnahmen bei den Allgemeinen Krankenhäusern „in der Regel nicht kostendeckend“ (Labisch 1996: 281). Größtenteils konnten die Krankenhäuser also wirtschaftlich nicht eigenständig überleben, sondern bedurften stets der Zuschüsse der Kommunen oder privater Spenden. Kirchliche und bürgerliche Wohltätigkeit spielte für die (Re-)Finanzierung der Krankenhäuser somit neben den kommunalen Kassen durchaus weiterhin eine Rolle. Die Finanzlage der Häuser brachte es auch mit sich, dass architektonische Innovationen wie die Pavillonbauweise und medizinisch-technische Fortschritte wie das Röntgen seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mithilfe von ‚Fremdkapital‘ aus diesen Quellen finanziert werden mussten.

Die Kritik an den Krankenhäusern als Zuschussanstalten sollte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einem wesentlichen Reformmotiv avancieren. Derartige betriebswirtschaftliche Betrachtungen spielten für das frühmoderne Krankenhaus jedoch lediglich eine untergeordnete Rolle. Dross weist darauf hin, dass die ökonomischen Erwägungen innerhalb der Krankenhausdebatte seit Ende des 18. Jahrhun-

59). In der Antwort der Bundesregierung auf eine Große Anfrage der SPD-Fraktion hieß es 1969, „die Bereitstellung von Krankenhäusern“ sei „eine öffentliche Aufgabe der allgemeinen Daseinsvorsorge“ (zit. n. Müller/Simon 1994: 332).

21 „Kamen 1877 erst neun Krankenhauspatienten auf 1.000 Einwohner, waren es 1910 bereits drei mal so viele, und bis 1938 stieg diese Relation auf fast das Zehnfache. Diese Entwicklung setzte sich in der Bundesrepublik ungebrochen fort.“ (Spree 1996: 78)

22 Die Krankenhauslandschaft des 19. Jahrhunderts war allerdings auch was die Finanzierung betrifft höchst uneinheitlich, so dass je nach Region auch Stiftungsvermögen eine größere Rolle spielen konnten. Mit der Armenfürsorge, den Versicherungen und Stiftungsvermögen sind jedoch die drei primären Finanzierungsquellen benannt (vgl. Spree 1997: 414).

derts vor allem auf nationalökonomische Zusammenhänge abstellten, während „betriebswirtschaftliche Argumente des Krankenhausbetriebs keine Rolle spielten“ (Dross 2011: 38). Die Körperökonomie der Policeyordnung habe auf die „Erhaltung nützlicher Staatsbürger“ (zit. n. ebd.: 38) zu zielen, wie Johann Peter Frank, Vorreiter der Medizinalpolizei und von 1805 bis 1808 Vorstand des Allgemeinen Krankenhauses in Wien, argumentierte; dies könne der Staat sich auch etwas kosten lassen. Diese Sicht änderte sich jedoch mit dem „Krankenhausboom“ des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhunderts“ (Labisch 1996: 281).²³ Die Neubauten im Pavillonstil zogen mehr Unterhalts-, Ausstattungs- und Betriebskosten nach sich als die früheren Häuser (vgl. Murken 1988: 156). Erst für Ende des 19. Jahrhundert lässt sich dann auch ein Diskurs darüber nachweisen, dass Angehörige mittlerer und höherer Schichten *aus ökonomischen Gründen* mit besonders ausgestatteten Zimmern in die Krankenhäuser gelockt werden sollen (vgl. Stollberg 1996: 384). Die Tarife für diese Selbstzahler waren dabei häufig so hoch angesetzt, dass sie die Behandlung der Armen und Versicherten querfinanzierten. Zudem verlangte die zunehmende Inanspruchnahme ein stärkeres betriebswirtschaftliches Denken (vgl. Murken 1988: 177ff.). Anfang des 20. Jahrhunderts setzt ein Diskurs über die steigenden Ausgaben für Errichtung²⁴ und Betrieb der Krankenanstalten ein (vgl. Labisch 1996b: 429f.; vgl. auch Halling/Görgen 2014: 17f.).²⁵ Doch anders als in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts blieb der Grundtenor in der Diskussion um Möglichkeiten der Kostenersparnis, dass die „Errichtung einer genügenden Zahl moderner öffentlicher Krankenanstalten [...] im gesundheitlichen Interesse unserer Bevölkerung unbedingt erforderlich“ ist, wie der Geheime Medizinalrat Otto Krohne 1913 verlaublich ließ (zit. n. Labisch 1996b: 429).

23 „Die Zahl der Krankenanstalten einschließlich der Heil- und Pflegeanstalten stieg [im Deutschen Kaiserreich] von 1876 bis 1900 um mehr als das Doppelte von 3000 auf 6300, die Zahl der Betten von 140 900 auf 370 000 an.“ (Murken 1988: 141) Um 1900 war jede größere Stadt mit einem städtisch, privat oder konfessionell getragenen Allgemeinen Krankenhaus versorgt (vgl. Grundmann 2007: 309). Welche Faktoren für diesen Boom ausschlaggebend waren, kann hier nicht im Einzelnen diskutiert werden. Neben der Seuchenabwehr sowie dem Motiv, neue medizinische Erkenntnisse praktisch umzusetzen, dürfte dabei auch von Bedeutung gewesen sein, dass ein modernes Allgemeines Krankenhaus als Prestigeobjekt in der Konkurrenz der (gewerbereichen) Städte fungierte (vgl. Labisch 1996: 287). Für konfessionell getragene Neubauten galten noch einmal andere Bedingungen (vgl. für das Ruhrgebiet Thomson 2013).

24 „Aus dem gesamten Kreditvolumen der 22 größten deutschen Städte entfielen in den Jahren 1904 bis 1906 allein elf Prozent auf den Krankenhausbau.“ (Sachße/Tennstedt 1988: 42)

25 Wobei der Anteil an den Gesamtausgaben weiterhin auf einem im Vergleich zu heute recht geringen Niveau verblieb. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege und Kur waren von 8,5% im Jahre 1885 auf 13,6% im Jahre 1913 gestiegen (vgl. Tennstedt 1976: 403).

4.1.3 Das moderne Krankenhaus

Der Übergang zum modernen Krankenhaus setzt dort ein, wo es den Ruf einer Armenanstalt verliert und sich gegenüber breiteren Bevölkerungskreisen öffnet. Dass diese überhaupt ein Interesse an einem Krankenhausaufenthalt entwickelten, ist in erster Linie auf die medizinisch-therapeutischen Fortschritte gegen Ende des 19. Jahrhunderts und die vor allem städtisch getragenen Krankenhausmodernisierungen, die ihnen folgten, zurückzuführen. Das Heilkonzept der Krankenhäuser beruhte bis ins späte 19. Jahrhundert darauf, die Patient*innn in einem Raum zu platzieren, der ihrer Selbstheilung zuträglich war – Hygiene, Belüftung, Ernährung und Pflege standen im Vordergrund. Die ärztlichen Aktivitäten konzentrierten sich auf Ausbildung und Forschung, nicht auf effektive Therapien, d.h. die medizinische Rationalität, die im frühmodernen Krankenhaus praktisch gelebt wurde, war primär eine wissenschaftlich-experimentelle. Erst auf der Grundlage neuer medizinischer Erkenntnisse Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Ärzteschaft nach und nach in die Lage versetzt, ihr Heilversprechen mit einer effektiver werdenden Heilpraxis zu hinterlegen und damit die medizinische als therapeutische Rationalität zu entfalten. Die Entdeckung der Anästhesie, Antisepsis und Asepsis sowie die Bakteriologie hatten vor allem in den Bereichen der Chirurgie und Geburtshilfe für große Sprünge gesorgt, so dass die Chirurgie um 1900 zum Aushängeschild der Krankenhäuser wurde (vgl. Grundmann 2007; Thomann 1996). Dieser Umstand ließ das Krankenhaus zunehmend auch für den „stadtragenden“ Mittelstand“ (Labisch 1996: 287), also Handwerksmeister, Gewerbetreibende und den ‚geistigen Stand‘ attraktiv erscheinen: „Ziel und Zweck des städtischen Krankenhauses weiteten sich folglich von den nach wie vor gegebenen Aufgaben im Armenwesen und in der Seuchenprophylaxe hin zur individuell-kurativen Medizin für alle Bürger der Stadt aus. Erst jetzt kann auch vom modernen Krankenhaus gesprochen werden.“ (Ebd.: 287) Diese Tendenz zur sozialen Öffnung setzte sich in der Zeit der Weimarer Republik fort.²⁶ Im Windschatten der Konstitution der Weimarer Republik als sozialem Rechts- und Wohlfahrtsstaat, die den Prozess der Verstaatlichung von Gesundheitsproblemen weiter vorantrieb, entwickelte sich eine neue Variante der Politisierung von Gesundheit: „Thema war weniger ‚Krankheit und soziale Lage‘ als die ‚Bedrohung der deutschen Volksgesundheit‘.“ (Sachße/Tennstedt 1988: 117) Die zunehmenden kommunalen Wohlfahrtsaktivitäten führten aber auch zu „handfesten Konflikten zwischen öffentlicher und privater Wohlfahrtspflege“ (ebd.: 134), bei denen den Krankenhäusern eine zentrale Rolle zukam. Die Definition des gesellschaftlichen Problems der Krankheit verschob sich also, während es zugleich zu Auseinandersetzungen über die Zuständigkeit für die Problembearbeitung einerseits entlang der Trennung von öffentlich/privat, andererseits über die Finanzierung der Problembearbeitung kam.

„Modern“ wurde das Krankenhaus aber auch in dem Sinne, dass es vom Denkmuster der betrieblichen und überbetrieblichen Rationalisierung erfasst wurde. Eva

26 Der Kreis der Pflichtversicherten und damit des potenziellen Krankenhaus Klientels wurde ausgeweitet, zunächst, zwischen 1919 und 1923, auf Beschäftigte in öffentlichen Körperschaften, Hausgewerbetreibende und verschiedene Gruppen von Angestellten (in der Erziehung, der Bildung, der Fürsorge); 1927 kamen mit der Arbeitslosenversicherung die Arbeitslosen hinzu (vgl. Stolleis 2003: 155).

Berger hat eine „einheitliche Entwicklungsphase des Krankenhauses als ‚ökonomischer Betrieb‘“ festgestellt, die von der Zeit kurz vor dem Ersten Weltkrieg bis kurz nach dem Zweiten Weltkrieg reicht. Diese Phase sei vom „Prinzip der ‚Rentabilität im Krankenhaus‘ bestimmt“ und habe insbesondere in den 1920er Jahren „entscheidende innovative Entwicklungen“ ausgelöst (Berger 1994: 71). Nach dem Ersten Weltkrieg setzte die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen, deren Finanzen aufgrund der Inflation stark angeschlagen waren (vgl. Deppe 1987: 25), sowie der Städte, die für die Arbeitslosenunterstützung und die Gesundheitsfürsorge zuständig waren, und die wirtschaftliche und gesundheitliche Lage der Bevölkerung die Krankenhäuser unter Rationalisierungsdruck – kurz: Ein hoher Versorgungsbedarf traf auf leere Kassen, es kam zur ‚Bettennot‘. Auch die privaten, bürgerlich und konfessionell getragenen Vereine „waren durch Krieg und Inflation ihrer finanziellen Basis beraubt.“ (Sachße/Tennstedt 1988: 118) Der 1922 gegründete „Gutachterausschuss für das öffentliche Krankenhauswesen“ begann Richtlinien zur Rationalisierung des Krankenhauswesens zu formulieren (vgl. auch Labisch 1994b). Die Dringlichkeit, derartige Richtlinien als Sparmaßnahmen umzusetzen, spitzte sich während der Weltwirtschaftskrise noch einmal dramatisch zu. Der imperative Charakter der Rationalisierungsbestrebungen findet sich in einem von Wilhelm Hoffmann, Mitglied des Gutachterausschusses, verfassten Aufsatz, der den Diskurs der Zwischenkriegszeit resümiert, plastisch dokumentiert:

„Unter *Rationalisierung* im Krankenhauswesen versteht man zweckmäßige und wirtschaftliche Betriebsführung auf allen Gebieten: *Planwirtschaft*. Mehr denn je muss auch im Krankenhauswesen auf *Ersparnisse*, d.h. auf sparsames Wirtschaften gedrückt werden, schärfer als je muß überall *rationell* verwaltet, also eine strenge Rationalisierung, eine wirkliche Planwirtschaft durchgeführt werden. Diese Rationalisierung darf kein Arbeitsgebiet im Krankenhaus verschonen.“ (Hoffmann 1932: 5)

In diesem Geiste rückte die Verweildauer der Patient*innen ebenso wie ihr ‚tatsächlicher‘ Krankenhausbehandlungsbedarf und damit die Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Versorgungseinrichtungen wie Akut- und Leichtkrankenhäusern in den Blick.²⁷ Unter „Planwirtschaft“ im Krankenhauswesen verstand man dabei „die baldige Wiederherstellung des Patienten bei einer rationellen und effizienten Betriebsführung im Krankenhaus und einer formalen (über-)örtlichen Planung und Kooperation zwischen den Krankenhäusern“ (vgl. Labisch 1994b: 85). Die Verlässlichkeit des ärztlichen Urteils über die Behandlungsbedürftigkeit der Patient*innen war systematisch in dieses Rationalisierungsdenken eingebaut:

„Rationell für den Krankenhausbetrieb ist zunächst die Forderung, daß nur solche Kranke in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nach *ärztlicher* Auffassung in das Krankenhaus gehören und daß diese Kranken nur so lange die mit [...] Kosten verbundene Krankenhausbehandlung und -pflege erhalten, als es auch nach *ärztlichem* Dafürhalten notwendig ist“ (Hoffmann 1932: 7).

27 In Fortführung des Vorkriegsdiskurses ging es aber nicht nur um die Betriebsführung, sondern auch weiterhin um Sparsamkeit beim Krankenhausbau.

Mit derartigen Maßnahmen sollten die Zuschussbetriebe reduziert werden.²⁸ Ende der 1920er Jahre zeichnete sich die Tendenz ab, „bei rückläufiger Zahl insbesondere der kleinen Krankenanstalten die Bettenauslastung der größeren Häuser zu steigern und sie damit wirtschaftlicher zu machen“ (Grundmann 2007: 315), eine Tendenz, die nach 1933 noch forciert wurde. Dennoch erhielten die Krankenhäuser größtenteils auch in den Jahren der Weltwirtschaftskrise weiterhin steuerliche Zuschüsse von bis zu 25% (vgl. ebd.: 319).

Es wäre eine Untersuchung für sich herauszufinden, inwiefern der Rationalisierungsdiskurs sich tatsächlich in der Praxis des Baus und der Betriebsführung von Krankenhäusern niederschlug;²⁹ darüber können hier keine soliden Aussagen getroffen werden. Interessant ist dennoch zu registrieren, wie sich der damalige, planwirtschaftlich orientierte Rationalisierungsdiskurs vom Ökonomisierungsdiskurs unterscheidet, wie er sich seit den 1970er Jahren entwickelte (s.u.). Zwar ist damals wie heute der Trend zu beobachten, Rationalisierungs- und Verwaltungs- bzw. Managementmodelle aus der Industrie auf die Krankenhäuser zu übertragen. Im damaligen Rationalisierungsdiskurs stand aber anders als Ende des 20. Jahrhunderts, erstens, die Zweckmäßigkeit des Betriebs im Vordergrund, d.h. es ging darum, die bedarfswirtschaftliche Rationalität (vgl. 3.2.2) einer formal-zweckrationalen Rationalisierung zu unterziehen, in der das verfügbare „Kausalwissen systematisch zur Erzeugung alternativer Handlungsverläufe eingesetzt wird, um das Handeln (formal-zweckrational) zu ‚optimieren‘“ (Döbert 1989: 241).³⁰ Zweitens setzte man auf die objektive Gültigkeit des ärztlichen Expertenwissens. Drittens fand der Diskurs unter der Prämisse statt, dass angesichts der Bettennot eine „aufbauende[n] Krankenhauspolitik“ (Hoffmann 1932: 3) notwendig sei. Einsparungen sollten ein Nebeneffekt der Rationalisierung sein. Heute geht es hingegen, wie noch ausführlicher gezeigt wird, um eine ‚abbauende Krankenhauspolitik‘; das Sparziel rückt in den Vordergrund, wobei umgekehrt Rationalisierung als Nebeneffekt von Sparzwängen erwartet wird.

Exkurs: Das Krankenhaus im Nationalsozialismus

Die Bestrebungen zur ‚planwirtschaftlichen‘ Strukturierung und Vereinheitlichung des Gesundheits- und Krankenhauswesens verstärkten sich während der NS-Zeit

28 Zudem versuchte sich der Fachnormenausschuss an der „Normierung und Typisierung der Bedarfsartikel“ (Hoffmann 1932: 9) der Krankenhäuser. Es sei, so Hoffmann, nicht rationell, dass Chirurgen individuelles Instrumentarium verwenden oder Betten von unterschiedlichem Format genutzt werden, so dass ebenfalls unterschiedliche Matratzen bereitgehalten werden müssen (vgl. auch Berger 1994: 72f.).

29 Die auf kommunaler Ebene mehr oder minder naturwüchsig entstandenen Strukturen planwirtschaftlich zu reorganisieren, stieß in der politischen Arena jedoch auf den Widerstand verschiedenster partikularer Interessen, nicht nur der verschiedenen, vor allem kommunalen und konfessionellen Krankenträger, sondern auch der Beschäftigten, deren Arbeitszeiten und Löhne zur Disposition gestellt wurden.

30 Deswegen ist auch Bergers Charakterisierung dieser Zeit als Phase der „Rentabilität im Krankenhaus“ (Berger 1994) unzutreffend, denn Rentabilität orientiert sich gerade nicht an der (wertrationalen) Zweckmäßigkeit des Betriebs, sondern am Gewinn; sie steht im Gegensatz zur planwirtschaftlichen Bedarfsdeckung im Sinne Max Webers (vgl. 3.2.1), die das zentrale Motiv der damaligen Rationalisierungsbestrebungen war.

(Grundmann 2007: 320f.). Die Machtkoordinaten im Gesundheitswesen wurden insgesamt dahingehend verschoben, dass die traditionell sozialdemokratisch und gewerkschaftlich dominierten Krankenkassen durch staatliche Kontrolle geschwächt, die Ärzteschaft hingegen gestärkt wurde. Die im Reichsministerium des Inneren angesiedelte Reichsarbeitsgemeinschaft für das Krankenhauswesen war nun im stationären Bereich für die zentrale Planung zuständig. Zugleich floss nun aber auch die rassenhygienische Ideologie in die Konzepte zur Krankenhausrationalisierung ein.³¹ Der bekannte Krankenhausforscher Julius Grober schrieb: „[E]s geht unmöglich mehr an, daß für eugenisch minderwertige Kranke ein Pflegemaß aufgewendet wird, wie es für schwerkranke Infektiöse oder für Lungenentzündungen, aufgewendet werden muß und darf“ (Grober 1934: 75; zit. n. Halling/Görgen 2014: 21). Auf der Grundlage des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933 wurden die Krankenhäuser zum Teil des rassenhygienischen Apparats, zu Ausführungsorganen der Zwangssterilisation.

Neben dem Zweck, ein Instrument im Kampf für die rassenbiologisch verstandene ‚Volksgesundheit‘ zu sein,³² blieb jedoch auch die Erinnerung an die Aufgabe des Krankenhauses, die Arbeitskräfte möglichst schnell durch Phasen der Arbeitsunfähigkeit zu leiten, wach. In einem Nürnbergschen Rechenschaftsbericht für die Jahre 1935/36 wird stolz verkündet:

„Der Rückgang der Krankenhausbelegung ist eine erfreuliche Bestätigung der wirtschaftlichen Erstarkung des neuen Deutschlands und des gewaltigen Erfolges der Arbeitsschlacht. Die wieder zu Arbeit und Brot gekommenen Volksgenossen vermeiden es, länger als unbedingt notwendig die Krankenanstalt aufzusuchen, um möglichst bald wieder in den Arbeitsprozeß eingeschaltet zu werden.“ (Zit. n. Vasold 1998: 775)

Der im November 1936 vom Reichskommissar für Preisbildung beschlossene Preisstopp galt auch für das Krankenhauswesen (vgl. auch Simon 2000: 43). Die Pflegesätze, die bisher zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ausgehandelt worden waren, wurden – mit Wirkung bis 1948 – eingefroren, wodurch sich die finanziellen Engpässe der Häuser weiter zuspitzten (vgl. ebd.: 320f.). Der planwirtschaftliche Umbau des Krankenhauswesens geriet auch während der Kriegsjahre nicht völlig aus dem Blick, fand allerdings nun unter anderen Vorzeichen statt. Der Ministerialrat der Gesundheitsabteilung des Reichsministeriums des Inneren, Herbert Linden, wurde 1941 von Hitler zum Reichsbeauftragten für Heil- und Pflegeanstalten ernannt und damit beauftragt, „planwirtschaftliche Aufgaben auf dem Gebiet der Heil- und Pflegeanstalten“ zu übernehmen (zit. n. Schmuhl 1987: 230). Im Luftkrieg wurden zahl-

31 Somit sind auch die Krankenhäuser in die Dialektik der Aufklärung verstrickt: Sie werden rationales Mittel für einen irrationalen Zweck. Dass auch das material rationale Wirtschaften, das häufig als positive Kontrastfolie dem formal rationalen entgegeng gehalten wird, ins Negative – in eine rassenhygienische Wertrationalität, die zwischen wertem und unwertem Leben unterscheidet – umschlagen kann, wird hier offenkundig. Diese Zusammenhänge können hier jedoch nicht weiter verfolgt werden.

32 Der Umschwung von sozialhygienischen zu rassehygienischen Konzepten hatte in den Gesundheitswissenschaften allerdings schon zum Ende der Weimarer Republik begonnen (vgl. Labisch/Tennstedt 1985: 158ff.).

reiche Krankenhäuser durch Bombardements zerstört und die Bettenkapazitäten sanken, weshalb Hilfs- und Pflegeanstalten in luftgefährdeten Gebieten geräumt und für Ausweichkrankenhäuser bereitgestellt werden sollten. Die in diesem Rahmen durchgeführten Verlegungen boten „die Möglichkeit, die Maßnahmen zur ‚Vernichtung unwerten Lebens‘ in großem Maßstab unauffällig wiederaufzunehmen“ (ebd.: 231). Da die Euthanasiezentrale sich dabei durch den Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Karl Brandt,³³ autorisiert glaubte, wurde sie als ‚Aktion Brandt‘ bezeichnet.

Kontinuitäten und Diskontinuitäten in der Entwicklungsgeschichte des Krankenhauses, so die Eingangüberlegung, sollten aus dem jeweiligen Zusammenhang erschlossen werden, in dem das Krankenhaus steht: Gesundheit und damit das Krankenhauswesen wurden im Nationalsozialismus in den Zusammenhang einer rassenbiologisch konzipierten Volksgemeinschaft gestellt; in der Nachkriegszeit fand demgegenüber eine Re-Formierung statt, durch die das Krankenhauswesen erneut in den Zusammenhang einer wirtschaftlich gedachten Produktionsgemeinschaft gestellt wurde. Diesen Diskontinuitäten zum Trotz, lässt sich eine „Kontinuität einzelner Begriffe, Techniken und Phänomene“ (Heim 2013: 82) wie etwa der planwirtschaftlichen Rationalisierung oder der Ideologie der Volksgesundheit verzeichnen.

4.1.4 Zur Entwicklung der Krankenhauspflege (I)

Die moderne Krankenpflege entstand als von der Alten- und Armenpflege getrennt organisierte Tätigkeit erst im 19. Jahrhundert (vgl. Müller 2016: 93). Getragen wurde sie vor allem durch Akteure der Zivilgesellschaft, zunächst durch konfessionelle, später auch durch freie „Pflegeorganisationen“ (Hohm 2002: 19ff.; Schaper 1987: 122ff.), die spezifischen ideellen Interessen wie dem christlichen Liebesdienst oder dem Dienst am Vaterland³⁴ folgten – sie bearbeiteten damit ein Feld, an dem der preußische Staat wenig Interesse zeigte (vgl. Schweikardt 2008: 267ff.). Die Regulierung dieser zivilgesellschaftlichen Arbeit der Verwirklichung ideeller Interessen wird maßgeblich durch das moderne Geschlechterverhältnis strukturiert. Die Krankenpflege konstituiert sich im Verlauf des 19. Jahrhunderts als ‚Frauenberuf‘, der das Komplement zur ‚männlichen‘ Medizin bildet und durch die strukturelle Widersprüchlichkeit geprägt ist, in sich Elemente öffentlicher Berufsarbeit und hausarbeitsnaher Reproduktionsarbeit zu vereinen (vgl. Bischoff 1984: 119f.). Grundlage hierfür ist die Konstruktion der Pflege als spezifisch weiblicher Liebestätigkeit, die der ‚natürlichen Eignung der Frau‘, ihrer Anlage zu Selbstlosigkeit, Fürsorglichkeit, Fügsamkeit und Entsagung entspreche. In dieser Weiblichkeitsideologie bringt ‚die Frau‘ diese Eigenschaften von Natur aus mit, sie stellen keine berufliche Qualifikation dar und

33 Durch einen Führererlass wurde er am 5. September 1943 damit beauftragt, „zentral die Aufgaben und Interessen des gesamten Sanitäts- und Gesundheitswesens zusammenzufassen und weisungsgemäß zu steuern“ (zit. n. Schmuhl 1987: 230).

34 Während der Napoleonischen Befreiungskriege (1813-1815) hatten sich die Vaterländischen Frauenvereine in der Kriegsrankenpflege engagiert. Auch wenn die meisten Vereine sich später wieder auflösten, blieb „die Erinnerung an die freiwillige Kriegsrankenpflege der bürgerlichen Frau, die Nutzung der bisher ‚brachliegenden‘ weiblichen Kräfte für gesellschaftliche Zwecke [...] in der Öffentlichkeit lebendig“ (Bischoff 1984: 72).

müssen daher auch nicht im üblichen Sinne entlohnt werden. So betrachtete etwa der evangelische Pastor Theodor Fliedner, der 1836 mit seiner Frau Friederike Fliedner die Diakonissenanstalt in Kaiserwerth bei Düsseldorf gegründet hatte, die als Beginn der neuzeitlichen Krankenpflege gilt (vgl. Bischoff 1984: 24), die christliche Liebestätigkeit der Krankenpflege als „Domäne der Frau“ – „eine historisch durchaus neue Anschauung, die erst mit den spezifischen bürgerlichen Produktionsverhältnissen entstehen konnte“ (ebd.: 24). Diese Sicht verallgemeinerte sich bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts zu einem Diskurs, in dem vor allem unverheiratete bürgerliche Frauen* angerufen wurden, ihr ‚weibliches Vermögen‘ in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen (vgl. ebd.: 73ff.).³⁵

Der Einzug der Krankenpflege in das Krankenhaus dürfte ein wesentliches Moment seiner Modernisierung gewesen sein. Auf ihre Bedeutung für das zunehmende Ansehen der Krankenhäuser wird zwar oftmals verwiesen (vgl. bereits Rohde 1974: 87), in der bisherigen Krankenhausgeschichte ist sie allerdings bis heute stark unterbelichtet. Sie ergab sich auf der einen Seite im Kontrast zur Pflege durch sogenannte Lohnwärtner. Das als Lohnarbeiter*innenschaft angestellte Wartpersonal übernahmen bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein primär die Krankenpflege – nicht nur, wie der Begriff vermuten lässt, die Beaufsichtigung – in den Krankenhäusern. „Die Krankenwartung war lohnarbeitsmäßig organisiert. Traditionen der Pflorgetechnik konnten sich nicht herausbilden, denn hierfür fehlte es an kontinuieritäts- und gemeinschaftsbildenden Elementen innerhalb des Krankewartpersonals.“ (Schaper 1987: 49) Initiativen zur Ausbildung dieses Personals wurden von den Ärzten, die Konkurrenz fürchteten, blockiert (vgl. Bischoff 1984: 70). Es rekrutierte sich – ebenso wie das Krankenhausklientel – aus den untersten sozialen Schichten, ohne dass diese Arbeit geschlechtsspezifisch konnotiert war (vgl. ebd.: 74).³⁶ Zu Beginn des 19. Jahrhunderts vermehrten sich die Klagen über dieses Personal: Die Lohnwärtner*innen seien ebenso unqualifiziert wie undiszipliniert und nicht dazu in der Lage, die für die Genesung der Patient*innen förderliche Ordnung herzustellen. Auf der anderen Seite mangelte es dem ärztlichen Handeln an therapeutischer Effizienz. Da das Krankenhaus, wie dargestellt, noch keinen Ort der ärztlichen Therapie, sondern vor allem der medizinischen Forschung und Lehre darstellte, wurde seitens der Krankenhäuser

35 Schweikardt (2008: 126ff.) hat allerdings darauf aufmerksam gemacht, dass die Praxis diesem Diskurs noch lange hinterher hinkte, da die konfessionellen Krankenschwestern und das Wartpersonal weiterhin zahlenmäßig die größten Kategorien von Pflegepersonal bildeten: „Bürgerliche Frauen, die in Preußen außerhalb der konfessionellen Mutterhausorganisationen die Krankenpflege als Erwerbsberuf ausübten, waren [...] vor dem 1. Weltkrieg eine kleine Minderheit. Ihr Anteil am gesamten Krankenpflegepersonal dürfte, wenn überhaupt, nicht viel höher als 10% gelegen haben.“ (Ebd.: 129) Ein wirklicher Säkularisierungsschub setzte erst in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg ein (s.u.).

36 Diese Kategorie von Krankenhausbeschäftigten hielt sich noch bis in das 20. Jahrhundert hinein, wurde aber durch die Feminisierung der Pflege ebenfalls zu einem tendenziell männlichen Berufsbild vergeschlechtlicht – die Lohnwärtner übernahmen zunehmend Kontrollaufgaben und verweigerten sich etwa der Reinigungs- und Nachtarbeit.

„primär auf die Herstellung einer den natürlichen Genesungsprozeß fördernden äußeren Umgebung für den Kranken geachtet. Aus diesem Grunde war es bis ins späte 19. Jahrhundert für den Erfolg eines Krankenhauses viel wichtiger, über gute Pflegekräfte als über besonders qualifizierte Ärzte zu verfügen. Das macht die große Bedeutung der katholischen, später auch der evangelischen Pflegeorden und schließlich der Rot-Kreuz-Schwestern verständlich.“ (Spree 2011: oS)

Diese besondere Rolle der Krankenpflege änderte allerdings nichts an dem Umstand, dass sie der Medizin untergeordnet wurde und untergeordnet blieb. Die Krankenpflege übernimmt in Relation zur ärztlichen Medizin eine ähnliche „Ergänzungsfunktion“ (Müller 2016: 103) wie die Hausarbeit in Bezug auf die Lohnarbeit. An sie wird die Sorge um jene Dimensionen der Patient*innenbehandlung delegiert, die mit den Mitteln der naturwissenschaftlich-rationalen Medizin nicht zu beherrschen und zu manipulieren sind: Alter und Sterben, unheilbare Krankheit, aber auch die dauerhaft wirksamen Bedürfnisse nach Nahrung, Schlaf und Kommunikation (vgl. Bischoff 1984: 89f.; vgl. auch Schaper 1987: 48f.), die auch Gegenstand der häuslichen Reproduktionsarbeit sind. Der hausarbeitsnahe Charakter der Krankenpflege (vgl. Ostner/Beck-Gernsheim 1979) und ihre Unterfütterung mit bürgerlichen Weiblichkeitsideologien (vgl. Bischoff 1984: 56ff.) macht sich aber auch in einer anderen Hinsicht geltend: Die Krankenpflege institutionalisiert sich nicht als ‚normale‘ Berufsarbeit, sondern zunächst als in Form von Mutterhäusern organisierter Liebesdienst (vgl. Bischoff 1984: 115).³⁷ Die allenthalben – auch für ‚proletarische Frauen‘ – Realität gewordene Trennung von Arbeit und Leben, von Erwerbs- und Hausarbeit, fand in den Schwesternorden und Diakonissen, aber auch in den späteren, weltlichen Organisationsformen zu Beginn des 20. Jahrhunderts nicht statt – die ‚weibliche Dienstgemeinschaft‘ war zugleich ‚Familienersatz‘ (Uhlmann 1996: 408), das Krankenhaus eine totale Institution, deren Anstaltsdisziplin sich auf die gesamte Lebensführung der Schwestern erstreckte (vgl. Uhlmann 1996: 406; Hohm 2002: 26). Die Krankenschwestern wurden durch Kost- und Logiszwang sowie extreme Arbeitszeiten an die Krankenhäuser gekettet (vgl. Bischoff 1984: 104). Noch 1908 wurde die Krankenpflege per Dekret von Arbeitszeitbeschränkungen ausgenommen ist. In den Dienstordnungen der Krankenhäuser finden sich entsprechend Bestimmungen, die das Pflegepersonal zu allen Arbeiten zu jeder Zeit verpflichten (vgl. ebd.: 101). Erst 1924 wurde verordnet, dass die wöchentliche Arbeitszeit auf 60 Stunden zu beschränken

37 Das Mutterhausystem wurde auch von weltlichen Pflegeorganisationen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhundert weitergeführt. In dieser Organisationsform sind die Krankenschwestern nicht direkt Beschäftigte des Krankenhauses, sondern Mitglieder eines Mutterhauses, das die Schwestern über Gestellungsverträge an die Krankenhäuser entleiht, die hierfür einen Pauschalbetrag an das Mutterhaus entrichten. Bischoff fasst die verschiedenen Kategorien von Krankenpflegekräften um 1900 in drei großen Gruppen zusammen: 1. religiöse Krankenpflege im Mutterhausystem, 2. genossenschaftlich-weltliche Krankenpflege, teils als Mutterhaus, teils als Fachverband organisiert und 3. freiberufliche Krankenpflege ohne genossenschaftliche Bindungen (vgl. Bischoff 1984: 96). Letztere organisierte sich 1903 in der ‚Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands‘ (B.O.K.D.), eine Vorgängerorganisation des heutigen Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe.

ist, was praktisch aber in der Regel unterlaufen wurde. So fassen Ostner/Beck-Gernsheim zusammen: „Ledigsein, Kasernierung und Hierarchie haben lange Zeit vor allem eins bewirkt: daß die Arbeit der Frau im Krankenhaus immer verfügbar und billig war.“ (1979: 19)

Erst mit dem Wandel der Krankenhausmedizin gegen Ende des 19. Jahrhunderts, die nun vermehrt therapeutische Eingriffe zustande brachte, entsteht das krankenhaustypische Arzt-Krankenschwester-Verhältnis und damit die ‚Keimzelle‘ des modernen Krankenhauses, die seither den betrieblichen Kern der Organisation besetzt. Mit der funktionalen Spezialisierung des Krankenhauses und dem Einzug des naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnisses hatte sich bereits der Bedarf nach einer Krankenpflege ergeben, die Disziplin und Sittlichkeit in die Krankenhäuser einbrachte, ärztlichen Anweisungen Folge leistete und ein Verhalten der Patient*innen durchsetzte, das ihrer Heilung förderlich war – er wurde zunächst von religiösen Schwestern gedeckt. Mit dem Wandel der Krankenhausmedizin, ihrer therapeutischen Effektivierung, veränderte sich dann aber das Anforderungsprofil an die Pflege (vgl. Bischoff 1984: 68). Gegenüber Disziplin und Sittlichkeit – Verhaltensweisen also, die einem gottesfürchtigen Leben durchaus entsprechen –, rückten nun die ärztlichen Anweisungen und die Anforderungen der Umsetzung medizinisch-therapeutischer Maßnahmen in den Vordergrund (vgl. Schweikardt 2008: 130ff.). Da der Erfolg der ärztlichen Intervention von der Krankenpflegearbeit abhängig ist, wurde ein gewisser Grad der Ausbildung nötig, damit die Krankenschwestern die Rolle der ‚Gehilfin‘ des Arztes wirkungsvoll übernehmen können.³⁸ Dass die religiösen Pflegekräfte neben dem Arzt noch einem anderen Herrn dienten, wurde nun zum Problem (vgl. Bischoff 1984: 94f.).³⁹ So richtete sich um die Jahrhundertwende das Interesse der Ärzte und Krankenhäuser zunehmend auf weltlich-bürgerliche Krankenschwestern, von denen man erwartete, dass sie sich gegenüber den Ärzten folgsamer verhalten als religiöse Schwestern, und die zugleich geringere Kosten verursachten als das männliche* Wartpersonal (vgl. ebd.: 106ff.). Aber erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts setzte sich die ‚Schwesternpflege‘ gegen die Pflege durch (auch) männliches* Wartpersonal endgültig durch (vgl. Bischoff 1984: 110f.), blieb allerdings weiterhin mehrheitlich konfessionellen Charakters. Eine umfassende Säkularisierung und Verberuflichung setzte erst in den 1960er Jahren ein (vgl. Kreutzer 2005).

In dem Prozess, der zu diesem Ergebnis führte, wirkten patriarchale Weiblichkeitsideologien sowohl christlicher als auch bürgerlicher Fassung und die ökonomische Situation der Krankenhäuser wechselseitig verstärkend aufeinander ein (vgl. Bischoff 1984: 96ff./110ff.): Die ledigen, weiblichen* Arbeitskräfte waren nicht nur billiger als das männliche* Personal, sondern zugleich leichter auszubeuten. Der

38 Eine einheitliche Ausbildungsordnung wurde allerdings erst 1938 gesetzlich verbindlich festgelegt. 1906 wurde zwar die staatliche Anerkennung der Ausbildung geregelt, sie blieb aber fakultativ. Bis dahin hatten sich in den unterschiedlichen Pflegeorganisationen und regional divergierend verschiedene Formen der Ausbildung entwickelt, wobei der genuin krankenschwesterliche Teil in aller Regel durch die Ärzteschaft gestaltet wurde.

39 Die religiösen Schwestern pflegten z.B. „ohne Wärterhilfe keine Männer, sie nahmen nicht an Sektionen oder bestimmten Operationen teil, sie pflegten keine geschlechtskranken Personen, keine unehelichen Mütter oder sonstige ‚unsittliche Personen‘“ (Bischoff 1984: 95), was sowohl zu Problemen mit den Ärzten als auch mit der Krankenhausverwaltung führte.

ökonomische Mangelbetrieb der Krankenhäuser zu Beginn des 20. Jahrhunderts ging somit insbesondere auf die Kosten der Arbeitskraft der Krankenschwestern, die nicht nur schlecht bezahlt, sondern mit extremen Arbeitszeiten und -bedingungen in Beschlag genommen wurden. Gleichzeitig sollten die Krankenschwestern aus den gehobenen Schichten nicht nur ‚weibliche‘, sondern auch bürgerliche Werte und Bildung in die Krankenhäuser tragen und so deren Anziehungskraft auch für das bürgerliche Klientel der Selbstzahler erhöhen (vgl. Müller 2016: 103; Bischoff 1984: 113).

ZUSAMMENFASSUNG UND ZWISCHENBETRACHTUNG

Die sozialgeschichtliche Betrachtung sollte einen Eindruck davon vermitteln, wie sich die Ausdifferenzierung und damit auch die Institutionalisierung des Gebrauchswertbezugs des Feldes der stationären Krankenversorgung im Zuge der Herausbildung des modernetypischen, kapitalistischen Reproduktionszusammenhangs vollzogen. Sie erlaubt damit einige Weiterführungen und Präzisierungen der oben *in abstracto* entworfenen gesellschaftstheoretischen Heuristik.

Wie bereits in Kapitel 3.5 angedeutet und durch die Sozialgeschichte verdeutlicht, handelt es sich beim Gesundheitswesen um ein primär öffentlich, also durch staatliche und zivilgesellschaftliche Akteure konstituiertes gebrauchswert-geleitetes soziales Feld. Es wäre allerdings unzureichend, dieses als medizinisches Feld zu bezeichnen. Es könnte dann nicht mehr thematisiert werden, dass die Zuständigkeit der Medizin und der Ärzte für den Wert der ‚Gesundheit‘ erkämpft werden musste und weiterhin umkämpft ist.⁴⁰ Es scheint der Sache angemessener es als *salutogenetisches Feld* zu bezeichnen.⁴¹ Die feldspezifische Form der Macht lässt sich, wie bei anderen sozialen Feldern auch, mit demselben Adjektiv bezeichnen: Im Feld wird mit und um salutogenetisches ‚Kapital‘ gekämpft.

Wie für das religiöse ist auch für das salutogenetische Feld der Bruch zwischen Experten und Laien ein konstitutives Moment der Genese des Feldes (vgl. Bongaerts 2011: 120). Dieser Bruch wurde historisch vollzogen, indem der Staat und die Krankenkassen die Ärzteschaft als zuständige Experten inaugurierten. Damit nimmt das medizinische Feld eine Sonderstellung im salutogenetischen Feld ein: Der Ärzte-

40 Diese Umkämpftheit kommt etwa darin zum Ausdruck, dass in den letzten Jahrzehnten neue Kategorien von Experten (Gesundheitsökonom, Public-Health-Experten etc.) das Feld betreten haben (vgl. auch Vogd 2011: 27). Für den Krankenhausbereich sei hier nur auf die Debatten um die Bedeutung der Pflege für die Qualität der Krankenhausversorgung hingewiesen.

41 Eine weitere Alternative wäre es, vom ‚Gesundheitsfeld‘ zu sprechen (so etwa Bauer/Bittlingmayer 2010: 728). Der Begriff des salutogenetischen Feldes hat demgegenüber jedoch den Vorteil, den gemeinhin zu einem allgemein-menschlichen Bedürfnis naturalisierten *nomos* der ‚Gesundheit um der Gesundheit willen‘ von vornherein zu ‚entnaturalisieren‘, da ‚salutogenetisch‘ auf das Hervorbringen und Produzieren durch die feldspezifische Praxis verweist; das „Arbiträre seiner Einrichtung“ (Bourdieu 2001: 122) wird damit kenntlich gemacht.

schaft kommt ein umfassendes salutogenetisches ‚Kapital‘ zu.⁴² Anhand der Entwicklungsgeschichte der Krankenpflege wurde jedoch auch gezeigt, dass die blendenden Erfolge der Krankenhausmedizin praktisch stets auf der Mitarbeit der Pflege als ihrer ‚unsichtbaren Begleiterin‘ beruhten. Die Pflege übernahm im stationären Sub-Feld des salutogenetischen Feldes die Sorge um jene Dimensionen der Krankenbehandlung, die nicht im naturwissenschaftlichen, diagnostischen und therapeutischen Zugriff der Medizin aufgehen, dieser Beitrag der pflegerischen Praxis wurde im Kampf um salutogenetische Macht jedoch mittels vergeschlechtlichter Stereotypisierungen abgewertet und invisibilisiert.⁴³

Geht man mit Bourdieu davon aus, dass sich jedes Feld durch seinen eigenen *nomos* konstituiert, macht der Blick auf die Geschichte des Krankenhauses darauf aufmerksam, dass der medizinische *nomos* sich vom salutogenetischen unterscheidet. Das wurde in der vorangegangenen historischen Darstellung insbesondere daran sichtbar, dass die Ärzteschaft des 19. Jahrhunderts die armen Kranken primär als Material der Erkenntnisproduktion betrachtete – das ‚Wohl des Patienten‘, oberstes Gesetz des salutogenetischen Feldes, spielte dabei kaum eine Rolle; nicht das kranke und leidende Individuum stand im Fokus, sondern die Krankheit. Dennoch schaffte es die Ärzteschaft, ihre medizinische Praxis professionspolitisch an das ‚Wohl des Patienten‘ (und allgemein: des Gemeinwesens) zu koppeln und so ihre Machtposition im salutogenetischen Feld zu sichern.⁴⁴

Allerdings kämpfen nicht nur verschiedene Expert*innen untereinander um salutogenetische Macht, sie kämpfen ebenso mit den ‚Laien‘ (Patient*innen). Da es sich bei der Krankenbehandlung um eine personenbezogene Dienstleistung handelt, ist ihr Erfolg von den Patient*innen als Ko-Produzent*innen abhängig (Stichwort: *compliance*). Darüber hinaus werden die Ärzt*innen überwiegend erst dann aktiv, wenn es um die Abwesenheit und Wiederherstellung von Gesundheit geht, aber Erhaltung und Förderung von ‚Gesundheit‘ spielen im salutogenetischen Feld ebenfalls eine Rolle, die gegenwärtig unter dem Rubrum der Gesundheitsförderung weiter an Bedeutung gewinnt. Sie gilt zuvorderst als Auftrag an die individuelle Lebensfüh-

42 Die „ursprüngliche Akkumulation des Kapitals an symbolischer Macht“ (Bourdieu 2000: 30) beruht allerdings historisch betrachtet nicht auf ihrer Sachautorität, vielmehr verdankt sich ihr Status (Amtsautorität) den ordnungspolitischen Interessen politischer Akteure, wie auch Mayntz/Rosewitz anmerken: „Die Nachfrageerweiterung haben nicht die Ärzte selbst aktiv erzeugt, sondern der Staat hat sie ihnen geschaffen, auch wenn das für ihn lediglich eine [...] Nebenwirkung bei der Verfolgung sozial- und zunächst auch ordnungspolitischer Ziele war.“ (1988: 149)

43 Mit den Professionalisierungsbestrebungen der Pflege wird der Kampf um die salutogenetische Macht jedoch wieder verstärkt aufgenommen. Er ist zugleich ein Kampf um die Autonomie der Pflege. Da sie faktisch aber weiterhin in hohem Maße von der Medizin dominiert wird, ist es bis heute offen, ob überhaupt von einem eigenständigen Feld der Pflege (vgl. Schroeter 2006) oder einem Pflegesystem (vgl. Hohm 2002) gesprochen werden kann.

44 Diese doppelte Positionierung bleibt in der professionellen Praxis bis heute wirksam, etwa in der Spannung zwischen dem kühl-objektivierenden medizinischen Blick einerseits und dem einzelfall-, aber auch wertebezogenen ärztlichen Blick andererseits (vgl. Wettreck 1999).

rung der ‚Laien‘ – „one apple a day keeps the doctor away“. So bleiben also die ‚Laien‘ selbst bis zu einem gewissen, stets umkämpften Punkt für ihre Gesundheit zuständig (also im Besitz salutogenetischer Macht).

Fragt man nach dem Gebrauchswertbezug eines Feldes, dann geht es ebenfalls um diesen Zusammenhang von Expert*innen und Laien oder von Leistungsrollenträger*innen und Publikum (vgl. Burzan et al. 2008: 29ff.), und um den Nutzen, den die feldspezifische Produktion für das Publikum hat. Begreift man den „Schutz bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit als ‚Produktionsinhalt‘“ (Blanke/Kania 1996: 515) des Feldes, wird der Blick notwendig auch auf die Seite der ‚Konsument*innen‘ gerichtet und die Frage aufgeworfen, wie das auf Expert*innenbehandlung abgerichtete Versorgungsbedürfnis des ‚Publikums‘ als Bedingung der Ausdifferenzierung des Feldes entstanden ist. Grundlage dafür war, wie allen voran Ute Frevert (1984) herausgearbeitet hat, eine Problematisierung und Politisierung von Gesundheit und Krankheit durch drei Akteursgruppen: den spätabsolutistischen Staat, das sich konstituierende (städtische) Bürgertum und die akademischen Ärzte. Im 19. Jahrhundert haben sich, Frevert zufolge, zwei Bearbeitungsformen dieses Problemkomplexes durchgesetzt: erstens die *Medikalisierung* der gesamten Bevölkerung, die als Genese des Gebrauchswertbezugs des Feldes rekonzeptualisiert werden kann, und zweitens der Mechanismus der *sozialen Versicherung*, der als Institutionalisierung des Tauschwertbezugs des Feldes verstanden werden kann.

Das frühmoderne Krankenhaus wurde spezialisiert auf die Bearbeitung des Teilproblems der Versorgung armer Kranker. Da die Städte und Kommunen für die Armenpflege zuständig waren, müssen diese in Bezug auf die Krankenhausentwicklung als vierte Akteursgruppe berücksichtigt werden, deren Interessen keineswegs mit denen des Zentralstaats konvergierten (und dies auch heute nicht tun). Als fünfte Akteursgruppe, die im Vorangegangenen nicht eigens berücksichtigt werden konnte, kommen die zivilgesellschaftlichen Träger in Betracht, also die bürgerlichen wohltätigen Stiftungen sowie die kirchlichen Organisationen, die sowohl als Träger von Krankenhäusern als auch von Pflegeorganisationen tätig waren. Alle diese Akteursgruppen trugen, indem sie die Medikalisierung forcierten, dazu bei, den Wert der Gesundheit in der Gesamtbevölkerung zu verankern. Ihre gesellschaftliche Einbettung führte dabei dazu, dass die Institutionalisierung der Spielregeln des Feldes den kapitalistischen Formbestimmungen gesellschaftlicher Arbeit entspricht. Gesellschaftliche Einbettung bedeutet hier, dass auch jene Akteur*innen, die nicht wie die Leistungsrollenträger*innen unmittelbar in die feldspezifische *illusio* verstrickt, aber für die ökonomische Absicherung sowie die politisch-rechtliche Festschreibung der Spielregeln zuständig sind, im Feld Wirkung entfalten. Feldinterne Interessen, die sich aus dem Glauben an Gesundheit als Eigenwert (*illusio*) ergeben, müssen so in ein Kompromissgleichgewicht mit Akteur*innen und Interessen gebracht werden, die Gesundheit nicht als Eigenwert, sondern als Mittel für andere Zwecke betrachten. Mit dem institutionellen Mechanismus der sozialen Versicherung als einem wesentlichen Resultat eines solchen Kompromisses erhielt auch das Bedürfnis nach Behandlung im Krankheitsfall, also der Gebrauchswertbezug des Feldes, seine formadäquate Gestalt.

Die Organisation Krankenhaus hat sich als in hohem Maße medizinisierter, produktiver Kern des stationären Sub-Feldes herausgebildet (wird dazu in zuneh-

mendem Maße aber auch für das gesamte Feld).⁴⁵ Erster Schritt der Ausdifferenzierung des Krankenhauses ist, so lässt sich zusammenfassen, eine Spezifikation der Publikumsrolle: Nicht mehr bedürftige Arme, sondern arme Kranke werden zum Publikum. Der zweite Schritt besteht in einer weiteren funktionalen Spezifikation auf medizinisch-therapeutische Maßnahmen und einer damit zusammenhängenden patriarchalen Hierarchisierung der Leistungsrollen (Arzt-Pflege), die im betrieblichen Kern der Organisation agieren. Mit der Dominanz der naturwissenschaftlichen Medizin, für die der Körper seine klassen- und geschlechtsspezifische Aura verliert, vor der also zunehmend alle Körper gleich sind, geht ein Prozess der Inklusion, die Verallgemeinerung der Publikumsrolle, einher. So hat die Organisation Krankenhaus, in den Worten von Guenter B. Risse, den Weg vom frühmodernen „house of cure“ über das „house of surgery“ zum modernen „house of science“ geschafft – der sich später fortsetzen sollte zum „house of high-technology“ (vgl. Risse 1999: 676f.).

Die Ausdifferenzierung des modernen Krankenhaussektors ist als Prozess zu interpretieren, in dem überhaupt erst klarer umrissen wurde, was die spezifische Leistung des Krankenhauses, also der spezifische Gebrauchswert, der durch diese Organisation produziert werden soll, ist. Erst wenn eine derartige materiale Rationalisierung des Gebrauchswerts stattgefunden hat und einigermaßen klare Spielregeln institutionalisiert sind, kann überhaupt das Problem aufkommen, ob das Geld, das für die Erstellung dieser Leistung durch Krankenkassen und öffentliche Haushalte bereitgestellt wird, auch im materialen (also in Bezug auf die Effektivität der Zielerreichung) und formalen (also in Bezug auf die Effizienz und Planmäßigkeit des Mitteleinsatzes) Sinne rational verwendet wird – genau dies ist dann auch seit den 1920er Jahren, als sich die Leistungsstrukturen der Krankenhausmedizin klar abzeichneten, mit den Diskussionen um die „Planwirtschaft im Krankenhauswesen“ geschehen, in denen industrielle Rationalisierungsmuster auf diesen Sektor übertragen worden sind.

Wertet man die vorangegangene historische Betrachtung in Hinblick auf die Ökonomisierungsthematik aus, scheinen vor allem zwei Umstände relevant: Erstens ist die Situation der Unterfinanzierung der Krankenhäuser, wie sie heute wieder zunehmend Thema ist, keine neue und keine Ausnahmeerscheinung, sondern vielmehr der historische Regelfall. Man kann die Geschichte der Krankenhauspflege allgemein in die Richtung deuten, dass die chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser mit dazu beitrug, die „Feminisierung der Pflege“ zu zementieren (vgl. Bischoff 1984: 114), da man so weiterhin auf billiges, nur mit einem Taschengeld zu bezahlendes und ohne Arbeitszeitbeschränkungen verfügbares Personal zugreifen konnte. Diese Geschichte setzt sich, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird, auch unter den Bedingungen der Ökonomisierung fort: Kostensenkungen gehen immer noch in besonderem Maße zu Lasten der Pflege. Dies wirft für den nächsten Abschnitt auch die Frage

45 Die Dominanz des medizinischen Feldes innerhalb des Krankenhauses hat auch Konsequenzen für die Krankenhauspflege. Wie später noch zu sehen sein wird, gilt noch heute, was Bischoff für die Entstehungsphase des arbeitsteiligen Verhältnisses von Medizin und Pflege beobachtet hat: „Die Arbeit der Krankenschwester und die Arbeitsabläufe der Krankenpflege wurden um die Arbeit der Medizin – nicht um die Bedürfnisse des Patienten! – herum organisiert. Nicht das ‚Wohl des Patienten‘ stand dabei im Vordergrund – allen Deklamationen zum Trotz – sondern das Wohl der Medizin.“ (Bischoff 1984: 93)

auf, was das historisch Neue an der Kostendämpfungspolitik ist, die in den 1970er Jahren als wesentliche Triebkraft der Ökonomisierung einsetzte.

Zweitens wurde ersichtlich, dass die Übertragung von Prinzipien der kapitalistischen Ökonomie auf das Krankenhauswesen ebenfalls keineswegs neu ist. Sowohl der Formwandel der Krankenhauspflege vom zivilgesellschaftlich-christlichen Liebesdienst zur Lohnarbeit als auch die Anwendung der industriellen Rationalisierungsmuster auf den Krankenhausektor stellen eine solche Übertragung dar. Würde man Ökonomisierung als Übertragung ‚erwerbswirtschaftlicher‘ Prinzipien in den Krankenhausektors verstehen, müsste man die Diagnose also historisch um Einiges ausweiten, so dass letztlich die Ausdifferenzierung des modernen Krankenhauswesens immer schon von einem Prozess der Ökonomisierung begleitet worden wäre – der Begriff verlöre dadurch jedoch seine gesellschaftshistorisch-diagnostische Funktion. Auch vor diesem Hintergrund sieht man sich also aufgefordert, das historisch Neue näher zu spezifizieren.

4.2 DIE ÖKONOMISIERUNG DER KRANKENHÄUSER

Auch im modernen Krankenhaus steht die Zeit nicht still. Es wandelt sich weiterhin in Wechselwirkung mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, insbesondere den wirtschaftlichen und politischen, die sich wiederum in neuen rechtlichen Regulierungen niederschlagen. Die folgende Darstellung soll diesen Wandel, von dem die wesentlichen Ökonomisierungsimpulse ausgingen, kurz umreißen. Sie bewegt sich damit primär in einer politikgeschichtlichen Perspektive auf der Ebene des institutionellen Arrangements, in das die Organisation Krankenhaus eingebettet ist. In der diesen Abschnitt abschließenden Zwischenbetrachtung werden die dargestellten Zusammenhänge dann wieder an den gesellschaftstheoretischen Rahmen zurückgebunden, diesmal jedoch nicht mit Bezug auf den feldtheoretischen Rahmen, sondern mit einem Fokus auf die Spezifikation der Ökonomisierungsdynamik.

4.2.1 Vom Wiederaufbau zur Selbstkostendeckung

Die kriegsbedingten Zerstörungen machten nach dem Zweiten Weltkrieg umfangreiche Investitionen zur Instandsetzung und zum Wiederaufbau des Krankenhauswesens erforderlich. Sie wurden jedoch weitgehend von den jeweiligen Trägern übernommen, ohne groß problematisiert zu werden (vgl. Müller/Simon 1994: 328).⁴⁶ Anders verhielt es sich bei der Frage, wer für die Betriebskosten der Krankenhäuser aufkommen sollte, denn der 1936 verordnete Preisstopp galt weiter und wurde 1948 nur für wenige Monate ausgesetzt, aber rasch wieder verfügt, da die von den Krankenhäusern beantragten Pflegesatzerhöhungen die Finanzkraft der Krankenkassen über-

46 Hübner weist auch darauf hin, dass die USA in den 1940er und 50er Jahren „beträchtliche Mittel für den Wiederaufbau zerstörter Krankenhäuser zu Verfügung gestellt“ (2004: 123) haben.

stieg (vgl. Simon 2000: 43).⁴⁷ Das führte dazu, dass Anfang der 1950er Jahre nur ca. 60-65% der Betriebskosten durch die Pflegesätze gedeckt werden konnten (vgl. ebd.: 44). Die Krankenhäuser mussten also weiterhin in erheblichem Maße von den Trägern bezuschusst werden, was zunächst vor allem für die freigemeinnützigen, später aber auch für die kommunalen Träger schwierig wurde, deren Verschuldung ab Mitte der 50er Jahre zunahm (vgl. ebd.: 63).

Die Positionen, die die krankenhauspolitischen Akteure in den Diskussionen um die Finanzierungsfrage einnahmen, die 1954 zur ersten Bundespflegesatzverordnung führten, lassen sich grob wie folgt umreißen: Während die Akteure, die auch in die Krankenhausträgerschaft involviert waren, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)⁴⁸ sowie die Kommunen und Länder, sich für eine monistische Finanzierung durch die Krankenkassen aussprachen (vollkostendeckende Pflegesätze), traten die Krankenkassen sowie die Bundesregierung für eine duale Finanzierung ein.⁴⁹ Letztere betrachteten die Bereithaltung und Modernisierung der Krankenhäuser als öffentliche Aufgabe, die durch die öffentliche Hand gewährleistet werden sollte, während die Pflegesätze der Krankenkassen lediglich die unmittelbaren Behandlungskosten abgelteten sollten.⁵⁰ Ein solches Modell wurde dann mit der ersten Pflegegesetzverordnung auch faktisch installiert, denn sie bestätigte, dass die Krankenkassen nicht verpflichtet waren, kostendeckende Pflegesätze zu zahlen. Es erhielt jedoch keinen Gesetzescharakter, denn die Bundesregierung hatte diesbezüglich aus verfassungsrechtlichen Gründen keine Regelungskompetenz (vgl. ebd.: 66f.). Indem die Bundesregierung die einzig vorhandene, wirtschaftsrechtlich begründete Lösungsmöglichkeit über die Pflegegesetzverordnung wahrnahm, folgte sie, so Simon, ihrem obersten Ziel, die Beitragssatzstabilität und damit die Lohnkosten stabil zu halten, weshalb die Kassen nicht in höherem Maße belastet werden sollten. Dennoch war aber auch den krankenhauspolitischen Akteuren des Bundes klar, dass es größerer Aufwendungen für den Krankenhaussektor bedurfte, diese sollten jedoch nicht von der GKV, sondern von Ländern und Kommunen getragen werden.

Insgesamt kam es zu einer bis Ende der 1960er Jahre anhaltenden Reformblockade im Krankenhauswesen, die daraus resultierte, dass einerseits den jeweiligen Ak-

47 Die Alliierten hatten zunächst Pläne für ein einheitliches System der Sozialversicherung entworfen, das einen Bruch mit dem Bismarck'schen Modell bedeutet hätte, es wurde jedoch lediglich in der sowjetischen Besatzungszone umgesetzt. In den West-Gebieten stießen die Pläne auf den Widerstand verschiedener Interessengruppen wie etwa den Arbeitgebern und der Ärzten, aber auch der hinzugezogenen deutschen Sozialrechtsexperten (vgl. Simon 2013: 43f.)

48 Die DKG wurde auf Bundesebene 1949 als privatrechtlicher Verein gegründet, in dem die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege und der Verband deutscher Privatkrankenanstalten organisiert waren (vgl. Lindner 2004: 102). Die privatrechtliche Organisationsform und die Interessendivergenzen der verschiedenen Trägergruppen führten aber dazu, dass ihr nur eine geringe Machtposition zukam, woran sich bis heute nicht viel geändert hat.

49 Vgl. ausführlicher zur Akteurskonstellation der 1950er und 1960er Jahre Kühn (1980: 244ff.) sowie Simon (2000: 58ff.).

50 Das Interesse des Bundes an möglichst niedrigen Pflegesätzen ergab sich daraus, dass Defizite der Sozialversicherungsträger grundgesetzlich durch den Bund auszugleichen sind.

teursgruppen die formalen Kompetenzen fehlten, ihr Konzepte durchzusetzen, und andererseits Zielkonflikte zwischen den staatlichen Hauptakteuren (Bund und Ländern) existierten (vgl. ebd.: 68). Die ersten beiden Jahrzehnte des bundesrepublikanischen Krankenhauswesens waren vor diesem Hintergrund durch zwei Hauptprobleme gekennzeichnet: Erstens bedurfte es massiver baulicher und apparativer Modernisierungen, denn es fehlte nicht nur an Betten, die existierenden Betten standen häufig in überalterten und ineffizient angelegten Gebäuden.⁵¹ Zudem waren bauliche Veränderungen auch notwendig, um den sich ausdifferenzierenden medizinischen Spezialdisziplinen, die sich auch in medizintechnischer Hinsicht weiterentwickelt und entsprechend für apparativen Modernisierungsbedarf gesorgt hatten, Raum zu geben (vgl. Simon 2000: 49ff.; Hübner 2004: 126f.). Zweitens bedurfte es einer quantitativen und qualitativen Erweiterung der Personalstruktur (Simon 2000: 51ff.). Geringe Entlohnung und schlechte Arbeitsbedingungen ließen eine Tätigkeit im Krankenhaus weder für Ärzt*innen noch für Pflegekräfte attraktiv erscheinen. Aus dem ‚Schwesternmangel‘ der 50er wurde in den 1960er Jahren der ‚Pflegetotstand‘ (vgl. Simon 2000: 53ff./82f.). Die Pflege wurde von einem Säkularisierungsprozess erfasst, durch den „der ehemals zölibatäre christliche ‚Liebesdienst‘ am Kranken zu einem arbeitsrechtlich regulierten Frauenberuf umgestaltet“ (Kreutzer 2010: 109) wurde. Die Orden und Schwesternschaften hatten mit Nachwuchsproblemen zu kämpfen, die aufgrund von schlechter Bezahlung und langen Arbeitszeiten auch für das Berufsfeld insgesamt existierten. Darüber hinaus führten die schlechten Arbeitsbedingungen auch damals schon zum Berufsausstieg. Der Mangel an qualifizierten Pflegekräften wurde dadurch zu kompensieren versucht, dass der*die Stationshelfer*in (1958) und der*die Krankenpflegehelfer*in (1963) als neue Berufsbilder eingeführt wurden. Auch Ärzt*innen, die im Krankenhaus zu arbeiten gewillt waren, wurden rar, nachdem sich die Bedingungen der Niederlassung – u.a. durch das Kassenarztgesetz von 1955, das auch das Monopol der niedergelassenen Ärzt*innen für die ambulante ärztliche Behandlung beinhaltete – verbessert hatten.

Diese Probleme waren allen krankenhauspolitischen Akteuren bekannt. Man war sich auch einig darüber, dass ein Ausbau der stationären Versorgungsstrukturen wünschenswert sei und hierzu eine Regelung der Krankenhausfinanzierung gefunden werden musste – eine Lösung war dennoch nicht in Sicht. Das änderte sich erst mit der Großen Koalition Ende der 1960er Jahre. Sie bildete die Möglichkeitsbedingung für die am 12. Mai 1969 vorgenommene Grundgesetzänderung, durch die der Bund erstmalig Regelungskompetenzen bezüglich der wirtschaftlichen Sicherung des Krankenhauswesens erhielt. Auf dieser Grundlage konnte dann die sozialliberale Regierung 1972 das kurzfristig durch konjunkturelle Erholung und öffentliche Meinung⁵² geöffnete Zeitfenster für eine grundlegende Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung nutzen.

51 „Der Anteil an Betten, die in Krankenhäusern standen, die vor 1916 erbaut waren und als überaltert galten, wurde Anfang der 60er Jahre auf 40% geschätzt“ (Simon 2000: 50).

52 In einer Allensbacher Umfrage von 1970 rangierte der Reformbedarf des Krankenhauswesens unter den Befragten noch vor dem des Bildungswesens (vgl. Simon 2000: 70). Die Krankenhäuser galten allgemein als „Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft“ (Elsholz 1969).

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 kann in historischer Sicht als Zäsur gelten, denn „erst mit dem KHG wurde die stationäre Versorgung in der langen Geschichte der staatlichen Sozialversicherung gesetzlich eindeutig verankert“ (Labisch/Spree 2001: 17). Zuvor war die Krankenhauspflge nicht einheitlich und verbindlich geregelt. Darüber hinaus lässt sich das Gesetz aber auch als der Endpunkt einer krankenhauspolitischen Entwicklungsphase interpretieren, die den *Ausbau* der Infrastruktur und der entsprechenden Finanzierungsgrundlage zum Ziel hatte. In der neuen Rechtsnorm materialisierte sich damit eine auf den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und das Sozialstaatsgebot gerichtete Grundorientierung der zentralen krankenhauspolitischen Akteure – Krankenhäuser galten als „Einrichtungen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge [...], für deren Vorhaltung und Finanzierung letztlich der Staat verantwortlich sei“ (Simon 2016: 30). Genauer besehen, wurden im KHG drei – keineswegs harmonisch zu vereinbarende – Ziele formuliert (vgl. Simon 2000: 74ff.): die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung, die wirtschaftliche Sicherung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser und sozial verträgliche Pflegesätze. Der von den Ländern vorzunehmenden Krankenhausplanung, in die die als bedarfsnotwendig geltenden Krankenhäuser aufgenommen wurden, kam damit eine zentrale Steuerungsfunktion zu, denn alle in den Krankenhausplan aufgenommenen Häuser hatten den gesetzlich verbürgten Anspruch auf Deckung der entstandenen Kosten (Selbstkostendeckungsprinzip).⁵³ Während die Betriebskosten durch die von den Krankenversicherungen zu zahlenden allgemeinen tagesgleichen Pflegesätze zu refinanzieren waren, sollten die Investitionskosten von Bund und Ländern getragen werden (duale Finanzierung), wobei hier noch einmal zwischen der Pauschalförderung für kleinere und mittlere Anschaffungen sowie der Antragsförderung für größere Investitionsmaßnahmen zu unterscheiden ist. In diesem Prinzip der Übernahme der Investitionskosten durch öffentliche Haushalte drückte sich die Ansicht aus, die Verantwortung für diesen Bereich der Daseinsvorsorge liege beim Staat.

Durch diese Gesetzgebung wurde gezielt ein Modernisierungsschub der Krankenhäuser gefördert. Allerdings schien der Problemdruck schon zuvor so groß zu sein, dass bereits vermehrt in den 60er Jahren Modernisierungsmaßnahmen in Angriff genommen wurden (vgl. ebd.: 79f.). Die von den Ländern (vor allem für den Ausbau der Unikliniken) und Kommunen getragenen finanziellen Aufwendung reichten aber bei weitem nicht aus, um die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu gewährleisten (vgl. auch Lindner 2004: 104ff.). In der Begründung des Regierungsentwurfs zum KHG von 1970 wurde entsprechend klar formuliert, dass „in Zukunft die gesamten Aufwendungen für den Krankenhausbereich wesentlich gesteigert werden“ (BT-Drs. 6/1874: 9) müssen.

4.2.2 Ökonomisierung durch Kostendämpfung und Wettbewerb

4.2.2.1 Von der Modernisierung zur Kostendämpfung

War man sich Anfang der 1970er Jahre noch weitestgehend einig, dass Krankenhausstrukturen bedarfsgerecht und den wissenschaftlichen Entwicklungen entsprechend

53 Unter dem Vorbehalt, dass es sich um ein sparsam wirtschaftendes Haus handelt. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Kassen nahmen entsprechend zu (Simon 2000: 78), allerdings war dabei kein einheitlicher Kriterienkatalog für derartige Prüfungen vorgegeben.

auszubauen und hierzu auch entsprechende Finanzmittel zu mobilisieren seien, drehte sich schon kurz nach dem KHG (und der ihm entsprechenden Pflegesatzverordnung von 1973) der krankenhauspolitische Diskurs um hundertachtzig Grad (vgl. auch Hübner 2004: 134ff.). Diese Kehrtwende steht, wenn auch vermittelt, in Zusammenhang mit der Wirtschaftskrise Anfang der 1970er Jahre (vgl. Simon 2000: 90ff.) und einer durch sie bedingten ‚Ökonomisierung der Staatstätigkeit‘ (vgl. Buchholz 1987: 14; Kühn 1980: 406ff.; Pelizzari 2001).⁵⁴ Die im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren massiv steigende Staatsverschuldung, die sich von 64 Mrd. (1970) auf 130 Mrd. (1975) verdoppelt hatte, setzte die Haushaltskonsolidierung als oberste Priorität auf die politische Agenda der Bundesregierung unter Helmut Schmidt. Mit dem Haushaltsstrukturgesetz (1975) begann der Bund sich aus der Investitionsförderung für den Krankenhausneubau zurückzuziehen. Begründet wurde dieser Schritt damit, dass im Gefolge des KHG teilweise bereits ein „Bettenüberhang“ (BT-Drs. 7/4127: 57) entstanden sei. Der Mythos von der ‚Kostenexplosion‘ begann sich – angestoßen durch eine vom damaligen rheinland-pfälzischen Sozialminister Heiner Geißler (1974) verfasste Studie und eine Hochrechnung der zukünftigen Entwicklung der durchschnittlichen Pflegesätze durch die PROGNOSE AG – zu entspinnen.⁵⁵ Der kurze Zeit zuvor noch politisch gewollte Ausbau der Krankenhausstrukturen samt der dazu notwendigen Finanzierungsgrundlagen wurde nun umgeschrieben zu einer ‚überproportionalen Ausgabensteigerung‘, die zu einer Erhöhung der GKV-Beitragsätze führe und ihre Ursache in der Unwirtschaftlichkeit der Krankenhäuser habe. Aus der Bettennot wurden Überkapazitäten, die auf Fehlbelegungen mit pflegeüber nicht krankhausbehandlungsbedürftigen Patient*innen und zu lange Verweildauern zurückgeführt wurden. Das Selbstkostendeckungsprinzip geriet in die Kritik, da es den Häusern keinen Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln setze. Die krankenhauspolitische Entwicklung trat vor diesem Hintergrund in die Phase der ‚Kostendämpfung‘ ein. Seit 1975 galt es allen Bundesregierungen als „das Kernproblem der Krankenhauspolitik“, dass die Zuwächse der Ausgaben für Krankenhausbehandlungen die Einnahmezuwächse der GKV überstiegen (Simon 2000: 146).⁵⁶ Vor diesem

54 Die Zahl der Arbeitslosen stieg rapide an und durchbrach im Januar 1975 die Millionen­grenze. Der Bundeszuschuss zur Arbeitslosenversicherung fiel entsprechend höher aus als geplant. Die Kosten der Arbeitslosigkeit wurden aber auch auf die Rentenversicherung ab­gewälzt, was 1975 erstmals zu einem ebenfalls durch Bundeszuschüsse auszugleichenden Defizit der Rentenversicherungen führte. Das Haushaltsdefizit stieg von 3. Mrd. (1973) auf 40 Mrd. (1975). Bei der gesetzlichen Krankenversicherung gab es zwar zunächst noch Spielraum für Einnahmesteigerungen, durch die die Ausgabensteigerungen Anfang der 1970er finanziert werden konnten, diese waren aber 1975/76 ebenfalls erschöpft, so dass Forderungen nach einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik laut wurden und die Kran­kenhäuser aufgrund der (politisch gewollten) Pflegesatzsteigerungen in Folge des KHG als Ausgabentreiber ins Visier gerieten.

55 Zur Kritik dieses Mythos mit Fokus auf den Krankensektor vgl.: Simon (2000: 134ff.); allgemein: Kühn (1995); Reiners (2009: 17ff.).

56 Im Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des KHG vom Dezember 1975 hieß es nun, dass die gegebenen Möglichkeiten zur Kostendämpfung ausgeschöpft und, wenn unzureichend, durch Gesetzesänderungen auszubauen seien (BT-Drs. 7/4530: 11). Mängel einer bedarfsgerechten Umstrukturierung wurden nunmehr darin gesehen, dass

Hintergrund entwickelte sich die Reform des Krankenhauswesens von nun an zu einem politischen Dauerprojekt.⁵⁷ In seiner Rekonstruktion dieser Reformen hat Simon einen grundlegenden Mechanismus der sogenannten Kostendämpfungspolitik herausgearbeitet. Was sie bewirkte, war das Gegenteil des von der Bundespolitik deklarierten Ziels der Stabilisierung der GKV-Beiträge (vgl. Simon 2000: 105), denn faktisch beinhalteten die Kostendämpfungsgesetze vermehrte Belastungen der GKV durch die Entlastung anderer Sozialversicherungszweige („Politik der Verschiebebahnhöfe“) sowie einen Rückzug der Staatshaushalte aus der Krankenhausfinanzierung durch Verlagerung von Kosten auf die GKV. Differenziert man die Ausgaben für das Krankenhauswesen nach ihren Trägern, wird das leicht ersichtlich:

Tabelle 2: Ausgaben für das Krankenhauswesen

	1970	1975	1980	1985	1990
Ausgaben insgesamt (in Mio. DM)	11.751	27.477	39.113	51.304	65.977
<i>Davon: (in %)</i>					
Öffentliche Haushalte	28,1	18,5	17,3	14,9	12,3
GKV	51,6	63,6	65,0	67,1	68,4
Sonstige	20,3	17,9	17,7	18,0	19,3

Quelle: Simon 2000: 153

Das Zusammenwirken von Legitimationsfassade und tatsächlichen Auswirkungen der Gesetzgebung entfaltet jedoch eine sich selbst verstärkende politische Dynamik: „Der Politik-Typus ‚Kostendämpfungspolitik‘ verschafft sich seine Legitimation selbst durch die Verursachung dessen, was er vorgibt zu bekämpfen. [...] Kostendämpfung wird zu einem Perpetuum mobile.“ (Simon 2000: 111f.)⁵⁸ Für die Kran-

nicht bedarfsgerechte Krankenhauskapazitäten aufgrund von Fehlbelegungen noch nicht im erforderlichen Maße abgebaut worden seien.

57 Es ist an dieser Stelle hinreichend, die groben Linien des Politik-Typus der Kostendämpfung zu skizzieren, ohne die Details der politischen Prozesse darzustellen – vgl. dazu: Simon (2000).

58 Dieses auf der Detailanalyse krankenhauspoltischer Prozesse basierende Urteil widerspricht den häufig vorzufindenden und den Erklärungen der Bundesregierung folgenden Darstellungen, die GKV-Ausgaben seien trotz der Kostendämpfungsmaßnahmen gestiegen. In der sozialwissenschaftlichen Literatur wird hieraus häufig darauf geschlossen, das Gesundheitswesen sei „interventionsresistent“ und von einer endogenen Wachstums- und Verselbständigungsdynamik geprägt (vgl. etwa Rosewitz/Schimank 1988: 297; Mayntz/Rosewitz 1988: 168). Der Anstieg der GKV-Ausgaben geschieht aber nicht naturwüchsig, sondern ist gerade das „Ergebnis politischer Interventionen“ (Simon 2000: 137). Freilich finden diese nicht im luftleeren Raum statt, sondern vor dem Hintergrund der öko-

kenhauspolitik des Bundes seit Mitte der 1970er Jahre kommt Simon insgesamt zu dem Ergebnis, dass sie für die Ziele anderer Politikfelder instrumentalisiert wurde und es sich hierbei neben sozialpolitischen letztlich um finanz- und wirtschaftspolitische Ziele handelte.⁵⁹

Die Kostendämpfungsgesetze setzten das 1972 institutionalisierte Selbstkostendeckungsprinzip zunehmend unter Druck. Für die Entwicklung der Organisation Krankenhaus war dabei insbesondere die Wirkung der Budgetdeckelung durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 sowie die anschließende Bundespflegesatzverordnung von 1995 von Bedeutung. Die Krankenhäuser mussten nun, anders als zuvor, die ausgehandelten Budgets einhalten und hatten bei Überschreitung mit Verlusten zu rechnen. Bezüglich der Belegungstage und Fallzahlen wurde die ‚Punktlandung‘ zum zentralen Managementziel (vgl. auch Kühn/Simon 2001: 64ff.). Um diese Grenze zu kontrollieren und laufend effektive Budgetkontrollen durchzuführen, hätte es jedoch eines ausgebauten internen Rechnungs- und Informationswesens bedurft, das zum damaligen Zeitpunkt noch nicht existierte (vgl. Simon 2000: 255). Der Mangel an derartigen Kontrollmöglichkeiten führte somit zu einem Schub in der Entwicklung des Controlling-Wesens (vgl. Simon 2001: 30) und zu einer internen Budgetierung (Abteilungsbudgets). Zunächst wirkte damit aber ein mehr oder weniger diffuser ökonomischer Druck in die Krankenhäuser hinein. Da man – nicht zuletzt auch angesichts der verschiedenen Entgeltformen – nicht sicher wissen konnte, wann Budgets überschritten und Verluste gemacht wurden, lag eine generelle Linie des *cost-containment* nahe (vgl. Simon 2000: 255f.; Simon 2001: 27f.).⁶⁰ Hauswirtschaftliche Dienste wurden mit dem Ziel der Kostensenkung outgesourct und die medizinische Leistungssteuerung zur Leitidee erhoben (vgl. Simon 2016: 34f.; Kühn/Simon 2001: 69ff.). Auf die Versorgungspraxis hatte diese Neuorientierung die Auswirkung, dass eine an (tauschwert-)ökonomischen Zielgrößen ausgerichtete Steuerung der Patient*innenaufnahme Einzug hielt, die zwischen ‚Gas geben‘ und ‚abbremsen‘ changierte: „Es müssen unter Umständen Leistungen eingeschränkt werden, obwohl Patienten auf eine Behandlung warten, oder es müssen zusätzliche Patienten aufgenommen werden, obwohl bereits alle Betten belegt sind.“ (Vgl. Kühn/Simon 2001: 72)

4.2.2.2 Von der Kostendämpfung zur Steuerung durch Preise

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (1992) und der Bundespflegesatzverordnung (1995) war bereits ein erster Schritt in Richtung eines neuen Entgeltsystems gemacht

nomischen Dynamik und der daran gekoppelten Entwicklung der Staats- und Sozialversicherungshaushalte sowie der politischen Kräfteverhältnisse und Interessenkonstellationen.

59 Diese Instrumentalisierung stieß jedoch in aller Regel auf den Widerstand der Länder, die anders als der Bund gesetzlich für die Sicherung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser verantwortlich zeichnen und über den Bundesrat mit einer Vetomacht ausgestattet sind.

60 Dies vor allem im Bereich der Sachkosten, da die Kostenentwicklung im Personalbereich größtenteils durch die Ausnahmeregelungen abgedeckt war. Dabei gerieten insbesondere die Fallzahlen ins Visier der Krankenhausleitungen, denn unter den Bedingungen des GSG war es ökonomisch rational, „eine niedrigere als die vereinbarte Belegung und damit niedrigere Kosten zu erreichen, da Mindererlöse dem Krankenhaus nachträglich von den Kassen zu erstatten waren“ (Simon 2000: 257).

worden, in dem eine Steuerung über Durchschnittspreise, die von den Selbstkosten des einzelnen Krankenhauses unabhängig sind, vorgenommen wird. Ab 1996 wurden etwa 25% der Krankenhausleistungen über Fallpauschalen abgerechnet (vgl. Braun 2014: 91). Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde dann eine nahezu umfassende Umstellung auf ein Fallpauschalensystem beschlossen, von der nur die psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Abteilungen ausgenommen wurden. Konkretisiert durch das Fallpauschalengesetz und das Krankenhausentgeltgesetz (beide 2002), begann ab 2003 die Umsetzung dieser ersten großen Strukturreform seit dem KHG.⁶¹

Die Zielsetzungen, die von der rot-grünen Bundesregierung (vgl. BT-Drs 14/6893) mit dem Fallpauschalensystem verbunden wurden, waren keineswegs neu. Es sollte mehrere ordnungspolitische Wirkungen entfalten. Als politische Ziele wurden genannt (vgl. Simon 2007; Weisbrod-Frey 2012):

- Förderung der Wirtschaftlichkeit, d.h. des bedarfsgerechten und effizienten Ressourceneinsatzes (krankenhausintern und -übergreifend),
- Beitragssatzstabilität,
- mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen,
- Verweildauerverkürzung,
- Verbesserung der Qualität.

Erreicht werden sollten diese Ziele durch mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern, wobei dieser so gesteuert werden sollte, dass das Geld der Leistung folgt und gleiche Leistungen das gleiche Geld attrahieren. Es gehörte dabei auch zum politischen Kalkül, dass ‚Gewinner‘- und ‚Verlierer‘-Häuser produziert werden⁶² – Häuser mit unterdurchschnittlichen Kosten der Leistungserbringung können Gewinne erzielen, Häuser mit überdurchschnittlichen Kosten werden unter Kostensenkungsdruck gesetzt und im Zweifel ‚aus dem Markt‘ gedrängt.

Mit der Einführung der Fallpauschalen hat eine (administrierte) Kommodifizierung der medizinischen Dienstleistungen stattgefunden, die kurz mit den in Teil I

61 Die Grundprinzipien eines solchen Systems standen allerdings bereits seit Jahrzehnten zur Debatte. Anfang der 80er Jahre schlug die Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung eine Abschaffung der staatlichen Krankenhausplanung und eine Steuerung über Fallpauschalen als Preise vor, die von den Kosten der einzelnen Krankenhäuser unabhängig sein sollten. Mitte der 80er Jahre gab das BMA wissenschaftliche Studien in Auftrag, die die Erfahrungen mit Fallpauschalen in den USA erheben sollten (vgl. Simon 2000: 290) – mit dem Ergebnis, dass eine Übertragung auf Deutschland aufgrund mangelnder Voraussetzungen (vor allem im Bereich der EDV zur Erfassung patientenbezogener Kosten und Leistungen) problematisch sei. Mit den Entwurf zur Gesundheitsreform 1989 sowie dem BMA-Erfahrungsbericht zu den Auswirkungen des Krankenhausneuordnungsgesetzes nahm die Forderung nach Fallpauschalen in der Bundesgesundheitspolitik eine zunehmend prominente Stellung ein. Durchsetzungsfähig wurde sie aber erst mit der Jahrtausendwende.

62 Dies lässt sich etwa bei den Fachbeamten des Gesundheitsministeriums Baum/Tuschen (2000: 450) nachlesen.

entwickelten begrifflichen Mitteln beleuchtet werden soll: Die Fallpauschalen werden mithilfe von *Diagnoses Related Groups* (DRGs) festgelegt. Einem einzelnen Behandlungsfall wird je nach Einstufung in den Katalog diagnosebezogener Fallgruppen „durch die Politik qua Gesetz ein Preis“ (Vogd 2016: 292), also ein Tauschwert, angeheftet. Auf der Grundlage der Berechnung der Durchschnittskosten jeder Fallgruppe in den sogenannten Kalkulationskrankenhäusern durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), die dann übersetzt werden in Bewertungsrelationen,⁶³ finden auf Landesebene politische Verhandlungen zwischen den jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen statt. Am Ende der Verhandlungen steht der sogenannte Landesbasisfallwert, eine monetäre Größe, die sich an den durchschnittlichen Kosten aller Krankenhäuser des Landes orientiert. Jede Fallgruppe erhält ihren Preis, indem ihre Bewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert multipliziert wird. Auch wenn die DRGs eine ‚politisch verpreislichte‘ Ware sind, macht sich in ihnen der Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert geltend. Da der Preis auf Tauschwertgrößen basiert (Durchschnittskosten) und selbst ein Tauschwert ist, kann in ihm der Nutzen, der Gebrauchswert der Dienstleistung, prinzipiell nicht abgebildet werden. Insofern wird ein grundlegendes Problem verdeckt, wenn in der Literatur oder auch in Gesetzestexten von der Abbildbarkeit der Leistungen (oder ihrer bisherigen Unzulänglichkeit) gesprochen wird.⁶⁴ Der institutionelle Mechanismus, der medizinische (und zum Teil pflegerische) Dienstleistungen qua Verpreislichung zu Waren macht, basiert, auch wenn die Preise letztlich politisch verhandelt werden, auf tauschwert-ökonomischen Größen – darin liegt der Grund für die grundsätzliche Nicht-Abbildbarkeit. D.h. auch wenn die Tauschwertgrößen hier weder als Kapital noch als Geld fungieren, sondern als Steuerungsmittel,⁶⁵ bedingen sie als solche den-

63 Die Bewertungsrelationen stellen selbst also noch keine Preise dar, aber da sie für die jeweilige Fallgruppe die „relative Kostenaufwendigkeit im Vergleich zu den anderen DRGs“ ausdrücken, sind auch sie ein Aggregat aus monetären Größen (Tauschwertdimension), so dass die Bewertungsrelationen „keinen direkten Rückschlüsse auf die Leistungsintensität der behandelten Fälle“ (vgl. Simon 2013: 431), also die Gestalt des Arbeitsprozesses (Gebrauchswertdimension), zulassen.

64 So heißt es etwa in § 17b Absatz 1 KHG das Fallpauschalensystem solle „Komplexitäten und Komorbiditäten“ mit abbilden. Gemeint ist dabei, dass die *Kostenintensität* der durch Komplexität und Komorbidität bedingten Leistungen, nicht diese selbst abgebildet werden sollen – und das macht einen wesentlichen Unterschied. Auch Werner Vogd meint: „Das eigentliche Problem besteht [...] nicht darin, dass noch nicht die angemessene DRG-Abbildung gefunden ist, sondern darin, dass die DRGs ein rein virtuelles Konstrukt darstellen, das per se weder medizinische Qualität noch Patientennutzen abbilden kann.“ (Vogd 2016: 292) Unklar ist allerdings, was Vogd mit der Virtualität des Konstrukts genau im Sinn hat. Im hier verfolgten Ansatz wäre zu präzisieren, dass es sich nicht um ein ‚virtuelles‘, sondern ein tauschwertbasiertes Konstrukt handelt, dem notwendig die Abstraktion vom Gebrauchswert inhäriert.

65 Insofern scheint es auch gerechtfertigt von einer „neue(n) Klasse von Waren“ (Schubert/Vogd 2009: 41) zu sprechen – die Preisbildung ist hier nicht Resultat von Verwertungsprozessen und Marktkonkurrenz, sondern Resultat staatlich-korporativer Steuerung

noch notwendig die Abstraktion vom Nutzen der Leistungen: „Geld als Steuerungsmittel kann keine qualitativen, inhaltlichen Differenzierungskriterien enthalten.“ (Kühn 2004: 32)

Auch in diesem neuen Finanzierungsregime werden krankenhausindividuelle Budgetverhandlungen fortgesetzt, die nun vor allem Leistungsverhandlungen sind, „in denen vereinbart wird, wie viele Leistungen ein Krankenhaus auf Kosten der Krankenkassen erbringen darf“ (Simon 2013: 430). Zentrale Leistungsindikatoren sind dabei der Case-Mix (Summe aller Bewertungsrelationen) als „Auskunft über das Leistungsvolumen eines Krankenhauses“ und der Case-Mix-Index (Case-Mix dividiert durch die Fallzahl) als „Auskunft über durchschnittliche Kostenaufwendigkeit der Fälle“ (ebd.: 432). Beide Indikatoren finden auch auf Ebene der Abteilungsbudgets Anwendung, lassen sich aber auch als Kennzahlen für die Produktivität eines Hauses nutzen, indem die Case-Mix-Punkte je Vollkraft berechnet werden (vgl. etwa Augurzky et al. 2012: 23). Die Krankenhäuser haben in der Regel ein Interesse daran, die Leistungsindikatoren hoch zu treiben, um mehr Einnahmen zu generieren bzw. ihre ‚Wirtschaftlichkeit‘ zu erhöhen. Um nicht vereinbarte Mengenausweitungen zu begrenzen, wurden entsprechende Regelungen zum Mehrerlösausgleich getroffen, d.h. die Einnahmen von Leistungen, die ein Krankenhaus über die mit den Kassen vereinbarte Zahl hinaus erbringt, müssen zu 65% wieder an die Kassen zurückgezahlt werden.

Unter den Bedingungen des neuen Finanzierungs- und Abrechnungsregimes stehen die Krankenhäuser aber nicht nur im Wettbewerb um möglichst geringe Kosten. Um das Überleben des Hauses zu sichern, sind die Krankenhäuser nun auch auf eine Akquise erlösträchtiger Patient*innen (etwa durch Einweisungsmanagement) sowie auf den Ausbau eines Marketings angewiesen, durch das Patient*innen ins Haus gelenkt werden (vgl. Bode 2010b: 199f.).⁶⁶ Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (2015) wurde zudem ein Schritt zur Implementierung von sogenannten Pay-for-Performance-Prinzipien gemacht. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde beauftragt „Qualitätsindikatoren“ zu entwickeln, deren Anwendung darin besteht, qualitätsabhängige Zu- und Abschläge auf die Fallpauschalen (Festpreise) zu begründen. Die Idee, dass Geld der Leistung folgen soll, wird nun also über einen ‚Qualitätswettbewerb‘ – ohnehin zentrales Ideologem des Diskurses (vgl. Bode/Märker 2012) – weiter konkretisiert. Ein weiteres Element der neuen Wettbewerbsordnung stellen die politisch eröffneten Möglichkeiten dar, mit Krankenkassen Versorgungsverträge über bestimmte Leistungen abzuschließen, die im Rahmen von übergreifenden Versorgungsketten (integrierte Versorgung) vonnöten sind, wobei die Krankenhäuser dann um den Preis, zu dem sie diese Leistungen der Krankenkasse anbieten können, miteinander konkurrieren. Es geht in diesem Bereich also um einen „preisgestützte(n) Vertragswettbewerb“ (Bode 2010a: 70).

Die Restrukturierung des Finanzierungsregimes seit Beginn der 1990er Jahre führte zu einer Privatisierungswelle, die als weitere zentrale Tendenz der Ökonomisierungsdynamik zu verstehen ist (vgl. Schulten/Böhlke 2009). Die Modifikation des

und damit der *politischen* Bearbeitung des Stoff-Wert-Widerspruchs; es geht um die Bereitstellung und Verteilung von Geld aus den Kassen des Fiskus und der Parafiski.

66 „Klinikmarketing ist dann erfolgreich, wenn es das Krankenhaus konsequent als Marke etabliert“, ist dem Zentralorgan der DKG zu entnehmen (Das Krankenhaus 1/2017: 16).

Selbstkostendeckungsprinzips durch die prospektive Budgetierung und ihre Deckelung sowie die schrittweise Reduktion der Ausnahmeregelungen und dann vor allem die Einführung des Fallpauschalensystems versetzte die Krankenhäuser in die Situation, Gewinne und Verluste erwirtschaften zu können, so dass ihre Attraktivität als Investitionsobjekt für privatkapitalistische Unternehmen zunahm⁶⁷ – zumal man davon ausging, dass die Rationalisierungsreserven in den Krankenhäusern aufgrund der von lang her tradierten internen Strukturen groß sind.⁶⁸ Gleichzeitig haben sich die öffentlichen Haushalte in viel zu geringem Maße der Aufgabe angenommen, die Investitionsbedarfe zu decken, so dass notwendige Modernisierungen und Investitionen ausbleiben, sich lange hinauszögern⁶⁹ oder weiterhin von den Trägern (mit)finanziert oder die dazu nötigen Finanzmittel durch die Häuser selbst erwirtschaftet werden müssen. Den ohnehin klammen Kommunen war und ist sehr daran gelegen, die in ihren Häusern entstehenden Defizite und anstehende Investitionen nicht weiter aus eigener Tasche refinanzieren zu müssen. Die seit den 1990ern zu verzeichnende Privatisierungswelle resultiert somit in doppelter Hinsicht aus einem Wandel des Finanzierungsregimes: zum einen aus der Möglichkeit, dass die Häuser Gewinne und Verluste machen, zum anderen aus dem finanziellen Druck, der daraus erwächst, dass sich die öffentlichen Haushalte aus der finanziellen Verantwortung zur Sicherung der bedarfsnotwendigen Krankenhausinfrastruktur zurückgezogen haben. Mit den Privatisierungen wird seitens der kommunalen Akteure entsprechend oft „die Hoffnung verbunden, dass durch die Zufuhr privaten Kapitals dringend notwendige Investitionen getätigt werden können.“ (Schulten/Böhlke 2009: 101) So werden Privatisierungsverträge auch häufig mit Klauseln über Investitionen versehen, die der neue Träger in Zukunft zu tätigen hat (vgl. auch Simon 2013: 410).

Die Privatisierungen treiben damit den (Kosten- und Produktivitäts-)Wettbewerb im Krankensektor weiter voran. Einerseits können sich private Träger leichter Investitionsmittel am Kapitalmarkt verschaffen und so durch Investitionen Rationalisierungs- und Produktivitätsreserven erschließen (Schulten/Böhlke 2009: 101), andererseits sind sie mit eigenständigen Haustarifverträgen ausgestattet oder überhaupt nicht tarifgebunden, so dass der Personalkostenanteil an den Gesamtkosten unter dem der öffentlichen Häuser gehalten werden kann (vgl. ebd.: 108f.). So erhöht sich in den öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern der Druck, an diese Entwicklungen anzuschließen. Um dies tun zu können, wurde in der Vergangenheit häufig die Möglichkeit einer Rechtsformänderung (formelle Privatisierung) öffentlicher Kranken-

67 Mit der Einführung des DRG-Systems wurde in bestimmter Hinsicht eine zweite Privatisierungswelle ausgelöst: Während in den 1990er Jahren vor allem kleinere Häuser privatisiert wurden, wurden seit dem Beschluss zur Umstellung des Finanzierungsregimes immer mehr größere öffentliche Häuser privatisiert (vgl. Schulten/Böhlke 2009: 105).

68 So kommen Augurzky et al. (2012) in ihrem sogenannten „Faktenbuch“, das letztlich allerdings der Weltsicht der privaten Träger verpflichtet bleibt, zu dem Ergebnis, dass private Krankenhäuser effizientere Organisations- und Managementstrukturen und insgesamt eine höhere ‚Wirtschaftlichkeit‘ aufweisen. Was diese höhere Wirtschaftlichkeit durch Privatisierung aus Sicht der Beschäftigten bedeutet, haben Böhlke et al. (2009) zusammenzutragen versucht.

69 „Während den privaten Klinikkonzernen der Kapitalmarkt zur Verfügung steht [...], hängen die öffentlichen Krankenhäuser an den Klippen des Kameralismus.“ (Wendl 2013: 55)

häuser wahrgenommen: Indem die Häuser in öffentlich-rechtlicher Form (Regie- und Eigenbetriebe) in privatrechtliche Form (GmbH; gGmbH) überführt werden, wird es möglich, ein gegenüber den kommunalen Behörden relativ unabhängiges Management einzuführen (vgl. ebd.: 101f.).⁷⁰ Existieren Finanzierungsprobleme weiter fort, schließt sich oftmals eine materiale Privatisierung an. Teilweise hat jedoch auch bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern ein Strategiewechsel stattgefunden, denn die privatrechtliche Form erlaubt es auch, Klinikverbände zu gründen und Fusionen voranzutreiben (vgl. auch Klenk 2013).

Über die Auswirkungen des DRG-Systems und ihre Beurteilung wird bis heute kontrovers diskutiert. Während etwa der GKV-Spitzenverband (2013) davon überzeugt ist, dass es sich um eine Erfolgsgeschichte handelt, weisen diverse Forschungsergebnisse auf seine negativen Auswirkungen hin.⁷¹ Diese umfangliche Diskussion kann hier nicht im Einzelnen nachvollzogen werden. Welche Auswirkungen das gewandelte Finanzierungsregime auf die Pflegekräfte hat, wird später auf der Grundlage der empirischen Studie zu diskutieren sein (Teil III).

4.2.3 Zur Entwicklung der Krankenhauspflege (II)

Die Geschichte der bundesrepublikanischen Krankenhauspflege ist von periodisch wiederkehrenden Diskussionen über ‚Pflegenotstände‘ gekennzeichnet – sie haben auch dieser Tage wieder Konjunktur. Da der anhaltende Personalmangel im Pflegedienst einen ganz wesentlichen Aspekt der gegenwärtigen Problemkonstellation in der Alltagspraxis der Pflege ausmacht (vgl. 6.1), soll zum Abschluss dieses Kapitels ein Überblick über die Geschichte der ‚Pflegenotstände‘ gegeben werden.

Auf den ‚Schwesternmangel‘ der 1950er und den ‚Pflegenotstand‘ der 1960er Jahre, der zur Institutionalisierung der Berufe der Stationshelfer*in (1958) und der Krankenpflegehelfer*in (1965 als Ausbildungsberuf) führte, wurde oben (4.2.1) bereits kurz hingewiesen. Eine umfassende Modernisierung und Verberuflichung der Krankenpflege, wie sie konzeptionell bereits um die Jahrhundertwende entworfen worden war, fand faktisch erst vor diesem Hintergrund seit Ende der 1950er Jahre statt (vgl. Kreutzer 2005). Auch wenn sich die Organisationsformen der Pflege weiter

70 Ein ähnlicher Prozess findet bei den freigemeinnützigen Trägern statt – ehemals als eingetragener Verein oder als Teil der verfassten Kirche geführte Häuser, die entsprechend eng an die zivilgesellschaftlichen Träger zurückgebunden waren, werden in privatrechtliche Formen überführt (vgl. Klute 2009: 190f.).

71 Auch wenn diese nicht so drastisch ausgefallen sind, wie zuvor von Kritikern des Fallpauschalensystems befürchtet (vgl. Braun et al. 2010). Braun stellt fest, dass bisherige Untersuchungsergebnisse „kein eindeutiges oder homogenes Bild“ ergeben: „Die aktuelle Situation der deutschen Krankenhäuser, ihrer Beschäftigten und der PatientInnen ist vielmehr durch eine Vielzahl von unterschiedlichsten und zum Teil gegenläufigen oder widersprüchlichen Teilentwicklungen beabsichtigter, erwünschter aber auch unerwünschter Art geprägt.“ (Braun 2014: 92) Allerdings macht Braun auch darauf aufmerksam, dass in vielen Studien zentrale Aspekte einer Negativentwicklung nicht zum Ausdruck gelangen, weil sie eine theoretisch und methodisch verengte Perspektive einnehmen und das Krankenhaus als „eine Art Automat verstehen, der nach Einwurf eines neuen Gesetzes eine neue Leistung nach der anderen liefert“ (ebd.).

diversifiziert hatten, dominierten noch Anfang der 1950er Jahre die großen Mutterhaus-Schwesternschaften (Caritas, Innere Mission, Deutsches Rotes Kreuz) sowie das traditionelle Bild von Pflege als Liebesdienst das pflegerische Feld. Aufgrund der Nachwuchsprobleme bei den Orden und Schwesternschaften musste jedoch vermehrt freies Pflegepersonal angestellt werden, das allerdings nicht im benötigten Umfang vorhanden war.⁷² Als das anziehende wirtschaftliche Wachstum die Modernisierung der Krankenhäuser ermöglichte, wurde der Schwesternmangel zunehmend zum Problem, denn die Eröffnung neuer Krankenanstalten wurde durch ihn teils gefährdet (vgl. Kreutzer 2005: 24). Als sich der Trend Richtung Vollbeschäftigung abzeichnete und Frauen* zunehmend auch in anderen Erwerbszweigen berufstätig wurden, wuchs der Druck auf die Pflegeorganisationen, einerseits Nachwuchs anzuziehen und andererseits die Pflegekräfte im Beruf zu halten. Die langen und intensiven Arbeitszeiten, die geringe Entlohnung⁷³ sowie die Unvereinbarkeit von Krankenpflege und Familie oder Privatleben führten dazu, dass viele Krankenschwestern nach wenigen Jahren dem Beruf den Rücken kehrten, insbesondere dann, wenn sie heirateten. Diese Probleme ließen sich nur bearbeiten, indem das Berufsbild modernisiert wurde – das hieß konkret: arbeitsrechtliche Regulierung, Arbeitszeitverkürzungen⁷⁴ (so dass ein Leben jenseits der Arbeit möglich wurde), Lohnerhöhungen und Anpassung des Berufsbildes an ‚normale‘ Berufsarbeit sowie an die Lebensentwürfe moderner, junger Frauen*.⁷⁵

Zur Aufstockung des Pflegepersonals griff man in den 60er Jahren zunächst insbesondere auf die neuen Krankenpflegehelfer*innen zurück.⁷⁶ Erst Anfang der

72 Die benötigte Zahl von Pflegekräften wurde dabei von zwei Faktoren mitbestimmt: Erstens musste die Zahl der ausscheidenden konfessionellen Pflegekräfte durch eine höhere Zahl von teureren freien Pflegekräften ersetzt werden, denn die konfessionellen Pflegekräfte hatten stets für ein weit unterhalb des Tarifgehalts liegendes ‚Taschengeld‘ weit über die tariflichen Arbeitszeiten hinaus gearbeitet. Zweitens konnte der Personalmangel nur bis zu einem gewissen Grad durch ungelerntes Personal oder Krankenpflegehelfer*innen kompensiert werden, denn die Pflege in den sich weiter spezialisierenden und ausdifferenzierenden medizinischen Fachdisziplinen bedurfte zunehmend der Ausbildung.

73 Nimmt man die Metallindustrie zum Vergleich, so lag das durchschnittliche Anfangsgehalt einer Krankenschwester Mitte der 50er Jahre ca. 20% unter dem einer ungelerten Arbeiterin in der Elektro- und Metallindustrie, während gleichzeitig wesentlich längere Wochenarbeitszeiten abzuleisten waren (vgl. Simon 2000: 55). Die Attraktionskraft des Pflegeberufs war entsprechend recht gering.

74 Diese wurden seit 1956 im öffentlichen Dienst schrittweise vorgenommen bis 1974 die 40-Stunden-Woche eingeführt wurde. Aber: „Die Arbeitsbedingungen der mutterhausgebundenen Schwestern blieben davon unberührt.“ (Kreutzer 2005: 27)

75 Ab Mitte der 1960er Jahre wurden zu diesem Zweck „aufwendige Werbekampagnen“ (Kreutzer 2005: 29) gestartet – „Schwester Monika“, wie sie vom West-Berliner Gesundheitsamt als Werbefigur entworfen wurde, „liebte ‚Beat und Coke‘, besaß ‚Lippenstifte, Nagellack und ein aufregendes Parfum““ (ebd.: 30) und freute sich über geregelte Arbeitszeiten und ein gesichertes Einkommen.

76 Damit etablierte sich auch eine Aufteilung des pflegerischen Feldes in höherwertige, medizinnahe Tätigkeiten und niederwertige, ‚grundpflegerische‘ Tätigkeiten (vgl. Kreutzer 2005: 28). Gleichzeitig wurden Reinigungsarbeiten in den Krankenzimmern, für die eben-

1970er Jahre wurden wieder vermehrt Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung eingestellt (vgl. Simon 2000: 82f.). Die quantitative und qualitative Verbesserung der Personalstruktur im Pflegedienst trug somit ebenso wie ihre Säkularisierung und Verberuflichung einen wesentlichen Teil zur Kostensteigerungen im Krankenhausbereich zwischen Mitte der 1960er und Mitte der 1970er Jahre bei (vgl. ebd.: 82).

Der nächste Pflegenotstand wurde Ende der 1980er Jahre ausgerufen (vgl. Alber 1990). Seit den 1970er Jahren war die Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst zwar weiter angestiegen, gleichzeitig aber auch die Zahl der Krankenhauspatient*innen. Die Verkürzung der Verweildauern, die Intensivierung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie das zunehmend ältere und multimorbide Klientel hatten zu einer Leistungsverdichtung geführt (vgl. Müller/Simon 1994: 352f.), die vom vorhandenen Personal nur schwer – zum Teil nur mit einer Umstellung auf die Funktionspflege (vgl. Elkeles 1988) – zu bewältigen war. Die öffentliche Kritik zeigte Wirkung: 1990 und 1991 wurden die Stellenpläne der Krankenhäuser um ca. 40.000 Stellen erweitert und durch einen gesonderten Manteltarifvertrag wurde die Entlohnung angehoben (vgl. Simon 2000: 190); 1991 trat die Psychiatrie-Personalverordnung und 1993 die Pflege-Personalregelung (PPR) in Kraft. Beide sollten die Bemessungsmethoden für die Ermittlung von Personalstellen im Pflegedienst, die sich seit 1969 im Wesentlichen nicht geändert hatten, neu regeln.⁷⁷ Die politisch gewollte Verbesserung der Situation des Pflegedienstes brachte allerdings, wie bereits in den 1970er Jahren, Personalkostenerhöhungen mit sich, die weit über der Entwicklung der GKV-Beiträge lag, was kurze Zeit später ein weiteres Mal zum Beweis der mangelnden Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser reichen sollte (vgl. ebd.: 191f.). Die sich aus der Anwendung der PPR ergebenden Steigerungsraten der Pflegestellen überstiegen die politischen Erwartungen,⁷⁸ so dass sie 1996 wieder aufgehoben wurde (vgl. ebd.: 242f.).

Die Ökonomisierungsdynamik im institutionellen Arrangement der Krankenhausumwelt seit den 1990er Jahren hat einen Druck zur Kostensenkung erzeugt, der insbesondere im Pflegedienst zu Personalreduktionen führte. Da durchschnittlich etwa zwei Drittel der Gesamtkosten eines Krankenhauses auf Personalkosten entfallen, trieb die Kostendämpfungspolitik die Krankenhausleitungen in Richtung eines Stellenabbaus. Dieser ging allerdings in hohem Maße sozial ungleich vonstatten: Während die Zahl der Ärzt*innen seit 1993 kontinuierlich stieg, sank die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst seit Aufhebung der PPR 1996 bis 2007 kontinuierlich ab (um

falls die Krankenschwestern zuständig waren, an das Hauspersonal delegiert (vgl. Kreutzer 2010: 122). Diese neue Arbeitsteilung zeigt, dass das Projekt der Rationalisierung des Krankenhauses und der internen Arbeitsorganisation unter dem Druck des Personalmangels weiter forciert wurde. Bereits 1953 hatte man zu diesem Zweck das Deutsche Krankenhausinstitut gegründet (vgl. Kreutzer 2005: 23).

77 Die sogenannten „Anhaltzahlen“ von 1969 sahen einen pauschalen Minutenwert je belegtem Bett vor, so dass die konkrete Pflegebedürftigkeit der Patient*innen keine Rolle spielte.

78 Die PPR sollte von 1993 bis 1996 einen Zuwachs von ca. 13.000 Stellen und die Psych-PV von 1991-1995 einen Zuwachs von ca. 6.500 Stellen schaffen.

ca. 48.000 Vollkräfte).⁷⁹ Innerhalb der Gruppe des Pflegedienstes waren bis zur DRG-Einführung vor allem die ungelerten Pflegehilfskräfte und die einjährig ausgebildeten Pflegehelfer*innen vom Stellenabbau betroffen, während bis 2002 die Zahl der examinierten Pflegekräfte sogar noch leicht erhöht wurde (vgl. Simon 2014: 170). Erst in der Vorbereitung auf das DRG-System wurde dann auch die Zahl der examinierten Pflegekräfte reduziert (von 2003 bis 2006 um knapp 18.000 Stellen). Die Einführung des DRG-Systems entfaltete also nochmal eine besondere Tiefenwirkung: Allein in den drei Jahren von Inkrafttreten des Fallpauschalengesetzes 2002 bis zur ‚Scharfstellung‘ des Systems 2005 wurden insgesamt ca. 50.000 Stellen in den Krankenhäusern abgebaut (oder ausgegründet).⁸⁰

Einen genaueren Einblick in die Pflegepraxis, die durch dieses institutionelle Re-Arrangement bedingt wird, soll Kapitel 6 vermitteln. Ein erster, grober Eindruck von der Arbeitsverdichtung lässt sich aber bereits gewinnen, wenn man sich das statistische Material anschaut. Während die Fallzahl von 1995 bis 2012 um 19,2% gestiegen ist, hat die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst um 11,4% abgenommen. Eine Vollkraft im Pflegedienst versorgte 1996 46,3, 2002 53,2 und 2011 59 Patient*innen (vgl. Braun 2014: 93), was eine Zunahme um 27,4% bedeutet. Oder anders herum, beschränkt auf die Zeit seit der DRG-Einführung: Im Pflegedienst hat die Anzahl an pflegerischen Vollkräften pro Fall zwischen 2002 und 2014 um 12% abgenommen (vgl. Augurzky et al. 2016: 40). Gleichzeitig lässt sich an einigen Leistungskennzahlen ablesen, dass der Arbeitsaufwand im Pflegedienst gestiegen ist: Die Patient*innen sind älter und entsprechend pflegeaufwändiger,⁸¹ die Verweildauer hat sich weiter verkürzt, so dass sich die besonders arbeitsintensiven Aufnahme- und Entlassungstage verdichtet haben (vgl. Braun 2014: 93), die Zahl der vor-, nach- und teilstationären Fälle ist ebenso gestiegen wie die Zahl der Operationen und der nicht-operativen therapeutischen Maßnahmen⁸² (vgl. insgesamt Simon 2015).

Seit 2008 ist allerdings wieder ein leichter Zuwachs an Pflegepersonal zu verzeichnen. Pflege- und Krankenhausverbände sowie Gewerkschaften waren öffentlich

79 Ein im Verhältnis zur vorherigen Beschäftigtenzahl noch massiverer Stellenabbau fand beim klinischen Hauspersonal und im Wirtschafts- und Versorgungsdienst statt (vgl. Simon 2014: 168f.). Die starke Reduktion bei diesen Beschäftigtenkategorien dürfte allerdings auch auf das Outsourcing dieser Dienste zurückzuführen sein, das dazu führt, dass die ausgegründeten Beschäftigten nicht mehr in der Personalstatistik auftauchen, obwohl sie häufig faktisch zu geringeren Tarifen weiter im Krankenhaus arbeiten (vgl. Simon 2014: 169).

80 Verstärkt wurde der Stellenabbau auch durch die Privatisierungswelle. Auf einer Datengrundlage von 1996 bis 2008 haben Heimeshoff/Schreyögg/Tiemann (2014) gezeigt, dass die Übernahme von Krankenhäusern durch privatkapitalistische Unternehmen ebenfalls Stellenabbau bei nicht-ärztlichen Beschäftigtengruppen nach sich zieht.

81 Die Gruppe von Patient*innen, die 65 Jahre und älter sind, machte 1993 30,1% aus, im Jahr 2013 stieg ihr Anteil auf 43,2%. Der Anteil der Patient*innen, die 75 Jahre und älter sind, stieg im selben Zeitraum von 14,8% auf 25,8% (vgl. Simon 2015: 37).

82 Hierzu zählen etwa Manipulationen an Verdauungs- und Harntrakt wie das Wechseln einer Magensonde und Darmspülungen, aber auch die Verbandswchsel, die in der Regel von Pflegekräften durchgeführt werden und im Zeitraum von 2005 bis 2013 um 253,7% zugenommen haben (vgl. Simon 2015: 33).

aktiv geworden, Unterbesetzung und Leistungsverdichtung, Überlastung und daraus resultierende Patient*innengefährdungen zogen öffentliche Aufmerksamkeit auf sich – nicht zuletzt durch eine Demonstration von über 100.000 Krankenhausbeschäftigten in Berlin im Herbst 2008, zu der das „Aktionsbündnis Rettung der Krankenhäuser“, bestehend aus Berufsverbänden, Gewerkschaften und Trägerverbänden, aufgerufen hatte. In die Krankenhausreform 2009 wurde ein Pflegeförderprogramm aufgenommen. Bis 2011 sollten mit Mitteln in Höhe von bis zu 660 Mio. Euro 17.000 Stellen finanziert werden. Michael Simon kommt zu der Einschätzung, „dass mit den Mitteln des Programms bis Ende 2011 lediglich ca. 15.000 zusätzliche Vollzeitstellen finanziert worden waren (GKV-Spitzenverband 2013). Zudem war offenbar ungefähr die Hälfte der neu geschaffenen Stellen gar nicht im Pflegedienst der Stationen geschaffen worden“, wie vom Gesetzgeber intendiert, „sondern im sogenannten Funktionsdienst (OP, Anästhesie, Ambulanzen, Röntgen etc.).“ (Simon 2015: 15f.)

Ein weiterer Bestandteil des Pflegeförderprogramms war der Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung, ein System von Pflegekomplexmaßnahme-Scores (PKMS) zu entwickeln, das ab 2012 die Förderung fortführen sollte. Über dieses Klassifikationssystem sollen hochpflegeaufwendige Patient*innen als Zusatzentgelte abrechnungsfähig werden. Allerdings wurde gesetzlich vorgegeben, dass maximal 5% der Patient*innen als hochpflegeaufwendig gelten können (vgl. Simon 2015b: 35). Zudem ist die Abrechnung von PKMS mit einem hohem Dokumentationsaufwand verbunden (vgl. hierzu 6.2), so dass die Einführung für viele Krankenhäuser und Stationen kaum lohnenswert scheint. Der Anteil von PKMS-Fällen an allen vollstationären Fällen lag entsprechend 2013 nur bei 1% (vgl. ebd.: 35). Ein Ausbau von Pflegestellen findet über diese Mittel somit nur in extrem geringem Maße statt. Über die PKMS hinaus wurde zum 1.1.2016 der Prozedurencode (OPS) 9-984 für Pflegebedürftigkeit eingeführt, über den der Pflegegrad eines ‚Falls‘ in Zukunft erlösrelevant abgebildet werden soll. Da diese Abbildung erst 2018 für die Kalkulation der DRGs wirksam wird, ist noch abzuwarten, wie sich diese Neuerung auf die Personalsituation der Pflege auswirken wird.

Für die Entwicklung der Krankenhauspflege dürften allerdings die politischen Entscheidungen, die mit und seit dem letzten Krankenhausstrukturgesetz (2016) getroffen wurden, erheblich stärkere Auswirkungen haben. Mit dem Gesetz ist zumindest diskursiv das Thema einer „qualitativ hochwertige[n], patienten- und bedarfsgerechte(n) Versorgung“ (vgl. KHG §1 in der Fassung vom 1.1.2016) gegenüber der Mahnung zur Wirtschaftlichkeit wieder in den Vordergrund gerückt. Und neben dem Pflegestellen-Förderprogramm, mit dem Neueinstellungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen gefördert werden sollen, wurde die Einsetzung einer Expert*innenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ beschlossen, die bis spätestens Ende 2017 Vorschläge zur besseren, sachgerechten Abbildung des Pflegebedarfs im Finanzierungssystem erarbeiten sollte. Die Ergebnisse der Expert*innenkommission lagen bereits im März 2017 vor. Im Abschlusspapier heißt es:

„Zur Sicherstellung der Qualität in der Krankenhausversorgung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-SV unter Beteiligung der PKV) gesetzlich beauftragt, geeignete Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen, unter Einbeziehung von Intensivstationen und der Besetzung im Nachtdienst, verbindlich festzulegen.“

Nachdem die diesbezüglichen Verhandlungen der Vertragsparteien scheiterten, traf das Ministerium Ende August 2018 per Rechtsverordnung selbst eine Entscheidung.⁸³ Parallel zu diesem Prozess verabschiedete das Bundeskabinett Anfang August 2018 das „Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“. Neben (weiteren) Pflegepersonaluntergrenzen sieht es auch eine eigenständige Finanzierung des Pflegepersonals außerhalb des DRG-Systems ab 2020 vor. Darüber hinaus sollen zusätzliche und aufgestockte Pflegestellen sowie die Tarifsteigerungen komplett von den Kostenträgern übernommen werden. Diese Entscheidungen stellen einen Bruch mit der wettbewerbsorientierten Finanzierungslogik des Fallpauschalensystems dar.⁸⁴ Sollten diese Neuregelungen in der vorliegenden Form den Bundestag und Bundesrat passieren, fände im institutionellen Arrangement des Feldes – in den abstrakten *terms* der hier zugrundeliegenden Theorie – eine Pendelbewegung zurück zur Priorisierung der Gebrauchswertdimension pflegerischer Praxis gegenüber ihrer Tauschwertdimension statt. Ob diese Tendenz sich stabilisiert oder vielleicht sogar verstärkt, bleibt abzuwarten.

ZUSAMMENFASSUNG UND ZWISCHENBETRACHTUNG

Die Geschichte der Krankenhausentwicklung ist – wenn man die Zahl der Krankenhauspatient*innen und die Ausgaben für das Krankenhauswesen betrachtet – bis heute eine Geschichte der Expansion und der Aufwertung im salutogenetischen Feld. Verfolgt man seine Trajektorie, so hat sich das Krankenhaus von einer randständigen Institution der Versorgung armer Kranker zu dem zentralen Ort der Behandlung potenziell aller Gesellschaftsmitglieder mit medizinischer Hochtechnologie entwickelt.⁸⁵ Die ökonomische Lage der Krankenhäuser war dabei allerdings nahezu durchgängig, d.h. mit Ausnahme der kurzen Phase der praktizierten Selbstkostendeckung, prekär. In Bezug auf die politische Regulierung des Krankenhausesektors, also auf der Analyseebene der institutionellen Arrangements, lässt sich jedoch seit den 1970er Jahren ein historischer Umbruch konstatieren, dessen Tendenzen seit den 1990er Jahren zunehmend auf die Organisation Krankenhaus durchschlagen: der Übergang von einer ausbauenden zu einer abbauenden Krankenhausfinanzierungspolitik, der von entsprechenden Diskursen in der Öffentlichkeit begleitet wurde. Es

83 Hierbei wurden zunächst für vier pflegeintensive Bereiche Personaluntergrenzen festgelegt: die Intensivmedizin, die Geriatrie, die Kardiologie und die Unfallchirurgie. Die Verordnung soll ab Oktober 2018 in Kraft treten.

84 Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft diesen Bruch positiv als ein Ende der Dominanz des Wirtschaftlichkeitsgebots über den Pflegebedarf wertet, kritisieren ihn die Kostenträger als „eine Art Freibierregelung“, d.h. als Zurück zum Selbstkostendeckungsprinzip (vgl. Osterloh 2018: A1317).

85 Vgl. hierzu auch Kühn (1980: 19-88), der die Leistungs- und Ressourcenverschiebung in Richtung Krankenhaus vor allem auf externe Faktoren zurückführt. Weitere durchgängige Tendenzen im Krankenhausesektor sind die zur Konzentration (Abbau von Häusern mit geringer Bettenzahl) und zur internen, fachlichen Spezialisierung (Umwandlung von Allgemein- in Spezialbetten) (vgl. Lindner 2004: 109).

existiert zwar, wie Labisch in Bezug auf das 19. Jahrhundert feststellt, im Feld ein *Grundkonflikt* „zwischen der betriebswirtschaftlichen Bilanz des örtlichen Krankenhauses, der Bilanz der Krankenkassen und den Ausgaben für Krankenhauspflege im Armenetat“ (Labisch 1996: 268) bzw. allgemeiner: der öffentlichen Haushalte. Aber dieser Grundkonflikt wurde, so die historische These, im Allgemeinen zugunsten der Orientierung bearbeitet, dass dem Sektor Finanzmittel bereitgestellt werden müssen, damit der zunehmende Versorgungsbedarf gedeckt werden und der medizinische Fortschritt seine Leistungsfähigkeit entfalten kann (Gebrauchswertorientierung). Noch in der krankenhauspolitischen Phase bis 1973/74

„orientiert sich die Thematisierung von gesundheitspolitischen Problemen, ebenso wie die Legitimation von Problemlösungsstrategien [...] vorwiegend am Versorgungsziel [...]. In der zweiten, seither andauernden Phase gesamtgesellschaftlicher Thematisierung wird zur Primärlegitimation für die gesundheitspolitischen Akteure vorwiegend die möglichst unmittelbar wirksame ökonomische Aufwandsminimierung.“ (Kühn 1980: 243; vgl. auch Vogt 2011: 25f.)

Gerade weil die (feldspezifische) Verwendung öffentlicher Finanzen sich nach Kriterien der Legitimität richtet, war der Diskurs um die drohende Kostenexplosion zentral für diesen Umschwung von einer „expandierende(n) Strukturpolitik“ zu einer „wirtschaftlichkeitsorientierten Ordnungspolitik“ (Hensen/Hensen 2008: 10).

Mit dem Begriff der Ökonomisierung, wie er hier verstanden wird, ist vor diesem Hintergrund die Diagnose einer *Verselbständigung* des Tauschwertbezugs auf der Ebene des institutionellen Arrangements⁸⁶ des Feldes zu einer eigenständigen Zielorientierung gegenüber dem Gebrauchswertbezug verbunden.⁸⁷ Bezieht man die krankenhauspolitischen Entwicklungen in diesem Sinne zurück auf den theoretisch entwickelten Begriff von Ökonomisierung, lassen sich mehrere Prozesse ausmachen, durch die Tauschwertorientierungen als eigenständige Ziele neben der Bedarfsorientierung des Feldes an Bedeutung gewonnen haben:⁸⁸

86 Diese Ebene ist mit der hier fokussierten Analyse der politischen Dimension keineswegs erschöpfend untersucht. So bleibt etwa die Dimension von Ökonomisierung als Entdemokratisierung unterbelichtet, die sich einerseits aus der Abkopplung der Krankenhäuser von demokratischen oder zivilgesellschaftlichen Trägerstrukturen qua materialer und formaler Privatisierung, andererseits durch die Steuerung über Tauschwertgrößen ergibt, die als Sachzwänge erscheinen, über die sich schwer demokratisch streiten lässt.

87 Damit einher ging auch ein von der Bundespolitik forcierter Machtzuwachs der Krankenkassen (Kostenträger) gegenüber den Krankenhäusern und ihrem medizinischen Funktionskreis.

88 Es lässt sich hier auch an Kühns Begriffsbestimmung anzuschließen: „Ökonomisierung meint das zunehmende Übergewicht des Tauscherts über den Gebrauchswert. Alle inhaltlichen Konzeptionen zur gesundheitspolitischen Gestaltung lassen sich danach unterscheiden, ob sie auf Nutzenziele oder auf Geldziele orientieren. [...] Das Geld als Steuerungsmittel kann keine qualitativen, inhaltlichen Differenzierungskriterien enthalten.“ (Kühn 2004: 32)

- Kostendämpfung und Beitragssatzstabilität: Budgetkürzungen und Budgetdeckung durch Anbindung an Grundlohnsumme,
- Wettbewerb (Vermarktlichung): Kostenwettbewerb über Durchschnittspreise (Fallpauschalen als administrierte Tauschwertgrößen),
- Privatisierung (materiale und funktionale): Übernahme von Krankenhäusern oder von einzelnen Diensten (wie Hauswirtschafts- oder Reinigungsdienst) durch kapitalistische Unternehmen.

Begleitet wurde dieser Prozess durch einen Wandel auf diskursiver Ebene: Neben der Delegitimierung der Höhe der finanziellen Aufwendungen für den Krankenhaussektor über den Diskurs der Kostenexplosion ist vor allem auf die Umdeutung der Organisation Krankenhaus – sowohl was das Fremd- als auch was das Selbstbild betrifft – von einer Institution der Daseinsvorsorge, die als Element der sozialstaatlichen Infrastruktur fungiert, zu einem Unternehmen, das sich am Markt zu beweisen hat, hervorzuheben.⁸⁹

„Das neue Bild des Krankenhauses ist das eines auf sich gestellten Wirtschaftsunternehmens, das außer der weiterhin vorgesehenen Investitionsförderung des Landes keine öffentlichen Zuschüsse mehr erhält und im Falle eines Defizits auch keine Zuschüsse seines Trägers, sei der nun öffentlich, freigemeinnützig oder privat.“ (Simon 2014: 162)

Entsprechend hat sich der Jargon geändert, in dem Steuerungs- und Rationalisierungsvorstellungen artikuliert werden – er entspricht weitgehend dem, der in der kapitalistischen Privatwirtschaft gebräuchlich ist. Dieser Wandel steht in engem Zusammenhang mit der auf die Krise der Staatsfinanzen reagierenden ‚Ökonomisierung der Staatstätigkeit‘ insgesamt, wie sie im *New Public Management* als zentralem Rationalisierungskonzept im öffentlichen Sektor zum Ausdruck kommt (vgl. Pelizzari 2001: 22ff.).

Als eine wesentliche Triebkraft in diesem Ökonomisierungsprozess kann die Politik des Bundes gelten, der in der Krankenhauspolitik sein Interesse an der Stabilität der GKV-Beitragsätze durchsetzen konnte, wenn auch häufig gebremst durch die Interessen der für die Sicherung der bedarfsgerechten Krankenhäuser zuständigen Länder. Diese zentralen Akteure der Krankenhauspolitik waren allerdings erst mit dem KHG von 1972 in der Form in die Gestaltung des Krankenhäusersektors einbezogen worden, in der sie später ihre Wirkung entfalteten. Bis dahin beruhte die wirtschaftliche Verantwortungsübernahme für die Krankenhausinfrastruktur durch die staatlichen Instanzen oberhalb der kommunalen Ebene im Prinzip auf Freiwilligkeit. Dies änderte sich erst mit der Grundgesetzänderung von 1969 und dem anschließenden KHG.⁹⁰ Mit diesen Gesetzesänderungen betreten somit in gewissem Sinne neue –

89 Zur „Marktkultur“ im Krankenhauswesen vgl. auch Bode/Märker (2012).

90 „Die wohl beachtlichste Besonderheit [des Krankenhausesektors; R.M.] gegenüber anderen Infrastruktureinrichtungen dürfte darin bestehen, daß es während der ersten zwei Jahrzehnte bundesdeutscher Geschichte, also bis 1969, keine gesetzliche Verpflichtung des Staates

neuartig involvierte – und in besonderem Maße politikfähige Akteure das Feld. Das politische Interesse hat sich dabei vor allem beim Bund schnell gedreht: Kurz nachdem der politische Wille zum Ausbau des Krankenhauswesens gesetzlich manifestiert wurde, schlugen in der Krankenhauspolitik – bedingt durch die ökonomische Großwetterlage – fiskalische und wirtschaftspolitische Interessen durch, denn mit dem KHG war nun auch die „Möglichkeit der Instrumentalisierung von Krankenhauspolitik für Zwecke der gesamtwirtschaftlichen Globalsteuerung“ (Kühn 1980: 390) gegeben.

Das KHG von 1972 entfaltete somit im institutionellen Arrangement des Feldes der stationären Krankenversorgung eine paradoxe Wirkung: Zum einen wurde die Bedarfsorientierung kodifiziert und somit ein von den krankenhauspolitischen Akteuren geteilter Wertekonsens langfristig in Rechtsform materialisiert, so dass er auch in der Folgezeit als Handlungsrestriktion wirksam wurde (vgl. Simon 2000: 347). Andererseits wurde die nun gegebene Möglichkeit zur Instrumentalisierung der Krankenhauspolitik vom Bund genutzt, um eine tauschwertbezogene Parallelagenda im Feld zu installieren, die seither zunehmend auch auf der Ebene der Organisation Krankenhaus zu Zielkonflikten und zu „Ambivalenz“ (Bode 2016) führt.⁹¹

In der Einführung einer tauschwertbezogenen Gegenfinalität besteht auch das Neue gegenüber vorherigen Versuchen der ökonomischen Rationalisierung des Krankenhauswesens. Während die ökonomische Rationalisierung der stationären Krankenversorgung bis zur Zeit der Kostendämpfung als Mittel zur Erreichung des feldspezifischen, bedarfsorientierten Zwecks durchgeführt werden sollte (materiale und formale Rationalisierung) und die ökonomische Rationalität im Sinne eines Sparsamkeitsgebots an diesen gebunden blieb, bedeutet die Ökonomisierung eine ökonomische ‚Rationalisierung‘ unter Abkopplung von der bedarfsorientierten Wert-rationalität des Feldes.⁹² Verdeutlichen lässt sich dieser Wandel im Vergleich des Rationalisierungsdiskurses der 1920er Jahre mit den Rationalisierungsbestrebungen seit den 1990er Jahren: Während damals noch das ärztliche Urteil die Grundlage bildete, um notwendige von überflüssigen Behandlungen zu unterscheiden,⁹³ und darauf auf-

einschließlich seiner Gebietskörperschaften zur Regelung und Unterhaltung von Krankenhäusern gegeben hat.“ (Kühn 1980: 244)

91 Die durch diese Gegenfinalität entstehende Dynamik ist durch das einfache Modell von Ökonomisierung als Zweck-Mittel-Verkehrung nicht zu fassen. „Die derzeitigen Anreizstrukturen des DRG-Systems führen“ zunächst einmal nur dazu, „dass die ökonomischen und medizinischen Primare in der Organisation Krankenhaus auseinander klaffen.“ (Vogd 2016: 288) Die praktischen Bearbeitungsformen dieses Zielkonflikts *können*, müssen aber nicht auf eine Zweck-Mittel-Verkehrung hinauslaufen – genau hier hat die empirische Forschung anzusetzen.

92 Von den politischen Akteuren war diese Abkopplung allerdings kaum intendiert, ihnen ging es vor allem um Effizienz durch Qualitätswettbewerb, also um Effizienz in Hinblick auf Gemeinwohl und Bedarfe (vgl. Bode/Vogd 2016b: 5f.). Doch was als Qualitätswettbewerb ausgeflagt wurde, stellt aus Sicht der Krankenhäuser einen (existenzbedrohenden) Kostenwettbewerb dar.

93 Noch die Kostendeckung über allgemeine tagesgleiche Pflegesätze bei gleichzeitigem Wirtschaftlichkeitsgebot im KHG 1972 atmet diesen Geist – es wird vorausgesetzt, dass

bauend das Feld rationalisiert werden sollte (z.B. Vermeidung von Fehlbelegungen), wird mit dem GSG die Steigerungsrate der Grundlohnsumme, also eine vom feldspezifischen Zweck völlig unabhängigen Größe, zur Richtinstanz über die Ausweitung bzw. Einsparung von Krankenhausleistungen.

Insgesamt haben die beschriebenen Entwicklungen dazu geführt, dass sich die Krankenhäuser durch den Kostenwettbewerb einem ständigen ökonomischen Druck ausgesetzt sehen und damit unter „Dauerstress“ stehen (Bode/Vogd 2016b). Dass diese Politik auch die Schließung von Häusern und den Abbau von Betten zum Ziel hat, wird in den Krankenhäusern durchaus wahrgenommen: Sie sehen sich oder zumindest die Zahl ihrer Abteilungen und Betten aus ökonomischen Gründen (Kostendämpfung) in ihrer *raison d'être* infrage gestellt. Die Auswirkungen, die das der Tendenz nach auf der Ebene der Organisation hat, sind äußerst vielfältig – insbesondere auf den Personalabbau im nicht-ärztlichen Dienst wurde oben bereits eingegangen. Den Übergang zur Untersuchung der pflegerischen Arbeit vorbereitend, sei hier darüber hinaus nur auf Restrukturierungen des Organisationsmanagements hingewiesen. Der Tendenz nach kam es auf Leitungsebene zu einem Wandel von der Verwaltung zum Management (vgl. Bär 2011): Die Geschäftsführung wird immer seltener aus den ‚eigenen Reihen‘ rekrutiert und stattdessen mit Externen besetzt, die durch entsprechende Aus- und Weiterbildungen mit Managementwissen ausgestattet sind.⁹⁴ Auf der Grundlage einer immer stärkeren betriebswirtschaftlichen Durchleuchtung der Organisationsprozesse, wie sie bereits um Zuge der Budgetierung in Angriff genommen wurde und stetig weiter ausgebaut wird,⁹⁵ sollen alle „internen Kooperationsprozesse, nicht zuletzt mit Blick auf Möglichkeiten eines *prima facie* effizienteren Personaleinsatzes“ (Bode 2010b: 201) durchgeplant werden. Der Dauerstress scheint auch dazu geführt zu haben, dass die Taktung, in der zentral und von oben geplante Rationalisierungsmaßnahmen in Angriff genommen werden, schneller geworden ist. Im Zuge dessen kommt es zu einer Ausweitung des administrativen Funktionskreises – insbesondere im Bereich des Medizin-Controllings und der Dokumentationsassistenz (vgl. Crojethovic et al. 2014: 77f.), aber auch des Qualitäts- und Case-Managements (vgl. Marrs 2008: 45ff.) –, der damit gegenüber den „Funktionskreisen“ (Rohde 1974: 208ff.) von Medizin und Pflege zunehmend an Macht gewinnt. Wie sich diese Prozesse auf den pflegerischen Funktionskreis auswirken und wie die Pflegekräfte auf sie reagieren, wird Gegenstand der folgenden Kapitel sein.

die Ärzt*innen die Patient*innen nur so lange im Haus behalten wie aus medizinischen Gründen nötig ist, die Aufenthaltsdauer wird nicht durch externe Anreize begrenzt.

- 94 Der Import privatwirtschaftlicher Managementkonzepte, mit denen ebenfalls auf den ökonomischen Druck reagiert wird, wird so erleichtert. Adaptiert werden aber auch Marketingstrategien, um erlösträchtige ‚Kunden‘ an das Haus als Marke zu binden.
- 95 Zur Digitalisierung der Patientenakte und ihrer Vernetzung mit dem Management vgl. Manzei (2011).

Teil III – Empirie

„Empirie und Theorie lassen sich nicht in ein Kontinuum eintragen. Gegenüber dem Postulat der Einsicht ins Wesen der modernen Gesellschaft gleichen die empirischen Beiträge Tropfen auf den heißen Stein; empirische Beweise aber für zentrale Strukturgesetze bleiben, nach empirischen Spielregeln, allemal anfechtbar. Nicht darauf kommt es an, derlei Divergenzen zu glätten und zu harmonisieren: dazu läßt bloß eine harmonistische Ansicht von der Gesellschaft sich verleiten. Sondern die Spannungen sind fruchtbar auszutragen.“ (Adorno 1972b: 196)

5 Konzeptioneller Rahmen

Denken in Konstellationen – dieses Motiv Adornos sollte die Annäherung an den Gegenstand der Ökonomisierung der Krankenhauspflege leiten. Der in einem ersten Schritt in der Linie Marx-Weber-Bourdieu eröffnete gesellschaftstheoretische Zugang wurde in diesem Sinne in einem zweiten Schritt ergänzt um einen Parforceritt durch die Geschichte des Feldes der stationären Krankenversorgung. Mit dem nun folgenden empirischen Zugang wendet sich noch einmal die Perspektive. Der Zusammenhang dieser Perspektiven ist dabei kein ‚ableitungslogischer‘: Weder wurden aus der Theorie Erklärungsmuster für die Verlaufsform der geschichtlichen Entwicklung abgeleitet, noch werden im Folgenden aus der theoretischen und historischen Betrachtung empirisch zu prüfende Hypothesen aufgestellt oder konkrete Indikatoren entwickelt, mit deren Hilfe sich Ökonomisierung empirisch dingfest machen ließe. Beides würde voraussetzen, dass bereits bekannt ist, wie Ökonomisierung im Feld der Pflege eigentlich in Erscheinung tritt. Das ist jedoch in zweifacher Hinsicht noch offen: Erstens mit Blick auf den Stand der empirischen Forschung (vgl. 5.1), zweitens in konzeptioneller Hinsicht: Geht man im Sinne eines praxeologischen Materialismus davon aus, dass sich erst in der feldspezifisch strukturierten Praxis ‚entscheidet‘, was Ökonomisierung konkret bedeutet, muss der forschende Blick offen gehalten werden für Ausdrucksgestalten der Ökonomisierung, die durch die theoretisch-konzeptionelle und historische Arbeit des Begriffs nicht vorwegzunehmen sind. Jeder Zugang steht deshalb zunächst für sich, hat sein eigenes Recht. Und dennoch gibt es ein begrifflich-konzeptionelles Element, das die Perspektiven und Zugänge miteinander verbindet: den feldtheoretisch interpretierten Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert. Seine Bestimmung ist weder gesellschaftstheoretisch noch historisch zu Ende gebracht, so dass das Konzept nun nur noch angewendet werden müsste. Die Bestimmung muss vielmehr fortgesetzt werden durch die Konfrontation mit dem empirischen Material. In ihr muss sich erweisen, wie weit die Konzeption des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert trägt. In diesem Zusammenhang ändert er seine Funktion: Er wird von einem – Kapitalismus- und Differenzierungstheorie vermittelnden – gesellschaftstheoretischen Konzept zur Bestimmung zentraler Strukturprinzipien der modernen, kapitalistischen Gesellschaft zu einem heuristischen Mittel oder *sensitizing concept* (vgl. Blumer 1954). Der empirische Zugang dient also nicht der hypothesenprüfenden Bestätigung oder Verwerfung der Theorie und auch nicht der empirischen, indikatorenbasierten Feststellung, bis zu welchem Grad Ökonomisierung bereits stattgefunden hat (zu einem solchen Ansatz vgl. Bergmann 2011). Vielmehr hat die empirische Studie explorativen Charakter, so dass dem

Konzept die Funktion zukommt, Zusammenhänge sichtbar zu machen, den Blick zu strukturieren, Fragen an das Material zu stellen, die es zur Mitteilbarkeit animieren. Ziel ist es also, einerseits Thesen zu generieren, andererseits – dadurch – aber auch den Nutzen der hier entwickelten Konzeption für die Beobachtung von Ökonomisierungsprozessen zu prüfen. Theorie und Empirie stehen somit in einem reflexiven Verhältnis, um so dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Ökonomisierung nur sichtbar wird, wenn man einen Begriff von ihr hat, andererseits aber nicht unterstellt werden kann, dass man bereits alles über sie wüsste.

5.1 FRAGESTELLUNGEN UND FORSCHUNGSDESIGN

Die übergreifende Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet: Worin besteht die gesellschaftsstrukturelle Dynamik der Ökonomisierung des Krankenhaussektors und wie tritt sie in der Alltagspraxis der Krankenhauspflege in Erscheinung? Nachdem in den vorangehenden Kapiteln sowohl theoretisch-konzeptionell als auch historisch der erste Teil dieser Frage bearbeitet wurde, kommen wir nun zum zweiten Teil der Frage. Um dem explorativen Charakter des Forschungsinteresses Rechnung zu tragen, wurde die mithilfe einer theoriegeleiteten Interpretation zu beantwortende Ausgangsfrage, wie die Ökonomisierung in der pflegerischen Alltagspraxis erscheint, in zwei empirisch bearbeitbare Fragestellungen differenziert, die komplementäre Momente der Offenheit und Geschlossenheit aufweisen:

Forschungsfrage I: Mit welchen Problemen und Konflikten sehen sich Pflegekräfte in ihrer Alltagspraxis konfrontiert?

In dieser Frage wird das Thema ‚Ökonomie‘ nicht explizit adressiert. So soll die Untersuchung offen gehalten werden für Phänomene, die aus einem bestimmten theoretischen Vorverständnis von Ökonomisierung heraus nicht berücksichtigt würden. Das Moment der Offenheit liegt hier also darin, dass thematisch nicht festgelegt ist, was als Phänomen der Ökonomisierung zu betrachten ist und was nicht. Allerdings impliziert diese Fragestellung in Zusammenhang mit der Ausgangsfrage, dass nur Phänomene entdeckt werden können, die aus Sicht der Akteur*innen die Gestalt eines Problems oder Konflikts annehmen. Was aber, wenn Ökonomisierung gar nicht in dieser Gestalt zum Tragen kommt, sondern vielmehr als eine Selbstverständlichkeit, mit der *in praxi* routinisiert umgegangen wird? Fragestellung I besitzt somit ein Moment der Geschlossenheit darin, dass Ökonomisierung nur in Form von Problemen oder Konflikten entdeckt werden kann.¹

1 Diese Geschlossenheit ist Resultat der theoretischen Hintergrundannahme, dass strukturelle Widersprüche wie der zwischen Gebrauchswert und Tauschwert sich in handlungspraktischen Problemen und Konflikten von Handlungsorientierungen (auch verschiedener Akteur*innen) äußern können (vgl. Giddens 1979; Jaeggi 2014: insb. 386ff.) – allerdings müssen sie das nicht (vgl. ebd.: 388), wofür Giddens Strukturen der Herrschaft verantwortlich macht (vgl. Giddens 1979: 144). Auch in systemtheoretischer Tradition wird davon

Um dieser Schließung des forschenden Blicks entgegen zu arbeiten, wird in einem zweiten Schritt der Frage nachgegangen:

Forschungsfrage II: Wie werden Tauschwertbezüge für die Pflegekräfte relevant und wie positionieren sich die Pflegekräfte zu diesen ökonomisierungsrelevanten Themen?

Mithilfe dieser Frage kommen also – sofern vorhanden – auch jene Phänomene der Ökonomisierung in den Blick, die als selbstverständliche Routine ablaufen. Sie besitzt ihr Moment der Offenheit komplementär zu Forschungsfrage I darin, dass Phänomene der Ökonomisierung nicht als Probleme oder Konflikte präjudiziert sind. Im Kontext der in dieser Arbeit verfolgten Perspektive sind mit ökonomisierungsrelevanten Themen solche gemeint, in denen auf Tauschwerte Bezug genommen wird. Es ist dabei aber noch nicht gesagt, dass wir es dort, wo ein solcher Bezug stattfindet, faktisch mit Ökonomisierung zu tun haben. Der Formulierung der Fragestellung liegt vielmehr lediglich die theoretische Annahme zugrunde, dass es Phänomene der Ökonomisierung nur dort geben kann, wo es einen Bezug zu wertförmigen Vergesellschaftungsprinzipien gibt; in diesem Sinne sind wertformbezogene Themen für die Diagnose von Ökonomisierungsprozessen prinzipiell, also der *Möglichkeit* nach relevant. Das heißt jedoch keineswegs, darauf schließen zu dürfen, dass überall dort, wo ein solcher Bezug vorliegt, auch faktisch, d.h. der *Wirklichkeit* nach Ökonomisierung zu diagnostizieren ist – hierzu muss vielmehr mittels theoriegeleiteter Interpretation gezeigt werden, dass sich der Tauschwert- gegenüber dem Gebrauchswertbezug verselbständigt hat.

Während die Beantwortung von Forschungsfrage I, die in Kapitel 6.1 vorgenommen wird, neben der vorliegenden Studie auf ein relativ breites Spektrum empirischer Untersuchungen zurückgreifen kann, die sich um die gegenwärtige Arbeitssituation der Pflegekräfte drehen, ist Forschungsfrage II, die in Kapitel 6.2 beantwortet wird, für die Krankenhauspflege bisher noch ein weitgehendes Desiderat. Vor diesem Hintergrund übernimmt der Überblick über die Probleme des pflegerischen Arbeitsalltags in Kapitel 6.1 zugleich die Funktion einer Zusammenfassung des Stands der Forschung – existieren zu den Problemen, von denen im vorliegenden Material berichtet wird, bereits Studien, wird an entsprechender Stelle auf diese hingewiesen. Dass sich die Ökonomisierung der Krankenhäuser negativ auf die Arbeitsbedingungen des Pflegedienstes ausgewirkt hat, kann als – weitgehend – unstrittig gelten. Braun et al. kommen sogar zu dem Ergebnis, dass die „Auswirkungen der DRG auf die Arbeit der Ärzte [...] insgesamt geringer zu sein [scheinen] als auf die Arbeit der Pflege“ (Braun et al. 2010: 46).² Auf die häufig thematisierte Klemme von Personalabbau bei gleichzeitiger Arbeitsverdichtung aufgrund von Verweildauerverkürzung,

ausgegangen, dass Konflikte kommunizierte und damit „operationalisierte Widersprüche“ (Bachur 2013: 166; Luhmann 1984: 530) sind.

- 2 Der Erhebung von Braun et al. (2011) zufolge hat die DRG-Einführung dazu geführt, dass Pflegekräfte sich in geringerem Maße angemessen ausgebildet fühlen sowie Überstunden, Organisationsmängel, Zeitdruck und der Wunsch nach einem Berufswechsel zugenommen haben. Zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Pflege vgl. auch Crojethovic et al. (2014: 84ff.).

Fallzahlsteigerung und zunehmendem pflegerischen Aufwand, in der sich der Pflegedienst befindet, wurde oben bereits eingegangen. Die Folgeerscheinungen sind bekannt: Bei den Pflegekräften kommt es zu Überlastungserscheinungen, zu Burnout, Demotivation, moralischer Desensibilisierung (vgl. Kersting 2011) sowie (partiell) Berufsausstieg (vgl. Braun et al. 2011: 66). Gleichzeitig sind die Patient*innen Prozessen der (impliziten) Rationierung und höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt (vgl. Kühn 2004: 33ff. sowie den Überblick bei Braun et al. 2011: 18ff.). Vielfach wird in diesem Zusammenhang auch ein Konflikt zwischen ökonomischen Handlungsanforderungen und pflegerischem Berufsethos oder allgemeiner den im Feld bisher dominierenden normativen Prinzipien (Bedarfsprinzip, Gleichheitsprinzip, Gemeinwohlorientierung), eine kognitive und moralische Dissonanz konstatiert (vgl. Braun et al. 2011: 74; Kühn 2008: 323; Manzeschke 2006). Angesichts der arbeitsteiligen Organisationsstruktur des Krankenhauses, der Dominanz der ärztlichen Profession und der medizinzentrierten Architektur des DRG-Systems – allesamt strukturelle Bedingungen, die die pflegerische Arbeit weitgehend von ökonomischen Rücksichten entkoppeln³ – stellt sich allerdings die Frage, wie genau die ökonomischen Handlungsanforderungen in der Alltagspraxis der Pflege überhaupt ins Spiel kommen und an die Pflegenden herangetragen werden. An welchen Punkten ihrer Arbeit gibt es für Pflegekräfte Möglichkeiten oder Notwendigkeiten, ökonomische Orientierungen zu übernehmen? Wo können also Mechanismen der Ökonomisierung der Pflege überhaupt Ansatzpunkte finden, um zu greifen? Diese Fragen sind bis heute weitgehend offen, vor allem in Bezug auf die Pflege-Basis, also die Pflegekräfte, die täglich am Bett. Im Bereich der Pflegeleitung (vom Pflegedirektorium bis zur Stationsleitung) wurde die Relevanz ökonomischer oder betriebswirtschaftlicher Orientierungen vereinzelt untersucht (vgl. Grimm 2013; Rosenthal 2005; Vogd et al. 2018: 121ff.), die Rolle der Pflege im Management bleibt allerdings innerhalb der Krankenhausforschung ebenfalls ein Desiderat (vgl. Wolf/Ostermann 2016: 165). Auch auf dieser Ebene pflegerischer Leitung wurde ein Übergang vom Verwalten zum Managen (Rosenthal 2005: 299) konstatiert. Grimm (2013: 68) formuliert die These, die Umstrukturierung der Krankenhäuser habe auf der Ebene der Pflegeleitungen zu einer Verdrängung des Grundkonflikts zwischen Wirtschaftlichkeit und Versorgung geführt, da die leitenden Pflegekräfte zunehmend die Managementperspektive und betriebswirtschaftliche Vorgaben berücksichtigen. Der Konflikt werde damit „auf die Ebene der direkten Pflege übertragen. Somit müssen die Pflegekräfte an der Basis das Spannungsverhältnis zwischen Ökonomie und Versorgung weitestgehend allein austarieren.“ (Ebd.: 68) Wie genau diese Übertragung und das Austarieren an der Basis aussehen, ob also wirklich die Notwendigkeit, sich an ökonomischen Sinnzusammenhängen zu orientieren, nach unten weitergegeben wird, bleibt aber offen. Das Ergebnis der Studie von Marrs (2007/2008), dass unterhalb der Stationsleitungsebene von Erlösorientierung und Kundenparadigma bisher relativ wenig

3 Gerade wenn Krankenhäuser als professionelle Organisationen verstanden werden, ist nicht davon auszugehen, dass ein zunehmender ökonomischer Umweltdruck sich einfach und direkt in die Organisation mit ihren relativ autonomen, dezentralen und von der medizinischen Profession dominierten Abteilungen hinein vermittelt. Ökonomischer Druck muss vielmehr organisational erzeugt, mithilfe von Rekursionen zu einer organisationalen Wirklichkeit gemacht werden (vgl. Ortmann 2004: 214ff.).

angekommen sei (Marrs 2007: 505), gibt Grund zur Skepsis. Auch Slotala/Bauer/Lottmann (2008) haben sich in einer Pilotstudie der Frage angenommen, auf welche Weise „die beiden unterschiedlichen Rationalitäten der ökonomischen Imperative (Vorrang der Kostenminimierung bzw. wettbewerblicher ‚Markterfolge‘) und [...] pflegerischen Ziele (Vorrang der bedarfsgerechten Versorgung) von den Akteuren selbst wahrgenommen und verarbeitet“ (ebd.: 385) werden.⁴ Ihre Ergebnisse weisen darauf hin, dass in diesem Zusammenhang widersprüchliche Verarbeitungsprozesse stattfinden, die die Autor*innen mithilfe von drei „idealtypische[n] Pole[n] hinsichtlich der normativen Relevanz der ökonomischen Rationalität“ (ebd.: 386) zur Darstellung bringen, die bei den Befragten in je unterschiedlichen Gewichtungen vorzufinden seien. Am kritischen Pol würden ökonomische Erfordernisse als Konflikt in Erscheinung treten, am integrativen Pol werde versucht, ökonomische und pflegerische Erfordernisse zu vermitteln,⁵ und am affirmativen Pol werde die ökonomische Rationalität auf der Grundlage einer Naturalisierung der ökonomischen Strukturproblematik als Deutungsrahmen übernommen. Offen bleibt hier trotzdem: Wie kommen die viel beschworenen ökonomischen Imperative überhaupt bei den Pflegekräften an? Wie kann das Erfordernis der Kostenminimierung oder der Erlösgenerierung in einem Arbeitsalltag Relevanz gewinnen, der von ärztlichen, patientenseitigen und organisatorischen Anforderungen geprägt ist? Selbst wenn sie als legitim gelten würden,⁶ wo sehen die Pflegekräfte selbst überhaupt die Möglichkeit oder Notwendigkeit, Kosten- oder Erlösfragen in Betracht zu ziehen?

Erst auf der Grundlage der Beantwortung der Forschungsfragen I und II kann eine Annäherung an die übergreifende Ausgangsfrage vorgenommen werden (vgl. Kap. 7), wie die Ökonomisierung der Krankenhäuser im pflegerischen Alltag in Erscheinung tritt. Hierzu ist es nötig, die Ergebnisse der durch die beiden Fragen strukturierten Empirie in theoriegeleiteter Perspektive zu deuten. Diese qualitativ-explorative Annäherung an den Gegenstand hat ihre Grenze darin, dass sie primär Ansatzpunkte und grundlegende Mechanismen der Ökonomisierung im Arbeitsalltag

-
- 4 Um diese Frage kreisen im Prinzip auch die sogenannten „Coolout-Studien“ von Karin Kersting (2011/2016), insofern hier der Widerspruch zwischen den Anforderungen eines effizient ablaufenden Betriebs und den Anforderungen einer patient*innenorientierten Pflege im Fokus steht. Allerdings ist der Ökonomiebezug bei Kersting recht abstrakt und undifferenziert gehalten, der historische Wandel und die Spezifik der gegenwärtigen Tauschwertbezüge sowie ihrer Wirkungsweise werden nicht thematisiert. Die Widersprüche und Konflikte, die aus der Ökonomisierung der Krankenhäuser und der Pflege resultieren, nehmen entsprechend eine komplexere Gestalt an, als im Widerspruchskonzept von Kersting erfasst wird – sie haben häufig auch nichts mit einem effizienten Betriebsablauf zu tun.
- 5 Hier werden zwar Zugeständnisse an ökonomische Anforderungen gemacht, was eine Rationierung im psychosozialen Leistungsspektrum mit sich bringe, aber der „körper- und medizinnahe Leistungsbereich“ stellt weiterhin eine „normative Grenze der kostenmotivierten Rationierung“ dar (Slotala/Bauer/Lottmann 2008: 388).
- 6 In der Erhebung von Braun et al. (2010) stimmen 46% der Pflegekräfte der Aussage, wirtschaftliche Erwägungen seien gegenüber dem sachlich Gebotenen nachrangig, voll zu, d.h. bei 54% der Befragten kommt es durchaus zu „Normverunsicherungen“ (ebd.: 18), die ein Hinweis auf die mindestens partielle Legitimität wirtschaftlicher Erwägungen sind.

der Pflegekräfte identifizieren kann, d.h. es können Tendenzen zur Ökonomisierung extrapoliert werden, sofern sie auf allgemeine Strukturen zurückzuführen sind, über die Verbreitung der festgestellten Reaktionsweisen können jedoch keine gesicherten Aussagen getroffen werden. Es werden also lediglich prinzipielle Möglichkeiten eruiert, wie Pflegekräfte auf Ökonomisierungstendenzen reagieren. Um zu prüfen, welche Verbreitung sie aufweisen, wäre eine Reihe weiterer Forschungsprojekte nötig.

Zur Bearbeitung der Fragestellungen wurde auf die Erhebungsmethode des problemzentrierten Interviews zurückgegriffen. Die Methode, Einzelinterviews zu führen, schien insofern der Fragestellung angemessen, als die Orientierungen der Pflegekräfte im Fokus des Erkenntnisinteresses standen, die in der Alltagspraxis handlungsleitend sind. Diese sind im Rahmen teilnehmender Beobachtung nur schwer zugänglich, denn der beobachteten Praxis ist der orientierende Sinngehalt, den die Akteure mit ihr verbinden, kaum abzulesen, schließlich werden die Relevanzsysteme, zu denen die Praxis in Relation steht, nur selten sichtbar.⁷ Das Problem spitzt sich zu, wenn man bedenkt, dass ökonomische Orientierungen im Krankenhausalltag aufgrund der im Bourdieu'schen Sinne ‚anti-ökonomischen‘ Konstitution des Feldes kaum offensiv und sichtbar ausgelebt werden dürften – eine bestimmte Prozedur auszuführen, wird dem*der Patient*in gegenüber nicht als ökonomisch motivierte Behandlung erläutert werden, selbst wenn die Entscheidung, diese bestimmte und keine andere auszuführen, faktisch ökonomisch motiviert war. Die Spezifik des Feldes und des Forschungsthemas sprach auch dagegen, Gruppendiskussionen durchzuführen, denn diese sind besonders für die Rekonstruktion kollektiver, milieu- oder gruppenspezifischer Orientierungsmuster und Mechanismen der Diskurs- und Bedeutungsproduktion geeignet (vgl. etwa Bohnsack 2010: 105ff.), Ökonomisierung setzt jedoch – wie aus der bisherigen Forschung bekannt ist – vielfach an individuellen Motiven und Interessen an, setzt individuelle Anreize und befördert eher individualistische, denn kollektive Bearbeitungsstrategien. Zudem erfährt man in Gruppendiskussionen wenig über alltägliche Handlungspraxen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sah 2014: 278), da das Wissen um diese von den Teilnehmenden als selbstverständliches, gemeinsam geteiltes Erfahrungswissen vorausgesetzt werden kann.

Problemzentrierte Interviews eröffnen demgegenüber einen Raum für Erzählungen über die Alltagspraxis, denn diese muss dem*der feldexternen Interviewer*in erläutert werden. Die Erzählanteile, die für die Rekonstruktion von handlungsleitenden Orientierungsmustern zentral sind, wären zwar in (gelungenen) narrativen Interviews noch größer gewesen, doch es sprachen zwei Gründe dafür, sich für das problemzentrierte Interview zu entscheiden: Erstens schien es forschungspragmatisch wenig erfolgversprechend den Interviewpartner*innen aus einer von Zeitdruck geprägten Berufsgruppe mehrstündige narrative Interviews vorzuschlagen. Problemzentrierte Interviews bieten die zeitökonomisch relevante Möglichkeit, die Interviews mittels spezieller Nachfragetechniken (vgl. Witzel/Reiter 2012: 75ff.) auf die für die For-

7 Anders gesagt: Man kann sehen, wer wann was tut, aber nur selten gibt es dabei Kommentierungen darüber, warum was wie getan wird und welche subjektive Einstellung mit der Praxis einhergeht – wird beispielsweise eine Pflegemaßnahme schnell ausgeführt, weil Zeitdruck herrscht oder weil schnell zu arbeiten der subjektiven Vorstellung von guter Arbeit entspricht?

schungsfrage relevanten Themen zu fokussieren,⁸ ohne dabei die Bedeutung narrativer Anteile zu unterschätzen oder die Relevanzsysteme der Interviewten zu übergehen. Zweitens ist das Konzept der Problemzentrierung in systematischer Hinsicht der gesamten Anlage der vorliegenden Untersuchung adäquat, denn Problemzentrierung meint (vgl. Witzel/Reiter 2012: 5) erstens, dass es in der Untersuchung um gesellschaftliche Probleme geht, die auch für die Interviewten relevant sind; zweitens, dass eine der Erhebung vorangehende ‚Zentrierung‘ des Blicks der*des Forschenden stattfindet, d.h. „Offenlegung und Systematisierung“ des eigenen Wissenshintergrundes etwa durch die „Verarbeitung einschlägiger Theorien und empirischer Untersuchungen zu dem Themenbereich sowie Erkundungen im Untersuchungsfeld auch durch die Einbeziehung der Erfahrungen von Experten“ (Witzel 1985: 230);⁹ drittens, dass Strategien angewendet werden, mittels derer die Perspektive der Interviewten auf das (auch sie) interessierende Problem – im Zweifel auch gegen die Interpretationen der Forscher*in – zur Geltung kommen kann.

Das Sample besteht im Kern aus Interviews mit acht examinierten Pflegekräften aus fünf verschiedenen Häusern (siehe Überblick: Sample). Ergänzt wurden diese durch drei Expert*inneninterviews mit Betriebs- bzw. Personalrät*innen und drei Interviews mit Vertreter*innen anderer Berufsgruppen (zwei Assistenzärztinnen, eine Hebamme), die als Kontrastfolien die empirisch gesicherten Vergleichsmöglichkeiten erhöhen sollten, denn methodisch kontrollierte Reflexion muss sich auf „empirisch fundierte und nachvollziehbare Gegenhorizonte stützen“ (Bohnsack 2010: 38). Das so kompilierte Sample weist mehrere Besonderheiten auf, die in mehr oder weniger engem Zusammenhang mit dem Feldzugang stehen dürften. Dieser kam in erster Linie – von zwei Ausnahmen abgesehen – durch eine zivilgesellschaftliche Organisation, gewerkschaftliche Kanäle und über Betriebsräte zustande. Diese Hintergründe führen dazu, dass ein Großteil der interviewten Pflegekräfte gegenüber der Ökonomisierung der Krankenhäuser und ihren Konsequenzen eine kritisch Haltung einnimmt und ihre Teilnahme an der Studie der politischen Motivation entspringt, die gegenwärtigen ‚Zustände‘ der Öffentlichkeit mitzuteilen. Diese tendenziell einseitige Prägung des Samples lässt sich jedoch zu einer Stärke machen, wenn man sie in der Interpretation angemessen berücksichtigt: Sollten sich selbst bei jenen Pflegekräften, die der Ökonomisierung kritisch gegenüberstehen, Ökonomisierungstendenzen ausmachen lassen, ist das als Indiz für die Wirkmächtigkeit des strukturellen Wandels zu verstehen. Es dürfte dann also begründet spekuliert werden, dass die Akzeptanz der Ökonomisierung und ihre Konsequenzen ausgewachsener sind, als durch das Sample vermittelt wird. Gleichzeitig muss jedoch in der Interpretation auch reflektiert werden, inwiefern die politische Motivation zur Dramatisierung der ‚Zustände‘ geführt haben könnte.

8 Dieser zeitökonomische Vorteil kann mit der Methodik zwar gewährleistet werden, beschreibt aber weder das, was im Kern mit Problemzentrierung gemeint ist (vgl. Witzel/Reiter 2012: 5), noch ist ausgeschlossen, dass problemzentrierte Interviews mehrere Stunden dauern.

9 Dem wurde dadurch Rechnung getragen, dass den Interviews mit den Pflegekräften Interviews mit Betriebs- bzw. Personalrät*innen vorausgingen. Auch diese ‚Experteninterviews‘ wurden als problemzentrierte Interviews geführt (vgl. hierzu Witzel/Reiter 2012: 33f.).

Eine weitere Besonderheit besteht in der paritätischen Geschlechterverteilung des Pflege-Samples, die stark von der Verteilung im Pflegedienst der Krankenhäuser abweicht.¹⁰ Ein Faktor, der dazu beigetragen hat, dürfte der hohe Anteil an Intensivpflegekräften sein, denn die medizinische Intensivpflege weist einen höheren Anteil an männlichen* Pflegekräften auf (vgl. Bonse-Rohmann/Jaeger/Raschper 2007: 20), dieser bewegt sich allerdings auch nur bei etwa einem Drittel. Darüber hinaus befindet sich im Pflege-Sample keine Pflegekraft aus einem privat getragenen Haus, lediglich die interviewten Assistenzärztinnen waren in privat getragenen Häusern tätig.

Tabelle 3: Sample (Pflegekräfte)

Name ¹¹	Abk.	Trägerschaft des Hauses	Station	Position	Berufserfahrung ¹²
Herr Schimmeck	P1	Öffentlich (A) ¹³	Intensiv	Examiniert (FWB) ¹⁴	23 Jahre
Frau Jandric	P2	Öffentlich (B)	Gynäkol./Urol.	Stationsleitung	33 Jahre
Frau Henkel	P3	Öffentlich (B)	Onkol.	Examiniert	12 Jahre
Frau Bajramovic	P4	Öffentlich (C)	Gefäß-/Unfallchir./Urol.	Gruppenleitung	6 Jahre
Herr Niedhoff	P5	Öffentlich (C)	Gefäßchir.	Fachl. Leitung	6,5 Jahre
Herr Becker	P6	Frei-gemein. (D)	Intensiv	Examiniert	1,5 Jahre
Herr Ortlieb	P7	Frei-gemein. (E)	Intensiv + Aufnahme	Examiniert	6 Jahre
Frau Yildiz	P8	Öffentlich (B)	Intensiv	Examiniert (FWB)	6 Jahre
Frau Söllner	H1	Frei-gemein. (E)	Kreissaal	Examiniert	2 Jahre

Das Interviewmaterial wurde mithilfe einer Methodik ausgewertet, die sich in ihrer Grundstruktur an der dokumentarischen Methode, orientiert wie sie maßgeblich von

10 Die Krankenhausstatistik des Bundes weist für das Jahr 2015 im Pflegedienst 14,6% männliche* und 85,4% weibliche* Beschäftigte aus.

11 Die Namen wurden zum Zweck der Anonymisierung geändert.

12 Gezählt wurden die Jahre ab Beendigung der Ausbildung.

13 Die Buchstaben stehen für das jeweilige Haus.

14 FWB = mit Fachweiterbildung.

Ralf Bohnsack entwickelt wurde (vgl. etwa Bohnsack 2010). Sie bietet einen besonderen Zugang zur Logik der Praxis. Methodologisch grundlegend ist für sie, im Anschluss an Karl Mannheim, die metatheoretische Annahme eines Doppelcharakters des handlungsleitenden Wissens: Die Dimension des expliziten, kommunikativen Wissens wird unterschieden von der Dimension des implizit handlungsleitenden, konjunktiven Wissens. Bei ersterem handelt es sich um ein Wissen, das Akteur*innen von ihrem eignen Handeln haben, um ihre Alltagstheorien *über* ihre Praxis, um ihre eigenen Handlungsentwürfe, die Um-zu- und Weil-Motiven (vgl. Schütz 1974: 115ff.) folgen und die sie anderen gegenüber kommunizieren können. Dieses Wissen entspricht den als typisch geltenden „institutionalisierten Rollenerwartungen“ und den „damit verbundenen Orientierungsschemata“ (Bohnsack 2012: 122f.).¹⁵ Das implizite, konjunktive Wissen bezieht sich demgegenüber auf eine Dimension handlungsleitenden Wissens, die nicht ohne Weiteres der Reflexion und Explikation zugänglich, sondern vielmehr inkorporiert ist. Es ist nicht typischerweise und allgemein bekannt, sondern stellt eine Kompetenz dar, die nur jenen praktisch-habituell zur Verfügung steht und nur von jenen unmittelbar verstanden wird, die einen „konjunktiven Erfahrungsraum“ oder gemeinsamen Erlebniszusammenhang teilen. Konjunktive Erfahrungsräume konstituieren sich auf „der Grundlage von Gemeinsamkeiten der Erlebnisschichtung“ (Bohnsack 2012: 127).¹⁶ Handlungsorientierungen, die aus konjunktiven Erfahrungsräumen hervorgegangen sind, nennt Bohnsack im Unterschied zu Orientierungsschemata Orientierungsrahmen. Diese spannen sich zwischen einem (positiven oder negativen) Horizont und einem (positiven oder negativen) Gegenhorizont auf. Zusammen mit deren Enaktierungspotenzialen konstituieren sie den „Rahmen des Erfahrungsraums“ (Bohnsack 2010: 136). Bohnsack geht davon aus, dass Orientierungsschemata nur innerhalb von Orientierungsrahmen „handlungspraktische Relevanz“ (Bohnsack 2012: 128) gewinnen.

Diese doppelte Wissensbasis der Praxis bringt es mit sich, dass zwei Sinnebenen von Äußerungen und Handlungen zu unterscheiden sind: Der immanente Sinngehalt bezieht sich auf den subjektiv gemeinten Sinn, die Um-zu- und Weil-Motive, also darauf, was eine Äußerung oder Handlung im Sinne des Common Sense bedeutet.¹⁷ „Ich überreiche eine Gabe, um zu ‚helfen‘. Der ‚immanente‘ oder ‚objektive‘ Sinngehalt ist hier derjenige der ‚Hilfe‘. Er basiert auf wechselseitigen (reziproken) Motivunterstellungen, die gesellschaftlich institutionalisiert, also ‚objektiviert‘ sind“

15 Das explizite Wissen beinhaltet somit gemeinsam geteilte, typische oder auf Stereotypisierung beruhende „standardisierte und situationsunspezifische Handlungsregeln“ (Renn 2006: 123).

16 Es geht also nicht einfach darum, dass Akteur*innen als reale Gruppe gemeinsam etwas erlebt haben, sondern strukturell ähnliche Erfahrungen gemacht haben, so dass es etwa milieu-, generationen- oder geschlechtsspezifische, aber beispielsweise auch berufsspezifische Erfahrungsräume gibt. „Konjunktive Erfahrungsräume verbinden Menschen mit strukturidentischen Erfahrungen und Gemeinsamkeiten in der Sozialisationsgeschichte.“ (Weller/Pfaff 2013: 57; vgl. auch Mensching/Vogd 2013: 321)

17 Hier kann noch einmal unterschieden werden zwischen intentionalem Ausdruckssinn und Objektsinn: „Während es sich bei ersterem um Absichten und Motive des/der Erzählenden handelt, geht es bei Objektsinn um die allgemeine Bedeutung eines Textinhalts oder einer Handlung.“ (Nohl 2009: 8)

(Bohnsack 2010: 60). Demgegenüber handelt es sich beim sogenannten dokumentarischen Sinngehalt oder Dokumentsinn um eine Manifestation des implizit bleibenden, soziokulturellen Entstehungszusammenhangs (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 284). Er verweist auf den *modus operandi*, auf das Wie des Zustandekommens einer Äußerung oder Handlung. Auf dieser Ebene geht es nicht darum, was beispielsweise allgemein „Familie“ ausmacht, worin die institutionalisierte Architektur familiärer Rollenerwartungen gemäß des Common Sense besteht, sondern darum, was „Familie“ aufgrund von milieu-, generations- oder geschlechtsspezifischen Erfahrungen für eine*n Akteur*in bedeutet – eine Bedeutung, die nur von Akteur*innen mit einem strukturidentischen Erfahrungshintergrund unmittelbar verstanden wird.

Die dokumentarische Methode ist darauf hin konzipiert, das konjunktive, implizit bleibende handlungsleitende Erfahrungswissen zu rekonstruieren. Auf Basis der formulierenden Interpretation des immanenten Sinngehalts einer protokollierten „Ausdrucksgestalt“ (Oevermann 2002), also der Darstellung und Zusammenfassung dessen, was gesagt wurde, schreitet sie zur reflektierenden Interpretation fort, deren Ziel es ist, den Dokumentsinn zu rekonstruieren, den Orientierungsrahmen zu erschließen, in dem ein Thema verhandelt wird. Hierzu werden zum einen sequenzanalytisch die Horizonte und Gegenhorizonte ermittelt, in denen sich ein Thema bewegt. Zum anderen wird auf das Mittel der komparativen Analyse zurückgegriffen, denn: „Der je fallspezifische Erfahrungsraum konstituiert sich immer schon in der Überlagerung bzw. wechselseitigen Durchdringung unterschiedlicher Erfahrungsräume“ (Bohnsack/Nentwig-Gesemann/Nohl 2007: 15f.), so dass eine Äußerung oder Handlung in unterschiedlichen Orientierungsrahmen verortet ist und erst durch das Heranziehen von Vergleichshorizonten spezifische Orientierungsrahmen sichtbar werden (vgl. Bohnsack 2012: 129f.).¹⁸

Zwar ist die Bedeutung, die dem impliziten Wissen in einem organisationalen Setting zukommt, zu relativieren – darauf wird gleich zurückzukommen sein –, den-

18 Ein Horizont oder Rahmen wird dadurch sichtbar, dass analysiert wird, welche Anschlussäußerungen auf einen ersten Erzählabschnitt folgen. Es wird also davon ausgegangen, dass ein impliziter sinnhafter Zusammenhang zwischen erster Äußerung und Anschlussäußerung besteht. „Die Frage, die an die Abfolge der Äußerungszüge gestellt wird, lautet: Welche Unterscheidung wurde im ersten Zug getroffen, welcher Horizont entworfen, so dass der nächste Zug als sinnvolle Reaktion/Weiterführung nachvollziehbar wird?“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 296) Wird etwa, nachdem das Thema der Pflegedokumentation eingeführt wurde, darauf hingewiesen, diese sei abrechnungsrelevant, wird sie in einem ökonomischen Orientierungsrahmen verhandelt, wird sich hingegen über die Unleserlichkeit beschwert, wird die Dokumentation im Horizont ihrer Kommunikationsfunktion verhandelt. In der Sequenzanalyse wird also nach Produktionsregeln oder generativen Prinzipien für Abfolgen von Äußerungen gefragt (vgl. ebd.: 297). Liegt das Forschungsinteresse etwa darin, berufsspezifische Orientierungen auf die Dokumentation zu rekonstruieren, müssen derartige Orientierungen dann mit der Orientierung von Ärzt*innen oder einer anderen Berufsgruppe auf die Dokumentation verglichen werden, liegt der Fokus hingegen auf der Fachspezifik der Orientierungen, sind die Thematisierungen der Dokumentation durch Beschäftigte verschiedener Fachabteilungen zu vergleichen, um die interessierenden Orientierungsrahmen zu rekonstruieren.

noch ist davon auszugehen, dass die Praxis der Pflegenden nicht ausschließlich von reflexiv verfügbaren, subjektiven Handlungsabsichten geleitet wird, die von ihnen ohne Weiteres explizierbar sind. Insbesondere die Reaktionsweisen auf den ökonomisierungsbedingten strukturellen Wandel dürften von routinierten, habitualisierten Praxisformen und „impliziten Werthaltungen“ (vgl. Vogd 2006: 249) abhängig sein, die sich weniger in dem ausdrücken, was gesagt wird, sondern eher darin, wie es gesagt wird. Zudem darf nicht davon ausgegangen werden, dass die Übernahme von Tauschwertorientierungen in einem anti-ökonomischen Feld ausschließlich bewusst stattfindet und in den Eigentheorien der Akteure einfach ‚ausgeplaudert‘ wird. Der ökonomisierungsbedingte strukturelle Wandel betrifft eben nicht nur die institutionalisierten Rollenerwartungen, sondern auch den konjunktiven Erfahrungsraum der Pflegekräfte.

Die dokumentarische Methode wurde allerdings um weitere Interpretationstechniken ergänzt, denn um die Forschungsfrage I zu beantworten, ist zunächst keine rekonstruktionslogisch verfahrenende Auswertung nötig, sondern eine Deskription des Materials auf der Ebene des immanenten Sinngehalts. Für eine solche Deskription sind in der dokumentarischen Methode keine speziellen Interpretationsschritte vorgesehen. Es lassen sich jedoch an die formulierende Interpretation der für die Forschungsfrage relevanten Passagen die Interpretationstechniken der Kodierung, Kategorisierung und Strukturierung anschließen, um die Probleme und Konflikte, die von den Pflegekräften thematisiert wurden, zur Darstellung zu bringen. Genauer: Erst die Kodierung bestimmter Passagen des Interviewmaterials als Artikulation eines irgendwie gearteten Problems macht es möglich zu bestimmen, welche Passagen überhaupt relevant sind und entsprechend Gegenstand der formulierenden Interpretation werden. Die Probleme wurden anschließend zu Problemkategorien zusammengefasst. So wurde etwa das Problem „nicht leicht, sich gegen Ärzte durchzusetzen“ der Problemkategorie „Verhältnis Pflege-Ärzt*innen“ zugeordnet. Die Kategorisierung zeigte dann, dass die Probleme sich danach strukturieren lassen, ob es sich um Probleme mit den Arbeitsbedingungen, in der Interaktion mit feldspezifischen Akteur*innen oder um Folgeprobleme handelt, die aus Problemen mit den Arbeitsbedingungen oder Interaktionsverhältnissen resultieren.

Die zweite Fragestellung, wie Tauschwertbezüge relevant werden und wie sich die Pflegekräfte zu diesen positionieren, wurde dann rekonstruktionslogisch zu beantworten versucht, d.h. hier kamen die Interpretationstechniken der reflektierenden Interpretation und der komparativen Analyse zum Zuge. Die Selektion der zu rekonstruierenden Passagen orientierte sich an folgenden Kriterien: Erstens wurden gemäß des Forschungsinteresses und der Forschungsfrage jene Passagen ausgewählt, in denen die Interviewpartner Tauschwertbezüge herstellten, also etwa von Abrechnungsrelevanz, Sparvorgaben oder Erlösen sprachen. Zweitens wurden die Eingangserzählungen rekonstruiert, die auf die erste, für die Forschungsfrage wesentliche erzählgenerierende Frage, wie ein typischer Arbeitstags aussieht, produziert wurden. Drittens wurden jene Passagen rekonstruiert, in denen sich sogenannte Fokussierungsmetaphern¹⁹ finden ließen. Ziel der Rekonstruktion war es allerdings nicht, eine Typologie

19 Der Begriff der Fokussierungsmetapher ist ursprünglich auf Gruppendiskussionen gemünzt, bei ihnen geht es um eine kollektive Wirklichkeitskonstruktion, die sich in Passagen mit interaktiver und metaphorischer Dichte, hohem Engagement und hoher Intensität

von Orientierungen zum Thema Ökonomisierung herauszuarbeiten, wie dies etwa bei Slotala/Bauer/Lottmann (2008) geschieht. Vielmehr geht es darum herauszufinden, wie, in welchem Kontext und in welchem Sinne Tauschwertorientierungen für Pflegekräfte relevant werden.

Tabelle 4: Übersicht Forschungsdesign

Forschungsfragen	Dokumentarische Methode	Ergänzende Verfahren	Ziel
Mit welchen Problemen und Konflikten sehen sich Pflegekräfte alltäglich konfrontiert?	Formulierende Interpretation (tlw. reflektierende Interpretation)	Kodierung, Kategorisierung, Strukturierung	<i>Deskription</i> der grundlegenden Problemkonstellation in der Pflege
Wie werden Tauschwertbezüge für die Pflegekräfte relevant und wie positionieren sich die Pflegekräfte zu diesen ökonomisierungsrelevanten Themen?	reflektierende Interpretation und komparative Analyse (tlw. Sinngense)	Theoriegeleitete Interpretation	<i>Rekonstruktion</i> der Orientierungsmuster bezüglich ökonomisierungsrelevanter Themen

Da die forschungspraktischen Anfänge der dokumentarischen Methode in der Milieuforschung liegen, soll zumindest kurz auf die Frage eingegangen werden, inwiefern die ihr zugrunde liegende Meta- oder Sozialtheorie dem Kriterium der Gegenstandsangemessenheit der Methode entspricht. Zwar hat sie schon mehrfach im Bereich der Krankenhaus- und Ökonomisierungsforschung Anwendung gefunden (vgl. Slotala/Bauer/Lottmann 2008; Slotala 2011; Vogd 2004, 2006), hierbei gilt es allerdings zu reflektieren, inwiefern diese Übertragung in den Gegenstandsbereich der Organisationsforschung Modifikationen der metatheoretischen Annahmen erforderlich macht, worauf insbesondere Jansen/von Schlippe/Vogd (2015) aufmerksam gemacht haben:

dokumentiert (vgl. Bohnsack 2010: 123f.). Überträgt man diese Bedeutung auf Einzelinterviews (vgl. Nohl 2009: 46), bietet sich eine doppelte Verwendungsweise an: Man kann zum einen jene ‚sprachlichen Bilder‘, die von verschiedenen Interviewten abgerufen werden, um feldspezifische Sachverhalte zu charakterisieren – bei Pflegekräften etwa ein Spruch wie: ‚Wer schreibt, der bleibt‘, oder der Topos, man arbeite ‚am Bett‘ – als Fokussierungsmetaphern verstehen. Zum anderen kann man den Begriff auf Passagen eines Interviews beziehen, in denen besonders engagiert erzählt wird. Hierbei geht es dann nicht (notwendig) um „kollektive Erlebniszentren“ (ebd.: 125f.), sondern zunächst einmal um individuelle, die sich erst im Vergleich mit weiterem Interviewmaterial als kollektive erweisen könnten. In beiden Varianten markieren Fokussierungsmetaphern eine besondere Relevanz des Themas im Erlebniszusammenhang der Interviewten.

„...während Milieus und Generationen sich sehr gut als geschlossene, relativ homogene und nahezu vollständig durch implizites Wissen bestimmte soziale Zusammenhänge begreifen lassen, leben Organisationen gerade davon, dass explizite Wissensstrukturen wie etwa Verfahren (Luhmann 1969) oder Wissensbestände einer Profession (Abbott 1988) oder spezifischen Berufsgruppe (beispielsweise betriebswirtschaftlich ausgebildete Verwaltungskräfte) eine besondere Rolle spielen.“ (Ebd.: Abs. 3; vgl. auch die Beiträge in Amling/Vogd 2017)

In Organisationen sind allein schon aufgrund ihrer arbeitsteiligen und hierarchischen Formalstruktur funktionsbezogene Rollenstrukturen und -erwartungen wesentlich stärker institutionalisiert und spezifiziert als in Milieus. In der Organisation Krankenhaus treffen zudem sehr unterschiedliche Erfahrungsräume bzw. aus diesen resultierende Wissensstrukturen aufeinander, die in ein Arrangement gebracht werden müssen, damit der Organisationsprozess nicht zum Erliegen kommt: „Der *modus operandi* der jeweiligen sozialen Praxis entspringt, so scheint es, weniger einem eindeutig bestimmten und homogen erscheinenden konjunktiven Erfahrungsraum, sondern manifestiert sich vielmehr in der Art und Weise, wie diese verschiedenen Räume gegen- und miteinander prozessiert werden“ (ebd.: Abs. 8). Während die Typenbildung in der dokumentarischen Methode eher darauf abzielt, verschiedene Erfahrungsräume voneinander getrennt zu betrachten, ist man im Gegenstandsbereich organisationaler Praxis gut beraten, die „Verschränkung verschiedener sowohl implizit wie auch explizit strukturierter Räume“ (ebd.: Abs. 18) in den Blick zu nehmen. „Anders als etwa die soziale Praxis in Milieus, kann organisationale Praxis [...] nicht einfach auf konjunktive Erfahrungsräume zurückgeführt, sondern muss als Spiel zwischen verschiedensten Wissensräumen verstanden werden.“ (Ebd.: Abs. 4)

Doch auch wenn die Diskussion über Möglichkeiten einer dokumentarischen Organisationsforschung „auf der Suche nach dem Konjunktiven in der Organisation“ (Amling/Vogd 2017: 19) wichtige Wegweiser zu bieten hat, ist der hier zu untersuchende Forschungsgegenstand nicht ‚die Organisation‘ und ihre Reproduktionslogik, vielmehr geht es in einer arbeitssoziologischen Perspektive um die (Logik der) Praxis einer spezifischen *Berufsgruppe* innerhalb der Organisation Krankenhaus.

Gleichzeitig kann der Begriff der konjunktiven Erfahrungsräume auch als Bindeglied zwischen akteur- und gesellschaftstheoretischer Perspektive fungieren (vgl. Vogd 2006: 23ff.). Die Orientierungsrahmen, die aus konjunktiven Erfahrungen erwachsen, verweisen mit ihren Sinnhorizonten, innerhalb derer sie sich aufspannen, ebenso wie die Orientierungsschemata, die innerhalb dieser Rahmen als sinnvoll gelten, auf die sozialen Felder als übergreifende gesellschaftliche Strukturen. Damit schiebt die „Rahmenanalyse [...] der Beliebigkeit postmoderner Wirklichkeitskonstruktionen einen Riegel vor“ (ebd.: 21). Rekonstruierbare Tauschwertorientierungen reflektieren dann die strukturellen Bezüge des Feldes (und der in ihm sich vollziehenden Praxis) zur Ökonomie, Gebrauchswertorientierungen die strukturellen Bezüge zu relevanten gebrauchswert-geleiteten sozialen Feldern wie Pflege, Medizin, Wissenschaft, Bildung, Erziehung.

Diese Konzeption liegt auch dem Modus der Generalisierung der Ergebnisse zugrunde. Ziel der Generalisierung sind weder Häufigkeitsaussagen über die Verteilung von Merkmalen und Einstellungen, noch sollen allgemeine, induktiv aufgestellte, raum-zeitlich unabhängigen Gesetze formuliert werden. Vielmehr sollen diejenigen Komponenten entdeckt werden, aus denen erstens die Ökonomisierung der Pflege

besteht und die zweitens auf eine Ökonomisierung der Pflege hinwirken. Als explorative Studie angelegt, soll die Interpretation zu Thesen über feldspezifische Regeln, Probleme und Mechanismen der Ökonomisierung führen. Dabei sind zwei Stufen der Generalisierung zu unterscheiden: Die erste Stufe der Generalisierung besteht in der sinngenetischen Typenbildung, wie sie in der dokumentarischen Methode vorgesehen ist (vgl. Bohnsack 2007; Nohl 2009: 57f.). Die rekonstruierten Probleme und ökonomischen Orientierungen können in dem Maße als generell gelten, in dem sie sich in den fallinternen und fallübergreifenden komparativen Analysen als allgemein relevant erweisen (Generalisierung über den Vergleich des Verschiedenen). Die zweite Generalisierungsstufe liegt dann in der theoriegeleiteten Interpretation, die in dem Sinne generalisiert, das Thesen über die Struktur des Feldes generiert werden. In diesem Schritt wird diskutiert, inwiefern die Differenzen und die gemeinsam geteilten Problemlagen auf die gegenwärtigen Feldstrukturen zurückzuführen sind. Es geht in diesem Schritt also darum, das Material als Ausdruck der objektiven Feldstrukturen zu interpretieren. Das zentrale Scharnier hierbei ist die metatheoretische Verbindung von Wissen bzw. Orientierungsmustern und konjunktiven Erfahrungsräumen, also die Annahme der dokumentarischen Methode, dass Orientierungsrahmen Bearbeitungsformen gemeinsam geteilter, strukturidentischer Erfahrungen sind.

Bevor zur Beantwortung der Forschungsfragen übergegangen wird, ist es im Sinne der weitergehenden Problemzentrierung²⁰ angebracht, die aus der theoretischen und empirischen Literatur bekannte Struktur des Erfahrungsraums der Krankenhauspflege in ersten Umrissen zu skizzieren.

5.2 „WE ARE THE GLUE IN THE SYSTEM“ – ANNÄHERUNG AN DEN PFLEGERISCHEN ERFAHRUNGSRAUM

Der von den Befragten gemeinsam geteilte, konjunktive Erfahrungsraum ist die *Station* innerhalb der Organisation Krankenhaus. Sie ist der Raum,²¹ in dem die Pflegekräfte – sieht man von den konkret divergierenden Organisationsstrukturen der je

20 Witzel führt weiter aus, Problemzentrierung bestehe auch darin, „die objektiven Rahmenbedingungen zu untersuchen, von denen die betroffenen Individuen abhängig sind, die sie in ihrem Handeln berücksichtigen und für ihre Absichten interpretieren müssen. Dazu gehört die Dokumentation struktureller Merkmale des Alltagskontextes“ (Witzel 1985: 230).

21 Dass es sich bei der Station um einen Raum im materiellen Sinne handelt, ist, wie oben deutlich geworden sein sollte, keine notwendige Eigenschaft von Erfahrungsräumen, hängt hier vielmehr mit der Spezifik des Gegenstands zusammen. Der ärztliche Erfahrungsraum der Medizin oder der Erfahrungsraum der Kodierkräfte koinzidiert keineswegs mit einem materiellen Raum. Jansen/von Schlippe/Vogd (2015) sprechen deshalb auch von Erfahrungsräumen als ‚logischen Räumen‘, schütten allerdings das Kind mit dem Bade aus, wenn sie meinen, ein Erfahrungsraum sei ein ‚*formallogischer Raum* ohne ontologisches Korrelat“ (ebd.: Abs. 4). Ohne hier in die Tiefen der Sozialontologie einsteigen zu können, muss doch den Erfahrungsräumen ein gewisser sozial-ontologischer Status zuerkannt werden, denn sie sind als generative Formeln wirksam, die Praxis strukturieren und haben insofern ein ontologisches Korrelat, auch wenn dieses nicht in einem konkreten Ort besteht.

einzelnen Krankenhäuser ab – mit strukturidentischen Erfahrungen konfrontiert werden, aufgrund derer sie einen kollektiven, feldspezifischen Habitus entwickeln. Diese Einordnung könnte kontraintuitiv erscheinen, geht es doch um Pflege im Krankenhaus. Doch das empirische Material lässt es kaum angemessen erscheinen, die Organisation insgesamt als den primären, geteilten Erfahrungsraum zu betrachten, denn sie wird von den Akteur*innen selbst zur Umwelt ihres Aktionsradius²² gerechnet, der primär durch die Organisationseinheit der Station, auf der sie in und mit ihrem Team arbeiten, definiert ist.

Das Spezifische des Erfahrungsraums ‚Station‘ ist, dass er ein Schnittfeld oder Treffraum verschiedener Erfahrungsräume und sozialer Felder darstellt. In diesem organisationsinternen Schnittfeld laufen verschiedene soziale Felder nebenher und zusammen (Medizin, Pflege, Ökonomie, Recht, Wissenschaft, Politik), die je eigenen Logiken folgen und von denen die stationären Prozesse und Praktiken abhängig sind. Die Station lässt sich als sozialer Raum begreifen, in dem verschiedene Akteure einerseits unter der Ägide einer gemeinsam geteilten *illusio* zusammenkommen, die mit der *illusio* des Feldes korrespondiert, in dem die Organisation primär verortet ist (Feld der stationären Krankenversorgung als Sub-Feld des salutogenetischen Feldes), in dem aber andererseits eine „Vielheit von Perspektiven“ (Vogd 2004: 139) existiert. Die verschiedenen Akteur*innen, die die Bühne der Station betreten oder anderweitig in sie hineinwirken, sind in unterschiedlichem Grad in verschiedene Erfahrungsräume und Feldstrukturen eingespannt, d.h. sie orientieren sich in unterschiedlichem Grad an feldspezifischen Erwartungsstrukturen. Die vielfältigen Perspektiven stehen also nicht notwendig in einem harmonischen, sondern häufig in einem spannungs- und konfliktgeladenen Verhältnis zueinander. Denn auch wenn die „differenten Standpunkte der Patienten, der Pfleger, der Internisten, der Chirurgen, der Verwaltungsangestellten etc. [...] in einer Welt des Krankenhauses gleichzeitig nebeneinander bestehen [können], ohne sich kommunikativ durchdringen zu müssen“ (ebd.: 139), so müssen sie dennoch in der Praxis miteinander vermittelt werden, mag die Vermittlung auch darin bestehen, spezifische Kontexte situativ ‚draußen zu halten‘.

Das Bestechende an der feldtheoretischen Perspektive auf die Erfahrungsräume besteht im vorliegenden Forschungszusammenhang darin, dass sie die stationäre Praxis in verschiedenen Hinsichten beobachtbar macht. Soziale Felder sind Spiel-, Kräfte- und Kampffelder. Als Spielfelder legen sie fest, worum es in sachlicher Hinsicht geht, welches Spiel gespielt wird, welche Regeln gelten – in dieser Hinsicht markieren sie spezifische Sinnhorizonte. Zum zweiten können Felder dahingehend beobachtet werden, wer in welcher Weise am jeweiligen Spiel beteiligt ist, auf welcher Position steht, welche Ressourcen einbringen, mit welcher ‚Kraft‘ im Feld oder in ein Feld hinein wirken kann? Drittens wird nicht nur innerhalb eines Spiels um die jeweiligen Gewinne gekämpft, vielmehr handelt es sich bei der Organisationseinheit der Station auch um eine Arena, in der darum gekämpft wird, in welcher Situation welches Spiel gespielt wird, welche Regeln, welche Ressourcen und welche Akteure relevant werden,²² wessen Perspektive berücksichtigt oder ignoriert wird bzw. wer-

22 „Die praxeologische Perspektive kann [...] nicht bei der Differenz Akteur-Regel beginnen, sondern geht vom Primat der Praxis aus. Akteure sind – wie übrigens dann auch Regeln – [...] Produkte einer bestimmten Dynamik innerhalb eines sozialen Feldes.“ (Ameling/Vogd 2017: 21)

den kann. Inwiefern die Grenze und die Autonomie eines Feldes aufrechterhalten werden, wird so zu einer Frage der Praxis. Und: „Anders als in den abstrakten Begrifflichkeiten der Luhmann'schen Systemtheorie, gelingt es hier leichter, die Interaktionslogik der individuellen Akteure in ihren jeweiligen Positionen zu beschreiben.“ (Vogd 2004: 139)

Die pflegerische Praxis kann somit in Hinblick auf die Spannungen konstruiert werden, die sie aufgrund ihrer durch die Organisationseinheit ‚Station‘ vermittelten Einbindung in verschiedene Sinnhorizonte durchziehen. Hierzu ist ein Blick auf die professionstheoretische Auseinandersetzung mit der Krankenpflege hilfreich. Kern des professionellen pflegerischen Handelns²³ ist die Interaktion mit den pflegebedürftigen Patient*innen. Pflegebedürftigkeit beruht auf der zeitweisen oder dauerhaften Einschränkung der Autonomie des*der Patient*in, die wieder herzustellen Ziel pflegerischer Praxis ist (vgl. Fischer 2010: 244). Die Pflegebedürftigkeit begründet eine grundlegende Asymmetrie in der Beziehung zwischen Pflege und Patient*in. Diese nicht auszunutzen, sondern im Sinne einer „stellvertretenden Krisenbewältigung“

23 Wenn pflegerisches Handeln hier als ‚professionelles‘ verhandelt wird, bezieht sich das zunächst nur auf die Struktur des pflegespezifischen Handlungsproblems, das ihre „Professionalisierungsbedürftigkeit“ (Oevermann 1996: 135ff.) begründet. Davon zu trennen ist die Frage, in welchem Grad pflegerisches Handeln institutionell tatsächlich professionalisiert ist, ihr die dazu nötige Autonomie gewährt wird – Antworten fallen diesbezüglich in aller Regel pessimistisch aus: „Wir sind ja nur ‚nen Assistenzberuf“ (P3; vgl. auch Bartholomeyczik 2010: 138ff.). Die Geschichte der Entstehung des ‚professionellen Paares Arzt-Pflege‘ (vgl. U. Streckenisen 2015: 56) lastet wie ein Alp auf den Professionalisierungsbestrebungen der Pflege: Oevermann geht – wie die meisten anderen professionstheoretischen Ansätze auch – davon aus, dass professionelles Handeln die Anwendung wissenschaftlichen Regelwissens voraussetzt. Die Professionalität der Pflege ist damit abhängig vom Grad ihrer Verwissenschaftlichung. Aufgrund der asymmetrischen Komplementarität von ‚männlicher‘ heilender Medizin und ‚weiblicher‘ fürsorgender Pflege, wie sie im Krankenhaus historisch entstanden ist, wurde der Pflege jedoch jener abgespaltene Rest des Krankheitszustandes zugewiesen, der sich einer einheitlichen Verwissenschaftlichung tendenziell entzieht: das mit der naturwissenschaftlich-objektiv eingezirkelten Krankheit stets zusammenhängende subjektive ‚Erleben‘ der Krankheit durch den*die Patient*in. Als ‚Abgespaltenes‘ oder ‚Abjekt“ (vgl. Müller 2016) ist es diffus und könnte potenziell unter mehreren wissenschaftlichen Disziplinen aufgeteilt werden. Zudem beinhaltet es mit dem Bedarf an Zuwendung und Empathie im Kern Elemente, die einer objektivierenden Verwissenschaftlichung nur schwer zugänglich sind. Damit steht die Verwissenschaftlichung der Pflege – und die eventuell daraus hervorgehende Standardisierung – vor dem Problem, dass auch sie wiederum ein ‚Abgespaltenes‘ hervorbringt: Die Verwissenschaftlichung tendiert dazu, die instrumentellen Aspekte der „Objektbearbeitung“ gegenüber den spezifischen Momenten von *care* als „relational-leiblicher Praxis“ (vgl. Müller 2016: 45ff.) zu betonen. Zwar ist auch das professionelle Handeln der Ärzt*innen strukturell in die Herausforderung verstrickt, wissenschaftliches Regelwissen mit dem je konkreten Fall vermitteln zu müssen, doch der ärztliche Blick richtet sich auf Symptome naturwissenschaftlich definierter Krankheiten, der pflegerische Blick richtet sich demgegenüber auf ‚Symptome‘, die auf Unwohl-Sein und Bedürftigkeit (also Leiblichkeit im Unterschied zu Körperlichkeit) verweisen.

(Oevermann 1996) innerhalb eines Arbeitsbündnisses zu bearbeiten und dabei die Würde der*des Bedürftigen aufrechtzuerhalten, macht den wesentlichen ethischen Gehalt der Fürsorgerationalität professioneller pflegerischer Praxis aus. Das Ethos fürsorglicher Praxis (vgl. Senghaas-Knobloch 2008) ist charakterisiert durch Empathie, die Vertrauen erzeugt und dadurch die für das Zustandekommen des Arbeitsbündnisses nötige Reziprozität ermöglicht.²⁴ „Wann immer die leibseelische Angewiesenheit der Menschen auf die Hilfe und Sorge durch andere in den Blick kommt, geht es um die Anerkennung unvermeidbarer Abhängigkeiten und asymmetrischer Beziehungen und die Frage, wie dennoch der Würde des bedürftigen Individuums entsprochen werden kann.“ (Ebd.: 228)

Das grundlegende Vertrauen in die stellvertretende Krisenbewältigung speist sich patient*innenseitig jedoch auch aus der Erwartung, rational, d.h. auf der Grundlage von Fachkenntnissen und erlernten Fertigkeiten²⁵ sachangemessen versorgt zu werden. Anders als die Empathie, die auf Nähe aufbaut, beruht das wissenschaftlich fundierte, fachliche Problemlösungswissen auf einer gewissen Distanz gegenüber der konkreten pflegebedürftigen Person. Beides, Nähe und Distanz, diffuse Sozialbeziehung und spezifisches Rollenhandeln, verbindet sich, Oevermann (1996: 109ff.) zufolge, prozessual im Arbeitsbündnis zu einer „widersprüchlichen Einheit“. Die Reziprozität ist also durchaus widerspruchsanfällig: Nicht nur muss der*die pflegebedürftige Patient*in den Pflegenden vertrauen, die Pflegenden müssen gleichzeitig auf Seiten der Patient*innen den Willen zur weitest möglichen Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung ihrer Selbständigkeit unterstellen. Die Patient*innen dürfen zwar legitimerweise Unterstützung erwarten, aber nur in dem Maße, in dem sie ‚wirklich‘ notwendig ist. Die subjektiven Wünsche der Pflegebedürftigen können also nicht von sich aus Geltung beanspruchen, sondern sie müssen „stets vor dem Hintergrund fachlicher Kriterien dahingehend überprüft werden [...], ob man ihnen nachkommen kann“ (Birken/Menz 2014: 253). Unterscheiden sich die diesbezüglichen Auffassungen, kann die Unterstützungserwartung der Patient*innen mit der Orientierung der Pflegenden an der Aufgabe der Autonomieförderung in Widerspruch geraten.

Die pflegerische Praxis konstituiert sich jedoch nicht nur um diesen – in sich bereits widersprüchlichen – interaktionslogischen Kern, sie wird ebenso geprägt vom stationären und organisationalen Kontext, in dem sie stattfindet. Dieser konfrontiert die Pflege mit den angesprochenen, spannungsgeladenen Erwartungen und Anforder-

24 „Reziprozität in der Fürsorge ist nicht wie im Vertragsmodell die Folge einer eingegangenen Verpflichtung, kein Versprechen auf Gegenseitigkeit. Sie entsteht durch die Akzeptanz der Beziehung“ (Eckart 2000: 19).

25 Zu diesen gehört nicht nur pflegewissenschaftliches Wissen, sondern auch ein ‚pflegerischer Blick‘, der sich auf das leibliche Erscheinungsbild der Pflegebedürftigen als Ausdruck von Bedürftigkeit und als ‚Wegweiser‘ richtet. Auch wenn folgende Szene von einer Hebamme berichtet wird, die in ein Zimmer kommt, während der Ehemann der Patientin und der behandelnde Arzt sich unterhalten, steht sie doch prototypisch für den pflegerischen Blick: „Ich komm zufällig rein, sehe das blasse Gesicht der Frau, geh hin und sag: Ist ihnen schlecht? Ja, antwortet sie. Ich lagere sie auf die Seite und gleich wurde es besser. So ist es, wenn man [wie die Ärzte; R.M.] nur auf die Kurve guckt.“ (zit. n. Duden 2010: 28). Zum pflegerischen Habitus gehört also die „Fähigkeit des richtigen ‚*Sehens*““ (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2015: 123).

rungen verschiedenster – medizinischer, ökonomischer, bürokratischer, juristischer etc. – Couleur. Bleiben wir zunächst beim primären, auf Krankenversorgung gerichteten Feldbezug: Der Pflege kommt innerhalb der medizinisch dominierten, auf Diagnose und Therapie zugeschnittenen Organisation Krankenhaus eine spezifische Funktion zu, die wahrzunehmen Bestandteil des pflegerischen Selbstverständnisses ist. Bei der Pflege laufen im Prinzip alle Fäden der arbeitsteiligen Organisationsprozesse zusammen; sie sind die zentrale Schnittstelle zwischen Patient*in und Organisation. Auf die damit zusammenhängende, häufig im Schatten der direkten Pflege unsichtbar bleibende Organisationsarbeit hat jüngst Davina Allen (2015) ausführlich aufmerksam gemacht. Während alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus die Patient*innen nur in dem partiellen Zuschnitt wahrnehmen, der für sie relevant ist, behalten die Pflegekräfte, so die zentrale These von Allen, einen Überblick über die gesamte ‚Laufbahn‘ des*der Patient*in (*care trajectory*) und koordinieren die verschiedenen, auf die Patient*innen zulaufenden Prozesse der Organisation.²⁶ Pflegerische Praxis im Krankenhaus besteht deshalb nicht nur in „care-giving“, sondern vor allem auch in „articulation work“ (ebd.: 55). Diese beinhaltet einerseits, die Patient*innen in die organisationalen Abläufe einzuspüren, etwa indem bestimmte diagnostische oder therapeutische Maßnahmen auf verständliche Weise erklärt werden, andererseits aber auch, die Bedürfnisse und Interessen der Patient*innen so zu interpretieren und zu übersetzen, dass andere Organisationsmitglieder sachlich angemessen arbeiten können. Hierzu ein Beispiel aus dem Material:

„[E]s ist wichtig [auf Visite] mitzugehen, weil die Patienten erzählen viel, wenn der Tag lang ist – das muss man auch mal so sagen, ja. Können das auch nicht so einschätzen und dann kannst du schon – vor der Tür wird schon besprochen: ‚Och, da war heute das und das‘, ja, und dann wissen die Ärzte schon, um was es geht, bevor die Patienten es überhaupt erzählen, ja. Weil wenn sie alleine gehen, müssen sie das erst mal so hinnehmen. Dann rennen die los, Visite ist vorbei, die gehen zur Besprechung und sind den ganzen Tag weg. Und haben aber ihre Anordnungen so getroffen als wenn das stimmt, was der Patient sagt. Und du könntest das aber aufklären und sagen: ‚Ah, das war aber so‘, ja. ‚Und da haben wir schon was gemacht‘.“ (P2)

Die Pflegenden leisten also nicht nur in dem Sinne „Vermittlungsarbeit“ (Arnold 2008: 235ff.), dass sie die auf den*die Patient*in zulaufenden arbeitsteiligen Prozesse im Krankenhaus koordinieren (Schnittstellenfunktion), sondern in einem noch grundlegenden Sinne: Sie übersetzen die interpretierten Bedürfnisse der Patient*innen in eine für die Organisation Krankenhaus bearbeitbare Form und repräsentieren sie damit gegenüber anderen Organisationsmitgliedern in einer für diese relevanten und verständlichen Weise. Die ‚Stellvertretung‘ der Krisenbewältigung bezieht sich deshalb nicht nur darauf, dass die Pflegenden Tätigkeiten übernehmen, zu denen die Pflegebedürftigen nicht in der Lage sind, sondern auch darauf, die Bedürfnisse und Interessen des*der Patient*in innerhalb der Organisation gegenüber anderen zu vertreten.

26 „Indeed, despite the complexity of patient care delivery, a curiosity of hospital organisation is that no one is formally charged with responsibility for coordination, although nurses come closest to effecting it, de facto“ (Allen 2015: 55). Das beginnt sich von offizieller Seite aus erst nach und nach durch die Einführung des Case-Managements zu ändern.

Des Weiteren unterscheidet Allen zwischen „temporal articulation“ (Allen 2015: 60f.) und „material articulation“ (ebd.:63ff). Während erstere die Koordination verschiedener Abläufe und Zeitlichkeiten meint,²⁷ bezieht sich letztere auf Arbeiten, durch die versorgungsrelevante Materialien beschafft und alloziert werden: „Beyond identifying, lining up und assigning tasks, trajectory mobilisation also requires that the necessary materials are available to support the work.“ (Ebd.: 63) Neben den pflegerischen Blick auf den*die Patient*in tritt also die „organisational awareness“ (ebd.: 137) – ein Aspekt, der in der deutschen Professionalisierungsdebatte häufig übersehen wird.

Mit dieser den Pflegekräften informell, aber strukturell zufallenden Funktion hängt auch die zentrale Bedeutung zusammen, die der Patient*innennähe in der beruflichen Identität²⁸ der Krankenhauspflegekräfte zukommt. „To a considerable extent, nurses are the eyes and ears of the organisation and other actors, particularly doctors, depend on their clinical judgement to alert them to the need for an intervention.“ (Ebd.: 60) Es wird sich später anhand des Materials verdeutlichen lassen, dass diese Eigenschaft, stets „vor Ort“ zu sein und dadurch über ein versorgungsrelevantes Patient*innenwissen zu verfügen, das keine andere Akteurs- oder Berufsgruppe besitzt, identitätsstiftenden Charakter für die Pflege hat. Abzulesen ist dieses Selbstbild als Gegenkraft zu den zentrifugalen Kräften der organisationalen Arbeitsteilung und Spezialisierung dem oben vorangestellten Zitat: „We are the glue in the system“ – eine Funktion, auf die im Sample auch allerdings auch negativ Bezug genommen wurde: „[D]ie Pflege ist hier in dem Haus diejenigen, die alles ausbaden, die sind der Puffer für alles, für alles!“ (P4).

Zusammengenommen lassen sich drei kaum voneinander zu trennende Kernelemente der berufspraktisch sich reproduzierenden pflegerischen Identität ausmachen, deren Geltung auch durch die Interpretation des Interviewmaterials gestützt wurde: erstens die Fürsorgerationalität im Spannungsfeld von Fachlichkeit und Empathie und der mit ihr einhergehende Ethos (Bezugspunkt ist hier der*die Patient*in, auf den*die sich der pflegerische Blick richtet); zweitens die Patient*innennähe (Bezugspunkt sind hier die anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen); und drittens die „articulation work“ (Bezugspunkt ist hier die Organisation als Prozess, auf den sich die ‚organisational awareness‘ richtet). All dies spielt sich in der Gebrauchswertdimension des Feldes ab. Die sich aus diesen Elementen ergebenden Ansprüche der Pflegenden richten sich primär auf die Bedürfnisse der Patient*innen, allerdings zum Teil eben auch vermittelt über die ‚Bedürfnisse‘ der Organisation. Pflegekräfte produzieren insofern auch einen „organisationalen Gebrauchswert“, wie

27 „Wenn ’nen CT angemeldet ist für ’nen Patienten, [...] dann teilen die mir schon automatisch mit, oder über ’nen Arzt automatisch mit, eh ‚Findet statt um 11 Uhr‘ und ich muss ja vorher auch noch das Kontrastmittel geben und so weiter. Und dann versuch ich den Prozess so zu steuern, dass es auch funktioniert. Und wenn es eben nicht geht aus irgendeinem Grund, z.B. der Patient übergibt sich, ich krieg das Kontrastmittel nicht schnell genug rein, dann kann ich, weil’s halt ’nen Intensivpatient ist, da auch anrufen und sagen: ‚Ok, abgemacht war 11 Uhr, aber die Zeitschiene ist nicht haltbar.‘“ (P1)

28 „Der Begriff Identität wird hier in zweierlei Hinsicht verstanden, nämlich als (sozialer) Habitus im Sinne von Bourdieu und im Sinne von Identität als Selbst- und Fremdentifizierung, als Zurechnung einer sozialen Adresse.“ (Amling/Vogd 2017: 13)

Nies (2015: 297) mit Blick auf die „Systemingenieure“ der von ihr untersuchten Elektronikunternehmen und deren Schnittstellenfunktion formuliert. Die Pflegenden erheben den daran gekoppelten Anspruch, einen möglichst reibungslosen oder reibungsarmen Ablauf zu gewährleisten. Hierzu bedarf es der „organisational awareness“.

Die pflegerische Praxis ist andererseits jedoch durch einen doppelten Tauschwertbezug gekennzeichnet: Zum einen erfordert der organisationale Kontext, dass nicht nur patient*innenorientiert, sondern auch ‚effizient‘ gearbeitet, mit den organisational bereitgestellten Ressourcen (zu denen auch ihre eigene Arbeitskraft und -zeit gehört) ‚gehaushaltet‘ wird. Das Problem der Effizienz stellt sich zwar nicht ausschließlich aufgrund des Tauschwertbezugs des Feldes, unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen ist dieser jedoch ausschlaggebend: Es ist die Geldabhängigkeit der Organisation und die einzelorganisational begrenzte Verfügbarkeit geldförmigen Reichtums, der die verfügbaren materiellen, sozialen und zeitlichen Ressourcen begrenzt. Zum anderen wird die Pflegearbeit als Erwerbs- oder Lohnarbeit verausgabt. Wenn Hartmut Remmers (2010: 45) formuliert, die professionelle Pflege sei eine „widersprüchliche[n] Einheit von [...] Beziehungsarbeit einerseits und Erwerbsarbeit andererseits“, ist unschwer zu erkennen, dass es sich hierbei um eine feldspezifisch konkretisierte Bestimmung von Berufsarbeit in ihrer objektiven Doppelstruktur (vgl. Beck et al. 1980: 243ff.) handelt: Sie ist einerseits gebrauchswertbezogene, arbeitsinhaltlich bestimmte und damit an konkreten Bedürfnissen sowie gesellschaftlichen Problemen orientierte Arbeit, andererseits aber Lohnarbeit, die der Reproduktion der eignen Arbeitskraft dienen soll, die zu diesem Zweck an die Organisation verkauft wurde. Da auch pflegerische Arbeit als Lohnarbeit verausgabt wird, ist auch in ihr „strukturell immer schon eine Gleichgültigkeit gegenüber dem Arbeitsinhalt angelegt. Grundsätzlich kann dies – zu Ende gedacht – dazu führen, dass finanzielle oder auch prestigebezogene Aspekte eine so hohe Bedeutung erlangen, dass die Gebrauchswertproduktion gefährdet wird.“ (U. Streckeisen 2015: 50f.) Es ist diese – angesichts der Geschichte des Pflegeberufes und seiner Genealogie im christlichen Liebesdienst immer noch relativ neue (siehe 4.1.4 und 4.2.3) – spannungsreiche Doppelstruktur, die sich in einer Reihe der alltäglichen Probleme niederschlägt, mit denen sich Pflegekräfte heute auseinandersetzen müssen (vgl. 6.1). Allerdings bedarf es, damit aus dieser Möglichkeit der Verselbständigung der Tauschwertorientierungen gegenüber der Gebrauchswertproduktion überhaupt Wirklichkeit werden kann, auch institutionell und organisational entsprechender Gelegenheitsstrukturen. Wie diese aussehen, wird im Rahmen der Präsentation und Diskussion der empirischen Ergebnisse deutlich werden.

Zusammengefasst besteht ein wesentliches Moment des Konjunktiven des pflegerischen Erfahrungsraums in der Notwendigkeit des Arrangements verschiedener Räume und Felder von der spezifischen Position aus, die die Krankenhauspflege in der medizinisch dominierten, mittlerweile ökonomisierten Organisation Krankenhaus einnimmt. Um Phänomene der Ökonomisierung der Pflege zu entdecken, wird dieses Arrangieren mithilfe der theoretischen Figur des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert beobachtet, die somit als *sensitizing concept* dient.

6 Interpretandum: Pflegerischer Alltag

6.1 PROBLEMKONSTELLATIONEN UND -DIMENSIONEN IM FELD DER PFLEGE

Um einen Zugang zu dem zu gewinnen, was die Pflegenden im Sample als Problem thematisieren, bietet es sich an, die Pflege im Anschluss an Rahel Jaeggi (2014) als eine „Lebensform“ zu verstehen: „Lebensformen sind komplex strukturierte Bündel (oder Ensembles) sozialer Praktiken, die darauf gerichtet sind, Probleme zu lösen, die ihrerseits historisch kontextualisiert und normativ verfasst sind.“ (Ebd.: 58). Lebensformen differenzieren sich (funktional) mit unterschiedlichem Sachbezug aus und „gruppieren sich [...] arbeitsteilig um unterschiedliche Aufgabenbereiche gesellschaftlicher Reproduktion“ (ebd.: 88). Worin genau das spezifisch pflegerische Bezugsproblem besteht – eine Frage, die auch innerhalb der Professionalisierungsdebatte diskutiert wird –, darüber herrscht in der Literatur keine Einigkeit.¹ Aber dennoch trägt die Bestimmung hier weiter: Wenn Pflegekräfte bestimmte Umstände und Situationen als Problem thematisieren, haben wir es aus dieser Perspektive mit solchen Umständen und Situationen zu tun, in denen Ziele nicht oder nur unter Friktionen erreicht werden können, also die übliche und gewohnte Weise der Problemlösung ins Stocken gerät. Solche Probleme mit der Problemlösung sind dabei zugleich „subjektiv gegeben“ und „objektiv gemacht“ (vgl. ebd.: 208ff.), sie sind interpretationsabhängig, aber keine beliebigen Wirklichkeitskonstruktionen.² Insofern davon auszugehen ist, dass die Ökonomisierung innerhalb der Organisation Krankenhaus Zielkonflikte provoziert und zu Friktionen im Versorgungsprozess führt, rückt sie als problem erzeugende Dynamik in den Blick. Im folgenden Abschnitt geht es darum zu eruieren, welche Situationen und Umstände von den Pflegekräften als Problem ihrer alltäglichen Berufsausübung angesprochen werden. Erst in der später folgenden theoriegeleiteten Interpretation des empirischen Materials wird es darum gehen zu prüfen,

-
- 1 Häufig zu finden ist die mit Verlautbarungen von Berufsverbänden übereinstimmende Fokussierung auf die Erhaltung und Förderung der Autonomie der Patient*innen bzw. Pflegebedürftigen (vgl. etwa Bartholomeyczik 2010). Vogd meint demgegenüber, die Pflege habe ihr Bezugsproblem eher „in der Frage nach der Kontinuität von Personalität“ (78f.), wobei Person nicht innerpsychisch, sondern als soziale Identität, als Maske, verstanden wird; es sei die Rollenförmigkeit, die von der Pflege aufrechterhalten wird.
 - 2 Vgl. auch die Unterscheidung von Problembewusstsein und Problemsituation bei Ritsert (2012: 18ff.).

inwiefern diese Probleme auf die gesellschaftsstrukturelle Dynamik der Ökonomisierung zurückzuführen sind (vgl. 7.1).

Bei der Darstellung der Probleme wird primär auf das Wissen zurückgegriffen, das von den Interviewten selbst expliziert wurde, d.h. es werden nur jene Probleme, Problemdimensionen und Problemursachen benannt, die auch in den Interviews erwähnt wurden. Es handelt sich also um eine systematisierte Darstellung der Eigen-theorien der Pflegekräfte. Entsprechend werden im Folgenden auch die Akteur*innen selbst ausführlicher zu Wort kommen, wobei die Interviewausschnitte vor allem illustrativen Charakter haben, in Teilen jedoch auch reflektierend interpretiert werden.

Die Darstellung der Probleme steht allerdings selbst vor einem Problem: Der Alltag der Pflegekräfte ist nicht von säuberlich zu trennenden Einzelproblemen geprägt, sondern stellt sich als ein *Problemzusammenhang* dar. Aus darstellungstechnischen Gründen müssen dennoch einzelne Problemkomplexe voneinander isoliert werden, wobei zunächst jene Probleme betrachtet werden, die aus den Arbeitsbedingungen resultieren (6.1.1), und anschließend jene, die sich in Interaktionen mit anderen Akteur*innen ergeben (6.1.2). In den jeweiligen Ausführungen wird jedoch versucht, die Verbindungslinien aufzuzeigen, die zwischen ihnen bestehen. Dabei gibt es insbesondere einen Problemkomplex, der in alle anderen hineinspielt und insofern als übergreifender zu behandeln ist. Es handelt sich um den Komplex aus Personalknappheit, hoher Arbeitsbelastung und daraus resultierendem Zeitdruck. Er wird entsprechend zuerst dargestellt.

6.1.1 Arbeitsbedingungen

Unter Arbeitsbedingungen werden diejenigen Einflussfaktoren des Arbeitsalltags verstanden, die aus der Sicht der Pflege von außen, als Vorgaben aus der Umwelt auf sie einwirken. Da die Pflegekräfte sich primär ihrer Station zurechnen, gehören auch die (Entscheidungs-)Strukturen der Organisation Krankenhaus zur Umwelt. Braun et al. (2010: 135) stellen in ihrer Studie fest: „Alle Faktoren, die mit der Organisation und Struktur des Krankenhauses zusammenhängen“ und nicht etwa mit anstrengenden Patient*innen und Angehörigen, Einzelschicksalen der Patient*innen und unregelmäßigen Arbeitszeiten zu tun haben, „stellen sich in mehr oder minder steigendem Maße als Belastungsfaktoren dar.“

6.1.1.1 Personalknappheit, hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck

Bei der Durchsicht der Interviewtranskripte wie auch der bereits existierenden Literatur wird deutlich, dass heute ein eng geflochtener und den gesamten Arbeitsalltag übergreifender Problemzusammenhang für die Pflegekräfte von zentraler Relevanz ist, der sich aus Personalknappheit, hohem Arbeitsaufwand und Zeitdruck zusammensetzt. Alle drei Komponenten dieses Zusammenhangs sind untrennbar miteinander verbunden: Bei der Personalknappheit bzw. beim Personalmangel handelt es sich um einen relationalen Sachverhalt, bei dem nicht nur berücksichtigt werden darf, wie viele Pflegekräfte in einer bestimmten Schicht anwesend sind, sondern auch gefragt werden muss, was und wie viel sie zu tun haben. Allerdings handelt es sich um Größen, die unabhängig voneinander und aus verschiedenen Gründen variieren. Situationen der Personalknappheit und hohen Arbeitsbelastung resultieren für die Pflegekräfte immer in Zeitdruck. Man kann also zunächst festhalten, dass es sich bei der perso-

nellen Ausstattung und der Arbeitsbelastung um zwei unabhängige Variablen handelt, deren – im Falle der personellen Besetzung – negativer oder – im Falle der Arbeitsbelastung – positiver Ausschlag immer in Zeitdruck als der abhängigen Variable resultiert.³ Je nachdem wie stark diese Ausschläge sind, kann sich die Personalknappheit zum Personalmangel, die Arbeitsbelastung zur Überlastung und der Zeitdruck zum Zeitmangel zuspitzen, wobei der Umschlagspunkt nicht objektiv festzusetzen ist. Auf den Zeitdruck kann dann einerseits reagiert werden, indem die Arbeit intensiviert wird, indem also in derselben Zeit mehr gemacht wird. Hierin ist allerdings eine Tendenz zur impliziten Rationierung angelegt – bspw. wird das Duschen auf ein kurzes Abspritzen reduziert. Eine andere Bearbeitungsform besteht in der Verlängerung des Arbeitstages, also darin, Überstunden zu machen. Eine dritte, durch den Schichtbetrieb eröffnete Möglichkeit besteht darin, bestimmte Arbeitsaufgaben an die nächste Schicht weiterzugeben – oder sie bleiben schlicht unerledigt.

Im Interviewmaterial wird die personelle Situation dahingehend beschrieben, dass es sich bei den jeweiligen Normalbesetzungen, also den eigentlich auf den Stationen geplanten personellen Besetzungen, bereits um Mindestbesetzungen handelt. Die Arbeitsbelastung ist somit bereits ständig hoch und schon in dieser Konstellation kann in der Regel nicht mehr so gepflegt werden, „wie du es mal gelernt hast“ (P2). Wenn dann Pflegekräfte ausfallen oder mehrere besonders aufwändige Patient*innen auf Station kommen, entstehen Arbeitsspitzen, die nur dadurch bearbeitet werden können, dass bei bestimmten Tätigkeiten Abstriche gemacht werden – sie fallen „hinten runter“ (P6) oder es muss eine „Triage“ (P1) gemacht werden. Aus Sicht der Pflegenden handelt es sich dabei um nicht kompensierbare Arbeitsspitzen (vgl. hierzu auch Braun et al. 2014: 81ff.), denn gerade dann müssen sie eine Pflege betreiben, die sich unterhalb ihres Anspruchs bewegt.

Die *Ursachen* für die jeweils konkrete Situation der Personalknappheit können sehr unterschiedlich sein.⁴ Sie kann einerseits auf die allgemeine Tendenz zurückgeführt werden, dass die verschiedenen Häuser auf ökonomischen Druck mit Einsparungen beim Pflegepersonal reagieren, und genau das tun auch alle interviewten Pflegekräfte. So etwa Frau Jandric, die bereits seit 33 Jahren im Pflegedienst tätig ist:

„Und dann irgendwann war ich Stationsleitung, ich weiß nicht mehr wann [lacht], ist schon lange her. Und dann, ja, dann lief das alles völlig normal. Wir hatten damals ’nen Stellenplan von 13 Mitarbeitern und das war schon ordentlich. [...] Und äh, ja, dann mussten – fing das an mit der Sparerei.“ (P2)

Andererseits aber ist die Abwesenheit von ausreichendem Personal in vielen berichteten Fällen auch durch – der Wahrnehmung nach zunehmende – Krankheitsausfälle oder den Abbau von Überstunden (P2) bedingt. Gleichzeitig nehmen die Pflegekräfte eine sinkende Bereitschaft der Kolleg*innen wahr, aus dem Frei zu kommen, so dass

3 Der Studie von Braun et al. (2010: 134f.) zufolge gaben in ihrer Befragung von 2006 68% der Pflegekräften an immer oder überwiegend unter hohem Zeitdruck zu arbeiten.

4 Dieser Umstand kann auch strategisch genutzt werden. So wurde etwa in einem Haus eine Stelle mit der Begründung nicht besetzt, es herrsche in der Region Fachkräftemangel, doch später fand der Betriebsrat heraus, dass sich eine hinreichend qualifizierte Person beworben hatte und die Stelle schlicht aus Kostengründen nicht besetzt wurde.

Ausfälle schwerer zu kompensieren sind. Oder aber es gibt tatsächlich einen (regionalen) Fachkräftemangel und offene Stellen können nicht (direkt) wieder besetzt werden. Insgesamt treten solche Fälle recht häufig ein, so dass die Normal- bzw. Mindestbesetzungen eher regelmäßig unterboten werden. So berichtet etwa Frau Henkel, sie hätten auf ihrer onkologischen Station eigentlich eine Mindestbesetzung von fünf Personen, wobei eine Pflegekraft im Außendienst arbeiten und vier in die Zimmer gehen sollten. „In der Regel sind wir aber weniger. Also wenn wir jetzt drei Examinierte sind, das ist eher die Regel, plus 'ne Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer oder 'nen Student oder 'ne Auszubildende“ (P3). Eine weitere Ursache für das Problem der Personalknappheit in der Pflege wird in der Schwäche der Berufsgruppe gesehen, sich gegen Personalreduktionen bzw. allgemein gegen ihre Arbeitsbedingungen zu wehren: „Renitenz und Pflegepersonal, das passt nicht gut zusammen“ (P3).

Auf die enge Verflechtung der personellen Besetzung und der Arbeitsbelastung verweist auch der Umstand, dass in den Interviews beide häufig zusammen auftauchen. Der Grad der *Arbeitsbelastung* ergibt sich neben der personellen Besetzung aber auch aus dem jeweiligen „Arbeitsaufkommen“ (H1; P7). Wenn die Pflegekräfte von Arbeitsaufkommen reden, beschreiben sie stets eine Komponente ihres Arbeitstags, die sie selbst nicht in der Hand haben, sondern die ihnen äußerlich vorgegeben ist. Stets geht es um etwas Unplanbares. Nicht nur kann es jederzeit Notfälle geben, für die Pflege unplanbar ist auch, welche Patient*innen mit welchem Pflegebedarf⁵ auf Station kommen und welche Anordnungen von den Ärzt*innen getroffen werden – insofern herrscht im Feld der Pflege eine prinzipielle „Variabilität der Arbeitsvollzüge“ (Siegrist 1978: 61 ff.).

Aus Sicht der Pflegekräfte lässt sich dabei nicht nur von einem hohen, sondern von einem erhöhten Arbeitsaufwand sprechen – sie haben den Eindruck, dass die Arbeitsbelastung in den letzten Jahren merklich zugenommen hat. Die *Ursachen* für diese Zunahme sehen die Pflegekräfte dabei vor allem 1. in einem erhöhten Pflegeaufwand der Patient*innen, der wiederum verschiedene Ursachen haben kann: Nicht nur (a) der demographische Wandel,⁶ sondern auch (b) der medizinische Fortschritt und (c) die Trennung zwischen ambulanten und stationären Behandlungen⁷ wurden

5 An dieser Stelle mitgedacht ist auch ein Patient*innentypus, den die Pflegekräfte als ‚schwierig‘ bezeichnen. Hierbei geht um Patient*innen mit besonderen Anspruchshaltungen, die ständig unnötig klingeln, einen speziellen, etwa aggressiven Charakter haben oder ähnliches (vgl. hierzu Kap. 6.1.2.1).

6 Herr Schimmeck brachte das Stichwort der ‚geriatrischen Intensivstation‘ ins Spiel. Beispiele für den erhöhten Pflegeaufwand bei älteren Patient*innen sind der erhöhte Bedarf an Mobilisation oder ein erhöhter Aufwand im Nachtdienst. Frau Jandric fasst zusammen: „Früher hast du auch mal junge Leute da gehabt, die waren dann selbständig, da musstet du nicht viel machen, da hast geguckt, schnauft, alles gut, ja. Das war kein Problem. Heute sind sie aber wirklich - die musst sie lagern, du musst auch nachts fragen: ‚Wollen sie was trinken?‘ Ja. Musst sie frisch machen, weil sie sich eingenässt haben oder so. Also das ist schon, ähm, viel mehr geworden.“ (P2)

7 Aus dem Bereich der Onkologie berichtet Frau Henkel, dass diejenigen Patient*innen, die „noch einigermaßen gut beisammen sind“, ambulant behandelt werden, so dass nur noch

in den Interviews als Gründe für einen erhöhten Pflegeaufwand angeführt. Hinzu kommen 2. die Aufgaben, die von ärztlicher Seite aus auf die Pflegekräfte übertragen werden (bspw. Infusionen anhängen)⁸ und 3. neue Aufgaben, die aufgrund des Abrechnungssystems (DRGs/PKMS) oder im Rahmen von Zertifizierungen und Qualitätsmanagement an die Pflege herangetragen werden (Dokumentationsaufwand, Medikamentenschränke regelmäßig prüfen etc.). Außerdem darf 4. zumindest von der Idee her heute kein Bett mehr frei bleiben, so dass es keine „Flautezeiten“ (P1) mehr gibt.⁹ Interessant ist, dass die kürzere Verweildauer der Patient*innen gegenüber der Prä-DRG-Zeit, die in der Literatur stets als eine Ursache der Arbeitsverdichtung angegeben wird, von den Interviewten nicht thematisiert wird.

Welche *Konsequenzen* der Problemzusammenhang von Personalknappheit, hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck zeitigt, ist nur schwer in Gänze darzustellen, schließlich handelt es sich um den zentralen, übergreifenden Problemzusammenhang. Hier soll nur kurz auf die Konsequenzen hingewiesen werden, die auf der Grundlage der Interpretation der Interviews als besonders relevant gelten dürfen: Von professioneller Pflege kann unter diesen Bedingungen keine Rede sein. In Situationen der hohen Arbeitsbelastung – die aus der Sicht der Pflegenden vor dem Hintergrund ihres Anspruchs Überlastungen sind – ist der Arbeitstag gekennzeichnet vom „Gerenne von einer Notwendigkeit zur nächsten Notwendigkeit“ (P7) und somit kaum in eine Struktur zu bringen. Unter den Bedingungen einer hohen Arbeitsbelastung werden Tätigkeiten, die eigentlich als sinnvoll und wichtig erachtet werden, zu einer weiteren Belastung. Hierzu zählt insbesondere die Einarbeitung neuer Kolleg*innen, die Zusammenarbeit mit unerfahrenen Kolleg*innen, denen zu helfen man eigentlich keine Zeit hat, die Pflege von aufwändigen Patient*innen oder die Ausbildung von Schüler*innen. Pausen fallen aus oder Überstunden an. All das führt dann dazu, dass die Freizeit kaum mehr anders genutzt werden kann als zur Erholung von diesen Arbeitsbedingungen, was gerade von den jüngeren Pflegekräften thematisiert wird – die „Lebensqualität“ leidet (P8).

Bei der *Bearbeitung* des Problems der hohen Arbeitsbelastung und des Zeitdrucks spielt für die Pflegekräfte die Differenz von erfahrenen und jungen Kolleg*innen eine besondere Rolle. Der Grundtenor ist, dass es zumindest eines gewissen Maßes an Erfahrung bedarf, um mit den aktuellen Anforderungen umgehen und die Unplanbar-

die Patienten zu ihnen auf Station kommen, „denen es körperlich halt richtig schlecht geht“ (P3) und die entsprechend einen höheren Pflegebedarf haben.

- 8 „Also es gab mal Tätigkeiten vor 20 Jahren, da war das völlig undenkbar, es hat nicht mal ein unerfahrener Assistenzarzt bestimmte Sachen gemacht. Das war so die Aufgabe vom Oberarzt oder vom Facharzt, der sich auskannte. Und die sind automatisch praktisch an uns delegiert worden. Z.B. kriegen ganz viele Patienten Pleuraergüsse bei uns, da wird 'ne Pleuradrainage gelegt und so 'ne Drainage, die muss man regelmäßig ausspülen, ne. Vor 20 Jahren war das sozusagen jetzt, so definitiv 'ne Arztaufgabe, das zu machen, heute ist das ganz selbstverständlich unsere Aufgabe.“ (P1)
- 9 Die Pflegekräfte spielen hiermit darauf an, dass die Krankenhäuser heute versuchen, die Betten immer möglichst voll zu haben, die Aufnahmen also nicht dem Zufall überlassen, sondern eine Rationalisierung in der ‚Kundenakquise‘ vorgenommen haben. Diese Strategie wird freilich von verschiedenen Häusern in verschiedenem Maße und mit verschiedenem Erfolg verfolgt. Dennoch ist das Prinzip bei den Pflegekräften angekommen.

keit der Arbeit handhaben zu können; diese Fähigkeit gehört zum pflegerischen Habitus (vgl. Allen 2015: 61). So berichtet etwa Frau Henkel über die oben beschriebene Problemkonstellation:

„Dann kommen sehr viele ungeplante Zugänge, also das ist dann immer wieder ein Umswitchen von dem, was ich eigentlich, wie ich eigentlich meinen Tag geplant habe, zu dem, wie es dann tatsächlich abläuft, da muss man immer sehr flexibel sein und ähm und es erfordert auch schon viel Erfahrung, um das dann bewältigen zu können. Also, das ist ähm nicht einfach.“ (P3)

Neben diesem grundsätzlichen Erfordernis, dass die Bewältigung des Alltags Erfahrung braucht, kommt hinzu, dass in Situationen einer hohen Arbeitsbelastung insbesondere die erfahrenen Kolleg*innen viel auffangen müssen – sei es, dass sie von den Unerfahrenen gefragt werden, wo Abstriche gemacht werden können; sei es, dass sie unerfahrenen Kolleg*innen helfen müssen; sei es, dass sie (regelmäßig) die Schichtleitung übernehmen. Frau Yildiz, die auf einer Intensivstation arbeitet, „stinkt“ die Situation besonders und bringt sie so auf den Punkt:

P8: „Jetzt mittlerweile, ich bin jetzt sechs Jahre da ähm, [stöhnt], es ist eigentlich immer jemand mit mir im Dienst, der weniger Erfahrung hat, äh, sprich: Ich habe immer drei Patienten, ja, weil äh, man muss ja so viel Rücksicht nehmen auf die neuen Kollegen. Was halt auch vielen stinkt.“

RM: „Ähm was ist das da genau, was, äh, was euch da stinkt?“

P8: „Ähm naja gut, dass die Arbeitsbelastung für einen selbst eigentlich immer hoch ist, ja. Ich bin mit ’nem neuen Kollegen eingeteilt, heißt ich habe drei Patienten, der andere hat zwei, ähm, dann kommt noch dazu, dass der neue Kollege noch nicht so selbständig ist äh wie ich, das heißt, der hat noch tausend Fragen in seinem Dienst, das heißt zusätzlich zu den drei Patienten, die ich zu betreuen hab, muss ich auch noch meinem Kollegen helfen, obwohl ich keine Zeit dazu habe.“

Hinzu kommt, dass Tätigkeiten wie die Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen und die Ausbildung von Schüler*innen tendenziell von den erfahreneren Pflegekräfte übernommen werden, die gleichzeitig in der Regel auch die höchste Anzahl an Patient*innen betreuen. Insgesamt zeichnet sich so ein Bild ab, in dem insbesondere die erfahrenen Pflegekräfte über Gebühr beansprucht werden. Sie sind es, die Arbeitsspitzen kompensieren oder aushalten müssen. So erzählt etwa Frau Yildiz, kurz nachdem sie erwähnt hat, dass mittlerweile immer jemand mit ihr Dienst hat, der noch nicht so lange dabei ist wie sie:

„Und ähm, ja, wenn ich ganz viel Pech hab, hab ich auch noch jemanden zum Einarbeiten dabei oder ’nen Schüler, ja, also – das war gestern, gestern im Spätdienst war das genauso. Ich hatte drei Patienten, war die Schichtleitung und hatte noch jemanden zum Einarbeiten dabei und neben mir halt ähm ’ne Kollegin mit weniger Erfahrung.“ (P8)

Ein (häufig gewählter) Ausweg aus dieser Situation besteht im Übergang zur Teilzeitarbeit. Neben dieser Reduktion der Arbeitszeit, die man sich finanziell auch leisten können muss, bleiben allerdings noch weitere *Exit*-Optionen: der Wechsel auf eine andere Station oder in ein anderes Haus, der Wechsel von der Pflege in das Controlling oder der komplette Ausstieg aus dem Krankenhaussektor (vgl. hierzu die NEXT-Studie: Hasselhorn et al. 2005). Bevor zu solchen Maßnahmen übergegangen wird, gibt es freilich auch noch die Möglichkeit, mit Überlastungsanzeigen bei den Vorgesetzten auf die Situation aufmerksam zu machen. Diese Option wird von den Pflegekräften jedoch tendenziell als problematisch oder zumindest ambivalent wahrgenommen, da die Anzeigen einerseits als Ausdruck dafür interpretiert werden, dass man seine Arbeit nicht schafft, ergo: nicht professionell genug arbeitet, andererseits aber wissen die meisten auch um die Konsequenzlosigkeit der Überlastungsanzeigen.

Wichtig zur Bewältigung einer hohen Arbeitsbelastung ist außerdem ein funktionsfähiges Team.¹⁰ Im Sample sind es entsprechend gerade die Pflegekräfte, die aktuell oder seit längerem kein gut funktionierendes Team um sich haben, die ihre Station kurze Zeit nach dem Interview verlassen haben.

6.1.1.2 Die Personalfluktuaton

Bei der Personalfluktuaton handelt es sich ebenfalls keineswegs um ein neues Problem.¹¹ Löffert/Golisch (2013: 30f.) berichten, 2011 habe es unter den Pflegekräften eine Fluktuationsrate von ca. 6% gegeben. Mit eingerechnet sind dabei aber nur diejenigen Pflegekräfte, die den Arbeitgeber verlassen haben. Nicht mit einbezogen sind all jene Pflegekräfte, die innerhalb eines Hauses die Abteilung wechseln.¹² Für die Pflegekräfte hat dieser hausinterne Wechsel allerdings eine ganz ähnliche Bedeutung wie die anderen Formen der Fluktuaton. Im vorliegenden Sample befinden sich drei Pflegekräfte, die ‚fluktuieren‘ sind.

Worum geht es aus Sicht der interviewten Pflegekräfte bei der Fluktuaton? Auf die offen gestellte Frage, was man sich unter Personalfluktuaton vorstellen könne, antwortet Herr Becker, seit er vor eineinhalb Jahren auf der Intensivstation angefangen habe, hätten mindestens vier Kolleg*innen die Station verlassen – entweder hätten sie gekündigt oder die Abteilung gewechselt. Direkt im Anschluss erzählt er, es seien „unglaublich viele Leute neu“, womit er einerseits die „vier oder fünf“ Kolleg*innen meint, die sich in Einarbeitung befinden, und andererseits diejenigen „zwei oder drei, die noch nicht so lange eingearbeitet sind“ (P6). Und demnächst wechsele

10 Ein gutes Team stellt generell einen zentralen Faktor für die Arbeitszufriedenheit dar: „The importance of effective teamwork in nursing and healthcare cannot be overemphasized. Nurses stay in jobs where teamwork is effective. Furthermore, when nurses work on effective teams, they are more productive and less stressed, the quality of care they deliver is higher, there are fewer errors, and patients are more satisfied.“ (Kalisch/Weaver 2009: 298)

11 So führt bspw. Elkeles die „hohe Fluktuaton und kurze Verweildauer im Beruf bei Pflegekräften“ (1988: 12) neben nicht näher benannten vielen anderen Gründen auf die mit der Funktionspflege einhergehende Demotivation zurück. Im Sample dominiert allerdings das Modell der Bereichspflege – ein Hinweis darauf, dass zwar das Phänomen der Fluktuaton nicht neu ist, aber seine Gründe sich gewandelt haben könnten.

12 Auch andere Studien wie die groß angelegte NEXT-Studie beziehen sich primär auf den Berufsausstieg (vgl. etwa Hasselhorn et al. 2005 und Braun/Müller 2005).

wieder eine Kollegin, die schon 20 Jahre dort arbeitet, hausintern die Station. Bereits an dieser Beschreibung wird deutlich, dass die Fluktuation aus Sicht der Pflege unmittelbar mit einem höheren Arbeitsaufwand verbunden ist, da selbst wenn die frei werdenden Stellen direkt wieder besetzt werden, die neuen Kolleg*innen eine Einarbeitung brauchen. Herr Becker führt das Thema mit folgendem Wortlaut in das Interview ein:

„Also es gibt wie auf den meisten Intensivstationen ’ne ordentliche Personalfuktuation ähm mit entsprechend viel Reibungsverlust durch ähm Einarbeitung und so weiter. Ähm, werden auch relativ viele wirklich komplette Berufseinsteiger eingestellt, die dann halt wirklich ’nen halbes Jahr brauchen bis die halbwegs auf dem Stand sind, wo die Intensivpatienten auch betreuen – also wirklich Intensivpatienten, beatmete Patienten betreuen können.“ (P6)

Zur Einarbeitung meint er später im Interview:

„Also ich würd mal sagen, man kann keine vernünftige Einarbeitung machen, wenn man mehr als zwei Patienten betreuen muss, egal was für Patienten das sind, weil das ist einfach mehr(!) Aufwand. Man kann nicht irgendwie vier Patienten betreuen und dann zwischen Tür und Angel noch Einarbeitung machen, weil es ist einfach – also wenn ich vier Patienten allein betreue, ist das trotzdem weniger aufwändig als wenn ich zu zweit vier Patienten betreue und noch Einarbeitung machen muss.“ (P6)

Neben dieser Assoziation von Fluktuation und mehr Aufwand durch Einarbeitung bzw. die Hilfebedürftigkeit neuer Kolleg*innen auch nach der offiziellen Phase der Einarbeitung kommt hinzu, dass sich das Verhältnis von erfahrenen und neuen Pflegekräften zuungunsten ersterer verschiebt. Entsprechend berichten selbst zwei junge Interviewpartner*innen mit einer Berufserfahrung von eineinhalb bis zwei Jahren, dass sie in ihren Schichten häufig diejenigen mit längerer Berufserfahrung sind und entsprechend von Neulingen beansprucht werden. Bei der Hebamme, Frau Söllner, ist die Situation derart zugespitzt, dass sie häufig die Dienstälteste ist und entsprechend die Schichtleitung und damit auch inoffiziell die Verantwortung für das Handeln der jüngeren Hebammen übernimmt – und das, obwohl sie selbst noch „tausend Fragen“ (H1) hat.

Da es gerade die erfahrenen Pflegekräfte sind, die Situationen einer hohen Arbeitsbelastung auffangen, wird hier deutlich, dass die Personalfuktuation ein Problem darstellt, das den übergreifenden Problemzusammenhang von Personalmangel, hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck in doppelter Hinsicht – höherer Aufwand durch Einarbeitung und Wegbrechen von Erfahrung – weiter zuspitzt.¹³

13 Noch weiter zuspitzen ließe sich diese Problemkonstellation, wenn man berücksichtigt, dass die erfahrenen Pflegekräfte auch die sind, denen eine gewisse ‚natürliche‘ Autorität zukommt, die sie gegenüber einerseits den Ärzt*innen, andererseits aber auch den Vorgesetzten ausspielen können, um Prozesse abzuwehren, die die Arbeitssituation der Pflegekräfte weiter verschlechtern. Das aus langjähriger Erfahrung erwachsende Selbstbewusstsein wird insbesondere bei Frau Jandric deutlich, die im Sample diejenige ist, die die längste Berufserfahrung hat: „Und somit wird es ’n bisschen schwierig im Moment wieder, auch die Zusammenarbeit [mit den Ärzt*innen; R.M.], dass ich, ich(!) alte Frau mir von so ’ner

Eine weitere Dimension dieses Problems liegt in einer Erfahrung, die man als Erfahrung des Sisyphos bezeichnen kann: Die erfahrenen Pflegekräfte stecken Arbeit in die Einarbeitung oder auch die Ausbildung von Pflegekräften zu Praxisanleiter*innen und dann verlassen die Leute, die sich gerade zu einem eigenständig funktionsfähigen Teammitglied gemauert haben, aber auch schon wieder die Station und man muss dieselbe Energie und Zeit bei den neu dazukommenden Pflegekräften wieder investieren. Eine solche Erfahrung kann langfristig zu Demotivation führen. So meint Herr Niedhoff in Bezug auf „ausländische Mitarbeiter“:

„Ich mein, das ist extrem aufwendig und viel Arbeit, jemanden einzuarbeiten in dieser Art und sehr, sehr traurig, wenn die dann nach einem oder nach zwei Jahren wieder gehen, weil das ist zwar finanziell kein Aufwand, aber die Energie und die Zeit, die man da rein steckt – und für die ist es sicherlich auch nicht leicht. Manche gehen auf dem halben Weg kaputt und gehen dann wieder nach Hause. Aber, das ist wirklich eine extreme Belastung und sehr viel Arbeit.“ (P5)

Die *Ursachen* für die Fluktuation sind vielfältig. Es können einerseits idiosynkratische Motive ausgemacht werden, die Station zu verlassen, weil das Fach einem nicht liegt. Daneben spielen strukturelle Gründe eine Rolle wie vor allem die hohe Arbeitsbelastung, geringe Wertschätzung der Arbeit durch Vorgesetzte oder organisationale Restrukturierungen, die zu einer Veränderung der Patient*innenklienten führen.

Die hohe Fluktuation hat *Konsequenzen* für wesentliche Faktoren einer hohen Arbeitszufriedenheit: Zum einen besteht die Gefahr, dass das für die Arbeitszufriedenheit zentrale Teambuilding immer wieder unterminiert wird. Zum anderen braucht es immer wieder den Aufwand einer Einarbeitung, d.h. die Fluktuation führt zu einer höheren Arbeitsbelastung, die zugleich mit der Erfahrung des Sinnlosen und der Sisyphusarbeit einhergeht, also der Erfahrung, dass man sich Mühe gibt und die Person, in die man so viel Arbeit investiert hat, dann doch wieder geht, woraufhin wieder jemand neues kommt und eingearbeitet werden muss.

6.1.1.3 Unterbrechungen

Unterbrechungen stellen einen zentralen Faktor der Arbeitsbelastung in der Pflege dar (vgl. Arnold 2008: 206ff.; Baethge/Rigotti 2013). In einer Befragung von 2006 gaben 43% der Pflegekräfte an immer oder überwiegend mit störenden Unterbrechungen konfrontiert zu sein (vgl. Braun et al. 2010: 134f.). Wenn es explizit um das

Rotznase, sag ich mal, [schmunzelt] Gott weiß was sagen lassen muss am Telefon, wobei ich alleine auf dieser Station die Frauenklinik betreuen könnte. Mal 'nen ganzen Tag ohne Arzt oder auch zwei, das wär gar nicht schlimm. Aber die können ja nicht ohne Pflege. Und dann sag ich: ‚Sag mal, wie redest du eigentlich mit mir.‘ Da kommt so das: ‚Äh, ja, wieso soll ich jetzt kommen?‘ Sag ich: ‚Weil ich dir das sag.‘ Ja. Erstens mal war ich ja Stationsleitung und zweitens hab ich dreißig Jahre Frauenklinik gemacht. Was will die mir erzählen, ja, wenn die gerade aus der Uni kommt. Da sag ich: ‚Das ist noch n Unterschied‘, sag ich, ‚wer dich anruft.‘ Ja. ‚und wenn ich dir sag, du müsstest dir die Frau angucken, dann musst du dir die Frau angucken.‘“ (P2) Von den jüngeren Pflegekräften waren solche Töne nicht zu hören.

Thema der Unterbrechungen geht, sind es im vorliegenden Interviewmaterial vor allem folgende Umstände, die angesprochen werden: Das Klingeln des Telefons, die Anordnungen der Ärzte und die Patienten klingeln; da Intensivstationen nicht so einfach zugänglich sind wie Allgemeinstationen, kommt hier noch die Klingel der Eingangstür als besonderer Faktor hinzu.

Welche Rolle Unterbrechungen im Alltag der Pflegenden spielen wurde am ehesten im Rahmen ihrer Beschreibungen eines ‚typischen‘ Arbeitstages sichtbar, in denen sie ständig präsent waren. Diese Beschreibungen strukturieren sich durch die Differenz von Grundstruktur und Strukturlosigkeit, von geplanten und ungeplanten Tätigkeiten. Unterbrechungen gehen deshalb tendenziell in der generellen Unplanbarkeit und Strukturlosigkeit der pflegerischen Arbeit, in der „Variabilität der Arbeitsvollzüge“ (Siegrist) unter und es fällt entsprechend nicht leicht, das Problem der Unterbrechungen zu isolieren. Es gibt einen nahtlosen Übergang zwischen den Themen der generellen Unplanbarkeit des Arbeitstages, der „Störungen“ durch Angehörige oder andere Berufsgruppen und der „Unterbrechungen“.

Unterbrechungen sind freilich nur dann Unterbrechungen, wenn die Pflegenden *aktuell* einer *bestimmten* Tätigkeit nachgehen. Hierzu zwei klassische Beispiele:

„Ich bin am Waschen und dann kommt ’ne junge Assistenzärztin rein und macht Visite während der Patient nackt im Bett liegt. Und das ist schon sehr störend und, ja, wir können eigentlich keine Arbeit schön in Ruhe fertig machen, das ist so gut wie unmöglich. Es klingelt das Telefon, dann muss man zwischendurch schnell was erledigen, dann kommen irgendwelche Anordnungen, dann klingelt es natürlich auch sehr oft, ähm, so dass man da halt nochmal nach der Klingel gucken muss.“ (P3)

„Also ich fand das sehr belastend und sehr störend mit dem Telefon rumzurennen, wenn du ’nen Patienten pflegst. Also, [lacht] der ist nackig vor dir und du wäschst den und das Telefon klingelt und ge-: ‚Ja, zum Röntgen, ja ok.‘ [lachen] und dann gehst du erst mal weg und bringst jemand zum Röntgen oder so, und der liegt da halb zugedeckt, also, ja, das fand ich sehr, sehr störend.“ (P7)

Störungen liegen darüber hinaus vor, wenn ein geplanter „Arbeitsablauf“ (P7), also eine geplante *Reihenfolge* verschiedener Tätigkeiten nicht oder nur durch Ablenkungen eingeschränkt eingehalten werden kann. So werden von Frau Henkel etwa Angehörige als störend empfunden, die schon vormittags da sind und die man erst aus dem Zimmer schicken muss, bevor man mit dem Waschen anfangen kann; „ständig(!) ist irgendjemand im Zimmer“ (P2), beschwert sich Frau Jandric; Verlegungen, Neuzugänge und Notfälle sind es bei Herrn Ortlieb, die einen „flüssigen Arbeitsablauf“ (P7) stören.

Unterbrechungen und Störungen stehen also immer im Gegensatz zu *geplanten Tätigkeiten* oder einem geplanten *Tätigkeitsablauf* und sind insofern mit der generellen Unplanbarkeit und Unstrukturiertheit des Arbeitstages verknüpft, die sich aus Sicht der Pflege vor allem aus zwei Quellen speist: a) aus der eigentümlichen zeitlichen Rhythmik der Patient*innenbedürfnisse¹⁴ und b) aus der wiederum eigenen zeit-

14 So schreibt auch Doris Arnold auf Grundlage ihrer Beobachtungen: „Pflegende waren rund um die Uhr nicht nur für festgelegte und planbare Tätigkeiten zuständig, sondern auch und

lichen Rhythmik der Bedürfnisse der arbeitsteiligen Organisation Krankenhaus, der anderen Berufsgruppen und Abteilungen (vgl. auch Arnold 2008: 235; Allen 2015: 58ff.). Besonders interessant und prototypisch ist in diesem Zusammenhang die Erzählung von Frau Jandric zu ihrem typischen Arbeitstag:

„Und das [mit den Patienten „Dummschwätzen“; R.M.] gehört ja alles dazu, ja, und nicht nur reinkommen, Blutdruck messen, Puls fühlen, ja, Verband machen, raus. Aber so ist es mittlerweile manchmal. So, dass man sich mal Zeit nimmt und auch 'ne Ansprache hat, auch so wenn du – wenn jemand wirklich da liegt und gar nichts machen kann, ja, und du sagst, meine Güte, ja, dieser arme Mensch wird bald sterben, dass du mal so 'n bisschen dir Zeit nehmen kannst, um die Pflege so zu machen, wie du es mal gelernt hast und wie du es dir vorstellst, ohne Hektik, ja, und so zu sagen, boah ey, ich hab ja nur 'ne viertel Stunde Zeit, ja. Dann dass du einfach sagen kannst, ich nehm' mir jetzt 'ne halbe Stunde und dann kann ich ja später nochmal hingehen. Du musst – wenn sie nicht essen können, musst du das Essen anreichen, du musst zwischendurch reingehen, ähm, trinken anreichen. Das ist ja auch nicht nur: ach, morgens 'ne Tasse Kaffee und mittags 'nen Glas Wasser, das – musst ja immer weder hingehen, ja. Mundpflege machen zwischendurch und auch Lagern, dass sie keine Druckstellen bekommen, also das – man kann so 'nen Tag ganz schlecht, so in so 'ne Form pressen, weil das ständig so kreuz und quer geht, ja, zwischendurch geht dann das Telefon, ja, dann prämedizier' mal den Herrn Meyer, der muss jetzt in den OP, der wird gleich geholt. Da rennst du von deiner Arbeit weg, machst den nächsten Patienten fertig. Also, das sind ja vielleicht, wenn du Pech hast sieben Patienten am Tag, oder acht, vielleicht auch mehr. Das ist verschieden, ja, dann kommen die ja auch wieder nach oben, dann musst du die besonders kontrollieren, ja, sind die ansprechbar, geht's denen gut, atmen die gut, dass denen nichts passiert, also das ist so – immer irgendwas. Und jetzt werden die Medikamente ja nicht mehr nachts gerichtet, die Tabletten für den nächsten Tag, das wird jetzt im – meistens im Frühdienst gemacht unter einem Vier-Augen-Prinzip. Jetzt stell dir vor – examiniert natürlich, ja – da sind nur zwei Examierte und die sollen dann 27 Patienten die Tabletten richten, zu zweit, da kommst du aber in Schwulitäten, ja. Und das macht wahrscheinlich auch keiner, wenn sie auch alle sagen: ‚Ja, wir machen das.‘ So, und das läuft so alles zwischendurch. Dann kommen die Sozialarbeiter und, und, ähm, haben ihre Fragen, wann die Leute nach Hause sollen, das musst du alles so nebenbei machen. Die Visite musst du ausarbeiten, was haben die Ärzte angeordnet. Ja, so, was weiß ich, sagen wir mal z.B. das Labor für den nächsten Tag, dann füllst du die Karten aus und legst sie zur Seite, macht dann der Nachtdienst, ja, aber du musst es ja vorbereiten. Ja. Die Medikamente aktualisieren. Und am schlimmsten ist die Dokumentation. Die nimmt den meisten – die meiste Zeit in Anspruch.“ (P2)

Frau Jandric beschreibt hier (und in den vorangegangenen Sätzen) zunächst, wie sie sich Pflege vorstellt: Es geht ihr darum, sich für die Patient*innen Zeit nehmen zu können, genauer: nicht nur einmal eine viertel Stunde da zu sein, sondern länger *und später nochmal*. Dass man später nochmal hin müsste, bildet dann eine thematische Brücke zur *eigenen zeitlichen Rhythmik der Patient*innenbedürfnisse*, die verlangen,

gerade für die nicht planbaren Bedürfnisse von PatientInnen. Die ‚Störungen‘ durch das Klingeln von PatientInnen gehörten also zu den zentralen Inhalten der Pflegearbeit und waren doch gleichzeitig für Pflegenden und auch in einigen Fällen für PatientInnen belastend.“ (Arnold 2008: 207)

dass man „immer wieder“ hingeht.¹⁵ Diese Thematik führt Frau Jandric dann zu der allgemeineren Aussage, ein Tag lasse sich schlecht in eine Form pressen, weil alles „kreuz und quer“ gehe. Erst im Anschluss daran kommt sie auf das Telefon, die zentrale Schnittstelle zwischen der Station und Umwelt, zu sprechen. Die Unplanbarkeit, das Kreuz-und-Quer des Arbeitstages,¹⁶ bezieht sich damit jetzt nicht mehr auf die Patient*innenbedürfnisse, sondern auf die ‚Bedürfnisse‘ der arbeitsteiligen Organisation: „Herr Meyer“ muss *jetzt* in den OP. *Hektik* entsteht der Konstruktion von Frau Jandric zufolge also vor allem dann und dadurch, dass die Patient*innenbedürfnisse mit ihrer speziellen Zeitlichkeit einerseits und die Bedürfnisse des organisational-arbeitsteiligen Ablaufs mit wiederum ihrer eigenen Zeitlichkeit unter Bedingungen des Zeitdrucks miteinander vereinbart werden müssen.

Gleichzeitig zeigt sich in der beispielhaften Erzählung über Herrn Meyer, dass die Bedürfnisse der arbeitsteiligen und primär auf die „Zweckveranstaltung“ (Rohde) der Medizin gerichteten Organisation Krankenhaus dominieren: Wenn das Telefon klingelt und Herr Meyer für den OP vorbereitet werden muss, „rennst du von deiner Arbeit weg“. Durch die Folgesequenz wird deutlich, was Frau Jandric hier mit „deiner Arbeit“ meint: Der*die nächste Patient*in, zu dem*der man rennt, ist auch ein*e Patient*in, der*die im eigenen Bereich angesiedelt ist, der aus sieben, acht oder mehr Patient*innen besteht, und in diesem Sinne der Bereichspflege eigentlich auch ihr* Patient*in ist und somit auch Teil ‚deiner Arbeit‘. Was also macht hier die Differenz aus? Die Differenz besteht darin, dass Frau Jandric ‚vom Telefon‘, also *von außen* zum anderen Patienten gerufen wurde, während sie gerade einer von ihr selbst geplanten Tätigkeit nachgeht. Entsprechend zeichnet sich ‚deine Arbeit‘ dadurch aus, dass Frau Jandric sie sich selbst organisiert hat. Die Arbeit, die die Pflege sich selbst organisiert, ist den medizin- und organisationsnahen Aufgaben, die Frau Jandric von außen (Telefon) angetragen werden, also untergeordnet; sie bleibt liegen, wenn letztere sich ankündigen, wie bereits von Doris Arnold (2008: 209) beobachtet wurde: „Es gab [...] eine Rangordnung von Aufgaben im Krankenhaus, in der die Arbeit der Pflegenden in der Regel derjenigen der ÄrztInnen und den Abläufen von Diagnostik und Therapie untergeordnet war.“

Ein Beispiel für die teilweise konfligierenden Rhythmen der verschiedenen Berufsgruppen und die Dominanz des ärztlichen Funktionskreises gibt Herr Schimmeck:

„Also das klassische Beispiel ist z.B. es ist ganz anstrengend ’nen Intensivpatienten, wenn er lange Zeit beatmet war, den wieder dazu zu bringen, dass er isst, ne. Weil er halt schlapp ist und essen anreichen, klassische 12 Uhr, wenn halt das Essen kommt, aber es kann halt sein um 12 Uhr ist Visite, dann hat man keine Zeit dazu. Dann sagt man eben zum Patienten, wenn der

15 Es sind auch Patient*innenbedürfnisse, die über die Klingel artikuliert werden.

16 Eine vertiefte Analyse zeigt auch, dass Frau Jandric jede Erzählung über eine spezifische Tätigkeit mit einer Coda beendet, so dass hier auch sprachlich ihre Beendigung als Zielpunkt zum Ausdruck kommt: Das Thema der postoperativen Kontrollen der Patient*innen wird mit der Coda „immer irgendwas“ beendet. Dann fällt Frau Jandric das Medikamente stellen ein und sie beendet dieses Thema mit der Coda: „das läuft alles zwischendurch“. Dann kommen ihr die Sozialarbeiter in den Sinn – Coda: „das musst du alles so nebenbei machen“.

jetzt nicht unbedingt um 12 Uhr auch was essen will: ‚wir machen’s zwischen 13 und 14 Uhr‘, weil dann kann ich’s halt in Ruhe dann machen.“ (P1)

Zur *Bearbeitung* des Problems der Unterbrechungen kommen auch hier wieder Priorisierungen und Praktiken der „temporal articulation“ (Allen 2015: 58) zum Zuge. Während der Hunger des Patienten keine unmittelbare Bearbeitung verlangt und man mit ihm darüber reden kann („dann sagt man eben zum Patienten“), die Essensausgabe zu verschieben, gibt es bei der Visite keine Option, sie zu verschieben – entweder man ist jetzt anwesend oder gar nicht. In solchen Situation kommt es dann zu einer Priorisierung der medizinischen Tätigkeiten (es sei denn, der Patient klagt sein Essen vehement ein: „wenn der jetzt nicht unbedingt um 12 Uhr auch was essen will“). Diese Priorisierung zeichnet sich auch in der von Frau Henkel berichteten Praxis ab, zu versuchen, sich die Arbeit im Laufe des Tages so zu organisieren, dass sie nach den mittäglichen Besprechungen der Ärzte einen Freiraum hat, um deren Anordnungen auszuarbeiten und dem Spätdienst nicht zu viel Arbeit liegen zu lassen.

Anders scheint die Lage bei Organisationsaufgaben zu sein, wie sich an der Thematisierung des Außendienstes ablesen lässt. Dieser wird von Frau Jandric als „immens wichtig“ bewertet, „weil er dir viel abnehmen kann [...] so die Organisation halt auch“ (P2). Hier versuchen die Pflegekräfte nicht wie bei der Visite oder den Anordnungen von sich aus Möglichkeiten zu finden, den organisationalen Anforderungen nachzukommen, sondern sie sind froh, wenn sich jemand anderes darum kümmert. Die Auslagerung des Telefons aus der Bereichspflege (beispielsweise an eine Stationsassistentin oder die Schichtleitung) ist ein zentraler Mechanismus zur Reduktion von solchen Unterbrechungen.

Neben den ärztlichen Anordnungen und dem Telefon waren es vor allem die Patient*innen klingeln, die als Unterbrechungen thematisiert wurden. Auch im Umgang mit diesem Problem wird ein funktionsfähiges Team, in dem man sich gegenseitig unterstützt, als wesentlich eingeschätzt, denn es entstehen häufiger Situationen, in denen Pflegekräfte nicht auf ‚ihre‘ Klingel gehen können, da sie anderweitig beschäftigt sind. In diesen Situationen ist es hilfreich, wenn Kollegen aus dem Team kurz einspringen, was aber auch nicht überall gemacht werde:

„Ich hab es erlebt, dass wirklich gesagt wurde: ‚Ne, das ist nicht mein Bereich, da geh ich nicht hin.‘ Ist natürlich schwierig, weil es kann auch sein, dass es ’nem Patienten in dem Moment schlecht geht und die Kollegin und die Kollegen da grad nicht rein gehen kann und das kann schon ’nen Problem sein.“ (P3; vgl. auch Arnold 2008: 267)

6.1.2 Interaktionsverhältnisse

Die Pflege ist als soziale Dienstleistungsarbeit, die innerhalb einer Organisation stattfindet, in der sich mehrere weitere Berufsgruppen bewegen, in hohem Maße durch die Interaktion mit anderen Akteur*innen geprägt. Die wesentlichen Arbeitsinhalte der Pflege sind durch diesen interaktiven Charakter bestimmt. Das betrifft nicht nur die Arbeit mit ihrem ‚Arbeitsgegenstand‘, dem*der Patient*in, sondern auch die verschiedenen Formen der „organising work“ (Allen 2015), denn auch die Koordination der verschiedenen an eine Falltrajektorie angegliederten Prozesse sowie das Sammeln von prozessrelevantem Wissen findet interaktionsförmig statt. Dabei spielen

selbstverständlich auch eine Reihe von Artefakten wie etwa technische Geräte, die Patient*innenakte oder andere Notationssysteme eine Rolle, aus Sicht der Pflege stehen jedoch die durch sie vermittelten Interaktionen im Fokus ihrer Arbeit. Während es im vorherigen Abschnitt um die Arbeitsbedingungen ging, die von den Pflegenden als äußerlich vorgegebene, objektive Umstände erlebt werden, geht es also nun um die konkrete Arbeit, die unter diesen Bedingungen zu erledigen ist.¹⁷

6.1.2.1 Pflege-Patient*innen

Die Patient*innen sind der zentrale Bezugspunkt der gesamten Zweckveranstaltung des Krankenhauses. Sie bilden, wie Rohde notiert, den „Angelpunkt des Normhorizontes, der als apersonale Autorität über dem Funktionsentwurf der Institution schwebt“ (Rohde 1974: 218). Zwar erscheinen sie je nach Position-Funktion der Akteur*innen, die mit ihnen interagieren, in anderer Gestalt, doch gerade für die Pflege gilt: Was aus ihrer Sicht zur Versorgung der Patient*innen nicht beiträgt, wird tendenziell als sinnlos betrachtet.¹⁸ In diesem Teilabschnitt geht es allerdings nicht um eine Rekonstruktion der Pflege-Patient*innen-Interaktion oder der viel beschworenen Patient*innenorientierung der Pflege.¹⁹ Vielmehr steht zur Diskussion, in welchen Hinsichten die Patient*innen selbst als Hindernisse auftreten, um an ihnen die Lösung des Bezugsproblems der Pflege zu vollziehen.

Im Verhältnis Pflege-Patient*in gibt es für die Pflegenden eine grundlegende Problemstellung: Sie müssen zwischen den einzelnen Bedürfnissen nicht nur eines*einer Patient*in, sondern mehrerer Patient*innen abwägen, welches wann mit wie viel Zeitaufwand bearbeitet wird.²⁰ Patient*innen werden also nicht nur als einzelne zum Problem (siehe unten zu ‚schwierigen Patient*innen‘), sondern gerade in ihrer Gesamtheit, die im Sample in der Regel durch die Arbeitsorganisation der Bereichspflege definiert ist.²¹ Bei Herrn Schimmeck dokumentiert sich dieses Problem etwa in folgender Passage:

17 Die Arbeit der Dokumentation bleibt dabei allerdings noch ausgespart, da sie unten (6.2) noch ausführlicher behandelt wird.

18 So hält beispielsweise Herr Becker die Dokumentation am Ende seiner Schicht, die einfach nur im manuellen Abschreiben von Werten auf einem Monitor besteht und administrative, nicht versorgungstechnische Gründe hat, für „ziemlich bescheuert“ (P6).

19 Eine kritische Diskussion der verschiedenen Konzepte von Patient*innenorientierung findet sich bei Stemmer (2001: 132ff.).

20 Vgl. hierzu – allerdings mit stärkerem Bezug auf das Modell der Funktionspflege – auch Kersting (2011). Auch Allen weist auf die Differenz von „individual needs“ und „populations needs“ hin (Allen 2015: 21), wobei ihr zufolge erstere im Rahmen einer „professional logic“ und letzte im Rahmen einer „managerial logic“ bearbeitet werden. Wenn Allen spezifiziert, in der managerial logic „primacy is given to the efficiency of the organisation in serving population needs“, so ist vor dem Hintergrund des hier zugrunde gelegten konzeptionellen Rahmens darauf hinzuweisen, dass sie damit im Wesentlichen das meint, was oben idealtypisch als gebrauchswert-ökonomische Rationalität bestimmt wurde (vgl. 3.2.2.).

21 Es arbeiten alle Pflegekräfte des Samples bis auf Herr Niedhoff nach dem Modell der Bereichspflege, d.h. bei Schichtbeginn teilen die Pflegekräfte unter sich ein, wer welche Patient*innen versorgt, so dass eine Pflegekraft für die Dauer einer Schicht für die gesamte

„Bei uns gibt es klassischer – oder durchaus auch Patienten die halt zur Intensivüberwachung da sind, die aber halt spontan atmen und halt auch spontane Wünsche haben, also, die halt Abendessen wollen, ne. Und dann läuten sie halt einfach und weil ich keine Zeit hab, muss ich dann sagen – also klar, wenn die alles selber machen können, kein Problem, dann stelle ich ihr 'nen Abendessen hin, aber wenn er sagt, ich hab jetzt Hunger und dann sag ich: ‚Tut mir leid, ich bin jetzt beim Nachbarpatienten noch beschäftigt, sie müssen halt eben noch 'ne halbe Stunde warten‘, ne. Und das hat auch wieder Konfliktpotenzial, also. Ich verüble es dann keinem Patienten, der sagt: ‚Aber ich hab jetzt Hunger‘. Dann kann ich ihm auch nur sagen: ‚Ja, in 'ner halben Stunde‘, ne.“ (P1)

Um dieses Problem zu bearbeiten ist es nötig, eine Interpretation und Gewichtung der Patient*innenbedürfnissen vorzunehmen. Wie oben bereits gesehen spitzt sich dieses Problem und die Dringlichkeit seiner Bearbeitung umso mehr zu, je ungünstiger der Betreuungsschlüssel für die Pflegekräfte ausfällt. Doch auch wenn eine solche Priorisierung unter den Bedingungen von Personalknappheit, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck immer wichtiger wird, so handelt es sich doch um ein Problem, das auch ohne diesen extern bedingten Zeitdruck existieren würde, denn in der „Logik der Zeitverausgabung“ (Haug 1996: 139ff.) der Pflege ist keine immanente Stopp-Regel vorgesehen, die festlegt, wann der Pflegeauftrag bezüglich eines*einer einzelnen Patient*in ausgeführt ist. Zusammenfassend lässt sich den Interviews entnehmen, dass bei den medizinnahen Aufgaben wie der Ausführung von ärztlichen Anordnungen, der Kontrolle von Vitalzeichen oder der im juristischen Sprachspiel immer noch so genannten ‚Behandlungspflege‘ (Verbandswechsel etc.) am wenigsten Abstriche gemacht werden. Bei körperbezogenen Aufgaben – vor allem beim Waschen – werden die Abstriche schon häufiger, obwohl dabei auch darauf geachtet wird, dass Tätigkeitsausfälle kompensiert werden. Am meisten Abstriche sind bei den psychosozialen Versorgungsaufgaben bzw. der Kommunikation (auch mit den Angehörigen) zu verzeichnen (vgl. hierzu auch Braun et al. 2011: 83ff.; Bräutigam et al. 2014: 54; Slotala/Bauer/Lottmann 2008).

Die Probleme in Bezug auf einzelne Patient*innen haben einerseits mit ihren unangemessenen Anspruchshaltungen und andererseits mit dem daraus resultierenden „Benehmen“ (P5) zu tun. Eine erste Dimension des Problems von unangemessenen Anspruchshaltungen oder Erwartungen wird von zwei Pflegekräften angesprochen: Manche Patient*innen hätten falsche Vorstellungen von den Möglichkeiten der Medizin. Entweder sie setzten falsche Hoffnungen in die Medizin und wollen nicht wahrhaben, dass bei ihnen medizinisch nichts mehr zu machen ist (P3), oder sie machen sich Illusionen über das Resultat des Krankenhausaufenthalts, denken, dass sie „krank [reingehen] und gesund nach Hause gehen“ (P5). Solchen Vorstellungen muss dann mit klärenden Gesprächen entgegengearbeitet werden.

Doch während dieses Einspüren in die Realität des Versorgungsprozesses noch zu den Aufgaben gehört, für die Pflegekräfte auch ihrem Selbstbild nach verantwortlich sind, berichten zumindest die Pflegenden der Allgemestationen – teilweise

Versorgung einer bestimmten Patient*innengruppe zuständig ist. Auf der Station von Herrn Niedhoff wird ein Konzept verfolgt, das von der Gruppenleitung „Koordinationspflege“ genannt wird, aber dem Modell der Funktionspflege recht ähnlich ist.

recht engagiert – von noch einer anderen Form einer Anspruchshaltung seitens der Patient*innen, die in den letzten Jahren zugenommen habe und Erwartungen an die Pflegekräfte impliziert, die diese zurückweisen.²² Frau Henkel erzählt:

„...und dazu kommt ja auch noch, dass die Anspruchshaltung der Patienten und auch der Angehörigen sehr gewachsen ist. Also ich bin 2010 das letzte Mal aus der Elternzeit zurückgekommen, davor war ich anderthalb Jahre in Pause, und ich würd sagen, in diesen anderthalb Jahren hat sich das enorm gedreht, dass die Leute sagen, also: ‚Ich bin hier der Kränkste von allen‘ – sowieso. Und ich brauch jetzt und sofort alles und was die anderen Patienten betrifft, das interessiert mich überhaupt nicht.“ (P3)

Es zeigt sich hier (wie auch im oben angeführten Konflikt zwischen Visite und Essensausgabe bei Herrn Schimmeck), dass die Pflegekräfte zur Umsetzung ihrer Priorisierungen auf die *compliance* der zu Pflegenden angewiesen sind. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn einzelne Patient*innen ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf andere Patient*innen und die Arbeitsorganisation der Pflegekräfte in den Vordergrund spielen. Während also Frau Henkel an den Bedürfnissen der anderen Patient*innen (und der Organisation) orientiert sein muss, hat sie den Eindruck, dass die Patient*innen sich dafür immer weniger interessieren und von den Pflegekräften eine Versorgung erwarten, die sich nur um sie dreht, so dass es hier zu einem Konflikt zwischen verschiedenen Orientierungsmustern kommt. Diesen Konflikt auszutragen bedeutet für die Pflegekräfte einerseits einen erhöhten Zeitaufwand durch diskursive Rechtfertigung der Prioritätensetzung, andererseits haben sie es mit Patient*innen zu tun, die sich schlecht behandelt fühlen und frustriert sind. Entsprechend fährt Frau Henkel fort:

„Ähm und dann sind die Leute natürlich auch frustriert, wenn irgendwas schief läuft, was natürlich auch auf den Personalmangel zurückzuführen ist. Und so steigert sich das dann auch rein, ja. Also ähm dass die Leute schon sehr früh, also die Patienten sind schon sehr frustriert und dann bei jeder Kleinigkeit eskaliert die Situation, ähm, was es für uns natürlich auch nicht einfacher macht.“ (P3)

Frau Henkel führt die Anspruchshaltung der Patient*innen dann auf eine veränderte Form der öffentlichen Darstellung von Krankenhäusern, auf die Krankenhausratings, zurück und beschließt die Passage mit der Zusammenfassung, die Patient*innen hät-

22 Auf den Intensivstationen herrscht diesbezüglich ein anderes Klima, denn hier ist die medizinische Situation in der Regel so prekär, dass die Ansprüche der Patient*innen (und Angehörigen) sich auf diese fokussieren. So erläutert etwa Frau Yildiz: „man darf halt auch irgendwie nicht vergessen, dass die Patienten bei uns wirkliche Intensivpatienten sind und keine IMC-Patienten [Intermediate-Care-Patienten; R.M.], die äh einmal Übernachtung mit Frühstück gebucht haben“ (P8). Der Hotelgast ist allerdings ein auch auf den Allgemeinstationen gängiger negativer Gegenhorizont zur Patient*innenrolle. So heißt es bei Frau Bajramovic: „Die Patienten sind deutlich anstrengender geworden. Also die Ansprüche, die Serviceansprüche der Patienten sind extrem, haben sich extrem verändert. Also das muss man wirklich sagen. Ähm, das, die Erwartungen sind viel höher. Also das geht wirklich in den, in den Hotelbereich“ (P8).

ten früher mehr Verständnis für die Situation, während gleichzeitig aber die Situation gar nicht so dramatisch gewesen sei wie heute:

„Es hat aber schon sehr zugenommen, also diese Anspruchshaltung, das macht es auch nicht einfacher. Wird ja auch gefördert dadurch, dass z.B. von den Krankenkassen Krankenhausrankings im Internet verfügbar sind, wo man gucken kann, welches ist das beste Krankenhaus, wo ist das freundlichste Pflegepersonal [lacht], ähm, was auch nicht so aussagekräftig ist, aber die Leute gucken sich das halt an: ‚Ok, das ist das beste Krankenhaus, da geh ich jetzt hin, da krieg ich die beste Versorgung.‘ Und wenn dann mal ’nen Fehler passiert, dann ähm, Gott, naja, das ist schon extrem. Das war, das war definitiv nicht so als ich angefangen habe, also da – ich will nicht sagen, dass die Leute damals alles haben mit sich machen lassen, aber ähm, so ’n bisschen mehr Verständnis für die Situation war da und natürlich war damals auch die Besetzung noch besser, so dass äh auch weniger äh untergegangen ist.“ (P3)

Die falschen Erwartungen, die Patient*innen ins Krankenhaus mitbringen, führen zu einem „Benehmen“, das die Pflegenden ebenfalls problematisch finden.

P5: „Also es ist – manche Leute nimmt man auf wie in ’ner Familie, aber manche Leute mag man nach ’ner gewissen Zeit nicht mehr, das klingt gemein, aber das kommt auf das Benehmen an.“

RM: „Was ist das für ein Benehmen, was die dann zu schwierigen Patienten macht?“

P5: „Ähm die sind sehr fordernd, und was überhaupt nicht gut ankommt, ist, wenn sie nicht in der Lage sind, Bitte und Danke zu sagen. Und viele meinen, sie sind hier in einem Hotel mit Komplettauf- also komplett Rundumversorgung. Aber das Ziel ist es eigentlich, Ressourcen zu fördern und die Leute zur Selbständigkeit anzuleiten oder das, was sie haben, das sollen sie halt auch selbst machen oder was sie können, ja.“ (P5)

Auch hier taucht also wieder der negative Gegenhorizont des Hotelgastes mit Rundumversorgung auf, der kontrastiert wird mit dem Ziel des Pflegekonzepts, die Selbständigkeit der Patient*innen zu fördern. Die Pflegekräfte fühlen sich nicht als *professionals*, sondern als Servicekräfte angesprochen, die für alles zuständig sind und sehen sich mit Erwartungen konfrontiert, die nicht ihren Erwartungserwartungen – also ihren Erwartungen darüber, was die Patient*innen (legitimerweise) von ihnen erwarten können – und ihrem Selbstverständnis entsprechen.

„Schwierig“ werden Patient*innen im Sinne der Pflegenden also nicht durch ihren hohen oder komplexen Pflegebedarf. „Schwierig“ sind Patient*innen vielmehr, weil sie grundlegenden feldspezifischen Regeln und Erwartungen nicht folgen.²³ Dieses Verhalten wird von den Pflegekräften aber nicht nur auf eine Fehlrahmung der Situation als Hotelaufenthalt zurückgeführt. Teilweise verhalten sich Patient*innen schlicht beleidigend, wie Herr Niedhoff erzählt, und stellen deshalb „wirklich ’ne Belastung“ (P5) dar. Für Herr Niedhoff ist klar: „Wenn jemand weint, dann liegt das immer an Patienten.“

23 Vgl. zu „schwierigen Patienten“ auch Arnold (2008: 411ff.).

Interessant an den Problematisierungen einzelner Patient*innen ist, dass es nur um ihr faktisches Verhalten geht, nicht um einen zugrundeliegenden Charakter, den die Pflegenden unsympathisch finden. Die ‚Persönlichkeit‘ der Patient*innen bleibt weitestgehend ausgeklammert. Ihre unangemessenen Erwartungen werden als solche interpretiert, die durch die Öffentlichkeit und den sogenannten Qualitätswettbewerb erzeugt worden sind (Krankenhausrankings). Und selbst dort, wo Herr Niedhoff kurz anspricht, manche Leute „mag man nach ’ner gewissen Zeit nicht mehr“, begründet er das nicht mit ihrem Charakter, sondern mit ihrem „Benehmen“. Für die Pflegekräfte, so ließe sich daraus schließen, ist also nicht relevant, ob sie Patient*innen sympathisch finden oder nicht, es kommt darauf an, ob man gut mit ihnen arbeiten kann – und das Kriterium dafür ist die Frage, ob sie sich praktisch an die Spielregeln des Feldes der Pflege (im Krankenhaus) halten oder nicht. Zeigen sie einen gewissen Grad der Wertschätzung der pflegerischen Arbeit – und sei es nur indem sie Bitte oder Danke sagen – oder werden sie beleidigend? Nehmen sie die Erwartung seitens der Pflegenden an, möglichst viel selbständig zu machen, oder glauben sie, sie seien im Hotel? Letzteres führt zum Konflikt, weil die Fehlrahmung bedeutet, dass Pflegende und Pflegebedürftige nicht dasselbe Spiel spielen, nicht derselben *illusio* folgen und damit das „Pflegekapital“ (vgl. Schroeter 2006: 123ff.) von den Patient*innen nicht anerkannt wird.

6.1.2.2 Pflege-Angehörige

In Bezug auf die Angehörigen wiederholen sich weitestgehend die Probleme, die Pflegende auch mit Patient*innen haben. Allerdings stellt das Verhältnis zu den Angehörigen in den Interviews nur ein randständiges Thema dar. Zwar sehen es die Pflegekräfte auch als ihre Aufgabe an, ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen zu pflegen, was insbesondere von den Intensivpfleger*innen betont wird, weil gerade die Situation, einen*eine Patient*in auf der Intensivstation „so schwer krank“ zu sehen, für sie sehr belastend sei: „Im schlimmsten Fall, das kommt eigentlich mehr oder regelmäßig vor, dass dann auch ein Angehöriger kollabiert, wenn er jetzt plötzlich sieht, wie dann so ’nen Patient drin ist“ (P1). Allerdings treten die Angehörigen jenseits dieser – mit Ausnahme von Herrn Schimmeck – stets kurz gehaltenen Aussagen in der Regel eher als negative Einflussfaktoren auf: „Die Angehörigen [...] sind rund um die Uhr da und die können dir ganz schön auf die Nerven gehen“ (P2) – und zwar in dreifacher Hinsicht:

Erstens beanspruchen sie viel Zeit, indem sie Gespräche einfordern. Das wird von den Pflegekräften zwar für verständlich gehalten, denn schließlich sind die Angehörigen „in Sorge um den Patienten“ (P7). Aufgrund des Zeitdrucks können die Pflegekräfte diesem Anspruch, den sie auch an sich selbst stellen, aber nicht gerecht werden und bedienen sich verschiedener Strategien, um Gespräche mit Angehörigen kurz zu halten, sie zu verschieben oder an die Ärzt*innen zu delegieren:

„Meistens versuch ich’s wirklich abzuwälzen an die Ärzte. Weil die haben äh, wenn die nicht gerade in ’ner Akutsituation jemanden aufnehmen müssen, haben die doch meistens noch mehr Zeit als wir.“ (P8)

Zweitens werden die Angehörigen häufig als Störfaktoren thematisiert. Was genau hierbei ‚stören‘ heißt, hängt von der jeweiligen Station und der Fachrichtung ab: Auf

der Intensivstation ohne feste Besuchszeiten stören sie bspw. dadurch die Abläufe, dass sie zweimal Klingeln müssen, um durch die Schleusentür zu kommen. Auf der onkologischen Station stören sie durch ihre Anwesenheit im Zimmer, die dazu führt, dass man ihnen argumentativ darlegen muss, dass sie kurz das Zimmer verlassen müssen, damit die Pflegekräfte ihre Arbeit machen können.

Drittens haben die Angehörigen – ,ganz ähnlich wie die Patient*innen – zu hohe Ansprüche bzw. falsche Erwartungen an die Pflege. Frau Jandric erläutert ihre Erwartungserwartungen bezüglich der Angehörigen plastisch anhand einer Fernsehserie:

„Und die Ansprüche sind gestiegen. Das fing so an, da haben wir drüber gelacht damals, ja, da gab’s diese Serie [...]: ‚Für alle Fälle Stefanie‘ oder wie das hieß. Da war die Schwester Stefanie. Und die Schwester Stefanie hat sich um alles gekümmert. Wenn da der Hund [eines*iner Patient*in; R.M.] zu Hause war, hat sie den Schlüssel genommen und hat sich drum gekümmert, dass sich jemand um den armen Hund kümmert, ja. Also die hat so ’ne Rundumversorgung gemacht. Noch schlimmer als die Schwarzwaldklinik, ja. Und das, das war ganz schlimm. Das haben die von uns erwartet, dass wir das tun, ja. Also das war ganz schwierig. Und im Endeffekt bist du als Pflegekraft für, für die Patienten nicht ganz so extrem, aber für Angehörige ganz oft und besonders für junge Menschen, muss man sagen, der Putzlappen, ja. (P2)

Auch seitens der Angehörigen fühlen sich die Pflegekräfte also häufig mit der Erwartung einer „Rundumversorgung“ konfrontiert, die nicht nur mit ihren eigenen Erwartungen an sich selbst konfligiert, sondern eine Degradierung zum „Putzlappen“ bedeutet. In dieser Fokussierungsmetapher (vgl. 5.1) dokumentiert sich, wie stark die Differenz erlebt wird, die zwischen dem Selbst- und dem Fremdbild der Pflege besteht. Diese Differenz trägt zu der allgemeinen Wahrnehmung unter Pflegenden bei, dass die Pflege nicht anerkannt wird. Sie könnte auch erklären, warum die Pflegekräfte – im Gegensatz zu dieser Wahrnehmung – in der Allensbacher Berufsprestige-Skala seit Jahren auf Platz zwei direkt hinter den Ärzt*innen rangieren, ohne dass dies Konsequenzen für die Wahrnehmung der Pflegekräfte selbst hat, denn wenn das öffentliche Bild der Pflege völlig am Selbstbild der Pflegenden vorbeigeht, kann nur schwer ein Gefühl der Anerkennung aufkommen.

Ebenso kommen auch bei den Angehörigen falsche Erwartungen an die Möglichkeiten der Medizin ins Spiel. In diesem Kontext kann es bei Pflegekräften zu – meist eher innerlichen – Konflikten um das Therapieziel kommen. Während die Pflegekräfte wissen, dass nicht jeder gesund aus dem Haus geht und auch nicht jeder überhaupt wieder nach Hause geht oder gehen will, treten die Angehörigen in der Wahrnehmung der Pflegekräfte als diejenigen auf, die tendenziell eine maximale medizinisch-pflegerische Versorgung und eine maximale Gesundung erwarten. Die Pflegekräfte stehen in diesem Punkt zwischen den Angehörigen, ihren eigenen Vorstellungen und Erfahrungen sowie den wahrgenommenen Wünschen der Patient*innen, deren Bedürfnisse sie zu repräsentieren beanspruchen.

6.1.2.3 Pflege-Ärzt*innen

Der positive Horizont der Pflegekräfte bezüglich der Zusammenarbeit mit den Ärzt*innen²⁴ liegt, zusammenfassend formuliert, in einer patient*innenorientierten, interprofessionellen und tendenziell hierarchiefreien Kooperation. Erste Probleme mit der interprofessionellen Zusammenarbeit tauchen allerdings bereits bei der Frage auf, was genau Patient*innenorientierung praktisch bedeutet. Die Pflegekräfte konstruieren eine Differenz zwischen ihrer Patient*innenorientierung, die auf dem unmittelbaren Kontakt mit den Patient*innen basiert, und derjenigen der Ärzt*innen, die vor allem mit der Kurve beschäftigt seien. Manchmal stelle es ein Problem dar, überhaupt eine*n Arzt*Ärztin „ans Bett“ (P1) zu kriegen, so dass er*sie sich mal den*die Patient*in und nicht nur die Kurve anschaut.²⁵ Eine zweite Konfliktlinie stellen die Therapieziele dar, wobei es hier vor allem um die Frage geht, ob es richtig ist, dem ärztlichen Anspruch einer maximalen kurativen Medizin zu folgen oder eine*n Patient*in nur noch palliativ zu betreuen. Drittens gibt es immer wieder Konflikte aufgrund von Unklarheiten in der Aufteilung patient*innenbezogener Aufgaben.

Jenseits dieser in sich bereits konflikthafter regulativer Idee der interprofessionellen Kooperation gibt es noch einige weitere Aspekte im Verhältnis Ärzt*innen-Pflegekräfte, die im Sample als problematisch bewertet werden. Die Pflegekräfte bemängeln in verschiedenen Varianten die zu geringe Wertschätzung, die sie seitens der Ärzt*innen erfahren (vgl. auch Bartholomeyczik et al. 2008). Herr Niedhoff äußert explizit seine Annahme, dass „die Pflege weder von ärztlicher Seite gewertschätzt wird, noch von der Geschäftsführung“ (P5). Die Erfahrung der geringen Wertschätzung durch die Ärzt*innen dokumentiert sich bei Frau Jandric in der folgenden exemplarischen Erzählung:

„Also, bei den Urologen war’s ganz extrem, die sind zu viert im Zimmer, machen Visite und die Infusion ist fertig und man müsste sie nur umstecken, ja. Und dann sagen die [Ärzte zum Patienten; R.M.]: ‚Klingeln sie mal nach der Schwester.‘ Und dann kommst du da rein und stehst vor so ’ner Wand, ja: ‚Ja, die Infusion‘, sagt der Patient dann. Und dann sag ich mir: Sag mal, habt ihr sie noch alle?! Könt ihr das nicht mal machen!? Ja, so. Also da wird auch gerne was abgeschoben, ja, ‚lass das mal die doofe Schwester machen‘.“ (P2)

Frau Jandric artikuliert hier die Erfahrung, auf den Status einer bloßen Assistenzkraft reduziert zu werden, die Arbeiten übernimmt, für die sich die Ärzt*innen zu schade sind. Diese Form der Degradierung widerspricht dem positiven Horizont einer nicht-hierarchischen, kooperativen Beziehung. Bestandteil einer solchen kooperativen Beziehung wäre dabei auch die Anerkennung oder Wertschätzung der spezifisch pflegerischen Leistung, was wiederum voraussetzt, dass die Ärzt*innen ein grundlegendes

24 Einen kurzen Überblick zu diesem Thema gibt Hibbeler (2011). Ausführliche Untersuchungen zum Verhältnis von Pflege und Medizin finden sich bei Arnold (2008: 509ff), Sander (2009) und Stratmeyer (2002).

25 Vgl. auch die (vergeschlechtlichte) Differenz des Nah-Sprechens von Pflegekräften und des Distanz-Sprechens von Ärzt*innen bei Sander (2009: 155). Bei der ärztlichen Fokussierung auf die Akte handelt es sich allerdings nicht notwendig um einen Ausdruck von Ökonomisierung, vielmehr kommt der*die Patient*in als Person prinzipiell in ärztlichen Entscheidungsprozessen kaum vor (vgl. Vogd 2004: 392).

Verständnis für die Bedeutung der Pflege aufbringen.²⁶ Frau Henkel hat jedoch den Eindruck, dass genau dieses Element immer mehr verloren geht:

„Beispiel – du wolltest ja Beispiele: Ich bin am Waschen und dann kommt 'ne junge Assistenzärztin rein und macht Visite während der Patient nackt im Bett liegt. Und dann sagen wir: ‚Kannst du bitte in fünf Minuten nochmal wiederkommen?‘ Und dann fehlt aber auch das Verständnis, also dieses Berufsgruppen übergreifende Verständnis für die Arbeit, das geht immer mehr verloren, ja. Jeder versucht nur irgendwie seine Arbeit fertig zu kriegen und wenn der Patient mal nackt und nass im Bett liegt, pff [macht eine wegwerfende Geste]. Und das ist schon sehr störend.“ (P3)

Im Vergleich zu dieser Wahrnehmung scheinen anders herum die Pflegekräfte ein relativ großes Verständnis für die Situation der Ärzt*innen zu haben. Sie wissen, dass auch die Ärzte unter Zeitdruck stehen (P3), Stress haben (P7) und einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind (P5).

Die Interviewpartner*innen kamen zudem auf Probleme mit der ärztlichen Personal- und Ausbildungsstruktur zu sprechen. Auch bezüglich der Ärzt*innen gibt es ein Problem mit der Fluktuation, die vor allem mit dem Rotationssystem der in Ausbildung befindlichen Assistenzärzt*innen in Zusammenhang steht. Die Rotation der Assistenzärzt*innen hat für die Pflegekräfte ähnliche Auswirkungen wie die Fluktuation der Pflegekräfte – sie bedeutet Mehraufwand: „Also, es bleibt schon auch viel, was, was, also, wenn 'nen unerfahrener Arzt im Dienst ist, für die Pflege liegen.“ (P5) Hinzu kommt, dass auch die neuen Ärzt*innen einer gewissen Einarbeitung durch die Pflege bedürfen:

„Und dann haben wir vielleicht einen Assistenzarzt einigermaßen zurechtgebogen in Anführungsstrichen und dann wechselt der und dann kommt der nächste von einer anderen Station her rotiert [...]. Und das ist alles sehr – es nimmt viel Energie, weil man immer wieder die gleichen Diskussionen hat und es am Ende auch zu nichts führt.“ (P3)

Die Notwendigkeit, die rotierenden Assistenzärzt*innen ‚zurechtzubiegen‘, wird dabei weniger auf eine bestimmte Stationskultur zurückgeführt, sondern vor allem auf die Spezifika des jeweiligen Fachgebiets, in dem sie sich noch nicht auskennen²⁷ –

26 Es zeigt sich in den Interviews insgesamt, dass für die Pflegekräfte die Anerkennung oder Wertschätzung durch Akteure, mit denen sie alltäglich interagieren, relevant ist, nicht die gesellschaftliche Anerkennung des Prestiges ihres Berufs. Diese gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs hat anscheinend auch keinerlei praktische Folgen für die Erfahrungswelt der Pflegekräfte.

27 Entsprechend meinen auch die beiden Assistenzärzt*innen im Sample, es sei wichtig, dass Pflegekräfte bei der Visite anwesend sind. Sie versuchen auch, ihre Arbeitsprozesse an die der Pflege anzupassen und es zu vermeiden, die Pflege zu verprellen. Was zunächst als ein respektvoller gegenseitiger Umgang erscheint, entpuppt sich aber bei näherem Hinsehen als ein asymmetrisch-kooperatives Verhältnis: Die Pflege wird nicht in ihrer (professionellen) Eigenständigkeit berücksichtigt, sondern als Assistenzberuf. Die „Schwestern“ werden als Zuarbeiter*innen und Informationslieferant*innen adressiert, die zwar auch noch ande-

sie wissen nicht, was für eine spezielle Betreuung die Palliativpatient*innen der Onkologie benötigen; sie haben keine Ahnung vom Weaning (Entwöhnung vom Beatmungsgerät) auf Intensivstationen etc. Entsprechend wenden sie sich mit ihren Fragen auch an erfahrene oder zumindest eingearbeitete Pflegekräfte und/oder machen Fehler, die die Pflege dann korrigieren muss. Diese Korrekturen verlaufen nicht immer nach den Regeln des *Doctor-Nurse-Game* (Leonard Stein), die nur eine verdeckte und sublimale Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen erlauben, sondern es finden teilweise offene Konfrontationen statt, die zu Konflikten führen. Daneben gibt es aber auch noch unabgesprochene Korrekturen ärztlicher Fehler hinter ihrem Rücken:

„Ich geh dann auf's Zimmer und dann stell ich einfach was anderes – also [lachen]. Und wenn dann die, wenn sich dann die, die, die Beatmungssituation verbessert, dann sieht man ja, wer recht behalten hat.“ (P6)

Gerade in Zeiten, in denen auch die Ärzt*innen vermehrt unter Zeitdruck arbeiten und nur noch selten „vor Ort“ anzutreffen sind, wächst die Bedeutung des medizinischen Urteilsvermögens der Pflegekräfte.²⁸ Sie sind es, die vor Ort ansprechbar sind und entscheiden, ob ein*e Arzt*Ärztin zu Rate gezogen wird oder nicht. Ein solches Urteilsvermögen ist entsprechend von einem fachspezifischen medizinischen Wissen abhängig, das den Pflegekräften primär in der Einarbeitung und der Praxis vermittelt wird und nicht in ihrer Ausbildung. Zur Bearbeitung des Problems der ärztlichen Abwesenheit sind also ebenfalls erfahrene Pflegekräfte nötig. So berichtet auch Davina Allen: „Direct patient care was increasingly the responsibility of healthcare assistants and relatively inexperienced nurses and I observed several instances in which senior nurses intervened to escalate action when the need for this had been overlooked by juniors.“ (2015: 63) Sollte die Einschätzung der Pflegekräfte, dass durch die Fluktuation zunehmen unerfahrene Mitarbeiter*innen vor Ort sind, zutreffen, würde dies also ein zunehmendes Risiko bedeuten, dass Interventionsnotwendigkeiten übersehen werden.

6.1.2.4 Pflege-Vorgesetzte

Um die Probleme im Verhältnis der Pflegekräfte zu ihren Vorgesetzten²⁹ genauer bestimmen zu können, ist zunächst ein Blick auf die Hierarchie innerhalb des pflegerischen Funktionskreises zu werfen: Die Basis der Pflege wird von den Schüler*innen bis hin zu den examinierten Pflegekräften gebildet, die in (fast) jeder ihrer Schichten am Bett arbeiten; sie sind es, die primär für die Versorgung der Patient*innen zuständig sind. Entsprechend werden sie in der Literatur auch auf der Ebene der Pfl-

res zu tun haben (z.B. Waschen), aber dieses Andere ist für die Assistenzärzt*innen unwesentlich.

28 „Dann mittlerweile vieles mitdenken auch ärztlicherseits. Weil die halt auch einfach nicht mehr so viel Zeit haben und überwiegend im OP stehen und nicht mehr auf Station sind. Also dass man halt jetzt zum Beispiel auf die Laborwerte guckt. [...] dass man halt die Ärzte dann darauf hinweist, ‚hier, der bräuchte noch ein bisschen Kalium‘ oder so. Da muss man heutzutage schon mehr mitdenken wie früher.“ (Pflegekraft, zit. n. Pfeuffer 2014c: 51)

29 Vgl. zu diesem Thema auch Grimm (2013).

gepraxis oder der ausführenden Pflege verortet (vgl. Grimm 2013). Ihnen vorgesetzt ist die Stationsleitung, die zwar teilweise auch noch am Bett arbeitet, bei deren Tätigkeit aber Organisatorisches in den Vordergrund rückt. Zwischen Stationsleitung und Pflegedienstleitung bzw. -direktion können – je nach Organisationsmodell – noch verschiedene andere Hierarchiestufen wie etwa die Gruppen-, Abteilungs- oder Bereichsleitungen eingebaut sein.³⁰

Die Pflegekräfte im Sample nehmen eine Entfremdung der Pflegedienstleitungen gegenüber den Mitarbeiter*innen und den stationären Prozessen rund ums Bett wahr.³¹ Entfremdung ist dabei nicht in einem philosophischen, sondern zunächst einmal in einem prosaisch-reellen und wörtlichen Sinne zu verstehen: „Den Pflegedirektor hab ich in sieben Jahren nicht ein einziges Mal auf Station gesehen. Das ist halt traurig und das ist, das fehlt den Leuten auch, die fühlen sich da verarscht, ja.“ (P5)

Für die Pflege ist insgesamt die Differenz zwischen denjenigen, die ‚am Bett‘ arbeiten, und denjenigen, die das nicht tun, relevant. Sofern auch Stationsleitungen nicht mehr am Bett arbeiten, trifft sie eine ähnliche Kritik wie die Pflegedienstleitungen:

„Also ich hab schon öfter von dieser Stationsleitung den Satz gehört, wir jammern auf hohem Niveau. Also sprich: Sie hat null Verständnis für das, was wir da jeden Tag leisten. Und ähm ja, das ist halt einfach irgendwie unter aller Sau, also ich weiß nicht, ich glaub sie hat 20 Jahre oder so an keinem Intensivbett gestanden und hat da gearbeitet und sagt uns, wir jammern auf hohem Niveau. Die weiß überhaupt nicht mehr wie das ist. Die, sie weiß es einfach nicht mehr.“ (P8)

Diese Erfahrung der Fremdheit der Vorgesetzten setzt sich fort in der Wahrnehmung einer grundlegenden Perspektivdivergenz³² („null Verständnis“) zwischen der Pflege-Basis und der pflegerischen Leitung. Sie drückt sich etwa in der Gegenüberstellung aus, dass für die Pflegekräfte „vor Ort“ klar ist, dass das Mitnehmen von Schüler*innen oder einzuarbeitende neue Pflegekräfte *mehr* Arbeitsaufwand bedeu-

30 Die Terminologie für die Hierarchiestufen der Pflege ist nicht einheitlich definiert. Je nachdem, was für Organisationseinheiten (Stationen, Abteilungen, Zentren, Geschäftsbereiche) in einem Haus existieren, gibt es auch entsprechende leitende Pflegekräfte (vgl. Lieb 2010: 32). Die konkreten organisationalen Strukturen der jeweiligen Häuser werden im folgenden Abschnitt ausgeklammert, um welche vorgesetzte Pflegekraft es jeweils geht, wird jedoch aus dem Kontext ersichtlich.

31 Vgl. zu dieser Entfremdung aus der Gegenperspektive der Pflegedienstleitungen: Vogd et al. (2018: 121ff.).

32 Ob es sich um eine zunehmende Divergenz handelt, ist auf der Grundlage des Datenmaterials freilich nicht zu sagen. Frau Jandric, die lange als Stationsleitung tätig war, meint allerdings explizit, Konflikte habe es zwar immer gegeben, diese Vermittlerposition, die man als Stationsleitung und auch als Bereichsleitung zwischen ‚oben und unten‘ einnehme, sei heute aber wesentlich unangenehmer als früher. Darüber hinaus haben die Inhalte, an denen sich die Divergenz in den Erzählungen der Pflegekräfte festmachen, in aller Regel Bezug zu Problemsituationen, die aufgrund der oben als Ökonomisierung beschriebenen Prozesse eintreten.

ten, während die Leitung nur „die Köpfe“ auf Station zählt, ohne die Qualifikationsstruktur und die entsprechende Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen:

„Also die hauptsächliche Anwesenheit der Pflegedirektion auf Station bezieht sich darauf, dass sie sich den Dienstplan anguckt, dann einen Blick in die Runde wirft, zählt, wie viele Leute wirklich da sind. Dann sieht sie vielleicht, da stehen, da sind vielleicht acht Leute im Frühdienst. Aber dass vielleicht von diesen acht Leuten irgendwie vier in Einarbeitung sind, d.h. reale Köpfe nur vier, ähm interessiert halt irgendwie nicht. Dann sagt sie: ‚Ja, gucken sie doch hier – acht Leute.‘ [lacht] Das ist einfach absurd.“ (P6)

Entsprechend wird die Pflegedienstleitung auch häufig nurmehr als „Arbeitgeber“ adressiert, nicht als oberste Position im pflegerischen Funktionskreis. Als Arbeitgeber ist die Pflegedienstleitung für die Stellenpläne verantwortlich (P1) und vertritt innerhalb des pflegerischen Funktionskreises die Geschäftsführung mit ihren ökonomischen Interessen.

Vor diesem Hintergrund vertritt – wie in zwei Fällen erwähnt – die Pflegedirektion gegenüber den Mitarbeiter*innen die Position, sie sollten nur das Notwendigste machen, was für diese gleichbedeutend damit ist, eine Pflege unterhalb des professionellen Anspruchs zu leisten:

RM: „Also könnte man fast sagen, wenn ihr zu zweit seid, fällt ihr eher auf Funktionspflege zurück?“

P3: „Ja, genau. Und dann wird natürlich von der Pflegedienstleitung gesagt: ‚Nur das Notwendigste machen.‘ Aber irgendwann kann man auch keine Abstriche mehr machen, ja, irgendwann macht man schon nur das Notwendigste und wo will man dann noch Abstriche machen?“

„Unsere Pflegedirektorin sagt, es käme ja nicht darauf an, dass man eine optimale, sondern dass man eine sachgerechte Betreuung gewährleistet. Die muss ausreichend sein, aber nicht optimal.“ (P6)

Wegen dieser Notwendigkeit, bei Personalknappheit bzw. Überlastung Abstriche zu machen, gab es auf der Intensivstation von Herrn Schimmeck die Initiative, dem „Arbeitgeber“ eine „Triage-Liste“ (P1) vorzulegen, die von ihr absegnet werden sollte:

„Also, die Situation ist halt immer, also wir sind knapp besetzt mit den 7 ein halb Leuten, die in der Schicht sind, äh, sobald es da Krankheitsausfälle gibt und dann versucht man halt sich an ’nem bestimmten Tag dann, eh, Dinge zu überlegen, was man halt weglassen kann. [...] Und das wichtige da dabei ist, wir hätten, also, also letztes Jahr als wir auf 17 Betten erweitert wurden, haben wir aus dem Team so ’ne Triage-Liste uns erarbeitet und die hätten wir gern vom Arbeitgeber sozusagen, also von der Pflegedienstleitung unterzeichnet bekommen, weil wenn man sozusagen entscheiden muss, dass man bestimmte Dinge, die eigentlich sinnvoll sind und notwendig, nicht macht, wär’s ja auch nett, wenn der Arbeitgeber sozusagen das [absegnet]. Macht sie nicht, weil sie sagt, das fällt in die pflegerische Kompetenz von dem einzelnen Beschäftigten, das soll dann der entscheiden. Also sie kann sozusagen keine Blaupause unter-

schreiben, obwohl das Ding so allgemein gehalten ist, dass immer noch klar ist sozusagen, ich muss ja vor Ort die Entscheidung treffen. Also mit so was bleibt man heutzutage dann allein.“ (P1)

In dieser Passage dokumentiert sich die Perspektivendivergenz in Form einer Rahmeninkongruenz: Der Streitpunkt ist hier – oberflächlich betrachtet – die Frage, wer für Triage-Entscheidungen die Verantwortung übernimmt. Die Rahmung der Entscheidungssituation erweist sich jedoch bei einem zweiten Blick insofern als inkongruent, als es Herrn Schimmeck und seinem Team darum geht, dass der Arbeitgeber Verantwortung für die *Bedingungen* übernimmt, unter denen man überhaupt gezwungen ist, eine Entscheidung zu treffen, während sich die Situation aus der Perspektive der Pflegedienstleitung so darstellt, als müsste sie für die *konkreten Entscheidungen* vor Ort Verantwortung übernehmen, was von Herrn Schimmeck – wohl aufgrund seines professionellen Anspruchs – aber auch gar nicht gefordert wird; nicht, weil man entscheiden muss, sondern *weil man unter den Bedingungen der Personalknappheit* entscheiden muss, braucht es eine Triage und die Verantwortung für diese Bedingungen wird dem „Arbeitgeber“ zugeschrieben.

Dies ist nicht das einzige Beispiel für eine Blockade der Vorgesetzten gegenüber Initiativen und Kritiken ‚von unten‘. Es zeichnet sich insgesamt eine Situation ab, in der es zwar eine machtvolle Kommunikation von oben nach unten gibt, aber kaum eine gelingende Rückmeldung von unten nach oben. Offizielle Wege der Rückmeldung wie Überlastungsanzeigen oder „Reviews“ (P4) bleiben konsequenzlos, und auch mündliche Kritik an Umstrukturierungsmaßnahmen oder aktuellen Umständen wird abgeblockt.

So verfestigt sich unter den Pflegekräften der Eindruck, seitens der Vorgesetzten nicht wertgeschätzt zu werden. Die Erfahrung der Geringschätzung, die Frau Yildiz mit ihrer Stationsleitung, die meint, ihre Mitarbeiter*innen würden auf ‚hohem Niveau jammern‘, gemacht hat, wiederholt sich auch in Bezug auf die Pflegedienstleitung. Frau Yildiz plant demnächst das Haus und die Fachrichtung zu wechseln – nach den Gründen hierfür gefragt, erläutert sie:

„Ähm die Pflegedienstleitung ist ja auch so ‚nen Faktor, der da definitiv mit rein spielt. Also ich hab schon ähm des Öfteren auch von ihm den Satz gehört: ‚Jeder ist ersetzbar.‘ Und ich finde ja schon, dass das sehr deutlich widerspiegelt, wie viel er von den Pflegekräften hält. Und ähm ich find halt auch nicht, dass man sich so ‚ne Art von Arroganz leisten kann [...] bei so ‚nem hohen Personaldefizit. Und ähm, ja, wie gesagt, es ist einfach absoluter Ausdruck von Geringschätzung und dem möchte ich mich halt auch nicht mehr ausgesetzt sehen. Also wenn jeder ersetzbar ist, klar, kein Problem, dann kann ich halt gehen.“ (P8)

Aus Sicht der Pflegekräfte ‚vor Ort‘ kulminiert die Entfremdung der Vorgesetzten vom stationären Prozess in mangelnder Wertschätzung. Diese Erfahrung könnte auch darin ihren Grund haben, dass der Pflege-Basis im Rahmen der Managementkonzepte, die auf der Ebene der leitenden Pflegekräfte Raum greifen, „die Kompetenz zu eigenständigem Handeln weitestgehend abgesprochen“ (Grimm 2013: 59) wird; Mitarbeiter*innen sollen sich nicht selbst entwickeln, sondern ‚werden‘ von den Führungskräften ‚entwickelt‘. „Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Leistungen der ausführenden Pflege aus Sicht des Managements Defizite aufweisen

und optimiert werden müssen.“ (Ebd. 59f.) Dass sich bei der ausführenden Pflege ein Gefühl der mangelnden Wertschätzung breit macht, ist insofern auch eine logische Konsequenz dieser Management- bzw. Leadership-Ansätze.

6.1.2.5 Das Verhältnis der Pflegekräfte untereinander

Zu guter Letzt soll noch ein Blick auf das Verhältnis der Pflegenden untereinander geworfen werden, also auf die Probleme, die im Sample im Verhältnis der Pflegenden einer Station oder eines Teams untereinander benannt wurden. Insgesamt blieb aber auch dieses Thema in den Interviews eher randständig. In der Regel wurde die Zusammenarbeit im Team als gut bewertet, eventuell bestehende Konflikte wurden heruntergespielt. Dennoch lassen sich drei verschiedene Problemkomplexe feststellen:

Erstens kommt es dort, wo das Modell der Bereichspflege realisiert wird, teilweise zu Konflikten über die Aufteilung der Patient*innen, diese können aber den Aussagen der Interviewten zufolge zumeist gelöst werden. So meint etwa Herr Becker:

„Also klar gibst auch mal Konflikte, aber im Großen und Ganzen ist es schon so, dass man versucht drauf zu achten, dass die Patientenaufteilung irgendwie äh 'ner gewissen Gerechtigkeit folgt.“ (P6)

Dabei findet ein Rückgriff auf bestimmte Regeln oder „ungeschriebene Gesetze“ (P6) statt wie beispielsweise das „Vorriffsrecht“ (P6) auf bestimmte Patient*innen von Kollegen in der Einarbeitung oder die Regel, eine*n Patient*in vom Vortag weiter zu betreuen. Intensivpfleger Herr Schimmeck hatte diese Konflikte von sich aus im Zuge seiner Beschreibung eines typischen Arbeitstages angesprochen. Bei der Übergabe werde abgesprochen, wer welche Patient*in übernimmt, was „normalerweise [...] ganz gut“ (P1) funktioniere; „normalerweise machen wir das so kollegial“. Im Zugzwang zu erläutern, was passiert, wenn dieser ‚normale‘ Fall kollegialer Koordination nicht eintritt, meint er: „und wenn es halt Konflikte geben sollte, oder – dann regelt das halt die Schichtleitung dann sozusagen“ (P1). Sollten Konflikte ausbrechen, werden sie also durch den Rückgriff auf institutionalisierte Hierarchie geregelt. Die Schichtleitung hat dabei dafür zu sorgen, dass ein gewisses Maß an Gerechtigkeit Anwendung findet. Wenn man als Schichtleitung „das Gefühl“ hat,

„...einer nimmt sich halt zwei Patienten, die wenig aufwändig sind und einer hat eben drei Patienten, die mehr Aufwand machen, dann muss ich als Schichtleitung da eben eingreifen und sagen: ‚Ok, läuft so nicht, wir teilen uns anders um‘.“ (P1)

Zweitens kommt es zu Konflikten darüber, welche Ansprüche die Pflegenden wechselseitig an sich richten. Dabei geht es zum einen um fachliche Ansprüche – was die einen tun, finden die anderen unverantwortlich. Herr Becker erläutert eine solche Situation anhand der Alarminstellungen an den Monitoren der Intensivstation:

„Die Grenzen, die am Monitor eingestellt sind, sind meine Grenzen für meine Schicht und ich übernehme dafür Verantwortung, dass das Grenzen sind, anhand derer ich wichtige Veränderungen der Vitalzeichen meines Patienten rechtzeitig erkenne. Und ähm, also es sind, gibt nach

Wahrnehmung von der Kollegin, die jetzt weggeht, eben sehr viele Kollegen, die äh ja verantwortungslos oder fahrlässig mit ihren Patienten umgehen.“ (P6)³³

Zum anderen geht es um einen Konflikt zwischen dem Pflegeethos der fürsorglichen Verantwortlichkeit auf der einen und einer Lohnarbeitsorientierung auf der anderen Seite. Während die einen nicht gehen, bevor sie ihre Patient*innen ihrem Anspruch entsprechend versorgt haben, halten sich andere eher strikt an Pausen- und Arbeitszeiten. In folgendem Ausschnitt ist diese Differenz ebenfalls vergeschlechtlicht:

„...wir gehen immer mehr dazu über auch Sachen in die andere Schicht zu verlagern. Da fehlt auch ein bisschen das Verständnis für, also es ist – das sind halt Krankenschwestern, die denken, sie müssten halt alles machen für den Patienten. Also das ist halt die Aufgabe und wenn sie das nicht schaffen oder wenn wir das nicht schaffen, dann ist das halt ’n Fehler oder mangelnde Leistung.“ (P7)³⁴

Des Weiteren werden von einer Pflegekraft auch Differenzen angesprochen, die er auf unterschiedliche kulturelle Hintergründe der Pflegekräfte zurückführt. So hätten „ausländische“ Pflegekräfte ein anderes Verständnis von Pflege:

„Ich glaube, die wissen auch gar nicht, was die hier erwartet, weil in ihrem Heimatland ist Pflege – die verbinden was ganz anderes damit als wir hier. Hier ist es ja so, dass der Patient wirklich noch gewaschen, also ‚gewaschen‘ (?) wird, ja, und da macht das überall die Familie.“ (P5)³⁵

Insgesamt machen diese verschiedenen Formen von Konflikt innerhalb der Teams deutlich, dass es neben der Orientierung an normativen Regeln wie einem kollegialen und solidarischen Umgang miteinander auch eine Reihe von Machtspielen gibt, in denen auch vergeschlechtlichte und kulturelle Differenzierungen zum Tragen kommen. Obwohl kaum offen angesprochen, ist davon auszugehen, dass in diesen Machtspielen eine Reihe von weiteren informellen Hierarchisierungen unter den Pflegekräften eine Rolle spielen, die sich aus den unterschiedlichen Erfahrungs- und Wissensständen und mit ihnen einhergehenden Sprecher*innenpositionen ergeben.

33 Auch wenn die im Sample nur einmal erwähnt wurde, scheint es sich bei unterschiedlichen Einstellungen der Alarmsignale keineswegs um einen Einzelfall zu handeln, auch Kumbrock/Senghaas-Knobloch (2015: 124) berichten in ihrer Forschung von einem solchen Konflikt.

34 Diese vergeschlechtlichte Wahrnehmung der Anspruchsdifferenz wirft die Frage auf, inwiefern es geschlechtsspezifische Umgangsweisen mit Prozessen der Ökonomisierung gibt. Hier hätten weitere Forschungsprojekte in die Tiefe zu gehen, als es im vorliegenden Zusammenhang möglich ist.

35 Davon, wie sich solche Konflikte zuspitzen können, berichtet Herr Ortlieb: „Es gab ’ne Kollegin, die hat nicht so gut deutsch gesprochen, die ähm ja hatte halt ihre Art, wie sie gearbeitet hat. Ist damit aber immer angeeckt bei anderen Schwestern, weil das Zimmer halt nicht so aufgeräumt war, wie – oder weil’s vielleicht ’nen bisschen chaotischer war wie wenn die Schwestern das betreut hätten. Da kam es schon zu massiven Konflikten, die ist dann – hat uns dann auch verlassen.“ (P7)

Frau Yildiz erzählt von einer Situation, in der eine Kollegin, der sie unter die Arme gegriffen hat, weil sie mit ihren Patient*innen „nicht klar gekommen“ (P8) sei, versuchte, ihr einen Versorgungsfehler „in die Schuhe zu schieben“ (P8), der von der nächsten Schicht entdeckt wurde. In der Konklusion zu dieser Erzählung heißt es:

„Ähm, so was geht halt gar nicht, dass dann diese Kollegen, die halt auch dann ähm auch noch die Kollegen mit Erfahrung – oder egal, egal ob erfahren oder nicht erfahren, das geht halt einfach gar nicht, dass man versucht, seine eigenen Defizite auf andere abzuwälzen.“ (P8)

Auch wenn Frau Yildiz explizit zurückweist, dass die Erfahrung der Kollegen eine Rolle spielen würde, lässt sich die Tatsache, dass sie diesen Aspekt an dieser Stelle überhaupt erwähnt, dahingehend interpretieren, dass er doch eine Rolle spielt. Auffällig ist bei allen berichteten Konflikten jedoch, dass sie nie der Teamstruktur selbst, sondern immer äußerlichen Ursachen zugerechnet werden – es geht stets um individuelles Fehlverhalten, das entweder der „Persönlichkeitsstruktur“ (P8: 345) oder aber dem kulturellen Hintergrund zugerechnet wird. So erscheint das Team nirgends selbst als Problemursache – etwa als Gruppenzusammenhang, der einen normativen Zwang ausübt, aus dem Frei zu kommen –, sondern ausschließlich als Instanz zur Lösung anderer Probleme, auch wenn sie dabei nicht immer erfolgreich ist.

ZWISCHENBETRACHTUNG

Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, sind damit die Probleme zusammengefasst, die sich auf Grundlage des erhobenen Materials für die Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag als relevant erwiesen haben. Es sollte deutlich geworden sein, wie der Problemzusammenhang von Personalknappheit, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck in die anderen Problemkomplexe mit hineinspielt und diese zuspitzt. Unter den Pflegenden macht sich das Gefühl breit, zwischen Personalangel einerseits und einem immer höheren Arbeitsaufwand andererseits zerrieben zu werden. Damit bestätigen die Befunde in Bezug auf Forschungsfrage I im Kern die Ergebnisse der bisherigen Forschung zu den Arbeitsbedingungen im Pflegedienst und den bereits seit Jahrzehnten konstatierten Prozessen der Leistungsverdichtung (vgl. Braun 2014; Braun et al. 2014; Brütigam et al. 2014; Crojethovic et al. 2014; Grosser 2014; Roder/Franz 2014). Gleichzeitig wird aber gegenüber der Ergebnispräsentation dieser Studien deutlicher, wie sich in der Alltagspraxis der Pflegekräfte ganz unterschiedliche Probleme zu einem kaum zu entwirrenden Problemzusammenhang verknoten, wobei schlechte Arbeitsbedingungen auch die Problem- und Konfliktlagen innerhalb der Interaktionsverhältnisse verstärken. Zudem weisen die Befunde darauf hin, dass in der bisherigen Forschung die Relevanz der Personalfluktuaton und der daraus resultierenden Notwendigkeit, neue Mitarbeiter*innen einzuarbeiten, unterschätzt wurde. Ähnliches gilt bezüglich der Bedeutung des stationsspezifischen, nicht durch Ausbildung zu vermittelnden Erfahrungswissens für den Umgang mit Stresssituationen, wie sie aus dem Problemkomplex von Personalknappheit, hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck resultieren.

Was die Interaktionsverhältnisse betrifft, so wird sich im Folgenden noch deutlicher abzeichnen, dass das Gefühl der Entfremdung von den Vorgesetzten als spezifi-

sche Erfahrungsweise von Ökonomisierung gelten kann, denn die Pflegenden führen diese Entfremdung insbesondere darauf zurück, dass die Vorgesetzten sich an wirtschaftlichen Anforderungen orientieren. Darüber hinaus müsste in weiteren Forschungsprojekten geklärt werden, inwiefern die von den Pflegenden wahrgenommene Fehlrahmung der Versorgungssituation durch die Patient*innen als Ausdruck von Ökonomisierung zu deuten ist. Das scheint insofern plausibel, als das inkriminierte Verhalten der Patient*innen als Hotelgast, der einmal Übernachtung mit Rundumversorgung gebucht hat, einer klassisch privatwirtschaftlichen Kundenrolle und -mentalität entspricht.³⁶ Diese konfliktiert freilich mit Pflegekonzepten, die auf die Beibehaltung und Wiederherstellung von Autonomie gerichtet sind.

Die anderen oben mit einbezogenen Akteursgruppen werden von den Pflegenden allerdings kaum als ökonomisch orientierte thematisiert – eine Ausnahme bildet hier nur die kurze Abschweifung, die Ärzte seien heutzutage „ganz schlecht [...] ans Patientenbett [zu] bekommen, weil die halt mit Diagnostik oder was auch immer beschäftigt sind, was halt im Verdacht steht, Geld zu bringen“ (P1). Einen bis hierher ausgeblendeten Sonderfall stellen die Kodierfachkräfte dar, die zentrale, auf den Stationen präsente Akteur*innen des Abrechnungsregimes sind. Sie werden im nächsten Abschnitt eingehender thematisiert.

6.2 DIE RELEVANZ DER ÖKONOMIE IM FELD DER PFLEGE

Während der vorherige Abschnitt einen Überblick über die grundlegende Problemkonstellation gegeben hat, in der sich die Pflege im Krankenhaus heute bewegt (Forschungsfrage I), steht nun die Frage im Fokus, wie Tauschwertbezüge in der pflegerischen Praxis relevant werden und wie die Pflegekräfte sich zu diesen ökonomisierungsrelevanten Themen positionieren (Forschungsfrage II). Sowohl die starke Kopplung des DRG-Systems an medizinische Diagnosen und Prozeduren als auch der im vorherigen Abschnitt aufgezeigte Umstand, dass der pflegerische Arbeitsalltag in hohem Maße durch Patient*innenbedürfnisse, organisationale Anforderungen und ärztliche Anordnungen geprägt ist, wirft die Frage auf, wie in diesem Kontext überhaupt ökonomische Orientierungen³⁷ Raum greifen können. Dies ist vor allem

36 In der bisherigen Diskussion der Problematik, Patient*innen als Kunden zu betrachten, ist diese Konstellation, dass Pflegenden sich an wissenschaftlich fundierten Pflegekonzepten orientieren, die Patienten sich jedoch als Hotelgast betrachten, unterbelichtet. Zentrale Themen sind bisher vielmehr die Gefahren, die aus einer Kundenorientierung auf der Seite der Ärzte und Pflegekräfte resultieren, sowie – patientenseitig – die (Un)Möglichkeiten, sich als ‚mündiger Patient‘ zu verhalten (vgl. für viele Maio 2014: 91ff.). Was jedoch, wenn die Patient*innen nicht mündig und souverän sein, sondern schlicht bedient werden wollen?

37 Wenn im Folgenden von ökonomischen Orientierungen, ökonomischem Sinnhorizont oder ökonomischer Rationalität die Rede ist, geht es immer um Ökonomie in ihrer Tauschwertdimension. Sofern die oben (vgl. 3.2.2) hiervon unterschiedene Form der ‚rein‘ gebrauchswert-ökonomischen Rationalität eine Rolle spielt, wird darauf gesondert hingewiesen. Dass die Pflegenden bspw. versuchen, möglichst wenig Zeit mit dem Aufräumen von Medika-

dort der Fall, wo es um das neue Abrechnungsregime und jene seiner Aspekte geht, die für die Pflegekräfte von Bedeutung sind, also die Dokumentation und die auf Station anwesenden Kodierkräfte (6.2.1). Darüber hinaus ist ein Bezug auf die Tauschwertdimension vor allem dort aufzufinden, wo die Pflegekräfte über die Pflegedienstleitungen und die Geschäftsführungen sprechen, denen sie eine Orientierung an Sparvorgaben oder Erlösen zurechnen (6.2.2). Mit dieser sehen sich die Pflegekräfte meist bei außeralltäglichen Gelegenheiten der direkten oder indirekten Ansprache durch leitendes Personal konfrontiert, etwa bei Mitarbeiter*innengesprächen und Betriebsversammlungen oder in Form von Rundschreiben. Diese Themenfelder – die von den jeweiligen Pflegekräften unterschiedlich stark betont bzw. ausgeklammert wurden – sind zugleich die Grundpfeiler der Konstruktion des ökonomischen Feldes durch die Pflegekräfte selbst, d.h. sie repräsentieren diejenigen Momente der sozialen Wirklichkeit, über die sich die Pflegekräfte in das ökonomische Spiel einbezogen wännen.³⁸ Schon bei erster Betrachtung fällt als Differenz zwischen den Themenkomplexen auf, dass die Pflegekräfte sich nur über das Abrechnungsregime aktiv in das ökonomische Spiel verstrickt sehen, während sie in Bezug auf die Sparmaßnahmen und die ökonomischen Orientierungen der Vorgesetzten eine eher passive Rolle einnehmen – die Rolle derjenigen, die mit den Konsequenzen der Entscheidungen umzugehen haben, die über ihren Köpfen getroffen werden.

6.2.1 Das Abrechnungsregime

Es gehört zum alten Wissensbestand der Soziologie des Krankenhauses, dass in der Organisation Krankenhaus neben dem medizinischen und dem pflegerischen Funktionskreis auch ein administrativer Funktionskreis anzutreffen ist, der in einer gewissen Grundspannung zu den ersten beiden steht (vgl. Rohde 1974: 208ff.). Während Medizin und Pflege auf den soziokulturell etablierten Zweck der Patient*innenversorgung gerichtet sind, ist die Verwaltung mit der „Sorge für den Bestand und Fortbestand der Anstalt“ (ebd.: 212) beschäftigt, nicht zuletzt also mit der Beschaffung dazu benötigter (finanzieller) Ressourcen. Die konkrete Form, in der die Grundspannung zwischen den Funktionskreisen in Erscheinung tritt, wandelt sich jedoch historisch. Die Struktur der Krankenhausfinanzierung hat sich seit 2003 – wie oben (Kap. 4.2.2) beschrieben – derart verändert, dass sie stärker in die anderen Funktionskreise eingreift. Sie nimmt dort ihren Anfang, wo auch der ärztliche Be-

mentenschränken zu verbringen, um mehr Zeit für die Patient*innen zu haben, stellt eine (primär) gebrauchswert-ökonomische Rationalität dar, denn ihr Bezugsrahmen ist durch den Versorgungsbedarf (Gebrauchswert) und das Mittel (Arbeitskraft) stofflich bestimmt.

38 Die Entlohnung war interessanterweise ein Thema, das von den Pflegekräften kaum angesprochen wurde. Interessant ist dieser Befund insofern, als in der aktuellen Diskussion über den Fachkräftemangel eine bessere Entlohnung der Pflegekräfte als wesentlicher Teil der Lösung diskutiert wird. Das ist sicherlich nicht falsch und wäre zumal angesichts der gesundheitlichen Belastungen, die insbesondere mit der Schichtarbeit einhergehen, nur angemessen, jedoch deutet der Befund darauf hin, dass es wesentlich umfassenderer Strukturveränderungen bedarf, um die (Krankenhaus-)Pflege zu einem dauerhaft praktikablen Beruf zu transformieren – auf diesen Aspekt wird in der Diskussion (Kapitel 7.) zurückzukommen sein.

handlungsprozess beginnt, bei der Aufnahmediagnose, und setzt sich fort über die „Dokumentation der am Patienten erfolgenden Prozeduren und weiteren Diagnosen und sonstigen patientenbezogenen Daten, über deren Kodierung bis zur letztlich erfolgenden Abrechnung der DRG beim Kostenträger“ (Pfeuffer 2014a: 124). In der Alltagspraxis der Pflege ist das Abrechnungsregime vor allem in Form der Dokumentation und in Gestalt der Kodierfachkräfte präsent. Die Dokumentation stellt eine Praxisform dar, in der sich die Regeln des ökonomischen Feldes und die Regeln des Feldes der Krankenversorgung überschneiden. Sie ist damit strukturell ein zentrales Einfallstor für ökonomische Orientierungen in die Alltagspraxis der Pflegekräfte. Begreift man die Einführung der DRGs und in der Folge der Pflegekomplexmaßnahme-Scores (PKMS) als einen Prozess, durch den die „gewohnheitsmäßigen Entsprechungen von subjektiven und objektiven Strukturen abrupt durchbrochen“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 165f.) wurden, handelt es sich bei den Sinnkonflikten innerhalb der Dokumentationspraxis um eine „Klasse von Umständen [...], unter denen die rationale Wahlentscheidung [gegenüber habituell strukturierten Praxen; R.M.] die Oberhand gewinnen kann, zumindest bei solchen Akteuren, die auch, wenn man so sagen darf, über die Mittel zum Rationalsein verfügen“ (ebd.: 166). Die Auswertung des Materials hat gezeigt, dass die älteren Pflegekräfte, die den Bruch der Gewohnheit miterlebt haben, ‚rationaler‘ im Sinne von explizit und reflektiert mit der Veränderung der Dokumentation umgehen, während die jüngeren Pflegekräfte die für sie normale, gewohnheitsmäßige Dokumentationspraxis kaum explizit verhandeln.

Bei den Kodierfachkräften oder medizinischen Dokumentationsassistent*innen handelt es sich um eine recht neue Berufsgruppe, die bisher kaum erforscht ist. Offiziell besteht ihre Funktion darin,

„auf der Grundlage der von den Ärzten vorgenommenen Primärkodierungen [...] alle DRG-relevanten Daten anhand der Patientenakte und einer Prüfsoftware, meist als ‚DRG-Groupen‘ bezeichnet, zu erfassen und auf Plausibilität und auf Korrektheit hinsichtlich der Kodierrichtlinien zu überprüfen, mögliche noch nicht kodierte und den Erlös steigernde Sachverhalte auffindig zu machen und damit zur DRG-Optimierung [...] beizutragen.“ (Pfeuffer/Gemperle 2013: 99)

Darüber hinaus assistieren sie bei den auf der Dokumentation beruhenden Rechnungsprüfungen durch die Krankenkassen bzw. den Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und sind teils auch verantwortlich dafür, das ärztliche und pflegerische Personal bezüglich der Abrechnungsoptimierung zu schulen. Zum Zeitpunkt der Interviews war es bereits größtenteils üblich, dass Kodierkräfte bestimmten Stationen fest zugeordnet und dort insbesondere im Frühdienst präsent waren. Im Abrechnungsregime steht damit

„[a]uf der einen Seite das für die optimale Kodierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen bereitgestellte Personal in den Krankenhäusern, auf der anderen Seite die nun ebenfalls mit ärztlichem Personal und Kodierkräften und Groupersoftware ‚aufgerüsteten‘ Prüfabteilungen der Krankenkassen und des MDK, die den Krankenhäusern bei ihrer Abrechnung auf die Finger schauen.“ (Pfeuffer 2014b: 124f.)

Neben dieser Eigenschaft, Kampffeld zu sein, besitzt das Abrechnungsregime jedoch eine starke kognitive Komponente: Es handelt sich um einen Korpus von Regeln, die in Form von explizitem (Regel-)Wissen abrufbar sind und handlungsleitend werden. Ihnen zu folgen wird den Pflegekräften von den Vorgesetzten, den Kodierkräften und der Geschäftsführung als explizite Handlungserwartung kommuniziert. Entsprechend war das Abrechnungsregime im Interviewmaterial vor allem in Gestalt expliziter Orientierungsschemata und nicht – wie die pflegerische Orientierung – als impliziter Orientierungsrahmen präsent. Das Abrechnungsregime stellt sich vor diesem Hintergrund als ein Wissensregime dar, das auf eine als objektiv erfahrene Realität verweist.

Wenig überraschend, findet sich bei allen Pflegekräften des Samples eine ökonomische Orientierung auf das Abrechnungsregime, das heißt es wird von allen (auch) als das betrachtet, was es für die Organisation ist: ein Regime zur Refinanzierung. Die ökonomische Orientierung auf das Abrechnungsregime tritt in unterschiedlichen Subtypiken³⁹ in Erscheinung: zum einen in einer *kritisch-reflektierten*, zum anderen in einer *normalisiert-distanzierten* Ausprägung. Letztere meint, dass abrechnungsbezogene Handlungserwartungen als Selbstverständlichkeit internalisiert, entsprechend aber auch kaum (als konfliktzeugende) thematisch präsent sind. Erstere bringt mit sich, dass Konflikte zwischen Versorgungs- und Abrechnungslogik gesehen und thematisiert werden. Eine Anpassung an das neue Finanzierungsregime findet allerdings in beiden Fällen statt.

Bei einem auf Stationsebene leitenden Pfleger – Herrn Niedhoff, der zugleich als Beauftragter für die Dokumentation und Abrechnung der Pflegekomplexmaßnahme-Scores (PKMS) tätig war – ließ sich das Phänomen entdecken, dass das Abrechnungsregime gar nicht *primär* ökonomisch gerahmt wird, obwohl er seiner Rolle als „PKMS-Beauftragter“ entsprechend ökonomische Orientierungsschemata wie selbstverständlich enaktiert. Das Abrechnungsregime wird von ihm in den Kontext einer allgemein wahrgenommenen Situation der Ungerechtigkeit und fehlenden Anerkennung der Pflege gestellt und entsprechend primär *normativ* als ein Mechanismus der Anerkennung interpretiert. Diese normative Orientierung stellt also eine zweite Typik dar, die empirisch in Bezug auf das Abrechnungsregime auffindbar war. Es geht hierbei, in der Terminologie Bourdieus, um eine Orientierung am *symbolischen Gehalt* des ökonomischen Gewinns, den die Pflege durch den PKMS-Mechanismus erwirtschaften kann. Die Differenzen in den Ausprägungen der Orientierungen auf das Abrechnungsregime sollen im Folgenden an einigen zentralen Interviewsauszügen aufgezeigt werden.

39 Subtypiken sind Ausdifferenzierungen einer Basistypik (vgl. Bohnsack 2007: 237). Bei der Basistypik handelt es sich um ein bestimmtes, eben typisches, weil strukturell vorgegebenes Bezugsproblem der Praxis (vgl. auch Vogd et al. 2018: 47) – im vorliegenden Fall das (organisationale) Problem der Refinanzierung. Die Subtypiken beantworten auf der Grundlage einer komparativen Fallanalyse die Frage, wie sich die je spezifisch im Feld positionierten Akteur*innen zu diesem Problem in Bezug setzen.

6.2.1.1 Die kritisch-reflektierte Subtypik

Besonders elaboriert findet sich die kritisch-reflektierte Ausprägung der ökonomischen Orientierung auf das Abrechnungsregime in den Stellungnahmen von Herrn Schimmeck, der zum Zeitpunkt des Interviews seit 23 Jahren als Intensivpfleger in einem öffentlichen Haus der Maximalversorgung arbeitete. Auf die Frage nach seiner Einschätzung, worauf die Arbeitsverdichtung, die er im vorangegangenen Interviewverlauf thematisiert hatte, zurückzuführen ist, antwortet Herr Schimmeck, sie resultiere „ganz klar“ aus dem ökonomischen Druck, der „durch die Fallpauschalen [...] entsteht“. Diese Proposition elaboriert er anschließend wie folgt:

„Also früher war's eigentlich, also vor 20 Jahren gab's immer praktisch überhaupt keinen Druck auf uns, wie lange 'nen Patient bei uns gewesen ist. Der Druck ist praktisch nur dadurch entstanden, wenn z.B. Notfälle gekommen sind, auf 'ner 10-Betten-Station, dann musste man halt überlegen, ob man 'nen Patienten jetzt auf die Allgemeinstation verlegen kann oder auf die Überwachungsstation. Und mittlerweile ist es halt so, es wird halt 'n Durchschnittspreis bezahlt sozusagen und da muss so 'n Patient auch, sag ich jetzt mal, in der, eh, in einer Zeit praktisch behandelt werden, und zwar so behandelt werden, dass man ihn dann auch wieder verlegen kann, dass praktisch schwarze Zahlen geschrieben werden. Also, 'n klassisches Beispiel: Wir hatten vor kurzem 'ne Patientin gehabt mit 'ner Lungenembolie, die reanimiert wurde bei uns, und irgendwann kam dann halt die Kollegin, die praktisch die Fallpauschale ausrechnet für die Patienten, zu unserer Oberärztin und hat der erklärt: ‚Ok, also, obwohl man allen Aufwand praktisch berücksichtigt – die Patientin muss dialysiert werden, weil die Nieren halt beschädigt worden sind – lautet jetzt das Endergebnis über die Fallpauschale alleine, eh, kriegt man mit der Patientin, eh, mit der Patientin rote Zahlen‘, ne. Und nur über die Beatmungsdauer kann man bei der, hätte man bei der, bei der Patientin sozusagen noch was stemmen können, ja. Und dadurch entsteht halt dieser ökonomische Druck, also besser kann man's nicht beschreiben. Also, ich weiß ganz genau, wenn ich 'nen Patienten zu 'ner postoperativen Nachbeatmung hab, 24 Stunden Pi mal Daumen kann man sagen, das wird jetzt praktisch kein Verlustgeschäft werden. Aber sobald sich Komplikationen einstellen und ich kann die Komplikation eben nicht im DRG-System abbilden, sozusagen, dann werden die Patienten zum Problem, sozusagen.“ (P1)

In dieser Elaboration wird deutlich, dass Herr Schimmeck den Druck als Zeitdruck spezifiziert. Im Rahmen seines Früher-Heute-Vergleichs konstruiert er eine Differenz bezüglich des Grundes für den Zeitdruck: *Früher* sei nur dann „praktisch“ ein Druck zur Verlegung von Patient*innen entstanden, wenn Notfälle reingekommen sind. Es geht hierbei also um das gebrauchswert-ökonomische Problem, mit knappen stofflichen Ressourcen („10-Betten-Station“) einen zufällig auftretenden, naturwüchsig erscheinenden Versorgungsbedarf abzudecken. In einer solchen Situation greift dann eine ebenfalls bedarfs- bzw. bedürfnisorientierte Abwägung („musste man halt überlegen“), welche*r der Patient*innen gegenüber dem hereinkommenden Notfall soweit in einer besseren gesundheitlichen Lage ist, dass er*sie auch andernorts versorgt werden kann. Demgegenüber gibt es Herrn Schimmeck zufolge *heute* („mittlerweile“) einen ökonomischen Druck, der daraus resultiert, dass „schwarze Zahlen“ geschrieben werden sollen, und zwar mithilfe der „Durchschnittspreise“, die pro Fall gezahlt werden (DRGs). Das Versorgungsziel erhält somit in der Konstruktion von Herrn Schimmeck einen neuen ökonomischen Rahmen, innerhalb dessen die Behandlung erfolgen muss. Er zeichnet sich gegenüber dem alten dadurch aus, dass es

um Preise, also Tauschwerte, geht, die es dem Haus erlauben, schwarze Zahlen zu schreiben. Innerhalb dieses Rahmens fungieren die schwarzen Zahlen als positiver und die roten Zahlen als negativer Horizont. Die Patient*innen erscheinen nicht mehr als „Notfälle“, sondern negativ als „Verlustgeschäft“ oder positiv als Gewinn. Kriterium für die Einteilung in diese Kategorien ist die Abbildbarkeit innerhalb des DRG-Systems („und ich kann die Komplikationen eben nicht im DRG-System abbilden, [...] dann werden die Patienten zum Problem“).

Es dokumentiert sich hier also die oben (Kapitel 3.2.2) begrifflich elaborierte Differenz von zwei (bis zum Gegensatz) unterschiedlichen ökonomischen Rationalitäten, einer *gebrauchswert*-ökonomischen Rationalität und einer am Geld orientierten, also *tauschwert*-ökonomischen Rationalität, in der es um Gewinne (und Verluste) geht. Sie kommt nah an das heran, was oben als preisbezogene ökonomische Rationalität bezeichnet wurde, bedeutet also den Einsatz gebrauchswertförmiger Mittel zum tauschwertförmigen Zweck der Erlösgenerierung. Aus Sicht von Herrn Schimmeck dominiert letztere heute die erstere.

In der nächsten Sequenz („Also, ’n klassisches Beispiel: Wir hatten...“), in der Herr Schimmeck diesen neuen Rahmen mithilfe einer Erzählung ausführt, wird deutlich, dass die Orientierung an der preisbezogenen ökonomischen Rationalität einem konkreten Akteur im Feld zugeschrieben wird: der „Kollegin, die praktisch die Fallpauschale ausrechnet“, also der Kodierkraft der Station. Es reproduziert sich dabei das Muster der Eingliederung medizinischer Praxen (Behandlung) in den neuen Rahmen: Die Beatmung erscheint – in der von Herrn Schimmeck hier situativ übernommenen Perspektive der Kodierkraft – nicht etwa als medizinisch-therapeutisch gebotene Versorgungspraxis, sondern im (positiven) Horizont der neuen ökonomischen Orientierung, das heißt als Maßnahme, um schwarze statt roten Zahlen zu schreiben. Auch wenn Herr Schimmeck diese Orientierung und das mit ihr einhergehende Wissensregime („Also, ich weiß ganz genau...“) grundsätzlich kritisiert, wird zum Ende der Passage hin deutlich, dass auch er weiß, was die Kodierkraft weiß – und aus dieser Perspektive werden Patient*innen zum Problem, wenn sich ihre Komplikationen nicht im DRG-System abbilden lassen.⁴⁰

Eine genaue Interpretation dieser Passage macht deutlich, dass Herr Schimmeck die Kodierkräfte als Vermittler eines ökonomischen Wissens betrachtet, dessen Relevanz strukturell bedingt ist. Denn ab der Erläuterung: „Und nur über die Beatmungsdauer kann man bei der, hätte man bei der [...] noch was stemmen können“, ist nicht mehr zu sagen, ob er weiterhin nur wiedergibt, was die Kodierkraft der Oberärztin gesagt hat, oder einen objektiven Tatbestand referiert, der im Wissen aller Beteiligten verankert ist. Diese Perspektivenkonfusion setzt sich in der anschließenden Sequenz („Also ich weiß ganz genau, wenn ich...“) fort – welches „ich“ ist es, von dem Herr Schimmeck hier redet? Vor diesem Hintergrund lässt sich also spezifizieren, dass die Kodierkräfte als Figuren in Erscheinung treten, die ein Wissen artikulieren, dass nicht nur aus ihrer Perspektive, sondern objektiv relevant ist.⁴¹

40 Für die weitere Forschung wäre es interessant zu untersuchen, inwiefern sich ein neuer Typus von Problem-Patient*innen entwickelt hat, der sich von den bisher als ‚schwierig‘ typisierten Patient*innen (vgl. 6.1.2.1) unterscheidet: die Nicht-Abbildbaren.

41 Die Perspektivenkonfusion und die Hervorhebung des Objektiven könnte sich aber auch aus der allgemeinen Rahmung der Interviewsituation durch Herr Schimmeck ergeben, in

Zusammenfassend lässt sich zunächst in Bezug auf den ökonomischen Druck festhalten: Er wird in der Passage zu einem Zeitdruck moduliert, der auf dem Behandlungsprozess lastet. Es gibt einen von außen vorgegebenen Zeitrahmen, in dem eine Behandlung durchgeführt werden muss, und dieser Zeitrahmen ist bestimmt durch die Fallpauschalen, mit deren Hilfe schwarze Zahlen geschrieben werden müssen. Dies lässt sich als Erfahrung einer verselbständigten, tauschwertbezogenen Zeitordnung deuten. Ein quasi leerer Zeitraum, ein quantitativ bestimmtes Kontinuum, wird qualitativ mit dem Ziel gefüllt, „so 'n Patienten“ so zu behandeln, dass man ihn verlegen kann. Der *rein* preisbezogene ökonomische Horizont, der sich in der Orientierung ausdrücken würde, den*die Patient*in ohne Rücksicht auf seinen*ihrn Zustand zu verlegen, bleibt somit ein Tabu. D.h. die Orientierung an dem Ziel der Behandlung, die Identifikation mit dem Gesundheitsberuf, bleibt wirkmächtig, und zwar als vom Akteur inkorporierte und selbständig aktivierte Disposition.⁴² Der positive, pflegerische Gegenhorizont zum ökonomischen Horizont, eine*n Patient*in so lang da zu behalten, bis er*sie verlegt werden kann, und den ökonomischen *outcome* außer Acht zu lassen, kommt für Herrn Schimmeck aber auch nicht (mehr) in Frage – genau darin macht sich der ökonomische Druck geltend. Im Unterschied zur gesundheitsberuflichen Orientierung – als einem Faktor, der der durchschlagenden Wirkung des ökonomischen Drucks entgegenwirkt – handelt es sich hier aber immer noch um einen von außen angetragenen Druck, der zwar als (explizite) Rollenerwartung internalisiert, nicht aber in die berufliche Identität inkorporiert ist.

Wie ein handfester Konflikt zwischen der Abrechnungs- und der Versorgungslogik aussieht, erläutert Herr Schimmeck in einer Erzählung über eine benachbarte Station, auf der aus Gründen der Abrechnungsmaximierung eine aus Herrn Schimmecks Sicht unsachgemäße, mangelhafte Versorgung stattfindet:

„...bei diesen Scores ist auch der Kaliumwert 'nen ganz wichtiger Wert. Wenn der nach unten oder nach oben überschritten wird, gibt's auch zusätzlich Punkte. Kaliumwert wird mittlerweile glaub ich auf allen Intensivstationen – über 'nen Verordnungsplan wird das delegiert an die Pflegeleute, die sollen das selbständig steuern. Wir machen alle vier Stunden 'ne Blutgasanalyse, wird der Kaliumwert mitbestimmt. Und unser Ziel ist es sozusagen, steht auch im Verordnungsplan, dass man den im therapeutischen Bereich hält und wir greifen ein auch bei 'nem Kaliumwert von 3,5, der liegt noch sozusagen im unteren Normbereich. Da steigen wir schon ein und versuchen den hoch zu halten, damit es keine Rhythmusstörungen gibt, ne. Und ich kenn Kollegen von der Nachbarstation, denen Stellen gekürzt wurden, ne, die machen auch vierstündlich 'ne Blutgasanalyse. Die wissen auch klassischerweise, bei welchem Patienten

der es ihm nicht darum geht, seine individuelle Perspektive nachvollziehbar zu machen, sondern mir in analytisch-systemkritischer Einstellung die „Logik des Fallpauschalensystems“ zu verdeutlichen.

42 Hier ist von gesundheitsberuflicher und nicht pflegerischer Orientierung die Rede, da Herr Schimmeck in dieser Passage nicht von der Tätigkeit der Pflege, sondern von der „Behandlung“ spricht – der Patient „muss so behandelt werden, dass man ihn [...] verlegen kann“. Im Zusammenhang mit anderen Passagen des Interviews liegt die Interpretation nahe, dass er den ökonomischen Druck nicht nur auf die Pflege bezieht, sondern auf das „professionelle Paar“ (U. Streckeisen 2015: 56) Arzt-Pflege, das kooperativ und koproduktiv den Behandlungsprozess durchführt.

z.B. wenn sie Diuretika kriegen, ist völlig klar über den Verlauf von 'nem Tag, wenn ich nicht gegensteuer', ne, die unter 3,0 gehen und dann gibt's Punkte sozusagen. Und die, eh, fangen halt nicht an Kalium zu substituieren bei 3,5, so wie wir das machen, und versuchen den im therapeutischen Spiegel zu halten, sondern wenn die ihre Schicht antreten, die gucken die letzte Blutgasanalyse an, da war der Wert 3,6 und dann wissen die ganz genau, wenn ich bis 20 Uhr nix mach, dann ist er bei 3,0 und dann gibt's halt 'nen Punkt. Und das z.B. wär für mich jetzt extrem belastend. Und das verrückte ist, ich unterhalt mich ja mit den Kollegen, und das machen natürlich erfahrene Kollegen, ne, weil die können ja auch gut abschätzen, das ist 'n Patient, der grad kein großes Risiko hat, eben mit den Rhythmusstörungen und beim dem mach ich das dann halt, ne. Und die kriegen das praktisch von oben gar nicht angeordnet, sondern die machen das selber, weil sie möglichst viele Punkte sammeln wollen.“ (P1)

Herr Schimmeck stellt zunächst fest, dass es zusätzliche abrechnungsfähige Punkte gibt, wenn bestimmte Werte über- oder unterschritten werden. Über den Verordnungsplan thematisiert er die Aufgabenteilung zwischen Ärzt*innen und Pflegekräften auf den Intensivstationen. Dadurch, dass die Pflegekräfte die Aufgabe der Kontrolle der Kaliumwerte zugewiesen bekommen haben, kontrollieren sie nun einen Bereich, der abrechnungsrelevant ist. Dieser Wert soll laut Verordnungsplan in einem „Normbereich“ gehalten werden. Er wird im Rahmen der Blutgasanalyse mit bestimmt, die alle vier Stunden durchgeführt wird. Für Herrn Schimmeck selbst, der die Blutgasanalyse bereits im Rahmen seiner Darstellung eines typischen Arbeitstages kurz erwähnt hatte, ist sie „kein großes Ding“. Der weitere Verlauf der vorliegenden Passage zeigt aber, dass sie für andere Intensivpflegekräfte durchaus relevant zu sein scheint, allerdings in ökonomischer Hinsicht. Diese Kolleg*innen fungieren für Herrn Schimmeck als negativer Gegenhorizont seiner Orientierung: Sie handeln dem Ziel des Verordnungsplans zuwider und lassen gezielt die Kaliumwerte soweit fallen, dass es „'nen Punkt“ gibt; und das tun sie nicht etwa aufgrund einer Anordnung von oben, sondern weil sie „möglichst viele Punkte sammeln wollen“. Diesem Handlungsentwurf zu folgen, wäre für Herrn Schimmeck „extrem belastend“. Sein Enaktierungspotenzial erhalte er jedoch, der Theorie von Herrn Schimmeck zufolge, dadurch, dass auf der Station Stellen gestrichen worden sind. Die Enaktierung dieser Orientierung durch erfahrene Pflegekräfte bezeichnet er als „verrückt“, obwohl er anschließend ihre logische Nachvollziehbarkeit darlegt: Erfahrene Pflegekräfte könnten einschätzen, bei welchem*welcher der Patient*innen das Hinauszögern der Intervention „kein großes Risiko“ ist. „Verrückt“ kann vor diesem Hintergrund dann nur bedeuten, dass Herr Schimmeck gerade von erfahrenen Pflegekräften, zu denen er sich auch selbst rechnet, erwartet, dass sie primär der Versorgungslogik folgen. Stattdessen nutzen die Kolleg*innen der anderen Station aber ihr Fachwissen, um die Körper der Patient*innen als Spielmarke einzusetzen, die es ermöglicht, Punkte zu sammeln. Dabei tritt die Versorgungslogik allerdings nicht einfach in den Hintergrund, vielmehr wird gerade unter Rückgriff auf das Fach- und Erfahrungswissen eine *Balancierung* beider Logiken dadurch vorgenommen, dass die ökonomische Orientierung nur dort enacted wird, wo das gesundheitliche Risiko als gering eingeschätzt wird. Das Fachwissen, die aus theoretischem und Erfahrungswissen sich speisende professionelle Kenntnis, wird genutzt, um jene Situationen zu definieren, in denen der Ökonomie der Vorrang gelassen werden kann.

Anders als Herr Schimmeck kritisiert Frau Jandric, die seit 33 Jahren als Pflegekraft auf einer gynäkologischen und urologischen Station arbeitet, nicht so sehr die Sachlogik der Fallpauschalen und ihren Übergriff auf die Versorgungslogik. Im Fokus ihrer Kritik steht vielmehr das Abrechnungs- als Macht- und Kontrollregime. Hierbei spielen die Krankenkassen und ihre Abrechnungsprüfungen auf der Grundlage der Dokumentation eine größere Rolle als bei Herrn Schimmeck:

„Andererseits denk ich halt immer, meine Güte, wo leb ich denn eigentlich, ja, dass ich so kontrolliert wird'. Du wirst ja fast kriminalisiert, ja, manches musst du tatsächlich falsch schreiben, ja, weil du sonst keine müde Mark dafür bekommst, ja.“ (P2)

Die Passage beginnt mit einer Zurückweisung des Kontrollregimes, denn es basiert auf der Erwartung, dass aus Gründen der Vorteilnahme nicht wahrheitsgemäß dokumentiert wird und damit auf der Unterstellung eines Regelverstößes, die für Frau Jandric inakzeptabel ist („Du wirst ja fast kriminalisiert“). Anstatt also darauf zu *vertrauen*, dass es den Dokumentierenden auf Station einfach nur um eine gute Patient*innenversorgung geht, die ihrer Logik entsprechend notiert wird (hypothetischer positiver Gegenhorizont), unterstellt das Kontrollregime eine betrügerische Absicht zwecks ökonomischer Vorteilnahme. Dass es eine solche geben könnte, weist Frau Jandric allerdings anschließend auch nicht einfach zurück, denn die Kritik, man werde „fast kriminalisiert“, ist auch in dem Sinne zu lesen, dass man zum Regelverstoß gezwungen wird („manches *musst* du falsch schreiben“). Die offiziellen Regeln des ökonomischen Spiels, die durch das Kontrollregime durchgesetzt werden sollen, sähen für manche Versorgungspraktiken gar keine Refinanzierung vor. Die strikte Befolgung ausschließlich dieser Regeln würde also dazu führen, dass versorgungslogisch Sinnvolles unterlassen wird, weil man „keine müde Mark“ dafür bekommt. Nun orientiert sich Frau Jandric aber primär an den Regeln des Versorgungsspiels und weiß zugleich, dass die Station sich refinanzieren muss, um dieses Spiel aufrechterhalten zu können. Deshalb muss sie Dinge anders aufschreiben, als sie ‚wirklich sind‘, d.h. die Differenz von *talk* und *action* (vgl. Brunsson 1989) ausnutzen. Aus ihrer Sicht führen also die offiziellen Regeln des ökonomischen Spiels dort, wo sie keine Refinanzierung bestimmter Leistungen vorsehen, selbst zu dem ‚betrügerischen‘ Handeln, das durch das Kontrollregime unterbunden werden soll – die Regeln drängen zur Regelverletzung. Damit liegt hier eine Rechtfertigungsstrategie vor, in der die Referenz auf die Architektur des Abrechnungssystems dazu dient, eine tendenziell betrügerische Praxis zu legitimieren, die dem feldspezifischen Ethos widerspricht. In der Antwort auf eine Nachfrage zu dieser Praxis gibt Frau Jandric ein Beispiel an, wie sie versucht die Sinnhorizonte der Versorgungs- und der Abrechnungslogik zu balancieren.

RM: „Was wäre das so im Konkreten, was man da so umbiegt für die Dokumentation?“

P2: „Du schreibst schon auch mal hin, dass der Mensch noch Schmerzen angibt, auch wenn er heute grad mal nicht gejamert hat. Dann schreibst du da halt: ‚leichte Schmerzen‘ – oder irgendwie so was, ja. Das schadet keinem, er kriegt ja deswegen kein Medikament, ja, aber irgendwas musst du halt machen, ja.“

Die Referenz der Dokumentation auf den Sinnhorizont der Versorgung bleibt hier implizit relevant, denn Frau Jandric reflektiert, dass bestimmte Eintragungen in der Dokumentation zu einer Veränderung des Versorgungsprozesses führen können („er kriegt ja deswegen kein Medikament“); die Dokumentation wird also in ihrer Funktion als therapieunterstützendes Kommunikationsmedium adressiert. Dennoch muss in der Akte „irgendwie so was“ stehen, was den weiteren Aufenthalt des*der Patient*in den abrechnungstechnischen Regeln entsprechend rechtfertigt, damit seine Versorgung refinanziert wird. So *bedient* Frau Jandric also letztlich die Regeln beider Spiele, was aber nur funktioniert, weil eine unsachgemäße Übersetzung der versorgungsrelevanten Wirklichkeit (Zustand der Patient*innen) in die ökonomisch relevante Wirklichkeit (Dokumentation) vorgenommen wird. Diese Balancierung der divergierenden Referenzen bleibt von der Prämisse geleitet, dass dem*der Patient*in kein Schaden zugefügt, keine unsachgemäße Versorgung zuteilwird – die pflegerische Orientierung bleibt also auch hier primär. Dass es sich bei dieser Balancierung um eine ‚betrügerische‘ Praxis handelt, relativiert Frau Jandric im weiteren Verlauf allerdings wieder:

RM: „Also wenn es darum geht die Leute – man merkt, die Leute müssten eigentlich länger da bleiben, aber die Krankenkasse würd‘ das anders sehen, deswegen dokumentiere ich dann...“

P2: „Zum Beispiel, ja. Also das ist jetzt nur Kleinkram. Also wir haben das nicht oft gemacht, um Gottes willen, ja. Aber ähm, man muss schon manchmal ausholen. Man denkt, das ist doch gar nicht wichtig, ja, so wie – keine Ahnung, selbst wenn er sagt: ‚Heut hab ich nochmal ’n bisschen Bauchweh‘ – das ist normal, ja. Du musst es aber hinschreiben [klopft zweimal mit dem Zeigefinger auf den Tisch], weil er hat es gesagt und dann kannst du auch was tun, ja. Also ich hab immer gesagt mit der Einführung der DRGs: Wer beschissen werden will, der wird beschissen, ja. Ich meine, nicht, dass wir das jetzt hier machen, aber das ist im Endeffekt die Konsequenz daraus, ja.“

Es gehe also nur um „Kleinkram“, der nicht oft gemacht werde. Aus dem, was oben unter dem Motto „falsch schreiben“ eingeführt wurde, wird jetzt die schwächere Aussage, man müsse „manchmal ausholen“.⁴³ Trotz dieser Relativierung zeigt sich aber auch, dass die neuen Abrechnungsmodalitäten Frau Jandric in eine Situation moralischer Dissonanz versetzen: Sie fühlt sich zum Betrug genötigt, hängt aber selbst einer Moralvorstellung an, die auf Vertrauen und Ehrlichkeit basiert, was eine sach- und wahrheitsgemäße Dokumentation einschließt („er hat es gesagt und *dann* kannst du auch was tun“). Diese Dissonanz oder Ambivalenz bearbeitet sie dann in der Form, dass sie – ganz ähnlich wie Herr Schimmeck – die Systemlogik als Rechtfertigung (Rationalisierung) dafür anführt, ihrem moralischen Empfinden zuwider zu

43 Es handelt sich hier um eine Praxis, die auch auf ärztlicher Seite zu beobachten ist. Vogd (2004: 292) rekonstruiert einen Fall ärztlichen Entscheidens mit dem Resultat: „In der Kommunikation mit der Krankenkasse passen sich die Begründungen dem zu erreichenden Ziel an, nicht umgekehrt. Die Ärztin gewinnt hierdurch Autonomie gegenüber den bürokratischen Vorgaben seitens der Kassen und der Politik.“

handeln („wer beschissen werden will, der wird beschissen“).⁴⁴ So verschiebt sich der Blick auf die alltäglichen Ereignisse: Es wird entlang von Abrechnungskriterien abgescannt, was dokumentationswürdig ist. Während für sie ein „bisschen Bauchweh“ zu den ganz normalen Folgen der fachtypischen Heilungsprozesse gehört, die man aus ihrer Sicht nicht extra „hinschreiben“ bräuchte, handelt es sich unter Berücksichtigung der Einsparlogik der Krankenkassen um eine relevante und hervorzuhebende Aussage – und diese Perspektive muss ständig mitlaufen.

Macht und Kontrolle gehen für Frau Jandric aber nicht nur von den Krankenkassen, sondern auch von der Geschäftsführung aus, die auch den Chefärzten, die früher noch „Respektspersonen“ gewesen seien, nur noch Zahlen („die Fallzahlen, die Fallzahlen“) vorlege. Die Budgets, die sie mit- und zugeteilt bekommen, orientierten sich an den Fallzahlen bzw. am Case-Mix und Case-Mix-Index. Die Orientierung an „Zahlen“ wird dabei explizit als negativer Gegenhorizont zu einer Orientierung am Zustand und an den Bedürfnissen des*der Patient*in thematisiert:

„Und das ist das Schlimme, dass du heute nicht mehr guckst, wie geht’s eigentlich meinem Patienten, muss ich den operieren, muss ich ihn schon heimschicken, Menschenkind dem geht’s nicht gut – dass du heute nur nach Zahlen guckst. Ja. Und das haben wir sofort gemerkt [nach der Einführung des DRG-Systems; R.M.]. Ja. Dann hast du deine mittlere Verweildauer und dann, pff, haben wir auch am Anfang geguckt: ‚Das ist ja – sind die verrückt geworden?‘ Ja, das ist ja unglaublich‘, ja. Schickst die Leute heim und zu Hause sind die nicht versorgt.“ (P2)

Die Zahlen, hier spezifiziert als „mittlere Verweildauer“, fungieren als Übersetzungsmechanismus von tauschwert-ökonomischen Vorgaben⁴⁵ in versorgungsbezogene Entscheidungen (Leute heimschicken), die aus der Orientierung an den Bedürfnissen der Patient*innen heraus als „verrückt“ betrachtet werden. Dass Frau Jandric an dieser Stelle im Modus der Erzählung ihre damalige Reaktion zweifach mit emotional besetzten Ausdrücken („verrückt“, „unglaublich“) artikuliert, verweist auf eine Erlebnissättigung dieser Irritation der habitualisierten pflegerischen Orientierung durch die neuen, mit ökonomischem Sinn besetzten Erwartungen.

Auf die Dokumentation kam Frau Jandric das erste Mal im Zuge ihrer Darstellung des Arbeitstages zu sprechen. Bereits hier bringt sie diese direkt in Verbindung mit der Abrechnung. Die Erwähnung erfolgt unmittelbar im Anschluss an die Beschreibung dessen, was an einem Tag alles zu tun ist:

44 In diesem Sinne ließe sich von einer Tendenz zur „moralischen Desensibilisierung“ (Kersting 2011) der Pflege aufgrund der Ökonomisierung sprechen. Ein ganz ähnliches Muster findet sich auch bei Frau Henkel: Auch sie rechtfertigt den Umstand, dass die Dokumentationsassistentin „aus ’nem Husten gleich ’ne beidseitige Lungenentzündung“ macht, einfach weil dann mehr Geld reinkommt“, mit der Systemlogik: „Das geht auch nicht anders, weil irgendwie muss ja das Geld reinkommen.“ (P3)

45 Die mittlere Verweildauer meint die Liegezeit, bei der maximale Erlöse erzielt werden können. Bei zu kurzer Liegezeit (Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer) kommt es zu Abschlägen auf die Fallpauschalen. Bei zu langer Liegezeit (Überschreitung der oberen Grenzverweildauer) gibt es zwar Zuschläge pro Tag, diese sind jedoch kaum kostendeckend, so dass in der Regel eine mittlere Verweildauer ‚angesteuert‘ wird.

P2: „Und am schlimmsten ist die Dokumentation. Die nimmt den meisten, die meiste Zeit in Anspruch. Und bei uns war's so, wenn du länger geblieben bist, war's meistens wegen der Dokumentation, weil du erst mal alles gemacht hast, also abgearbeitet hast, und dich dann um die Dokumentation gekümmert hast. Ich hab gehört, es gibt auch welche, die dokumentieren erst. Nur wer dokumentiert, kriegt auch Geld, ja [lacht]. Also das haben wir jetzt nicht gemacht, aber das soll es wohl geben.“

RM: „Ja, das wurd' mir auch schon berichtet.“

P2: [lacht] Ja, gell. Hauptsache es steht. Ja, das ist schwierig.“

Die Bewertung, die Dokumentation sei am schlimmsten, impliziert zunächst, dass zumindest die unmittelbar zuvor erwähnten Tätigkeiten (die Anordnungen der Ärzte ausarbeiten, sprich: Unterlagen für das Labor am nächsten Tag vorbereiten, Medikamente aktualisieren), als schlimm empfunden werden. Die Begründung für die dramaturgische Zuspitzung („am schlimmsten“), die Dokumentation nehme die meiste Zeit in Anspruch, verweist auf eine spezifisch strukturierte Zeitkonstruktion. Der Vergleichshorizont zur Dokumentation sind die zuvor erwähnten Tätigkeiten, die *jede für sich* weniger Zeit in Anspruch nehmen. Das bedeutet, dass *die* Dokumentation, die sich ja auf die Akten mehrerer Patient*innen bezieht, die je einzeln bearbeitet werden müssen, als *eine* Tätigkeit wahrgenommen wird, die getrennt von der Versorgung stattfindet.⁴⁶ Dass Frau Jandric wenn, dann wegen der Dokumentation länger geblieben ist, impliziert eine Prioritätensetzung zugunsten anderer pflegerischer Tätigkeiten („erst mal alles gemacht“). Das umgekehrte Vorgehen, erst zu dokumentieren und dann zu versorgen, identifiziert sie mit einer Priorisierung der Erlösgenerierung, d.h. mit einer ökonomischen Orientierung, die den negativen Gegenhorizont bildet. Von einer solchen grenzt sich Frau Jandric dann noch einmal explizit ab („das haben wir jetzt nicht gemacht“; „das ist schwierig“). Auch wenn sie nicht genauer ausführt, was sie mit „alles“ in „erst mal alles gemacht“ meint, lässt die Einbettung dieser Passage in die vorangegangene Beschreibung der Tätigkeiten, die an einem Arbeitstag zu erledigen sind, darauf schließen, dass es hier um Tätigkeiten geht, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass sie Bezug zur Versorgung der Patient*innen haben.⁴⁷ Die Dokumentation erscheint also als hiervon losgelöste Tätigkeit, die auf ihre Bedeutung für die Abrechnung reduziert wird – ganz ähnlich wie in der Aussage von Herrn Schimmeck: „Dokumentation ist halt abrechnungsrelevant“.

46 Ein hypothetischer Gegenhorizont bestünde beispielsweise darin, das ‚Pflegen‘ der Akte eines*einer Patient*in als integralen Bestandteil der Pflege dieses*dieser *einen* Patient*in zu verstehen und nicht als ‚die Dokumentation‘, die für alle zugeteilten Patient*innen erledigt werden muss.

47 Da diese Passage relativ lang ist, sei hier nur kurz zusammengefasst, welche Tätigkeiten Frau Jandric anführt: Übergabe, Patient*innen aufteilen (Bereichspflege), Visite, Aufnahmen, Patient*innen für den OP vorbereiten, Entlassungen vorbereiten, Verbände wechseln, Vitalzeichen kontrollieren, Infusionen anhängen, Medikamente geben, Waschen, „Dummschwätzen“, Betten machen, Verband wechseln, Getränke anreichen, Lagern, Medikamente stellen, mit den Sozialarbeitern reden, Anordnungen der Ärzte ausführen.

Die Bemerkungen von Frau Jandric wurden von mir später noch einmal in einer Nachfrage zum konkreten Vorgehen bei der Dokumentation aufgegriffen. Das als Gedankenexperiment entworfene Szenario, das Pflegen einer Patient*innenakte könnte auch zur Versorgung eines*einer einzelnen Patient*in hinzugezählt werden, wird hier von Frau Jandric als Praxis beschrieben:

RM: „Und die Dokumentation, meinst du ja gerade, macht ihr immer hinterher, aber macht ihr die dann gebündelt oder wenn ihr bei einem Patienten ward, dann kurz die Akte sich vornehmen und dann zum nächsten, oder...“

P2: „Wenn du Zeit hast, machst du’s gleich. Also, Medikamente – wenn du jetzt zwischendurch ’ne Infusion anhängst, das trägst du schon ein, ja. Aber so diese groben Anordnungen, was weiß ich, was die Ärzte morgens bei der Visite anordnen, hast du dann deinen Übergabebzettel, sag ich jetzt mal, hier so. Da hast du’s dir aufgeschrieben und dann hast du’s abgehakt, weil du’s schon gemacht hast. Und das, dass du’s gemacht hast, hast du halt erst nachgetragen. Oder du hast auch schon die Tabletten gegeben und hast es aber noch nicht so richtig in die Akte eingetragen, in die Kurve. Hast zwar hinten abgezeichnet, aber vorne steht’s noch nicht, weil du die Zeit nicht hast. Und so wie die Zeit da ist, nimmst du dir schon eine vor und sagst, ach komm, das trag’ ich noch schnell ein, ja.“

Ein Teil der Dokumentation wird also schon zwischendurch erledigt, aber eben „noch nicht so richtig“, denn sie wird nicht zum Abschluss gebracht. „Richtig“ erledigt wird sie entweder in sich kurz öffnenden Zeitfenstern, in den Nischen des Arbeitstags („wenn du Zeit hast“; „sowie die Zeit da ist“), oder wie oben beschrieben als letzte Aufgabe des Tages. Definiert werden diese Nischen durch die anderen Aufgaben neben der Dokumentation; diese steht also in der Prioritätenliste, so könnte man hier in Ergänzung zur obigen Aussage, die Dokumentation werde erst gemacht, wenn „alles erledigt“ ist, annehmen, ganz unten. In der nächsten Sequenz verschiebt sich nun aber nochmal Frau Jandrics Orientierung auf die Dokumentation:

„Aber wenn du dir die Zeit nicht nehmen kannst, also wenn – du musst schon gut gucken, dass du genügend Raum auch hast, weil ein falsches Wort und du kriegst schon kein Geld, ja. Das ist einfach so. Wenn du jetzt – du meinst es gut und schreibst da hin: ‚Ach, Patient gibt keine Beschwerden an‘, weil er tatsächlich keine Schmerzen mehr gehabt hat, ja, äh, ‚ist einiger...‘ äh, was weiß ich: ‚ist leidlich mobil‘, da sagt die Kasse schon: ‚Du, wenn er leidlich mobil ist, könnt ihr den entlassen.‘ Ja. Also, so. Man muss da wirklich aufpassen, was man da schreibt, ja.“ (P2)

Während es bisher so aussah, als sei es für Frau Jandric vor allem wichtig, erst einmal „alles andere“ zu machen, bevor sie sich der Dokumentation widmet, weil es Priorität hat, wird hier deutlich, dass die zeitliche Abfolge durchaus auch im Sinne einer der Abrechnung angemessenen Dokumentationspraxis ist. Die Trennung der Bereiche von Dokumentation und sonstigen Arbeiten dient somit dazu, *beiden* möglichst gerecht zu werden. Die Dokumentation wird dabei nicht mehr wie zuvor (Medikamentengabe wird dokumentiert etc.) als Bestandteil des Versorgungsprozesses konstruiert, sondern als Element im ökonomischen Feld („ein falsches Wort und du kriegst schon kein Geld“); diese Funktion ist es, die es erforderlich macht, sich „ge-

nügend Raum“ für die Dokumentation zu nehmen. Der Aufwand an Zeit und Konzentration, den die Dokumentation verlangt, stellt sich also als eine externe Vorgabe dar, als Umwelтанforderung und -perspektive, die zu übernehmen für Frau Jandric keine ‚natürliche Einstellung‘ ist. Vielmehr bedarf es der Konzentration, einer speziell gerichteten Aufmerksamkeit. Über die thematische Brücke der Abrechnungsrelevanz der Dokumentation treten die Krankenkassen auf den Plan, die eine spezielle Perspektive auf das *boundary object* der Dokumentation (vgl. Berg/Bowker 1997) haben, die Frau Jandric in ihrer Praxis berücksichtigen muss. Die Kassen würden versuchen, so wenig Geld wie möglich auszugeben, und dafür jede Lücke nutzen, die die Dokumentation ihnen lässt. Zusammenfassend ist für Frau Jandric also relevant, dass man für die Dokumentation Konzentration und Zeit aufwenden muss. Dieser Zeitaufwand, der für sie die primäre Begründung ist, warum es sich um die „schlimmste“ Arbeit handelt, ergibt sich für sie aus dem ökonomischen Sinnhorizont, der durch die Krankenkassen repräsentiert wird. Kurz: die Dokumentation ist nicht als Teil des Versorgungsprozesses, sondern als Teil des Abrechnungsprozesses „das Schlimmste“.

Auch Frau Henkel, deren Berufseinstieg ebenfalls in die Zeit vor der Einführung des DRG-Systems fällt, thematisiert die Dokumentation als großen Teil des Verwaltungsaufwands, der als erstes „hinten runter fällt“, wenn man seine „Arbeit nicht geschafft“ hat. Dies scheint insbesondere in Spät- und Nachtdiensten vorzukommen. In diesem Zusammenhang verbindet auch sie die Dokumentation mit den Kontrollen durch den MDK. Wenn die Dokumentation aufgrund von Überlastung

„einfach nicht sorgfältig gemacht werden kann, dann sieht der MDK: Ok, an dem und dem Tag ist das und das nicht gemacht, dann werden Gelder gestrichen. Das ist so ’nen Teufelskreis, ne, weil ähm ich muss ja irgendwo Abstriche machen und es ist natürlich nicht die beste Variante, Dokumentation zu streichen, aber wo soll ich denn anfangen? Also ich kann auch nicht die Patienten im Bett im schmutzigen Bett liegen lassen, damit ich die Berichte abhaken kann. Das ist nicht mein Anspruch.“ (P3)

Dass es nicht „die beste Variante“ sei, die „Dokumentation zu streichen“, verweist darauf, dass die Notwendigkeit der Abrechnung und Refinanzierung durchaus gesehen und berücksichtigt wird. Der primäre „Anspruch“ bleibt es jedoch, die patienten-nahen Tätigkeiten im Kernbereich der Pflege zu schaffen und nicht Berichte abzu-haken. Der Konflikt zwischen refinanzierender Dokumentation und Pflege entsteht hier also nicht wie bei Herrn Schimmeck über die „Logik“ des jeweiligen Spiels, sondern über den *Zeitdruck*, der unter den gegebenen Arbeitsbedingungen herrscht.

Die kritisch-reflektierte Subtypik lässt sich jedoch nicht nur bezüglich der Dokumentation, sondern auch bei der Thematisierung der Kodierkräfte rekonstruieren – allerdings nur im Fall von Herrn Schimmeck.⁴⁸ Er konstruiert die Kodierkraft als Re-präsentantin einer patientenfernen Umwelt, in der es um ökonomische Sachverhalte geht – sie gebe in entsprechende Computerprogramme „alle auffälligen Sachen ein, wo man Geld mit verdienen kann“. Sie vermittele den „Druck“, der durch das Fallpauschalensystem entstanden sei. Das Neue gegenüber früher ist: Die Kodierkraft bringt

48 In den anderen Fällen wird ihren Tätigkeiten eher mit Indifferenz begegnet oder aber sie werden positiv bewertet (s.u.).

diese Orientierung „vor Ort“ mit ein, wie Herr Schimmeck am Beispiel der Beatmungstunden ausführt, die in der Intensivpflege in puncto Abrechnung der „Knaller“ seien, da sie „einfach noch zusätzlich Geld“ bringen. Es sei Aufgabe der Kollegin vom DRG-Prüfcenter darauf hinzuweisen, wann der nächste „Splitt“ erreicht ist, ab dem es „dann halt noch soundso viel tausend Euro extra“ gibt. Er versuche allerdings, sich „die Zahlen bewusst nicht im Kopf [zu merken], weil man sich halt nicht beeinflussen lassen will.“ Der Druck scheint also nicht nur durch die Kodierkraft *in persona* zu entstehen, vielmehr stellt bereits das durch sie artikulierte Wissen über die Zahlen einen Faktor dar, der darauf hinwirkt, die patient*innenbezogenen Entscheidungen zu beeinflussen, so dass es nötig wird, sich „die Zahlen bewusst nicht im Kopf“ zu merken.

Die hier bereits mitschwingende Grundspannung zwischen der ökonomischen, durch die Kodierkraft vertretenen Orientierung und der gesundheitsberuflichen Orientierung wurde in einer späteren Passage, die allerdings zugleich die Ambivalenz des Interaktionsverhältnisses verdeutlicht, noch einmal expliziter:

RM: „Ähm, ok, und die, eh, ähm, DRG-Zuständige bei euch auf der Station, wenn die dann mit euch spricht, da hört ihr dann irgendwie mit einem Ohr zu und, eh, lasst die irgendwie reden oder gibt's da auch öfter mal so...“

P1: „Eh, das kommt drauf an. Es gibt auch durchaus Dinge, die sinnvoll sind. Also z.B. gibt's ganz viele Medikamente, die halt extra dokumentiert werden müssen, weil die halt nicht pauschal vergütet werden. Also z.B. bei so 'nem Thema, da hört man auch ihr vernünftig zu, ne. Und das hat sich glaube ich auch über den Prozess mit den Fallpauschalen jetzt so eingebürgert, auch wenn der Aufwand höher ist, dass man das vernünftig dokumentiert.“

Die Nachfrage zum Umgang mit den Kodierkräften wird von Herrn Schimmeck dahingehend verstanden, dass ich unterstelle, dass diese aus seiner Sicht überhaupt keiner sinnvollen Tätigkeit nachgehen. Darauf verweist die differenzierende Antwort von Herrn Schimmeck, der meine Proposition mit der Opposition zurückweist, die Kodierkräfte würden auch auf sinnvolle Dinge aufmerksam machen, wie z.B. auf die Dokumentation bestimmter Medikamente, die nicht pauschal vergütet werden. Bei so etwas höre man zum einen „auch ihr vernünftig zu“. Was bezüglich anderer Akteure also selbstverständlich zu sein scheint (ihnen vernünftig zuzuhören), wird bei den Kodierkräften nur partiell praktiziert. Zum anderen hat dies unmittelbar Einfluss auf die eigene Praxis: Es habe sich eingebürgert, diese Medikamente „vernünftig“ zu dokumentieren, auch wenn das mehr Aufwand bedeutet. Was aber zeichnet diese Situation gegenüber solchen aus, in denen man der Kodierkraft nicht vernünftig zuhört und ihren Hinweisen nicht folgt? An der Situation der Kooperation zwischen Pflege und Kodierkraft ist zunächst auffällig, dass sie sich um einen Aspekt dreht, der – im Gegensatz zum Beispiel der Beatmungssplitts – nicht unmittelbar mit der Versorgungspraxis zu tun hat. Es geht um eine spezifische *Dokumentation* der Praxis, nicht um diese selbst. Zum anderen ist anzunehmen, dass an diesem Punkt der Vergütung der medikamentösen Behandlung Pflege- und Kodierkräfte ein gemeinsames Interesse am wirtschaftlichen Überleben der Station und des Hauses teilen. Um die ökonomische Seite des stationären Feldes zu bedienen und so zu seiner ökonomischen Reproduktion unter den als objektiv erlebten, gegebenen Bedingungen („Prozess mit

den Fallpauschalen“) beizutragen, wird auch ein Mehr an Dokumentationsaufwand in Kauf genommen. Es gibt also keine prinzipielle Weigerung, der ökonomischen Logik Referenz zu erweisen, solange diese nicht in die Versorgungslogik ein- und übergreift; sie koppelt sich im vorliegenden Beispiel der situativen Kooperation vielmehr an die ohnehin tendenziell von der Versorgung abgekoppelten administrativen Tätigkeiten (Dokumentation).

Im weiteren Verlauf erklärt Herr Schimmeck die konkrete Dokumentationspraxis für die Medikamente, die extra abgerechnet werden müssen:

„...und wenn ihr [der Kodierkraft; R.M.] z.B. auffällt, dass ein Kollege in der Frühschicht vergessen hat zu dokumentieren, vielleicht war viel los gewesen, vielleicht hat er's einfach vergessen, und dann sagt sie dann halt zu mir: ‚Jetzt dokumentiert du doch das nach‘, also da z.B. weiger' ich mich dann und sag dann zu ihr: ‚Ne, ich war nicht in der Frühschicht gewesen, ich weiß nicht ob er's gegeben hat.‘ Man muss halt einfach zum Kollegen gehen, wenn er am nächsten Tag wieder da ist und dann soll er es einfach mal nachdokumentieren.“ (P1)

Die Weigerung, für andere nachzudokumentieren, zeigt zum einen, dass auch Herr Schimmeck, ähnlich wie Frau Jandric, bezüglich der Dokumentation einem spezifischen Ethos der Wahrhaftigkeit folgt. Zum anderen zeigt sie, dass er die Situation als tendenziell konflikthaft einstuft. Eine konkrete Konfliktsituation schildert Herr Schimmeck am Beispiel der Rhagade:

P2: „...und, Rhagade – sagt dir der Begriff was?

RM: „Ne.“

P1: „Rhagade ist so 'n Einriss im Mundwinkel. Bei der Witterung kann dir das auch passieren, sozusagen. Also völlig undramatisch sozusagen. 'Ne Rhagade entsteht auf der Intensivstation relativ häufig, weil die Patienten nicht ausreichend ernährt sind und sie 'nen Beatmungsschlauch im Mund haben. Der wird regelmäßig, alle paar Stunden, umgelagert und man macht den im Mundwinkel fest, weil er da den Patienten am wenigsten stört. Rhagade, völlig harmlos, wenn man's erkannt hat, kriegt man auch ganz schnell wieder hin sozusagen. Und einer von den Kollegen im DRG-Prüfcenter, der macht auch im Rahmen von der Fachweiterbildung bei den Kollegen Unterricht, erklärt, wie Fallpauschalen funktionieren. Also nicht kritisch so irgendwie, sondern der gibt wirklich Anweisungen: ‚Hört mal her, mit den Punkten könnt ihr sozusagen noch 'n bisschen Geld rausholen.‘ [...] und von der Definition her erfüllt die Rhagade auch die Definition vom Dekubitus zweiten Grades. Und der sagt dann den Kollegen, das ist sein Satz [...]: ‚Warum bezeichnen wir eine Rhagade nicht als einen Dekubitus im Gesicht?‘ Und dann wird so 'nen Wundpflegebogen angelegt, steht halt drin. Und also wenn du's von der Logik her angeht, ne, also kein Mensch würd' auf die Idee kommen, so was 'nen Dekubitus zu nennen, weil der heilt schnell ab, im Zweifelsfall heilt der von alleine ab, da muss ich gar keine Anstrengung machen, oder ich mach 'n bisschen Salbe drauf und dann hat sich's. Aber, da kriegt man glaube ich 'nen Gefühl dafür, also wo die Logik eigentlich hingehet, ne.“

Für Herrn Schimmeck ist zunächst zentral, dass es sich bei einer Rhagade um etwas handelt, das „völlig undramatisch“ oder „völlig harmlos“ ist. Er initiiert dann als negativen Gegenhorizont zu dieser Orientierung erneut das Unterthema „Kollege im

DRG-Prüfcenter“ und erzählt von dessen Unterricht im Rahmen der Fachweiterbildung. Der Kollege erkläre die DRGs nicht etwa kritisch, sondern er gebe „Anweisungen“, wie man aus Patient*innen „sozusagen noch ’n bisschen Geld rausholen kann“, hier indem man eine Rhagade, die relativ häufig auftauche, als „Dekubitus zweiten Grades“ dokumentiert. In diesem Fall muss ein Wundpflegebogen angelegt, d.h. ein höherer Dokumentationsaufwand in Kauf genommen werden („steht halt drin“). Herr Schimmeck kommt dann zum Oberthema der Differenz zwischen den unterschiedlichen Logiken zurück. Aus der einen Perspektive, die er einnimmt, die er aber zugleich (negativ) als allgemein-menschliche bestimmt („*kein Mensch würd’ auf die Idee kommen*“), ergibt es gar keinen Sinn, eine Rhagade in einen Dekubitus umzutaufen. Diese Sicht der Dinge begründet er damit, dass eine Rhagade schnell und ohne („keine Anstrengung“) oder nur sehr wenig Aufwand („mach ich ’n bisschen Salbe drauf“) abheilt. Darin ist impliziert, dass all dies bei einem Dekubitus nicht der Fall ist: Er braucht Zeit zum Abheilen und bedarf eines Behandlungsaufwands, wobei beides dann auch in einer entsprechenden Wunddokumentation einzutragen ist. Diese Logik, in der sich der Aufwand aus Feststellungen darüber ergibt, was versorgungstechnisch sachgemäß ist, werde durch die DRG-Logik außer Kraft gesetzt – sie verleite dazu, etwas ‚völlig harmloses‘ aufzubauschen, um es abrechnen zu können.

Herr Schimmeck kommt auf dieses Rhagade-Beispiel noch einmal zurück, wenn er sein ambivalentes Verhältnis zur Kodierkraft resümiert:

„Also es gibt Bereiche, wo ich auch aufmerksam zuhöre und wo ich das auch nachvollziehen kann. Aber wie gesagt, wenn die Kollegin jetzt auch anfangen würd’, weil sie halt im Zimmer drin steht, sieht ’nen Patienten mit ’ner Rhagade im Mundwinkel, dann würd’ es ’n Konfliktgespräch werden, ich dann halt sagen: ‚Das ist ’ne Rhagade für mich und ist kein Dekubitus.‘ Und wenn sie will, dass sie den abrechnungsrelevant macht, diese Rhagade, dann muss sie(!) halt ’nen Wundbogen anlegen. Also da würd’ ich nicht auf die Idee drauf kommen. Also es gibt Konfliktsituationen, aber es ist nicht so, dass man jetzt generell sagt, das ist jetzt ’ne feindliche Person. Das nicht.“ (P1)

Aus der Sicht von Herrn Schimmeck besteht also zwischen Pflege- und Kodierkräften eine „Rahmeninkongruenz“, d.h. es ist „kein gemeinsamer Orientierungsrahmen gegeben“ (Bohnsack 2010: 125). In einem solchen Fall kann es, Bohnsack zufolge, nicht nur zu einer Opposition, sondern auch zu einem ‚Aneinandervorbeireden‘ kommen (vgl. ebd.: 125). Das Verhältnis muss sich also nicht bis zum Konflikt zuspitzen. Das dokumentiert sich auch in Herrn Schimmecks Erzählung über die Erhebung und Dokumentation des TISS und SAP-Scores.⁴⁹ Hier findet sich eine Art reflektierte Verbundpraxis, die das Problem der wechselseitigen Irrelevanz der Orientierungsrahmen bearbeitet. Herr Schimmeck schildert mir zunächst die Grundidee des TISS und SAP-Scores, die es bereits vor dem Fallpauschalensystem gegeben ha-

49 Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) und Simplified Acute Physiology Score (SAP-Score) – dieses Intensivscoring wird täglich erhoben, sobald ein Patient über 24 Stunden auf der Intensivstation verbracht hat. Es werden dabei unterschiedliche Parameter abgefragt, die den erhöhten Arbeitsaufwand in der Intensivpflege abbilden sollen, der dann bei entsprechender Punktzahl als Komplexbehandlung abgerechnet werden kann.

be, um einen erhöhten „Aufwand“ durch „Komplikationen einschätzen“ zu können. Aber:

„vor'm Fallpauschalensystem wäre niemand auf die Idee gekommen z.B. wenn einmal ein Patient sich furchtbar aufregt über den Rahmen der Extubation und der hat dann 'ne Herzfrequenz von 150, weil er sich halt mal aufregt, die zu dokumentieren. Das war 'nen einmaliges Ereignis.“ (P1)

Seit dem Fallpauschalensystem gäbe es jedoch einen „zusätzlichen Punkt und das bedeutet zusätzliches Geld“, wenn ein solches einmaliges Ereignis dokumentiert wird. Allerdings – und hierin besteht die Verbundspraxis – sage die Kodierkraft den Pflegekräften nicht die genaue Herzfrequenz, ab der sie abrechnungsrelevant wird, sie sollen einfach immer die Herzfrequenz dokumentieren:

„Und die Kollegin legt ganz großen Wert drauf, weil wir ja auch keine Lust haben uns die Werte zu merken, die halt für sie wichtig sind, sondern die sagt immer: ‚Sobald irgendein Ereignis ist, dann schreibt ihr halt rein 122.‘ Das wär' in dem Fall noch nicht abrechnungsrelevant, spannend wird's halt über 150 und wenn dann drin steht 153 dann jubelt sie sozusagen, weil sie halt 'nen zusätzlichen Punkt abrechnen kann.“ (P1)

Das mit der Rahmeninkongruenz einhergehende Problem des ‚Aneinandervorbeiredens‘ (man hat keine Lust, sich die für die Kodierkraft wichtigen Werte zu merken) wird also dadurch bearbeitet, dass die Pflegekräfte einfach ‚reden‘, also Ereignisse aufschreiben, und die Kodierkraft anschließend selbst selektiert, welche Elemente dieser Kommunikation relevant für sie sind. Interessant ist hierbei, dass der Erzählung von Herrn Schimmeck zufolge die Pflegekräfte damit einen etwas größeren Dokumentationsaufwand auf sich nehmen, anstatt sich ein bestimmtes ökonomisches Wissen einzuprägen und es in die Praxis umzusetzen. Gleichzeitig scheint diese Praxis von der Kodierkraft initiiert worden zu sein, da sie den Pflegekräften nicht zutraut, zuverlässig an den für sie bedeutsamen Wert zu denken. Es scheint also eine beidseitige Akzeptanz der Eigenlogik der jeweiligen Perspektive vorzuliegen.

Während Herr Schimmeck die Kodierkräfte in erster Linie als Vermittler einer ökonomischen Sachlogik thematisiert, werden sie von Frau Jandric und von Frau Henkel im Zusammenhang mit dem Kontrollregime der Krankenkassen reflektiert. Im direkten Anschluss an die Aussage, man müsse bei der Dokumentation gut aufpassen, weil die Krankenkassen die Akten kontrollieren, fügt Frau Jandric hinzu:

„Also ich sag immer – diese, diese Kodierfachkräfte, die wir haben, das ist schon gut. Die könnten noch mehr einstellen, dann könntest du wahrscheinlich auch noch mehr machen.“ (P2)

Die Kodierkräfte treten hier also nicht als Vertreter einer potenziell konflikterzeugenden Logik in Erscheinung, sondern als Mitspieler im eigenen Team, die im Kampf gegen die Kassen wertvolle Dienste leisten. Frau Jandric legt hier eine ökonomische Orientierung an den Tag, in der der positive Horizont darin besteht, das, was auch tatsächlich gemacht wurde, maximal abzurechnen („noch mehr machen“). Diese Orientierung findet sich auch bei Frau Henkel, die in der folgenden Sequenz noch deutlicher einen Zusammenhang zur geleisteten pflegerischen Arbeit herstellt:

„Wir hatten jetzt ähm seit mehreren Jahren immer die gleiche Dokumentationsassistentin, die wirklich sehr gute Arbeit macht. Die war dann in Elternzeit, in der Zeit 'ne andere Kollegin übernommen, die noch ziemlich frisch war, diese Fortbildung nicht gemacht hat, in der Zeit sind unsere Erlöse eingebrochen, obwohl wir nicht weniger gearbeitet haben als vorher, also [lacht] da merkt man einfach, wie wichtig das ist, dass da die richtigen Sachen kodiert werden.“ (P3)

Im Kontrast der routinierten zur nicht geschulten Dokumentationsassistentin wird Frau Henkel klar, dass es bei der Refinanzierung gar nicht darauf ankommt, welche Arbeit tatsächlich geleistet wurde, sondern darauf, was wie dokumentiert wird. Die Kodierkräfte werden vor diesem Hintergrund positiv bewertet, weil sie mit dazu beitragen, die stationäre Arbeit für andere sichtbar zu machen, wie auch in der folgenden Aussage deutlich wird, die sich um die Dokumentation dreht:

„Es ist halt so: Das, was ich nicht dokumentiert hab, hab ich nicht gemacht, was ich nicht gemacht hab, lässt sich nicht abrechnen.“ (P3)

Frau Henkel spricht hier implizit die (Un-)Sichtbarkeit bestimmter pflegerischer Arbeiten in Anschlusspraktiken wie der Abrechnung an: Was nicht dokumentiert ist, existiert für andere nicht und ist damit nicht als Teil der geleisteten Arbeit sichtbar.⁵⁰ In diesem Sinne findet sich auch hier eine kritische Reflexion des Verhältnisses von Pflege und Abrechnung, allerdings führt genau diese dazu, dass die Kodierkräfte als die einzigen Akteure wahrgenommen werden, die die Pflege im ökonomischen Horizont vertreten und auf die ihnen mögliche Weise sichtbar machen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die kritisch-reflektierte Orientierung auf das Abrechnungsregime impliziert keineswegs eine generelle Weigerung, ökonomischen Anforderungen gerecht zu werden. Vor dem Hintergrund der Einsicht, dass die Häuser sich refinanzieren müssen, kommt es zu Varianten eines reflektierten Mitmachens. Sie alle machen sich die Differenz von *talk* und *action* zunutze, die sich über das Medium der Dokumentation konstituiert. Sie ist es, die den ökonomischen Anforderungen entsprechend angepasst wird; sie definiert das Terrain, auf dem den Kodierkräften ein Mitspracherecht eingeräumt wird. Die Abweichung der Dokumentation von der nach professioneller Sachlogik definierten Versorgungswirklichkeit, dieses Handeln wider das Ethos der Wahrhaftigkeit, wird dabei über die (politisch gewollte) Systematik des Abrechnungsregimes gerechtfertigt („wer beschissen werden will, wird beschissen“). Voraussetzung der so operierenden Praxen der reflektierten Balancierung ist es zum einen, sich mit den Regeln beider Spiele, des Versorgungs- und des Abrechnungsspiels, auszukennen. Zum anderen scheint die Interaktion und

50 Geht man davon aus, dass die „invisible work“ (D. Allen) mit ihren verschiedenen Komponenten – sei es die unsichtbare *organisational work* oder aber die psychosoziale Dimension der Pflege – wesentlicher Bestandteil der pflegerischen Praxis ist, wird deutlich, dass das gegenwärtige Abrechnungsregime eben diese strukturell nicht als Teil der geleisteten Arbeit anerkennt. Mit diesem Punkt werden wir uns in der Diskussion noch näher beschäftigen (vgl. 7.2.5).

Arbeitsteilung mit den Kodierkräften vor allem dann zu funktionieren, wenn die Eigenlogik der jeweiligen Perspektive wechselseitig anerkannt wird. Allerdings bedingt die kritisch-reflektierte Orientierung dort Tendenzen zur Weigerung, ökonomischen Anreizen und Refinanzierungsnotwendigkeiten zu entsprechen, wo es (auch in der Dokumentationspraxis) zu nicht zu balancierenden Konflikten mit dem kommt, was versorgungslogisch als sinnvoll und geboten betrachtet wird. Herrn Schimmeck gilt diese Verweigerung als legitimer, aber individueller Akt des Widerstands. Bei Frau Jandric und Frau Henkel, die sich im Unterschied zu Herrn Schimmeck zu den Kodierkräften nicht ambivalent, sondern rein positiv positionieren (s.u.),⁵¹ macht sich diese Einschätzung am Umgang mit der abrechnungsrelevanten Dokumentation fest: Sie fällt als erstes hinten runter, wenn die patientenbezogene Arbeit es verlangt, steht also in der Prioritätenliste weit unten – würde die erlösgenerierende Dokumentation präferiert, stünde sie im Konflikt mit der Versorgungslogik.

6.2.1.2 Die normalisiert-distanzierte Subtypik

Bei jenen Pflegekräften im Sample, die erst nach der Einführung des DRG-Systems in den Beruf eingestiegen sind, fallen die Passagen, in denen sie über das Abrechnungsregime sprechen, wesentlich knapper und wenig engagiert aus.⁵² Dieser Befund stellt eine interpretative Herausforderung dar, denn einerseits lässt er sich dahingehend interpretieren, dass das Abrechnungsspiel zum selbstverständlichen Alltag gehört. Andererseits lässt sich bemerkenswerterweise aber auch kaum eine eigenständige Orientierung am Abrechnungsspiel rekonstruieren – es scheint für sie nicht einfach normal, sondern auch kaum relevant zu sein. Dies könnte damit zu tun haben, dass es sich bei allen Pflegekräften, bei denen die normalisierte Subtypik dominiert, um Intensivpflegekräfte handelt. Die Pflegekomplexmaßnahme-Scores (PKMS) werden nur auf Normalstation abgerechnet, so dass dieser Pfad der besonders für die Pflege relevanten Abrechnung strukturell entfällt. Hier hätte also weitere Forschung zu ergründen, inwiefern die Differenzen, die zwischen Intensiv- und Normalstationen sowohl hinsichtlich der Einbindung in das Abrechnungsspiel als auch in Bezug auf die Fachspezifik der Versorgung bestehen, zu unterschiedlichen ökonomischen Orientierungsmustern führen. Darüber hinaus ist es aber auch denkbar, dass diese Pflegekräfte von vornherein mit Kodierkräften an ihrer Seite gearbeitet haben und entsprechend nie in dem Maße mit der neuen Abrechnungslogik konfrontiert worden

-
- 51 Diese Differenz innerhalb der kritisch-reflektierten Subtypik könnte auf die unterschiedlichen Fächer zurückzuführen sein. Auch wenn das Datenmaterial für eine solide soziogenetische Interpretation nicht ausreicht, lässt sich begründet spekulieren, dass in der Intensivpflege – wie Herr Schimmeck selbst erwähnt – schon immer mehr dokumentiert wurde als auf den Normalstationen, so dass es hier nicht so sehr die aufgrund des Abrechnungsregimes zunehmende Dokumentation ist, die zum Anlass der kritisch-reflektierten Positionierung wird, sondern vielmehr die „Logik“, die die Dokumentation begründet und von den Kodierkräften „vor Ort“ repräsentiert wird. Auf den Normalstationen scheint demgegenüber der Dokumentationsaufwand stärker zugenommen zu haben und die Pflegekräfte sind schlicht froh, dass sich jemand anderes um die Bedienung der Abrechnungstrajektorie kümmert.
- 52 Mit Ausnahme von Herrn Niedhoff, der als PKMS-Beauftragter viel zur Thematik erzählt. Auf diesen Sonderfall kommen wir unten zurück.

sind, wie jene Pflegekräfte, die die Einführung der DRGs ohne Unterstützung der Kodierkräfte erlebt haben.

Die normalisiert-distanzierte Subtypik lässt sich am Fall von Herrn Becker, dem jüngsten Intensivpfleger im Sample, veranschaulichen. Sein Blick auf die Arbeitswelt ist von einem übergreifenden Orientierungsmuster an einer sinnvollen Arbeitsteilung geprägt. Anders etwa als bei Herrn Niedhoff ist für Herrn Becker nicht relevant, welche Tätigkeiten welcher Berufsgruppen in welchem Maße erlösgenerierend wirken, für ihn ist nur relevant, dass sich „jemand anderes“ um die ökonomische Seite des stationären Feldes kümmert:

RM: „Ok, ähm, bei der Doku ging es ja jetzt primär um den Pflegebericht. Wie relevant sind da für euch diese PKMS-Geschichten, müsst ihr da auch irgendwie mit drauf achten oder übernimmt das wer anders?“

P6: „Mmh, jein, also punktuell. Also es gibt ja einmal den PKMS für multiresistente Erreger. Also, die, der Leistungsnachweis für multiresistente Erreger, wobei das ist ’nen bisschen vereinfacht worden. Ich glaub, da gab’s auch ’ne Änderung, ähm glaub ich bei dem, wie detailliert man das nachweisen muss. Ähm, da gibt’s halt, ja für uns – es gibt jetzt so punktuell solche ähm, also Extranach- solche Extraformulare. Also, in erster Linie eben für ähm eben Isolation und gegebenenfalls Sanierung bei multiresistenten Erregern. Ähm, ansonsten, ne, ansonsten nicht.“

RM: „Ok. Das heißt, das übernimmt dann im Grunde noch jemand anders, das nochmal...“

P6: „Eh, wahrscheinlich. Also es gibt, es gibt auf jeden Fall [...] zwei Pflegekräfte auch, die halt irgendwie, die eine hat, die eine macht so DRG-Kodierung und – oder beide machen das mehr oder weniger. Ich weiß gar nicht so genau, was der Unterschied ist zwischen dem, was die beiden so machen. Aber ich glaub die eine macht primär Abrechnung und die andere macht äh, macht so diese DRG- und PKMS-äh-Geschichten. Also äh guckt halt die ganze Doku an, gibt ja im Intensivbereich auch nochmal diese TISS/SAPS-Geschichten, die man da ausrechnen muss. Ähm und äh durchforstet die Doku nach zusatzentgeltfähigen Prozeduren, solche Geschichten. Also das macht jemand anderes, ja.“ (P6)⁵³

53 Zum Zeitpunkt des Interviews war mir noch nicht bekannt, dass die PKMS nur auf Normalstationen Anwendung finden. Interessant ist allerdings, dass Herr Becker mich nicht korrigiert, sondern stattdessen auf „zusatzentgeltfähige“ Leistungen eingeht, die nicht zu den PKMS im Sinne der Abrechnungssystematik gehören. Vermutlich spielt Herr Becker auf den OPS 8-987 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern) an, der, sofern dokumentiert, erlösrelevant ist. Die PKMS werden über die OPS-Kodes 9-20 (hochaufwendige Pflege von Patienten) abgerechnet. Dass in der Sicht von Herrn Becker beides verschwimmt, könnte dahingehend interpretiert werden, dass im intensivpflegerischen Bereich die Verknüpfungen zwischen medizinischer Behandlung und Pflege noch stärker sind als auf Normalstationen und für Herrn Becker entsprechend die formal-bürokratische Trennung von Komplexbehandlung und hochaufwendiger Pflege kaum einen praktischen Sinn hat, zumal letztere nicht extra abgerechnet werden kann.

Allein am Sprachstil lässt sich hier bereits die Differenz zu Herrn Schimmeck erkennen, der, wie oben deutlich wurde, sehr klar und detailliert von der Abrechnungslogik berichtete. Herrn Becker fallen unter dem Stichwort der abrechnungsrelevanten Dokumentation zunächst nur die Extranachweise für multiresistente Erreger ein. Am Ende der Passage verschwimmen bei ihm die „DRG- und PKMS-äh-Geschichten“ zusammen mit dem TISS/SAP-Score zur Einheit der „zusatzentgeldfähigen Prozeduren“, mit dem (durch die Nachfragen durchaus provozierten) Resümee: „Also das macht jemand anderes, ja.“ Die konkrete Arbeit der Kodierkräfte, die auf der Station durchaus präsent sind,⁵⁴ ist für ihn kaum von Interesse, und zwar weder im positiven noch im negativen Sinne. Von der einen Kodierkraft erzählt Herr Becker:

„...die geht so durch die Zimmer, holt sich die Doku und macht im Prinzip, denk ich, für die Langlieger jeden Tag guckt die so, was rauszuholen ist und spricht einen manchmal an ähm in Bezug auf ähm, ja, was weiß ich, z.B.: ‚Mir ist aufgefallen, dass hier der MRE-Dokumentationsantrag fehlt, kannst du das bitte‘ – oder: ‚warst du an dem Tag da? Kannst du das nachtragen oder weißt du, wer an dem Tag da war? Kannst du dafür sorgen, dass äh das für den Tag noch irgendwie korrigiert wird?‘ Oder die guckt z.B. Beatmungszeiten an äh – gibt ja diese, gibt ja dann so Grenzen für Beatmungszeiten, ab denen dann die Entgelte ganz massiv äh – also wenn da `n paar Stunden Beatmung fehlen – also es gab wohl, wird dann auch immer weitergegeben – gab dann wohl so Fälle, da war, da waren dann teilweise Beatmungszeiten ähm durch Verschulden von Pflege und/oder auch Ärzten nicht sorgfältig oder nicht adäquat dokumentiert, dann fehlten da `n paar Stunden Beatmung und es gab `nen Mindererlös von, was weiß ich, 10.000 Euro oder so. Ähm, so was in der Richtung, also dann, dann guckt die z.B. Beatmungsprotokolle an und versucht dann halt auch nachzuvollziehen, was da vielleicht noch fehlt oder was da nicht korrekt dokumentiert ist und veranlasst Nachdokumentation, so.“ (P6)

Auch diese Passage kontrastiert auffällig mit der kritisch-reflektierten Thematisierung der Tätigkeiten der Kodierkräfte und der Beatmungssplitts durch Herrn Schimmeck. Doch genau daran lässt sich ablesen, dass Herr Becker nicht nur einen distanzierten, sondern auch normalisierten Umgang mit dem Abrechnungsspiel pflegt: Er berichtet eben lediglich neutral davon, dass ab und an Nachdokumentation veranlasst wird oder die genaue Dokumentation der Beatmungszeiten für die Abrechnung relevant ist, er problematisiert dieses Übergreifen der Abrechnung in seine Dokumentationspraxis jedoch nicht. Für ihn korrespondiert vielmehr eine „sorgfältig“ und „adäquat“ durchgeführte Dokumentation mit einer solchen, die richtig abgerechnet werden kann. Entsprechend wird auch die Sicht der Kodierkräfte nicht wie bei Herrn Schimmeck problematisiert, sondern lediglich sachlich dargestellt.

Auch für Frau Yildiz ist die Abrechnungsrelevanz der Dokumentation kaum sinnstiftend oder orientierend. Die „abrechnungstechnisch relevante[n] Dinge“ (P8) werden durch die Kodierkräfte erfasst, sie selbst habe damit wenig zu tun. Auch sie berichtet eher desinteressiert vom Kontakt mit den Kodierkräften, deren Rückfragen sie auch nicht weiter irritieren:

54 Die eine Kodierkraft sitzt auf der Station in einem Extrabüro, die zweite sitzt „mittendrin, also da wo auch wir uns hinsetzen, wenn wir irgendwelchen administrativen Kram erledigen wollen. Also das sind so fünf PC-Arbeitsplätze.“ (P6)

RM: „Ok ähm, und mit der Kodierkraft hast du im Grunde auch keinen Kontakt?“

P8: „Ach, wenig, ja. Also die, die kommt immer vorbei, schnappt sich meine Kurven und ja, stellt ab und zu irgendwelche Rückfragen, ja, aber ansonsten ist die da sehr, sehr selbständig und macht ihren Kram, ja.“

Herr Ortlieb, der neben der Intensivstation auch auf einer internistischen Aufnahmes-tation arbeitet, sprach die PKMS, die am Ende seiner Ausbildung eingeführt worden seien, von sich aus an – im Kontext einer Passage, in der es um die Zunahme von Dokumentations-tätigkeiten ging. Seine Kritik an den PKMS beschränkt sich jedoch darauf, dass die Dokumentation „sehr aufwendig“ sei: „Wo die Frage nach dem Sinn danach also für mich jetzt steht. Das ist halt sehr aufwendig, weil man viel dokumen-tieren muss. [...] das ist alles zusätzliche, zusätzlicher Zeitaufwand.“ (P7) Die PKMS werden also nicht in ihrem ökonomischen Sinnhorizont verortet, sondern lediglich als weitere Arbeitsbelastung verstanden, so dass auch hier keine Kritik am Übergreifen der ökonomischen Logik in die Pflege artikuliert wird. Vielmehr kritisiert Herr Ortlieb, dass der Mitarbeiter aus der Controlling-Abteilung „da nicht so 'ne Rückmel-dung“ gibt, wie man die Dokumentation noch effektiver gestalten könnte, und dass abrechnungsrelevante Veränderungen am Zustand des Patienten selten nachgetragen werden.

RM: „Aber das heißt, ihr habt versucht das dann nachzutragen, aber die übernehmen das nicht im Controlling, oder...?“

P7: „Nene, ähm, keiner versucht das nachzutragen. Wir haben das einmal gemacht.“

RM: „Das heißt ihr wisst dann im Prinzip auch gar nicht, was dabei rumkommt?“

P7: Mmh, macht das Sinn, was ich da tu, oder – ja, ne.“

Trotz der prinzipiellen Affirmation des Abrechnungsspiels, bleibt Herr Ortliebs Ver-hältnis zu ihm distanziert, seine Motivation, ihm gerecht zu werden, scheint wenig ausgeprägt, wobei er damit einer kollektiven Praxis („keiner“, „wir“) zu folgen scheint. Gleichzeitig führt die Kritik an der mangelhaften Rückkopplung zwischen eigener Dokumentationspraxis und ihrem ökonomischen Ergebnissen vor Augen, dass sich der „Sinn“ des Mitspielens im ökonomischen Spiel nur rekursiv erschließt. Gerade weil die angepasste Dokumentationspraxis sonst keinerlei Sinn hat, entsteht der Wunsch, zumindest eine grobe Vorstellung davon vermittelt zu bekommen, was sie einbringt.

Zusammenfassend könnte die normalisiert-distanzierte Subtypik der ökonomischen Orientierung auf das Abrechnungsregime ein Hinweis darauf sein, dass Pflegekräfte – zumindest auf den Intensivstationen – weiterhin recht abgekoppelt vom Bezugsproblem der Refinanzierung arbeiten. Eine proaktive Orientierung am ökonomischen Sinnhorizont ist bei den Pflegekräften, die primär dieser Subtypik folgen, ebenso wenig zu finden wie eine Thematisierung von Konflikten zwischen Abrechnung und

Versorgung. Die Berichte von den Tätigkeiten der Kodierkräfte verweisen zwar darauf, dass die Interaktion zwischen ihnen und der Pflege auch in dieser Subtypik von einer Rahmeninkongruenz geprägt ist („macht ihren Kram“), aber die Dokumentation fungiert nicht, wie in der kritisch-reflektierten Subtypik, als Terrain der Auseinandersetzung inkongruenter Perspektiven. Es entsteht im Gegenteil eher der Eindruck einer (existierenden oder gewünschten) unaufgeregter-sachlichen Kooperation. Dies ist vor dem Hintergrund zu verstehen, dass den Pflegekräften, die primär dieser Subtypik zuzurechnen sind, der Erfahrungs- und damit Reflexionshorizont des vorangegangenen Abrechnungsregimes und damit die Erfahrung des Bruchs fehlt. Die Kodierkräfte erscheinen entsprechend nicht als neue, irritierende Akteure, die besondere Berücksichtigung der Abrechnungsrelevanz in der Dokumentation nicht als besonders.

Die distanzierte Haltung der Pflegekräfte gegenüber dem Refinanzierungsproblem könnte aber auch daher rühren, dass ihre Bindung an das jeweilige Krankenhaus aufgrund der relativ kurzen Beschäftigungsdauer noch nicht derart ausgeprägt ist, wie bei älteren Pflegekräften, die seit Jahrzehnten im selben Haus arbeiten. Auch dieser Punkt erhellt im Kontrast: Während etwa Frau Jandric ‚ihr‘ Haus explizit als „Heimat“ und „Familie“ rahmt,⁵⁵ wird es von den jüngeren primär in seiner Funktion als Arbeitgeber adressiert. Aus dieser Sicht und vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels im Pflegedienst, der einen Wechsel des Arbeitsgebers stets möglich macht, verhält man sich zu Fragen der Existenzsicherung des jeweiligen Hauses eher distanziert.

6.2.1.3 Die normative Orientierung – oder: der symbolische Gehalt des Abrechnungsregimes

Während das Abrechnungsregime in den bisher dargestellten Fällen primär ökonomisch gerahmt wurde, richtet sich nun der Blick auf das Phänomen, dass sich zumindest in einem Fall auch eine primär normative Rahmung der PKMS-Abrechnung feststellen ließ. Die fragliche Pflegekraft, Herr Niedhoff, hat im Organisationsmodell seines Hauses die Position der fachlichen Leitung inne, die es mit sich bringt, dass er „PKMS-Beauftragter“ und somit unmittelbar in das ökonomische Spiel der Abrechnung eingebunden ist. Er betreut seiner eigenen Darstellung nach die PKMS-Dokumentation in mehreren Hinsichten: Er führt Schulungen für seine Kolleg*innen durch, schreibt Textbausteine zur Vereinfachung der Dokumentationsarbeit und kontrolliert, laut seiner Gruppenleitung, die PKMS-Dokumentation, bevor sie an die Kodierkräfte bzw. Case-Manager weitergegeben wird. Um diesen Aufgaben nachzukommen, nimmt er auch bestimmte Dienste wahr, die er als „Bürokrampendienste“ (141) bezeichnet.

Herr Niedhoff kam bereits sehr früh im Interviewverlauf auf die Dokumentation und die PKMS zu sprechen. Erstere führte er im Rahmen einer Schilderung des typischen Arbeitstages ein:

55 „Und das, das würd ich mir so wünschen, so über diesem Haus, ja. In meiner Heimat, wie ich mal gesagt hab in ’ner Personalratssitzung. Oder war’s Betriebsrat – ich weiß gar nicht. Geschäftsführer war da und da hab ich so gesagt: ‚Naja, ich hab das schon oft gesagt, es will nur keiner hören‘, sag ich, ‚aber dieses Haus gehört zur – ist wie Familie‘.“ (P2)

P5: „...dann ist die Frühstückspause. Dann kommt das leidliche Thema der Dokumentation, was wächst und wächst. Gerade auch im Hinblick auf PKMS. Ich weiß nicht, ob Ihnen das was sagt?“

RM: „Genau ja, das kenne ich.“

P5: „Das ist sehr aufwändig. Ich bin ja auch PKMS-Beauftragter. Und hab' mir das auch so 'n bisschen als Steckenpferd genommen. Also, das beachte ich besonders. Das ist sehr aufwändig.“

Nachdem Herr Niedhoff die Dokumentation im Modus einer negativen Bewertung thematisch eingeführt und abgeklärt hat, ob mir das Spezialthema „PKMS“ bekannt ist, nimmt der Diskurs eine Wendung, in der sich seine ambivalente Position gegenüber der Dokumentation ausdrückt. Obwohl er die Dokumentation im Allgemeinen, aber auch die PKMS im Besonderen, „leidlich“ findet und der Aufwand immer größer werde, hat *er sich* die PKMS-Dokumentation „als Steckenpferd genommen“. Ganz ähnlich wie sich vermuten lässt, dass diejenigen Pflegekräfte den Wechsel in die Controlling-Abteilung auf sich nehmen, die eine gewisse Disposition mitbringen, die ihnen die Arbeit mit Zahlen attraktiv erscheinen lässt (vgl. Pfeuffer/Gempler 2013: 110f.), kann auch bei Herrn Niedhoff davon ausgegangen werden, dass bei ihm eine solche Disposition vorhanden ist, da er vor seiner Tätigkeit als Pflegekraft Wirtschaftsinformatik studiert – wenn auch nicht abgeschlossen – hat. Er teilt also einerseits das pflegetypische negative Deutungsmuster bezüglich der Dokumentation, andererseits lässt sich in der wiederholten Aussage, die PKMS-Dokumentation sei sehr aufwändig, im Zusammenhang mit der Aussage, er habe sie sich zum „Steckenpferd“ gemacht, ein gewisser Produzent*innenstolz heraushören,⁵⁶ eine aufwändige Arbeit zu leisten. Diese Interpretation wird gestützt durch die spätere Wiederaufnahme des Themas durch Herrn Niedhoff im Kontext der Erläuterung seiner „Bürokramdienste“,⁵⁷ die er als fachliche Stationsleitung wahrnimmt und zu denen er eine Stunde früher erscheint als von den offiziellen Arbeitszeiten vorgesehen:

„Und früh ist man auch meistens ungestört, weil diese ganzen anderen Menschen, die einen den ganzen Tag stören, erst später kommen und so hat man eine Stunde mehr Ruhe, um irgendwas zu machen. Sei es – was hab ich jetzt? Ich versuch, die Einarbeitung zu machen, neu zu schreiben, das ist schon 'ne relativ lange Sache. Dann halt 'ne PKMS-Statistik aufzustellen im Vergleich vom letzten zu diesem Jahr, weil ich habe so 'nen Anleitungsbogen, wie man das geschickt dokumentiert zur Hilfe und was PKMS ist und nicht PKMS ist und alle geschult und

56 Selbiges diagnostiziert Pfeuffer (2014b: 121) bei den Kodierfachkräften. Zum Begriff des Produzent*innenstolzes vgl. Gouthier (2011).

57 An späterer Stelle meint Herr Niedhoff zu den speziellen administrativen Diensten, sie seien „halt wirklich Bürokras oder QM [Qualitätsmanagement; R.M.]. [...] Schildchen aufhängen oder selbst Fortbildungen ausarbeiten [...]. Dann Dienstplan schreiben, Arbeitszeiterfassung, Personalzeiterfassung, Kurven durchgucken, ob die [unverständlich] Standards richtig ausgefüllt sind, Maßnahmen richtig angelegt, sinnvolle Pflegeberichte geschrieben sind, die Lagerungspläne richtig sind, solche Sachen, also Kontrolle.“ (P5)

das immer wieder angepasst, damit ich mal den Vergleich sehe und wir sind deutlich besser in diesem Jahr als letztes Jahr.“ (P5)

Es wiederholt sich zunächst auch bei Herrn Niedhoff die Konstruktion, dass es Ruhe braucht, um sich der Dokumentation zu widmen. Diese Ruhe zu finden, bedarf es einer speziellen Zeitpraktik. Während die anderen Pflegekräfte versuchen, die benötigte Ruhe oder zumindest Ungestörtheit am Ende ihrer Schicht zu finden,⁵⁸ verfolgt Herr Niedhoff die Strategie, eine Stunde vor dem offiziellen Beginn seiner „Bürokrandienste“ zu kommen.⁵⁹ Er berichtet des Weiteren von seiner PKMS-bezogenen Tätigkeit nicht in Bezug auf eine externe Controlling-Abteilung, für die eine PKMS-Statistik relevant wäre, sondern er selbst („*ich* versuch“, „damit *ich* mal“) will den Vergleich von diesem und letztem Jahr sehen und insofern selbst evaluieren, wie erfolgreich seine bisherigen Versuche waren, eine ‚geschickte‘ PKMS-Dokumentation zu installieren, und er weiß zu berichten, dass „wir [...] deutlich besser“ geworden sind. Die aufwändige Arbeit, die er geleistet hat, hat also Früchte getragen. Im Kontrast zu den anderen Pflegekräften thematisiert Herr Niedhoff die PKMS-Dokumentation also nicht nur als etwas von außen vorgegebenes („leidliches Thema, das wächst und wächst“), sondern auch als einen Tätigkeitsbereich, den er zum einen eigeninitiativ weiterentwickelt und in dem man zum anderen Erfolge und Verbesserungen der eigeninitiativ geleisteten Arbeit messen kann. Gleichzeitig bleibt die ökonomische Logik der PKMS weiterhin Anathema. Besser zu sein als im letzten Jahr erscheint als Selbstzweck, ohne dass dabei ein abrechnungsbezogenes Leistungskriterium genannt würde.

Im weiteren Verlauf des Interviews kam ich erneut auf die PKMS zu sprechen und fragte Herrn Niedhoff, ob die Einführung aus seiner Sicht sinnvoll gewesen sei. Erst in diesem Kontext thematisiert er die PKMS explizit als ökonomischen Abrechnungsmechanismus:

„Ja, prinzipiell ist es ja so eingeführt worden, die erste DRG für die Pflege. Und prinzipiell bin ich auch immer noch dafür, auch wenn es – wenn der Aufwand sehr hoch ist und das Ergebnis sehr klein, zumindest wenn man es im Verhältnis zu dem sieht, was die Ärzte mit ihren DRGs einbringen. Und ich bin der Meinung, dass man die Pflege finanziell immer noch viel zu wenig honoriert. Es müsste so was wie ’ne Grund-DRG für die Pflege geben, weil jeder Patient ist ja aufwendig und personalintensiv sind wir zwar auch, wobei ich glaube, dass, auch wenn wir personentechnisch viel mehr sind als unsere Ärzte und Oberärzte, wir deutlich weniger verdienen in der Summe als sie, wenn man das kumuliert. Ähm, prinzipiell bin ich immer noch sehr dafür, ich möchte auch nicht, dass es abgeschafft wird, auch wenn sich der Pflegerat davon distanziert hat, wenn die Gegenstimmen sehr hoch sind, weil am Ende haben wir nichts anderes. Und ich wüsste nicht, was jetzt danach kommen sollte. Ich betrachte das immer noch als ersten Schritt für das, was vielleicht irgendwann mal kommen wird. Ich hab zwar keine Ahnung, wie das aussehen könnte, aber irgendwas muss passieren, irgendwas muss auf jeden Fall passieren.“

58 Wie Herr Niedhoff später erzählt, würde auch er gerne die Dokumentation am Ende der Schicht erledigen, kann dies aber aus Gründen nicht, die er offen lässt.

59 Dieselbe Praktik findet sich auch bei einer Assistenzärztin (Ä1), die nach einer gewissen Einarbeitungszeit gemerkt hat, dass sie ihre Arbeit besser und für alle Beteiligten zufriedenstellender organisiert bekommt, wenn sie eine Stunde früher zum Dienst erscheint.

Zum einen glaub ich, das Wissen, finanziell muss man das mehr honorieren, was die Pflege leistet, weil sonst wird man irgendwann ohne Pflegekräfte da stehen und das funktioniert nicht, wenn eine Pflegekraft, also eine examinierte da ist, und der Rest nur Pflegehelfer, das geht nicht. Zeitweise als wir schlecht im Personal waren, sehr schlecht, war das so. Das kann man mal 'n paar Wochen damit kompensieren, aber auf keinen Fall auf Dauer. Und ansonsten wird das keiner mehr machen wollen.“ (P5)

Die offizielle Sicht reproduzierend, wird die PKMS-Dokumentation von Herrn Niedhoff als Verlängerung des DRG-Systems betrachtet, das ihm allerdings insgesamt als ein arztzentriertes Finanzierungsmodell gilt. Vor diesem Hintergrund interpretiert Herr Niedhoff die PKMS als eine Form der Korrektur dieser Zentrierung, und zwar durch die monetäre Wertschätzung der pflegerischen Arbeit („honoriert“); dies wird von ihm als Argument angeführt, warum er die PKMS prinzipiell für richtig hält. Der neue monetäre Vergleichshorizont macht aber auch eine Differenz in der Wertschätzung der Pflege und der Medizin auf neue Weise sichtbar: Im Verhältnis zu den Ergebnissen, die die Ärzt*innen mit „ihren DRGs“ erzielen, bekomme die Pflege für ihren Aufwand nur sehr wenig. Auch Frau Jandric thematisierte die Ärzt*innen als Gegenhorizont, dabei traten sie aber als medizinisch legitimierte Autoritäten in Erscheinung – bei Herrn Niedhoff stellen sie gegenüber der Pflege nur mehr ökonomische Schwergewichte dar. Dieser Ungleichheit will Herr Niedhoff durch das Modell einer „Grund-DRG für die Pflege“ entgegenarbeiten, mit deren Hilfe dem Umstand Rechnung getragen werden könne, dass jede*r Patient*in aufwändig ist, nicht nur die PKMS-Fälle. Orientierend für Herrn Niedhoff ist in dieser Passage also das Verhältnis von geleisteter pflegerischer Arbeit („Aufwand“) und Erlös. Die Größen von Aufwand und Erlös werden dann zum Lohn der beiden Berufsgruppen in Relation gesetzt. Unklar bleibt allerdings, worin Herr Niedhoff genau den Zusammenhang zwischen DRG-Erlösen und dem Verdienst der beiden Berufsgruppen sieht. Er elaboriert diese Proposition nicht, sondern wiederholt in der Folgesequenz stattdessen seine politische Positionierung, die der Position von offiziellen Vertretungsorganen der Pflege („Pflegerat“) nicht entspreche. Dieser Rahmenwechsel vom ökonomischen zum politischen Sinnhorizont könnte ein Hinweis darauf sein, dass für Herrn Niedhoff die genauen ökonomischen Zusammenhänge⁶⁰ nicht so relevant sind, wie der Umstand, dass die PKMS einen Schritt in Richtung von mehr Wertschätzung und damit mehr Gerechtigkeit (positiver Horizont) darstellen. Er bewegt sich also nicht in einem ökonomischen, sondern in einem politisch-ethischen Rahmen mit den beiden Horizonten „gerecht/ungerecht“. Das Enaktierungspotenzial des positiven Horizonts (gerecht) sieht er allerdings als sehr gering an. Die PKMS gelten ihm nicht als einer von mehreren Mechanismen zur Anerkennung der Pflege, sondern als der gegenwärtig einzig vorstellbare („am Ende haben wir nichts anderes“). Angesichts der Ratlosigkeit bezüglich alternativer Finanzierungsformen („ich wüsste nicht, was jetzt danach kommen sollte“) mutet die nächste Sequenz paradox an, in der er meint, er betrachte die PKMS „als ersten Schritt“ in ein neues System – als einen Schritt also in Richtung einer Alternative, die es für ihn nicht gibt. Es dokumentiert sich hier ein

60 Letztlich scheint es ihm darum zu gehen, dass durch die „Grund-DRG für die Pflege“ den Pflegekräften auch ein besserer Lohn bezahlt werden könnte, der ein Anreiz darstellt, in der Pflege zu bleiben.

Zweckoptimismus, der sich, wie die anschließenden Äußerungen zeigen, aus der Einschätzung speist, dass etwas passieren müsse, weil sonst langfristig die examinierten Pflegekräfte wegbrechen würden und keine funktionierende Versorgung mehr möglich sei, wie er mit Bezug auf eine Phase der schlechten personellen Besetzung auf seiner Station erläutert. Seiner Prognose nach wird niemand mehr ein Pflegeexamen machen, wenn die Pflege nicht in größerem Umfang honoriert wird.

Wie auch immer die Gerechtigkeitsvorstellung von Herrn Niedhoff im Detail aussehen mag, interessant an dieser gesamten Konstruktion ist die enge Verstrickung von ökonomisch-technischen (Finanzierungssystem), politisch-ethischen (Gerechtigkeitsdiskurs) und sozio-kulturellen (funktionierende Krankenversorgung) Referenzen – und der Umstand, dass letztere die Zielvorgabe oder die „Verbundkontextur“ (Jansen/von Schlippe/Vogd 2015) liefert: Wenn auch das aktuelle Finanzierungsregime dem ethischen Horizont der Gerechtigkeit entgegengesetzt ist, so müssen aus seiner Sicht doch beide in Deckung gebracht werden, um eine funktionierende Krankenversorgung aufrecht zu erhalten. Die sozio-kulturelle Norm einer funktionierenden Krankenversorgung gilt ihm als unhinterfragte Voraussetzung, als unabhängige Variable, in Hinblick auf die das System geändert werden müsste. Herr Niedhoff reproduziert damit ein bedarfswirtschaftliches Orientierungsmuster, nach dem ökonomische Anreize als Mittel zum Zweck der Krankenversorgung zu fungieren haben.

Diese Verstrickung von ökonomischen, politisch-ethischen und sozio-kulturellen Referenzen findet sich auch bei anderen Pflegekräften. Bei Herrn Niedhoff ist sie jedoch sehr deutlich ausgeprägt, was mit seiner speziellen Position und Funktion zusammenhängen dürfte: Die Position der *fachlichen* Leitung verbietet es, eine primär ökonomische Orientierung (wie sie den Kodierkräften zugeschrieben wird) nach außen zu tragen, denn das würde ihn in den Augen seines Teams diskreditieren. Da er in seiner Funktion als PKMS-Beauftragter aber recht eindeutig dem ökonomischen Spiel zuzurechnen ist, bleibt ihm als ‚Ausweg‘ aus dem Dilemma nur die Flucht nach vorn, also die politisch-ethische Rahmung des Abrechnungsregimes, die dann in dem Maße, in dem die PKMS-Einnahmen an das Pflorgeteam zurückfließen, auch zur Legitimation des Mitspielens herangezogen wird:

RM: „Ähm, aber das heißt, sie würden jetzt nicht unbedingt sagen, das ist jetzt ’ne Tätigkeit, diese PKMS-Dokumentation, die sie von ihrer Arbeit ablenkt, sondern das ist schon so ’n integraler Bestandteil!“

P5: „Ich sag mal so: Es ist ein notwendiges Übel. Ja. Und ähm, es ist für mich wirklich wichtig, die Pflege irgendwie zu honorieren. Und für uns hat es ja auch was gebracht. Wir haben dadurch ’ne halbe Stelle mehr bekommen, weil wir letztes Jahr unseren Soll erfüllt haben. Dieses Jahr sind wir jetzt schon weit über dem Soll. Wir sind bei – ich weiß gar nicht, ich glaub 67 angelegten Fällen, 45, 46 sind abgerechnet und 40 sollen wir im Jahr haben. Wir haben jetzt August, das ist gar nicht schlecht. Ja. Dann kann man den Leuten auch sagen, das sind 70.000 Euro und ähm, die wir dieses Jahr dadurch z.B. bekommen haben. Dann kommt gleich immer die Frage: ‚Was ist mit dem Geld? Wir kriegen ja davon nix.‘ Und dann kann man aber sagen: ‚Das ist ’ne halbe Stelle gewesen.‘ Ich mein, dass wir das nicht alles eins zu eins umsetzen können, ist schon wahr, aber wenigstens ein geringer Anteil. Aber prinzipiell, auch wenn man die Hauspolitik so sieht, ist glaube ich das was, dass die Pflege weder von ärztlicher Seite gewertschätzt wird noch von der Geschäftsführung. [...] auch die Stationsleitung hab ich das Gefühl, dass die ihre Mitarbeiter zu wenig wertschätzt.“

Mit der Frage, die den Versuch einer kommunikativen Validierung meiner bisherigen Interpretation darstellt, lenke ich die Aufmerksamkeit wieder weg von der allgemeinen politischen Ebene hin zur alltäglichen Arbeit. Die Bezeichnung der Dokumentation als „notwendiges Übel“ kontrastiert hier auffällig mit der obigen Bezeichnung als „Steckenpferd“, schließt aber wieder an die anfängliche Bezeichnung als ‚leidliches Thema‘ an. Diese Ambivalenz wird nun, nachdem Herr Niedhoff die PKMS als das in seiner Perspektive gegenwärtig einzig vorhandene Mittel einer Wertschätzung der Pflege eingeführt hat, erklärbar. Für ihn scheint die PKMS-Dokumentation auch auf der Ebene der stationären Alltagspraxis ein zentraler Mechanismus zu sein, um die Pflege „irgendwie zu honorieren“. Es ist also nicht nur eine gewisse Affinität zu Zahlen, die Herr Niedhoff zu seinem „Steckenpferd“ geführt hat. Auch die Orientierung, der Pflege die Anerkennung zu verschaffen, die ihr seiner Ansicht nach gebührt, könnte hierfür ausschlaggebend sein. Gleichzeitig zeitigt dieses notwendige Übel auch positive Effekte, es habe „was gebracht“: „’ne halbe Stelle“. Das Organisationsmodell des Hauses sieht also vor, dass ein Teil der PKMS-Einnahmen an die Pflegekräfte zurückfließt, die sie generiert haben, sodass die Einnahmen quasi strukturell als Ertrag *ihrer* Arbeit anerkannt werden – was keineswegs selbstverständlich ist (s.u.). In diesem Sinne funktioniert das Abrechnungsregime als organisational-unpersönlicher Anerkennungsmechanismus. Er ist es auch, der Herrn Niedhoff Hoffnung auf eine weitere Verbesserung in Aussicht stellt, da sie dieses Jahr schon im August weit über dem Soll lägen. Aufgrund dieser primären Orientierung, die Leistung honoriert zu bekommen, sorgt auch die Vorgabe, 40 PKMS-Fälle im Jahr zu behandeln, gar nicht für Irritation.⁶¹ Was für ihn zählt, ist die Tatsache, die Marge geknackt zu haben. Dieser Umstand kann dann in der Kommunikation mit den Kolleg*innen, die als notorisch skeptisch dargestellt werden („dann kommt gleich immer die Frage: ‚was ist mit dem Geld?‘“), genutzt werden; Herr Niedhoff kann aus seiner Funktion als fachliche Leitung und PKMS-Beauftragter heraus den Untergebenen gegenüber die durch die PKMS-Dokumentation entstandene Mehrarbeit legitimieren und sie so zur *compliance* im ökonomischen Spiel anregen. Aus der Perspektive der leitenden Pflegekraft ergibt sich also ein zweiter positiver Effekt dieser Ausgestaltung des Abrechnungsregimes.

Die Rahmung der PKMS als Institution der Wertschätzung validiert sich dann am Ende der Passage, in der Herr Niedhoff den negativen Gegenhorizont zu dieser Form der Wertschätzung entwickelt („Aber prinzipiell...“). Zwar fließe „wenigstens ein geringer Anteil“ der PKMS-Einnahmen zu ihnen zurück, aber auf der Ebene der Interaktion mit anderen Akteuren im Feld (Ärzt*innen, Geschäftsführung, Vorgesetzte) sieht er ein großes Defizit in der Wertschätzung. Herr Niedhoff operiert hier also mit der Differenz zweier Formen der Wertschätzung: Auf der einen Seite der anonyme Mechanismus der Rückkopplung von Leistungskennzahlen, auf der anderen Seite eine wertschätzende Interaktion mit bedeutsamen Anderen. Der Mangel an letzterer kann von ersterem nicht kompensiert werden.

Da die Orientierung auf das Abrechnungsregime als Anerkennungsmechanismus bei Herrn Niedhoff recht ausgeprägt ist und er es in Differenz zu einer anderen, nämlich interaktiven Form der Anerkennung elaboriert, scheint es sinnvoll die bisherige

61 Derartige Mengenvorgaben, die bisher nur die ärztlichen Leitungskräfte betrafen, sorgen bei diesen durchaus für Irritationen (vgl. etwa Feist/Molzberger 2016: 126f.).

Rekonstruktion um die Interpretation einer weiteren Passage zu ergänzen, in der er das erste Mal auf das Thema der ‚Honorierung‘ der pflegerischen Arbeit eingeht. In ihr treten zugleich zentrale Aspekte der pflegerischen Orientierung zu Tage, Aspekte der pflegerischen Identität, die für Herrn Niedhoff bedeutsam sind. Die Passage steht im Kontext der Beschreibung eines typischen Arbeitstages. Herr Niedhoff kam dort darauf zu sprechen, dass zwar ausreichend pflegerisches Personal vorhanden sei, es aber knapp werde, wenn sich jemand krank meldet. Dann müsse jemand einspringen, was nur deshalb funktioniere, weil es auf der Station ein gut funktionierendes Team gäbe. Dafür, so Herr Niedhoff, „muss man auch immer dankbar sein“. Er meint, bei dieser guten Teamarbeit handle es sich um ein Spezifikum ihrer Station, auf allen anderen Stationen des Hauses funktioniere das Einspringen nicht so reibungslos. An diese Aussage schließt die folgende Proposition unmittelbar an:

„Ich meine, die in der Pflege arbeiten, haben auch ’n höheres Verantwortungsbewusstsein oder Schuldgefühle oder ’ne höhere Hilfsbereitschaft, also, zumindest die meisten, das kann ich von mir auch nicht absprechen, also, es fällt einem wirklich schwer, nein zu sagen, ja. Man sagt immer ja.“ (P5)

Herr Niedhoff versucht hier in beschreibender Form das spezifische Ethos der Pflegekräfte zu bestimmen und nimmt mehrere Anläufe, um ihn auf den Punkt zu bringen. Er spannt verschiedene, mal mehr und mal weniger positive Eckpunkte des pflegerischen Ethos in Abgrenzung zu einem unbestimmten Vergleichshorizont („höheres Verantwortungsbewusstsein“, „höhere Hilfsbereitschaft“ als wer?) auf.⁶² Im Anschluss an diese erste Proposition, nimmt Herr Niedhoff die Differenzierung vor, dass das umrissene Ethos zumindest bei „den meisten“ vorhanden sei, zu denen er sich selbst hinzurechnet. Er elaboriert dann weiter, es falle meistens schwer, ‚Nein‘ zu sagen, wobei er den Adressaten offenlässt, an den das Nein zu richten wäre. Herr Niedhoff konstruiert damit das Spezifikum der pflegerischen Orientierung dahingehend, alles so zu machen, wie es erwartet wird, ob es nun um Anforderungen seitens der Patient*innen, der Vorgesetzten, der Ärzt*innen oder der Angehörigen geht. In diesem Sinne heißt es auch in der Konklusion zu dieser Proposition: „Man sagt immer ja“ – wiederum ohne Spezifikation des Adressaten. Insgesamt deutet die so artikuliert pflegerische Identität in Richtung des traditionellen pflegerischen Ethos der Aufopferung.

Die Passage setzt sich mit der weiteren Proposition fort, dass das so konstruierte Ethos und die daraus resultierende Aufopferung von „fast keinem“ honoriert werde:

„Und ja, aber das wird nicht honoriert, eigentlich von fast keinem. Also von, von Höhergestellten gar nicht, also, das wird vorausgesetzt mittlerweile. Das ist ’n ganz großes Problem. Allge-

62 Während die Eigenschaften, verantwortungsbewusst und hilfsbereit zu sein, kulturell recht eindeutig positiv besetzt sind, handelt es sich beim Schuldgefühl um einen negativen Zustand, der an dieser Stelle irritiert. Hintergrund könnte der sein, dass die Orientierung an der Verantwortung gegenüber dem*der Patient*in häufig nicht enacted werden kann. Die Pflegekräfte können aufgrund des Zeitdrucks häufig eine ihren Ansprüchen und den Patient*innenbedürfnissen angemessene Pflege nicht mehr umsetzen, wodurch das Gefühl entsteht, an dem Unbehagen der Patient*innen (mit) Schuld zu sein.

mein fühlt sich hier kaum einer gewertschätzt, wenn, wenn die Teamstrukturen untereinander nicht so wären, dann wär wahrscheinlich auch schon fast jeder weg, weil ähm, wie soll ich sagen, ja, die Leitung ist nicht so gut. Das – ich kenn’ das noch aus meinen Einführungszeiten, da war eine andere Dame, die ist halt auch regelmäßig auf Station gegangen, die kannte jeden beim Namen, hat begrüßt und gefragt, ob Probleme da sind. Das, das gibt den Mitarbeitern viel. So was ist jetzt nicht mehr.“ (P5)

Die allgemeine Proposition, in der Herr Niedhoff das Gefühl der mangelnden Wertschätzung der Pflege thematisiert, wird differenziert: Es seien vor allem die Vorgesetzten, die die pflegerische Aufopferung nicht würdigen würden. Es dokumentiert sich hierin, dass diese Erfahrung besonders relevant ist, dass also entweder der Mangel an Wertschätzung seitens der Vorgesetzten besonders ausgeprägt ist und/oder, dass es besonders die Wertschätzung durch die Vorgesetzten ist, die für Herrn Niedhoff relevant ist. Er konstruiert damit die Haltung der Höhergestellten den Pflegenden gegenüber im negativen Kontrast zu seiner Orientierung, man müsse „dankbar“ sein, dass die Pflegenden sich derart aufopfern. Die Höhergestellten hielten es vielmehr für selbstverständlich, dass die Pflegekräfte sich durch ihren Arbeitstag hetzen. Und auch wenn Herr Niedhoff anschließend wieder formuliert, dass sich „allgemein“ niemand wertgeschätzt fühle, so ist es doch der Mangel an Wertschätzung seitens der Höhergestellten, die er als „ganz großes Problem“ bezeichnet. Dieser Mangel an Wertschätzung, so die Anschlussproposition, werde nur durch das Team aufgefangen. Herr Niedhoff konstruiert sich dabei – wie Stationsleiterin Frau Jandric – als Teil des Teams, obwohl auch er durch seine Position als fachliche Leitung eigentlich selbst ein ‚Höhergestellter‘ ist. Die besondere Relevanz der unmittelbaren Vorgesetzten wird dann im weiteren Verlauf der Sequenz deutlicher als zuvor. Die gute Teamstruktur als positiver Faktor, der die Leute am Ball halte, wird der Leitung, die „nicht so gut“ sei, als negativem Faktor gegenübergestellt. Diese Proposition wird mithilfe des positive(re)n Horizonts der vorherigen Leitung elaboriert, die auch regelmäßig auf Station gegangen sei, die Mitarbeiter*innen begrüßt, beim Namen gekannt und darüber hinaus nach ihren Problemen gefragt habe. Herr Niedhoff elaboriert damit seine Vorstellung der Wertschätzung durch die Höhergestellten und damit den positiven Horizont seiner Orientierung. Es wird dabei deutlich, dass es im Grunde um eine Überwindung der Entfremdung der Leitung von der Station geht (vgl. Kapitel 6.1.2.4), und zwar in Form einer persönlichen Interaktionskultur – es geht um Anwesenheit, ums Grüßen und Nachfragen.

Wie verhält sich diese Konstruktion der Wertschätzung zu derjenigen, die Herr Niedhoff im Kontext des PKMS-Regimes entworfen hat? Es bestätigt sich, dass es sich beim PKMS-Regime um eine ganz andere Form der Anerkennung handelt als um die, die Herr Niedhoff in Bezug auf die ehemalige Vorgesetzte als positiven Horizont entwirft: Erstere dreht sich um anonyme Zahlen, die mit Tauschwertgrößen verkoppelt sind, und um eine (legitimationswirksame) Rückkopplung von Leistung und Ertrag, wobei Leistung in Punkten gemessen wird und die Arbeit des Teams die Bezugsgröße ist. Die PKMS werden insgesamt als Mechanismus der Anerkennung des Berufsstandes als Ganzem verstanden – „die Pflege“ im Allgemeinen, nicht das je persönliche Engagement – die Hilfsbereitschaft, das Einspringen aus dem Frei, der Verzicht auf die Pause etc. – wird ‚honoriert‘. Im Unterschied dazu dreht sich die zweite Form der Anerkennung dagegen um eine spezifische, zwischen konkreten

Personen sich abspielende Interaktionskultur, die mit dem Modus der Anonymität bricht. Das heißt auch wenn Herr Niedhoff das PKMS-Regime als Anerkennungsmechanismus rahmt, so vermag dieser dennoch nicht zu leisten, was von Herrn Niedhoff im Sinne einer interaktiven Wertschätzung eingefordert wird. Das „ganz große[s] Problem“ bleibt somit ungelöst.

Auch im Fall von Frau Jandric lässt sich eine normative Orientierung auf das PKMS-System rekonstruieren, diese ist allerdings weniger an der Problematik der mangelnden Anerkennung orientiert, sondern am Prinzip der Leistungsgerechtigkeit. Gegen Ende der Interviews sah der Leitfaden die Frage vor, wie nach Einschätzung der Interviewpartner*innen der ökonomische Druck, der auf den Häusern lastet, an sie weitergereicht wird. Im Kontext der Antwort auf diese Frage kommt Frau Jandric das einzige Mal explizit auf die PKMS und damit abrechnungsrelevante Pflegeleistungen zu sprechen.

„Und ähm, ja gut jetzt, die haben schon erzählt: ‚Ja, ihr habt jetzt durch das PKMS‘ – das ist ja diese Eingabe, wo es nochmal extra richtig extra Kohle gibt – da haben wir gut(!) Geld gemacht, ja. Also das muss man sagen. Dieses Geld kommt natürlich nicht der Pflege zugute. Ich glaub das kommt nirgends der Pflege zugute, ja. Wir haben die Arbeit damit, weil deswegen dokumentierst du ja auch wie verrückt. Das geht halt einfach in dem, in dem in dieser Minus-Blase geht das mit rein, ja, und was weiß ich, mach ich’s an einem - im ersten Jahr haben wir glaub ich 500.000 oder so und jetzt haben wir mehr. Also ich hab jetzt gehört, das wäre siebenstellig sogar, ja. Und das ärgert mich dann schon, wenn ich die Arbeit leisten muss und ich seh’ nichts davon.“ (P2)

Anders als Herr Niedhoff bringt Frau Jandric die PKMS also unmittelbar mit der Abrechnung in Verbindung, doch ebenso wie bei ersterem schwingt auch hier der Produzent*innenstolz mit („da haben wir gut(!) Geld gemacht“). Anschließend artikuliert Frau Jandric eine Ungerechtigkeits Erfahrung. In der PKMS-Dokumentation sieht sie einen Mechanismus, durch den transparent wird, welche Geldmittel durch die Pflege erwirtschaftet werden; es gibt eine eindeutige Zuordnung von pflegerischen Maßnahmen und Erlös. Deshalb lässt sich auch sagen, „wir“ haben gut Geld gemacht. Durch diese neu institutionalisierte Relationierung von pflegerischer Arbeit und Erlös wird es also möglich, die Arbeit in konkret messbare, monetäre Ergebnisse zu übersetzen. Somit sind die PKMS zentraler Bestandteil der Neujustierung der Kriterien der Leistungsbewertung. Aber die PKMS-Erlöse kommen nicht der Pflege zugute, so Frau Jandric weiter. In dieser Proposition dokumentiert sich ihre allgemeine Erfahrung, als Pflegekraft ungerecht behandelt zu werden, denn das „natürlich“ in der Konstruktion verweist darauf, dass Frau Jandric diesen Umgang mit der Pflege gewohnt ist. Diese Interpretation wird durch die folgende Sequenz, die eine weitere Verallgemeinerung enthält, bestätigt. Es ist aus ihrer Sicht nicht nur eine organisationsspezifische Erfahrung von Ungerechtigkeit, sondern es ist, wie auch im vorherigen Satz, die Pflege insgesamt, der nirgends zugutekommt, was sie erarbeitet. Das neue Regime abrechenbarer Pflegekomplexmaßnahmen wird also als eine Fortsetzung einer bereits existierenden Ungerechtigkeit erlebt. Erst nach dieser Verallgemeinerung der Proposition elaboriert Frau Jandric sie weiter. Die dem Erlös zugrundeliegende Arbeit ist doppelt bestimmt: a) als konkrete Pflege von aufwändigen Patient*innen und b) als entsprechend aufwändige Dokumentation dieser Pflege. Doch

das hierdurch verdiente Geld verschwinde in der Schuldenökonomie des Hauses. Die Dimensionen, um die es dabei finanziell geht, erläutert Frau Jandric dann anhand der PKMS-Einnahmen aus dem ersten und dem aktuellen Jahr. Diese Bezifferung der PKMS-Einnahmen verweist darauf, dass durch den auf die pflegerische Arbeit bezogenen Abrechnungsmechanismus sichtbar wird, welchen Beitrag die Pflege zur (ökonomischen) Reproduktion der Organisation leistet. Am Ende des Interviews artikuliert Frau Jandric noch einmal die Ungerechtigkeits Erfahrung in Form einer Coda, mit der die Sequenz zu diesem Thema beendet wird („Und das ärgert mich dann schon...“). Der positive Gegenhorizont zu diesem Ärger liegt in einer unspezifischen Vorstellung von Leistungsgerechtigkeit, der zufolge man zumindest irgendeinen monetären Ausgleich für die geleistete Arbeit bekommen sollte.

Während also bei Herrn Niedhoff die normative Orientierung dominiert und den Rahmen bildet, innerhalb dessen die ökonomische Logik verhandelt wird, stellt sich die Lage bei Frau Jandric umgekehrt dar: Bei ihrem Konzept von Leistungsgerechtigkeit handelt es sich um eine Binnenethik der ökonomischen Orientierung. Diese Differenz dokumentiert sich auch darin, dass Herr Niedhoff an keiner Stelle die Kodierkräfte thematisiert, während sie von Frau Jandric positiv bewertet werden (s.o.). In der rahmenden normativen Orientierung von Herrn Niedhoff kommt es auf die konkreten Abrechnungsverfahren und -prüfungen und die Machkämpfe um die einzelnen Fälle nicht an, der Fokus liegt vielmehr auf dem Prinzip der Anerkennungsstruktur; im Fokus der ökonomisch gerahmten Idee der Leistungsgerechtigkeit interessiert hingegen genau dieser Kampf, in dem die Kodierkräfte Verbündete sind.

In der normativen Orientierung auf das Abrechnungsregime wird die Einführung der PKMS also recht eindeutig als eine symbolische Aufwertung der Pflege interpretiert. Gleichzeitig konstituieren sie aber einen neuen Möglichkeitsraum oder Vergleichshorizont, in dem Ungerechtigkeits Erfahrungen gemacht werden – in Bezug auf das, was die Ärzte mit ‚ihren‘ DRGs einbringen, oder in Bezug auf den Anteil der PKMS-Erlöse, der tatsächlich an den Pflegedienst zurückfließt. Darüber hinaus kompensiert diese organisational-unpersönliche Anerkennungsstruktur nicht das Fehlen einer interaktiv-persönlichen Form der Wertschätzung des individuellen Engagements der einzelnen Pflegekräfte.

6.2.2 Sparmaßnahmen, wirtschaftliche Vorgaben und Vorgesetzte

Neben den bisher dargestellten ökonomischen Orientierungsmustern, die die Pflegekräfte selbst in Bezug auf das Abrechnungsregime an den Tag legen, stellen verschiedene Sparmaßnahmen ein weiteres ökonomisierungsrelevantes Thema dar. Unter diesem thematischen Dach werden von den Pflegekräften Stellenkürzungen und ihre Androhung ebenso verhandelt wie Einsparungen bei Materialien und „Annehmlichkeiten“ (P5), wie Saft und Buffet auf der Station, oder bei der Förderung von Weiterbildungsmaßnahmen. Da diese Kürzungen von der Krankenhausleitung geplant und durchgesetzt werden, ist dieses Thema kaum von dem weiteren der Kommunikation von wirtschaftlichen Vorgaben durch die Krankenhausleitung zu trennen, die teils vermittelt über die Stationsleitungen stattfindet. Die Position der Stationsleitung – „Mittler und Vermittler zwischen den Kollegen unter ihr“ und „dem Vorgesetzten über ihr“ (P2) – umweht dabei ein Hauch von Tragik: Die Stationsleitungen verorten sich selbst innerhalb der Basis, also innerhalb ihres Teams, äußern aus die-

ser Perspektive durchaus engagierte Kritik an den Entscheidungen der Leitungsebene⁶³ und beanspruchen für sich, den Druck abzufedern, der ‚von oben‘ kommt. Da sie aber dennoch, wenn auch gefiltert, ökonomisch motivierte Entscheidungen ‚von oben‘ weitertragen (müssen), erscheinen sie den Pflegekräften in ihrem Team als Vermittler der ökonomischen Vorgaben der Umwelt und nicht als das ‚Schutzschild‘, das sie ihrem Anspruch nach sind.

Auch für diesen Themenkomplex von Sparmaßnahmen und der Kommunikation wirtschaftlicher Vorgaben durch Vorgesetzte gilt, dass er von den Pflegekräften im Sample unterschiedlich stark und engagiert angesprochen wurde. Die Sparmaßnahmen sind besonders bei Frau Jandric und Herrn Niedhoff präsent, beide leitende Pflegekräfte auf Stationsebene. Sie äußern die Einschätzung, dass insbesondere die Pflege von Einsparungen betroffen ist. Dem liegt eine Wahrnehmung zugrunde, der zufolge im Krankenhaussektor eine gesundheitspolitische Leitlinie der Kostendämpfung vorherrscht und die Krankenhausleitungen unter Druck stehen, schwarze Zahlen zu schreiben. Die Kolleg*innen wissen laut Frau Jandric „dass ja ganz, ganz viele, ähm, Häuser geschlossen werden sollen, politisch gewollt, ja, und dass am meisten zu sparen ist in der Pflege.“ (P2) Und auch Herr Niedhoff erzählt:

„...man hört immer nur: ‚Wir haben so und so viel Verlust erzielt und müssen unbedingt schwarze Zahlen schreiben‘. Und das, was halt bei uns ankommt, ist: ‚Wir streichen es in der Pflege‘.“ (P5)

Aus Sicht von Herrn Niedhoff erscheint es also als eigenständiges Ziel der Leitung, schwarze Zahlen zu schreiben, und um dieses zu erreichen, werde im pflegerischen Bereich gespart. Und es ist eben diese Ziel- und Mittel-Anordnung, die infrage gestellt wird. Denn es ist keineswegs so, dass Herr Niedhoff jegliches ‚Wirtschaftlichkeitsgebot‘ zurückweist. Im Gegenteil, er ist sich durchaus im Klaren darüber, dass die Personalplanung recht diffizil ist, und reflektiert in diesem Zusammenhang das Problem der Wirtschaftlichkeit:

„Also, es ist halt schwierig, geb‘ ich zu, ähm Personal so zu planen, dass man so – man kann ja nie wissen, wie der Arbeitsaufwand an dem Tag ist, ja, aber man kann auch nicht einfach jemanden umsonst da sein lassen, das geht auch nicht. Das ist mir auch bewusst, dass das wirtschaftlich unsinnig ist, aber irgendwo muss man den Mittelweg finden. Und Poolkräfte, die von Station zu Station springen, das ist menschlich einfach nicht verträglich, weil du wirst nie im Team sein und das ist von der Arbeitsbelastung zehn Mal höher. Und keiner möchte das. Das ist für jeden so ‘n bisschen Familie, so ‘ne Station.“ (P5)

Während die pflegerische Praxis von dem Umstand geprägt sei, dass man nie wissen kann, wie hoch der Arbeitsaufwand an einem Tag konkret wird, und sie für Herrn

63 So erzählt beispielsweise die Gruppenleiterin Frau Bajramovic: „Aber wir haben jetzt ‘nen Patientenmanagement, was völlig überflüssig ist. Der Patient hat nichts davon, es hat kein Mensch was davon, außer, dass es ähm viel Geld kostet und in der Pflege Stellen abgezogen worden sind. Aber es fragt ja keiner. Ja. Wir geben dann die Rückmeldung: ‚Das ist totaler Schwachsinn.‘ Aber das ist egal, ist ja schon eingeführt.“ (P4)

Niedhoff ohne die Einbindung in ein Team kaum erträglich ist,⁶⁴ verlangt die Logik der Wirtschaftlichkeit einen effizienten Personaleinsatz (so viel wie nötig, so wenig wie möglich) und in diesem Sinne auch flexible, nicht an Teams gebundene Arbeitskräfte. Es klingt hier also ein prinzipieller Konflikt zwischen dem Gebot der ‚Wirtschaftlichkeit‘ und der Logik pflegerischer Praxis an: ersteres verlangt Planung des Zukünftigen, letztere besteht in ihrem Kern im Umgang mit dem Unplanbaren in der Gegenwart. Der spontane Umgang mit patient*innenbezogenen und organisationalen Bedürfnissen („Arbeitsaufwand“) bleibt hierbei der übergeordnete Sinnzusammenhang, in dem der Konflikt reflektiert wird – egal, ob es nun praktisch möglich ist, das Personal adäquat zu planen oder nicht, die unabhängige Variable, in Bezug auf die Planung nötig ist, wird durch den Arbeitsaufwand bestimmt. ‚Wirtschaftlichkeit‘ kommt hier also nur als ein untergeordnetes Nebenziel in Betracht und wird nicht, wie Herr Niedhoff der Geschäftsführung zuschreibt, zu einem eigenständigen Primärziel („schwarze Zahlen“) verselbständigt, dem der pflegerische Bereich zum Opfer fällt. Da Herr Niedhoff aber dennoch die ökonomische Perspektive als legitim anerkennt, proklamiert er, man müsse einen Mittelweg finden. Das gängige Modell der Poolkräfte hält er jedoch nicht für tragfähig. So bleibt der Konflikt zwischen den beiden Handlungslogiken also letztlich zumindest auf der Ebene des expliziten, kommunikativen Wissens ungelöst; in ihm dokumentiert sich ein „Orientierungsdilemma“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 296). Da die beiden Logiken gleichzeitig unterschiedlichen Akteuren als Orientierungen zugeschrieben werden, verweist die Unversöhnlichkeit der Logiken letztlich auch auf die Unversöhnlichkeit des Konflikts zwischen Pflege und Geschäftsführung.

Bei Frau Jandric lassen sich ebenfalls divergente Positionierungen zum Thema ‚Sparen‘ finden. Im Rahmen ihrer berufsbiographischen Erzählung erscheint der Moment, in dem die „Sparerei“ anfang, als zentraler, negativ besetzter Bruch mit einer bis dahin vorherrschenden Normalität:

„Und dann irgendwann war ich Stationsleitung, ich weiß nicht mehr wann [lacht], ist schon lange her. Und dann, ja, dann lief das alles völlig normal. Wir hatten damals ’nen Stellenplan von 13 Mitarbeitern und das war schon ordentlich. [...] Und äh, ja, dann mussten – fing das an mit der Sparerei.“ (P2)⁶⁵

Gleichzeitig ist für sie im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Stationsleitung aber völlig klar, dass mit den Materialien auf Station sparsam gehaushaltet werden muss.⁶⁶ Wie verhalten sich dieser verständnisvolle und der zuvor artikulierte negative Bezug

64 Die pflegerische Seite wird zudem mit dem semantischen Reservoir des Familiären aufgeladen, das in der Moderne traditionell als Hort der Geborgenheit gegenüber den strategisch-berechnenden Umgangsformen des Marktes angeboten wird.

65 Gemeint ist ein Zeitpunkt Mitte der 90er Jahre und nicht die Einführung des DRG-Systems.

66 „Ich muss ja natürlich auch gucken, dass ich einsparen kann. Also wenn ich – nur allein Bestellungen ja. Musst du drauf achten, dass nicht zu viel bestellt wird, ja. Das kostet alles Geld und dann wird’s weggeschmissen. Und dann muss man sagen: ‚Ne, liebe Leute, so geht das nicht. Ihr haust mit den Materialien...‘ ja. Also man muss da – man hat da ganz viel Dinge zu regeln ja.“ (P2)

auf die „Sparerei“ zueinander? Es findet sich hier ein ganz ähnliches Muster, wie bei Herrn Niedhoff: Während in der von Frau Jandric monierten Kostendämpfungspolitik die „Sparerei“ als eigenständiger Zielwert erscheint, dem die Pflege zum Opfer fällt, geht es beim sparsamen Umgang mit dem Material schlicht darum, dass bei der Patientenversorgung nicht mehr Ressourcen verbraucht werden als nötig. Was nötig oder „zu viel“ ist, bemisst sich jedoch am Versorgungsbedarf, nicht an vorgegebenen ökonomischen Größen.

Um diese Differenz der ökonomischen Orientierung auf die ‚Wirtschaftlichkeit‘ bzw. die „Sparerei“ auf den Begriff zu bringen, lässt sich theoriegeleitet mit der Unterscheidung von Ökonomisierung und bedarfswirtschaftlicher Rationalität arbeiten, wie sie oben (3.2.2) entwickelt wurde: Während sich die beiden Pflegekräfte an einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität orientieren, in der materielle, finanzielle und personelle Mittel in Bezug auf das gebrauchswertförmige Ziel der Versorgung sparsam eingesetzt werden sollen, zeugt die Thematisierung der Kostendämpfungspolitik („Sparerei“) und der Orientierung der Geschäftsführung an „schwarzen Zahlen“ davon, dass sich hier aus Sicht der Pflegenden in kritikwürdiger Weise ökonomische Ziele gegenüber dem Versorgungsziel verselbständigt haben und mit diesem in Konflikt geraten.

Doch auch wenn beide Pflegekräfte wahrnehmen, dass bei relevanten Akteur*innen eine Aufwertung der Refinanzierungsproblematik und damit der ökonomischen Dimension des Feldes stattgefunden hat,⁶⁷ so ist diese geteilte Wahrnehmung doch in divergierende Orientierungsmuster eingebettet: Während Frau Jandric das Sparen bei der Pflege als Ausdruck der relativen Machtlosigkeit der Berufsgruppe im Kontrast zur Ärzteschaft interpretiert, zieht Herr Niedhoff die Verwaltung als Vergleichshorizont heran und interpretiert die Einsparungen bei der Pflege als Ausdruck einer fehlenden Wertschätzung und einer daraus resultierenden Ungerechtigkeit. Der Wandel des Raums der Positionen, der sich mit dem Bedeutungszuwachs der ökonomischen Dimension vollzieht, verbindet sich also mit unterschiedlichen, habituell bedingten Positionierungen.⁶⁸ Während für Frau Jandric der traditionelle Konflikt zwischen Ärzteschaft und Pflegekräften orientierend bleibt, steht für Herrn Niedhoff als Angehörigem einer jüngeren Generation von (leitenden) Pflegekräften – der zudem zunächst selbst geplant hatte, Medizin zu studieren – der Kontrast der Berufsgruppen, die zur Patient*innenversorgung beitragen (Pflege und Ärzt*innen), zur Verwaltung im Vordergrund.

Die „wirtschaftlichen Vorgaben“ (P6), an denen sich die Leitungsebene aus Sicht der Pflege-Basis orientiert, werden nicht nur von den unmittelbaren Vorgesetzten, den Stationsleitungen, weitergetragen, sondern auch im Rahmen außeralltäglicher Kommunikationsformen wie etwa bei Betriebsversammlungen oder durch Rundbriefe durch die Leitung selbst. Herr Becker erzählt besonders engagiert von zwei solcher Situationen. Das ökonomische Feld wird von ihm im Interviewverlauf das erste Mal explizit im Kontext einer Erzählung angesprochen, in der es um eine Gesprächsrunde geht, zu der die Pflegedirektorin und der Geschäftsführer – „so oberste Heeresleitung“ – auf seine Station kamen, um im „kleinen Stationszimmer“ mit den Mitarbei-

67 Aufwertung meint hier: Das Machtpotenzial im Sinne einer feldinternen Wirksamkeit des ökonomischen ‚Kapitals‘ erhöht sich, nicht sein ökonomischer Wert.

68 Zur Differenz von Position und Positionierung vgl. Bourdieu (1998: 48ff.).

ter*innen darüber zu reden, „was man für Anliegen hätte“ (P6). Ein problematisierungswürdiger Kontakt zum ökonomischen Spiel kommt für Herrn Becker erst im Rahmen dieser außeralltäglichen Situation zustande. In diesem Gespräch habe eine „merkwürdige Atmosphäre“ geherrscht und viele Kolleg*innen hätten Angst gehabt, sich zu äußern, er selbst habe aber darauf insistiert, dass der Betreuungsschlüssel zu gering ist:

„Ähm, und ich hab da auch nicht hinterm Berg gehalten, also ich hab da eigentlich die ganze Zeit irgendwie drauf rumgehackt, dass der Schlüssel so nicht in Ordnung ist, dass ich nicht guten Gewissens ähm – also dass, dass ich keine adäquate Patientenversorgung gewährleisten kann, wenn ich vier Patienten betreuen muss auf dieser Station und dass, dass das kein adäquater Betreuungsschlüssel ist. Und dann kamen die üblichen Argumente zurück, ja: Aber in anderen Kliniken wär es doch auch nicht anders. Und ich hab dann auch gesagt: ‚Ne, das stimmt nicht.‘ Da hat sie [die Pflegedirektorin] dann nichts mehr zu gesagt, aber das hat – ist mir klar, das hat keine Konsequenz. Also sie ignoriert das einfach. Sie ähm hat ihre wirtschaftlichen Vorgaben, ähm, und ähm, das einzige, worauf sie achtet, ist im Prinzip, sind, ist die Dokumentation, so dass man daraus Erlöse generieren kann.“ (P6)

Herr Becker thematisiert hier den unzureichenden Betreuungsschlüssel als einen Faktor, der den positiven Gegenhorizont einer adäquaten Patient*innenversorgung in seinem Enaktierungspotenzial einschränkt. Thematisch präsent ist zudem die schüchterne Haltung der Pflege gegenüber den Leitungsstrukturen, die als negativer Gegenhorizont zu Herrn Beckers umgesetztem Handlungsentwurf erscheint, seine Kritik an den aktuellen Umständen selbstbewusst („nicht hinterm Berg gehalten“) und offensiv („drauf rumgehackt“) zu äußern. Herr Becker stellt dann kurz die Gegenrede der Pflegedirektorin dar. Diese geht nicht direkt auf das ein, was Herr Becker als sein „Argument“ versteht – dass beim aktuellen Betreuungsschlüssel keine adäquate Patient*innenversorgung möglich ist. Eine direkte Bezugnahme hätte bedeutet, darüber zu diskutieren, was eine adäquate Patient*innenversorgung ist.⁶⁹ Herr Becker referiert stattdessen das Argument der Pflegedirektorin, in anderen Kliniken wäre der Betreuungsschlüssel auch nicht anders. Diese Logik des Vergleichs ist konstitutiv für die Wettbewerbsordnung, die zwischen den Krankenhäusern herrscht, und scheint gleichzeitig eine recht beliebte Argumentationsstrategie der Vorgesetzten gegenüber ihren Mitarbeiter*innen darzustellen, denn sie taucht auch in den anderen Interviews auf. In seiner Reaktion auf dieses „Argument“ vollzieht Herr Becker den Wechsel der Argumentationsebene nach und hält schlicht entgegen, dass das nicht stimme, woraufhin die Pflegedirektorin nichts mehr gesagt habe. Die Prognose von Herrn Becker in Bezug auf die Resonanz seines diskursiven Engagements fällt dann pessimistisch aus: Die Kritik bleibe ohne Konsequenz, da die Pflegedirektorin sie einfach ignoriere. Für Herrn Becker ist also mehr oder weniger klar, dass dieses Mitarbeiter*innengespräch nicht dazu dient, ernsthaft auf die Probleme und die Kritik der Mitarbeiter*innen einzugehen, sondern vor allem dazu, den Schein aufrechtzuerhalten, man würde sie ernst nehmen und einbeziehen. Die Blockadehaltung der Pflegedirektorin („sie ignoriert das einfach“) führt Herr Becker dann auf ihre Einbindung

69 Diesbezüglich weiß Herr Becker an anderer Stelle zu berichten, dass die Pflegedirektorin die Ansicht vertritt, die Pflege „muss ausreichend sein, nicht optimal“ (P6).

ins ökonomische Spiel zurück: Sie halte sich an ihre „wirtschaftlichen Vorgaben“ und in diesem Rahmen sei lediglich wichtig, dass die Pflege die Dokumentation so führt, dass Erlöse generiert werden können; der für Herrn Becker relevante Betreuungsschlüssel interessiert in diesem Rahmen nicht.

Die Pflegedirektorin stellt damit für Herrn Becker die Akteurin dar, über die der ökonomische Sinnhorizont in die Pflege-Basis importiert wird, und das in doppelter Hinsicht: Einerseits durch die Beibehaltung eines unzureichenden Betreuungsschlüssels, andererseits durch die Erwartung, dass die Pflege eine abrechnungssensible Dokumentation führt. Die oben (Kapitel 6.1.2.4) bereits besprochene Erfahrung der Entfremdung der pflegerischen Leitung von der Perspektive und den konkreten Problemen der stationären Arbeit kommt hier erneut zur Geltung, wobei im vorliegenden Zusammenhang die Differenz der Sinnhorizonte Versorgung/Ökonomie in die Differenz Pflege-Basis/Pflegedirektorin eingeschrieben wird.

Die zweite Situation steht im Kontext der von mir gegen Ende des Interviews gestellten Frage, wie seiner Einschätzung nach der ökonomische Druck an ihn weitergegeben werde. Herr Becker erläutert zunächst die Konzernstruktur, in die das Haus eingegliedert ist: Im Konzern gelte die *policy*, dass kein defizitäres Haus „auf Dauer durchgefüttert“ werde. Nach seinem Kenntnisstand sei sein Haus momentan nicht defizitär, aber „lustigerweise“ habe er von seiner Stationsleitung kürzlich einen Info-Brief von der Geschäftsführung zur wirtschaftlichen Situation weitergeleitet bekommen. Bevor er mir diesen Brief zur Ansicht vorlegte, leitete Herr Becker ihn mit den Worten ein:

„Ich hab hinterer gesagt, dass ist ein typischer, also der Brief ist reines Bullshit-Bingo mit allen möglichen blöden Floskeln und sagt gar nichts, aber das ist, das ist die, das trifft ziemlich gut die Haltung oder die Art und Weise, wie man bei [Name des Konzerns] äh an die Mitarbeiter herantritt.“ (P6)

Was kennzeichnet also aus Sicht von Herrn Becker diese „Art und Weise“ der Kommunikation oder des ‚Herantretens‘? Die Form betreffend zunächst einmal Einseitigkeit – es gibt Informationen per Brief – und Distanz: Der Brief geht nicht direkt von der Geschäftsleitung an alle Mitarbeiter*innen, sondern bedarf der Vermittlung durch die Stationsleitung. Zudem gibt es kaum einen verständlichen Inhalt der Mitteilung („Bullshit“, „blöde(n) Floskeln“, „sagt gar nichts“). Der Info-Brief reiht sich also ein in die Erfahrung der Perspektivendivergenz und wechselseitigen Verständnislosigkeit zwischen Leitung und Basis.

In dem Brief werden u.a. „unpopuläre Maßnahmen“ angekündigt, Herr Becker glaubt dabei gehe es darum, das Weihnachtsgeld durch eine „Erfolgsbeteiligung“ zu ersetzen, „die natürlich jederzeit vom Arbeitgeber ähm gestrichen werden kann“ (P6). Es folgt eine der im gesamten Material sehr seltenen Passagen zur Entlohnung, genauer: zur Lohnpolitik des Hauses. Anstatt sich jedoch über einen zu geringen Lohn zu echauffieren, zeigt Herr Becker sich verwundert, dass er vom Haus quasi übertariflich bezahlt werde: „Das ist irgendwie letztendlich mehr als das was man nach TVöD bekommt. Was mich gewundert hat.“ (P6) Diesen Umstand führt er darauf zurück, dass er im Intensivbereich arbeitet. Dass die Entlohnung im Sample kaum ein Thema ist, dürfte also nicht nur damit zu tun haben, dass dieses Thema für die Pflegekräfte insgesamt gegenüber anderen Problemlagen nachrangig ist, sondern

auch mit dem hohen Anteil an Intensivpflegekräften und ihrer gehobenen Position im Tarifsystem, die es wenig legitim scheinen lässt, sich über die Lohnhöhe zu beschweren. Anschließend kommt Herr Becker auf die Frage, wie der wirtschaftliche Druck weitergeben wird zurück:

„Also ansonsten, ja, wie geben die das weiter? Im Prinzip in allen Gesprächen, ähm, mit der Geschäftsführung oder so, geht’s natürlich immer um Erlöse. Es geht drum ähm oder es gibt Appelle, dass man gefälligst ordentlich dokumentieren soll, weil ansonsten dem Haus Geld durch die Lappen geht. Wo dann halt auch viele sagen: ‚Naja, dann gebt uns aber auch die Zeit, äh, wenn ich vier Patienten betreue, da hab ich nicht die Zeit, noch sorgfältig zu dokumentieren.‘ Und das interessiert dann aber nicht.“ (P6)

Die Geschäftsführung wird erneut als ein Akteur des ökonomischen Feldes konstruiert, der sich nicht für die konkreten Probleme auf Station interessiert. Als zentrales Mittel, Erlöse zu generieren, gilt dabei wiederum die Dokumentation. Dieser Orientierung der Geschäftsführung wird dann die der Pflegekräfte entgegengesetzt: Wenn sie diesem Appell nachkommen sollen, brauchen sie mehr Zeit, d.h. mehr Personal. Es wird hier also nicht, wie von Herrn Schimmeck, die an die Dokumentation gekoppelte Abrechnungslogik problematisiert, sie wird mit dem Hinweis, man brauche Zeit, um „sorgfältig“ zu dokumentieren, vielmehr akzeptiert. Wiederum interessiert die Geschäftsführung dieser Einwand aber nicht. In der folgenden Sequenz wird dann deutlich, dass Herr Becker dieses Desinteresse – trotz – zurückspiegelt:

„Und in diesen lustigen Gesprächen, wo dann auch der Geschäftsführer da ist, was ich da am Anfang erzählt hab, was es ab und an gibt, alle paar Monate oder mal in ’nem halben Jahr, ähm sitzt dann da der, der Geschäftsführer und fängt dann auch irgendwann an abzuschweifen oder meint, meint äh den, den Mitarbeitern jetzt mal erklären zu müssen, wie Krankenhauswesen funktioniert und wie, und wie schwierig das alles ist und dass er eben, was weiß ich, jedes Jahr 5% weniger automatisch kriegt und äh und und und jedes Jahr die Fallzahlen und die äh Erlöse steigern muss, damit er überhaupt am Ende noch die gleiche Kohle wie vorher kriegt. Das mag ja auch alles richtig sein, das stelle ich ja überhaupt nicht in Zweifel, aber ich denk mir dann halt: Ist nicht mein Problem. Ich sitze hier, ich arbeite hier als Pflegekraft, ich bin hier eingestellt, um Patienten zu versorgen äh und du bist in der Geschäftsführung, du kriegst ein Vielfaches von meinem Einkommen und dein Job ist es, dir zu überlegen, wie du das erreichen kannst und du musst mir nicht irgendwie vorheulen ähm, dass es, dass die, dass die Situation so schwierig ist [...] mich nervt so was tierisch, wenn da, wenn da Leute aus der Geschäftsleitung kommen und mir erzählen, wie schwer sie es haben äh, das Krankenhaus ohne Defizit zu führen, weil mich muss das nicht interessieren, dafür bin ich nicht da angestellt. Und da muss ich auch – da kann ich Verständnis für haben, aber das ist völlig irrelevant.“ (P6)

Der Versuch der Geschäftsführung, ihre Perspektive klarzustellen und zu vermitteln, wird von Herrn Becker als Übergriff erfahren, der emotional aufgeladen zurückgewiesen wird („vorheulen“; „mich nervt so was tierisch“). Vor dem Hintergrund von Aussagen, die Herr Becker zuvor getroffen hatte, wirft das die Frage auf, warum diese Art der Adressierung des ökonomischen Sinnhorizont stark problematisiert wird, während die Hinweise der Kodierkraft, es müssten Dinge nachdokumentiert werden, unproblematisiert bleiben, obwohl sie – wie der Fall von Herrn Schimmeck zeigt –

doch ebenfalls als übergreifend erlebt werden könnten. Eine mögliche Antwort auf diese Frage lässt sich in der Verschiedenheit der Berufsrollen und des Status von Kodierkräften und Geschäftsführung finden: Es gilt für Herrn Becker als sinnvolle Form der organisationalen Arbeitsteilung, dass die Pflege den Kodierkräften zuarbeitet, damit diese ihre Abrechnungen machen können. Herr Becker sieht aber nicht, warum es innerhalb der gegebenen Arbeitsteilung („dein Job ist es“) Sinn machen sollte, dass die Geschäftsführung im ‚vorheult‘, wie schwer sie es hat – „das ist völlig irrelevant“. Letztlich gilt für ihn die Losung: Mach du deinen Job und ich mach meinen. Daneben verweist er im Unterschied zur Art und Weise, wie er über die Kodierkräfte spricht, bei der Kritik der Geschäftsführung darauf, dass diese viel mehr verdiene als er („du kriegst ein Vielfaches von meinem Gehalt“). Herr Becker hat den Eindruck, die Geschäftsführung versuche ihren Job zu seinem Problem zu machen – und vor dem Hintergrund, dass die Geschäftsführung ein Vielfaches verdient, ist das besonders skandalisierungswürdig.

Die Aussagen, die bei derartigen außeralltäglichen Gelegenheiten fallen, wirken nachhaltig – vor allem wenn sie betriebswirtschaftliche Zahlen enthalten. Selbst wenn die Intention, mit der die Geschäftsführung oder Pflegedienstleitung spricht, abgelehnt wird, die Inhalte verfangen. Den Pflegekräften wird so ein grundlegendes Wissen über die ökonomische Lage des Hauses oder ihrer Abteilung vermittelt, wie folgender Bericht von Herrn Schimmeck vor Augen führt:

„...die Rückmeldung, die geht in jeden Bereich rein. Also z.B. die 39 VK [Vollkräfte; R.M.], die wir haben, hab wir jetzt in der letzten Teambesprechung letzten Januar mitgeteilt bekommen. äh, das ich glaub zwei Stellen waren es gewesen, so der Schnitt in den letzten paar Jahren, sind eigentlich über die Einnahmen nicht gedeckt. Aber wir behalten halt trotzdem die 39 VK, weil sie davon ausgehen, dass wenn wir sozusagen fleißig sind, dass das dann irgendwann funktioniert. Also es ist jetzt nicht sozusagen so, dass wir diesen Geldpool haben, aber es gibt immer die Rückmeldung, wie weit praktisch die Stellen von uns auch finanziert sind. Und es gibt Bereiche, in denen es halt nicht funktioniert, bei denen wird dann Personal abgezogen.“ (P1)

Der zentrale Inhalt, der in derartigen Gesprächen oder Versammlungen bei den Pflegekräften ankommt, ist, dass das, was im Feld der Krankenhäuser „auf dem Spiel steht“ (Bourdieu/Wacquant 196: 148), nicht mehr nur die Versorgung von Patient*innen, sondern zunehmend auch die Refinanzierung ist. Sofern sie nicht gewährleistet ist, kann es zu einer stufenweise eskalierenden Zuspitzung der Situation kommen – von Stellenkürzungen über die Zusammenlegung oder Schließung einzelner Abteilungen über den Verkauf des Hauses bis hin zu seiner Schließung. Die außeralltägliche Kommunikation mit den Akteuren der Leitung stellt somit einen zentralen Mechanismus dar, über den die ökonomische *performance* einer Station oder Abteilung an die Beschäftigten rückgekoppelt werden, so dass es sich im Erleben der Pflegekräfte um eine Strategie handelt, mit deren Hilfe der ökonomische Druck an sie weitergetragen wird.

ZWISCHENBETRACHTUNG

Wie werden nun also Tauschwertbezüge im pflegerischen Arbeitsalltag relevant? Die Interpretation des Materials legt folgende Schlussfolgerungen nahe: Wie relevant sie sind, hängt erstens davon ab, ob und wie die Pflege strukturell in das Abrechnungsregime eingebunden ist; zweitens davon, wie und wie wirkmächtig Akteure, die von den Pflegenden als ökonomisch orientiert wahrgenommen werden (Vorgesetzte, Kodierkräfte), diese Orientierung als Erwartung an die Pflege kommunizieren; drittens davon, wie die Pflegenden sich selbst zu den kommunizierten ökonomischen Anforderungen positionieren (kritisch-reflektiert; normalisiert-distanziert).

Die Bezüge zum ökonomischen Feld, die sich in der pflegerischen Praxis ergeben oder in ihr hergestellt werden, sind insgesamt recht vielfältig. Entsprechend scheint es – wie oben bereits theoretisch angesprochen wurde, nun aber auch aus empirischer Sicht argumentiert werden kann – problematisch, von der *einen* ökonomischen Rationalität zu sprechen, wie dies im Ökonomisierungsdiskurs häufig der Fall ist. Neben Orientierungen an einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität ließen sich auch Orientierungen an einer preisbezogenen Rationalität herausarbeiten. Einige Pflegekräfte im Sample positionieren sich durchaus affirmativ zu einer solchen preisbezogenen Rationalität, sofern sie die Erlösmaximierung durch Dokumentationsoptimierung meint. In der kritisch-reflektierten Subtypik stößt eine solche Orientierung jedoch an ihre Grenzen, wenn sie droht, in die Versorgungspraxis überzugreifen. Bezüglich einer Orientierung an *Einsparungen* verhalten sich die Pflegekräfte im Sample kritisch, wenn sie sich gegenüber der Patientenversorgung zu einem eigenständigen Ziel ver selbständigt hat (eine solche Orientierung wird den Vorgesetzten zugeschrieben), finden sie jedoch nachvollziehbar, wenn es um Sparsamkeit im Sinne einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität geht.

Was sich bei all dem zeigt, ist, dass die Tauschwertbezüge vielfältig, feldspezifisch eingebettet und entsprechend komplex sind. Sie treten unterschiedlich in Erscheinung: als Erwartungen konkreter anderer Akteure (die man übernehmen, zurückweisen oder im Modus des Als-ob bearbeiten kann), als objektive Struktur (DRG-System) und daran gekoppeltes explizites Wissen (das man berücksichtigen oder ignorieren kann) oder als Möglichkeitsraum, um der Pflege (als Berufsgruppe) Sichtbarkeit und Wertschätzung zu verschaffen (auch wenn damit neue Ungerechtigkeits Erfahrungen einhergehen). Und sie stehen immer *im Verhältnis* zur feldspezifischen Praxis, um die es im Feld ‚eigentlich‘ geht: in einem Verhältnis der Balance, des Konflikts oder der Über- bzw. Unterordnung. So führt etwa das Fallpauschalensystem zu einer kognitiven („Dokumentation ist halt abrechnungsrelevant“) und praktischen („mehr Aufwand“) Restrukturierung der Dokumentation, die teilweise in Widerspruch zum professionellen, der Wahrhaftigkeit verpflichteten Ethos steht („betrügen“), teilweise aber auch in Allianz mit den Kodierkräften vorgenommen wird, um die Refinanzierung der Station zu gewährleisten (Vergütung spezieller Medikamente).

Die Frage, wie sich die Pflegenden zu ökonomisierungsrelevanten Themen positionieren, ist vor diesem Hintergrund kaum pauschal zu beantworten. Die Konstellationen sind stets in Bewegung. Während etwa Herr Becker in Bezug auf das Abrechnungsregime der normalisiert-distanzierten Subtypik zuneigt, formuliert er – im Reflexionshorizont einer sinnvollen, organisationalen Arbeitsteilung – engagierte Kri-

tik, wenn der Geschäftsführer versucht, wirtschaftliche Anforderungen an ihn heranzutragen. Klar scheint allerdings, dass – über alle fallinternen und fallübergreifenden Differenzen hinweg – für die interviewten Pflegekräfte im Konfliktfall die Versorgungslogik und damit der Gebrauchswertbezug des Feldes weiterhin Priorität besitzt (in der normalisiert-distanzierten Subtypik gibt es diesen Konflikt bezüglich des Abrechnungsregimes allerdings nicht). Selbst wenn ökonomische Anforderungen nicht zurückgewiesen, sondern mehr oder weniger aktiv übernommen werden, hat die Patientenversorgung weiterhin Vorrang. Insbesondere im Vergleich der Intensität, mit der die interviewten Pflegekräfte von den Problemen, die aus den Arbeitsbedingungen resultieren (6.1), und den Problemen, die mit den Anschlussstellen der eigenen Praxis an die Abrechnung zu tun haben (6.2.1), berichten, zeigt sich, dass letztere in der Relevanzstruktur der Pflegekräfte unter ersteren rangieren. Um dieses Ergebnis zu pointieren, lässt sich die Aussage von Herrn Becker verallgemeinern: Die Abrechnung „[i]st nicht mein Problem, ich arbeite hier als Pflegekraft.“⁷⁰

Insgesamt werfen die Ergebnisse damit die Frage auf, ob hinsichtlich der Ökonomisierungsdiagnose nicht Entwarnung gegeben werden könnte? Der Schluss scheint nahe zu liegen, wurde doch nur in einem Fall von einer benachbarten Station berichtet, dass auf dieser die Abrechnungs- der Versorgungslogik vorgezogen wurde. *Aber:* Im Sinne der hier verwendeten Begrifflichkeiten bedeutet das keineswegs – wie im nächsten Kapitel diskutiert wird –, dass keine Ökonomisierung stattfindet, denn es kommt durchaus zu *Zielkonflikten*, die für Ökonomisierungsprozesse charakteristisch sind – selbst wenn diese (noch) zugunsten einer adäquaten Versorgung bearbeitet werden (sollten), ist allein der Umstand, dass es hier zu Konflikten und entsprechenden Entscheidungszwängen kommt, Ausdruck von Ökonomisierung.

70 Dieser Befund ist allerdings vor dem Hintergrund zu deuten, dass die Pflege in die objektiven Strukturen des Abrechnungsregimes nur sehr punktuell eingebunden ist – eine mit dem medizinischen Funktionskreis vergleichbare Einbindung gibt es lediglich über die PKMS. Welche Bedeutung die PKMS im heutigen Arbeitsalltag aus Sicht der Pflegenden besitzt, ist bisher jedoch kaum erforscht, insbesondere nicht soziologisch. Orientiert man sich an den Fallzahlen, scheint die Bedeutung nicht sehr groß zu sein. Im Jahr 2016 wurden nur 283.644 von insgesamt 19.532.779 (Quelle: InEK 2017) also nur ca. 1,5% aller Fälle als PKMS-Fälle abgerechnet. Die Erzählungen von Herrn Niedhoff und Frau Jandric lassen jedoch darauf schließen, dass sie im Alltag eine Bedeutung entfalten, die sich in diesen Zahlen kaum widerspiegelt.

7 Die Ökonomisierung der Pflege im Krankenhaus

Ergebnisdiskussion

Nachdem aufgezeigt wurde, mit welchen Problemen sich die Pflegenden gegenwärtig in ihrer Alltagspraxis konfrontiert sehen (6.1) und wie Tauschwertbezüge im Feld der Pflege relevant werden (6.2), kann nun auf die übergreifende Forschungsfrage eingegangen werden, wie die Ökonomisierung der Krankenhäuser in der Alltagspraxis pflegerischer Arbeit und den ihr zugrunde liegenden Orientierungsmustern der Pflegekräfte in Erscheinung tritt. Von Ökonomisierung – das zur kurzen Erinnerung – soll in dieser Arbeit allgemein dann die Rede sein, wenn die (feldspezifischen) Bewegungsformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert sich zugunsten der Tauschwertseite verändern, sich Tauschwertorientierungen gegenüber den Gebrauchswertorientierungen verselbständigen. Dies kann auf verschiedenen Ebenen des Krankensektors geschehen:

1. Ökonomisierung auf der Ebene der institutionellen Arrangements:
 - der gesundheits- und krankenhaupolitischen Regulierung der Krankenhäuser (z.B. Kostendämpfung, neues Finanzierungssystem, Machtzuwachs der Krankenkassen)
 - des gesundheits- und krankenhaupolitischen Diskurses und der mit den Gesetzesänderungen einhergehenden „kulturellen Vorstellungen“ (vgl. B. Müller 2016: 114ff.; Pfau-Effinger 2005) über deren Legitimität;
2. Ökonomisierung auf der Ebene der Organisation:
 - der Krankenhausleitung (Wandel von der Verwaltung zum Management – Einrichtung einer betriebswirtschaftlich geschulten Geschäftsführung)
 - der Rationalisierungsstrategien (Kosteneinsparung durch effizientere Prozessgestaltung etwa durch Case-Management)
 - des organisationalen Selbstbildes (Wandel von einer Institution der Daseinsvorsorge zum Unternehmen);
3. Ökonomisierung auf der Ebene der Akteur*innen (hier: der pflegerischen Praxis).

Mit der Ökonomisierung der Krankenhäuser im Sinne der übergreifenden Fragestellung sind Prozesse auf der ersten und zweiten Ebene angesprochen. So lässt sich präzisieren: Gegenstand der empirischen Untersuchung waren die Auswirkungen dieser

Prozesse auf die pflegerische Praxis und die Orientierungsmuster, von denen sie geleitet wird.

Die Komplexität der Untersuchung ergibt sich einerseits aus dem Umstand, dass auf den verschiedenen Ebenen jeweils eigenständige soziale Logiken vorherrschen, gegen die und mit denen sich die Ökonomisierungsdynamiken durchsetzen müssen. Andererseits machen sich auf den jeweiligen Ebenen Konsequenzen aus der Ökonomisierung aller anderen Ebenen geltend, die aber selbst keine Ökonomisierung im Sinne einer Verselbständigung der Tauschwertbezüge implizieren müssen – so kann sich beispielsweise die Ökonomisierung auf Ebene der Krankenhausleitung auf der Ebene der pflegerischen Praxis auch in Bürokratisierung und Zeitdruck äußern. Es ist dieser Gesamtzusammenhang der Ebenen, ihrer Logiken und der zwischen ihnen bestehenden Vermittlungsverhältnisse, der die Dynamik der Ökonomisierung des Krankenhausesektors zu einem komplexen Wirken von Tendenzen und Gegentendenzen macht. Dieses beobachtbar zu machen, ist Aufgabe des heuristischen Konzepts des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert. Die Komplexität und Widersprüchlichkeit der untersuchten Konstellation hat zur Konsequenz, dass Ökonomisierung sich nicht einfach anhand einzelner Indikatoren diagnostizieren und dingfest machen lässt. Vielmehr bedarf es einer Deutung des dynamischen Gesamtzusammenhangs.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert: Wie tritt die Ökonomisierung der Krankenhäuser im Arbeitsalltag der Pflegekräfte in Erscheinung? Dabei ist zunächst zu differenzieren zwischen den Auswirkungen der Ökonomisierung des pflegerischen Arbeitskontextes, die in der Verselbständigung von Tauschwertorientierungen auf der Ebene der Organisation und der institutionellen Arrangements besteht (7.1), und Prozessen der Ökonomisierung des pflegerischen Handelns im Sinne einer Übernahme tauschwert-ökonomischer Orientierungen durch die Pflegekräfte selbst (7.2). Anschließend können dann die Widersprüche diskutiert werden, die zwischen ökonomischen und pflegerischen Orientierungen bestehen (7.3). Zum Schluss wird die Diskussion dann um eine weitere Dimension ergänzt: Als Reaktion auf die gegenwärtige Konstellation zeichnen sich Elemente eines Lohnarbeitsbewusstseins ab, das sich als Mechanismus der Gegen-Ökonomisierung interpretieren lässt (7.4).

7.1 PFLEGE IN EINEM ÖKONOMISIERTEN ARBEITSKONTEXT

Inwiefern lassen sich die oben dargestellten Problemkomplexe (vgl. 6.1) als Ausdruck von Ökonomisierungstendenzen im Arbeitsalltag des Pflegepersonals interpretieren? Es ist der Komplex aus Personalknappheit, zunehmender Arbeitsbelastung und daraus resultierendem Zeitdruck, der sich als zentraler Transmissionsriemen der Ökonomisierung beschreiben lässt (vgl. auch Crojethovic et al. 2014: 128) und sich zugleich negativ auf nahezu alle weiteren Problemkreise auswirkt. Zwar ist nicht davon auszugehen, dass er *allein* durch die Ökonomisierung in Form von Kostendämpfungsmaßnahmen und neuem Finanzierungs- bzw. Abrechnungsmechanismus bedingt ist – wie in Kapitel 4.2.3 angesprochen, ist die hohe Arbeitsbelastung auch auf

die Intensivierung des Leistungsgeschehens durch den medizinischen Fortschritt und den demographischen Wandel zurückzuführen, durch den sich der durchschnittliche Pflegebedarf der stationär aufgenommenen Patient*innen erhöht. Dies wird auch von den Pflegekräften selbst wahrgenommen und thematisiert (Stichwort: „geriatrische Intensivstation“; P1). Dennoch konnte ebenfalls in Kapitel 4.2.3 gezeigt werden, dass der Kostensenkungsdruck, der insbesondere seit den 1990er Jahren auf den Krankenhäusern lastet, zu einer sinkenden pflegerischen Personalausstattung bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen geführt hat. Die scherenförmige Entwicklung dieser Größen ist auch durch die Maßnahmen zur Pflegeförderung, die seit 2009 umgesetzt wurden, nicht kompensiert worden. Dies verweist darauf, dass die Ökonomisierung des institutionellen Arrangements, die sich auf Ebene der Krankenhausleitung als Kostensenkungsdruck manifestiert, einen starken Einflussfaktor in diesem Problemkomplex von Personalmangel, Arbeitsbelastung und Zeitdruck darstellt.¹

Innerhalb dieses Komplexes wirkt insbesondere der Personalmangel als problemverursachender Faktor, denn der höhere Pflegebedarf der Patient*innen ist aus einer pflegerischen Orientierung heraus an sich kein Problem, schließlich liegt in der Pflege von Patient*innen die Kernaufgabe der Pflegekräfte, so dass im Horizont der pflegerischen Orientierung ein*e stark pflegebedürftige*r Patient*in als eine Herausforderung im positiven Sinne erscheint und nicht als Problem. Zu einem solchen wird der Pflegeaufwand erst aufgrund der unzureichenden personellen und zeitlichen Ressourcen, also der organisationalen Arbeitsbedingungen.

Es lässt sich somit als Ergebnis festhalten, dass die Ökonomisierung der Krankenhäuser im Alltag des Pflegepersonals vor allem in einer Form in Erscheinung tritt, die gar nichts damit zu tun hat, dass die Ziele oder Handlungsorientierungen der Akteur*innen korrumpiert werden – wie das Verkehrsmodell der Ökonomisierung impliziert – oder bei ihnen ein Kostenbewusstsein als Soll- bzw. Muss-Erwartung etabliert wird – wie im Stufenmodell von Schimank/Volkman (2008) vorgesehen. Sie macht sich vielmehr in friktionsgeladenen Arbeitsbedingungen der Pflege geltend, die als objektiv gegeben erfahren werden, in deren Rahmen aber keine Hinwendung der pflegerischen Akteur*innen zu genuin ökonomischen Handlungsorientierungen oder -entwürfen notwendig ist. Vielmehr werden (weiterhin) genuin pflegerische Orientierungen verfolgt – auch wenn hierbei eine Reihe von Abstrichen gemacht werden muss.

Dass die ökonomisierungsbedingte Arbeitsverdichtung ein zentraler Beweggrund für die Personalfluktuations (vgl. 6.1.1.2) im Sinne eines Berufsausstiegs ist, wurde

1 Weitere Ursachen für eine zunehmende Arbeitsbelastung sind im Professionalisierungsprozess und im Qualitätsmanagement zu sehen. Außerdem ist zumindest im wissenschaftlichen Diskurs bisher noch offen, in welchem Ausmaß wirtschaftliche Motive für die Fallzahlsteigerung bzw. Mengenausweitung verantwortlich sind; da es sich bei Motiven um Zuschreibungen handelt, wird sich diese Frage allerdings auch kaum ‚objektiv‘ beantworten lassen. Klar ist aber, dass es systematisch angelegte ökonomische Anreize zur Fallzahlsteigerung gibt und entsprechende Erwartungen seitens des Managements immer wieder kommuniziert werden. Ähnliches gilt für die Frage, was die Ursachen der Verkürzung der Verweildauer sind, die bekanntlich bereits in den Jahren vor der Einführung der DRGs kontinuierlich abgenommen hat und ebenfalls einen Faktor für die erhöhte Arbeitsbelastung darstellt.

bereits durch mehrere Studien nachgewiesen. In den Ergebnissen der NEXT-Studie, die sich allerdings nicht nur auf Krankenhäuser, sondern auch auf andere Pflegeeinrichtungen bezieht, rangiert die Arbeitsbelastung kurz vor privaten Gründen als am häufigsten genanntes Motiv für das Verlassen einer Einrichtung (vgl. Borchart et al. 2011). Diese Personalfluktuation führt zu Neueinstellungen und durch die notwendige Einarbeitung neuer Teammitglieder wiederum zu einer erhöhten Arbeitsbelastung der verbliebenen Pflegekräfte. In Bezug auf diesen Problembereich lässt sich daher feststellen, dass er durch die Prozesse der Ökonomisierung der Krankenhäuser mit erzeugt bzw. verstärkt wird.

Inwiefern Unterbrechungen (6.1.1.3) durch ökonomisierte Arbeitsbedingungen hervorgerufen werden, ist auf der Grundlage des Datenmaterials schwer einzuschätzen. Es gibt jedoch Grund zur Annahme, dass der ökonomisierungsbedingten Arbeitsverdichtung auch diesbezüglich eine problemverstärkende Wirkung zu attestieren ist, denn Unterbrechungen erscheinen als solche immer im Gegensatz zu geplanten Tätigkeiten. Die Arbeitsverdichtung und insbesondere die im Vergleich zu anderen Ländern hohe Zahl von zu betreuenden Patient*innen pro Pflegekraft (vgl. Aiken et al. 2010: 148) dürfte dazu führen, dass die Pflegenden geplante Tätigkeiten häufiger unterbrechen müssen. Nimmt man zudem mit Iseringhausen/Staender (2012: 189) an, dass die Ökonomisierung innerhalb der Organisation Krankenhaus zu einer Aufwertung der Bereiche mit „Zentraltechnologien“ führt, die wiederum mit sich bringt, dass sich die bettenführenden Stationen ihren Abläufen zunehmend anpassen müssen, ist ein Teil der Unterbrechungen daraus zu erklären, dass die Macht oder Fähigkeit der Pflegekräfte abnimmt, sich diesen organisationalen Anforderungen zu entziehen oder zu widersetzen.

Darüber hinaus wird die Zunahme von patient*innenfernen Aufgaben (vgl. Offermanns/Bergmann 2010), insbesondere der Dokumentation, von den Pflegenden als Problem betrachtet. Auch in diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass Ökonomisierungsprozesse nur einer unter mehreren Einflussfaktoren sind, die dieses Problem erzeugen oder verstärken. Es ist jedoch evident, dass das neue Abrechnungsregime den Dokumentationsaufwand – zu dem aus Sicht der Pflegekräfte auch die Aufmerksamkeitsspanne zählt, die es im Alltag braucht, um abrechnungsrelevante Ereignisse zu erkennen – erhöht.

Innerhalb der Interaktionsverhältnisse (vgl. 6.1.2) machen sich Ökonomisierungsprozesse darin geltend, dass die Pflegekräfte sich seitens bedeutsamer Anderer mit Erwartungen konfrontiert sehen, die mit den Erwartungserwartungen konfliktieren, die die Pflegekräfte glauben diesen Akteur*innen gegenüber legitimerweise hegen zu dürfen. Das betrifft insbesondere das Verhältnis zu den Vorgesetzten und der Krankenhausleitung, denn sie sind es, die als primär ökonomisch orientierte Akteur*innen wahrgenommen werden und in Bezug auf die pflegerischen Arbeitsbedingungen Entscheidungsmacht besitzen. Zugleich hätten sie aber ‚keine Ahnung‘ davon, wie es heutzutage ist, am Bett zu arbeiten. Dem Idealtypus einer professionellen Organisation entsprechend, erwarten die Pflegekräfte vom Leitungspersonal, die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass eine gute Pflege möglich ist – sie werden jedoch stets aufs Neue enttäuscht, was eine entsprechende Kritik an den Vorgesetzten motiviert.

Eine solche vom Standpunkt des konkreten Arbeits- und Kooperationsprozesses aus formulierte Kritik an der Leitungsebene ist allerdings keineswegs spezifisch für

die pflegerische Arbeit im Krankenhaus. Kratzer et al. (2015) konnten sie auch in klassisch kapitalistischen Arbeitsorganisationen feststellen – sie betonen, „dass sich die Beschäftigten ganz überwiegend als Vertreter, ‚Hüter‘ und ‚Anwälte‘ technisch-funktionaler Rationalitätsansprüche betrachten, die Entscheidungshierarchie und das Management hingegen oft als Problem für ihre Realisierung und Adressaten entsprechender Kritik.“ (Ebd.: 109)² Mit der technisch-funktionalen Rationalität ist dabei die Dimension des Produktionsprozesses als Arbeits- im Unterschied zum Verwertungsprozess angesprochen, also die Gebrauchswertdimension:

„Unter Berufung auf technisch-funktionale Rationalitätskriterien geraten bei den Befragten häufig dezidiert ökonomisch legitimierte Maßnahmen und Strukturen in die Kritik. Ökonomische Entscheidungskriterien (häufig genannt: ‚Kopfzahl‘-Vorgaben für die Personalbesetzung oder Umsatzziele, Ergebnisbudgets) abstrahieren in ihrer Sicht vielfach allzu sehr von konkreten Arbeits-, Kooperations- und Kompetenzerfordernissen, was ‚vor Ort‘ vielfältige Probleme aufwerfen kann.“ (Ebd.: 111f.)

Der Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert erscheint hier also aus Sicht der Beschäftigten als Konflikt zwischen gebrauchswertbezogenen – in unserem Fall: auf die (medizinisch dominierte) Versorgung von Patient*innen bezogenen – Rationalitätsansprüchen und der tauschwert-ökonomischen Rationalität des Managements, die sich häufig in der Orientierung an ‚Zahlen‘ (z.B. ‚Köpfe‘ auf Station) und der Oktroyierung von Kennzahlen (40 PKMS-Fälle im Jahr) äußert.

In der Interaktion der Pflege mit anderen Akteur*innen des Feldes treten derartig strukturierte Konflikte nicht auf. Interessant ist dieser Befund vor allem bezüglich der Kodierfachkräfte, in deren Gestalt das Problem der Refinanzierung direkt auf die Stationen getragen wird. Auf das besondere Verhältnis zu diesen neuen Figuren im Spiel wird im nächsten Abschnitt noch näher eingegangen (vgl. 7.2.3). Hier nur so viel: Die Kodierkräfte erscheinen auch nur als Beschäftigte, die Vorgaben ‚von oben‘ nachkommen und keine Entscheidungsmacht über die konkreten Arbeitsbedingungen und die Arbeitsgestaltung der Pflege haben (wo sie sich eine solche Entscheidungsmacht anmaßen, kommt es zu Konflikten). Zudem wird ihre Abrechnungs- und damit Tauschwertorientierung angesichts des ökonomischen Umweltdrucks als ebenso legitim wie entlastend erachtet.³

Da in den Interviews weder die Ärzt*innen noch die anderen Pflegekräfte im Team als ökonomisch orientierte Akteur*innen adressiert wurden,⁴ ist an dieser Stel-

-
- 2 Gegenstand der Studie waren Arbeitsorganisationen innerhalb verschiedener Sektoren und Branchen: des kommunalen öffentlichen Dienstes, der wissensintensiven unternehmensbezogenen Dienstleistungen, des Kreditgewerbes, des Einzelhandels, der Bau- und Elektroindustrie, des Maschinenbaus, der Chemischen Industrie, der Automobil- und Automobilzuliefererindustrie sowie der Industriedienstleistungen.
 - 3 Hinzukommen mag im Einzelfall auch das Wissen, dass es sich bei den Kodierkräften um ehemalige Pflegekräfte handelt. Dieser Entscheidung, ins Controlling zu wechseln, wird von den verbliebenen Pflegekräften durchaus Verständnis entgegengebracht.
 - 4 Nur bezüglich der Thematisierung der Anordnungen zur Atemtherapie durch Herrn Schimmeck ist diese Aussage zu relativieren, wobei auch hier nicht explizit die Ärzt*innen als diejenigen benannt werden, die die abrechnungsrelevante Therapie anordnen – die An-

le abschließend nur noch das Verhältnis zu den Ansprüchen der Patient*innen und ihrer Angehörigen hervorzuheben, das ebenfalls einem gewissen Ökonomisierungsdruck ausgesetzt zu sein scheint. Mehrfach wurden die Ansprüche der Patient*innen und Angehörigen von den Interviewten nicht nur als übertrieben, sondern als fehl am Platze kritisiert: Ein Krankenhaus sei kein Hotel mit „Rundumversorgung“ (P2), in dem die Pflege- als Servicekräfte dem Gast dienen; die Patient*innen hätten nicht „ein Mal Übernachtung mit Frühstück“ (P8) gebucht. Implizit wird damit das Auftreten von Patient*innen als Kunden, deren Wünschen stets nachzukommen sei, zurückgewiesen.⁵ Anders als im Hotel, in dem potenziell jedes Kundenbedürfnis als legitim gilt, gelten den Pflegekräften nur spezifische Patient*innenbedürfnisse als angemessen – ihr Arbeitsauftrag bezieht sich auf die Patient*innen *als* Patient*innen, d.h. auf Personen, die möglichst schnell wieder entlassen werden und ihren Patient*innenstatus überwinden wollen. Daraufhin ist die Behandlungstrajektorie zu überblicken und das Verhalten der Patient*innen zu steuern. Kriterium der Legitimität, der Richtigkeit und Angemessenheit der Bedürfnisse ist die Zweckbestimmung des Krankenhauses im Allgemeinen und des pflegerischen Handelns im Besonderen. Eine gute Arbeitsleistung orientiert sich nicht an den spontanen Bedürfnissen der Patient*innen und ihrer situativen Zufriedenheit, sondern am Gesundheitsprozess und an erlernten Pflegekonzepten. Dabei steht insbesondere die Ausrichtung der Pflege auf die Förderung der Autonomie der Patient*innen mit der Konzeption von Patient*innen als Kunden oder Hotelgästen in Konflikt.⁶ Jedenfalls sehen die Pflegekräfte sich auch von Seiten der Patient*innen mit ökonomisierten Ansprüchen konfrontiert, die im Horizont ihrer pflegerischen Orientierung abgewehrt werden müssen und entsprechendes Konfliktpotenzial bergen.

Mit Blick auf die Forschungsfrage lässt sich somit resümieren: Ökonomisierungsprozesse werden sowohl in Bezug auf die Arbeitsbedingungen als auch in Bezug auf die Arbeitsinhalte (Zunahme patient*innenferner Aufgaben) und die Interaktion mit Vorgesetzten, Patient*innen und Angehörigen als problem erzeugende und -verstärkende Dynamiken wirksam. So werden die fachlichen Ansprüche der Pflegekräfte an ihre eigene Arbeit nicht nur zwischen Personalknappheit und steigendem Arbeitsaufwand zerrieben, sondern geraten zum einen seitens der Vorgesetzten unter Druck, zum anderen aber auch durch Patient*innen, die aus der Sicht der Pflege verfehlte, sie degradierende Erwartungen stellen. In beide Richtungen müssen Abwehrkräfte mobilisiert werden. Dass die ökonomisierungsbedingten Problemlagen als Probleme wahrgenommen werden, resultiert dabei allerdings daraus, dass genuin

ordnungen werden von Herrn Schimmeck vielmehr als Konsequenzen des DRG-Systems verhandelt.

- 5 Damit wird eine (verselbständigte) tauschwertbezogene Erwartungshaltung zurückgewiesen, denn die Rolle des Kunden ist die des Käufers, die üblicherweise nur innerhalb wert- oder geldvermittelter Marktbeziehungen existiert, sich von diesem Kontext aber gelöst und in die Konzeption des*der Patient*in als Kunden Eingang gefunden hat.
- 6 Zugespitzt lässt sich dieses tendenziell paternalistische Verhältnis mit den Erziehungsverhältnissen in Kindertagesstätten vergleichen – auch dort „sind die Prinzipien guter Erziehung und richtiger Bildung normativer Maßstab, und nicht, spontan das zu tun, was das Kind gerne hätte“ (Kratzer et al. 2015: 74).

pflegerische Orientierungen handlungsleitend bleiben, ansonsten würden sie nicht oder in anderer Form als Probleme in Erscheinung treten.

Bei den Pflegekräften weckt diese Konstellation, was für den weiteren Zusammenhang wesentlich ist, das Interesse, dass sich die Personalsituation auf ihrer Station und in ihrem Team verbessert oder zumindest nicht weiter verschlechtert. Unter den gegenwärtigen organisationalen Bedingung impliziert dies auch ein Interesse an der ökonomischen Lage der Station. Je größer der ökonomische Druck auf die Personalausstattung ist, desto stärker ist dieses Interesse ausgeprägt (s.u.). Der ökonomisierte Arbeitskontext wirkt sich vermittelt über dieses Interesse – das sich allerdings weiterhin aus der feldspezifischen *illusio*, aus dem Glauben an den Wert einer ‚guten‘ und bedarfsgerechten Patient*innenversorgung, speist – auf die Handlungsorientierung der Pflegekräfte aus.

7.2 TENDENZEN ZUR ÖKONOMISIERUNG DER PFLEGE

Inwiefern übernehmen die Pflegekräfte nun aber selbst Tauschwertorientierungen? Dem explorativen Charakter der qualitativen Studie entsprechend, können an dieser Stelle lediglich aus dem Material extrapolierte Thesen darüber präsentiert werden, über welche Ansatzpunkte und Mechanismen die Ökonomisierung in der pflegerischen Arbeit überhaupt wirksam wird. Keineswegs wird damit beansprucht, einschätzen zu können, wie stark und breitflächig diese Ökonomisierungstendenzen wirken. Hierzu wäre vielmehr eine Reihe weiterer Untersuchungen anzustellen. Die empirische Arbeit war darauf ausgerichtet, erstens den Nutzen des heuristischen Konzepts des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert für die Ökonomisierungsforschung aufzuzeigen und zweitens Thesen zu generieren, die weitere Forschungsprozesse anleiten können.

Eine zentrale These, die sich als Ergebnis aus der Studie ergibt, soll hier bereits vorweggenommen werden, damit die Einzelbefunde in ihrem Licht erhellen und *vice versa*. Ganz im Sinne der theoretisch formulierten These, dass Ökonomisierung in der Verselbständigung des Tauschwert- gegenüber dem Gebrauchswertbezug des Feldes besteht, lassen sich die Ergebnisse dahingehend zusammenführen, dass die ökonomische Existenzsicherung ihres Krankenhauses für die Pflegekräfte zu einem neuen sinnvollen Gesamtprojekt avanciert, das sich neben dem gebrauchswertorientierten Gesamtprojekt der Krankenversorgung als Parallelagenda etabliert hat.

Das Konzept des ‚sinnvollen Gesamtprojekts‘ wurde von Wolfgang Menz (2009) in seiner arbeitssoziologischen Studie zur Legitimität des Marktregimes in kapitalistischen Organisationen auf der Grundlage empirischer Befunde entwickelt. Bezüglich des Leistungsverständnisses der von ihm befragten Beschäftigten hält Menz fest: „Die Beschäftigten möchten als nützliche Akteure in ein gelungenes Gesamtunternehmen eingebunden sein und ernst genommen werden. Ihre Leistungsverausgabung soll einem nachvollziehbaren Zweck dienen, sie soll ein brauchbarer Beitrag zu einem kollektiven Ergebniszusammenhang sein.“ (Ebd.: 323) Überträgt man diesen Befund auf die Beschäftigten im Krankenhaus, kann davon ausgegangen werden, dass die kooperative Patient*innenversorgung als ein solcher kollektiver Ergebniszusammenhang fungiert, der einen klaren Gebrauchswertbezug (Nutzen für den*die Patient*in sowie das Gemeinwohl) aufweist. Doch die Beitragsorientierungen der Be-

schäftigten können sich unter den gegenwärtigen Bedingungen auch auf andere sinnstiftende Zusammenhänge beziehen: „Als ein solches sinnvolles Gesamtprojekt kann durchaus gelten, kollektiv den schwierigen Marktbedingungen zu begegnen.“ (Ebd.: 323) Auch dieser Befund lässt sich in abgewandelter Form auf das Feld der stationären Krankenversorgung übertragen. Zwar operieren die Krankenhäuser keineswegs unter genuin kapitalistischen Marktbedingungen, sondern auf einem staatlich-administrativ institutionalisierten ‚Quasi-Markt‘ (vgl. Bode/Vogd 2016: 4f.), aus Sicht der Organisation und der Beschäftigten geht es jedoch unter den ökonomisierten Umweltbedingungen neben dem sinnvollen Gesamtprojekt der Patient*innenversorgung zunehmend auch darum, an der ökonomischen Existenzsicherung des Hauses mitzuarbeiten. Darüber, was das konkret bedeutet, herrschen unterschiedliche Einschätzungen, dennoch lässt sich für den hier behandelten Forschungsbereich des Pflegedienstes aufzeigen, dass die ökonomische Existenzsicherung zu einem (tauschwertbezogenen) Gesamtprojekt geworden ist, das Tätigkeiten einen Sinn verleiht, die innerhalb einer gebrauchswertbezogenen, pflegerischen Orientierung als sinnlos erscheinen. In Erweiterung der feldtheoretischen Perspektive Bourdieus lässt sich also festhalten: Es findet nicht nur ein Kampf innerhalb des pflegerischen oder innerhalb des ökonomischen Spiels statt, die Organisation Krankenhaus bietet mit ihren Abteilungen und Stationen vielmehr Arenen, in denen auch darum gekämpft wird, welches Spiel es Wert ist, (von wem) gespielt zu werden.

7.2.1 Ökonomisierung des Betriebswissens

Wenn in den Interviews danach gefragt wurde, wie der ökonomische Druck an die Pflegekräfte weitergegeben wird, berichteten diese häufig von Informationsmaßnahmen durch die Krankenhausleitung, die darauf zielen, den Mitarbeiter*innen Wissen über die betriebswirtschaftliche *performance* ihrer Abteilung zu vermitteln. Das geschieht im Rahmen unterschiedlicher außeralltäglicher Situationen: bei Betriebs- oder Abteilungsversammlungen, bei Teambesprechungen, in Mitarbeiter*innengesprächen oder durch Rundschreiben (vgl. 6.2.2). Durch derartige Maßnahmen erfahren die Pflegekräfte beispielsweise, wie viele ihrer Stellen durch die Arbeit der eigenen Station selbst finanziell gedeckt sind, ob sie andere Stationen mitfinanzieren oder von anderen mitfinanziert werden. So weiß etwa Herr Niedhoff in seiner Funktion als fachliche Leitung der chirurgischen Station und PKMS-Beauftragter genau, wie viele Stellen über die PKMS-Einnahmen finanziert sind und nutzt dieses Wissen auch, um den Mitarbeiter*innen gegenüber den hohen Dokumentationsaufwand zu rechtfertigen, über den diese sich beschwerten. Und auch Herr Schimmeck kann sich noch recht genau an die Zahlen der Vollkräfte erinnern, die durch die „Einnahmen“ seiner Station nicht gedeckt sind, obwohl seit der Betriebsversammlung, auf der diese Zahlen publik gemacht wurden, zum Zeitpunkt des Interviews bereits ein Jahr verstrichen war. Begleitet werden diese Informationsmaßnahmen meist auch mit dem Hinweis, dass gespart und bei schlechten bzw. schlecht bleibenden Zahlen Personal abgezogen werden muss.

Ein Mechanismus, über den Tauschwertbezüge für die Pflegekräfte relevant werden, ist also die Ökonomisierung des Betriebswissens: Die Pflegekräfte werden mit betriebswirtschaftlichem Wissen ausgestattet, das ihnen vor Augen führt, inwiefern die Abteilung, in der sie arbeiten, für die Gesamtorganisation einen ökonomischen

Beitrag leistet oder Verluste verursacht. So wird ebenfalls kommuniziert, wie wahrscheinlich es ist, dass Stellenkürzungen vorgenommen werden oder – mit derselben Konsequenz – frei werdende Stellen vorübergehend unbesetzt bleiben. Das *Interesse* an der Vermeidung weiterer Personalkürzungen wird so durch ein *Wissen* flankiert, das eine Einschätzung darüber erlaubt, wie dringlich es ist, im Arbeitsalltag auch die ökonomische *performance* der Station im Blick zu behalten – so spezifiziert sich der ansonsten diffus bleibende ökonomische Druck in konkreten, betriebswirtschaftlichen Zahlen.

Dieses Wissen und diese Zahlen müssen freilich produziert werden. Die Differenziertheit, in der dies heutzutage geschieht, ist Resultat des Ausbaus des innerbetrieblichen Rechnungswesens, der durch das institutionelle Re-Arrangement vor allem seit den 1990er Jahren einen Schub erhielt (vgl. 4.2.2.2) und seit der Einführung des ‚Transparenz‘ erzeugenden Fallpauschalensystems ein bisher unbekanntes Maß der betriebswirtschaftlichen Durchleuchtung, der Berechen- und Vergleichbarkeit erreicht hat. Es scheint somit für die weitere die Forschung von Interesse zu erkunden, wie in der Praxis mit den durch das Controlling produzierten Zahlen umgegangen wird, worin ihre Produktions- und Interpretationsbedingungen liegen, worin ihre Funktionsweise und ihre Wirkungen bestehen.⁷ Die Vermutung scheint gerechtfertigt, dass eine Asymmetrie in den Übersetzungsverhältnissen (vgl. Renn 2006: 455ff.) zwischen Geschäftsführung (ökonomisch-administrativer Sinnhorizont) und betrieblichem Kern (ärztlicher und pflegerischer Sinnhorizont) besteht: Der positive Sinnhorizont der Geschäftsführung, also die wirtschaftlichen Ergebnisse und Zielsetzungen, werden an die Stationen und ihre Funktionsträger weitergetragen, deren Beschäftigte sich entsprechend zu einer ‚Horizontübernahme‘ gedrängt sehen, während umgekehrt der positive Sinnhorizont des betrieblichen Kerns kaum ‚nach oben‘ durchdringt. In diesem Sinne lassen Braun et al. (2010: 84f.) einen Oberarzt der inneren Medizin zu Wort kommen: Seitens der Verwaltung werde von den Ärzten immer erwartet, wirtschaftliche Gesichtspunkte in der Arbeit zu berücksichtigen, „während umgekehrt niemand von der Verwaltung verlangt, dass die auch mal medizinische Probleme versteht oder sieht. Das ist immer so ein Ungleichgewicht.“ Es zeigt sich hier *in concreto*, was Joachim Renn in gesellschaftstheoretischer Perspektive formuliert hat: „Die für die Moderne auffälligste Form der asymmetrischen Übersetzung ist [...] der Druck zur Assimilation an die abstrakten Typisierungen von Handlungen und Sequenzen“, in dem sich „Herrschaft, Rechtszwang und ökonomischer Druck“ als „Restriktionen der Autonomie von Personen und Milieus“ geltend machen (vgl. Renn 2006: 459).⁸

7 Ansätze hierzu finden sich bei Feißt/Molzberger (2016), die allerdings ihren Fokus auf die Bedeutung von Zahlen im Krankenhausmanagement legen. Auf die Bedeutung des Rechnungswesens für die Konstruktion organisationaler Realität haben allgemein bereits Ortman/Sydow/Windeler (1997: 348ff.) hingewiesen (vgl. auch Vollmer 2004).

8 Zur Asymmetrie in der Übersetzung, die durch Zahlen erzeugt wird, vgl. auch Feißt/Molzberger (2016: 136).

7.2.2 Ökonomisierung der Umwelt- und der Selbstinterpretation

„[D]ie Strategien der Akteure sind [nicht nur] abhängig von ihrer Position im Feld“, sondern auch „von ihrer Wahrnehmung des Feldes, das heißt von ihrer Sicht auf das Feld als der Sicht, die sie von einem bestimmten Punkt im Feld aus haben.“

(Bourdieu/Wacquant 1996: 132)

An mehreren der oben interpretierten Passagen wurde deutlich, dass die Pflegekräfte dazu tendieren, all jene Akteur*innen, die in Bezug auf ihre Arbeitsbedingungen und -gestaltung Entscheidungsmacht besitzen, als primär ökonomisch orientierte wahrzunehmen. Das betrifft insbesondere die Pflegedienstleitungen und die Geschäftsführung, sofern von den Interviewten erwähnt aber auch die Träger, die Krankenkassen und die staatlichen Akteure der Krankenhauspolitik. All diese Akteure werden nicht etwa als ‚Mitspieler‘ konstruiert, denen es, wie der Pflege selbst, um eine gute Patient*innenversorgung zu tun ist. So würden sich diese Umweltakteure, zieht man entsprechende empirische Befunde oder gesundheitspolitische Dokumente zu Rate, zwar vermutlich selbst sehen. Aber aus Sicht der Pflege handelt es sich um ‚Gegenspieler‘. Zu solchen werden sie dadurch, dass sie in derselben Arena ein anderes Spiel spielen. Es gibt also nicht nur eine faktische Restrukturierung der Umwelt der Stationen, die sich aus der Außenansicht sozialwissenschaftlicher Beobachtung feststellen lässt, sondern die Pflegekräfte nehmen diese Restrukturierung der für sie relevanten Umwelt auch selbst in spezifischer Weise wahr und in ihre *Situationsdefinition* mit auf: Sie nehmen wahr, dass sie in der Umwelt primär als Kostenfaktor wahrgenommen werden.

Damit gehen sie teils aber auch dazu über, sich selbst als einen ökonomischen Faktor zu interpretieren. So meint etwa Frau Henkel, seit über zehn Jahren Pflegekraft auf einer onkologischen Station: „im Prinzip ist die Onkologie ja eh keine Sparte, mit der man Geld verdienen kann.“ (P3) Im Zusammenhang mit den bisher beschriebenen Aspekten der Ökonomisierung des Arbeitskontextes und des Betriebswissens zeichnet sich ein engmaschig gestricktes ökonomisches Dispositiv aus Gesundheitspolitik, Abrechnungsregime und (diskursiv wie durch Stellenkürzungen vermitteltem) ökonomischem Druck ab, das teilweise in die Selbstinterpretation der Pflegekräfte eingedrungen ist. Davon zeugt auch die in der Einleitung bereits eingestreute Erzählung von Herrn Schimmeck:

„Ich bin mal von ’ner Kollegin aus dem OP-Bereich angebrüllt worden, weil wir halt notfallmäßig ’nen Patienten rübergebracht haben, ne. Und ich hab halt nicht alle Unterlagen dabei gehabt und das hat für sie noch ’nen zusätzlichen Weg bedeutet, das nochmal zu holen. Und da hat sie mich angebrüllt und gesagt: ‚Wir schaffen die Kohle ran!‘, ne.“ (P1)

Der Einwurf „Wir schaffen die Kohle ran!“ wirkt vor dem Hintergrund kulturell eingespielter Erwartungshaltungen zunächst völlig deplatziert, denn in einer Notfallsituation steht aufgrund des Körperzustands der Patient*innen üblicherweise der medizinische Sinnhorizont im Fokus. Dass dem Einwurf der Kollegin innerhalb der berichteten Situation nur schwerlich ein „praktischer Sinn“ (Bourdieu) abzugewinnen ist,

war wohl auch der Grund für Herrn Schimmeck, diese Szene zu erzählen. Viel muss passiert sein, damit für die ‚Kollegin‘ diese Aussage im gegebenen Kontext Sinn macht, damit also im Kontext einer Notfallsituation das Wissen über die ökonomische *performance* der verschiedenen Abteilungen mobilisiert wird.

Vermutlich handelt es sich um eine Ausnahmesituation und zudem lediglich um eine Erzählung aus zweiter Hand, dennoch scheint es nicht übertrieben anzunehmen, dass sich hier die Tendenz artikuliert, dass die Pflegekräfte beginnen, sich selbst als ökonomische Faktoren zu interpretieren,⁹ mag dies bei Herrn Schimmeck auch für Irritationen sorgen. Das ökonomische Potenzial der einzelnen Abteilungen kann zu einer Spielmarke in den mikro- und machtpolitischen Auseinandersetzungen innerhalb des Hauses werden – herauszufinden in welchem Umfang, in welchen Situationen und Konstellationen das geschieht, ist weiterer Forschung vorbehalten. Derartigen Situationen steht es jedoch auf die Stirn geschrieben, dass sie Ausdruck der Ökonomisierung der Krankenhäuser und der Pflege sind.

7.2.3 Allianzen mit den Kodierkräften

Die Stellungnahmen der Pflegekräfte zu den Kodierkräften weisen einerseits fall-spezifische Differenzen auf: Während Herr Schimmeck sie vor allem kritisch als Repräsentanten einer ökonomischen Logik und damit als Opponenten zur fachlichen Logik thematisiert, die „vor Ort“ präsent sind, werden sie von Frau Jandric und von Frau Henkel in Form einer positiven Bewertung eingeführt, da sie im Machtspiel der Abrechnung als Spieler*innen des eigenen Teams betrachtet werden (vgl. 6.2.1.2). Der Rest der Befragten beschreibt lediglich kurz und neutral ihre Arbeitsaufgaben oder erwähnt sie erst gar nicht.¹⁰ Andererseits lässt sich, trotz dieser Differenzen, in allen Fällen (außer bei Herrn Niedhoff) die eine oder andere Art der kooperativen Allianz mit den Kodierkräften feststellen.¹¹ Die Kodierkräfte treten dabei zum einen wie die Vorgesetzten und die Geschäftsführung ebenfalls als primär ökonomisch ori-

9 Diese These wird gestützt durch die Befunde von Becker et al. (2017). In ihrer Längsschnittuntersuchung eines klassischen Lehrbuchs der Pflegeausbildung arbeiten sie heraus, wie „das professionelle Selbstverständnis der stationären Pflege nicht nur durch einen deutlichen Professionalisierungsschub geprägt [wird], sondern auch das ‚Einsickern‘ ökonomischer Orientierungen [...] seine Spuren“ hinterlassen hat (ebd.: 520). Ein ökonomisiertes Selbstverständnis wird somit bereits in der berufsspezifischen Sozialisation vorbereitet.

10 Das ist bei Herrn Niedhoff der Fall, was sich dahingehend interpretieren lässt, dass in der von Herrn Niedhoff vorgenommenen Rahmung des Abrechnungsregimes als Anerkennungsmechanismus die Kodierkräfte nur eine ‚technische‘ Rolle spielen, keine normative; sie übersetzen lediglich das, was die Pflege getan und dokumentiert hat, in Zahlen, haben die mechanische Funktion eines Scharniers, sind jedoch nicht selbst anerkennungsrelevant.

11 Diese Allianz ist aus der Perspektive der Feldtheorie Bourdieus und seiner Kritik des Interaktionismus dadurch zu erklären, dass sich in ihr die zunehmende Bedeutung des ‚ökonomischen Kapitals‘ im Feld der Gesundheitsversorgung geltend macht, also eine Verschiebung der objektiven Beziehungen. In diesem Sinne handelt es sich um „the larger framework of power relations that expresses itself within such interaction“ (Emirbayer/Johnson 2008: 22). Aber dieses „Durchwirken“ hat seine Grenzen, die je nach Position der Pflegekraft anders gesetzt sind.

enterte Akteur*innen auf, die darüber hinaus auch regelmäßig – meist wochentags in der Frühschicht – auf Station präsent sind. Gleichzeitig ist ihre ökonomische Orientierung mit einer anderen Legitimität ausgestattet als die der Vorgesetzten oder der Geschäftsführung, denn anders als bei letzteren gehört diese Orientierung aus Sicht der Pflegenden zu ihrem ‚Job‘ – die Kodierkräfte sind dafür eingestellt worden, die (maximale) Abrechenbarkeit der Fälle zu gewährleisten, während von den Vorgesetzten erwartet wird, dass sie möglichst ‚gute‘ Arbeitsbedingungen bereitstellen. Eine ganz grundlegende Allianz mit den Kodierkräften kommt vor diesem Hintergrund schon dadurch zustande, dass der Norm der funktionierenden Arbeitsteilung gefolgt wird und die eigenen Handlungen so strukturiert werden, dass sie für andere Funktionsträger anschlussfähig sind (*articulation work*). Voraussetzung hierfür ist es, sowohl die Arbeit der anschließenden Funktionsträger als bedeutsam und legitim anzuerkennen als auch partiell ihre Perspektive zu übernehmen.¹² Dass diese Perspektivübernahme nicht nur bei den auf die Patient*innenbedürfnisse gerichteten Interaktionspartner*innen (wie Ärzt*innen, Therapeut*innen oder Sozialarbeiter*innen) stattfindet, setzt also voraus, dass die (tauschwertbezogene) Notwendigkeit der finanziellen Reproduktion des Hauses als legitimes Nebenziel des Handlungszusammenhangs ‚Krankenhaus‘ anerkannt wird. Legitimitätsressource ist hierbei wesentlich auch das (Re-)Arrangement in der Umwelt der Station und des Krankenhauses und dessen Interpretation durch die Pflegekräfte.

Derartige Allianzen mit den Kodierkräften finden sich in unterschiedlichen Ausprägungen. Zentrales Medium der Interaktion der beiden Berufsgruppen ist die Dokumentation, so dass Aussagen über Sinn und Unsinn der Tätigkeit der Kodierkräfte meist im Zusammenhang mit diesem Thema (siehe ausführlicher 7.2.4) zu finden sind. Während Herr Schimmeck den Empfehlungen der Kodierkräfte, wie zu dokumentieren sei, nur partiell zugestimmt, sinnvoll zu sein, übernehmen Frau Jandric und ihre Kollegin, Frau Henkel, von einer anderen Station desselben Hauses recht offensiv die Perspektive der maximalen Abrechnung. Beide führten das Thema der Kodierkräfte auch von sich aus ein, als es um das Oberthema der Kontrollen durch die Krankenkassen ging. Bei Herrn Becker und Frau Yildiz findet sich demgegenüber eine Minimalform der an der Arbeitsteilung orientierten Perspektivübernahme, der Verweis auf den ökonomischen Umweltdruck fehlt in den entsprechenden Passagen. Aus ihrer Sicht machen die Kodierkräfte schlicht ‚ihren Kram‘ und manchmal kommen sie und wollen, dass man etwas nachdokumentiert. Einzig der im Kontrast auffallende Umstand, dass hier kein Konflikt artikuliert wird, wie etwa von Herrn Schimmeck, lässt die Interpretation plausibel erscheinen, hier eine Minimalform der Allianz zu vermuten. Herr Ortlieb und Frau Söllner monieren demgegenüber, dass die Kodierkräfte in der Regel lediglich mit den Ärzten zu tun haben, sie selbst jedoch

12 So interpretiert auch Allen ihre Beobachtungen über den Umgang von Pflegekräften mit den „trajectory narratives“, die sie von Patient*innen entwickeln: „Nurses select out and elaborate on those elements relevant to the work purposes of different contributors. [...] Knowing what version of a story to tell for different purposes involves the ability to recognise and appreciate others’ work purposes and their distinctive ways of understanding the same situation so that the relevant information is prioritised. [...] Perspektiv-taking requires sensitivity to a wider division of labour, the role of others in the activity system and their knowledge requirements.“ (Allen 2015: 40)

kaum ins ökonomische Spiel eingebunden werden. Sie stehen also im Prinzip auf dem Sprung, die Perspektive der Kodierkraft zu übernehmen, werden von diesen jedoch nicht mit dem Wissen ausgestattet, das dazu nötig wäre.

Die Allianz wird jedoch teilweise situativ aufgekündigt, wenn es zu Konflikten zwischen den von den Kodierkräften kommunizierten Erwartungen und der pflegerischen Orientierung kommt. Derartige Konflikte werden allerdings nur von Herrn Schimmeck thematisiert, der auch am engagiertesten von ‚Übergriffen‘ der Abrechnungslogik der Kodierkräfte auf die Sachlogik der Patient*innenversorgung berichtet. Das kann in zweierlei Richtungen interpretiert werden: erstens als Indiz dafür, dass die Kodierkräfte sich in der Regel davor hüten, den Pflegekräften vorzuschreiben, wie sie ihre Arbeit zu machen haben, und sich insofern eher zurückhaltend verhalten und nur eine (Nach)Dokumentation einfordern, die mit den pflegerischen Ansprüchen nicht in Konflikt gerät; oder zweitens als Indiz dafür, dass eine mit Selbstbewusstsein hinterlegte fachlich-professionelle Orientierung, aus der heraus Kritik an Übergriffen der Controlling-Abteilung Sinn ergibt (und möglich wird), in der Praxis doch weniger Wirkmächtigkeit entfaltet als die Interviews suggerieren – getreu dem Diktum von Frau Henkel: „Renitenz und Pflegepersonal, das passt nicht gut zusammen.“ (P3: 739f.) Dass fünf der acht interviewten Pflegekräfte die Kodierkräfte noch nicht einmal von sich aus angesprochen und auf Nachfrage nur sehr knapp abgehandelt haben, macht die erste Interpretationsrichtung plausibel, sodass die Problematik, den Kodierkräften gegenüber Renitenz zeigen zu müssen, sich in der Praxis nur einzeln zu stellen scheint. Dass es sich bei den Kodierkräften häufig um ehemalige Pflegekräfte handelt,¹³ dürfte dabei auch zur Minderung des Konfliktpotenzials beitragen.

Bezüglich der Frage, ob es sich bei den Allianzen mit den Kodierkräften um Ökonomisierungsprozesse handelt, ist allerdings Vorsicht geboten. Zwar speist sich die Anerkennung der Bedeutung und Legitimität der Kodierkräfte durch die Pflegekräfte aus der Einsicht in die Notwendigkeit der finanziellen Reproduktion des Hauses und damit der Orientierung an einem tauschwert-ökonomischen Sinnhorizont, aber gleichzeitig deuten die Äußerungen der Interviewten auch darauf hin, dass sie durch die Kodierkräfte von irritierenden und Stress erzeugenden Rücksichtnahmen auf die Abrechnungslogik befreit werden, so dass beide Spiele, die Patient*innenversorgung und das Abrechnungsregime, arbeitsteilig bedient werden. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Institutionalisierung der Berufsgruppe der Kodierfachkräfte als eine organisationale Bearbeitungsform des feldspezifischen Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert interpretieren, die je nach Verhalten der Kodierkräfte auf die Handlungsorientierung der Pflegenden auch ent-ökonomisierend wirken kann.

13 Andreas Pfeuffer (vgl. 2014c: 47) schätzt, dass etwa 80% der Kodierfachkräfte aus dem Pflegedienst kommen.

7.2.4 Reframing der Dokumentation

„So wie es [...] ‚gute organisatorische Gründe‘ für eine ‚schlechte Aktenführung‘ gibt – etwa indem ein Arzt es für wichtiger hält mit dem Patienten zu sprechen oder mit den Kollegen den Fall zu beraten, als durch aufwendige Aktenprosa Sicherheit vorzutäuschen – bestehen auch [...] ‚schlechte organisationale Gründe‘, die ‚guten Akten‘ zu produzieren.“

(Bode/Vogd 2016: 9)

Die Dokumentation hat eine Vielzahl von sozialen Bezügen und Funktionen: Sie dient erstens als Medium der intra- und interprofessionellen Kommunikation und Kooperation, zweitens der juristischen Absicherung (verschiedener Akteure), drittens als Anschlussstelle für unterschiedliche Managementprozesse (z.B. Personal- und Qualitätsmanagement) und viertens der Abrechnung von Krankenhausleistungen mit den Kostenträgern. Im Interviewmaterial zeigte sich, dass vor allem die erste und die letzte Funktion der Dokumentation im Relevanzsystem der Pflegenden verankert sind. Das institutionelle Re-Arrangement des Abrechnungsregimes, durch das und in dem die Dokumentation strukturell an Bedeutung gewonnen hat, schlägt sich in der Praxis der Pflegekräfte darin nieder, dass sie *neben* dem professionell-kooperativen Blick eine starke ökonomische Orientierung auf die Dokumentation entwickelt haben.¹⁴ In Anlehnung an Goffmans Rahmen-Analyse¹⁵ (Goffman 1977) kann davon gesprochen werden, dass ein *reframing* der Dokumentation stattgefunden hat: Das Abrechnungsregime hat einen neuartigen Rahmen verfügbar gemacht, den an die

14 Ein Bedeutungszuwachs der Dokumentation lässt sich aber nicht nur innerhalb des Abrechnungsregimes verzeichnen, vielmehr hat die Dokumentation insgesamt in dem Maße an Bedeutung gewonnen, in dem den professionellen Akteur*innen gesellschaftliches Vertrauen entzogen und sie externer Kontrolle durch Evaluationssysteme unterstellt wurden (vgl. Allen 2015: 31). Allerdings soll hier keine *quantitative* Aussage über die Zunahme der Dokumentationstätigkeiten getroffen werden, es geht zunächst nur um Bedeutungsverschiebungen.

15 „Ein primärer Rahmen wird eben so gesehen, dass er einen sonst sinnlosen Aspekt der Szene zu etwas Sinnvollem macht.“ (Goffman 1977: 31) Rahmen sind durch drei Merkmale bestimmt: Sie sind a) inklusiv und exklusiv in Bezug auf das, was in einer Situation je sinnvoll und sinnlos erscheint (Selektionsfunktion); sie setzen stets b) spezifische Prämissen, die auf eine Situation angewendet werden, und sie erfüllen ihre Selektionsfunktion c) über spezifische Regeln, deren Anwendung mit den Prämissen gesetzt ist (vgl. Miebach 2014: 132). Rahmen werden hier als überindividuelle Orientierungsmuster verstanden. Von Bedeutung sind im vorliegenden Zusammenhang die Rahmungsprozesse, die an die sozialen und funktionalen Bezüge der Dokumentation innerhalb des Feldes anschließen, d.h. es geht darum, inwiefern die Dokumentation pflegerisch, juristisch, managerial oder ökonomisch gerahmt wird, nicht darum, ob die Pflegekräften sie als ‚Spiel‘ oder als ‚Ernst‘, als ‚Prosa‘ oder als ‚Akte‘ rahmen. Was sinnvoll und sinnlos, regelkonform und regelwidrig ist, entscheidet sich an den feldspezifischen Regeln.

Dokumentation heranzutragen die Pflegekräfte angehalten werden.¹⁶ Innerhalb des Abrechnungsrahmens sind andere Dinge sinnvoll als innerhalb des pflegerischen Rahmens. Das betrifft zwei Ebenen der Dokumentation: Zum einen die Frage *was* überhaupt dokumentiert wird, also als dokumentationsrelevant gilt, und zum anderen die Frage, *wie* das, was dokumentationsrelevant ist, dokumentiert wird. Im Kontext der Kontrollen durch die Krankenkassen meinte Frau Jandric: „selbst wenn er [der Patient; R.M.] sagt: ‚Heut hab ich nochmal ’n bisschen Bauchweh‘ – das ist normal, ja. Du musst es aber hinschreiben.“ (P2) Was also innerhalb einer pflegerischen Orientierung ‚normal‘ und deshalb in diesem Rahmen nicht dokumentationsrelevant ist, da alle Pflegekräfte sich denken können, dass ein*e Patient*in der Urologie nach einer Operation Bauchschmerzen hat, wird nun dokumentationswürdig, weil es abrechnungsrelevant ist. Gleichzeitig verdeutlicht dieser Fall, dass sich durch die veränderte Rolle der Dokumentation potenziell der Blick auf die gesamte *care trajectory*¹⁷ verändert, denn es müssen aus der Gesamtheit der patient*innenbezogenen Ereignisse diejenigen selektiert werden, die abrechnungsrelevant sind. Das *reframing* der Dokumentation strahlt somit (tendenziell) auf das gesamte Aufmerksamkeitsregime aus, mithilfe dessen die Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag Ereignisse als relevant oder irrelevant wahrnehmen. Man könnte also davon sprechen, dass die Unterscheidung von abrechnungsrelevant/nicht-abrechnungsrelevant als Nebencodierung (vgl. Krönig 2007) oder im Sinne Bourdieus als neues Prinzip der Vision und Division eingeführt wurde, das als explizite Reflexionsaufforderung in der Alltagspraxis an Bedeutung gewinnt. Es trägt sich in anschließenden Unterscheidungen weiter: in Bezug auf einen ‚Fall‘ in der von PKMS/Nicht-PKMS, in Bezug auf Behandlungs- und Pflegeprozeduren in der von abrechenbar/nicht-abrechenbar und in Bezug auf ‚Problempatient*innen‘ in der von abbildbar/nicht-abbildbar.

Ob dieser auf die Abrechnung schielende Blick im Alltag orientierend und sinnstiftend wird, ist allerdings – selbst wenn das Interesse gegeben ist, die Abrechnung zu berücksichtigen – davon abhängig, ob den Pflegenden überhaupt das dazu notwendige *Wissen* vermittelt wurde, sei es durch Fortbildungen oder durch Kommunikation mit den Kodierkräften. So hatte sich Herr Ortlieb darüber beschwert, dass er „leider“ keine Rückmeldung bekomme, ob das, was er dokumentiert, „Sinn macht“. Auch im Material von Pfeuffer (2014c) findet sich genau dieser Zusammenhang zwischen dem Wissen über die Regeln und die möglichen Gewinne des Abrechnungsspiels mit dem Moment der Sinnstiftung in Bezug auf Dokumentationstätigkeiten, die ansonsten als sinnlose Anforderung erfahren werden: Dass man bei einer „Venenentzündung nach einer Kanüle“ nur Geld bekommt, wenn man dokumentiert „Thrombareduct-Salbenverband erhalten“, so berichtet eine Pflegendende, sei zwar „blöd“, aber: „...das finde ich schon gut, wenn man das weiß. Das ist so wie bei der Einkommenssteuererklärung ist es ja auch so. Wenn man es weiß, ist es gut. Ja. Weil es halt Geld gibt.“ (zit. n. ebd.: 52) Zu fragen wäre in weiteren Untersuchungen also: In welchem Ausmaß verfügen die Pflegekräfte selbst über ein abrechnungsbezogenes Wissen und

16 Typisch für diese ‚Abrechnungsrahmung‘ sind Aussagen wie: „Dokumentation ist halt abrechnungsrelevant“ (P1); „nur wer dokumentiert, kriegt auch Geld“ (P2).

17 Davina Allen zufolge ist unter der *care trajectory* „the unfolding of a patient’s health and social needs, the total organisation of work carried out over its course and the impact on those involved with that work and its organisation“ (2015: 20) zu verstehen.

gibt es einen bestimmten Typus von Situationen oder Konstellationen, in denen es in den Vordergrund gespielt wird?

Eine Passage aus dem Interview mit Frau Jandric führt vor Augen, dass es auch auf das Wie der Dokumentation ankommt. Wiederum anhand des Schmerzbeispiels erzählt Frau Jandric: „Du schreibst schon auch mal hin, dass der Mensch noch Schmerzen angibt, auch wenn er heute grad mal nicht gejamert hat. Dann schreibst du da halt: ‚leichte Schmerzen‘ – oder irgendwie so was, ja. Das schadet keinem, er kriegt ja deswegen kein Medikament, ja, aber irgendwas musst du halt machen, ja.“ (P2) Wie oben (vgl. 6.2.1.1) bereits rekonstruiert, präsentiert Frau Jandric hier eine Praxis der Balancierung der beiden Rahmungen, die jeweils eigenständige Regeln implizieren: Wenn Dinge dokumentiert werden, weil sie abrechnungsrelevant sind, dann so, dass sie innerhalb des Versorgungsprozesses keine negativen Konsequenzen haben, keine ‚Fehlansätze‘ setzen. Wir haben es hier also mit der Reflexion des Umstands zu tun, dass beide Rahmungen, die je eigene ‚Visionen‘ über die entsprechenden Anschlusspraktiken mit sich bringen, zueinander in Konflikt geraten können. Wie mit solchen Konflikten umgegangen wird, ist nicht zuletzt davon abhängig, wie gut die Akteur*innen sich mit den jeweiligen Regeln des Spiels auskennen.

So wie die Pflegekräfte über die Dokumentation berichten, scheint es jedenfalls gang und gäbe zu sein, die Dokumentation den Kriterien der Abrechenbarkeit anzupassen. Die Dokumentation entspricht dann aber nur noch in einem sehr unscharfen Sinne der ‚Wirklichkeit‘ des Versorgungsprozesses, was allerdings weniger Resultat eines offenen oder bewussten Betrugs (*upcoding*) ist, sondern vielmehr der Ausnutzung von Interpretationsspielräumen. Unterstellt man das *reframing* als allgemeine Tendenz, lässt sich der weitere Befund mitdenken, dass Pflegekräfte den Eindruck haben, die Dokumentation würde ohnehin kaum von anderen gelesen, außer vielleicht vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (vgl. Arnold 2008: 384ff.; Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2015). Ihr Sinn als Medium der intra- und interprofessionellen Kooperation scheint somit brüchig zu werden, wodurch der Tendenz, den Abrechnungsrahmen zu applizieren, potenziell ein größerer Spielraum gewährt wird.¹⁸

Im Interviewmaterial ließ sich dennoch der „praktische Sinn“ (Bourdieu) der Dokumentation als inter- und intraprofessionelles Kommunikationsmedium rekonstruieren. Ihm gegenüber rückt jedoch die ökonomische Relevanz der Dokumentation als mal implizite, mal explizite Anforderung in den Vordergrund. Andere Sinnzusammenhänge, in die die Dokumentation eingebettet ist, wie etwas das Qualitätsmanagement oder die juristische Absicherung, spielten in den Interviews hingegen kaum

18 Kumbruck/Senghaas-Knobloch (2015) haben aufgezeigt, dass die schwierigen Arbeitsbedingungen in der Pflege ebenfalls dazu beitragen, den Sinn der Dokumentation als Kooperationsmedium zu unterminieren. Allerdings war die Einstellung der Pflege zur Dokumentation stets ambivalent, denn sie stellt einerseits eine Tätigkeit dar, die nicht als Kern der Arbeit gilt, ungerne erledigt wird und zudem für wesentlich erachtete pflegerische Aufgaben, wie etwa Kommunikation und Zuwendung, nicht abbilden kann – „Kommunikation muss nicht sein, [...] das ist ja nicht dokumentationsrelevant“ (Pflegekraft zit. n. Arnold 2008: 218; vgl. auch Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2015: 232). Andererseits kann sie als Moment eines Professionalisierungsprozesses verstanden werden, das dazu beiträgt, die Pflege in ihrer Eigenständigkeit für andere sichtbar zu machen (vgl. auch Allen 1998).

eine Rolle, obwohl die Entwicklungen auf diesen Gebieten ebenso zur Erhöhung des Dokumentationsaufwands beitragen dürften. Vor diesem Hintergrund scheint es gerechtfertigt, nicht einfach allgemein von einem administrativen, sondern spezifischer von einem tauschwert-ökonomischen *reframing* der Dokumentation zu sprechen, das somit als eine weitere Form der Ökonomisierung zu begreifen ist und in engem Zusammenhang mit der Allianz mit den Kodierkräften steht. Die durch das Abrechnungssystem institutionalisierte Ökonomisierungsdynamik scheint für die Pflegekräfte wesentlich präsenter zu sein als nebenherlaufende, den Dokumentationsaufwand erhöhende Dynamiken wie etwa die Professionalisierung, die ‚Managerialisierung‘ oder Verrechtlichung der Krankenhaus(arzt)-Patient*innen-Beziehung.

Dennoch bestätigt die Art und Weise, wie die Pflegekräfte über die Dokumentation sprechen, zunächst den Befund von Gemperle/Pfeuffer (2013), dass die Arbeit von Pflegekräften (und Ärzten) immer mehr durch äußere, nicht professionsinterne Instanzen und Kriterien bewertet oder beurteilt wird und die Dokumentation der Arbeit ein wesentliches Element dieser Beurteilungspraxis ist. In den Worten von Frau Henkel: „Das, was ich nicht dokumentiert hab, hab ich nicht gemacht, was ich nicht gemacht hab, lässt sich nicht abrechnen.“ (630f.) Die Dokumentation ist das Medium, durch das die pflegerische Arbeit für die ökonomisch orientierten Akteure des Feldes sichtbar wird. Deshalb schlussfolgern Gemperle/Pfeuffer: „Als das Mittel, durch das sie bevorzugt wahrnehmen, dass ihre Arbeit nach einer Logik beurteilt wird, von der sie sich seit jeher abgrenzen, scheint sich ‚die Dokumentation‘ als Projektionsfläche für das Unbehagen von Ärzten und Pflegekräften über ihre Arbeitssituation geradezu anzubieten.“ (2013: 86) Im Licht der Ergebnisse der vorliegenden Studie ist diese Schlussfolgerung allerdings zu eindimensional, denn zum einen zeigte sich durchaus eine ambivalente Haltung der Pflegenden zur (PKMS-) Dokumentation: Es gibt eine Tendenz, sie positiv zu bewerten, da die Pflege durch sie ihre Arbeit aus der Unsichtbarkeit der Subalternität herausmanövrieren und ein Stückchen jener Anerkennung gewinnen kann, die ihr ansonsten – zumal in einer zunehmend ökonomisch orientierten Umwelt – verwehrt bleibt (vgl. hierzu auch Allen 1998 sowie unten 7.2.5). Diese Haltung ist keine bloße Idiosynkrasie, sondern in der gegenwärtigen Struktur des Feldes angelegt, in der das pflegespezifische Kapital (vgl. Schroeter 2006: 123ff.) stetig weiter abgewertet wird. Zum anderen wird die Dokumentation nicht als solche, nicht an sich abgelehnt, sondern es wird eine Form der Dokumentation abgelehnt, die als unsinnig erscheint, so dass die Frage aufgeworfen wird, welche Sinnkriterien der immer wieder geäußerten Dokumentationskritik zugrunde gelegt werden. Alltagspraktisch orientieren sich die Pflegekräfte weiterhin implizit am Sinn der Dokumentation als einem Medium der intra- und interprofessionellen Kooperation; als sinnlos erscheint sie vor diesem Hintergrund vor allem dann, wenn administrative und ökonomische Anforderungen an die Dokumentation den versorgungslogischen Anforderungen widersprechen.

Interessanterweise wurde der Konflikt zwischen der Abrechnungslogik und der pflegerisch-medizinischen Sachlogik nur von den beiden ältesten Pflegekräften im Sample als Problem artikuliert. Beide waren in der Zeit vor der Einführung des Fallpauschalensystems schon mehrere Jahre tätig. Bei den Jüngeren taucht dieses Problem nicht auf, obwohl sich auch bei ihnen eine Abrechnungsrahmung rekonstruieren lässt. Für die weitere Ökonomisierungsforschung im Bereich der Krankenhauspflege wäre es somit durchaus lohnend, eventuell existierende habituelle Differenzen zwi-

schen ‚Post- und Prä-DRG-Pflegekräften‘ bezüglich des Umgangs mit der Abrechnungsrelevanz der Dokumentation zu untersuchen.¹⁹

Während sich in Hinblick auf die Rahmung der Dokumentation eine Ökonomisierungstendenz ausmachen lässt, die auch auf das allgemeine Aufmerksamkeitsregime ausstrahlt, bleibt jedoch hervorzuheben, dass die Dokumentationstätigkeit selbst dadurch kaum beliebter wird und die Arbeit an der Abrechnungstrajektorie nicht die Arbeit an der Versorgungstrajektorie verdrängt. Zwar liegen Berichte vor, dass – wie auch Frau Jandric kurz anmerkte – Dinge dokumentiert und abgehakt werden, bevor sie faktisch erledigt sind (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2015), im Sample war jedoch die Tendenz vorherrschend, die Dokumentation hintanzustellen, wenn die patient*innenbezogene Arbeit noch unerledigt ist, mit der Konsequenz, dass man sich entweder am Ende oder auch nach der Schicht noch Zeit für die Dokumentation nehmen muss oder aber sie bleibt liegen. Damit folgen die Pflegekräfte, ob gewollt oder nicht, der juristischen Normierung der Pflegedokumentation, die besagt, sie sei ‚nachrangig gegenüber anderen Verrichtungen‘ (Sträßner 2010: 4).

In der Praxisform der Dokumentation schneiden sich die interprofessionell-kooperativ zu erledigende Patient*innenversorgung, also auf den Gebrauchswert der Arbeit bezogene Orientierungen, mit einer abrechnungs-, also tauschwertbezogenen Orientierung. Die Dokumentation ist somit eine zentrale Praxisform, in der einerseits die Erfahrung des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert gemacht werden kann, in der aber andererseits auch ein zentraler Bearbeitungsmechanismus des Widerspruchs zu sehen ist, sei es auch nur in der altbekannten Form der Entkopplung von *talk* und *action* (vgl. Brunsson 1989).

7.2.5 Ökonomisierung der Leistungspolitik und der Anerkennungsordnung

„Heute ist es ja keine Arbeit, wenn sie nicht aufgeschrieben ist.“

(*Pflegekraft, zit. n. Fischer 2010: 248*).

Die Organisation Krankenhaus wird in der vorliegenden Arbeit nicht nur als professionelle Organisation, sondern auch als Arbeitsorganisation betrachtet, die vor dem Problem steht, das qua Arbeitsvertrag erworbene Arbeitsvermögen in konkrete Arbeitsverausgabung, die den organisationalen Zielen korrespondiert, zu transformieren. Die Art und Weise, wie dieses Problem bearbeitet wird, ist nicht einfach eine Frage geschickter Kontrolle, sondern vielmehr Gegenstand komplexer Prozesse, die in der Arbeitssoziologie unter dem Terminus betrieblicher Leistungspolitik firmieren:

„Betriebliche Leistungspolitik umfasst [...] sowohl die Definition von Leistung, das heißt, die Bestimmung dessen, was als sinnvolle Lösung des Transformationsproblems gelten soll, als

19 Auch bei Kumbruck/Senghaas-Knobloch tauchen ‚Generationskonflikte‘ auf: Eine ältere, erfahrene Pflegekraft moniert, jüngere Kolleg*innen würden ihre Tätigkeit eher an den abzuhakenden Listen in den Akten orientieren und kaum mehr auf den*die Patient*in schauen (vgl. Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2015: 131).

auch die Methoden und Praktiken, die eine Korrespondenz zwischen Leistungsdefinition und Leistungsverhalten der Beschäftigten herstellen sollen.“ (Menz 2009: 166)

Es geht dabei nicht nur um die formelle, sondern gerade auch um die informelle Regulierung des Leistungsverhaltens der Beschäftigten. In den Blick geraten nicht nur Leistungspolitiken ‚von oben‘, auch die Leistungsorientierungen der Beschäftigten und ihre Interpretation dessen, was als sinnvolle Leistung gelten soll, sind Teil der leistungspolitischen Auseinandersetzungen.²⁰ Dabei geht es keineswegs nur um individuelle Orientierungen, auch berufs- oder professionsspezifische Orientierungen nehmen Einfluss darauf, was unter den Beschäftigten als sinnvolle Leistungsverausgabung gilt. Von besonderer Relevanz sind im Krankenhaus freilich die professionell-sachlogischen und berufsethischen Orientierungen der Ärzt*innen und Pflegekräfte, denn beiden wird – anders als in klassischen Unternehmen –, seitens der Organisationsleitung zugestanden, die Gebrauchswertproduktion, also die Patient*innenversorgung, in relativer Autonomie zu übernehmen.²¹ Ein weiter Begriff von Leistungspolitik umfasst also zwei Bereiche:

„erstens die Bemühungen von Seiten des Managements, mittels Anreiz-, Sanktions- und Bewertungssystemen, aber auch mittels diskursiver Steuerung die erwünschten Leistungen und Orientierungen der Beschäftigten zu erzeugen, zu pflegen und zu reproduzieren, zweitens das aktive Leistungshandeln der Beschäftigten im Arbeitsalltag sowie ihre Techniken der Selbstformung und Selbstbearbeitung entsprechend den eigenen Leitvorstellungen von guter Leistung.“ (Ebd.: 171)

Sowohl innerhalb der jeweiligen Bereiche als auch zwischen ihnen kann es zu Widersprüchen und Konflikten kommen. Die in diesem Rahmen stattfindenden leistungspolitischen Auseinandersetzungen sind nicht zuletzt Auseinandersetzungen um die Legitimität betrieblicher Herrschaft und organisationaler Leistungsanforderungen.²² Die Prozesse der Ökonomisierung des Krankenhauses führen nun dazu, dass

20 „Die Beschäftigten selbst sind Akteure der Leistungspolitik, wenn sie ihr Leistungsvermögen in einer bestimmten Weise verausgaben, ihr Handeln an bestimmten Maximen orientieren, eigene Leistungsvorstellungen formulieren oder an ihre Kollegen richten.“ (Menz 2009: 170)

21 Für die professionelle Organisation Krankenhaus ist, wie oben ausgeführt, davon auszugehen, dass die Organisationsleitung lediglich den Rahmen bereitstellt, in dem die medizinisch-pflegerische Leistungserbringung stattfindet, aber nur in stark beschränktem Maße selbst Leistungsinhalte definiert – nach welchen Kriterien, Methoden und Standards medizinisch behandelt und gepflegt wird, wird eben weitgehend von der medizinischen Profession und pflegewissenschaftlichen Konzepten festgelegt.

22 Von Legitimität kann dann gesprochen werden, wenn eine „Korrespondenz der Organisationsprinzipien und Begründungsansprüche einer Herrschaftsordnung mit den handlungsleitenden Orientierungen ihrer Mitglieder“ (Menz 2009: 160) vorliegt. Betriebliche Herrschaft gilt als legitim, wenn die Ordnung von den Organisationsmitgliedern als wünschenswert, gerechtfertigt oder angemessen, also als „geltensollend“ (Weber 1972: 574) betrachtet wird, so dass diese die „Maximen“ der Organisation realisieren, „auch ohne dass im Einzelfall eine Kette von Anweisungen dazu nötig ist“ (Menz 2009: 160).

die Definitionen von Leistung sich verschieben und Versuche der Geschäftsführung und Krankenhausleitung, die Leistungsverausgabung der Beschäftigten zu beeinflussen, zunehmen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Ökonomisierungsprozesse leistungspolitische Auseinandersetzungen verschärfen.

Leistungspolitische Auseinandersetzungen sind zugleich immer auch Kämpfe um Anerkennung, ist doch das Leistungsprinzip ein zentraler Anerkennungsmechanismus der modernen, kapitalistischen Gesellschaft insgesamt wie auch innerhalb von Arbeitsorganisationen.²³ Welches von den Beschäftigten als Leistung wahrgenommene Arbeitshandeln wird für wen als Leistung sichtbar und von wem als Leistung anerkannt? Inwiefern erfahren die Beschäftigten Wertschätzung, weil ihr Arbeitshandeln als Beitrag zu den organisationalen Werten und Zielen anerkannt wird? Der Blick richtet sich nun also auf die normative Dimension des Fallpauschalensystems, auf den Zusammenhang von Leistung und Anerkennung, wie er im Interviewmaterial durchschimmerte (vgl. 6.2).

Das institutionelle Re-Arrangement des Finanzierungsregimes hat den Zusammenhang von Leistung und Vergütung restrukturiert. Zwar ist zu bezweifeln, dass mit dem DRG-System das normative Postulat, Geld solle der Leistung folgen, tatsächlich umgesetzt wurde, jedoch macht es den normativen Gehalt des Regimes deutlich. Das Fallpauschalensystem definiert im Feld der stationären Versorgung, was als finanzierungswürdige Leistung der Organisation Krankenhaus anerkannt wird. Im Sinne von Bourdieus Feldtheorie führt es also zu einer Umstrukturierung von Wertigkeiten anerkennungsrelevanter Ressourcen (vgl. auch Schimank/Volkmann 1999: 27). Damit wirkt es auch darauf ein, was von der Krankenhausleitung, die um die ökonomische Existenzsicherung des Hauses bemüht ist, innerhalb der Organisation als Leistung oder Beitrag zu den organisationalen Zielen und Werten erkannt und anerkannt wird. In Bezug auf die Position der Pflege im Feld lässt sich festhalten: Im DRG-System bleibt die Mitarbeit der Pflege im Allgemeinen sowie der fallbezogene pflegerische Aufwand im Besonderen unsichtbar, denn die Fallgruppen definieren sich nach medizinischen und ökonomischen Kriterien. Zwar werden die durchschnittlichen Pflegepersonalkosten vom InEK in die jeweilige Pauschale einge-

23 In der anerkennungstheoretischen Literatur werden drei Sphären der Anerkennung unterschieden: In der Sphäre privater Intimbeziehungen werde den Subjekten Anerkennung in Form von Liebe zuteil, in der Sphäre des Rechts vermittelt über die Rechtsgleichheit die Anerkennungsform des Respekts oder der Würde und in der Sphäre der gesellschaftlichen Arbeit vermittelt über die Leistung soziale Wertschätzung (vgl. Honneth 1994 sowie 2003). Es ist jedoch nicht dieser sozialphilosophisch-normativistisch geprägte Strang, an den hier angeschlossen wird, vielmehr soll es um einen „soziologischen Begriff von Anerkennung“ (Voswinkel 2013: 213) gehen, der sich stärker dem Bourdieu'schen Denken verpflichtet sieht: „Anerkennung erscheint dabei nicht als Prinzip subjektiver Emanzipation, sondern als Mittel und Medium der Ausübung sozialer Herrschaft.“ (Reimer 2012: 109) Kampf um Anerkennung meint in dieser Perspektive den Kampf um (feldspezifische) symbolische Formen der Macht. Anerkennung dient also nicht, wie in der Honneth'schen Variante, als gesellschafts- und gerechtigkeits-theoretische Fundamentalkategorie (zur Kritik hieran vgl. Mohan/Keil 2012 sowie Mohan 2015), sondern bezieht sich analytisch auf eine spezifische, normative Dimension gesellschaftlicher Kämpfe, Institutionen und Verhältnisse.

rechnet,²⁴ anders als das medizinische Bezugsproblem, das in den Codes repräsentiert wird, bleibt das pflegerische Bezugsproblem jedoch ausgeblendet. Während also das ärztliche Personal in den (ökonomisierten) Augen der Krankenhausleitung innerhalb des DRG-Systems seine übergeordnete Position gegenüber der Pflege in materieller und symbolischer Hinsicht aufrechterhalten konnte,²⁵ bleibt und wird die Pflege weiterhin abgewertet. Insofern wurde die Pflege durch den Übergang von tagesgleichen *Pflegesätzen* zu *diagnosebasierten* Fallgruppen unter neue „Sichtbarkeitszwänge“ (Voswinkel 2013: 222) gesetzt.²⁶ Wenn die Pflege innerhalb des DRG-Regimes sichtbar wird, dann als Kostenfaktor (vgl. auch Bartholomeyczik 2010: 139).

Vor diesem Hintergrund wundert es kaum, wenn die Pflegekräfte die Einführung der Pflegekomplexmaßnahme-Scores (PKMS) positiv bewerten und, wie das insbesondere bei Herrn Niedhoff der Fall war, als Anerkennungsmechanismus rahmen. Durch die PKMS wurde die Pflege auf Allgeminestationen erstmalig erlösrelevant. D.h. in der hier verwendeten Perspektive: Durch das PKMS-System wurden tauschwertbezogene Bewertungskriterien der pflegerischen Leistung eingeführt. Damit wird nun nicht nur prinzipiell die Finanzierungswürdigkeit der genuin pflegerischen Arbeit anerkannt, sie wird auch für die Krankenhausleitung auf neue Weise sichtbar. Es ist (umweltbedingt) der Möglichkeitsraum eröffnet worden, dass die Pflege aktiv zur

24 Für die Eingruppierung in die DRGs ist der konkrete Pflegebedarf des*der Patient*in irrelevant. Berechnet werden nur die durchschnittlichen Kosten für die Pflege pro Fall. Hierzu wird auf die Pflege-Personalregelung (PPR) zurückgegriffen (vgl. Simon 2008: 66ff.), wobei die PPR-Minuten als Verrechnungsgrößen dienen: „Die Kosten der pflegerischen Versorgung eines Patienten auf Normalstation werden ermittelt, indem zunächst die Gesamt-Pflegepersonalkosten der Station durch die Summe aller PPR-Minuten dividiert werden. Dies ergibt die ‚Kosten je PPR-Minute‘ für die entsprechende Station [...]. Die Pflegepersonalkosten des einzelnen Falles werden errechnet, indem dessen Summe der PPR-Minuten für den gesamten Krankenhausaufenthalt mit den Kosten je PPR-Minute multipliziert werden [...]. Die Kalkulation des Pflege-Personalkostenanteils an den verschiedenen DRGs orientiert sich am Durchschnitt der so ermittelten Pflege-Personalkosten aller in die Kalkulation einbezogenen Fälle einer DRG.“ (Simon 2008: 97) Simon äußert die Einschätzung, dass diese Berechnungssystematik in doppelter Weise zur Untererfassung der Pflege führt: Zum einen werden mit den PPR-Minuten nur Normzeiten erfasst, nicht der tatsächliche Zeitaufwand der Pflege, zum anderen sei vor dem Hintergrund des Personalabbaus in der Pflege davon auszugehen, dass in einem – allerdings nicht zu bestimmenden – Teil der Kalkulationskrankenhäuser Unterbesetzung vorherrscht und entsprechend notwendige Leistungen unterlassen werden.

25 Dies trifft freilich nicht zu, wenn es um die Position in Relation zu anderen, teilweise neuen Akteuren im Feld, insbesondere den Mitarbeiter*innen der Controlling-Abteilungen geht, denn: „das betriebswirtschaftliche Messer ist [mittlerweile] mindestens genauso scharf wie das Skalpell“ (zit. n. Pfeuffer/Gemperle 2013: 103).

26 Auf kollektiver Ebene wird dem mit zunehmenden Streikaktivitäten Rechnung getragen, deren Schlagkraft darauf beruht, dass der Beitrag der Pflegekräfte zum wirtschaftlichen Ergebnis sichtbar gemacht wird. Das DRG-System verleiht den Pflegekräften somit trotz der symbolischen Abwertung eine neue Form von Produktionsmacht, „weil Streiks nun im Gegensatz zu früher mit beträchtlichen finanziellen Einbußen [auf Seite der Krankenhausbetreiber; R.M.] verbunden sein können.“ (L. Wolf 2015: 30).

Refinanzierung des Hauses beiträgt. Somit lässt sich das PKMS-System durch die Krankenhausleitung leistungspolitisch mobilisieren, um die Pflege aktiv in das ökonomische Spiel zu integrieren.

Wie sich bei Frau Jandric und Herrn Niedhoff gezeigt hat, bietet die neue Struktur die Möglichkeit, dass die Pflegekräfte eine Art Produzent*innenstolz in Bezug auf die von ihnen generierten Erlöse und versorgten PKMS-Fälle entwickeln (vgl. 6.2.1.3). Mit den PKMS wurde der Beitrag der Pflege zum neuen sinnvollen Gesamtprojekt konkret messbar. Es kann also in dem Sinne von einer Ökonomisierung der Anerkennungsordnung die Rede sein, dass die gebrauchswertbezogenen Kriterien der Leistungsbewertung in den Hintergrund treten und sich tauschwertbezogene Kriterien durchsetzen, die von ersteren entkoppelt sind. Berücksichtigt man, dass Ergebnisse von Leistung in der Gebrauchswert- und der Tauschwertdimensionen abgeschätzt werden können,²⁷ lässt sich also feststellen, dass im Krankenhaussektor (ebenso wie in den Sektoren der Profitwirtschaft) zunehmend tauschwert-ökonomische Ergebnisse als Leistung betrachtet werden. Doch dem Abrechnungsregime inhärent als einer Anerkennungsordnung, die auf Feldebene institutionalisiert ist, auch ein Moment der Verkennung: Die tauschwertbezogene Form der Anerkennung bleibt anonym und abstrakt – anonym in dem Sinne, dass die pflegerische Arbeit durch einen institutionalisierten Rückkopplungsmechanismus anerkannt wird, nicht aber durch konkrete Andere; abstrakt deshalb, weil sie sich in monetären Äquivalenten niederschlägt, die Resultat eines formell institutionalisierten Messungs- und Transformationsprozesses sind, in dessen Verlauf eine Übersetzung konkreter pflegerischer Arbeit in Punktwerte und dieser Punktwerte in Entgelte stattfindet. Ihren Sinn beziehen diese aus dem ökonomischen Spiel, dessen Logik mit jener der pflegerischen Praxis nicht kommensurabel ist. Hervorzuheben ist darüber hinaus, dass es sich bei den PKMS um eine tauschwert-ökonomische Form der *kollektiven* Leistungsbewertung und Anerkennung handelt, denn die PKMS-Erlöse sind das Ergebnis der kollektiven Leistung eines Pflgeteams.²⁸ Sie kompensieren damit keineswegs die Erfahrung mangelnder konkreter Wertschätzung des individuellen Engagements oder mangelnder interaktiver Anerkennung durch bedeutsame Andere. Im Gegenteil, diese Erfahrung kann sogar verstärkt werden: Da ‚gute Pflege‘ aus Sicht der Pflegekräfte eine Reihe von Aspekten umfasst, die nicht dokumentationsfähig sind und strukturell nicht qua Dokumentation oder Arbeitsvertrag formal anerkannt werden können, erscheint sie zunehmend als Resultat eines persönlichen Engagements (nicht als Resultat der Erfüllung institutionalisierter Erwartungen), das auch nur ‚persönlich‘, in Interaktionsverhältnissen, anerkannt werden kann. Seitens der Krankenhausleitungen

27 Prinzipiell lässt sich ein aufwandsbezogener von einem ergebnisbezogenen Leistungsbe-
griff unterscheiden. Während ersterer auf Voraussetzungen der Leistungserbringung wie
Qualifikation und Motivation abstellt, ist letzterer hinsichtlich einer sachlichen (Qualität
des Produkts), sozialen (Lösen von Kunden- oder gesellschaftlichen Problemen) und öko-
nomischen (Gewinn, Umsatz Rendite) Dimension weiter zu differenzieren (vgl. Voswin-
kel/Kocyba 2008: 23f.). In der Pflege als sozialer Dienstleistungsarbeit fallen die sachliche
und soziale Dimension in eins. Beide werden im Folgenden zur Gebrauchswertdimension
zusammengefasst.

28 Wenn die PKMS-Erlöse thematisiert werden, heißt es entsprechend auch stets, dass „wir“
gut Geld verdient haben (vgl. Frau Jandric).

bleibt diese Anerkennung jedoch aus, da diese nur auf die Dokumentation und die Erlöse schauen.²⁹

Da mit den PKMS-Erlösen ein messbarer *outcome* der pflegerischen Leistungserbringung vorliegt, affiziert diese abstrakte Anerkennung der pflegerischen Arbeit auch das von den Beschäftigten gehegte Ideal von Leistungsgerechtigkeit. Es wurde ein neuer Raum der Möglichkeiten eröffnet, einen un-/gerechten Umgang mit den neuartigen Leistungsergebnissen zu erfahren. Ob die Pflegekräfte sich gerecht oder ungerecht behandelt fühlen, ist von der konkreten Institutionalisierung des PKMS-Systems in den Krankenhäusern abhängig. Diesbezüglich haben wir es beim Haus von Frau Jandric und Frau Henkel mit dem Kontrastfall zum Haus von Frau Bajramovic und Herrn Niedhoff zu tun: Während die PKMS-Erlöse in ersterem nicht an die Stationen zurückfließen, in denen sie generiert wurden, werden sie in letzterem dazu genutzt, Stellen zu finanzieren, die zuvor durch öffentliche Gelder finanziert wurden; hier fließen die PKMS-Erlöse also – zumindest in einem nicht näher bezifferten Teil – an die Station zurück.³⁰ Es ist wenig überraschend, dass dieses Modell dem Gerechtigkeitsempfinden der Pflegekräfte eher entspricht. Interessant am Vergleich beider Modelle ist vielmehr, dass die Einbindung auch im Haus von Frau Jandric und Frau Henkel funktioniert, obwohl sie für die Beschäftigten mit der Erfahrung von Ungerechtigkeit verbunden ist. In den Augen von Frau Jandric kommt den PKMS-bezogenen Leistungsanforderungen eine „pragmatische Legitimität“ (Menz 2009: 409) zu, eine Legitimität kraft Einsicht in die Notwendigkeit, das Haus aus den roten Zahlen zu holen.³¹ Die PKMS-bezogenen Leistungsanforderungen, die vor allem die Dokumentation und die Aufmerksamkeit betreffen, erscheinen also nicht als legitim, weil sie subjektiven Orientierungsmustern und eigenen Ansprüchen entsprechen, es sind vielmehr die wahrgenommenen Umweltbedingungen, angesichts derer sie als ‚angemessen‘ und ‚gerecht‘ erscheinen. Der einzige Sinn, mit dem sich diese Notwendigkeit belegen lässt, besteht darin, dass man die ökonomische Fortexistenz des Hauses sichern muss, die heute keineswegs mehr als selbstverständlich

29 So lässt sich auch erklären, dass gerade Herr Niedhoff, der die PKMS offensiv als Anerkennungsmechanismus rahmt, gleichzeitig in recht engagierter Form die mangelnde Wertschätzung durch konkrete Andere moniert: „Und die Menschen, die hier arbeiten sind eigentlich alle so nett. Die verzichten auf die Pause, die bleiben länger, wenn’s sein muss - obwohl wir das eigentlich nicht dürfen. Wir müssen theoretisch nach Stechuhr fertig sein. [...] Die stehen in der Pause auf, wenn es klingelt, da schreibt sich keiner was auf. Und theoretisch kann jeder in der Pause auch weg gehen. Rein rechtlich kann man die Pause am [Name des Flusses der vor dem Haus entlang fließt] verbringen oder sonst wo. Aber die bleiben alle da und man wechselt sich ab und geht auf die Klingel. Aber Dankeschön sagt dafür keiner. Das ist alles selbstverständlich.“

30 Einer Umfrage des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder (2016) im Saarland und in Rheinland-Pfalz zufolge wurde in 30% der befragten Krankenhäuser angegeben, die PKMS-Erlöse würden ganz, überwiegend oder teilweise in die Refinanzierung von Pflegestellen fließen, in 32% der Häuser war dies nicht der Fall.

31 Eine solche pragmatische Legitimität zeichnet sich auch bei Frau Henkel ab, wenn sie erzählt, es werde zwar nicht darauf hingearbeitet, „dass wir Sachen abzeichnen, die nie gemacht worden sind“, was man gemacht habe werde für die Dokumentation aber schon „eher ein bisschen großzügig ausgelegt“ (P3).

vorausgesetzt werden kann. Insofern kann auch für den Krankenhausbereich angenommen werden: „Der Anspruch, Teil eines sinnvollen Ganzen zu sein, dessen Ziel es ist, das Überleben der Organisation in turbulenten Umwelten zu sichern, verbindet sich mit der Erwartung, dass der eigene Leistungsbeitrag zu diesem Unterfangen in der Organisation angemessen wahrgenommen wird.“ (Menz 2009: 409)

Trotz der Übertragbarkeit einiger Befunde von Menz auf den Krankenhaussektor gibt es jedoch weiterhin gravierende Unterschiede zu kapitalistischen Wirtschaftssektoren: Erstens verläuft ein wesentlicher Begründungsstrang für die Motivation, das Überleben der Organisation in turbulenten Zeiten zu sichern, in den von Menz untersuchten kapitalistischen Organisationen über das eigennützige Interesse der Beschäftigten an der Sicherung ihres Arbeitsplatzes (vgl. ebd.: 343/355). Den Pflegekräften geht es demgegenüber darum, das Überleben ihrer Organisation zu sichern, damit der sozio-kulturelle Zweck der Krankenversorgung weiterhin erfüllt werden kann. Die Pflegekräfte werden auch nicht etwa dadurch zur PKMS-bezogenen Leistungserbringung motiviert, dass ihnen ein höheres Gehalt geboten wird, wenn sie ‚erfolgreich‘ sind, wie das bei den Chefärzt*innen durchaus der Fall ist (vgl. Bär 2011: 138; Crojethovic et al. 2014: 83). Wenn sich für die Pflegekräfte überhaupt irgendein spürbarer Erfolg abzeichnet, dann in der Form, dass der Stellenplan sich verbessert. Die Pflegekräfte werden also nicht über ihr individuelles Lohninteresse oder den ökonomischen Eigennutz eingebunden, sondern über ihr Interesse an der Verbesserung oder an der Abwehr weiterer Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen. Die von den Pflegekräften angelegten Kriterien für die Güte der Arbeitsbedingungen sind dabei nicht einfach solche der eigennutzorientierten Entlastung von Arbeitsaufwand, sondern immer auch solche der sachgerechten, ihren Ansprüchen genügenden Patient*innenversorgung, die eben nur unter bestimmten Arbeitsbedingungen möglich ist.³² Die leistungspolitische Strategie der Einbindung in das ökonomische Spiel funktioniert somit nicht etwa darüber, dass die feldspezifische *illusio* direkt untergraben wird, sondern sie macht sich gerade das an die feldspezifische *illusio* gebundene Interesse der Pflegekräfte *zunutze*.³³ Zweitens unterscheiden sich die ‚turbulenten Umwelten‘, denn während die von Menz untersuchten Beschäftigten sich in einem quasi naturgewaltigen Markt situiert sehen, wännen sich die Pflegekräfte weiterhin in einer *politischen* Umwelt situiert. Das Abrechnungsregime wird nicht als naturwüchsige, sondern als politisch und planvoll gesetzte Ordnung gerahmt, die einer entsprechenden Kritik unterzogen werden kann: Es handelt sich um ein System, das man „sich ausgedacht“ hat, das „eingeführt“ wurde; Häuser zu schließen sie „politisch gewollt“ etc. D.h. auch wenn das eigene Haus von normativen Begründungszwängen weitgehend befreit und die Notwendigkeit eingesehen wird, der Erlösorientierung der Krankenhausleitung unter den momentan gegebenen Umweltbedingung zu folgen,

32 Auf der Ebene einer kollektiven Interessenartikulation lässt sich das auch an dem gewerkschaftlichen Kampf der Pflegekräfte um einen Tarifvertrag ‚Entlastung‘ und um Personalbemessung ablesen – die legitimierende Losung heißt hier: „Mehr von uns ist besser für alle“.

33 Dafür spricht auch, dass der über die Entlohnung vermittelte „Leistungs-Geld-Nexus“ (Kratzer et al. 2015: 49), der den normativen Kern der Leistungsgerechtigkeit kapitalistischer Produktionszusammenhänge bildet, von den Pflegekräften nahezu gänzlich dethematisiert blieb.

wird in Richtung ‚der Politik‘ oder des Gesetzgebers teils massive Kritik geübt: „Aber warum, warum muss ’nen Krankenhaus Gewinn erwirtschaften? Also das ist für mich vollkommen hirnrissig. Also ein komplettes Umdenken in der Politik würde mir schon reichen [lachen].“ (P3). Es macht den Eindruck, als würden die Begründungszwänge so von der Organisation abgelenkt und an die höheren Entscheidungsinstanzen herangetragen. Anders als das bei Marktgesetzmäßigkeiten der Fall ist, wird somit eine direkte Verantwortlichkeit der Politik und damit eine prinzipielle Veränder- und Planbarkeit der relevanten Umweltbedingungen unterstellt – und dennoch schwingt stets im Subtext der Kritik in vielen Nuancen die Erfahrung der Ohnmacht mit.

Zusammengefasst: Mit dem PKMS-System wurde – auf der Ebene des institutionellen Arrangements – ein tauschwertförmiges Medium der Anerkennung der Pflege (PKMS als ‚DRGs für die Pflege‘) politisch implementiert. Es bedingt eine tauschwert-bezogene Umorientierung der Leistungspolitik, und zwar nicht nur ‚von oben‘, sondern auch ‚von unten‘. Sie spezifiziert die tauschwert-ökonomische Parallelagenda des Feldes der stationären Krankenversorgung in der pflegerischen Alltagspraxis zu konkreten Zielen und Anforderungen. Ein tauschwertbezogenes, von der Qualität der konkreten Patient*innenversorgung entkoppeltes Leistungsergebnis (PKMS-Erlöse) gewinnt in der Leistungsbewertung an Relevanz. Das Problem mangelnder interaktiver Anerkennung wird dadurch jedoch nicht behoben, sondern eher noch verstärkt.

7.3 WIDERSPRÜCHLICHE DYNAMIKEN

Es sind nun die Elemente der Ökonomisierung der Pflege versammelt, über die die Pflege in das neue kollektive Gesamtprojekt der Existenzsicherung eingebunden ist. Bisher war allerdings nur von einem Nebeneinander oder einer Parallelität der beiden Gesamtprojekte – einerseits der Patient*innenversorgung, andererseits der ökonomischen Existenzsicherung – die Rede. Der Vorteil eines Ökonomisierungsverständnisses, das mit dem Konzept des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert arbeitet, liegt gegenüber dem Stufen- und dem Verkehrsmodell jedoch gerade darin, über diese Betrachtung eines bloßen ‚Nebeneinanders‘ hinauszugehen: Der Widerspruchsbegriff lenkt die Aufmerksamkeit auf das In-mit-und-gegeneinander der Bezüge und Orientierungen, auf die Praxis der Vermittlung beider Seiten und damit auf konflikträchtige Dynamiken. Wie also vermitteln sich die dargestellten Ökonomisierungstendenzen mit der Logik pflegerischer Praxis? In welchem Verhältnis stehen sie zu den Orientierungsmustern, die für die pflegerische Berufsidentität und Praxis konstitutiv sind?

Es wurden oben (vgl. 5.2) drei eng miteinander verwobene Kernelemente der praktischen pflegerischen Identität benannt: Erstens die Fürsorgerationalität, zweitens die Patient*innennähe und drittens die *articulation work*. Inwiefern werden diese Elemente durch die Ökonomisierungstendenzen unterminiert, inwiefern setzen sie ihnen Widerstände entgegen?

Patient*innennähe und Fürsorgerationalität werden unter den Bedingungen des ökonomischen Drucks in mehrfacher Hinsicht unterminiert: Zeitdruck und Arbeitsverdichtung sowie die Zunahme patient*innenferner Aufgaben (etwa Dokumentation

oder Organisationsarbeit) führen dazu, dass der Anspruch auf Patient*innennähe nur in einem nicht zufriedenstellenden Maße umgesetzt werden kann. Tätigkeiten, die für sinnvoll gehalten werden, können aufgrund des Zeitdrucks gar nicht gemacht werden oder nicht so gemacht werden, wie gewünscht: Aus dem Duschen wird ein kurzes ‚Abspritzen‘, Mobilisation fällt hinten runter, statt fiebersenkende Maßnahmen durchzuführen, die langfristig wirksam, aber zeitaufwendiger sind, werden Medikamente verabreicht. Und auch die Anforderungen an die *articulation work* werden komplexer, nicht nur in der Hinsicht, dass die Taktung der Prozesse beispielsweise aufgrund kürzerer Liegezeiten schneller wird, sondern auch dadurch, dass die ökonomische Existenzsicherung als ambivalenzerzeugende Zielvorgabe berücksichtigt werden muss, wodurch sich Kriterien der Priorisierung verschieben und Orientierungsdilemmata bearbeitet werden müssen; aber auch durch die vermehrte Übernahme ärztlicher Aufgaben, die allein schon aus der Absenz der Ärzte resultiert (vgl. Vogd 2006: 262f.).³⁴ Gleichzeitig scheinen die organisationalen Bedingungen, auf die die Pflege angewiesen wäre, um diesen komplexeren Anforderungen nachzukommen, immer weniger gegeben.³⁵

Darüber hinaus erzeugt der ökonomische Druck die Tendenz, Patient*innen daraufhin zu beobachten, ob sie – ganz im Sinne des Verkehrungsmodells der Ökonomisierung – situativ als Mittel zum Zweck der Erlösgenerierung dienen können. Damit ist nicht nur die Einschätzung gemeint, ob sie als PKMS-Fall einzustufen sind (und entsprechend dokumentiert werden muss) oder nicht, es gibt durchaus – wenn auch in wesentlich geringerem Maße als auf ärztlicher Seite – Situationen, in denen Pflegendе anderweitig abrechnungsrelevante Punkte sammeln können, insbesondere auf den Intensivstationen. Der Intensivpfleger Herr Schimmeck hatte zwei solche Situationen thematisiert: einerseits die abrechnungsrelevante maschinell unterstützte Atemtherapie, andererseits die riskante Praxis, die Kaliumwerte von Patient*innen soweit fallen zu lassen, bis sie abrechnungsrelevante Punkte bringen.

Zwei wesentliche Faktoren dafür, dass eine derartige Zweck-Mittel-Verkehrung, wo möglich, vorgenommen wird, scheinen einerseits der konkrete ökonomische Druck, der auf den Stellenplänen der Stationen lastet, und andererseits das verfügbare Wissen um abrechnungsrelevante Punkte zu sein. So schilderte Herr Schimmeck die Situation der Kolleg*innen, die bewusst Kaliumwerte fallen gelassen hätten, dahingehend, dass auf ihrer Station Stellen gestrichen wurden, bevor sie zu dieser Praxis übergingen. Ganz ähnlich scheinen die Dinge auch bei der Ärzteschaft zu liegen, wie an einem exemplarischen Fall, von dem Pfeuffer berichtet, abzulesen ist. Vor dem Hintergrund der Erfahrung, eine Stelle gestrichen bekommen zu haben, erzählt eine

34 Allerdings muss der Diagnose von Vogd mit Skepsis begegnet werden, dass die Pflege dadurch an Autonomie gewinnt und als „Gewinner dieser Prozesse verstanden werden“ kann (Vogd 2006: 263). Für die Pflegenden ist die Übernahme ärztlicher Aufgaben vielmehr allzu oft eine ihnen informell zufallende Verantwortung, keineswegs im positiven Sinne mit Handlungsspielräumen verknüpft.

35 Eine Befragung von Pflegekräften kommt zu dem Ergebnis, dass im Zeitraum zwischen 2003 und 2008 der Anteil von Pflegekräften, die angaben, immer oder überwiegend eine Belastungen durch Organisationsmängel zu erfahren, von 12,5% auf 21,7% gestiegen ist (vgl. Braun et al. 2011: 61).

Assistenzärztin, dass auch sie sich genötigt sehe, den Regeln des ökonomischen Spiels zu folgen:

„Und das Schlimme ist, dass man das machen muss, um zu überleben. [...] Und am Anfang sieht man es so überhaupt nicht ein, weil man ist irgendwie jung und enthusiastisch und idealistisch und möchte eigentlich nur gute Arbeit leisten [...]. Und irgendwann, wenn man dann halt merkt, ‚Ok, ihr habt dieses Jahr nur so und so viele Fälle gestrichen (sic!), dann streichen wir euch die Stelle hier wieder weg‘ – ist bei uns auch so passiert – dann fängt man als Assistenzarzt einfach an, weil man halt selber sagt, wir möchten nicht noch weniger werden und macht das halt so mit.“ (In: Pfeuffer 2014a: 130)

Wie diese Assistenzärztin die Zeit vor der Stellenstreichung beschreibt, so erzählt auch eine der Assistenzärztinnen aus dem Sample der vorliegenden Untersuchung, sie sehe nicht ein, warum sie den Regeln des ökonomischen Spiels folgen solle. Auf ihrer Station wurden jedoch keine Stellen gestrichen, so dass ihr der ökonomische *outcome* der Fallbehandlungen „scheißegal“ bleiben kann:

„Und in der anderen Abteilung mussten das [Kodieren; R.M.] die Ärzte machen und wenn du dann noch anfangen musst, durch deine Akten zu gehen und dann in diesem Katalogen nachzusehen, ob das jetzt J1.2 oder J1.3 ist, was du da diagnostiziert hast, kriegst du echt die Krise und kodierst natürlich irgendwas(!). Ist dir dann auch scheißegal wie viel es dafür gibt, so. Und du kriegst auch, wenn du nicht Oberarzt bist, kriegst du auch nicht mit, was da am Ende rauskommt und es kann dir auch echt wurscht sein, so, als Kleiner.“ (Ä1)

Es bestätigt sich also, das ökonomische Druck „rekursiv konstituiert“ ist (Ortmann 2004: 214) – es bedarf einer organisationalen Rückkopplung ökonomischer Ergebnisse an die einzelnen Stationen, um die Beschäftigten aus dem Zustand der Indifferenz in den Zustand der Involviertheit zu überführen.

Doch zurück zur Pflege: Durch den Druck zur ‚Anpassung‘ der Dokumentation an die Kriterien der Abrechenbarkeit (7.2.3) wird auch das empirisch rekonstruierbare Ethos der sachlogischen Korrektheit unterminiert. So lehnt es Herr Schimmeck aus fachlicher Perspektive ab, eine Rhagade als Dekubitus im Gesicht zu dokumentieren, doch er weiß, dass diese Option besteht, wenn der ökonomische Druck zu groß wird. Frau Jandric und Frau Henkel holen demgegenüber in der Dokumentation schon mal weiter aus, damit abgerechnet werden kann – eine Praxis, die Frau Jandric der Tendenz nach als ‚Betrug‘ rahmt. Auch wenn die Pflegedokumentation immer schon einen ambivalenten Charakter hatte, so scheint sich eine Tendenz durchzusetzen, die fachliche Korrektheit zugunsten der Abrechenbarkeit aufzugeben, wobei dann gilt: „Die Dokumentation hat mit der Wirklichkeit nur entfernt zu tun.“ (Pfleger, zit. n. Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2015: 128)

Die Ökonomisierungstendenzen befeuern also, wie sich mit Ingo Bode resümieren lässt, „Neigungen, in ambivalenzträchtigen und für Externe intransparenten Entscheidungskonstellationen Risiken einzugehen, die man unter Bedingungen einer unangefochtenen Bedarfsorientierung wohl eher gemieden hätte.“ (Bode 2015: 269) Zu ergänzen ist allerdings, dass die Ökonomisierungstendenzen überhaupt erst die Konstellationen hervorgebracht haben, die von den Pflegenden Entscheidungen verlangen. Allgemeiner und in den Termini der Bourdieu’schen Feldtheorie formuliert:

Die von den Pflegekräften als objektiv wahrgenommene veränderte Feldstruktur führt zu einer Rekonfiguration der pflegerischen Interessenlage, zu einer tauschwertbezogenen Involviertheit, die wiederum die pflegerische Praxis und damit (langfristig) den pflegerischen Habitus modifiziert oder aber ‚Pflege‘ unmöglich macht.

Allerdings lassen sich auch Tendenzen und Möglichkeiten zur Reproduktion der pflegerischen Identität erkennen. Zum einen genießen die unmittelbaren, körperbezogenen Patient*innenbedürfnisse ebenso wie die diagnose- und therapiebezogenen Organisationsbedürfnisse – zumindest im vorliegenden Sample – gegenüber der abrechnungsrelevanten Dokumentation weiterhin Priorität.³⁶ Auch wenn die Notwendigkeit der ökonomischen Existenzsicherung sinnstiftend wirkt und die Relevanz der Dokumentationstätigkeiten erhöhen kann – abhängig davon, wie stark innerhalb einer Organisation auf einzelne Stationen Druck gemacht wird –, fühlen sich die Pflegekräfte weiterhin als diejenige Berufsgruppe, die als letztes mit betriebswirtschaftlichen Belangen befasst sein sollte. Entsprechend froh ist man um die Arbeit der Kodierkräfte und sieht die wirtschaftliche Verantwortung bei der Geschäftsführung oder abstrakter beim ‚Haus‘: „Das Haus denkt wirtschaftlich für mich“ (P7). Zum anderen kommt hinzu, dass die Pflegenden weiterhin diejenigen sind, die in Relation zu den anderen Berufsgruppen am Nächsten an den Patient*innen arbeiten. D.h. auch wenn die Patient*innennähe nicht in dem Grad zu verwirklichen ist, den sich die Pflegekräfte wünschen, kommt es weiterhin zu einer differenzlogischen Reproduktion der pflegerischen Identität als Berufsgruppe, die, anders als die Ärzt*innen, die Vorgesetzten und erst recht die Verwaltungsmitarbeiter*innen, ‚am Bett‘ arbeitet und ständig ‚vor Ort‘ ist, ansprechbar ist, beobachtet und den Überblick behält. Zudem bereitet das, was von den Pflegenden als politisch gewollter und organisierter Angriff auf die Patient*innenbedürfnisse verstanden wird, potenziell die Bühne, auf der sie sich als ‚wahrer‘ Repräsentant der Patient*innen und der feldspezifischen *illusio* inszenieren können.

Angesichts der geschilderten Ökonomisierungstendenzen erscheint es als widerständige Praxis, wenn Pflegenden die Gebrauchswertdimension ihrer Arbeit hoch halten, sich für ihre Patient*innen Zeit nehmen (vgl. Arnold 2008: 571), sich nicht durch das Abrechnungsregime irritieren lassen und die Dokumentation nachrangig behandeln, also Kernelementen des pflegerischen Ethos folgen.³⁷ Diese Widerständigkeit

36 Auch Arnold kommt in ihrer ethnographischen Studie zu dem Ergebnis, dass die Dokumentation von den Pflegenden nicht zum Kern der pflegerischen ‚Arbeit‘ gerechnet wird, die zu schaffen von ihnen beansprucht wird (vgl. 2008: 198ff.).

37 Sowohl im vorliegenden Sample als auch in dem Bericht von Kumbrock/Senghaas-Knobloch (2015: 128) entsteht der Eindruck, dass es für die interviewten Pflegekräfte zwar eine ‚menschliche‘ Selbstverständlichkeit ist, sich zuerst um die Patient*innen und dann um die Dokumentation zu kümmern, aber gleichzeitig wird dieser Anspruch als individueller oder auf das Team bezogener gerahmt und den Praktiken anderer Pflegekräfte gegenübergestellt, die mit den Anforderungen der Vorgesetzten konform gehen würden. ‚Gute Pflege‘ zu leisten, erscheint also aus Sicht der Pflegenden als widerständiger, aber individueller Akt (vgl. auch den Fall von Herrn Schimmeck), insofern dieser Anspruch gegen Anforderungen und Erwartungen der Vorgesetzten oder anderer Akteure verteidigt werden muss. Eine Betriebsrätin erzählte etwa von dem Fall, dass ein Pfleger von der Stations- und Pflegedienstleitung offiziell ermahnt wurde, weil er einer älteren Patientin nicht nur ein,

besitzt innerhalb des gegenwärtigen Herrschaftsregimes allerdings auch seine Funktionalität.³⁸ Das ‚widerständige‘ Festhalten am pflegerischen Ethos – dasselbe gilt jedoch auch für die Medizin – dürfte mit dafür verantwortlich sein, dass die teils erwarteten negativen Konsequenzen des DRG-Systems (noch) nicht im befürchteten Maß eingetreten sind (vgl. Braun et al. 2010: 15). Trotz der sich verschärfenden Bedingungen der Krankenhauspflege wird so ein gewisses Maß an ‚Humanität‘ aufrechterhalten (vgl. Arnold 2008: 338), das es Akteuren in der gesundheitspolitischen Arena erlaubt, die Reform des Finanzierungssystems als Erfolgsgeschichte zu präsentieren. Der individuelle und alltägliche Widerstand gegen die Inhumanität gerät so objektiv in Komplizenschaft mit dem Inhumanen.³⁹ Die Pflegenden zahlen dafür allzu oft mit ihrer eigenen Gesundheit. Das Getriebe erhält sich „knirschend, stöhnend, mit unsäglichen Opfern“ (Adorno 1972e: 15), also nicht trotz der gesellschaftlichen Widersprüche und Konflikte, sondern durch sie hindurch.

Was die Pflegenden als widerständige Praxis verstehen, geht jedoch gleichzeitig konform mit den weiterhin tradierten, aber auch gesetzlich verankerten gesellschaftlichen Erwartungshaltungen an eine fürsorgliche Pflegepraxis. Die Pflege steht noch immer in der Verantwortung, eine sach- und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Sie bewegt sich damit in der „makropolitisch nach wie vor existierenden Ambivalenz“ (Braun et al. 2010: 15) zwischen bedarfsgerechter Versorgung und Tauschwertorientierung. Es scheinen sich somit zwei Strategien abzuzeichnen, die zu wählen von der gegenwärtigen Feld-Position der Pflege aus möglich ist: Die eher opportunistische Strategie des Mitschwimmens in den tauschwertorientierten feldspezifischen Strömungen sowie des Aufstiegs in die Bereiche von Management und Con-

sondern zwei Mal einen endoskopischen Eingriff erläutert hat, der diese in Nervosität versetzte: „Er macht’s aber trotzdem so weiter, hat gesagt ‚ich lass das nicht mit mir machen‘.“ (BR3)

38 So auch Pfeuffer: „Für das System ist eine [selbstlos-aufopferungsbereite; R.M.] Haltung [...] durchaus funktional. Umgekehrt mangelt es dieser Organisation allerdings an einer Kultur der Wertschätzung, die dieses Ethos in einem reziproken Tausch irgendwie materiell wie auch symbolisch vergelten könnte.“ (2014c: 61) Die Funktionalität des Ethos der pflegerischen Praxis lässt sich zudem durch ein Gedankenspiel verdeutlichen, in dem der durch die Ökonomisierungstendenzen strukturell eröffnete Raum des Möglichen ausgeschöpft wird: Würden sich die Pflegekräfte als nutzenmaximierende Wesen verhalten, könnte etwa folgendes Kalkül greifen: Man dokumentiert Patient*innenlagerungen in der Nachtschicht, die man gar nicht gemacht hat, was erstens körperlich anstrengende Arbeit spart, von der es aber so aussieht, als sei sie gemacht worden, und zweitens entsteht bei dem*der Patient*in in der Folge des Nicht-Handelns ein Dekubitus, der über die Wunddokumentation abrechnungsrelevant gemacht werden kann. So können die ökonomischen Ziele des Hauses, damit die Arbeitsplatzsicherung und der Eigennutz (Schonung der Arbeitskraft) bedient werden. Dass derartige Optionen nicht gewählt werden, verdankt sich der fortexistierenden Geltung pflegerischer Normen.

39 Das Ethos pflegerischer Praxis kann allerdings auch, wie die Pflegestreiks der letzten Jahre gezeigt haben, interessenpolitisch mobilisiert werden und zu einem *kollektiven* Widerstand führen, der diese Komplizenschaft aufbricht (vgl. Wolf 2015). Nicht zuletzt dieser kollektive Widerstand der Pflege hat dazu geführt, dass die Erzählung vom Erfolg des DRG-Systems brüchig wurde.

trolling,⁴⁰ oder eine Strategie der Verteidigung des gebrauchswertbezogenen feldspezifischen ‚Kapitals‘. Während erstere als individueller Ausweg funktionieren kann, deutet einiges darauf hin, dass letztere nur als kollektiv verfolgte Strategie langfristig umsetzbar ist. Angesichts der Verschiebungen der Machtverhältnisse im Feld der stationären Krankenversorgung zugunsten jener Akteure, die für die ökonomische Reproduktion der Krankenhäuser relevant sind (von den Krankenkassen über die Geschäftsführungen der Krankenhäuser bis hin zu den Angestellten der Controlling-Abteilungen), zeichnet sich allerdings durchaus eine leichte Tendenz zur Allianzbildung zwischen Ärzteschaft und Pflegekräften ab.⁴¹ So könnte das koalierte salutogenetische ‚Kapital‘ von Ärzten und Pflegekräften gegen die Effektivierung der ökonomischen Macht in Stellung gebracht werden.

7.4 LOHNARBEITSBEWUSSTSEIN ALS GEGEN-ÖKONOMISIERUNG

Eine Alternative oder zumindest ein Korrektiv dazu, am fürsorglichen Ethos festzuhalten, beim Anrennen gegen die ökonomiebedingte Fremdbestimmung und die tendenziell sinn-blockierenden Arbeitsbedingungen aber die eigene Gesundheit aufs Spiel zu setzen, besteht darin, den Aspekt der Lohnarbeitsförmigkeit der Krankenhauspflege in den Vordergrund zu spielen und sich von entsprechenden Orientierungen leiten zu lassen. Historische Bedingung der Möglichkeit hierfür ist die ‚Entzauberung‘ der Pflege, der institutionelle Wandel vom christlichen Liebesdienst zum Beruf (vgl. 4.2.3). Das Lohnarbeitsbewusstsein⁴² lässt sich in der theoretischen Perspektive dieser Arbeit ebenfalls als eine Form der Ökonomisierung deuten, denn nicht nur bei Orientierungen an Kosten, Erlösen und Sparvorgaben handelt es sich um Tauschwertorientierungen, auch die Orientierung am Lohn ist ihnen zuzurechnen (vgl. MEW 23: 557ff.). Die Arbeitskräfte der kapitalistischen Moderne bewegen sich – gleich, ob sie sich in einer kapitalistischen oder nicht-kapitalistischen Arbeitsorganisation verdingen – in einem spezifischen Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert. Die Bezugnahme von Arbeitskräften auf sich selbst als Ware, die sich

40 Auf diese Weise wird die ‚Emanzipation‘ von der Medizin durch die Abhängigkeit von der Ökonomie ersetzt – vgl. zur Verstrickung von Professionalisierung und Ökonomisierung Krampe (2014).

41 Pfeuffer weiß aus seinem Forschungszusammenhang zu berichten, dass viele Pflegenden erwähnen, das „hierarchiegeprägte Verhältnis zu den Ärzten“ habe sich in den vergangenen Jahren verbessert, „was auf eine veränderte Machtbalance innerhalb des Gefüges der Berufsgruppen des Krankenhauses hindeutet.“ (2014c: 48) Auch Braun et al. (2010) haben Hinweise darauf entdeckt, dass unter DRG-Bedingungen eine Annäherung der Berufsgruppen „über professionelle Grenzen hinweg stattfindet“ (ebd.: 20).

42 Mit diesem Begriff sind keineswegs, in traditionsmarxistischer Manier, etwaige ‚Revolutionshoffnungen‘ verbunden. Zum Aufbegehren gegen die Entwicklungen im Gesundheitssektor werden von den Pflegenden selbst vielmehr gerade die arbeitsinhaltlichen Bezüge und die Identifikation mit der Fürsorgerationalität mobilisiert (vgl. L. Wolf 2015: 30) und nicht das instrumentelle Lohnarbeitsbewusstsein.

zum Zweck der Selbsterhaltung gegen Lohn verkauft – eine Orientierung, die in arbeitssoziologischen Diskussionen als instrumentelle Arbeitshaltung bekannt ist (zum Überblick vgl. Nies 2015: 73ff.) – ist ebenfalls eine Form der Tauschwertorientierung, die sich gegenüber dem Inhalt der Arbeit verselbständigen kann. Dieser Selbstbezug kontrastiert offensichtlich mit den in der Fürsorgeöklogik pflegerischer Arbeit angelegten Handlungsorientierungen. D.h. auch der widersprüchliche Selbstbezug der pflegerischen Arbeitskräfte ist notwendiger Bestandteil der Analyse des historischen Formwandels der Bearbeitung des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert, denn:

„Die daraus resultierenden Konflikte haben letztlich ihre formationsspezifische gesellschaftliche Grundlage in dem Widerspruch zwischen der Tauschwertorientierung der Warengesellschaft (und des Lohnarbeitsverhältnisses) einerseits und der Gebrauchswertorientierung des, außerhalb der Kapitalverwertung stehenden, Krankenhaussektors. Darin liegt die materielle Grundlage jener Doppelmoral, wie sie in medizinischen Professionen anzutreffen ist.“ (Kühn 1980: 113)

Diese Doppelmoral gilt freilich nicht bloß für das medizinische Personal – auch wenn dieses wesentlich aussichtsreicher auf wertförmige Vergeltung schielen darf als das pflegerische. Die Pflegenden reagieren auf die dauerhafte Belastung mit der Coping-Strategie, eine „instrumentelle Arbeitsorientierung“ (Voswinkel 2015: 41) zu verfolgen. Idealtypisch betrachtet liegt die Logik der Lohnarbeitsorientierung darin, die Arbeitskraft während der Arbeitszeit weitestgehend zu schonen,⁴³ nur so viel zu arbeiten, wie vertraglich vorgesehen, und den Lohn als primären Zweck der Arbeit zu betrachten. Im Sample lassen sich Tendenzen hierzu relativ klar identifizieren.⁴⁴

Ein erneuter Blick ins Material zeigt, dass einige Pflegekräfte aus Gründen der Selbstsorge beginnen, ihre Arbeitskraft zu schonen. Im Sample berichten mehrere Interviewpartner*innen davon, dass die Pflegekräfte nicht mehr so häufig aus dem Frei kommen. Das Beharren auf dem Frei ist allerdings ein zweischneidiges Schwert, denn diese individuelle Weigerung kann durchaus in Konflikt geraten mit Solidaritätsnormen, die im Pflege-Team vorherrschen, denn: „letztendlich baden es dann halt diejenigen aus, ne, die halt das Pech haben, dass jemand krank ist.“ (P1) Davon, dass die Lohnarbeitsorientierung eher lebbar ist, wenn sie im Team auf Akzeptanz stößt, zeugt auch eine Erzählung von Frau Söllner:

„Also z.B. jetzt bei diesem letzten Dienst, wo nachmittags zwei Kolleginnen krank waren, war es auch so, dass die Pflegedienstleitung dann ankam als Übergabe war mittags und gefragt hat, ob nicht jemand länger bleibt, von den Frühdienstlern. Und ähm wir dann alle gesagt haben zu viert, ne, dass wir das nicht machen. Dass wir auch fertig sind einfach, dass wir keine Frühstückspause gemacht haben, nicht auf Toilette waren und einfach jetzt durchgeackert haben, ja, und der Spätdienst dann aber auch so *tough* war zu sagen: ‚Ne, wir ähm, wir wollen auch nicht,

43 „Abgesehen von dem natürlichen Verschleiß durch Alter usw., muß ich fähig sein, morgen mit demselben Normalzustand von Kraft, Gesundheit und Frische zu arbeiten, wie heute“ (MEW 23: 248) – so spricht Marx aus der Innenansicht des Lohnarbeiters.

44 Allerdings ist zu vermuten, dass diese Tendenz im Sample auch deshalb so sichtbar ist, weil alle bis auf zwei Pflegekräfte gewerkschaftlich engagiert sind.

dass die länger bleiben“, ja, also wir da auch so ’n bisschen Glück hatten mit dem Spätdienst, ja.“ (H1)

In dieser Situation wird zwar dem Glück zugeschrieben, dass die Mitarbeiter*innen im Spätdienst sich nicht auf die Seite der Pflegedienstleitung gestellt, sondern sich solidarisiert haben; es scheint sich also nicht um eine fest etablierte kollektive Orientierung zu handeln, der hier gefolgt wird. Aber dennoch hat das gemeinsame Auftreten des Teams es (mit) ermöglicht, sich den Leistungsanforderungen der Pflegedienstleitung zu widersetzen.

Ein anderer Aspekt, an dem die Tendenz zur instrumentellen Arbeitshaltung deutlich wird, ist der Umgang mit Pausen. Frau Yildiz erzählt im Zuge ihrer Beschreibung, wie ein typischer Arbeitstag aussieht, von ihren Pausen:

„Und ähm, ja, dann versuche ich, irgendwann mal Pause zu machen [lachen], ja, also. Gut mittlerweile sag ich äh, ich mache Pause komme was wolle, dann bleibt halt irgendwas liegen für den Spätdienst, ja, das ist – also ich mach das nicht mehr, dass ich da acht Stunden durchkloppe, ohne was zu essen oder zu trinken, ähm, und nehm’ dann meine Pause. (P8)

Auch hier wird deutlich, dass die Selbstsorge gegen die implizite Norm im Pflgeteam durchgesetzt werden muss, nichts für den Spätdienst liegen zu lassen. Eine weitere Tendenz in Richtung Lohnarbeitsorientierung äußert sich im Umgang mit Überstunden: Man arbeitet nicht mehr umsonst. Werden die vertraglich geregelten Arbeitszeiten auch nur um zehn Minuten überschritten, werden diese als Überstunden aufgeschrieben:

„Also man braucht [für die Übergabe; R.M.] immer länger als die Überlappungszeit. [...] Die meisten Kollegen schreiben keine Plusstunden auf dafür. Ich schreib öfter mal 10 oder 15 Minuten extra auf. Die meisten sind zu treudoof, um das zu tun.“ (P6)

Die Abgrenzung der eignen, individuellen Lohnarbeitsorientierung gegenüber dem beobachteten Verhalten der ‚meisten‘ anderen Pflegekräfte, das dem Üblichen entspricht, wie Herr Becker sie hier mit dem Adjektiv ‚treudoof‘ vornimmt, ist durchaus typisch. Sie lässt sich aber auch in anderer Ausprägung finden. Herr Ortlieb formuliert die Lohnarbeitsorientierung aus einer kollektiven Perspektive („wir“) und grenzt sie anders als Herr Becker explizit gegenüber dem traditionellen und weiblich konnotierten Berufsethos ab, sich für die Patient*innen aufzuopfern. Auf die Frage, wie er mit Situationen der Überlastung umgeht, führt Herr Ortlieb aus, dass unter anderem Dinge auch später gemacht werden. Auf Nachfrage erläutert er weiter:

P7: „Wir gehen immer mehr dazu über auch Sachen in die andere Schicht zu verlagern. Da fehlt auch ein bisschen das Verständnis für, also es ist – das sind halt Krankenschwestern, die denken, sie müssten halt alles machen für den Patienten. Also das ist halt die Aufgabe und wenn sie das nicht schaffen oder wenn wir das nicht schaffen, dann ist das halt ’n Fehler oder mangelnde Leistung.“

RM: „Du meinst es fehlt dann das Verständnis, dass man dann davon zurücktritt und sagt: ‚ich kann halt in der Schicht nur machen, was ich machen kann und dann...“

P7: „Ja. [...] Also für manche ist das sehr schwierig, wenn der Patient nicht komplett versorgt ist, gewaschen und so wie sich das gehört und gelagert und alles ist schön, dann haben sie nicht zufriedenstellend für sich gearbeitet, so.“

Zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews berichtet Herr Ortlieb davon, dass es insbesondere die neuen examinierten Kolleg*innen sind, die aus dem Frei kommen und einspringen. Er äußert sein Bedauern darüber, dass diese Kolleg*innen sich einer hohen Belastung ausgesetzt sehen. Daran schloss die Nachfrage an:

RM: „Aber versuchst du denn dann auch mal mit denen zu reden äh, dass die das nicht unbedingt machen müssen und die mal so 'n bisschen...“

P7: „Ja [lachen]. Also wir haben schon mal Gespräche darüber geführt, über Gewerkschaft und was man eigentlich machen muss und so. Ähm, das ist so bedingt fruchtbar. Da ist auch wieder dieses, auch bei den älteren Schwestern, dieses ähm, ja, dieses Ethische, also dieses: ‚Ich muss helfen.‘ So. Also, und das ist sehr schwierig, das irgendwie an die Seite zu tun oder das auseinanderzubrockeln, so, dass das zwei verschiedene Sachen sind.“

Auf die Spitze getrieben könnte diese strukturbedingte Abwendung vom ‚Ethischen‘, das Herr Ortlieb hier explizit den „älteren Schwestern“ zuschreibt, zu dem führen, was Karin Kersting (2011) in Anlehnung an Adornos Begriff der bürgerlichen Kälte als „coolout“ beschrieben hat, also zu einer moralischen Desensibilisierung gegenüber dem ‚Schicksal‘ der Patient*innen, zu Demotivation und zur ‚inneren Kündigung‘. Eine derart zugespitzte Form des Lohnarbeitsbewusstseins lässt sich im vorliegenden Sample allerdings nicht finden. Das Lohnarbeitsbewusstsein erfüllt hier vielmehr die Funktion einer Stopp-Regel, einer Begrenzungs- oder Balancierungspolitik: Der Anspruch, gute Arbeit zu leisten, wird nicht aufgegeben, er soll nur nicht um den Preis der Selbstaufgabe und des eigenen gesundheitlichen Ruins verwirklicht werden; die Sorge um andere soll in Balance mit der Sorge um sich selbst stehen – man lehnt es ab, sich für die Konsequenzen der Versäumnisse der Krankenhausleitung und der Politik insgesamt verantwortlich zu fühlen und sie aufopferungsvoll zu kompensieren.

Begünstigt wird eine solche handlungsleitende Orientierung durch ein Selbstbewusstsein und ein Selbstwertgefühl, das auf der Einsicht basiert, wie tragend die Rolle ist, die die pflegerische Arbeit für den gesamten organisatorischen Ablauf im Haus, für die Arbeit der Ärzt*innen und natürlich auch für das Wohlbefinden der Patient*innen spielt. Diese Form des Selbstwertgefühls findet sich vor allem bei den erfahrenen Pflegekräften. Als weitere Ressource, auf die die Pflegekräfte zur Enaktierung der Lohnarbeitsorientierung zurückgreifen können, kommt in der aktuellen Situation des (regional unterschiedlich ausgeprägten) Fachkräftemangels hinzu, dass die Pflegenden sehr genau wissen, dass sie bei der momentanen Arbeitsmarktlage nicht an das Haus gebunden sind, in dem sie gerade arbeiten. Das wird im Konfliktfall gegenüber den Vorgesetzten teils auch klar formuliert und es wird offen mit der Kündigung gedroht.⁴⁵ So lässt sich diagnostizieren, dass die Pflegekräfte in der ge-

45 Herr Becker berichtet von einem Konflikt mit dem Stationsleiter über die Dienstplangestaltung: „...also ich hab durch die Blume gesagt, wenn das nochmal vorkommt, dass ich drei

genwärtigen Situation durchaus ein Bewusstseins ihrer „strukturellen Macht“ (Brinkmann et al. 2008: 25; vgl. auch Silver 2005: 30ff.) entwickeln, was sie dazu befähigt, sich bestimmten Leistungsanforderungen zu widersetzen.

ZWISCHENBETRACHTUNG: EXISTENZSICHERUNG ALS KOLLEKTIVES GESAMTPROJEKT

Wie stellt sich nun die Konstellation der Ökonomisierung dar? Werfen wir zunächst einen zusammenfassenden Blick auf die Architektur des Regimes des ökonomischen Drucks, wie es sich aus Sicht der Pflegenden darstellt: Der zentrale Problemkomplex, der aus dem Zusammenhang von Personalknappheit, erhöhtem Arbeitsaufwand und Zeitdruck besteht (vgl. 7.1), erzeugt bei den Pflegekräften ein *Interesse* daran, dass sich die Personalsituation auf ihrer Station verbessert oder zumindest nicht weiter verschlechtert. Dieses Interesse ist nur zu realisieren, indem darauf geachtet wird, dass die ökonomische Lage der Station stabil bleibt oder sich verbessert, impliziert also ein Interesse am ökonomischen Spiel. Legitimationswirksam gestützt wird dieses Interesse durch eine ökonomisierte *Situationsdefinition*: Die Pflegekräfte nehmen war, dass relevante Andere die Pflege primär als Kostenfaktor wahrnehmen und behandeln und den Beitrag der pflegerischen Arbeit zum ‚Gesamtpjekt‘ der Patient*innenversorgung kaum erkennen und anerkennen. Dieses durch die Fremd- und Selbstinterpretation als Kostenfaktor (7.2.2) legitimierte Interesse wird mit einem spezifischen, aus ökonomischen Basisdaten der Station bestehenden Betriebswissen (7.2.1) unterfüttert. Gleichzeitig bekommen die Pflegekräfte – mal mehr, mal weniger systematisch – ein Wissen darüber vermittelt, was wie gemacht und dokumentiert werden muss, damit es (maximal) abgerechnet werden kann (7.2.3). Hält man sich an die „solide materialistische Grundregel“, dass Akteur*innen nur in dem Maße feldspezifischen Regeln folgen, „wie ihr Interesse, sich an sie zu halten, größer ist als ihr Interesse, sich nicht an sie zu halten“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 147), wird deutlich, wie dieses Regime zum Bruch mit den pflegespezifischen Regeln treibt – zumindest sofern den Pflegekräften das dazu nötige Wissen vermittelt wird.

Doch es ist kein schlichtes egoistisches Interesse, das hier relevant wird, seine Ausrichtung wird mit spezifischem Sinn hinterlegt: Sinnstiftender Rechtfertigungshorizont der Interessenadjustierung ist die langfristige ökonomische Existenzsicherung der stationären Versorgungsinfrastruktur als *Selbstzweck*. Erst in diesem Horizont erhalten Praktiken, die innerhalb der medizinisch-pflegerischen Sachlogik als irrelevant bis schädlich gelten, Sinn und Legitimität. Im Zusammenwirken von sich verschlechternden Arbeitsbedingungen und fortexistierender feldspezifischer *illusio* etabliert sich die ökonomische Existenzsicherung somit als *neues sinnvolles Gesamtprojekt*: Die ökonomische Reproduktion des Hauses ist durch die Prozesse der Öko-

Wochenenden arbeite, dann bin ich weg hier. Und möchte er natürlich nicht, weil er hat wie gesagt 'nen Haufen Leute, die in Einarbeitung sind und muss froh sein um jeden, der irgendwie äh, ja, der fertig eingearbeitet und in der Lage ist, ganz normal Patienten dort zu betreuen. Somit ist er, ja, um jede reguläre Kraft muss er eigentlich froh sein und gucken, dass er die hält, ja.“ (P6)

nomisierung zu einem *eigenständigen* arbeitsinhaltlichen Ziel und Anspruch der Pflegekräfte transformiert worden, der sich gegenüber der Sachlogik der konkreten, einzelfallbezogenen Patient*innenversorgung verselbständigt hat und mit dieser immer wieder in Konflikt gerät. Dennoch gibt es ein feldspezifisches, normatives Scharnier, über das dieser tauschwertbezogene arbeitsinhaltliche Anspruch in das Feld der Pflege eingebaut wird: Es ist nicht so sehr die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust,⁴⁶ sondern der weiterhin existierende *Glaube an den Wert des Versorgungsspiels*, der die Zukunftsvision des Abbaus der Versorgungsstruktur (oder der Privatisierung) bedrohlich erscheinen lässt.⁴⁷ Wollte man diese sinnstiftend wirkende tauschwert-ökonomische Rationalität auf den Begriff bringen, so könnte man also von einer *wertrational fundierten Existenzsicherungsrationaliät* sprechen. Diese Form der tauschwert-ökonomischen Rationalität ist weder mit einer bedarfswirtschaftlichen noch mit der kapitalistischen Rationalität (vgl. 3.2.2) in eins zu setzen, es handelt sich vielmehr um eine ökonomische Rationalitätsform *sui generis*, die spezifisches Produkt der Ökonomisierung des (weiterhin) gebrauchswert-geleiteten sozialen Feldes der stationären Krankenversorgung ist.

Allerdings ist diese ökonomische Rationalitätsform recht diffus – Existenz- oder Bestandssicherung kann vieles bedeuten. Sie konkretisiert sich erst durch Rückkopplungsprozesse, die im Finanzierungsregime und in der Strukturierung organisationaler Prozesse institutionalisiert sind; erst sie liefern praktikable Rationalitätskriterien. Im vorliegenden Material konkretisierte sie sich einerseits als Erlösorientierung (Abrechnungsmaximierung), die der Logik einer preisbezogenen ökonomischen Rationalität folgt.⁴⁸ Andererseits kann ihr aber auch im Sinne einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität Rechnung getragen werden: Es wird – ganz im Sinne der von Schimank/Volkman (2008) als Stufe zwei der Ökonomisierung beschriebenen Kostenvermeidung als Soll-Erwartung – versucht, möglichst wenig Kosten zu erzeugen,

46 Der Erhebung von Braun et al. (2011: 40) zufolge hat die Angst der Pflegekräfte vor einem Arbeitsplatzverlust im Zeitraum von 2003 (33,4%) bis 2008 (19,5%) abgenommen.

47 Auch im kapitalistischen Sektor übernehmen die Beschäftigten eine Form der ökonomischen Rationalität, die auf die langfristige Existenzsicherung der Unternehmung gerichtet ist – die Letztbegründung liegt dabei allerdings weniger in der Selbstzweckhaftigkeit der hergestellten Gebrauchswerte, sondern darin, dass mit der Existenz des Unternehmens „die langfristigen Reproduktionsinteressen und die Perspektiven der eigenen wie familiären Lebensplanung verknüpft sind“ (Kratzer et al. 2015: 131). Sofern im vorliegenden Sample die langfristige Lebensplanung der Befragten vorkam, dann nur in dem Sinne, dass die Krankenpflege kein Beruf ist, den man (in Vollzeit) bis zur Rente ausüben kann. Das passt zu den weiteren Befunden von Kratzer et al. (2015: 210ff.) über die Orientierungen der von ihnen untersuchten Beschäftigten kommunaler, also öffentlicher Arbeitsorganisationen: „Dies ist durchgängig kennzeichnend für die befragten Gemeinwohlarbeiterinnen und Gemeinwohlarbeiter: Sie argumentieren deutlich weniger als andere Beschäftigte mit ihren eigenen Interessen und Ansprüchen als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, vielmehr ist die fachlich untermauerte Fürsorgeorientierung im Sinne einer Orientierung an den Lebensbedürfnissen anderer zentrales Anspruchsprinzip.“ (Ebd.: 217)

48 Hier ließe sich noch einmal unterscheiden zwischen einer Erlösorientierung, die nur das Mittel der Dokumentation nutzt, und einer solchen, die die Versorgung selbst als Mittel zur Erlösgenerierung einsetzt.

wobei aber die adäquate Patientenversorgung Zweck des Handelns bleibt. In beiden Fällen bedarf es allerdings, um der Rationalität formal rational folgen zu können, auch eines Wissens über die ökonomischen Regeln und (Prozess-)Strukturen.

Wie die Involviertheit der Pflegekräfte in die Existenzsicherung des Hauses ausgeprägt ist, dürfte – so legt das Material zumindest nahe – mit davon abhängig sein, wie ihre Bindung an das jeweilige Haus aussieht: In dem Maße, in dem die Pflegenden das Haus, in dem sie arbeiten, nicht als ‚ihr‘ Haus – ihre ‚Familie‘ (P2) – betrachten, sondern lediglich als Arbeitgeber, wird es notwendig, ihre Einbindung in die Refinanzierungsproblematik über konkret spürbare Rückkopplungen zu bewerkstelligen – etwa indem Stellenkürzungen angedroht oder Aufstockungen des Stellenplans in Aussicht gestellt werden.⁴⁹

Da die wertrational fundierte Existenzsicherungsrationale sinnstiftend wirkt, ist sie mit dafür verantwortlich, dass das ökonomisierungsbedingte Konfliktpotenzial nicht in dem Maße in manifeste Konflikte umschlägt, das aufgrund des hohen Frustrationsgrades der Beschäftigten zu erwarten wäre. Wenn der Glaube an den Wert des Versorgungsspiels dazu führt, dass er unter den gegenwärtigen Bedingungen *in situ* nicht gelebt werden kann, handelt es sich allerdings nur noch um eine Schwundstufe der feldspezifischen *illusio*.⁵⁰ Da die Wirksamkeit der wertrational fundierten Existenzsicherungsrationale die pflegerische Praxis transformiert, ist davon auszugehen, dass sich langfristig ebenfalls die berufliche Identität verändert oder aber die Unmöglichkeit, sie zu leben – Andreas Pfeuffer (2014c) spricht von einem ‚unmöglich gewordenen Beruf‘ –, die Exit-Tendenzen in der Krankenpflege verstärken.⁵¹

Zusammenfassend meint die Ökonomisierung der Pflege folgende Konstellation: Auch wenn die Pflegekräfte sich weiterhin primär dem Projekt der Patientenversorgung verschreiben und im Konfliktfall den ökonomischen Sinnhorizont ausblenden, von einer Ökonomisierung der Pflege kann dennoch insofern die Rede sein, als durch die Ökonomisierung der Gesundheits- und Krankenhauspolitik sowie die Ökonomisierung der Organisation Krankenhaus erstens die Pflege unter ökonomisierten Arbeitsbedingungen stattfindet, zweitens die Pflegekräfte (je nach organisationalem Kon-

49 Die Trägerschaft des jeweiligen Krankenhauses hat für die interviewten Pflegekräfte (anders als für die interviewten Betriebsräte) interessanterweise kaum eine Rolle gespielt. Das ist einerseits aufgrund der Einheitlichkeit des Finanzierungsregimes und der in ihm angelegten Rationalitätskriterien nicht verwunderlich, andererseits könnte in weiterer Forschung nachgebohrt werden, inwiefern unterschiedliche Trägerschaften zu unterschiedlichen Bindungen der Beschäftigten an ‚ihr‘ Haus führen. Da im Sample keine Pflegekräfte aus privat-kapitalistisch getragenen Häusern vorhanden sind, sind auf seiner Grundlage diesbezüglich keine stichhaltigen Aussagen möglich.

50 Dialektisch genug, muss, um das Unterlaufen versorgungslogisch sinnvoller Praxis zu rechtfertigen, der abstrakte Wert der Aufrechterhaltung der Versorgungsinfrastruktur bemüht werden, doch wiederum nur, um ihn sogleich wieder zu unterlaufen, denn was nutzt eine Infrastruktur, in der nicht getan werden kann, was getan werden sollte?

51 Auch dies wäre eine Untersuchung für sich: Weitet sich die Kluft zwischen der Ausbildung, die zunehmend akademisch durch pflegewissenschaftliche Einsichten und Konzepte fundiert wird, und der Praxis, die wenig Spielraum dafür lässt, die Pflege so zu gestalten, ‚wie du es mal gelernt hast‘ (P2)? Genauso moniert Frau Yildiz: ‚Und es wär eigentlich auch ganz schön, wenn man mal wieder das machen könnte, was man gelernt hat‘ (P8).

text mal stärker, mal schwächer) die Refinanzierung zu einem eigenständigen arbeitsinhalten (Neben-)Ziel erheben und es entsprechend drittens zu Zielkonflikten kommt, die dem entwickelten Konzept von Ökonomisierung zufolge für diese charakteristisch sind. Darüber hinaus lässt sich die These aufstellen, dass die Pflegekräfte auf die tendenziell unmöglich gewordenen Bedingungen viertens mit der Entwicklung eines Lohnarbeitsbewusstseins reagieren, das sie im Sinne einer Gegen-Ökonomisierung von dem Ethos der Aufopferung befreit, der sie in besonderem Maße ausbeutbar macht.

8 Schlussbetrachtung

„...daß nicht die Gesellschaft *mit* ihren Widersprüchen oder *trotz* ihrer Widersprüche sich am Leben erhält, sondern *durch* ihren Widerspruch *hindurch*“.
(Adorno 2003: 20)

„So weist die wahrhaft philosophische Kritik der jetzigen Staatsverfassung nicht nur Widersprüche als bestehend auf, sie erklärt sie, sie begreift ihre Genesis, ihre Notwendigkeit. Sie faßt sie in ihrer eigentümlichen Bedeutung. Dies Begreifen besteht aber nicht, wie Hegel meint, darin, die Bestimmungen des logischen Begriffs überall wiederzuerkennen, sondern die eigentümliche Logik des eigentümlichen Gegenstandes zu fassen.“
(Marx, MEW 1: 296)

Die vorliegende Untersuchung war in vielerlei Hinsicht ein Experiment. Ihr Ziel lag weniger darin, eine empirische Forschungslücke zu schließen, vielmehr sollte ein konzeptionelles Defizit von Ökonomisierungsdiagnosen bearbeitet werden, das sich nicht zuletzt aus der wissenschaftlichen Arbeitsteilung innerhalb der Soziologie ergibt. Zu diesem Zweck wurde in einem ersten Schritt (Teil I) eine gesellschaftstheoretische Heuristik entwickelt, die unter Rekurs auf Marx' Kritik der politischen Ökonomie das ökonomietheoretische Defizit zu beheben versucht, das bisher in der gesellschaftstheoretischen Diskussion von Ökonomisierungsphänomenen besteht. Dem von Marx als Grundwiderspruch kapitalistischer Gesellschaften bezeichneten Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert (vgl. 3.1) kommt dabei theoriebautechnisch in mehrfacher Hinsicht eine wesentliche Rolle zu. Erstens erlaubt die Unterscheidung von Gebrauchswert und Tauschwert eine (idealtypische) Differenzierung verschiedener Varianten ökonomischer Rationalität (vgl. 3.2). Zweitens bietet er produktive Anschlussstellen für differenzierungstheoretische Beobachtungen der modernen Gesellschaft (vgl. 3.3). So wurde die Marx'sche Unterscheidung von Form und Inhalt gesellschaftlicher Arbeit aufgegriffen, um die differenzierungstheoretischen Präsuppositionen des Ökonomisierungsbegriffs theoretisch einzuholen (3.4). Auf der Ebene der Formen gesellschaftlicher Arbeit wurden in Erweiterung der materialistischen Kapital-, Staats- und Rechtstheorie vier Sektoren der materiellen Reproduktion moderner Gesellschaften unterschieden, die jeweils durch ein spezifisches Prinzip der Vergesellschaftung von Arbeit gekennzeichnet sind. Die in der

marx(isti)schen Tradition unterbelichtete Ebene des Inhalts, also der Gebrauchswertdimension gesellschaftlicher Arbeit, wurde dann mithilfe von Bourdieus Theorie sozialer Felder auszuleuchten versucht. Vor diesem Hintergrund wurde das Gesundheitswesen oder das salutogenetische Feld mit seinem Subfeld der stationären Krankenversorgung als gebrauchswert-geleitetes soziales Feld konzipiert, das sich in historisch divergierender Gewichtung durch die formdifferenzierten Sektoren der materiellen Reproduktion hindurch institutionalisiert hat. Es ist dabei auf verschiedenen Ebenen vom Widerspruch von Gebrauchswert und Tauschwert durchzogenen: Auf der Ebene institutioneller Arrangements, auf der Ebene der Organisationen und auf der Ebene der Akteur*innen. Entsprechend müssen, so die Annahme, unter historisch sich wandelnden Umständen institutionelle, organisationale und praktische Bewegungs- oder Bearbeitungsformen des Widerspruchs gefunden werden. Ökonomisierung wurde vor diesem Hintergrund als historischer Prozess bestimmt, durch den und in dem sich die feldspezifisch institutionalisierten Tauschwertbezüge gegenüber den konstitutiven Gebrauchswertbezügen des Feldes verselbständigen, was auf der Ebene organisationaler und individueller Praxis zu Zielkonflikten führt. Diese gesellschaftstheoretischen Annahmen wurden anschließend (Teil II) anhand eines Streifzugs durch die Geschichte der Ausdifferenzierung und Ökonomisierung des Krankenhaussektors zu plausibilisieren versucht. Es zeigte sich dabei, dass seit den 1970er Jahren ein grundlegender Wandel im institutionellen Arrangement des Feldes der stationären Krankenversorgung stattgefunden hat: Die ausbauende Krankenhauspolitik, die den Prozess der Ausdifferenzierung begleitet und stets auch ökonomische Probleme mit bearbeitet hat, prägte noch die Nachkriegszeit, schlug dann aber, gestützt vom Diskurs der ‚Kostenexplosion‘, in eine Krankenhauspolitik um, die sich von den Prinzipien der Kostendämpfung und der Beitragssatzstabilität, später dann auch des Wettbewerbs (Steuerung durch Preise) leiten ließ. In der empirischen Studie (Teil III) wurde dann gefragt, wie die Ökonomisierung der Krankenhäuser im Arbeitsalltag der Pflegekräfte in Erscheinung tritt. Die Exploration des Feldes ergab, dass unter den veränderten Rahmenbedingungen an verschiedenen Punkten Tauschwertorientierungen in den Vordergrund rücken und sich gegenüber pflegerischen oder gesundheitsberuflichen Orientierungen zu eigenständigen Zielkoordinaten des Handelns verselbständigen. Wie sich an den verschiedenen Dimensionen der Ökonomisierung der Pflege (vgl. 7.2) ablesen lässt, erhält diese Reorientierung Sinn und Legitimität vor dem Hintergrund, dass sich die ökonomische Existenzsicherung des Hauses aus Sicht der Pflegenden zu einem neuen sinnvollen Gesamtprojekt entwickelt hat. Es läuft allerdings nicht einfach nur neben dem Projekt der Patient*innenversorgung her, sondern gerät auf vielfältige Weise mit diesem in Widerspruch (7.3). Die ökonomische Existenzsicherung bleibt jedoch wertrational fundiert und damit in der feldspezifischen *illusio* verankert. Insofern kann sie als reflexives Arrangement des feldspezifischen Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert verstanden werden, das es gestattet, *in praxi* Abstriche bei der Befolgung der feldspezifischen *illusio* zu machen. Abschließend soll kurz diskutiert werden, inwiefern dieser Ansatz, in dem teilweise bereits Bekanntes in einen neuen theoretischen Rahmen gesetzt wird, über den bisherigen Stand der Konzeptualisierung hinausgeht und welche weitergehenden Forschungsperspektiven er eröffnet.

8.1 ZUM GEBRAUCHSWERT DER THEORIEARBEIT

Die entwickelte theoretische Perspektive gewährleistet es, die problematischen Implikationen des Ökonomisierungsbegriffs zu vermeiden. Es muss nicht unterstellt werden, dass die sozialen Felder, deren Ökonomisierung soziologisch diagnostiziert wird, zum Zeitpunkt vor diesem Prozess ‚ökonomiebefreite Zonen‘ gewesen wären.¹ Ihre Ausdifferenzierung und Autonomisierung bedurfte vielmehr der institutionellen Bearbeitung des Problems der Finanzierung, d.h. die Regulierung der Tauschwertbezüge ist für die Felder konstitutiv. Wie diese ausgestaltet sind, ob sie also eher einer kapitalistischen Rationalität oder – vor dem Hintergrund einer Dekommodifizierung der unmittelbaren Gebrauchswertproduktion – einer bedarfswirtschaftlichen Rationalität (vgl. 3.2.2) folgen, ist dann eine historisch und empirisch zu beantwortende Frage der Feldanalyse.

Wie der historische Abriss (Teil II) gezeigt hat, hatte das Krankenhauswesen seit seiner Ausdifferenzierung mit dem Problem knapper Finanzmittel zu kämpfen. Der Verweis auf eine zunehmende Relevanz von Problemen der Knappheit und entsprechender Kommunikationen trägt somit wenig dazu bei, das Spezifische der Ökonomisierungsprozesse zu fassen.² Solange in der feldspezifischen Praxis gebrauchswertgeleitete Zielorientierungen maßgeblich sind, scheint es, auch wenn Reflexionen auf das Problem der Knappheit stattfinden, nicht sinnvoll von Ökonomisierung zu sprechen, vielmehr handelt es sich dann um Formen ökonomischer oder bedarfswirtschaftlicher Rationalisierung, sei es in materialer oder formaler Hinsicht. Historisch waren solche Rationalisierungsbestrebungen etwa in der Debatte über die „Planwirtschaft im Krankenhaus“ anzutreffen.³ Um Ökonomisierung diagnostizieren zu können, muss demgegenüber untersucht werden, inwiefern die stets vorhandenen Tauschwertbezüge sich vom gebrauchswert-geleiteten, feldspezifischen *nomos* ‚entkoppeln‘, sich ihm gegenüber verselbständigen. Das hat wichtige konzeptionelle Im-

-
- 1 Die Heuristik vermeidet generell eine Glorifizierung vergangener Zeiten, denn einerseits rechnet sie im Anschluss an Marx mit einer Formbestimmtheit der feldspezifischen *illusions* und Bedürfnisse, andererseits wird in der Linie Weber-Bourdieu auch die kulturell-symbolische Dimension der Herrschaftsförmigkeit der Gebrauchswertbezüge thematisierbar. Auch in diesem Punkt ist Hagen Kühn zuzustimmen: „Es ist wichtig hinzuzufügen, dass mit der Ökonomisierungstendenz keine heile Welt verloren geht, sondern die Welt, aus der sie so hervorgehen konnte.“ (Kühn 2008: 315)
 - 2 Das gilt nicht nur auf Feld-, sondern auch auf Organisationsebene: Wenn Organisationen bereits „dann Prozessen der Ökonomisierung ausgesetzt sind, wenn sich organisationale Zweck- und/oder Konditionalprogramme inhaltlich am Problem der Knappheit“ (Peetz 2014: 88) orientieren, waren sie immer schon ‚ökonomisiert‘.
 - 3 Mit der Gegenüberstellung von ökonomischer Rationalisierung und Ökonomisierung soll keineswegs impliziert werden, erstere sei frei von Widersprüchen, diese wären jedoch gesondert zu untersuchen. Die Unterscheidung soll lediglich darauf aufmerksam machen, dass Ökonomisierung etwas anderes bedeutet als eine bloße „Radikalisierung des Effizienzgedankens“ (Bauer/Bittlingmayer 2010: 726). Effizienzdenken bedarf der Zieldefinition, diese kann gebrauchswert- oder tauschwertförmig sein; trifft ersteres zu, bleibt es bedarfswirtschaftlich orientiert.

plikationen: Ökonomisierung ist, so verstanden, nicht nur ein Prozess-, sondern ein *Relationsbegriff*, genauer: ein Begriff für die Relationierung von Zielbestimmungen feldspezifischer Praxis. Deshalb erscheinen sowohl das Verkehrsmodell als auch das Stufenmodell der Ökonomisierung als unzureichend – in beiden Modellen ist die Verbindung zum feldspezifischen *nomos* konzeptionell ausgeklammert. Am ehesten drängt sich noch beim Verkehrsmodell die Frage auf, in welcher *Relation* denn die zum Zweck verkehrten Mittel zum ‚ursprünglichen‘ Zweck stehen. Genau diese Relation wird in den Fokus gerückt, wenn der Begriff der Ökonomisierung mithilfe des Widerspruchskonzepts gefasst wird, man also nicht (nur) versucht, ihn in graduelle Stufen „zu differenzieren, sondern zu dialektisieren“ (Adorno 2008: 111). Prozesse der Ökonomisierung sind deshalb nur fruchtbar zu untersuchen, wenn mitgedacht wird *in* welchen Gewässern und *gegen* welche Strömungen sie durchgesetzt werden müssen.⁴

Allerdings geht das Konzept über die Bestimmung eines bloßen Zielkonflikts hinaus, denn die Ziele, die in Konflikt stehen, beziehen sich auf der einen Seite auf *Inhalte* gesellschaftlicher Reichtumsproduktion (Gebrauchswert), auf der anderen Seite aber auf deren historisch spezifische *Form* (Tauschwert). Es handelt sich deshalb nicht nur um zwei äußerlich einander gegenüberstehende Ziele, zwischen den gegensätzlichen Zielen besteht zugleich ein ‚notwendiger, innerer Zusammenhang‘ (Marx). Die Möglichkeit und Wirklichkeit der Verselbständigung ist an die ökonomische Form und ihren realabstraktiven Charakter gebunden: Es ist die Abstraktion von jeglichem Inhalt aufgrund derer Geld, der allgemeine, wertförmige Repräsentant des gesellschaftlichen Reichtums, zum ‚universellen Mittel‘ (Simmel) wird und sich damit tendenziell zu einer eigenständigen Zielgröße verselbständigt; und es ist diese Abstraktion, aufgrund derer die Orientierung am Geld zur Orientierung am Inhalt in Gegensatz geraten kann.⁵ Neben dieser (formbestimmten) Verselbständigung existiert aber weiterhin ein notwendiger Zusammenhang, denn: Umgekehrt impliziert das Konzept auch, dass nicht nur die kapitalistische Rationalität, also die ‚profitable Regeneration von Zahlungsfähigkeit‘ (Schimank/Volkmann 2012: 167) ‚fremdreferentiell finalisiert‘ werden muss (vgl. ebd.: 170). Da in allen Wertformen von jeglichem Inhalt abstrahiert wird, bedarf auch die Orientierung an anderen wertförmigen Größen als dem Profit (wie etwa an Budgets oder schwarzen Zahlen im Sinne einer ökonomischen Existenzsicherung) der fremdreferentiellen Finalisierung. Das impliziert, dass die Steuerung über Budgets und Preise einerseits notwendig Auswirkungen auf die Gebrauchswertproduktion hat, da in dieser Dimension Entscheidungszwänge produziert werden, andererseits besteht aber keineswegs eine Notwendigkeit, diese

4 Dieser relationale Blick auf die Konfliktualität oder Ambivalenz von Ökonomisierungsprozessen fehlt auch in Peetz‘ (2014) Analyse der Mechanismen der Ökonomisierung der Schule.

5 Die Kosten einer Fallbehandlung mögen noch so genau in einer DRG abgebildet werden, der betriebswirtschaftliche Gewinn oder Verlust einer Fallbehandlung mag noch so vorhersehbar sein, ob die Behandlung medizinisch notwendig oder sinnvoll war, lässt sich in ihr nicht abbilden.

Entscheidungen mit Blick auf die Qualität der Gebrauchswerte oder die Bedürfnisse der Patient*innen zu treffen, da von dieser in den Wertformen abstrahiert wird.⁶

Die Heuristik vermeidet darüber hinaus den ‚ökonomistischen‘ Fehlschluss eines direkten Durchgreifens der Ökonomie oder des Marktes in nicht-ökonomische oder nicht-marktlich koordinierte Bereiche. Gebrauchswert-geleitete soziale Felder sind – wenn auch in unterschiedlichem und historisch wandelbarem Maße – von einer politischen, staatlichen und rechtlichen Absicherung und Regulierung abhängig; nicht zuletzt was die Gestaltung der Tauschwertbezüge betrifft. Insofern sind die institutionellen Arrangements, die den Tauschwertbezug eines Feldes regeln, an die Form des Rechts und die Logiken einer *politischen* Ökonomie⁷ gebunden. Ökonomisierung wird so durchsichtig auf ihren politischen Gehalt: Sie ist nicht schlicht ein unmittelbares Resultat einer aus der Eigendynamik der kapitalistischen Ökonomie resultierenden, ‚Land nehmenden‘ Expansionslogik (Dörre) oder „Optionssteigerung“ (Nassehi), es handelt sich vielmehr in der Regel um *politische* Programme der Geldverwendung, die mit bestimmten Steuerungsabsichten verbunden sind. Das impliziert: Organisationen und Akteur*innen gebrauchswert-geleiteter Felder übernehmen nicht einfach eine kapitalistische Rationalität, die an dem Versuch orientiert ist, einem kapitalistischen Markt Gewinne abzutrotzen. Selbst wenn Organisationen und Akteur*innen sich an einer verselbständigten Gewinn-, Erlös- oder Einnahmelogik orientieren, so hat man es in der Regel mit *politisch gesetzten* Refinanzierungssystemen und -logiken zu tun, die etwa eine Vergütung nach festgelegten Leistungsindikatoren vorsehen. Das dürfte innerhalb von gebrauchswert-geleiteten Organisationen für „geldassoziierte Struktureffekte und Problemdynamiken“ (Kette 2017: 337) sorgen, die sich weiterhin von jenen genuin kapitalistischer Unternehmen unterscheiden. Der feldexterne „Ökonomisierungsdruck“ (Schimank) der kapitalistischen Ökonomie schlägt jedenfalls nur vermittelt über die Form des Rechts, die politischen (im weiten Sinne von staatlichen und zivilgesellschaftlichen) Kräfteverhältnisse, Verfahren und diskursiven Prozesse der (De-)Legitimation auf gebrauchswert-geleitete soziale Felder sowie ihre Tauschwertbezüge durch. Die differenzierungstheoretischen Grundannahmen, die jeder Theorie der Ökonomisierung zugrunde liegen, sind insofern nicht nur in ökonomietheoretischer Hinsicht zu spezifizieren, wie Thorsten Peetz als Kriterium für eine allgemeine Theorie der Ökonomisierung ansetzt (vgl. 2.1). Diese bedarf auch einer Theorie der Politik und des Staates (vgl. 3.3.1). In dieser Perspektive rücken zum einen die polit-ökonomischen *Zusammenhänge* zwischen verschiedenen, feldspezifischen ökonomischen Logiken als Elementen der allgemeinen Zirkulation

6 „Die Ökonomisierung kann also zwei Richtungen annehmen: die der Rationierung von medizinisch [und pflegerisch; R.M.] notwendigen und der Ausweitung von medizinisch [und pflegerisch; R.M.] nicht notwendigen Leistungen aus ökonomischen Gründen.“ (Rakowitz 2014: 14)

7 An dieser Stelle soll mit ‚*politischer* Ökonomie‘ auf politisch und rechtlich institutionalisierte ökonomische Mechanismen wie die Krankenversicherung oder das Krankenhausfinanzierungsgesetz verwiesen werden. Diese sind zwar auch Bestandteil der umfassenden politischen Ökonomie eines Staatswesens, folgen aber nicht der Logik des Wertgesetzes, sondern einer politischen Logik: „[D]ie Herstellung bestimmter Gebrauchswerte [wird] durch allgemeinen Willensentscheid zu einer politischen Funktion erklärt“ (Krüger 2010: 678).

in den Blick. Es lässt sich dann nicht nur sehen, dass im Krankenhausesektor ‚anders gewirtschaftet‘ wird als in der kapitalistischen Privatwirtschaft, sondern etwa auch, dass Ärzte „den Sparanreizen meist in dem Bewusstsein [folgen], verantwortlich für ‚die Gesellschaft‘ zu handeln, wenn sie tatsächlich die ökonomische Entwertung der Arbeitskraft (fallende Lohnquote) mit der Entwertung des sozialversicherten Patienten fortsetzen.“ (Kühn 2004: 28). Zum anderen bietet die der Marx’schen Theorie entnommene und weiter geführte Unterscheidung von Form und Inhalt die – hier nur oberflächlich erkundete – Möglichkeit, eine sektorale und eine funktionale Perspektive auf gesellschaftliche *Differenzierung* zu verbinden. Damit könnte sie auch dazu beitragen, den Zusammenhang der institutionellen Logiken (vgl. Friedland/Alford 1991), die innerhalb von Organisationen im Sinne einer „institutional complexity“ (Greenwood et al. 2011) wirksam sind, gesellschaftstheoretisch zu ergründen.

Doch nicht nur in gesellschaftstheoretischer, auch in forschungspraktischer Hinsicht, hat sich das Konzept bewährt: Zwar ist es gesellschaftstheoretisch durchaus recht ausführlich bestimmt, aber dennoch abstrakt und offen genug, um den Blick auf das empirische Material nicht zu präjudizieren. Es gibt – vor dem Hintergrund, dass die Modalitäten der Potenzialität (Möglichkeit) und der Aktualität (Wirklichkeit) des Widerspruchs unterschieden werden – lediglich die Anweisung, nach Tauschwertbezügen Ausschau zu halten und zu prüfen, mit welchen Gebrauchswertdimensionen sie von den Akteur*innen selbst wie in Verbindung gebracht werden. Die Relata und ihre Relationen werden dann aber durch die empirische Arbeit konkretisiert, aus dem Material rekonstruiert. Gleichzeitig wird eine bloße Verdopplung der Sicht der Akteur*innen vermieden, denn auch dort, wo für sie kein Widerspruch, kein Konflikt oder Problem besteht, bleiben die Ausdrucksprotokolle der gesellschaftlichen Praxis auf ihre potenzielle, d.h. strukturelle Widersprüchlichkeit hin interpretierbar. Insofern konkretisiert das Konzept für die Untersuchung von Ökonomisierungsprozessen, was es heißen könnte, eine totalitätsbezogene Empirie durchzuführen (vgl. Ritsert 1983).

Es wird durch die Widerspruchskonzeption nicht nur von vornherein der Blick darauf gelenkt, dass Tauschwertbezüge sich immer in-mit-und-gegen kulturell-symbolisch bestimmte Gebrauchswertbezüge durchsetzen müssen,⁸ sondern auch auf den Umstand aufmerksam gemacht, dass die Tauschwertbezüge feldspezifisch bestimmt sind. Sie öffnet also den Blick für deren Vielfalt und die Vielfalt ökonomischer Rationalitäten. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung haben gezeigt, dass gerade im Gesundheitswesen auf die feldspezifische Institutionalisierung der Waren- und Preisförmigkeit ebenso reflektiert werden muss wie auf die feldspezifisch-sinnhafte Rahmung, die die Akteur*innen ihr geben. Im Anschluss an Max Weber ergibt sich damit auch die Frage nach der Legitimität der Tauschwertbezüge und der Befolgung ökonomischer Rationalitäten.

8 Wobei sowohl die marxistische Tendenz zur Ausblendung der kulturell-symbolischen Gebrauchswertseite vermieden wird wie die Tendenz der ‚interpretativen Soziologie‘ zur Reduktion auf die kulturell-symbolische Dimension.

8.2 TAUSCHWERTORIENTIERUNGEN REVISITED

Der Begriff der Erwerbswirtschaft, wie er im Ökonomisierungsdiskurs anzutreffen ist, erweist sich angesichts der rekonstruierten Orientierungen der Pflegenden als unzulänglich. Die Durchsetzungsfähigkeit einer ‚erwerbswirtschaftlichen‘ Orientierung im Sinne einer „Ressourcenverwendung um des Erlöses willen“ ist gerade nicht „unabhängig davon, ob es um die Gewährleistung eines ‚Unternehmerlohns‘ [...], schlichte betriebliche Bestandssicherung oder aber Erfüllung von Renditevorgaben geht“ (Bode 2016: 259). Die empirischen Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei den Pflegekräften die „betriebliche Bestandssicherung“ gegenüber anderen ökonomischen Orientierungen in besonderem Maße legitimationsfähig ist. Dies jedoch nicht vor dem Hintergrund, dass sie primär ein Interesse an Arbeitsplatzergänzung und Einkommenssicherheit hegen, die ökonomische Existenzsicherung bleibt an den feldspezifischen Eigenwert gebunden. Sie erhält damit keinen Eigenwertcharakter, mausert sich also nicht zu einer parallel geschalteten Wertrationalität, sondern verselbständigt sich aufgrund einer zweckrationalen Abwägung von Zwecken (vgl. Weber 1972: 13). Schwarze Zahlen zu schreiben wird zu einem legitimen material-zweckrationalen Inhalt des Handelns. Die wertrational fundierte Existenzsicherungsrationalität bleibt damit in sich widersprüchlich, was eine praktische Bearbeitung nicht nur notwendig macht, sondern auch ermöglicht, sei es in Form einer Entkopplung von *talk* und *action* qua Dokumentation, einer situativen Instrumentalisierung der Körperzustände der Patient*innen für monetäre Ziele oder auch – im Gegenteil – in Form einer situativen Zurückweisung ökonomischer Erfordernisse. Insgesamt ist somit festzuhalten, dass im allgemeinen Begriff der Erwerbswirtschaft Differenzen verloren gehen, die begrifflich zu bestimmen notwendig ist, um die Probleme, Konflikte und Ambivalenzen, in die die Akteur*innen sich verstrickt sehen, sowie ihre Reproduktionsgesetzmäßigkeiten zu verstehen.

Tauschwertorientierungen greifen auch auf sublimere Weise im pflegerischen Horizont um sich als in Gestalt einer Abrechnungsorientierung. Bedeutsame Andere, insbesondere die Vorgesetzten, erscheinen aus Sicht der Pflegenden nicht (mehr) als Mitspieler*innen im kollektiven Gesamtprojekt der Patient*innenversorgung, sondern als Repräsentant*innen des ökonomischen Spiels und Multiplikator*innen der Existenzsicherungsrationalität. Daneben entstehen mit den Pflegekomplexmaßnahmen-Scores und der Abrechnungsrelevanz der Pflegegrade tauschwertbezogene Kriterien der Leistungsbewertung, die der Pflege zwar Sichtbarkeit und Anerkennung versprechen, dies allerdings unabhängig von der individuellen Pflegepraxis und dem einzelfallbezogenen Pflegeerfolg. So gewinnen die bürokratisch-standardisierten Rekursionen⁹ des ökonomischen Spiels gegenüber gebrauchswertbezogenen Rekursionen innerhalb des pflegerischen Sinnhorizonts, die in erster Linie über Formen der interaktiven Anerkennung durch bedeutsame Andere entstehen, an Relevanz und Wirkmächtigkeit – und zwar in einer letzterem gegenüber verselbständigten, entkoppelten Art und Weise.

Gleichzeitig bedeuten die DGRs ebenso wie die PKMS eine formale Rationalisierung der Organisation Krankenhaus, da die Verpreislichung der Fälle die Rechenhaf-

9 Zum Begriff der Rekursion vgl. Ortman (1995).

tigkeit stark erhöht hat. Je tiefer die Rechenhaftigkeit in den Alltag eindringt und je konkreter sie auf den einzelnen Fall bezogen ist, desto eher könnte sich die Tendenz entwickeln, die konstitutive Unbestimmtheit in der Pflege-Patient*innen-Interaktion nicht mithilfe eines professionellen, pflegerischen Blicks, sondern unter Rückgriff auf Kriterien der Abrechnungsrelevanz zu bearbeiten. So ist es nur konsequent, die Einführung und Verbreitung pflegewissenschaftlicher Standards einzufordern (vgl. Slotala 2011: 200), die den Handelnden Sicherheit darüber vermitteln, was wann und wie zu tun ist, um so gegen die Wirkmächtigkeit ökonomischer Rekursionen anzukämpfen. Für die Unbestimmtheit der fallspezifischen Situation ist angesichts des ökonomischen Drucks kaum mehr Platz und Zeit. Ökonomisierung mit pflegewissenschaftlicher Standardisierung zu bekämpfen, arbeitet jedoch der Einzelfallorientierung als einem Kerngehalt dessen, was strukturell unter Professionalität in der Pflege zu verstehen ist (vgl. 5.2), entgegen.

Die empirisch auffindbaren Tauschwertbezüge und Tauschwertorientierungen sind insgesamt wesentlich vielfältiger, komplexer und feldspezifischer als durch das Stufenmodell der Ökonomisierung abgebildet werden kann. Von Bedeutung ist nicht nur die Institutionalisierung eines Kosten- oder Gewinnbewusstseins (als Soll- oder Muss-Erwartung), in dem Sinne, dass das, was man tut, Kosten oder Gewinne generiert. In Bezug auf die pflegerische Hälfte des Versorgungstandems im Krankenhaus lässt sich festhalten, dass Kostenbewusstsein etwa auch in der Form relevant wird, dass die Pflegekräfte sich selbst als Kostenfaktor reflektieren und registrieren, dass ihre Vorgesetzten sie als solchen wahrnehmen. Das bedeutet allerdings keineswegs, dass eine Orientierung an den Kosten generierenden Konsequenzen ihres Handelns vorherrschend ist, obwohl dies im Rahmen des DRG-Systems, das einen Kostenwettbewerb institutionalisiert, durchaus konsequent wäre. Kostenvermeidung tritt bei den Pflegekräften kaum als positiver ökonomischer Sinnhorizont auf, vielmehr scheint es innerhalb der pflegerischen Orientierung eine hinreichende ‚ökonomische‘ Orientierung zu sein, nur das zu tun, was sachlogisch getan werden muss. Und auch eine Gewinnorientierung ist nur bedingt festzustellen: Die Orientierung an dem positiven ökonomischen Sinnhorizont, Erlöse zu generieren oder maximal abzurechnen, meint in der Sicht der Pflegenden etwas anderes, als Gewinne zu erwirtschaften. Orientierend ist die maximale Abrechenbarkeit vor dem Hintergrund der Erwartung, dass auch die maximalen Erlöse kaum hinreichend sind, um eine angemessene Versorgungsstruktur aufrechtzuerhalten. Das Stufenmodell der Ökonomisierung müsste vor diesem Hintergrund durch eine Sensibilität für die Feldspezifik von Tauschwertbezügen und -orientierungen ergänzt werden.

Deutlich wurde jedoch auch, dass die Durchschlagskraft der Tauschwertorientierungen ihre Grenzen hat. Sie liegt, wie bereits Slotala/Bauer/Lottmann (2008) feststellen konnten, insbesondere im körperbezogenen und medizinnahen Leistungsbereich. Die widerspruchsbasierte Heuristik registriert auch derartige Tendenzen, die Patient*innen gegen eine tauschwertorientierte Instrumentalisierung in Schutz zu nehmen. Sie vermeidet damit eine Gefahr des Verkehrungsmodells, auf die Slotala (2011: 195) bereits hingewiesen hat: „Zwar können Tendenzen der ökonomischen Anpassung im Feld Pflege durchaus in Form einer ‚Mittel-Zweck-Verkehrung‘ (Kühn 2004) abgebildet werden. Allerdings wird in einem solchen Erkenntnisrahmen der Analysefokus gerade für entgegengesetzte Effekte möglicherweise verstellt.“

Nicht zuletzt diese entgegengesetzten Effekte einer widerständigen Praxis sind es, die das Getriebe wider die autodestruktive Tendenz der Ökonomisierung am Laufen halten. Das Krankenhauswesen reproduziert sich somit, wie die Gesellschaft insgesamt, nicht trotz ihrer Widersprüche, sondern durch sie hindurch und mit ihrer Hilfe. Das System lebt davon, dass die professionellen Akteur*innen die strukturell gegebenen Widersprüche weitgehend *individuell* bearbeiten.¹⁰ D.h. die individuelle Praxis der Widerspruchsbearbeitung trägt wesentlich zur Aufrechterhaltung der Legitimität und Funktionalität der Krankenhäuser bei. Je weniger Raum aber in der Alltagspraxis für die Praktiken funktionaler Widerständigkeit bleibt, desto stärker werden sich die autodestruktiven Tendenzen durchsetzen.

8.3 AUSBLICK

Der Ökonomisierungsprozess wurde in dieser Arbeit vor allem differenzierungstheoretisch betrachtet. Diese Perspektive wäre zu ergänzen um eine ‚ungleichheitstheoretische‘, in der nicht nur die geschlechtsspezifischen Dynamiken und Auswirkungen der Ökonomisierung genauer zu untersuchen wären, sondern auch die Klassenverhältnisse, deren Restrukturierung die Ökonomisierungsprozesse einerseits historisch mit hervorgebracht hat und die andererseits durch die Ökonomisierung selbst in Bewegung gebracht werden, etwa indem es zu einer Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheiten (Bauer 2008: 149ff.) kommt.

Mit dem in dieser Arbeit verfolgten Forschungsdesign, das darauf zielte, die Erscheinungsformen und die strukturelle Wirkungsweise der Ökonomisierung in der Krankenhauspflege zu erschließen, kamen vor allem individuelle Bearbeitungsformen der ökonomisierungsbedingten Widersprüche in den Blick. Gerade vor dem Hintergrund, dass sich seit einigen Jahren in neuer Weise ein kollektiver Organisations- und Streikprozess in der Krankenhauspflege öffentlichkeitswirksam artikuliert, der vor allem um das Thema der Entlastung und Personalbemessung kreist,¹¹ erhält die Frage Aktualität, welche Formen der kollektiven Widerständigkeit und Widerspruchsbearbeitung gegenwärtig praktiziert werden und worin ihre Möglichkeitsbedingungen und Grenzen liegen.

Die im vorliegenden ‚Experiment‘ unternommene Begriffsarbeit war insgesamt fokussiert auf den Krankenhausbereich. Inwiefern sie mit Blick auf andere gesellschaftliche Bereiche trägt, ergänzt und erweitert werden muss, wäre in Anschlussuntersuchungen zu klären.¹² Allemal interessant wäre es zudem – auch wenn der Kran-

10 Zur Tendenz der ‚Entsolidarisierung‘ und Individualisierung vgl. auch Bauer (2008).

11 Der zehntägige Streik der Pflegekräfte an der Berliner Charité im Juni 2015 hat dabei einen Vorbildcharakter erhalten (vgl. Busch 2017; Tügel 2017; Wolf 2015).

12 Bereits im benachbarten Feld der ambulanten Pflege stellt sich ‚Ökonomisierung‘ ganz anders dar. Die Vermarktlichung hat hier eine ganz andere Ausprägung: Es gibt tatsächlich einen Preiswettbewerb, die Organisationen, die sich in der marktförmigen Umwelt befinden, sind nicht derart komplex, wie die Groß- und High-Tech-Organisation Krankenhaus, und in ihrem Kern nicht von einer derart machtvollen Profession besetzt, wie der Ärzteschaft.

kenhausbereich selbst noch zahlreiche offene Fragen parat hält – die gesellschaftliche Tendenz der Ökonomisierung im Rahmen einer vergleichenden Ökonomisierungsforschung, die die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Transformation verschiedener sozialer Felder untersucht, weiter aufzuschlüsseln. Vielleicht kann der hier in ersten Umrissen entworfene Ansatz einen Beitrag dazu leisten.

Die Ausarbeitung der vorgeschlagenen gesellschaftstheoretischen Perspektive befindet sich freilich in einem Larvenstadium. Vieles beruhte auf theoretischen Intuitionen und musste im Impliziten bleiben. Dies betrifft insbesondere die Anbaumöglichkeiten, die das entwickelte Gerüst für zahlreiche soziologische Theorie- und Forschungsstränge bieten könnte. Die Hoffnung besteht darin, dass es, um das anfängliche Bild aufzugreifen, hilft, im Niemandsland der Soziologie Verbindungswege zwischen den Subdisziplinen und Traditionslinien zu bauen – ohne allerdings einer Beliebigkeit des Zugangs und einem Relativismus das Wort zu reden. Fundament des Unternehmens ist ein praxeologischer Materialismus, der nur als kritischer zu haben ist. „Konstituens der Erkenntnis“ und damit begreifender Kritik sensu Adorno ist „der praktische Wille zur Veränderung“ (Adorno 1972a: 195). Die Widersprüche, durch die hindurch Gesellschaft sich reproduziert, zu begreifen, ist Voraussetzung verändernder Praxis. Diese wäre als Übergang von einer bloß individuellen und formbestimmt-institutionellen Bearbeitungsform der Widersprüche, die deren Bedingungen reproduziert, zu einer kollektiven Praxis zu denken, in der die Bedingungen der Reproduktion der Widersprüche selbst Gegenstand der Veränderung werden. Hieran hätte eine ‚Realpolitik der Vernunft‘ (Bourdieu) sich zu orientieren, denn die von einer Pflegekraft aufgeworfene Frage bleibt akut: „Warum muss ein Krankenhaus Gewinn erwirtschaften? Das ist für mich völlig hirnrissig.“ (Frau Henkel)

Literatur

- Abbott, Andrew Delano (1988): The system of professions. An essay on the division of expert labor, Chicago (u.a.).
- Adorno, Theodor W. (1951): *Minima Moralia*. Reflexionen aus dem beschädigten Leben, Gesammelte Schriften Band 4, Frankfurt a.M.
- Adorno, Theodor W. (1963): Drei Studien zu Hegel, Frankfurt a.M.
- Adorno, Theodor W. (1969): Zu Subjekt und Objekt, in: Ders.: *Stichworte*. Kritische Modelle 2, Frankfurt a.M., S. 151-68.
- Adorno, Theodor W. (1970): Negative Dialektik/Jargon der Eigentlichkeit, Gesammelte Schriften Band 6, Frankfurt a.M.
- Adorno, Theodor W. (1972a): Anmerkungen zum sozialen Konflikt heute, in: Ders.: *Soziologische Schriften*, Gesammelte Schriften Band 8, Frankfurt a.M., S. 177-195.
- Adorno, Theodor W. (1972b): Soziologie und empirische Forschung, in: Ders.: *Soziologische Schriften*, Gesammelte Schriften Band 8, Frankfurt a.M., S. 196-216.
- Adorno, Theodor W. (1972c): Einleitung zum „Positivismusstreit in der deutschen Soziologie“, in: Ders.: *Soziologische Schriften*, Gesammelte Schriften Band 8, Frankfurt a.M., S. 280-353.
- Adorno, Theodor W. (1972d): Zur Logik der Sozialwissenschaften, in: Ders.: *Soziologische Schriften*, Gesammelte Schriften Band 8, Frankfurt, S. 547-565.
- Adorno, Theodor W. (1972e): Gesellschaft, in: Ders.: *Soziologische Schriften*, Gesammelte Schriften Band 8, Frankfurt a.M., S. 9-19.
- Adorno, Theodor W. (1973a): Die gegängelte Musik, in: Ders.: *Dissonanzen*. Einleitung in die Musiksoziologie, Gesammelte Schriften Band 14, Frankfurt a.M., S. 51-66.
- Adorno, Theodor W. (1973b): Einleitung in die Musiksoziologie. Zwölf theoretische Vorlesungen, in: Ders.: *Dissonanzen*. Einleitung in die Musiksoziologie, Gesammelte Schriften Band 14, Frankfurt a.M., S. 169-433.
- Adorno, Theodor W. (2003): *Vorlesung über Negative Dialektik*, Frankfurt a.M.
- Adorno, Theodor W. (2008): *Philosophische Elemente einer Theorie der Gesellschaft*, Frankfurt a.M.
- Agnoli, Johannes (2004): *Die Transformation der Demokratie – und verwandte Schriften*, Hamburg.
- Aiken, Linda H./Sloane, Douglas M./Bruyneel, Luk/Van den Heede, Koen/Sermeus, Walter (2012): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care

- in 12 countries in Europe, in: *International Journal of Nursing Studies*, 50/2, S. 143-153.
- Alber, Jens (1990): Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik, in: *Staatswissenschaften und Staatspraxis. Rechts-, wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Beiträge zum staatlichen Handeln*, 1/1990: S. 335-362.
- Alexander, Jeffrey C. (1997): The Paradoxes of Civil Society, in: *International Sociology*, 12/2, S. 115-133.
- Allen, Davina (1998): Record-keeping and routine nursing practice. The view from the wards, in: *Journal of Advanced Nursing* 27, S. 1223-1230.
- Allen, Davina (2015): *The Invisible Work of Nurses. Hospitals, Organisation and Healthcare*, London/New York.
- Amling, Steffen, Vogd, Werner (2017): Einleitung: Ausgangspunkte und Herausforderungen einer dokumentarischen Organisationsforschung, in: Dies. (Hrsg.): *Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie*, Opladen/Berlin/Toronto, S. 9-40.
- Amling, Steffen/Vogd, Werner (Hrsg.) (2017): *Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie*, Opladen/Berlin/Toronto.
- Amstutz, Marc/Fischer-Lescano (Hrsg.) (2013): *Kritische Systemtheorie. Zur Evolution einer normativen Theorie*, Bielefeld.
- Arndt, Andreas (1985): *Karl Marx: Versuch über den Zusammenhang seiner Theorie*, Bochum.
- Arndt, Andreas (1994): *Dialektik und Reflexion. Zur Rekonstruktion des Vernunftbegriffs*, Hamburg.
- Arnold, Doris (2008): „Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!“ Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege, Frankfurt am Main.
- Augurzky, Boris/Beivers, Andreas/Gülker, Rosemarie (2012): *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft*, Essen.
- Augurzky, Boris/Bünnings, Christian/Dördelmann, Sandra/Greiner, Wolfgang/Hein, Lorenz/Scholz, Stefan/Wübker, Ansgar (2016): *Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker Krankenkasse*, Essen.
- Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Völker, Susanne (2015): *Feministische Kapitalismuskritik*, Münster.
- Auth, Diana (2017): *Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland*, Münster.
- Bachur, João Paulo (2013): *Kapitalismus und funktionale Differenzierung. Eine kritische Rekonstruktion*, Baden-Baden.
- Backhaus (1974): *Materialien zur Rekonstruktion der Marxschen Werttheorie I, in: Gesellschaft. Beiträge zur Marxschen Theorie 1*, Frankfurt a.M., S. 52-77.
- Bader, Veit-Michael/Berger, Johannes/Ganßmann, Heiner/von der Knesebeck, Jost (1980): *Einführung in die Gesellschaftstheorie. Gesellschaft, Wirtschaft und Staat bei Marx und Weber*, 2. Aufl., Frankfurt a.M. (u.a.).
- Baecker, Dirk (2001): Das Kapital als strukturelle Kopplung, in: *Soziale Systeme* 7, Heft 2, S. 313-327.
- Baecker, Dirk (2003): Gerecht gegenüber wem? In: *Zeitschrift für Soziologie*, 32/6, S. 474-477.
- Baecker, Dirk (2006): *Wirtschaftssoziologie*, Bielefeld.

- Baethge, Anja/Rigotti, Thomas (2013): Auswirkung von Arbeitsunterbrechungen und Multitasking auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit – Eine Tagebuchstudie bei Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Bär, Stefan (2011): Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte, Wiesbaden.
- Bär, Stefan, Starystach, Sebastian (2017): Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege. Ein (institutionen-)theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse der Organisation Krankenhaus, in: Soziale Welt. Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis, 68/ 4, S. 385-403.
- Bartholomeyczik, Sabine (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen, in: Kreuzer, Susanne (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert, Göttingen, S. 133-154.
- Bartholomeyczik, Sabine/Donath, Elke/Schmidt, Sascha/Rieger, Monika A./Berger, Elisabeth/Wittich, Andrea/Dieterle, Wilfried (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Dortmund/Berlin/Dresden.
- Bauer, Ullrich (2008): Polarisierung und Entsolidarisierung. Ansätze zu einem Impact Assessment der Ökonomisierung im Gesundheitswesen, in: Hensen, Gregor/Hensen, Peter (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden, S. 141-164.
- Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe H. (2010): „Ja, das kostet aber Geld“. Der Umbau und die Neuordnung des Gesundheitssektors, in: Schultheis, Franz/Vogel, Berthold/Gemperle, Michael (Hrsg.): Ein halbes Leben. Biografische Zeugnisse aus einer Arbeitswelt im Umbruch, Konstanz, S. 665-730.
- Baum, Georg/Tuschen, Karl-Heinz (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus 17, S. 449-460.
- Beck, Ulrich/Brater, Michael/Daheim, Hansjürgen (1980): Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse, Reinbeck bei Hamburg.
- Beckert, Jens (2009): Wirtschaftssoziologie als Gesellschaftstheorie, in: Zeitschrift für Soziologie, 38/3, S. 182-197.
- Beer, Ursula (1990): Geschlecht, Struktur, Geschichte. Soziale Konstituierung des Geschlechterverhältnisses, Frankfurt a.M.
- Behrens, Diethard (1993): Der kritische Gehalt der Marxschen Wertformanalyse, in: Ders. (Hrsg.): Gesellschaft und Erkenntnis. Zur materialistischen Erkenntnis- und Ökonomiekritik, Freiburg, S. 169-189.
- Behrens, Diethard/Hafner, Cornelia/Gehrig, Thomas/Schweier, Thomas (2000): Anmerkungen zu Robert Kurz' „Abstrakte Arbeit und Sozialismus“, online unter: <http://www.rote-ruhr-uni.com/cms/IMG/pdf/kurzkritik-2.pdf>, letzter Zugriff: 13.5.2016.
- Berg, M. and G. Bowker (1997): The Multiple Bodies of the Medical Record, *Sociological Quarterly*, 38/3, S. 513-537.
- Berger, Eva (1994): ‚Rentabilität‘ im Krankenhaus in den 20er Jahren und die Realisierung in der Weimarer Zeit bzw. im Nationalsozialismus, in: Meinel, Christoph/Voswinckel, Peter (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten, Stuttgart, S. 71-82.

- Berger, Eva (1996): Frühmodernes Krankenhaus und ‚Pflegeversicherung‘ in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts - Instrumente städtischer Armenfürsorge? In: Labisch, Alfons/Spre, Reinhard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 208-235.
- Berger, Johannes (1999): Die Wirtschaft der modernen Gesellschaft. Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven, Frankfurt a.M.
- Berger, Johannes (2003): Neuerliche Anfragen an die Theorie der funktionalen Differenzierung, in: Schimank, Uew/Giegel, Hans-Joachim (Hrsg.): Beobachter der Moderne. Beiträge zu Niklas Luhmanns ‚Die Gesellschaft der Gesellschaft‘, Frankfurt a.M., S. 207-230
- Berger, Johannes (2008): Kapitalismusanalyse und Kapitalismuskritik, in: Maurer, Andrea (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden, S. 363-381.
- Bergmann, Jens (2011): Ökonomisierung des Privaten? Aspekte von Autonomie und Wandel der häuslichen Privatheit, Wiesbaden.
- Birken, Thomas/Menz, Wolfgang (2014): Die Kunden der Pflegekräfte. Zur Kundenkonstellation in der stationären Altenhilfe und ihrer Auswirkung auf die Praxis interaktiver Pflegearbeit, in: Bornwasser, Manfred (Hrsg.): Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Produktivität, Arbeit und Management, Wiesbaden, S. 241-257.
- Bischoff, Claudia (1984): Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a.M. (u.a.).
- Blanke, Bernhard (1976): Entscheidungsanarchie und Staatsfunktionen. Zur Analyse der Legitimationsprozesse im politischen System des Spätkapitalismus. in: Ebbighausen, Rolf (Hrsg.): Bürgerlicher Staat und politische Legitimation, Frankfurt am Main, S. 188-216.
- Blanke, Bernhard/Jürgens, Ulrich/Kastendiek, Hans (1974): Zur neueren marxistischen Diskussion über die Analyse von Form und Funktion des bürgerlichen Staates. Überlegungen zum Verhältnis von Politik und Ökonomie, in: Probleme des Klassenkampfes. Zeitschrift für politische Ökonomie und sozialistische Politik 14/15, S. 51-102.
- Blanke, Bernhard/Jürgens, Ulrich/Kastendiek, Hans (1975): Das Verhältnis von Politik und Ökonomie als Ansatzpunkt einer materialistischen Analyse des bürgerlichen Staates, in: Dies. (Hrsg.): Kritik der politischen Wissenschaft. Analysen von Politik und Ökonomie in der bürgerlichen Gesellschaft, 2 Bde., Frankfurt a.M./New York, S. 414-444.
- Blanke, Bernhard/Kania, Helga (1996): Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen, in: Leviathan, 24/4, S. 512-538.
- Blumer, Herbert (1954): What is Wrong with Social Theory? In: American Sociological Review, 19/1, S. 3-10.
- Bode, Ingo (1998): Vermittlungsleistungen normativer Interessenorganisationen. Verbände im Gesundheitswesen als ‚enfants terribles‘ mit Gemeinwohlbindung, in: Soziale Welt, 49/2, S. 183-203.

- Bode, Ingo (2010a): Der Zweck Heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor. In: Endreß, Martin (Hrsg.): Die Ökonomie der Organisation - die Organisation der Ökonomie, Wiesbaden, S. 63-92.
- Bode, Ingo (2010b): Die Malaise der Krankenhäuser, in: *Leviathan* 38/2, S. 189-211.
- Bode, Ingo (2013): Ökonomisierung in der Pflege – was ist das und was steckt dahinter? In: *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 48, S. 9-27.
- Bode, Ingo (2016): Stress durch rekursive Ambivalenz. Oder: Wie und warum das Krankenhaus mutiert, in: Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden, S. 253-279.
- Bode, Ingo/Märker, Markus (2012): Wettbewerb mit Vorbehalten. Vielfalt und Ambivalenz in der neuen Marktkultur des Krankenhauswesens, in: *Soziale Welt* 3/2012, S. 253-271.
- Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hrsg.) (2016): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden.
- Bode, Ingo/Vogd, Werner (2016b): Einleitung. Mutationen des Krankenhauses, in: Dies. (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden, S. 1-25.
- Böhle, Fritz/Sauer, Dieter (1975): Intensivierung der Arbeit und staatliche Sozialpolitik, in: *Leviathan*, 3/1, S. 49-78.
- Bohnsack, Ralf (2006): Qualitative Evaluation und Handlungspraxis – Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung, in: Flick, Uwe (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzung, Hamburg, S. 135-155.
- Bohnsack, Ralf (2007): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode, in: Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris/Nohl, Arnd-Michael (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 2., erw. und aktualisierte Aufl., Wiesbaden, S. 225-253.
- Bohnsack, Ralf (2010): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden, 8. Aufl., Opladen & Farmington Hills.
- Bohnsack, Ralf (2012): Orientierungsschemata, Orientierungsrahmen und Habitus. Elementare Kategorien der Dokumentarischen Methode mit Beispielen aus der Bildungsmilieuforschung, in: Schittenhelm, Karin (Hrsg.): Qualitative Bildungs- und Arbeitsmarktforschung. Grundlagen, Perspektiven, Methoden, Wiesbaden, S. 119-153.
- Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris/Nohl, Arnd-Michael (2007): Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis, in: Dies. (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 2., erw. und aktualisierte Aufl., Wiesbaden, S. 9-27.
- Boltanski, Luc, Chiapello, Ève (2003): Der neue Geist des Kapitalismus, Konstanz.
- Bongaerts, Gregor (2008): Verdrängungen des Ökonomischen. Bourdieus Theorie der Moderne, Bielefeld.
- Bongaerts, Gregor (2011): Grenzsicherung in sozialen Feldern – Ein Beitrag zu Bourdieus Theorie gesellschaftlicher Differenzierung, in: Schwinn, Thomas

- (Hrsg.): Soziale Differenzierung. Handlungstheoretische Zugänge in der Diskussion, Wiesbaden, S. 113-133.
- Bonse-Rohmann, Mathias/Jaeger, Susanne/Raschper, Patrizia (2007): Geschlechterbezogene Analysen zur Berufsbildung und Akademisierung ausgewählter Gesundheitsberufe, Bielefeld.
- Borchart, D./Galatsch, M./Dichter, M./Schmidt, S.G./Hasselhorn, H.M. (2011): Gründe von Pflegenden ihre Einrichtung zu verlassen - Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie, online unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=d15ebb922cbac5ba23abd9778dc0a60&target=0>, letzter Zugriff: 22.3.2017.
- Borchert, Jens/Lessenich, Stephan (2004): „Spätkapitalismus‘ revisited. Claus Offes Theorie und die adaptive Selbsttransformation der Wohlfahrtsstaatsanalyse“, in: Zeitschrift für Sozialreform, 50/6, S. 563–583.
- Bourdieu, Pierre (1992): Rede und Antwort, Frankfurt a.M.
- Bourdieu, Pierre (1993): Soziologische Fragen, Frankfurt a. M.
- Bourdieu, Pierre (1998): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns, Frankfurt a.M.
- Bourdieu, Pierre (1999): Die Regeln der Kunst. Genese und Struktur des literarischen Feldes, Frankfurt a.M.
- Bourdieu, Pierre (2000): Das religiöse Feld. Texte zur Ökonomie des Heilsgeschehens, Konstanz.
- Bourdieu, Pierre (2001): Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft, Frankfurt a. M.
- Bourdieu, Pierre (2014): Über den Staat. Vorlesungen am Collège de France, Berlin.
- Bourdieu, Pierre/Wacquant, Loic (1996): Reflexive Anthropologie, Frankfurt a.M.
- Bräutigam, Christoph/Evans, Michaela/Hilbert, Josef/Öz, Fikret (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser, Düsseldorf.
- Braun, Bernard (2014): Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, in: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden, S. 91-113.
- Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.
- Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf (2011): Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008, artec-Paper Nr. 173, Bremen.
- Braun, Bernard/Darmann-Finck, Ingrid/Stegmüller, Klaus/Greiner, Agnes-Dorothee/Siepmann, Maren (2014): Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern, Bremen/Fulda.
- Braun, Bernard/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern, in: Pflege & Gesellschaft, 1/2010, S. 5-19.

- Braun, Bernard/Müller, Rolf (2005): Arbeitsbelastung und Berufsausstieg bei Krankenschwestern, in: *Pflege & Gesellschaft*, 10/3, S. 131-141.
- Braunstein, Dirk (2016): Adornos Kritik der politischen Ökonomie, 2., überarb. Aufl., Bielefeld.
- Brentel, Helmut (1989): Soziale Form und ökonomisches Objekt. Studien zum Gegenstands- und Methodenverständnis der Kritik der politischen Ökonomie, Opladen.
- Brinkmann, Ulrich/Choi, Hae-Lin/Detje, Richard/Dörre, Klaus/Holst, Hajo/Karakayali, Serhat (2008): *Strategic Unionism: Aus der Krise zur Erneuerung? Umrisse eines Forschungsprogramms*, Wiesbaden.
- Brinkschulte, Eva (1996): Die Institutionalisierung des modernen Krankenhauses im Rahmen aufgeklärter Sozialpolitik - Die Beispiele Würzburg und Bamberg, in: Labisch, Alfons/Spree, Richard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospital sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 187-207.
- Bröckling, Ulrich (2007): *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*, Frankfurt a.M.
- Brunnett, Regina (2009): Zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34/2, S. 65-71.
- Brunsson, Nils (1989): *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*, Hoboken.
- Buchholz, Günter (1987): *Krankenhauspolitik. Historische Entwicklung und strukturelle Probleme*, Wuppertal.
- Burzan, Nicole/Lökenhoff, Brigitta/Schimank, Uwe/Schöneck, Nadine M. (2008): *Das Publikum der Gesellschaft. Inklusionsverhältnisse und Inklusionsprofile in Deutschland*, Wiesbaden.
- Busch, Günter (2017): Endlich Durchbruch bei der Personalbemessung? Tarifbewegung Entlastung: Zur Situation der Pflege in Krankenhäusern, in: *Sozialismus*, 44/6, S. 50-53.
- Candeias, Mario (2007): Gramscianische Konstellationen. Hegemonie und die Durchsetzung neuer Produktions- und Lebensweisen, in: Merkens, Andres/Diaz, Victor Rego (Hrsg.): *Mit Gramsci arbeiten. Texte zur politisch-praktischen Aneignung Antonio Gramscis*, Hamburg, S. 15-32.
- Carvalho, Teresa (2014): Changing connections between professionalism and managerialism. A case study of nursing in Portugal, in: *Journal of Professions and Organization*, 1/2, S. 176-190.
- Coleman, James Samuel (1979): *Macht und Gesellschaftsstruktur*, Tübingen.
- Crojethovic, Maria/Gütschow, Sebastian/Krüger, Carolin/Stender, Tom/Elkeles, Thomas (Hrsg.): *Veränderungspotenziale in Krankenhausorganisationen. Formalität und Informalität in nordostdeutschen Krankenhäusern*, Gießen.
- Czada, Roland/Zintl, Reinhard (Hrsg.) (2004): *Politik und Markt*, Wiesbaden.
- Deppe, Hans-Ulrich (1987): *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik*, Frankfurt a.M.
- Deutschmann, Christoph (1999): *Die Verheißung des absoluten Reichtums. Zur religiösen Natur des Kapitalismus*, Frankfurt a.M.
- Deutschmann, Christoph (2008): *Kapitalistische Dynamik. Eine gesellschaftstheoretische Perspektive*, Wiesbaden.

- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2010): Krankenhaus-Barometer. Umfrage 2010, online unter:
http://www.dkgev.de/media/file/8607.2010_12_01_Krankenhaus_Barometer_gesamt.pdf, letzter Zugriff: 23.5.2017.
- Döbert, Rainer (1989): Max Webers Handlungstheorie und die Ebenen des Rationalitätskomplexes, in: Weiß, Johannes (Hrsg.): Max Weber heute. Erträge und Probleme der Forschung, Frankfurt a.M., S. 210-249.
- Doege, Vanessa/Martini, Susanne (2008): Krankenhäuser auf dem Weg in den Wettbewerb. Der Implementierungsprozess der Diagnosis Related Groups, Wiesbaden.
- Dörre, Klaus (2011): Landnahme und die Grenzen kapitalistischer Dynamik. Eine Ideenskizze, in: Berliner Debatte Initial, 22/4, S. 56-72.
- Dörre, Klaus/Sauer, Dieter/Wittke, Volker (2012): Einleitung. Kapitalismustheorie als Problem der Arbeitssoziologie, in: Dies. (Hrsg.): Kapitalismustheorie und Arbeit. Neue Ansätze soziologischer Kritik, Frankfurt a.M. (u.a.), S. 9-22.
- Dross, Fritz (2011): Stadt und Hospital/Krankenhaus, in: Stollberg, Gunnar/Vanja, Christina/Krass, Ernst (Hrsg.): Krankenhausgeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte? Berlin (u.a.), S. 33-42.
- Duden, Barbara (2010): Mit Kopf und Sinnen, mit Händen und Verstand. Ein Versuch zur Bedeutsamkeit der Pflegenden im modernen Medizinsystem, in: Kreuzer, Susanne (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert, Göttingen, S. 19-32.
- Ebner, Alexander (2014): Theorie der Vermarklichung: Ein institutionalistischer Ansatz, in: Bögenhold, Dieter (Hrsg.): Soziologie des Wirtschaftlichen. Alte und neue Fragen, Wiesbaden, S. 99-113.
- Ebner, Alexander (2015): Marketization: Theoretical Reflections Building on the Perspectives of Polanyi and Habermas, in: Review of Political Economy, 27/3, S. 369-389.
- Eckart, Christel (2000): Zeit zum Sorgen. Fürsorgliche Praxis als regulative Idee der Zeitpolitik, in: Feministische Studien, Extraheft Fürsorge – Anerkennung – Arbeit, S. 19–24.
- Elbe, Ingo (2008): Marx im Westen. Die neue Marx-Lektüre in der Bundesrepublik seit 1965, Berlin.
- Elbe, Ingo (2008b): Rechtsform und Produktionsverhältnisse. Anmerkungen zu einem blinden Fleck in der Gesellschaftstheorie von Nicos Poulantzas, in: Lindner, Urs/Nowak, Jörg/Paust-Lassen, Pia (Hrsg.): Philosophieren unter anderen. Beiträge zum Palaver der Menschheit, Münster, S. 226-238.
- Elkeles, Thomas (1988): Arbeitsorganisation in der Krankenpflege. Zur Kritik der Funktionspflege, in: Das Argument, AS 155, S. 5-19.
- Ellmers, Sven (2012): Die Energie der sozialen Physik. Anmerkungen zum Kapitalbegriff von Pierre Bourdieu, in: Elbe, Ingo/Ellmers, Sven/Eufinger, Jan (Hrsg.): Anonyme Herrschaft. Zur Struktur moderner Machtverhältnisse, Münster, S. 296-322.
- Elsholz, Konrad (1969): Krankenhäuser – Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft, Baden-Baden.

- Emirbayer, Mustafa/Johnson, Victoria (2008): Bourdieu and organizational analysis, in: *Theory and Society*, 37/ 1, S. 1-44.
- Esser, Hartmut (2000): *Soziologie. Spezielle Grundlagen*, Frankfurt a.M.
- Evers, Adalbert/Ewert, Benjamin (2010): Hybride Organisationen im Bereich sozialer Dienste. Ein Konzept, sein Hintergrund und seine Implikationen, in: Klatetzki, Thomas (Hrsg.): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen*, Wiesbaden, S. 103-128.
- Evetts, Julia (2009): Professionalitätsdiskurs und Management: Ein Paradoxon der Moderne, in: Euhrich, Johannes/Brink, Alexander (Hrsg.): *Leadership in sozialen Organisationen*, Wiesbaden, S. 159-167.
- Feißt, Martin/Molzberger, Kaspar (2016): Die Praxis der Zahlen im Krankenhausmanagement – Fakt oder Fetisch?, in: Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hrsg.): *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden, S. 119-142.
- Fisahn, Andreas (2016): *Die Saat des Kadmos. Staat, Demokratie und Kapitalismus*, Münster.
- Fischer, Ute Luise (2019): „Der Bäcker backt, der Maler malt, der Pfleger ...“ – Soziologische Überlegungen zum Zusammenhang von Professionalität und Wertschätzung in der Kranken- und Altenpflege, in: *Arbeit*, 19/4, S. 239-252.
- Florian, Michael (2008): Felder und Institutionen. Der soziologische Neo-Institutionalismus und die Perspektive einer praxistheoretischen Institutionenanalyse, in: *Berliner Journal für Soziologie*, 18/1, S. 129-155.
- Foucault, Michel (1988): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt a.M.
- Fourcade, Marion (2007): Theories of Markets and Theories of Society, in: *American Behavioral Scientist*, 50/8: S. 1015-1034.
- Frevert, Ute (1984): Krankheit als politisches Problem 1770 – 1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung, Göttingen.
- Friedland, Roger/Alford, Robert R. (1991): Bringing Society Back in: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions, in: Powell, Walter W./DiMaggio, Paul J. (Hrsg.): *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, S. 232–266.
- Ganßmann, Heiner (1996): *Geld und Arbeit. Wirtschaftssoziologische Grundlagen einer Theorie der modernen Gesellschaft*, Frankfurt a.M.
- Geißler, Heiner (1974): *Das Krankenversicherungsbudget. Eine Vorausschätzung der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 1973 bis 1978 sowie eine Analyse der Entwicklung in den Jahren 1960 bis 1973*, Mainz.
- Gemperle, Michael/Pfeuffer, Andreas (2013): Die Ökonomien der Dokumentationskritik, in: Estermann/Josef/Page, Julie/Streckeisen, Ursula (Hrsg.): *Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“*, Winterthur 2012, Wien/Luzern, S. 74-94.
- Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik, in: Böhlke, Nils et al. (Hg.): *Privatisierung von Krankenhäuser*

- sern: Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, S. 10-40.
- Gerstenberger, Heide (2006): Die subjektlose Gewalt. Theorie der Entstehung bürgerlicher Staatsgewalt, 2. Aufl., Münster.
- Giddens, Anthony (1979): Central Problems in Social Theory. Action, Structure and Contradiction in Social Analysis, Basingstoke/Hampshire (u.a.).
- GKV-Spitzenverband (2013): Positionspapier des Verwaltungsrates zur „Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes – 14 Positionen für 2014“ vom 4. September 2013, Berlin.
- Göckenjan, Gerd (1985): Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt a. M.
- Goffman, Erving (1977): Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen, Frankfurt a.M.
- Gouthier, Matthias H.j. (2011): Produzentenstolz von Dienstleistern als positive Arbeitsemotion, in: Ringlstetter, M. (Hrsg.): Positives Management, Wiesbaden, S. 49-71.
- Grabau, Christian (2013): Leben machen. Pädagogik und Biomacht, München.
- Graßl, Hans (2008): Ökonomisierung der Bildungsproduktion. Zu einer Theorie des konservativen Bildungsstaats, Baden-Baden.
- Greb, Ulrike (2003): Identitätskritik und Lehrerbildung. Ein hochschuldidaktisches Konzept für die Fachdidaktik Pflege, Frankfurt a.M.
- Greenwood, Royston/Raynard, Mia/Kodeih, Farah/Micelotta, Evelyn R./Lounsbury, Michael (2011): Institutional Complexity and Organizational Responses, in: The Academy of Management Annals, 5/1, S. 317-371.
- Grimm, Manuela (2013): Im Dienste der Pflege oder im Dienste der Ökonomie? Zur neuen Rolle der Pflegeleitungen in deutschen Krankenhäusern, in: Estermann, Josef/Page, Julie/Streckeisen, Ursula (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winterthur 2012, Wien/Luzern, S. 52-73.
- Grosser, Michaela (2014): Burnout im Krankenhaus: Ursachen, Folgen und Prävention, in: von der Oelsnitz, Dietrich/Schirmer, Frank/Wüstner, Kerstin (Hrsg.): Die auszehrende Organisation. Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt, Wiesbaden, S. 209-237.
- Grundmann, Kornelia (2007): Die Entwicklung des Krankenhauses in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts am Beispiel der Marburger Chirurgischen Universitätsklinik, in: Aumüller, Gerhard/Grundmann, Kornelia/Vanja, Christina (Hrsg.): Der Dienst am Kranken. Krankenversorgung zwischen Caritas, Medizin und Ökonomie vom Mittelalter bis zur Neuzeit. Geschichte und Entwicklung der Krankenversorgung im sozioökonomischen Wandel, Marburg, S. 309-339.
- Halling Thorsten/Görgen, Arno (2014): Raumanalyse und Krankenhausgeschichte traditionelle und neuere Perspektiven auf die stationäre Krankenversorgung, in: Görgen, Arno/Halling, Thorsten (Hrsg.): Verortungen des Krankenhauses, Wiesbaden, S. 13-36.
- Harms, Jens/Reichard, Christoph (2003): Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors. Instrumente und Trends, Baden-Baden.
- Hasselhorn, Hans-Martin/Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael (Hrsg.) (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeits-

- bedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Bremerhaven.
- Haug, Frigga (1996): *Frauen-Politiken*. Berlin/Hamburg.
- Haus, Rainer/Wetz, Volker/Dilcher, Bettina (2013): Das Planbare und das Unplanbare in optimierten Prozessen abbilden. Ein Vergleich zwischen Industrie und Krankenhaus, in: Dilcher, Bettina/Hammerschlag, Lutz (Hrsg.): *Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus*, Wiesbaden.
- Heim, Tino (2013): *Metamorphosen des Kapitals : kapitalistische Vergesellschaftung und Perspektiven einer kritischen Sozialwissenschaft nach Marx, Foucault und Bourdieu*, Bielefeld.
- Heimeshoff/ Mareike/Schreyögg, Jonas/Tiemann, Oliver (2014): Employment effects of hospital privatization in Germany, in: *European Journal of Health Economics* 15, S. 747-757.
- Heinrich, Michael (2006): *Die Wissenschaft vom Wert*, 4. korr. Aufl., Münster.
- Henning, Christoph (2005): *Philosophie nach Marx: 100 Jahre Marxrezeption und die normative Sozialphilosophie der Gegenwart in der Kritik*, Bielefeld.
- Hensen, Gregor/Hensen, Peter (2008): Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeiten, in Dies. (Hrsg.): *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*, Wiesbaden, S. 13-38.
- Hibbeler; Birgit (2011): Ärzte und Pflegekräfte. Ein chronischer Konflikt, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 108/41, S. A2138-A2144.
- Hillebrandt, Frank (2014): *Soziologische Praxistheorien. Eine Einführung*, Wiesbaden.
- Hirsch, Joachim (1994): Politische Form, politische Institutionen und Staat, in: Esser, Josef/Görg, Christoph/Hirsch, Joachim (Hrsg.): *Politik, Institutionen und Staat. Zur Kritik der Regulationstheorie*, Hamburg, S. 157-211.
- Hirsch, Joachim (2005): *Materialistische Staatstheorie. Transformationsprozesse des kapitalistischen Staatensystems*, Hamburg.
- Hoffmann, Wilhelm (1932): Krankenhauspolitik, Rationalisierung, Fachnormenausschuß, in: Gottstein, Adolf/Hoffmann, Wilhelm (Hrsg.): *Krankenhausbetrieb (1926-1930), Jahrbuch für das gesamte Krankenhauswesen*, Wiesbaden, S. 1-12.
- Hohm, Hans-Jürgen (2002): *Das Pflegesystem, seine Organisationen und Karrieren. Systemtheoretische Beobachtungen zur Entstehung eines sekundären Funktionensystems*, Freiburg i.B.
- Höhne, Thomas (2012): Ökonomisierung von Bildung, in: Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe H./Scherr, Albert (Hrsg.): *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie*, Wiesbaden, S. 797-812.
- Honneth, Axel (1994): *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*, Frankfurt a.M.
- Hübner, Silke (2004): *Vom Allgemeinen Krankenhaus zur Gesundheitsfabrik. Medizintechnischer Einsatz und Wandel des institutionellen Charakters der Krankenhäuser in der Bundesrepublik bis Ende der 1980er Jahre unter besonderer Berücksichtigung medizintechnischer Großgeräte*, Frankfurt a.M. (u.a.).
- Huerkamp, Claudia (1980): Ärzte und Professionalisierung in Deutschland. Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert, in: *Geschichte und Gesellschaft*, 6/3, S. 349-382.

- Hürtgen, Stefanie (2013): Mensch sein auf der Arbeit? Kollegialität als Balance von allgemein-menschlichen und leistungsbezogenen Aspekten von Arbeit, in: Billmann, Lucie/Held, Josef (Hrsg.): Solidarität in der Krise: Gesellschaftliche, soziale und individuelle Voraussetzungen solidarischer Praxis, Wiesbaden, S. 237-262.
- Iseringhausen, Olaf (2016): Dekompensation der Klinik? Beobachtungen von Prozessen zwischen Medizin und Management, in: Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden, S. 103-118.
- Iseringhausen, Olaf/Johannes Staender (2012): Das Krankenhaus als Organisation. In: Apelt, Maja/Tacke, Veronika (Hrsg.): Handbuch Organisationstypen, Wiesbaden, S. 185-203.
- Jaeggi, Rahel (2014): Kritik von Lebensformen. Berlin.
- Jansen, Till/von Schlippe, Arist/Vogd, Werner (2015): Kontexturanalyse. Ein Vorschlag für rekonstruktive Sozialforschung im organisationalen Zusammenhängen, in: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 16/1, Art. 4.
- Jessop, Bob (2002): The Future of the Capitalist State, Oxford.
- Jessop, Bob (2007): Kapitalismus, Regulation, Staat. Ausgewählte Schriften, Hamburg.
- Jessop, Bob (2011): Der ökonomische Determinismus – neu betrachtet, in: PROKLA 165, S. 579-596.
- Jessop, Bob (2012): Understanding the „Economization“ of Social Formations, in: Schimank, Uwe/Volkman, Ute (Hrsg.): The Marketization of Society: Economizing the Non-Economic, Welfare Societies Conference Paper, Bremen, S. 5-36.
- Jütte, Robert (1996): Vom Hospital zum Krankenhaus: 16. - 19. Jahrhundert, in: Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 31-50.
- Kalisch, Beatrice J./Weaver, Sallie J. (2009): What does Nursing Teamwork Look Like? A Qualitative Study, in: Journal of Nursing Care Quality 24/4, S. 298-307.
- Kannankulam, John (2000): Zwischen Staatsableitung und strukturelem Marxismus. Zur Rekonstruktion der staatstheoretischen Debatte der siebziger Jahre, Frankfurt a.M.
- Kannankulam, John (2008): Autoritärer Etatismus im Neoliberalismus. Zur Staatstheorie von Nicos Poulantzas, Hamburg.
- Kersting, Karin (2011): „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, Frankfurt a. M.
- Kersting, Karin (2016): Die Theorie des Coolout und ihre Bedeutung für die Pflegeausbildung, Frankfurt a.M.
- Kettner, Matthias (2010): Kann Ökonomisierung gut und muss Kommerzialisierung schlecht sein? In: Heubel, Friedrich/Kettner, Matthias/Manzeschke, Arne (Hrsg.): Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven, Wiesbaden, S. 117-132.
- Kettner, Matthias (2011): Ein Vorschlag zur Unterscheidung von Ökonomisierung und Kommerzialisierung, in: Kettner, Matthias/Koslowski, Peter (Hrsg.): Öko-

- nomisierung und Kommerzialisierung der Gesellschaft. Wirtschaftsphilosophische Unterscheidungen, München, S. 3-20.
- Kinnebrock, Arno/Overhamm, Ulrich (2009): Kodierung und Leistungserfassung, in: Behrendt, Ingo/König, Hans-Joachim /Krystek, Ulrich (Hrsg.): Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement, Berlin/Heidelberg, S. 127-140.
- Klatetzki, Thomas (2012): Professionelle Organisationen, in: Apelt, Maja/Tacke, Veronica (Hrsg.): Handbuch Organisationstypen, Wiesbaden, S. 165-183.
- Klenk, Tanja (2013): Krise und Krisenmanagement in kommunalen Krankenhäusern, in: Haus, Michael/Kuhlmann, Sabine (Hrsg.): Lokale Politik und Verwaltung im Zeichen der Krise?, Wiesbaden, S. 215-233.
- Klinke, Sebastian (2008): Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus, Berlin.
- Klute, Jürgen (2009): Die Ökonomisierung der freigemeinnützigen Krankenhäuser, die Rolle der EU und die Auswirkung auf Beschäftigte und Versorgung, in: Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, S. 182-195.
- Knittler, Käthe/Birkner, Martin (2006): „Frau am Herd & Arbeitswert: Zur Geschichte und möglichen Zukunft feministischer Auseinandersetzungen mit der marxistischen Kritik der politischen Ökonomie“, in: Hoff, Jan/Petrioli, Alexis Stützle, Ingo/Wolf, Frieder Otto (Hrsg.): Das Kapital neu lesen: Beiträge zur radikalen Philosophie, Münster, S. 324-350.
- Krampe, Eva-Maria (2014): Professionalisierung der Pflege im Kontext der Ökonomisierung, in: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden, S. 179-197.
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier (2016): PKMS-Benchmark. Rheinland-Pfalz und Saarland, online unter: <http://www.bk-trier.de/media-bkt/docs/Pflege/PKMS-Benchmark-Rheinland-Pfalz-Saarland.pdf>, letzter Zugriff: 4.4.2017.
- Krätke, Michael (1982): Zur Politischen Ökonomie des Wohlfahrtsstaates – und ihrer überfälligen Kritik, in: Probleme des Klassenkampfes. Zeitschrift für politische Ökonomie und sozialistische Politik 49, S. 99-120.
- Krätke, Michael (1991): Steuergewalt, Versicherungszwang und ökonomisches Gesetz, in: Prokla 82, S. 112-143.
- Kratzer, Nick/Menz, Wolfgang/Tullius, Knut/Wolf, Harald (2015): Legitimationsprobleme in der Erwerbsarbeit. Gerechtigkeitsansprüche und Handlungsorientierungen in Arbeit und Betrieb, Baden-Baden.
- Kreutzer, Susanne (2005): Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945, Frankfurt a.M. (u.a.).
- Kreutzer, Susanne (2010): Fragmentierung der Pflege. Umbrüche pflegerischen Handelns in den 1960er Jahren, in: Dies. (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert, Göttingen, S. 109-132.
- Krönig, Franz Kaspar (2007): Die Ökonomisierung der Gesellschaft. Systemtheoretische Perspektiven, Bielefeld.

- Krüger, Stephan (2010): Allgemeine Theorie der Kapitalakkumulation. Konjunkturzyklus und langfristige Entwicklungstendenzen. Kritik der politischen Ökonomie und Kapitalismusanalyse, Band 1, Hamburg.
- Kühl, Stefan (2004): Arbeits- und Industriosozologie, Bielefeld.
- Kühl, Stefan (2008): Wirtschaft und Gesellschaft: Neomarxistische Theorieansätze, in: Maurer, Andrea (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden, S. 124-151.
- Kühn, Hagen (1980): Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens. Eine Untersuchung am Beispiel der Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland von 1958 bis 1977/78, Königstein/Ts.
- Kühn, Hagen (1995): Zwanzig Jahre ‚Kostenexplosion‘: Anmerkungen zu einer Makroökonomie der Gesundheitsreform, in: Jahrbuch kritische Medizin 24, S. 145-161.
- Kühn, Hagen (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, in: Büssing, André/Glaser, Jürgen (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen, S. 77-98.
- Kühn, Hagen (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Elsner, Gine/Gerlinger, Thomas/Stegmüller, Klaus (Hg.): Markt versus Solidarität Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg, S. 25-41.
- Kühn, Hagen (2008): Soziale Verantwortung und Ökonomisierung im Krankenhaus. In: Bonde, Ingo/Gerhardt, Moritz/Kaiser, Tina/Klein, Kerstin/Kolb, Stephan/Wolf, Caroline (Hrsg.): Medizin und Gewissen im Streit zwischen Markt und Solidarität, Frankfurt a.M., S. 285-328.
- Kühn, Hagen/Simon, Michael (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung, Berlin.
- Kumbruck, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva (2015): Handlungskoordination oder Komplizenschaft - Was dokumentiert die Dokumentation, wenn Störungen den Pflegealltag beherrschen? In: Becke, Gguido/Bleses, Peter (Hrsg.): Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen, Wiesbaden, S. 113-134.
- Labisch, Alfons (1992): Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a.M. (u.a.).
- Labisch, Alfons (1994b): ‚Planwirtschaft im Krankenhaus‘. Zur Kontinuität/Diskontinuität im öffentlichen Krankenhauswesen in der Frühphase des NS-Regimes, in: Meinel, Christoph/Voswinckel, Peter (Hrsg.): Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten, Stuttgart, S. 83-91.
- Labisch, Alfons (1996): Das Allgemeine Krankenhaus – heute und morgen, in: Labisch, Alfons/Spree, Richard (Hrsg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 420-436.
- Labisch, Alfons (1996b): Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts, in: ders./Spree, Richard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 253-296.

- Labisch, Alfons/Spree, Richard (Hrsg.) (1996): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York.
- Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (2001): Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten. Zur Einführung in den Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert, in: Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten, Frankfurt a.M. (u.a.), S. 13-37.
- Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian (1985): Der Weg zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, Düsseldorf.
- Lamping, Wolfgang (1994): Selbstverwaltung und Parafiskalität: Die gesetzliche Krankenversicherung im politischen Ausgleich sozialer Risiken, in: Blanke, Bernhard (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen, S. 75-109.
- Lamping, Wolfgang/Tamm, Ingo (1994): Die Grundlegung der Krankenversicherung in Deutschland und England: Analyse ihrer Genese, Funktion und politischen Ausgestaltung, in: Blanke, Bernhard (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen, S. 111-148.
- Lenhardt, Gero/Offe, Claus (1977): Staatstheorie und Sozialpolitik. In: Ferber, Christian v. (Hrsg.): Soziologie und Sozialpolitik, Opladen, S. 89-127.
- Lepsius, Rainer M. (2013): Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung von Rationalitätskriterien, in: Ders.: Institutionalisierung politischen Handelns. Analysen zur DDR, Wiedervereinigung und Europäischen Union, Wiesbaden, S. 26-39.
- Lieb, Norbert (2010): Pflegemanagement als Beruf. Anforderungen und Aufgaben leitender Pflegekräfte im Krankenhaus, Stuttgart.
- Liebig, Reinhard (2005): Wohlfahrtsverbände im Ökonomisierungsdilemma. Analysen zu Strukturveränderungen am Beispiel des Produktionsfaktors Arbeit im Licht der Korporatismus- und der Dritte Sektor-Theorie, Freiburg i.B.
- Lindemann, Gesa (2008): Theoriekonstruktion und empirische Forschung, in: Kalthoff, Herbert/Hirschauer, Stefan/Lindemann, Gesa (Hrsg.): Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung, Frankfurt a.M., S. 107-128.
- Lindner, Ulrike (2004): Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München.
- Lindner, Urs (2010): Macht – Arbeitsteilung – Sinn. Zur sozialtheoretischen Relevanz von Marx, in: Bude, Heinz /Damitz, Ralf M./Koch, André (Hrsg.), Marx. Ein toter Hund? Gesellschaftstheorie reloaded, Hamburg, S. 175-197.
- Lindner, Urs (2014): Soziale Strukturen, generative Mechanismen und das gute Leben. Critical Realism als Philosophie der Sozialwissenschaften, in: Zeitschrift für kritische Sozialtheorie und Philosophie, 1/2, S. 198-275.
- Löffert, Sabine/Golisch, Anne (2013): Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus. Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften, Düsseldorf.
- Luhmann, Niklas (1969): Legitimation durch Verfahren, Neuwied (u.a.).

- Luhmann, Niklas (1981): Organisationen im Wirtschaftssystem, in: Ders.: Soziologische Aufklärung 3, Opladen, S. 390-414.
- Luhmann, Niklas (1988a): Die Wirtschaft der Gesellschaft, Frankfurt a.M.
- Luhmann, Niklas (1988b): Ökologische Kommunikation, Opladen.
- Luhmann, Niklas (1991): Wirtschaft als soziales System, in: Ders.: Soziologische Aufklärung 1, Opladen, S. 204-231.
- Luhmann, Niklas (1992): Das Moderne der modernen Gesellschaft, in: Ders.: Beobachtungen der Moderne, Opladen, S. 11-50.
- Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft, 2 Bde, Frankfurt a.M.
- Luhmann, Niklas (2000): Organisation und Entscheidung, Opladen.
- Lukács, Georg (1970): Geschichte und Klassenbewußtsein. Studien über marxistische Dialektik, Neuwied/Berlin.
- Maihofer, Andrea (1992): Das Recht bei Marx. Zur dialektischen Struktur von Gerechtigkeit, Menschenrechten und Recht, Baden-Baden.
- Maior, Giovanni (2014): Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft, Berlin.
- Manzei, Alexandra (2009): Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus. Wie durch die Digitalisierung der Medizin ökonomische Sachzwänge in der Pflegepraxis entstehen, in: Pflege & Gesellschaft 14/1, S. 38-53.
- Manzei, Alexandra (2011): Zur gesellschaftlichen Konstruktion medizinischen Körperwissens. Die elektronische Patientenakte als wirkmächtiges und handlungsrelevantes Steuerungsinstrument in der (Intensiv-)Medizin, in: Keller, Reiner/Meuser, Michael (Hrsg.): Körperwissen, Wiesbaden, S. 207-228.
- Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hrsg.) (2014): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden.
- Manzeschke, Arne (2006): „Wenn das Lächeln verloren geht“. Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen, in: Sozialer Sinn, 7/2, S. 251-272.
- Manzeschke, Arne (2011): ‚Ökonomisierung‘ - Klärungsbedürftigkeit und Erklärungskraft eines Begriffs, in: Kettner, Matthias/Koslowski, Peter (Hrsg.): Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Gesellschaft. Wirtschaftsphilosophische Unterscheidungen, München, S. 67-93.
- Marrs, Kira (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? In: WSI-Mitteilungen, 9/2007, S. 502-507.
- Marrs, Kira (2008): Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit, Berlin.
- Marrs, Kira (2010): Herrschaft und Kontrolle in der Arbeit, in: Böhle, Fritz/Voß, Günther G./Wachtler, Günther (Hrsg.): Handbuch Arbeitssoziologie, Wiesbaden, S. 331-356.
- Martin, Dirk (2010): Überkomplexe Gesellschaft. Eine Kritik der Systemtheorie Niklas Luhmanns, Münster.
- Marx, Karl (1953): Grundrisse der Kritik der politischen Ökonomie, Berlin.
- Marx, Karl (1970): Resultate des unmittelbaren Produktionsprozesses, 2. Aufl., Frankfurt a. M.
- Marx, Karl/Engels, Friedrich (1953ff.): Werke [MEW], Berlin.

- Mayntz, Renate (1988): Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung, in: Dies. (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Frankfurt a.M., S. 11-44.
- Mayntz, Renate (1995): Zum Status der Theorie sozialer Differenzierung als Theorie sozialen Wandels, in: Müller, Hans Peter/Schmid, Michael (Hrsg.): Sozialer Wandel, Frankfurt a.M., S. 139-150.
- Mayntz, Renate/Rosewitz, Bernd (1988): Audifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. in: Mayntz, Renate (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Frankfurt a. M., S. 117-179.
- Mensching, Anja, Vogd, Werner (2013): Mit der dokumentarischen Methode im Gepäck auf der Suche nach dem Konjunktiven der Organisation, in: Loos, Peter/Nohl, Arnd-Michael/Przyborski, Aglaja/Schäffer, Burkhard (Hrsg.): Dokumentarische Methode. Grundlagen – Entwicklungen – Anwendungen, Opladen/Berlin/Toronto, S. 320-336.
- Menz, Wolfgang (2009): Die Legitimität des Marktregimes. Leistungs- und Gerechtigkeitsorientierungen in neuen Formen betrieblicher Leistungs politik, Wiesbaden.
- Meyer, Lars (2005): Absoluter Wert und allgemeiner Wille. Zur Selbstbegründung dialektischer Gesellschaftstheorie, Bielefeld.
- Miebach, Bernhard (2014): Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung, Wiesbaden.
- Mintzberg, Henry (1979): The Structuring of Organizations. A Synthesis of the Research, Englewood Cliffs.
- Mohan, Robin (2015): Normative Rekonstruktion und Kritik. Die Subsumtion der Gesellschaftsanalyse unter die Gerechtigkeitstheorie bei Axel Honneth, in: Zeitschrift für kritische Sozialtheorie und Philosophie, 2/1, S. 34-66.
- Mohan, Robin/Keil, Daniel (2012): Gesellschaftskritik ohne Gegenstand. Axel Honneths Anerkennungstheorie aus materialistischer Perspektive, in: Prokla 167, S. 249-266.
- Möller, Kolja/Siri, Jasmin (Hrsg.) (2016): Systemtheorie und Gesellschaftskritik. Perspektiven der Kritischen Systemtheorie, Bielefeld.
- Mosebach, Kai (2010): Kommerzialisierung der deutschen Krankenhausversorgung? Auswirkungen von New Public Management und Managed Care unter neoliberalen Bedingungen, Diskussionspapier 2010-1, Frankfurt a.M.
- Müller, Beatrice (2016): Wert-Abjektion. Zur Abwertung von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus - am Beispiel der ambulanten Pflege, Münster.
- Müller, Dagmar/Simon, Michael (1994): Steuerungsprobleme des stationären Sektors: Das Krankenhaus zwischen Kostendämpfung und Qualitätssicherung, in: Blanke, Bernhard (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen, S. 327-372.
- Müller, Hans-Peter (2014): Pierre Bourdieu. Eine systematische Einführung, Berlin.
- Münch, Richard (1991): Dialektik der Kommunikationsgesellschaft, Frankfurt a.M.
- Münch, Richard (2008): Soziologische Theorie, Band 1: Grundlegung durch die Klassiker, Frankfurt am Main (u.a.).
- Murken, Axel Hinrich (1988): Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln.

- Nassehi, Armin (2012): Ökonomisierung als Optionssteigerung. Eine differenzierungstheoretische Perspektive, in: *Soziale Welt*, 63/4, S. 401-418.
- Nassehi, Armin (2015): *Die letzte Stunde der Wahrheit. Warum rechts und links keine Alternativen mehr sind und Gesellschaft ganz anders beschrieben werden muss*, Hamburg.
- Nicolini, Davide (2012): *Practice theory, work, and organization. An introduction*, Oxford.
- Nies, Sarah (2015): *Nützlichkeit und Nutzung von Arbeit. Beschäftigte im Konflikt zwischen Unternehmenszielen und eigenen Ansprüchen*, Baden-Baden.
- Nohl, Arnd-Michael (2009): *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis*, 3. Aufl., Wiesbaden.
- Nullmeier, Frank (2004): *Vermarktlichung des Sozialstaats*, in: *WSI-Mitteilung*, 9/2004, S. 495-500.
- OECD (1990): *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*, (OECD Social Policy Studies 7).
- Oevermann, Ulrich (1996): *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*, in: Combe, Arno/Helsper, Werner (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität*, Frankfurt a.M., S. 70-182.
- Oevermann, Ulrich (2002): *Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik. Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung*, online unter: https://www.ihs.de/publikationen/Ulrich_Oevermann-Manifest_der_objektiv_hermeneutischen_Sozialforschung.pdf, letzter Zugriff: 16.3.2017.
- Offe, Claus (1972): *Strukturprobleme des kapitalistischen Staates. Aufsätze zur politischen Soziologie*, Frankfurt a.M.
- Offe, Claus (1975): *Anmerkungen zum Aufsatz „Intensivierung der Arbeit und staatliche Sozialpolitik“ von Fritz Böhle und Dieter Sauer*, in: *Leviathan*, 3/1, S. 79-83.
- Ortmann, Günther (2004): *Als ob. Fiktionen und Organisationen*, Wiesbaden.
- Ortmann, Günther/Sydow, Jörg/Türk, Klaus (1997): *Organisation, Strukturation, Gesellschaft. Die Rückkehr der Gesellschaft in die Organisationstheorie*, in: Dies. (Hrsg.): *Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft*, Opladen, S. 15-34.
- Ortmann, Günther/Sydow, Jörg/Windeler, Arnold (1997): *Organisation als rekursive Strukturation*, in: Ortmann, Günther/Sydow, Jörg/Türk, Klaus (Hrsg.): *Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft*, Opladen, S. 315-354.
- Osterloh, Falk (2018): *Pflegepersonaluntergrenzen: Erste Grenzwerte gelten ab 2019*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 27-28/2018, A1316-A1317.
- Ostner, Ilona/Beck-Gernsheim, Elisabeth (1979): *Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege*, Frankfurt a.M. (u.a.).
- Pahl, Hanno (2008): *Das Geld in der modernen Wirtschaft. Marx und Luhmann im Vergleich*. Campus, Frankfurt a.M.
- Paschukanis, Eugen (1970): *Allgemeine Rechtslehre und Marxismus. Versuch einer Kritik der juristischen Grundbegriffe*, 3. Aufl., Frankfurt a.M.
- Paul, Norbert (1996): *Arztinitiativen bei der Gestaltung des Krankenhauses in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus*, in: Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): *„Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“*. Zur Sozialge-

- schichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 91-122.
- Peetz, Thorsten (2014): Mechanismen der Ökonomisierung. Theoretische und empirische Untersuchungen am Fall »Schule«, Konstanz.
- Pelizzari, Alessandro (2001): Die Ökonomisierung des Politischen. New public management und der neoliberale Angriff auf die öffentlichen Dienste, Konstanz.
- Pfau-Effinger, Birgit (2005): Culture and Welfare State Policies. Reflections on a Complex Interrelation, in: *Journal of Social Policy*, 34/1, S. 1-18.
- Pfau-Effinger, Birgit/Och, Ralf/Eichler, Melanie (2008): Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen, in: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G. (Hrsg.): *Sozialpolitik: Ökonomisierung und Entgrenzung*, Wiesbaden, S. 83-98.
- Pfeuffer, Andreas (2014a): Die Ökonomie des medizinischen Kodierens. Kodierkräfte im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen – Teil 1, in: *Widersprüche*, 34/2, S. 123-141.
- Pfeuffer, Andreas (2014b): Die Ökonomie des medizinischen Kodierens. Kodierkräfte im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen – Teil 2, in: *Widersprüche*, 34/3, S. 117-126.
- Pfeuffer, Andreas (2014c): Should I stay or should I go. Strategien des Umgangs mit einem unmöglich gewordenen Beruf, in: Schultheis, Franz/Vogel, Berthold/Mau, Kristina (Hrsg.): *Im öffentlichen Dienst. Kontrastive Stimmen aus einer Arbeitswelt im Wandel*, Bielefeld, S. 39-62.
- Pfeuffer, Andreas/Gemperle, Michael (2013): Die Kodierkräfte. Eine Beschäftigtengruppe des Krankenhauses im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen, in: Estermann, Josef/Page, Julie/Streckeisen, Ursula (Hrsg.): *Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“*, Winterthur 2012, Wien/Luzern, S. 95-114.
- Pongratz, Hans/Voß, G. Günter (2003): *Arbeitskraftunternehmer. Erwerbsorientierungen in entgrenzten Arbeitsformen*, Berlin.
- Poulantzas, Nicos (2002): *Staatstheorie. Politischer Überbau, Ideologie, autoritärer Etatismus*, Hamburg.
- Power, Michael (1997): *The audit society. Rituals of verification*, Oxford.
- Priddat, Birger P. (2013): Bevor wir von ‚Ökonomisierung‘ reden: was ist ökonomisch? In: *Soziale Welt*, 64/4, S. 417-434.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2014): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*, 4., erw. Aufl., München.
- Rakowitz, Nadja (2001): *Einfache Warenproduktion. Ideal und Ideologie*, Freiburg.
- Rakowitz (2014): Privatliquidation? Zur Subsumtion des Gesundheitswesens unter das Kapital, in: *Redaktion express* (Hrsg.): ‚Gleich wird’s ein bisschen wehtun‘. Eine kritische Bestandsaufnahme zu den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, Ränkeschmiede. Texte zur internationalen ArbeiterInnenbewegung 22, S. 8-16.
- Reich, Adam D. (2014): Contradictions in the Commodification of Hospital Care, in: *American Journal of Sociology*, 119/6, S. 1576-1628.
- Reichelt, Helmut (1970): *Zur logischen Struktur des Kapitalbegriffs bei Karl Marx*, Frankfurt a.M.

- Reichelt, Helmut (2008b): Zum Verhältnis von Staat und Gesellschaft im Marx'schen Frühwerk, in: Hirsch, Joachim/Kannankulam, John/Wissel, Jens (Hrsg.): Der Staat der Bürgerlichen Gesellschaft. Zum Staatsverständnis von Karl Marx, Baden-Baden, S. 25-40.
- Reimer, Romy (2012): Der „Blinde Fleck“ der Anerkennungstheorie. Zur Diskussion eines problematischen Theorems der Sozialphilosophie, seiner historischen Vorläufer und seiner aktuellen Lösungsmöglichkeiten, Münster.
- Reiners, Hartmut (2009): Mythen der Gesundheitspolitik, Bern.
- Reitter, Karl (2001): Zivilgesellschaft – Ein Fehlbegriff? In: Mitteilungen des Instituts für Wissenschaft und Kunst, 56. Jahrgang, Nr. 1, S. 12–23, online unter: https://homepage.univie.ac.at/karl.reitter/artikel/zivilgesellschaft_fehlbegriff.htm, letzter Zugriff: 4.6.2016.
- Remmers, Hartmut (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze, in: Kreuzer, Susanne (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert, Göttingen, S. 33-66.
- Renn, Joachim (2006): Übersetzungsverhältnisse. Perspektiven einer pragmatistischen Gesellschaftstheorie, Weilerswist.
- Retke, Horst/Frei, Irina Anna/Horlacher, Kathrin/ Kleinknecht-Dolf, Michael/Spichiger, Elisabeth/Spirig, Rebecca (2015): Pflege im Vorfeld von SwissDRG. Erfahrungen von Pflegenden mit interprofessioneller Zusammenarbeit, Führungsverhalten, Arbeitslast und Arbeitszufriedenheit, in: Pflege, 28/3, S. 133-144.
- Richter, Peter (2009): Ökonomisierung als gesellschaftliche Entdifferenzierung. Eine Soziologie zum Wandel des öffentlichen Sektors, Konstanz.
- Risse, Guenter B. (1999): Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals, Oxford.
- Ritsert, Jürgen (1983): Indizienparadigma und Totalitätsempirie - Kommentar zu einigen Thesen Adornos über das Verhältnis von Theorie und empirischer Sozialforschung, in: von Friedeburg, Ludwig/Habermas, Jürgen (Hrsg.): Adorno-Konferenz 1983, Frankfurt a.M., S. 226-233.
- Ritsert, Jürgen (2012): Theorie praktischer Probleme. Marginalien zum Gemeinanspruch: „Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis“, Wiesbaden.
- Roeder, Norbert/Franz, Dominik (2014): Beschleunigung im Krankenhausalltag. Konsequenzen für Beschäftigte und Patienten, in: G&G Wissenschaft 14, S. 26-34.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin, Stuttgart, 2. überarb. Auflage.
- Rosenthal, Thomas (2005): Pflege und Management. Ein Spannungsfeld: Konzepte - Kontroversen – Konsequenzen, in: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hrsg.): Soziologie der Pflege, Weinheim, S. 299-321.
- Rosewitz, /Schimank, Uwe (1988): Verselbständigung und politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme, in: Mayntz, Renate (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Frankfurt a.M., S. 295-329.
- Sachße, Christoph/Tennstedt, Florian (1988): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Band 2. Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929, Stuttgart (u.a.).

- Sander, Kirsten (2009): *Profession und Geschlecht im Krankenhaus. Soziale Praxis der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin*, Konstanz.
- Sauer, Dieter (1978): *Staat und Staatsapparat. Ein theoretischer Ansatz*, München.
- Sayer, Derek (1979): *Marx's method. Ideology, science and critique in Capital*, Sussex.
- Schäfers, Bernhard (Hrsg.) (2003): *Grundbegriffe der Soziologie*, 8. überarb. Aufl., Opladen.
- Schaper, Hans-Peter (1987): *Krankenwartung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Opladen.
- Scherr, Albert (Hrsg.) (2015): *Systemtheorie und Differenzierungstheorie als Kritik. Perspektiven in Anschluss an Niklas Luhmann*, Weinheim (u.a.).
- Schimank, Uwe (1985): *Der mangelnde Akteurbezug systemtheoretischer Erklärungen gesellschaftlicher Differenzierung*, in: *Zeitschrift für Soziologie* 14, S. 421-434.
- Schimank, Uwe (1988): *Gesellschaftliche Teilsysteme als Akteurfiktionen*, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 40, S. 619-639.
- Schimank, Uwe (2000): *Theorien gesellschaftlicher Differenzierung*, Opladen.
- Schimank, Uwe (2008): *Gesellschaftliche Ökonomisierung und unternehmerisches Agieren*, in: Maurer, Andrea (Hrsg.): *Die Gesellschaft der Unternehmen - die Unternehmen der Gesellschaft. Gesellschaftstheoretische Zugänge zum Wirtschaftsgeschehen*, Wiesbaden, S. 220-236.
- Schimank, Uwe (2008b): *Kapitalistische Gesellschaft – differenzierungstheoretisch konzipiert. Beitrag zur Tagung der Sektion Wirtschaftssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie „Theoretische Ansätze der Wirtschaftssoziologie“*, Februar 2008, Berlin.
- Schimank, Uwe (2009a): *Die Moderne: eine funktional differenzierte kapitalistische Gesellschaft*, in: *Berliner Journal für Soziologie*, 3/2009, S. 327-351.
- Schimank, Uwe (2009b): *Wie sich funktionale Differenzierung reproduziert. Eine akteurtheoretische Erklärung*, in: Hill, Paul/Kalter, Frank/Kopp, Johannes/Kroneberg, Clemens/Schnell, Rainer (Hrsg.): *Hartmut Essers erklärende Soziologie. Kontroversen und Perspektiven*, Frankfurt a.M., S. 191-216.
- Schimank, Uwe (2009c) *„Vater Staat“: ein vorhersehbares Comeback. Staatsverständnis und Staatstätigkeit in der Moderne*, in: *der moderne staat. Zeitschrift für Public Policy, Recht und Management*, 2/2009, S. 249-269.
- Schimank, Uwe (2010): *Die funktional differenzierte kapitalistische Gesellschaft als Organisationsgesellschaft - eine theoretische Skizze*, in: Endreß, Martin (Hrsg.): *Die Ökonomie der Organisation - die Organisation der Ökonomie*, Wiesbaden, S. 33-61.
- Schimank, Uwe (2011): *Gesellschaftliche Differenzierungsdynamiken - ein Fünffronten-Kampf*, in: Schwinn, Thomas (Hrsg.): *Soziale Differenzierung. Handlungstheoretische Zugänge in der Diskussion*, Wiesbaden, S. 261-284.
- Schimank, Uwe (2016): *Replik*, in: *Zeitschrift für theoretische Soziologie*, 1/2016, S. 66-89.
- Schimank, Uwe/Volkman, Ute (1999): *Gesellschaftliche Differenzierung*, Bielefeld.
- Schimank, Uwe/Volkman, Ute (2008): *Ökonomisierung der Gesellschaft*, in: Maurer, Andrea (Hg.): *Handbuch der Wirtschaftssoziologie*, Wiesbaden, S. 382-393.

- Schimank, Uwe/Volkman, Ute (2012): Die Ware Wissenschaft: Die fremdreferentiell finalisierte wirtschaftliche Rationalität von Wissenschaftsverlagen, in: Engels, Anita/Knoll, Lisa (Hrsg.): Wirtschaftliche Rationalität. Soziologische Perspektiven, Wiesbaden, S. 165-183.
- Schluchter, Wolfgang (1980): Rationalismus der Weltbeherrschung, Frankfurt a.M.
- Schluchter, Wolfgang (2009): Die Entzauberung der Welt. Sechs Studien zu Max Weber, Tübingen.
- Schluchter, Wolfgang (2015): Grundlegungen der Soziologie. Eine Theoriegeschichte in systematischer Absicht, 2. Aufl., Tübingen.
- Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890 – 1945, Göttingen.
- Schroeter, Klaus R (2008): Pflege in Figurationen. Ein theoriegeleiteter Zugang zum ‚sozialen Feld der Pflege‘, in: Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden, S. 49-77.
- Schroeter, Klaus R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen, Weinheim/München.
- Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (2009): Die Organisation der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie, in: Amelung, Volker E./Sydow, Jörg/Windeler, Arnold (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart, S. 25-50.
- Schulten, Thorsten/Böhlke, Nils (2009): Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkung auf die Beschäftigten und Patienten, in: Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hrsg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, S. 97-123.
- Schütz, Alfred (1974): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Einleitung in die verstehende Soziologie, Frankfurt a.M.
- Schützeichel, Rainer (2011): „Doing Systems“ – Eine handlungstheoretische Rekonstruktion funktionaler Differenzierung, in: Schwinn, Thomas (Hrsg.) (2011): Soziale Differenzierung. Handlungstheoretische Zugänge in der Diskussion. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 73-91.
- Schweikardt, Christoph Johannes (2008): Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik, München.
- Schwinn, Thomas (1995): Funktionale Differenzierung – wohin? Eine aktualisierte Bestandsaufnahme. in: Berliner Journal für Soziologie 5, S. 25-39.
- Schwinn, Thomas (2001): Differenzierung ohne Gesellschaft, Weilerswist.
- Senghaas-Knobloch, Eva (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis, in: Berliner Journal für Soziologie, 18/2, S. 221-243.
- Siegel, Tilla (1993): Das ist nur rational. Ein Essay zur Logik der sozialen Rationalisierung, in: Reese, Dagmar/Rosenhaft, Eve/Sachse,Carola/Siegel, Tilla (Hrsg.): Rationale Beziehungen? Geschlechterverhältnisse im Rationalisierungsprozeß, Frankfurt a.M., S. 363-396.

- Siegel, Tilla (2003): Denkmuster der Rationalisierung. Ein soziologischer Blick auf Selbstverständlichkeiten, in: Geideck, Susan/Liebert, Wolf-Andreas (Hrsg.): Sinnformeln. Linguistische und soziologische Analysen von Leitbildern, Metaphern und anderen kollektiven Orientierungsmustern, Berlin, S. 17-36.
- Siegrist, Johannes (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Vergleichende medizinsoziologische Untersuchung in Akutkrankenhäusern, Stuttgart.
- Silver, Beverly J. (2005): Forces of Labour. Arbeiterbewegung und Globalisierung seit 1870, Berlin.
- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen (u.a.).
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. WZB, Arbeitsgruppe Public Health, Berlin.
- Simon, Michael (2007): Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen, in: Jahrbuch für kritische Medizin 44, S. 41-63.
- Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 4., vollst. überarb. und erw. Aufl., Bern.
- Simon, Michael (2014): Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens. Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus, in: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden, S. 157-177.
- Simon, Michael (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten, 2., ergänzte Aufl., Hannover.
- Simon, Michael (2016): Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren, in: Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden, S. 29-45.
- Slotala, Lukas (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste, Wiesbaden.
- Slotala, Lukas, Bauer, Ullrich/Lottmann, Kathrin (2008): Pflege unter Bedingungen des ökonomischen Wandels, in: Bonde, Ingo/Gerhardt, Moritz/Kaiser, Tina/Klein, Kerstin/Kolb, Stephan/Wolf, Caroline (Hrsg.): Medizin und Gewissen im Streit zwischen Markt und Solidarität, Frankfurt a.M., S. 383-396.
- Smelser, Neil J./Swedberg, Richard (1994): Introducing Economic Sociology, in: Dies. (Hrsg.): Handbook of Economic Sociology, 2. Aufl., Princeton/Oxford/New York, S. 3-25.
- Spree, Reinhard (1995): Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts, in: Historische Zeitschrift, 260/1, S. 75-105.
- Spree, Reinhard (1996): Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert: ‚Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse‘, in: Labisch, Alfons (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes

- Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 51-88.
- Spree, Reinhard (1997): Die Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland während des 19. Jahrhunderts. In: Gerhard, H.-J. (Hg.): Struktur und Dimension. Festschrift für K. H. Kaufhold. Bd. 2, (VSWG, Beiheft 133), Stuttgart, S. 413-446.
- Spree, Reinhard (2011): Anspruch und Wirklichkeit der Krankenhausbehandlung im 19. Jahrhundert, online unter: <https://rspree.wordpress.com/2011/02/14/anspruch-und-wirklichkeit-der-krankenhausbearbeitung-im-19-jahrhundert/>, letzter Zugriff: 20.11.2016.
- Stein, Kilian (2012): Die juristische Weltanschauung. Das rechtstheoretische Potenzial der Marxschen „Kritik“, Hamburg.
- Stemmer, Renate (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten, Frankfurt a.M.
- Stemmer, Renate (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten, Frankfurt a.M.
- Stollberg, Gunnar (1996): Zur Geschichte der Pflegeklassen in deutschen Krankenhäusern, in: Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 374-398.
- Stolleis, Michael (2003): Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Ein Grundriß, Stuttgart.
- Stölner, Robert (2009): Erziehung als Wertsphäre. Eine Institutionenanalyse nach Max Weber, Bielefeld.
- Sträßner, Heinz R. (2010): Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation, in: Pflege-recht. Zeitschrift für Rechtsfragen in der stationären und ambulanten Pflege, 16/5, S. 279-291.
- Stratmeyer, Peter (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin, Weinheim.
- Strauss, Anselm L./Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1997): Social Organisation of Medical Work, New Brunswick – London.
- Streckeisen, Peter (2013): Praxis und Form. Ökonomiekritik mit Marx und Bourdieu, in: Prokla 172, S. 435-452.
- Streckeisen, Peter (2014): Soziologische Kapitaltheorie. Marx, Bourdieu und der ökonomische Imperialismus, Bielefeld.
- Streckeisen, Peter (2015): Die gesellschaftlichen Formen des Kapitals. Reflexionen zum Kapital-Begriff jenseits von Ökonomie und Marxismus, in: Zeitschrift für kritische Sozialtheorie und Philosophie, 2/2015, S. 314-343.
- Streckeisen, Ursula (2015): Plädoyer für eine kritische Weiterentwicklung der strukturtheoretisch orientierten Professionstheorie, in: Pundt, Johanna/Kälble, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte, Bremen, S. 39-61.
- Sturm, Hilmar (2002): Krankenhausreform und Personalwirtschaft. Voraussetzungen und Auswirkungen der Ökonomisierung im Krankenhauswesen, Wiesbaden.
- Swedberg, Richard (2009): Grundlagen der Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden.

- Tauchnitz, Thomas (1999): Krankenkassen – Zwang oder Segen? : Organisationsgeschichte des deutschen Krankenkassenwesens im „langen“ 19. Jahrhundert, Opladen.
- Tauchnitz, Thomas (1999b): Krankenkassenorganisation und gesellschaftliche Differenzierung in Deutschland im „langen“ 19. Jahrhundert, in: *Soziale Welt*, 50/2: S. 133-148.
- Tauchnitz, Thomas (2004): Die „organisierte“ Gesundheit. Entstehung und Funktionsweise des Netzwerks aus Krankenkassen und Ärzteorganisationen im ambulanten Sektor, Wiesbaden.
- Tennstedt, Florian (1976): Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Blohmke, Maria et al. (Hrsg.): *Handbuch der Sozialmedizin in drei Bänden*, Stuttgart, S. 385-492.
- Tennstedt, Florian (1983): Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914, Köln.
- Thomann, Klaus Dieter (1996): Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf die Organisation und Funktion des Krankenhauses, in: Labisch, Alfons/Spree, Richard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 145-166.
- Thomson, Arne (2013): Konkurrenz oder soziale Notwendigkeit? Das Verhältnis katholischer Krankenhäuser im Ruhrrevier zu anderen Wettbewerbern bis zum Ersten Weltkrieg, in: Stollberg, Gunnar/Vanja, Christina/Kraas, Ernst (Hrsg.): *Historia Hospitalium*, Bd. 28, S. 129-150.
- Thyen, Anke (1989): Negative Dialektik und Erfahrung. Zur Rationalität des Nicht-identischen bei Adorno, Frankfurt a.M.
- Tügel, Nelli (2017): Arbeitskämpfe in frauendominierten Berufsfeldern: Das Beispiel Krankenhausstreik, in: *Z. Zeitschrift marxistische Erneuerung* 110, S. 36-44.
- Türk, Klaus (1995): „Die Organisation der Welt“: Herrschaft durch Organisation in der modernen Gesellschaft, Opladen.
- Türk, Klaus/Lemke, Thomas/Bruch, Michael (2002): *Organisation in der modernen Gesellschaft. Eine historische Einführung*, Wiesbaden.
- Uhlmann, Gordon (1996): Leben und Arbeiten im Krankenhaus. Die Entwicklung der Arbeitsverhältnisse des Pflegepersonals im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 399-419.
- Vasold, Manfred (1998): Das städtische Krankenhaus Nürnberg während des Dritten Reiches, in *Zeitschrift für Bayrische Landesgeschichte* 61, S. 763-826.
- Vilain, Michael (2016): Finanzierung von Nonprofit-Organisationen im Wandel, in: Zimmer, Anette/Hallmann, Thorsten (Hrsg.): *Nonprofit-Organisationen vor neuen Herausforderungen*, Wiesbaden, S. 331-362.
- Vogd, Werner (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (frames) und Rahmungsprozessen, Berlin.

- Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure, Bern.
- Vogd, Werner (2011): Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung, Weilerswist.
- Vogd, Werner (2016): Das Missverständnis des Ökonomischen. Oder vom Sündenfall falsch verstandener Rationalitäten im Krankenhaus. In: Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden, S 280-307.
- Vogd, Werner/Feißt, Martin/Molzberger, Kaspar/Ostermann, Anne/Slotta, Juliane (2018): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten, Wiesbaden.
- Vollmer, Hendrik (2004): Folgen und Funktionen organisierten Rechnens, in: Zeitschrift für Soziologie, 33/6, S. 450-470.
- von Hippel, Wolfgang (1996): Auf dem Weg vom Armenhospital zum modernen Krankenhaus - das Städtische Krankenhaus Ludwigshafen am Rhein, in: Labisch, Alfons/Spree, Richard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M./New York, S. 236-250.
- Voß, G. Günter (2012): Subjektivierte Professionalität. Zur Selbstprofessionalisierung von Arbeitskraftunternehmern und arbeitenden Kunden, in: Dunkel, Wolfgang/Wehrich, Margit (Hrsg.): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen, Wiesbaden, S. 353–386.
- Voswinkel, Stephan (2012): Arbeit und Subjektivität, in: Dörre, Klaus/Sauer, Dieter/Wittke, Volker (Hrsg.): Kapitalismustheorie und Arbeit. Neue Ansätze soziologischer Kritik, Frankfurt a.M. (u.a.), S. 302-315.
- Voswinkel, Stephan (2013): Anerkennung und Identität im Wandel der Arbeitswelt, in: Billann, Lucie/Held, Josef (Hrsg.): Solidarität in der Krise. Gesellschaftliche, soziale und individuelle Voraussetzungen solidarischer Praxis, Wiesbaden, S. 211-235.
- Voswinkel, Stephan (2015): Sinnvolle Arbeit leisten - Arbeit sinnvoll leisten, in: Arbeit, 24/1-2, S. 31-48.
- Voswinkel, Stephan/Wagner, Gabriele (2013): Vermessung der Anerkennung. Die Bearbeitung unsicherer Anerkennung in Organisationen. In: Honneth, Axel/Lindemann, Orphelia/Voswinkel, Stephan (Hrsg): Strukturwandel der Anerkennung. Paradoxien sozialer Integration in der Gegenwart, Frankfurt a.M. (u.a.), S. 75-120.
- Waddington, Ivan (1973): The Role of the Hospital in the Development of Modern Medicine: A Sociological Analysis, in: Sociology, 7/2, S. 211-224.
- Wagner, Thomas (2005): Funktionale Differenzierung und ein ökonomischer Primat - hat die systemtheoretische Gesellschaftstheorie ausgedient? Online unter: http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/oekonomischer_primart.pdf, letzter Zugriff: 3.1.2012.
- Wallat, Hendrik (2009): Das Bewusstsein der Krise. Marx, Nietzsche und die Emanzipation des Nichtidentischen in der politischen Theorie, Bielefeld.
- Wallat, Hendrik (2015): Fundamente der Subversion. Über die Grundlagen materialistischer Herrschaftskritik, Münster.

- Weber, Max (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*, 5. rev. Aufl., Tübingen.
- Weber, Max (1988): *Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie I*, 9. Aufl., photomechan. Nachdr. der 1920 erschienenen Erstaufl., Tübingen.
- Weindling, Paul (1996): *Die Entwicklung der Inneren Medizin im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation und Funktion des Krankenhauses – am Beispiel der Kinderkrankenhäuser in Paris, London und Berlin*, in: Labisch, Alfons/Spree, Richard (Hrsg.) (1996): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*, Frankfurt a.M./New York, S. 167-183.
- Weisbrod-Frey, Herbert (2012): *Zehn Jahre diagnosebezogene Fallpauschalen in Kliniken. Die problematischen Folgen des neuen Entgeltsystems für Versicherte, Patienten und Beschäftigte*, in: *Soziale Sicherheit*, 8-9/2012, S. 285-292.
- Weller, Wivian, Pfaff, Nicolle (2013): *Milieus als kollektive Erfahrungsräume und Kontexte der Habitualisierung - Systematische Bestimmungen und exemplarische Rekonstruktionen*, in: Loos, Peter/Nohl, Arnd-Michael/Przyborski, Aglaja/Schäffer, Burkhard (Hrsg.): *Dokumentarische Methode. Grundlagen – Entwicklungen – Anwendungen*, Opladen/Berlin/Toronto, S. 56-74.
- Wendl, Michael (2013): *Kapitalistische Krankenhäuser als Innovation?* In: *Sozialismus*, 2/2013, S. 52-57.
- Wetterer, Angelika (1993): *Professionalisierung und Geschlechterhierarchie. Vom kollektiven Frauenausschluss zur Integration mit beschränkten Möglichkeiten*, Kassel.
- Wettreck, Rainer (1999): „Arzt sein - Mensch bleiben“. *Eine qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin*, Münster.
- Wex, Thomas (2003): *Die Strategie erwerbswirtschaftlicher Ökonomisierung. Eine Kritik und ein Plädoyer für eine genuine Nonprofit-Ökonomik*, in: *Arbeitskreis Nonprofit-Organisationen (Hrsg.): Mission Impossible? Strategien im Dritten Sektor*, Frankfurt/Gelsenkirchen, S. 42-67.
- Wex, Thomas (2004): *Der Nonprofit-Sektor der Organisationsgesellschaft*, Wiesbaden.
- Wilkesmann, Maximiliane (2009): *Wissenstransfer im Krankenhaus. Institutionelle und strukturelle Voraussetzungen*, Wiesbaden.
- Wilkesmann, Maximiliane (2016): *Von Fürsten zu Knechten? Aktuelle Transformationsprozesse in der Organisation Krankenhaus am Beispiel der Ärzteschaft*, in: Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hrsg.): *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden, S. 207-228.
- Wilkesmann, Uwe (2015): *Olson, Mancur (1965): The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups*, in: Kühl, Stefan (Hrsg.): *Schlüsselwerke der Organisationsforschung*, Wiesbaden, S. 508-511.
- Williams, Colin C. (2002): *A critical evaluation of the commodification thesis*, in: *Sociological Review* 40, S. 525-542.
- Williams, Colin C. (2004): *The myth of marketization: An evaluation of the persistence of non-market activities in advanced economies*, in: *International Sociology* 19, S. 437-449.

- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview, in: Jüttemann, Gerd (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Weinheim, S. 227-255.
- Witzel, Andreas/Reiter, Herwig (2012): The Problem-centred Interview. Principles and Practice, Los Angeles.
- Wolf, Dieter (2002): Der dialektische Widerspruch im Kapital. Ein Beitrag zur Marxschen Werttheorie, durchges. Neuaufll., Hamburg.
- Wolf, Julian/Ostermann, Anne (2016): Von der Organisation der Pflege zur Pflege der Organisation. Ein neuer Typus der Pflegeleitung im Krankenhausmanagement, in: Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hrsg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden, S. 165-183.
- Wolf, Luigi (2015): „Mehr von uns ist besser für alle“. Die Streiks an der Berliner Charité und ihre Bedeutung für die Aufwertung von Care-Arbeit, in: Fried, Barbara/Schurian, Hannah (Hrsg.): Um-Care. Gesundheit und Pflege neu organisieren, Rosa Luxemburg Stiftung, Materialien 13/2015, S. 23-31.

Soziologie



Sighard Neckel, Natalia Besedovsky, Moritz Boddenberg,
Martina Hasenfratz, Sarah Miriam Pritz, Timo Wiegand

Die Gesellschaft der Nachhaltigkeit Umriss eines Forschungsprogramms

Januar 2018, 150 S., kart.
14,99 € (DE), 978-3-8376-4194-3
E-Book kostenlos erhältlich als Open-Access-Publikation
PDF: ISBN 978-3-8394-4194-7
EPUB: ISBN 978-3-7328-4194-3



Sabine Hark, Paula-Irene Villa
Unterscheiden und herrschen
Ein Essay zu den ambivalenten Verflechtungen
von Rassismus, Sexismus und Feminismus
in der Gegenwart

2017, 176 S., kart.
19,99 € (DE), 978-3-8376-3653-6
E-Book
PDF: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-3653-0
EPUB: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-3653-6



Anna Henkel (Hg.)
10 Minuten Soziologie: Materialität

Juni 2018, 122 S., kart.
15,99 € (DE), 978-3-8376-4073-1
E-Book: 13,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4073-5

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

Soziologie



Robert Seyfert, Jonathan Roberge (Hg.)

Algorithmuskulturen

Über die rechnerische Konstruktion der Wirklichkeit

2017, 242 S., kart., Abb.

29,99 € (DE), 978-3-8376-3800-4

E-Book kostenlos erhältlich als Open-Access-Publikation

PDF: ISBN 978-3-8394-3800-8

EPUB: ISBN 978-3-7328-3800-4



Andreas Reckwitz

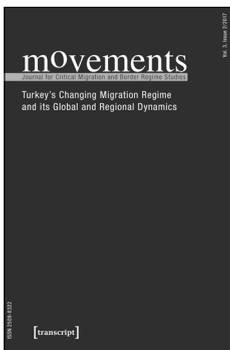
Kreativität und soziale Praxis

Studien zur Sozial- und Gesellschaftstheorie

2016, 314 S., kart.

29,99 € (DE), 978-3-8376-3345-0

E-Book: 26,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-3345-4



Ilker Ataç, Gerda Heck, Sabine Hess, Zeynep Kasli,
Philipp Ratfisch, Cavidan Soykan, Bediz Yilmaz (eds.)

movements. Journal for Critical Migration and Border Regime Studies

Vol. 3, Issue 2/2017:

**Turkey's Changing Migration Regime
and its Global and Regional Dynamics**

2017, 230 p., pb.

24,99 € (DE), 978-3-8376-3719-9

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**