

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) Bewegungskformen des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert sich zugunsten der Tauschwertseite verändern, sich Tauschwertorientierungen gegenüber den Gebrauchswertorientierungen verselbständigen. Dies kann auf verschiedenen Ebenen des Krankenhausesektors 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 Personalfluktuatation (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 Personalfluktuations 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 problemerzeugende 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 Stellungen 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 vereinzelt 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 ‚Fehlreize‘ 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 abgrenzten, 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 gerechtigkeitstheoretische 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 Verknennung: 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 Verkehruungsmodells 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 Pflegende 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 übergangen. 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 arbeitsinhalten 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 Fürsorgegeometrie 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 Gesamtpjekt*: 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 Existenzsicherungsrationaltät 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 Existenzsicherungsrationaltät 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 Arbeitsbedingung 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 arbeitsinhaltenlichen (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.

