

5 Konzeptioneller Rahmen

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

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

5.1 FRAGESTELLUNGEN UND FORSCHUNGSDESIGN

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

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

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

1 Diese Geschlossenheit ist Resultat der theoretischen Hintergrundannahme, dass strukturelle Widersprüche wie der zwischen Gebrauchswert und Tauschwert sich in handlungspraktischen Problemen und Konflikten von Handlungsorientierungen (auch verschiedener Akteur*innen) äußern können (vgl. Giddens 1979; Jaeggi 2014: insb. 386ff.) – allerdings müssen sie das nicht (vgl. ebd.: 388), wofür Giddens Strukturen der Herrschaft verantwortlich macht (vgl. Giddens 1979: 144). Auch in systemtheoretischer Tradition wird davon

Um dieser Schließung des forschenden Blicks entgegen zu arbeiten, wird in einem zweiten Schritt der Frage nachgegangen:

Forschungsfrage II: Wie werden Tauschwertbezüge für die Pflegekräfte relevant und wie positionieren sich die Pflegekräfte zu diesen ökonomisierungsrelevanten Themen?

Mithilfe dieser Frage kommen also – sofern vorhanden – auch jene Phänomene der Ökonomisierung in den Blick, die als selbstverständliche Routine ablaufen. Sie besitzt ihr Moment der Offenheit komplementär zu Forschungsfrage I darin, dass Phänomene der Ökonomisierung nicht als Probleme oder Konflikte präjudiziert sind. Im Kontext der in dieser Arbeit verfolgten Perspektive sind mit ökonomisierungsrelevanten Themen solche gemeint, in denen auf Tauschwerte Bezug genommen wird. Es ist dabei aber noch nicht gesagt, dass wir es dort, wo ein solcher Bezug stattfindet, faktisch mit Ökonomisierung zu tun haben. Der Formulierung der Fragestellung liegt vielmehr lediglich die theoretische Annahme zugrunde, dass es Phänomene der Ökonomisierung nur dort geben kann, wo es einen Bezug zu wertförmigen Vergesellschaftungsprinzipien gibt; in diesem Sinne sind wertformbezogene Themen für die Diagnose von Ökonomisierungsprozessen prinzipiell, also der *Möglichkeit* nach relevant. Das heißt jedoch keineswegs, darauf schließen zu dürfen, dass überall dort, wo ein solcher Bezug vorliegt, auch faktisch, d.h. der *Wirklichkeit* nach Ökonomisierung zu diagnostizieren ist – hierzu muss vielmehr mittels theoriegeleiteter Interpretation gezeigt werden, dass sich der Tauschwert- gegenüber dem Gebrauchswertbezug verselbständigt hat.

Während die Beantwortung von Forschungsfrage I, die in Kapitel 6.1 vorgenommen wird, neben der vorliegenden Studie auf ein relativ breites Spektrum empirischer Untersuchungen zurückgreifen kann, die sich um die gegenwärtige Arbeitssituation der Pflegekräfte drehen, ist Forschungsfrage II, die in Kapitel 6.2 beantwortet wird, für die Krankenhauspflege bisher noch ein weitgehendes Desiderat. Vor diesem Hintergrund übernimmt der Überblick über die Probleme des pflegerischen Arbeitsalltags in Kapitel 6.1 zugleich die Funktion einer Zusammenfassung des Stands der Forschung – existieren zu den Problemen, von denen im vorliegenden Material berichtet wird, bereits Studien, wird an entsprechender Stelle auf diese hingewiesen. Dass sich die Ökonomisierung der Krankenhäuser negativ auf die Arbeitsbedingungen des Pflegedienstes ausgewirkt hat, kann als – weitgehend – unstrittig gelten. Braun et al. kommen sogar zu dem Ergebnis, dass die „Auswirkungen der DRG auf die Arbeit der Ärzte [...] insgesamt geringer zu sein [scheinen] als auf die Arbeit der Pflege“ (Braun et al. 2010: 46).² Auf die häufig thematisierte Klemme von Personalabbau bei gleichzeitiger Arbeitsverdichtung aufgrund von Verweildauerverkürzung,

ausgegangen, dass Konflikte kommunizierte und damit „operationalisierte Widersprüche“ (Bachur 2013: 166; Luhmann 1984: 530) sind.

- 2 Der Erhebung von Braun et al. (2011) zufolge hat die DRG-Einführung dazu geführt, dass Pflegekräfte sich in geringerem Maße angemessen ausgebildet fühlen sowie Überstunden, Organisationsmängel, Zeitdruck und der Wunsch nach einem Berufswechsel zugenommen haben. Zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Pflege vgl. auch Crojethovic et al. (2014: 84ff.).

Fallzahlsteigerung und zunehmendem pflegerischen Aufwand, in der sich der Pflegedienst befindet, wurde oben bereits eingegangen. Die Folgeerscheinungen sind bekannt: Bei den Pflegekräften kommt es zu Überlastungserscheinungen, zu Burnout, Demotivation, moralischer Desensibilisierung (vgl. Kersting 2011) sowie (partiell) Berufsausstieg (vgl. Braun et al. 2011: 66). Gleichzeitig sind die Patient*innen Prozessen der (impliziten) Rationierung und höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt (vgl. Kühn 2004: 33ff. sowie den Überblick bei Braun et al. 2011: 18ff.). Vielfach wird in diesem Zusammenhang auch ein Konflikt zwischen ökonomischen Handlungsanforderungen und pflegerischem Berufsethos oder allgemeiner den im Feld bisher dominierenden normativen Prinzipien (Bedarfsprinzip, Gleichheitsprinzip, Gemeinwohlorientierung), eine kognitive und moralische Dissonanz konstatiert (vgl. Braun et al. 2011: 74; Kühn 2008: 323; Manzeschke 2006). Angesichts der arbeitsteiligen Organisationsstruktur des Krankenhauses, der Dominanz der ärztlichen Profession und der medizinzentrierten Architektur des DRG-Systems – allesamt strukturelle Bedingungen, die die pflegerische Arbeit weitgehend von ökonomischen Rücksichten entkoppeln³ – stellt sich allerdings die Frage, wie genau die ökonomischen Handlungsanforderungen in der Alltagspraxis der Pflege überhaupt ins Spiel kommen und an die Pflegenden herangetragen werden. An welchen Punkten ihrer Arbeit gibt es für Pflegekräfte Möglichkeiten oder Notwendigkeiten, ökonomische Orientierungen zu übernehmen? Wo können also Mechanismen der Ökonomisierung der Pflege überhaupt Ansatzpunkte finden, um zu greifen? Diese Fragen sind bis heute weitgehend offen, vor allem in Bezug auf die Pflege-Basis, also die Pflegekräfte, die täglich am Bett. Im Bereich der Pflegeleitung (vom Pflegedirektorium bis zur Stationsleitung) wurde die Relevanz ökonomischer oder betriebswirtschaftlicher Orientierungen vereinzelt untersucht (vgl. Grimm 2013; Rosenthal 2005; Vogd et al. 2018: 121ff.), die Rolle der Pflege im Management bleibt allerdings innerhalb der Krankenhausforschung ebenfalls ein Desiderat (vgl. Wolf/Ostermann 2016: 165). Auch auf dieser Ebene pflegerischer Leitung wurde ein Übergang vom Verwalten zum Managen (Rosenthal 2005: 299) konstatiert. Grimm (2013: 68) formuliert die These, die Umstrukturierung der Krankenhäuser habe auf der Ebene der Pflegeleitungen zu einer Verdrängung des Grundkonflikts zwischen Wirtschaftlichkeit und Versorgung geführt, da die leitenden Pflegekräfte zunehmend die Managementperspektive und betriebswirtschaftliche Vorgaben berücksichtigen. Der Konflikt werde damit „auf die Ebene der direkten Pflege übertragen. Somit müssen die Pflegekräfte an der Basis das Spannungsverhältnis zwischen Ökonomie und Versorgung weitestgehend allein austarieren.“ (Ebd.: 68) Wie genau diese Übertragung und das Austarieren an der Basis aussehen, ob also wirklich die Notwendigkeit, sich an ökonomischen Sinnzusammenhängen zu orientieren, nach unten weitergegeben wird, bleibt aber offen. Das Ergebnis der Studie von Marrs (2007/2008), dass unterhalb der Stationsleitungsebene von Erlösorientierung und Kundenparadigma bisher relativ wenig

3 Gerade wenn Krankenhäuser als professionelle Organisationen verstanden werden, ist nicht davon auszugehen, dass ein zunehmender ökonomischer Umweltdruck sich einfach und direkt in die Organisation mit ihren relativ autonomen, dezentralen und von der medizinischen Profession dominierten Abteilungen hinein vermittelt. Ökonomischer Druck muss vielmehr organisational erzeugt, mithilfe von Rekursionen zu einer organisationalen Wirklichkeit gemacht werden (vgl. Ortman 2004: 214ff.).

angekommen sei (Marrs 2007: 505), gibt Grund zur Skepsis. Auch Slotala/Bauer/Lottmann (2008) haben sich in einer Pilotstudie der Frage angenommen, auf welche Weise „die beiden unterschiedlichen Rationalitäten der ökonomischen Imperative (Vorrang der Kostenminimierung bzw. wettbewerblicher ‚Markterfolge‘) und [...] pflegerischen Ziele (Vorrang der bedarfsgerechten Versorgung) von den Akteuren selbst wahrgenommen und verarbeitet“ (ebd.: 385) werden.⁴ Ihre Ergebnisse weisen darauf hin, dass in diesem Zusammenhang widersprüchliche Verarbeitungsprozesse stattfinden, die die Autor*innen mithilfe von drei „idealtypische[n] Pole[n] hinsichtlich der normativen Relevanz der ökonomischen Rationalität“ (ebd.: 386) zur Darstellung bringen, die bei den Befragten in je unterschiedlichen Gewichtungen vorzufinden seien. Am kritischen Pol würden ökonomische Erfordernisse als Konflikt in Erscheinung treten, am integrativen Pol werde versucht, ökonomische und pflegerische Erfordernisse zu vermitteln,⁵ und am affirmativen Pol werde die ökonomische Rationalität auf der Grundlage einer Naturalisierung der ökonomischen Strukturproblematik als Deutungsrahmen übernommen. Offen bleibt hier trotzdem: Wie kommen die viel beschworenen ökonomischen Imperative überhaupt bei den Pflegekräften an? Wie kann das Erfordernis der Kostenminimierung oder der Erlösgenerierung in einem Arbeitsalltag Relevanz gewinnen, der von ärztlichen, patientenseitigen und organisatorischen Anforderungen geprägt ist? Selbst wenn sie als legitim gelten würden,⁶ wo sehen die Pflegekräfte selbst überhaupt die Möglichkeit oder Notwendigkeit, Kosten- oder Erlösfragen in Betracht zu ziehen?

Erst auf der Grundlage der Beantwortung der Forschungsfragen I und II kann eine Annäherung an die übergreifende Ausgangsfrage vorgenommen werden (vgl. Kap. 7), wie die Ökonomisierung der Krankenhäuser im pflegerischen Alltag in Erscheinung tritt. Hierzu ist es nötig, die Ergebnisse der durch die beiden Fragen strukturierten Empirie in theoriegeleiteter Perspektive zu deuten. Diese qualitativ-explorative Annäherung an den Gegenstand hat ihre Grenze darin, dass sie primär Ansatzpunkte und grundlegende Mechanismen der Ökonomisierung im Arbeitsalltag

-
- 4 Um diese Frage kreisen im Prinzip auch die sogenannten „Coolout-Studien“ von Karin Kersting (2011/2016), insofern hier der Widerspruch zwischen den Anforderungen eines effizient ablaufenden Betriebs und den Anforderungen einer patient*innenorientierten Pflege im Fokus steht. Allerdings ist der Ökonomiebezug bei Kersting recht abstrakt und undifferenziert gehalten, der historische Wandel und die Spezifik der gegenwärtigen Tauschwertbezüge sowie ihrer Wirkungsweise werden nicht thematisiert. Die Widersprüche und Konflikte, die aus der Ökonomisierung der Krankenhäuser und der Pflege resultieren, nehmen entsprechend eine komplexere Gestalt an, als im Widerspruchskonzept von Kersting erfasst wird – sie haben häufig auch nichts mit einem effizienten Betriebsablauf zu tun.
 - 5 Hier werden zwar Zugeständnisse an ökonomische Anforderungen gemacht, was eine Rationierung im psychosozialen Leistungsspektrum mit sich bringe, aber der „körper- und medizinnahe Leistungsbereich“ stellt weiterhin eine „normative Grenze der kostenmotivierten Rationierung“ dar (Slotala/Bauer/Lottmann 2008: 388).
 - 6 In der Erhebung von Braun et al. (2010) stimmen 46% der Pflegekräfte der Aussage, wirtschaftliche Erwägungen seien gegenüber dem sachlich Gebotenen nachrangig, voll zu, d.h. bei 54% der Befragten kommt es durchaus zu „Normverunsicherungen“ (ebd.: 18), die ein Hinweis auf die mindestens partielle Legitimität wirtschaftlicher Erwägungen sind.

der Pflegekräfte identifizieren kann, d.h. es können Tendenzen zur Ökonomisierung extrapoliert werden, sofern sie auf allgemeine Strukturen zurückzuführen sind, über die Verbreitung der festgestellten Reaktionsweisen können jedoch keine gesicherten Aussagen getroffen werden. Es werden also lediglich prinzipielle Möglichkeiten eruiert, wie Pflegekräfte auf Ökonomisierungstendenzen reagieren. Um zu prüfen, welche Verbreitung sie aufweisen, wäre eine Reihe weiterer Forschungsprojekte nötig.

Zur Bearbeitung der Fragestellungen wurde auf die Erhebungsmethode des problemzentrierten Interviews zurückgegriffen. Die Methode, Einzelinterviews zu führen, schien insofern der Fragestellung angemessen, als die Orientierungen der Pflegekräfte im Fokus des Erkenntnisinteresses standen, die in der Alltagspraxis handlungsleitend sind. Diese sind im Rahmen teilnehmender Beobachtung nur schwer zugänglich, denn der beobachteten Praxis ist der orientierende Sinngehalt, den die Akteure mit ihr verbinden, kaum abzulesen, schließlich werden die Relevanzsysteme, zu denen die Praxis in Relation steht, nur selten sichtbar.⁷ Das Problem spitzt sich zu, wenn man bedenkt, dass ökonomische Orientierungen im Krankenhausalltag aufgrund der im Bourdieu'schen Sinne ‚anti-ökonomischen‘ Konstitution des Feldes kaum offensiv und sichtbar ausgelebt werden dürften – eine bestimmte Prozedur auszuführen, wird dem*der Patient*in gegenüber nicht als ökonomisch motivierte Behandlung erläutert werden, selbst wenn die Entscheidung, diese bestimmte und keine andere auszuführen, faktisch ökonomisch motiviert war. Die Spezifik des Feldes und des Forschungsthemas sprach auch dagegen, Gruppendiskussionen durchzuführen, denn diese sind besonders für die Rekonstruktion kollektiver, milieu- oder gruppenspezifischer Orientierungsmuster und Mechanismen der Diskurs- und Bedeutungsproduktion geeignet (vgl. etwa Bohnsack 2010: 105ff.), Ökonomisierung setzt jedoch – wie aus der bisherigen Forschung bekannt ist – vielfach an individuellen Motiven und Interessen an, setzt individuelle Anreize und befördert eher individualistische, denn kollektive Bearbeitungsstrategien. Zudem erfährt man in Gruppendiskussionen wenig über alltägliche Handlungspraxen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sah 2014: 278), da das Wissen um diese von den Teilnehmenden als selbstverständliches, gemeinsam geteiltes Erfahrungswissen vorausgesetzt werden kann.

Problemzentrierte Interviews eröffnen demgegenüber einen Raum für Erzählungen über die Alltagspraxis, denn diese muss dem*der feldexternen Interviewer*in erläutert werden. Die Erzählanteile, die für die Rekonstruktion von handlungsleitenden Orientierungsmustern zentral sind, wären zwar in (gelungenen) narrativen Interviews noch größer gewesen, doch es sprachen zwei Gründe dafür, sich für das problemzentrierte Interview zu entscheiden: Erstens schien es forschungspragmatisch wenig erfolgversprechend den Interviewpartner*innen aus einer von Zeitdruck geprägten Berufsgruppe mehrstündige narrative Interviews vorzuschlagen. Problemzentrierte Interviews bieten die zeitökonomisch relevante Möglichkeit, die Interviews mittels spezieller Nachfragetechniken (vgl. Witzel/Reiter 2012: 75ff.) auf die für die For-

7 Anders gesagt: Man kann sehen, wer wann was tut, aber nur selten gibt es dabei Kommentierungen darüber, warum was wie getan wird und welche subjektive Einstellung mit der Praxis einhergeht – wird beispielsweise eine Pflegemaßnahme schnell ausgeführt, weil Zeitdruck herrscht oder weil schnell zu arbeiten der subjektiven Vorstellung von guter Arbeit entspricht?

schungsfrage relevanten Themen zu fokussieren,⁸ ohne dabei die Bedeutung narrativer Anteile zu unterschätzen oder die Relevanzsysteme der Interviewten zu übergehen. Zweitens ist das Konzept der Problemzentrierung in systematischer Hinsicht der gesamten Anlage der vorliegenden Untersuchung adäquat, denn Problemzentrierung meint (vgl. Witzel/Reiter 2012: 5) erstens, dass es in der Untersuchung um gesellschaftliche Probleme geht, die auch für die Interviewten relevant sind; zweitens, dass eine der Erhebung vorangehende ‚Zentrierung‘ des Blicks der*des Forschenden stattfindet, d.h. „Offenlegung und Systematisierung“ des eigenen Wissenshintergrundes etwa durch die „Verarbeitung einschlägiger Theorien und empirischer Untersuchungen zu dem Themenbereich sowie Erkundungen im Untersuchungsfeld auch durch die Einbeziehung der Erfahrungen von Experten“ (Witzel 1985: 230);⁹ drittens, dass Strategien angewendet werden, mittels derer die Perspektive der Interviewten auf das (auch sie) interessierende Problem – im Zweifel auch gegen die Interpretationen der Forscher*in – zur Geltung kommen kann.

Das Sample besteht im Kern aus Interviews mit acht examinieren Pflegekräften aus fünf verschiedenen Häusern (siehe Überblick: Sample). Ergänzt wurden diese durch drei Expert*inneninterviews mit Betriebs- bzw. Personalrät*innen und drei Interviews mit Vertreter*innen anderer Berufsgruppen (zwei Assistenzärztinnen, eine Hebamme), die als Kontrastfolien die empirisch gesicherten Vergleichsmöglichkeiten erhöhen sollten, denn methodisch kontrollierte Reflexion muss sich auf „empirisch fundierte und nachvollziehbare Gegenhorizonte stützen“ (Bohnsack 2010: 38). Das so kompilierte Sample weist mehrere Besonderheiten auf, die in mehr oder weniger engem Zusammenhang mit dem Feldzugang stehen dürften. Dieser kam in erster Linie – von zwei Ausnahmen abgesehen – durch eine zivilgesellschaftliche Organisation, gewerkschaftliche Kanäle und über Betriebsräte zustande. Diese Hintergründe führen dazu, dass ein Großteil der interviewten Pflegekräfte gegenüber der Ökonomisierung der Krankenhäuser und ihren Konsequenzen eine kritisch Haltung einnimmt und ihre Teilnahme an der Studie der politischen Motivation entspringt, die gegenwärtigen ‚Zustände‘ der Öffentlichkeit mitzuteilen. Diese tendenziell einseitige Prägung des Samples lässt sich jedoch zu einer Stärke machen, wenn man sie in der Interpretation angemessen berücksichtigt: Sollten sich selbst bei jenen Pflegekräften, die der Ökonomisierung kritisch gegenüberstehen, Ökonomisierungstendenzen ausmachen lassen, ist das als Indiz für die Wirkmächtigkeit des strukturellen Wandels zu verstehen. Es dürfte dann also begründet spekuliert werden, dass die Akzeptanz der Ökonomisierung und ihre Konsequenzen ausgewachsener sind, als durch das Sample vermittelt wird. Gleichzeitig muss jedoch in der Interpretation auch reflektiert werden, inwiefern die politische Motivation zur Dramatisierung der ‚Zustände‘ geführt haben könnte.

8 Dieser zeitökonomische Vorteil kann mit der Methodik zwar gewährleistet werden, beschreibt aber weder das, was im Kern mit Problemzentrierung gemeint ist (vgl. Witzel/Reiter 2012: 5), noch ist ausgeschlossen, dass problemzentrierte Interviews mehrere Stunden dauern.

9 Dem wurde dadurch Rechnung getragen, dass den Interviews mit den Pflegekräften Interviews mit Betriebs- bzw. Personalrät*innen vorausgingen. Auch diese ‚Experteninterviews‘ wurden als problemzentrierte Interviews geführt (vgl. hierzu Witzel/Reiter 2012: 33f.).

Eine weitere Besonderheit besteht in der paritätischen Geschlechterverteilung des Pflege-Samples, die stark von der Verteilung im Pflegedienst der Krankenhäuser abweicht.¹⁰ Ein Faktor, der dazu beigetragen hat, dürfte der hohe Anteil an Intensivpflegekräften sein, denn die medizinnahe Intensivpflege weist einen höheren Anteil an männlichen* Pflegekräften auf (vgl. Bonse-Rohmann/Jaeger/Raschper 2007: 20), dieser bewegt sich allerdings auch nur bei etwa einem Drittel. Darüber hinaus befindet sich im Pflege-Sample keine Pflegekraft aus einem privat getragenen Haus, lediglich die interviewten Assistenzärztinnen waren in privat getragenen Häusern tätig.

Tabelle 3: Sample (Pflegekräfte)

Name ¹¹	Abk.	Trägerschaft des Hauses	Station	Position	Berufserfahrung ¹²
Herr Schimmeck	P1	Öffentlich (A) ¹³	Intensiv	Examiniert (FWB) ¹⁴	23 Jahre
Frau Jandric	P2	Öffentlich (B)	Gynäkol./Urol.	Stationsleitung	33 Jahre
Frau Henkel	P3	Öffentlich (B)	Onkol.	Examiniert	12 Jahre
Frau Bajramovic	P4	Öffentlich (C)	Gefäß-/Unfallchir./Urol.	Gruppenleitung	6 Jahre
Herr Niedhoff	P5	Öffentlich (C)	Gefäßchir.	Fachl. Leitung	6,5 Jahre
Herr Becker	P6	Frei-gemein. (D)	Intensiv	Examiniert	1,5 Jahre
Herr Ortlieb	P7	Frei-gemein. (E)	Intensiv + Aufnahme	Examiniert	6 Jahre
Frau Yildiz	P8	Öffentlich (B)	Intensiv	Examiniert (FWB)	6 Jahre
Frau Söllner	H1	Frei-gemein. (E)	Kreissaal	Examiniert	2 Jahre

Das Interviewmaterial wurde mithilfe einer Methodik ausgewertet, die sich in ihrer Grundstruktur an der dokumentarischen Methode, orientiert wie sie maßgeblich von

-
- 10 Die Krankenhausstatistik des Bundes weist für das Jahr 2015 im Pflegedienst 14,6% männliche* und 85,4% weibliche* Beschäftigte aus.
 - 11 Die Namen wurden zum Zweck der Anonymisierung geändert.
 - 12 Gezählt wurden die Jahre ab Beendigung der Ausbildung.
 - 13 Die Buchstaben stehen für das jeweilige Haus.
 - 14 FWB = mit Fachweiterbildung.

Ralf Bohnsack entwickelt wurde (vgl. etwa Bohnsack 2010). Sie bietet einen besonderen Zugang zur Logik der Praxis. Methodologisch grundlegend ist für sie, im Anschluss an Karl Mannheim, die metatheoretische Annahme eines Doppelcharakters des handlungsleitenden Wissens: Die Dimension des expliziten, kommunikativen Wissens wird unterschieden von der Dimension des implizit handlungsleitenden, konjunktiven Wissens. Bei ersterem handelt es sich um ein Wissen, das Akteur*innen von ihrem eignen Handeln haben, um ihre Alltagstheorien *über* ihre Praxis, um ihre eigenen Handlungsentwürfe, die Um-zu- und Weil-Motiven (vgl. Schütz 1974: 115ff.) folgen und die sie anderen gegenüber kommunizieren können. Dieses Wissen entspricht den als typisch geltenden „institutionalisierten Rollenerwartungen“ und den „damit verbundenen Orientierungsschemata“ (Bohnsack 2012: 122f.).¹⁵ Das implizite, konjunktive Wissen bezieht sich demgegenüber auf eine Dimension handlungsleitenden Wissens, die nicht ohne Weiteres der Reflexion und Explikation zugänglich, sondern vielmehr inkorporiert ist. Es ist nicht typischerweise und allgemein bekannt, sondern stellt eine Kompetenz dar, die nur jenen praktisch-habituell zur Verfügung steht und nur von jenen unmittelbar verstanden wird, die einen „konjunktiven Erfahrungsraum“ oder gemeinsamen Erlebniszusammenhang teilen. Konjunktive Erfahrungsräume konstituieren sich auf „der Grundlage von Gemeinsamkeiten der Erlebnisschichtung“ (Bohnsack 2012: 127).¹⁶ Handlungsorientierungen, die aus konjunktiven Erfahrungsräumen hervorgegangen sind, nennt Bohnsack im Unterschied zu Orientierungsschemata Orientierungsrahmen. Diese spannen sich zwischen einem (positiven oder negativen) Horizont und einem (positiven oder negativen) Gegenhorizont auf. Zusammen mit deren Enaktierungspotenzialen konstituieren sie den „Rahmen des Erfahrungsraums“ (Bohnsack 2010: 136). Bohnsack geht davon aus, dass Orientierungsschemata nur innerhalb von Orientierungsrahmen „handlungspraktische Relevanz“ (Bohnsack 2012: 128) gewinnen.

Diese doppelte Wissensbasis der Praxis bringt es mit sich, dass zwei Sinnebenen von Äußerungen und Handlungen zu unterscheiden sind: Der immanente Sinngehalt bezieht sich auf den subjektiv gemeinten Sinn, die Um-zu- und Weil-Motive, also darauf, was eine Äußerung oder Handlung im Sinne des Common Sense bedeutet.¹⁷ „Ich überreiche eine Gabe, um zu ‚helfen‘. Der ‚immanente‘ oder ‚objektive‘ Sinngehalt ist hier derjenige der ‚Hilfe‘. Er basiert auf wechselseitigen (reziproken) Motivunterstellungen, die gesellschaftlich institutionalisiert, also ‚objektiviert‘ sind“

15 Das explizite Wissen beinhaltet somit gemeinsam geteilte, typische oder auf Stereotypisierung beruhende „standardisierte und situationsunspezifische Handlungsregeln“ (Renn 2006: 123).

16 Es geht also nicht einfach darum, dass Akteur*innen als reale Gruppe gemeinsam etwas erlebt haben, sondern strukturell ähnliche Erfahrungen gemacht haben, so dass es etwa milieu-, generationen- oder geschlechtsspezifische, aber beispielsweise auch berufsspezifische Erfahrungsräume gibt. „Konjunktive Erfahrungsräume verbinden Menschen mit strukturidentischen Erfahrungen und Gemeinsamkeiten in der Sozialisationsgeschichte.“ (Weller/Pfaff 2013: 57; vgl. auch Mensching/Vogd 2013: 321)

17 Hier kann noch einmal unterschieden werden zwischen intentionalem Ausdruckssinn und Objektsinn: „Während es sich bei ersterem um Absichten und Motive des/der Erzählenden handelt, geht es bei Objektsinn um die allgemeine Bedeutung eines Textinhalts oder einer Handlung.“ (Nohl 2009: 8)

(Bohnsack 2010: 60). Demgegenüber handelt es sich beim sogenannten dokumentarischen Sinngehalt oder Dokumentsinn um eine Manifestation des implizit bleibenden, soziokulturellen Entstehungszusammenhangs (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 284). Er verweist auf den *modus operandi*, auf das Wie des Zustandekommens einer Äußerung oder Handlung. Auf dieser Ebene geht es nicht darum, was beispielsweise allgemein „Familie“ ausmacht, worin die institutionalisierte Architektur familiärer Rollenerwartungen gemäß des Common Sense besteht, sondern darum, was „Familie“ aufgrund von milieu-, generations- oder geschlechtsspezifischen Erfahrungen für eine*n Akteur*in bedeutet – eine Bedeutung, die nur von Akteur*innen mit einem strukturidentischen Erfahrungshintergrund unmittelbar verstanden wird.

Die dokumentarische Methode ist darauf hin konzipiert, das konjunktive, implizit bleibende handlungsleitende Erfahrungswissen zu rekonstruieren. Auf Basis der formulierenden Interpretation des immanenten Sinngehalts einer protokollierten „Ausdrucksgestalt“ (Oevermann 2002), also der Darstellung und Zusammenfassung dessen, was gesagt wurde, schreitet sie zur reflektierenden Interpretation fort, deren Ziel es ist, den Dokumentsinn zu rekonstruieren, den Orientierungsrahmen zu erschließen, in dem ein Thema verhandelt wird. Hierzu werden zum einen sequenzanalytisch die Horizonte und Gegenhorizonte ermittelt, in denen sich ein Thema bewegt. Zum anderen wird auf das Mittel der komparativen Analyse zurückgegriffen, denn: „Der je fallspezifische Erfahrungsraum konstituiert sich immer schon in der Überlagerung bzw. wechselseitigen Durchdringung unterschiedlicher Erfahrungsräume“ (Bohnsack/Nentwig-Gesemann/Nohl 2007: 15f.), so dass eine Äußerung oder Handlung in unterschiedlichen Orientierungsrahmen verortet ist und erst durch das Heranziehen von Vergleichshorizonten spezifische Orientierungsrahmen sichtbar werden (vgl. Bohnsack 2012: 129f.).¹⁸

Zwar ist die Bedeutung, die dem impliziten Wissen in einem organisationalen Setting zukommt, zu relativieren – darauf wird gleich zurückzukommen sein –, den-

18 Ein Horizont oder Rahmen wird dadurch sichtbar, dass analysiert wird, welche Anschlussäußerungen auf einen ersten Erzählabschnitt folgen. Es wird also davon ausgegangen, dass ein impliziter sinnhafter Zusammenhang zwischen erster Äußerung und Anschlussäußerung besteht. „Die Frage, die an die Abfolge der Äußerungszüge gestellt wird, lautet: Welche Unterscheidung wurde im ersten Zug getroffen, welcher Horizont entworfen, so dass der nächste Zug als sinnvolle Reaktion/Weiterführung nachvollziehbar wird?“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 296) Wird etwa, nachdem das Thema der Pflegedokumentation eingeführt wurde, darauf hingewiesen, diese sei abrechnungsrelevant, wird sie in einem ökonomischen Orientierungsrahmen verhandelt, wird sich hingegen über die Unleserlichkeit beschwert, wird die Dokumentation im Horizont ihrer Kommunikationsfunktion verhandelt. In der Sequenzanalyse wird also nach Produktionsregeln oder generativen Prinzipien für Abfolgen von Äußerungen gefragt (vgl. ebd.: 297). Liegt das Forschungsinteresse etwa darin, berufsspezifische Orientierungen auf die Dokumentation zu rekonstruieren, müssen derartige Orientierungen dann mit der Orientierung von Ärzt*innen oder einer anderen Berufsgruppe auf die Dokumentation verglichen werden, liegt der Fokus hingegen auf der Fachspezifik der Orientierungen, sind die Thematisierungen der Dokumentation durch Beschäftigte verschiedener Fachabteilungen zu vergleichen, um die interessierenden Orientierungsrahmen zu rekonstruieren.

noch ist davon auszugehen, dass die Praxis der Pflegenden nicht ausschließlich von reflexiv verfügbaren, subjektiven Handlungsabsichten geleitet wird, die von ihnen ohne Weiteres explizierbar sind. Insbesondere die Reaktionsweisen auf den ökonomisierungsbedingten strukturellen Wandel dürften von routinierten, habitualisierten Praxisformen und „impliziten Werthaltungen“ (vgl. Vogd 2006: 249) abhängig sein, die sich weniger in dem ausdrücken, was gesagt wird, sondern eher darin, wie es gesagt wird. Zudem darf nicht davon ausgegangen werden, dass die Übernahme von Tauschwertorientierungen in einem anti-ökonomischen Feld ausschließlich bewusst stattfindet und in den Eigentheorien der Akteure einfach ‚ausgeplaudert‘ wird. Der ökonomisierungsbedingte strukturelle Wandel betrifft eben nicht nur die institutionalisierten Rollenerwartungen, sondern auch den konjunktiven Erfahrungsraum der Pflegekräfte.

Die dokumentarische Methode wurde allerdings um weitere Interpretationstechniken ergänzt, denn um die Forschungsfrage I zu beantworten, ist zunächst keine rekonstruktionslogisch verfahrenende Auswertung nötig, sondern eine Deskription des Materials auf der Ebene des immanenten Sinngehalts. Für eine solche Deskription sind in der dokumentarischen Methode keine speziellen Interpretationsschritte vorgesehen. Es lassen sich jedoch an die formulierende Interpretation der für die Forschungsfrage relevanten Passagen die Interpretationstechniken der Kodierung, Kategorisierung und Strukturierung anschließen, um die Probleme und Konflikte, die von den Pflegekräften thematisiert wurden, zur Darstellung zu bringen. Genauer: Erst die Kodierung bestimmter Passagen des Interviewmaterials als Artikulation eines irgendwie gearteten Problems macht es möglich zu bestimmen, welche Passagen überhaupt relevant sind und entsprechend Gegenstand der formulierenden Interpretation werden. Die Probleme wurden anschließend zu Problemkategorien zusammengefasst. So wurde etwa das Problem „nicht leicht, sich gegen Ärzte durchzusetzen“ der Problemkategorie „Verhältnis Pflege-Ärzt*innen“ zugeordnet. Die Kategorisierung zeigte dann, dass die Probleme sich danach strukturieren lassen, ob es sich um Probleme mit den Arbeitsbedingungen, in der Interaktion mit feldspezifischen Akteur*innen oder um Folgeprobleme handelt, die aus Problemen mit den Arbeitsbedingungen oder Interaktionsverhältnissen resultieren.

Die zweite Fragestellung, wie Tauschwertbezüge relevant werden und wie sich die Pflegekräfte zu diesen positionieren, wurde dann rekonstruktionslogisch zu beantworten versucht, d.h. hier kamen die Interpretationstechniken der reflektierenden Interpretation und der komparativen Analyse zum Zuge. Die Selektion der zu rekonstruierenden Passagen orientierte sich an folgenden Kriterien: Erstens wurden gemäß des Forschungsinteresses und der Forschungsfrage jene Passagen ausgewählt, in denen die Interviewpartner Tauschwertbezüge herstellten, also etwa von Abrechnungsrelevanz, Sparvorgaben oder Erlösen sprachen. Zweitens wurden die Eingangserzählungen rekonstruiert, die auf die erste, für die Forschungsfrage wesentliche erzählgenerierende Frage, wie ein typischer Arbeitstags aussieht, produziert wurden. Drittens wurden jene Passagen rekonstruiert, in denen sich sogenannte Fokussierungsmetaphern¹⁹ finden ließen. Ziel der Rekonstruktion war es allerdings nicht, eine Typologie

19 Der Begriff der Fokussierungsmetapher ist ursprünglich auf Gruppendiskussionen gemünzt, bei ihnen geht es um eine kollektive Wirklichkeitskonstruktion, die sich in Passagen mit interaktiver und metaphorischer Dichte, hohem Engagement und hoher Intensität

von Orientierungen zum Thema Ökonomisierung herauszuarbeiten, wie dies etwa bei Slotala/Bauer/Lottmann (2008) geschieht. Vielmehr geht es darum herauszufinden, wie, in welchem Kontext und in welchem Sinne Tauschwertorientierungen für Pflegekräfte relevant werden.

Tabelle 4: Übersicht Forschungsdesign

Forschungsfragen	Dokumentarische Methode	Ergänzende Verfahren	Ziel
Mit welchen Problemen und Konflikten sehen sich Pflegekräfte alltäglich konfrontiert?	Formulierende Interpretation (tlw. reflektierende Interpretation)	Kodierung, Kategorisierung, Strukturierung	<i>Deskription</i> der grundlegenden Problemkonstellation in der Pflege
Wie werden Tauschwertbezüge für die Pflegekräfte relevant und wie positionieren sich die Pflegekräfte zu diesen ökonomisierungsrelevanten Themen?	reflektierende Interpretation und komparative Analyse (tlw. Sinngense)	Theoriegeleitete Interpretation	<i>Rekonstruktion</i> der Orientierungsmuster bezüglich ökonomisierungsrelevanter Themen

Da die forschungspraktischen Anfänge der dokumentarischen Methode in der Milieuforschung liegen, soll zumindest kurz auf die Frage eingegangen werden, inwiefern die ihr zugrunde liegende Meta- oder Sozialtheorie dem Kriterium der Gegenstandsangemessenheit der Methode entspricht. Zwar hat sie schon mehrfach im Bereich der Krankenhaus- und Ökonomisierungsforschung Anwendung gefunden (vgl. Slotala/Bauer/Lottmann 2008; Slotala 2011; Vogd 2004, 2006), hierbei gilt es allerdings zu reflektieren, inwiefern diese Übertragung in den Gegenstandsbereich der Organisationsforschung Modifikationen der metatheoretischen Annahmen erforderlich macht, worauf insbesondere Jansen/von Schlippe/Vogd (2015) aufmerksam gemacht haben:

dokumentiert (vgl. Bohnsack 2010: 123f.). Überträgt man diese Bedeutung auf Einzelinterviews (vgl. Nohl 2009: 46), bietet sich eine doppelte Verwendungsweise an: Man kann zum einen jene ‚sprachlichen Bilder‘, die von verschiedenen Interviewten abgerufen werden, um feldspezifische Sachverhalte zu charakterisieren – bei Pflegekräften etwa ein Spruch wie: ‚Wer schreibt, der bleibt‘, oder der Topos, man arbeite ‚am Bett‘ – als Fokussierungsmetaphern verstehen. Zum anderen kann man den Begriff auf Passagen eines Interviews beziehen, in denen besonders engagiert erzählt wird. Hierbei geht es dann nicht (notwendig) um „kollektive Erlebniszentren“ (ebd.: 125f.), sondern zunächst einmal um individuelle, die sich erst im Vergleich mit weiterem Interviewmaterial als kollektive erweisen könnten. In beiden Varianten markieren Fokussierungsmetaphern eine besondere Relevanz des Themas im Erlebniszusammenhang der Interviewten.

„...während Milieus und Generationen sich sehr gut als geschlossene, relativ homogene und nahezu vollständig durch implizites Wissen bestimmte soziale Zusammenhänge begreifen lassen, leben Organisationen gerade davon, dass explizite Wissensstrukturen wie etwa Verfahren (Luhmann 1969) oder Wissensbestände einer Profession (Abbott 1988) oder spezifischen Berufsgruppe (beispielsweise betriebswirtschaftlich ausgebildete Verwaltungskräfte) eine besondere Rolle spielen.“ (Ebd.: Abs. 3; vgl. auch die Beiträge in Amling/Vogd 2017)

In Organisationen sind allein schon aufgrund ihrer arbeitsteiligen und hierarchischen Formalstruktur funktionsbezogene Rollenstrukturen und -erwartungen wesentlich stärker institutionalisiert und spezifiziert als in Milieus. In der Organisation Krankenhaus treffen zudem sehr unterschiedliche Erfahrungsräume bzw. aus diesen resultierende Wissensstrukturen aufeinander, die in ein Arrangement gebracht werden müssen, damit der Organisationsprozess nicht zum Erliegen kommt: „Der *modus operandi* der jeweiligen sozialen Praxis entspringt, so scheint es, weniger einem eindeutig bestimmten und homogen erscheinenden konjunktiven Erfahrungsraum, sondern manifestiert sich vielmehr in der Art und Weise, wie diese verschiedenen Räume gegen- und miteinander prozessiert werden“ (ebd.: Abs. 8). Während die Typenbildung in der dokumentarischen Methode eher darauf abzielt, verschiedene Erfahrungsräume voneinander getrennt zu betrachten, ist man im Gegenstandsbereich organisationaler Praxis gut beraten, die „Verschränkung verschiedener sowohl implizit wie auch explizit strukturierter Räume“ (ebd.: Abs. 18) in den Blick zu nehmen. „Anders als etwa die soziale Praxis in Milieus, kann organisationale Praxis [...] nicht einfach auf konjunktive Erfahrungsräume zurückgeführt, sondern muss als Spiel zwischen verschiedensten Wissensräumen verstanden werden.“ (Ebd.: Abs. 4)

Doch auch wenn die Diskussion über Möglichkeiten einer dokumentarischen Organisationsforschung „auf der Suche nach dem Konjunktiven in der Organisation“ (Amling/Vogd 2017: 19) wichtige Wegweiser zu bieten hat, ist der hier zu untersuchende Forschungsgegenstand nicht ‚die Organisation‘ und ihre Reproduktionslogik, vielmehr geht es in einer arbeitssoziologischen Perspektive um die (Logik der) Praxis einer spezifischen *Berufsgruppe* innerhalb der Organisation Krankenhaus.

Gleichzeitig kann der Begriff der konjunktiven Erfahrungsräume auch als Bindeglied zwischen akteur- und gesellschaftstheoretischer Perspektive fungieren (vgl. Vogd 2006: 23ff.). Die Orientierungsrahmen, die aus konjunktiven Erfahrungen erwachsen, verweisen mit ihren Sinnhorizonten, innerhalb derer sie sich aufspannen, ebenso wie die Orientierungsschemata, die innerhalb dieser Rahmen als sinnvoll gelten, auf die sozialen Felder als übergreifende gesellschaftliche Strukturen. Damit schiebt die „Rahmenanalyse [...] der Beliebigkeit postmoderner Wirklichkeitskonstruktionen einen Riegel vor“ (ebd.: 21). Rekonstruierbare Tauschwertorientierungen reflektieren dann die strukturellen Bezüge des Feldes (und der in ihm sich vollziehenden Praxis) zur Ökonomie, Gebrauchswertorientierungen die strukturellen Bezüge zu relevanten gebrauchswert-geleiteten sozialen Feldern wie Pflege, Medizin, Wissenschaft, Bildung, Erziehung.

Diese Konzeption liegt auch dem Modus der Generalisierung der Ergebnisse zugrunde. Ziel der Generalisierung sind weder Häufigkeitsaussagen über die Verteilung von Merkmalen und Einstellungen, noch sollen allgemeine, induktiv aufgestellte, raum-zeitlich unabhängigen Gesetze formuliert werden. Vielmehr sollen diejenigen Komponenten entdeckt werden, aus denen erstens die Ökonomisierung der Pflege

besteht und die zweitens auf eine Ökonomisierung der Pflege hinwirken. Als explorative Studie angelegt, soll die Interpretation zu Thesen über feldspezifische Regeln, Probleme und Mechanismen der Ökonomisierung führen. Dabei sind zwei Stufen der Generalisierung zu unterscheiden: Die erste Stufe der Generalisierung besteht in der sinngenetischen Typenbildung, wie sie in der dokumentarischen Methode vorgesehen ist (vgl. Bohnsack 2007; Nohl 2009: 57f.). Die rekonstruierten Probleme und ökonomischen Orientierungen können in dem Maße als generell gelten, in dem sie sich in den fallinternen und fallübergreifenden komparativen Analysen als allgemein relevant erweisen (Generalisierung über den Vergleich des Verschiedenen). Die zweite Generalisierungsstufe liegt dann in der theoriegeleiteten Interpretation, die in dem Sinne generalisiert, das Thesen über die Struktur des Feldes generiert werden. In diesem Schritt wird diskutiert, inwiefern die Differenzen und die gemeinsam geteilten Problemlagen auf die gegenwärtigen Feldstrukturen zurückzuführen sind. Es geht in diesem Schritt also darum, das Material als Ausdruck der objektiven Feldstrukturen zu interpretieren. Das zentrale Scharnier hierbei ist die metatheoretische Verbindung von Wissen bzw. Orientierungsmustern und konjunktiven Erfahrungsräumen, also die Annahme der dokumentarischen Methode, dass Orientierungsrahmen Bearbeitungsformen gemeinsam geteilter, strukturidentischer Erfahrungen sind.

Bevor zur Beantwortung der Forschungsfragen übergegangen wird, ist es im Sinne der weitergehenden Problemzentrierung²⁰ angebracht, die aus der theoretischen und empirischen Literatur bekannte Struktur des Erfahrungsraums der Krankenhauspflege in ersten Umrissen zu skizzieren.

5.2 „WE ARE THE GLUE IN THE SYSTEM“ – ANNÄHERUNG AN DEN PFLEGERISCHEN ERFAHRUNGSRAUM

Der von den Befragten gemeinsam geteilte, konjunktive Erfahrungsraum ist die *Station* innerhalb der Organisation Krankenhaus. Sie ist der Raum,²¹ in dem die Pflegekräfte – sieht man von den konkret divergierenden Organisationsstrukturen der je

20 Witzel führt weiter aus, Problemzentrierung bestehe auch darin, „die objektiven Rahmenbedingungen zu untersuchen, von denen die betroffenen Individuen abhängig sind, die sie in ihrem Handeln berücksichtigen und für ihre Absichten interpretieren müssen. Dazu gehört die Dokumentation struktureller Merkmale des Alltagskontextes“ (Witzel 1985: 230).

21 Dass es sich bei der Station um einen Raum im materiellen Sinne handelt, ist, wie oben deutlich geworden sein sollte, keine notwendige Eigenschaft von Erfahrungsräumen, hängt hier vielmehr mit der Spezifik des Gegenstands zusammen. Der ärztliche Erfahrungsraum der Medizin oder der Erfahrungsraum der Kodierkräfte koinzidiert keineswegs mit einem materiellen Raum. Jansen/von Schlippe/Vogd (2015) sprechen deshalb auch von Erfahrungsräumen als ‚logischen Räumen‘, schütten allerdings das Kind mit dem Bade aus, wenn sie meinen, ein Erfahrungsraum sei ein ‚*formallogischer Raum* ohne ontologisches Korrelat“ (ebd.: Abs. 4). Ohne hier in die Tiefen der Sozialontologie einsteigen zu können, muss doch den Erfahrungsräumen ein gewisser sozial-ontologischer Status zuerkannt werden, denn sie sind als generative Formeln wirksam, die Praxis strukturieren und haben insofern ein ontologisches Korrelat, auch wenn dieses nicht in einem konkreten Ort besteht.

einzelnen Krankenhäuser ab – mit strukturidentischen Erfahrungen konfrontiert werden, aufgrund derer sie einen kollektiven, feldspezifischen Habitus entwickeln. Diese Einordnung könnte kontraintuitiv erscheinen, geht es doch um Pflege im Krankenhaus. Doch das empirische Material lässt es kaum angemessen erscheinen, die Organisation insgesamt als den primären, geteilten Erfahrungsraum zu betrachten, denn sie wird von den Akteur*innen selbst zur Umwelt ihres Aktionsradius²² gerechnet, der primär durch die Organisationseinheit der Station, auf der sie in und mit ihrem Team arbeiten, definiert ist.

Das Spezifische des Erfahrungsraums ‚Station‘ ist, dass er ein Schnittfeld oder Treffraum verschiedener Erfahrungsräume und sozialer Felder darstellt. In diesem organisationsinternen Schnittfeld laufen verschiedene soziale Felder nebenher und zusammen (Medizin, Pflege, Ökonomie, Recht, Wissenschaft, Politik), die je eigenen Logiken folgen und von denen die stationären Prozesse und Praktiken abhängig sind. Die Station lässt sich als sozialer Raum begreifen, in dem verschiedene Akteure einerseits unter der Ägide einer gemeinsam geteilten *illusio* zusammenkommen, die mit der *illusio* des Feldes korrespondiert, in dem die Organisation primär verortet ist (Feld der stationären Krankenversorgung als Sub-Feld des salutogenetischen Feldes), in dem aber andererseits eine „Vielheit von Perspektiven“ (Vogd 2004: 139) existiert. Die verschiedenen Akteur*innen, die die Bühne der Station betreten oder anderweitig in sie hineinwirken, sind in unterschiedlichem Grad in verschiedene Erfahrungsräume und Feldstrukturen eingespannt, d.h. sie orientieren sich in unterschiedlichem Grad an feldspezifischen Erwartungsstrukturen. Die vielfältigen Perspektiven stehen also nicht notwendig in einem harmonischen, sondern häufig in einem spannungs- und konfliktgeladenen Verhältnis zueinander. Denn auch wenn die „differenten Standpunkte der Patienten, der Pfleger, der Internisten, der Chirurgen, der Verwaltungsangestellten etc. [...] in einer Welt des Krankenhauses gleichzeitig nebeneinander bestehen [können], ohne sich kommunikativ durchdringen zu müssen“ (ebd.: 139), so müssen sie dennoch in der Praxis miteinander vermittelt werden, mag die Vermittlung auch darin bestehen, spezifische Kontexte situativ ‚draußen zu halten‘.

Das Bestechende an der feldtheoretischen Perspektive auf die Erfahrungsräume besteht im vorliegenden Forschungszusammenhang darin, dass sie die stationäre Praxis in verschiedenen Hinsichten beobachtbar macht. Soziale Felder sind Spiel-, Kräfte- und Kampffelder. Als Spielfelder legen sie fest, worum es in sachlicher Hinsicht geht, welches Spiel gespielt wird, welche Regeln gelten – in dieser Hinsicht markieren sie spezifische Sinnhorizonte. Zum zweiten können Felder dahingehend beobachtet werden, wer in welcher Weise am jeweiligen Spiel beteiligt ist, auf welcher Position steht, welche Ressourcen einbringen, mit welcher ‚Kraft‘ im Feld oder in ein Feld hinein wirken kann? Drittens wird nicht nur innerhalb eines Spiels um die jeweiligen Gewinne gekämpft, vielmehr handelt es sich bei der Organisationseinheit der Station auch um eine Arena, in der darum gekämpft wird, in welcher Situation welches Spiel gespielt wird, welche Regeln, welche Ressourcen und welche Akteure relevant werden,²² wessen Perspektive berücksichtigt oder ignoriert wird bzw. wer-

22 „Die praxeologische Perspektive kann [...] nicht bei der Differenz Akteur-Regel beginnen, sondern geht vom Primat der Praxis aus. Akteure sind – wie übrigens dann auch Regeln – [...] Produkte einer bestimmten Dynamik innerhalb eines sozialen Feldes.“ (Ameling/Vogd 2017: 21)

den kann. Inwiefern die Grenze und die Autonomie eines Feldes aufrechterhalten werden, wird so zu einer Frage der Praxis. Und: „Anders als in den abstrakten Begrifflichkeiten der Luhmann’schen Systemtheorie, gelingt es hier leichter, die Interaktionslogik der individuellen Akteure in ihren jeweiligen Positionen zu beschreiben.“ (Vogd 2004: 139)

Die pflegerische Praxis kann somit in Hinblick auf die Spannungen konstruiert werden, die sie aufgrund ihrer durch die Organisationseinheit ‚Station‘ vermittelten Einbindung in verschiedene Sinnhorizonte durchziehen. Hierzu ist ein Blick auf die professionstheoretische Auseinandersetzung mit der Krankenpflege hilfreich. Kern des professionellen pflegerischen Handelns²³ ist die Interaktion mit den pflegebedürftigen Patient*innen. Pflegebedürftigkeit beruht auf der zeitweisen oder dauerhaften Einschränkung der Autonomie des*der Patient*in, die wieder herzustellen Ziel pflegerischer Praxis ist (vgl. Fischer 2010: 244). Die Pflegebedürftigkeit begründet eine grundlegende Asymmetrie in der Beziehung zwischen Pflege und Patient*in. Diese nicht auszunutzen, sondern im Sinne einer „stellvertretenden Krisenbewältigung“

23 Wenn pflegerisches Handeln hier als ‚professionelles‘ verhandelt wird, bezieht sich das zunächst nur auf die Struktur des pflegespezifischen Handlungsproblems, das ihre „Professionalisierungsbedürftigkeit“ (Oevermann 1996: 135ff.) begründet. Davon zu trennen ist die Frage, in welchem Grad pflegerisches Handeln institutionell tatsächlich professionalisiert ist, ihr die dazu nötige Autonomie gewährt wird – Antworten fallen diesbezüglich in aller Regel pessimistisch aus: „Wir sind ja nur ‚nen Assistenzberuf“ (P3; vgl. auch Bartholomeyczik 2010: 138ff.). Die Geschichte der Entstehung des ‚professionellen Paares Arzt-Pflege‘ (vgl. U. Streckenisen 2015: 56) lastet wie ein Alp auf den Professionalisierungsbestrebungen der Pflege: Oevermann geht – wie die meisten anderen professionstheoretischen Ansätze auch – davon aus, dass professionelles Handeln die Anwendung wissenschaftlichen Regelwissens voraussetzt. Die Professionalität der Pflege ist damit abhängig vom Grad ihrer Verwissenschaftlichung. Aufgrund der asymmetrischen Komplementarität von ‚männlicher‘ heilender Medizin und ‚weiblicher‘ fürsorgender Pflege, wie sie im Krankenhaus historisch entstanden ist, wurde der Pflege jedoch jener abgespaltene Rest des Krankheitszustandes zugewiesen, der sich einer einheitlichen Verwissenschaftlichung tendenziell entzieht: das mit der naturwissenschaftlich-objektiv eingezirkelten Krankheit stets zusammenhängende subjektive ‚Erleben‘ der Krankheit durch den*die Patient*in. Als ‚Abgespaltenes‘ oder ‚Abjekt‘ (vgl. Müller 2016) ist es diffus und könnte potenziell unter mehreren wissenschaftlichen Disziplinen aufgeteilt werden. Zudem beinhaltet es mit dem Bedarf an Zuwendung und Empathie im Kern Elemente, die einer objektivierenden Verwissenschaftlichung nur schwer zugänglich sind. Damit steht die Verwissenschaftlichung der Pflege – und die eventuell daraus hervorgehende Standardisierung – vor dem Problem, dass auch sie wiederum ein ‚Abgespaltenes‘ hervorbringt: Die Verwissenschaftlichung tendiert dazu, die instrumentellen Aspekte der „Objektbearbeitung“ gegenüber den spezifischen Momenten von *care* als „relational-leiblicher Praxis“ (vgl. Müller 2016: 45ff.) zu betonen. Zwar ist auch das professionelle Handeln der Ärzt*innen strukturell in die Herausforderung verstrickt, wissenschaftliches Regelwissen mit dem je konkreten Fall vermitteln zu müssen, doch der ärztliche Blick richtet sich auf Symptome naturwissenschaftlich definierter Krankheiten, der pflegerische Blick richtet sich demgegenüber auf ‚Symptome‘, die auf Unwohl-Sein und Bedürftigkeit (also Leiblichkeit im Unterschied zu Körperlichkeit) verweisen.

(Oevermann 1996) innerhalb eines Arbeitsbündnisses zu bearbeiten und dabei die Würde der*des Bedürftigen aufrechtzuerhalten, macht den wesentlichen ethischen Gehalt der Fürsorgerationalität professioneller pflegerischer Praxis aus. Das Ethos fürsorglicher Praxis (vgl. Senghaas-Knobloch 2008) ist charakterisiert durch Empathie, die Vertrauen erzeugt und dadurch die für das Zustandekommen des Arbeitsbündnisses nötige Reziprozität ermöglicht.²⁴ „Wann immer die leibseelische Angewiesenheit der Menschen auf die Hilfe und Sorge durch andere in den Blick kommt, geht es um die Anerkennung unvermeidbarer Abhängigkeiten und asymmetrischer Beziehungen und die Frage, wie dennoch der Würde des bedürftigen Individuums entsprochen werden kann.“ (Ebd.: 228)

Das grundlegende Vertrauen in die stellvertretende Krisenbewältigung speist sich patient*innenseitig jedoch auch aus der Erwartung, rational, d.h. auf der Grundlage von Fachkenntnissen und erlernten Fertigkeiten²⁵ sachangemessen versorgt zu werden. Anders als die Empathie, die auf Nähe aufbaut, beruht das wissenschaftlich fundierte, fachliche Problemlösungswissen auf einer gewissen Distanz gegenüber der konkreten pflegebedürftigen Person. Beides, Nähe und Distanz, diffuse Sozialbeziehung und spezifisches Rollenhandeln, verbindet sich, Oevermann (1996: 109ff.) zufolge, prozessual im Arbeitsbündnis zu einer „widersprüchlichen Einheit“. Die Reziprozität ist also durchaus widerspruchsanfällig: Nicht nur muss der*die pflegebedürftige Patient*in den Pflegenden vertrauen, die Pflegenden müssen gleichzeitig auf Seiten der Patient*innen den Willen zur weitest möglichen Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung ihrer Selbständigkeit unterstellen. Die Patient*innen dürfen zwar legitimerweise Unterstützung erwarten, aber nur in dem Maße, in dem sie ‚wirklich‘ notwendig ist. Die subjektiven Wünsche der Pflegebedürftigen können also nicht von sich aus Geltung beanspruchen, sondern sie müssen „stets vor dem Hintergrund fachlicher Kriterien dahingehend überprüft werden [...], ob man ihnen nachkommen kann“ (Birken/Menz 2014: 253). Unterscheiden sich die diesbezüglichen Auffassungen, kann die Unterstützungserwartung der Patient*innen mit der Orientierung der Pflegenden an der Aufgabe der Autonomieförderung in Widerspruch geraten.

Die pflegerische Praxis konstituiert sich jedoch nicht nur um diesen – in sich bereits widersprüchlichen – interaktionslogischen Kern, sie wird ebenso geprägt vom stationären und organisationalen Kontext, in dem sie stattfindet. Dieser konfrontiert die Pflege mit den angesprochenen, spannungsgeladenen Erwartungen und Anforder-

24 „Reziprozität in der Fürsorge ist nicht wie im Vertragsmodell die Folge einer eingegangenen Verpflichtung, kein Versprechen auf Gegenseitigkeit. Sie entsteht durch die Akzeptanz der Beziehung“ (Eckart 2000: 19).

25 Zu diesen gehört nicht nur pflegewissenschaftliches Wissen, sondern auch ein ‚pflegerischer Blick‘, der sich auf das leibliche Erscheinungsbild der Pflegebedürftigen als Ausdruck von Bedürftigkeit und als ‚Wegweiser‘ richtet. Auch wenn folgende Szene von einer Hebamme berichtet wird, die in ein Zimmer kommt, während der Ehemann der Patientin und der behandelnde Arzt sich unterhalten, steht sie doch prototypisch für den pflegerischen Blick: „Ich komm zufällig rein, sehe das blasse Gesicht der Frau, geh hin und sag: Ist ihnen schlecht? Ja, antwortet sie. Ich lagere sie auf die Seite und gleich wurde es besser. So ist es, wenn man [wie die Ärzte; R.M.] nur auf die Kurve guckt.“ (zit. n. Duden 2010: 28). Zum pflegerischen Habitus gehört also die „Fähigkeit des richtigen ‚*Sehens*““ (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2015: 123).

rungen verschiedenster – medizinischer, ökonomischer, bürokratischer, juristischer etc. – Couleur. Bleiben wir zunächst beim primären, auf Krankenversorgung gerichteten Feldbezug: Der Pflege kommt innerhalb der medizinisch dominierten, auf Diagnose und Therapie zugeschnittenen Organisation Krankenhaus eine spezifische Funktion zu, die wahrzunehmen Bestandteil des pflegerischen Selbstverständnisses ist. Bei der Pflege laufen im Prinzip alle Fäden der arbeitsteiligen Organisationsprozesse zusammen; sie sind die zentrale Schnittstelle zwischen Patient*in und Organisation. Auf die damit zusammenhängende, häufig im Schatten der direkten Pflege unsichtbar bleibende Organisationsarbeit hat jüngst Davina Allen (2015) ausführlich aufmerksam gemacht. Während alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus die Patient*innen nur in dem partiellen Zuschnitt wahrnehmen, der für sie relevant ist, behalten die Pflegekräfte, so die zentrale These von Allen, einen Überblick über die gesamte ‚Laufbahn‘ des*der Patient*in (*care trajectory*) und koordinieren die verschiedenen, auf die Patient*innen zulaufenden Prozesse der Organisation.²⁶ Pflegerische Praxis im Krankenhaus besteht deshalb nicht nur in „care-giving“, sondern vor allem auch in „articulation work“ (ebd.: 55). Diese beinhaltet einerseits, die Patient*innen in die organisationalen Abläufe einzuspüren, etwa indem bestimmte diagnostische oder therapeutische Maßnahmen auf verständliche Weise erklärt werden, andererseits aber auch, die Bedürfnisse und Interessen der Patient*innen so zu interpretieren und zu übersetzen, dass andere Organisationsmitglieder sachlich angemessen arbeiten können. Hierzu ein Beispiel aus dem Material:

„[E]s ist wichtig [auf Visite] mitzugehen, weil die Patienten erzählen viel, wenn der Tag lang ist – das muss man auch mal so sagen, ja. Können das auch nicht so einschätzen und dann kannst du schon – vor der Tür wird schon besprochen: ‚Och, da war heute das und das‘, ja, und dann wissen die Ärzte schon, um was es geht, bevor die Patienten es überhaupt erzählen, ja. Weil wenn sie alleine gehen, müssen sie das erst mal so hinnehmen. Dann rennen die los, Visite ist vorbei, die gehen zur Besprechung und sind den ganzen Tag weg. Und haben aber ihre Anordnungen so getroffen als wenn das stimmt, was der Patient sagt. Und du könntest das aber aufklären und sagen: ‚Ah, das war aber so‘, ja. ‚Und da haben wir schon was gemacht‘.“ (P2)

Die Pflegenden leisten also nicht nur in dem Sinne „Vermittlungsarbeit“ (Arnold 2008: 235ff.), dass sie die auf den*die Patient*in zulaufenden arbeitsteiligen Prozesse im Krankenhaus koordinieren (Schnittstellenfunktion), sondern in einem noch grundlegenden Sinne: Sie übersetzen die interpretierten Bedürfnisse der Patient*innen in eine für die Organisation Krankenhaus bearbeitbare Form und repräsentieren sie damit gegenüber anderen Organisationsmitgliedern in einer für diese relevanten und verständlichen Weise. Die ‚Stellvertretung‘ der Krisenbewältigung bezieht sich deshalb nicht nur darauf, dass die Pflegenden Tätigkeiten übernehmen, zu denen die Pflegebedürftigen nicht in der Lage sind, sondern auch darauf, die Bedürfnisse und Interessen des*der Patient*in innerhalb der Organisation gegenüber anderen zu vertreten.

26 „Indeed, despite the complexity of patient care delivery, a curiosity of hospital organisation is that no one is formally charged with responsibility for coordination, although nurses come closest to effecting it, de facto“ (Allen 2015: 55). Das beginnt sich von offizieller Seite aus erst nach und nach durch die Einführung des Case-Managements zu ändern.

Des Weiteren unterscheidet Allen zwischen „temporal articulation“ (Allen 2015: 60f.) und „material articulation“ (ebd.:63ff). Während erstere die Koordination verschiedener Abläufe und Zeitlichkeiten meint,²⁷ bezieht sich letztere auf Arbeiten, durch die versorgungsrelevante Materialien beschafft und alloziert werden: „Beyond identifying, lining up and assigning tasks, trajectory mobilisation also requires that the necessary materials are available to support the work.“ (Ebd.: 63) Neben den pflegerischen Blick auf den*die Patient*in tritt also die „organisational awareness“ (ebd.: 137) – ein Aspekt, der in der deutschen Professionalisierungsdebatte häufig übersehen wird.

Mit dieser den Pflegekräften informell, aber strukturell zufallenden Funktion hängt auch die zentrale Bedeutung zusammen, die der Patient*innennähe in der beruflichen Identität²⁸ der Krankenhauspflegekräfte zukommt. „To a considerable extent, nurses are the eyes and ears of the organisation and other actors, particularly doctors, depend on their clinical judgement to alert them to the need for an intervention.“ (Ebd.: 60) Es wird sich später anhand des Materials verdeutlichen lassen, dass diese Eigenschaft, stets „vor Ort“ zu sein und dadurch über ein versorgungsrelevantes Patient*innenwissen zu verfügen, das keine andere Akteurs- oder Berufsgruppe besitzt, identitätsstiftenden Charakter für die Pflege hat. Abzulesen ist dieses Selbstbild als Gegenkraft zu den zentrifugalen Kräften der organisationalen Arbeitsteilung und Spezialisierung dem oben vorangestellten Zitat: „We are the glue in the system“ – eine Funktion, auf die im Sample auch allerdings auch negativ Bezug genommen wurde: „[D]ie Pflege ist hier in dem Haus diejenigen, die alles ausbaden, die sind der Puffer für alles, für alles!“ (P4).

Zusammengenommen lassen sich drei kaum voneinander zu trennende Kernelemente der berufspraktisch sich reproduzierenden pflegerischen Identität ausmachen, deren Geltung auch durch die Interpretation des Interviewmaterials gestützt wurde: erstens die Fürsorgerationalität im Spannungsfeld von Fachlichkeit und Empathie und der mit ihr einhergehende Ethos (Bezugspunkt ist hier der*die Patient*in, auf den*die sich der pflegerische Blick richtet); zweitens die Patient*innennähe (Bezugspunkt sind hier die anderen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen); und drittens die „articulation work“ (Bezugspunkt ist hier die Organisation als Prozess, auf den sich die ‚organisational awareness‘ richtet). All dies spielt sich in der Gebrauchswertdimension des Feldes ab. Die sich aus diesen Elementen ergebenden Ansprüche der Pflegenden richten sich primär auf die Bedürfnisse der Patient*innen, allerdings zum Teil eben auch vermittelt über die ‚Bedürfnisse‘ der Organisation. Pflegekräfte produzieren insofern auch einen „organisationalen Gebrauchswert“, wie

27 „Wenn ’nen CT angemeldet ist für ’nen Patienten, [...] dann teilen die mir schon automatisch mit, oder über ’nen Arzt automatisch mit, eh ‚Findet statt um 11 Uhr‘ und ich muss ja vorher auch noch das Kontrastmittel geben und so weiter. Und dann versuch ich den Prozess so zu steuern, dass es auch funktioniert. Und wenn es eben nicht geht aus irgendeinem Grund, z.B. der Patient übergibt sich, ich krieg das Kontrastmittel nicht schnell genug rein, dann kann ich, weil’s halt ’nen Intensivpatient ist, da auch anrufen und sagen: ‚Ok, abgemacht war 11 Uhr, aber die Zeitschiene ist nicht haltbar.‘“ (P1)

28 „Der Begriff Identität wird hier in zweierlei Hinsicht verstanden, nämlich als (sozialer) Habitus im Sinne von Bourdieu und im Sinne von Identität als Selbst- und Fremdentifizierung, als Zurechnung einer sozialen Adresse.“ (Amling/Vogd 2017: 13)

Nies (2015: 297) mit Blick auf die „Systemingenieure“ der von ihr untersuchten Elektronikunternehmen und deren Schnittstellenfunktion formuliert. Die Pflegenden erheben den daran gekoppelten Anspruch, einen möglichst reibungslosen oder reibungsarmen Ablauf zu gewährleisten. Hierzu bedarf es der „organisational awareness“.

Die pflegerische Praxis ist andererseits jedoch durch einen doppelten Tauschwertbezug gekennzeichnet: Zum einen erfordert der organisationale Kontext, dass nicht nur patient*innenorientiert, sondern auch ‚effizient‘ gearbeitet, mit den organisational bereitgestellten Ressourcen (zu denen auch ihre eigene Arbeitskraft und -zeit gehört) ‚gehaushaltet‘ wird. Das Problem der Effizienz stellt sich zwar nicht ausschließlich aufgrund des Tauschwertbezugs des Feldes, unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen ist dieser jedoch ausschlaggebend: Es ist die Geldabhängigkeit der Organisation und die einzelorganisational begrenzte Verfügbarkeit geldförmigen Reichtums, der die verfügbaren materiellen, sozialen und zeitlichen Ressourcen begrenzt. Zum anderen wird die Pflegearbeit als Erwerbs- oder Lohnarbeit verausgabt. Wenn Hartmut Remmers (2010: 45) formuliert, die professionelle Pflege sei eine „widersprüchliche[n] Einheit von [...] Beziehungsarbeit einerseits und Erwerbsarbeit andererseits“, ist unschwer zu erkennen, dass es sich hierbei um eine feldspezifisch konkretisierte Bestimmung von Berufsarbeit in ihrer objektiven Doppelstruktur (vgl. Beck et al. 1980: 243ff.) handelt: Sie ist einerseits gebrauchswertbezogene, arbeitsinhaltlich bestimmte und damit an konkreten Bedürfnissen sowie gesellschaftlichen Problemen orientierte Arbeit, andererseits aber Lohnarbeit, die der Reproduktion der eignen Arbeitskraft dienen soll, die zu diesem Zweck an die Organisation verkauft wurde. Da auch pflegerische Arbeit als Lohnarbeit verausgabt wird, ist auch in ihr „strukturell immer schon eine Gleichgültigkeit gegenüber dem Arbeitsinhalt angelegt. Grundsätzlich kann dies – zu Ende gedacht – dazu führen, dass finanzielle oder auch prestigebezogene Aspekte eine so hohe Bedeutung erlangen, dass die Gebrauchswertproduktion gefährdet wird.“ (U. Streckeisen 2015: 50f.) Es ist diese – angesichts der Geschichte des Pflegeberufes und seiner Genealogie im christlichen Liebesdienst immer noch relativ neue (siehe 4.1.4 und 4.2.3) – spannungsreiche Doppelstruktur, die sich in einer Reihe der alltäglichen Probleme niederschlägt, mit denen sich Pflegekräfte heute auseinandersetzen müssen (vgl. 6.1). Allerdings bedarf es, damit aus dieser Möglichkeit der Verselbständigung der Tauschwertorientierungen gegenüber der Gebrauchswertproduktion überhaupt Wirklichkeit werden kann, auch institutionell und organisational entsprechender Gelegenheitsstrukturen. Wie diese aussehen, wird im Rahmen der Präsentation und Diskussion der empirischen Ergebnisse deutlich werden.

Zusammengefasst besteht ein wesentliches Moment des Konjunktiven des pflegerischen Erfahrungsraums in der Notwendigkeit des Arrangements verschiedener Räume und Felder von der spezifischen Position aus, die die Krankenhauspflege in der medizinisch dominierten, mittlerweile ökonomisierten Organisation Krankenhaus einnimmt. Um Phänomene der Ökonomisierung der Pflege zu entdecken, wird dieses Arrangieren mithilfe der theoretischen Figur des Widerspruchs von Gebrauchswert und Tauschwert beobachtet, die somit als *sensitizing concept* dient.