

4 Krankenhausentwicklung von der Ausdifferenzierung zur Ökonomisierung

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

4.1 KURZE GESCHICHTE DER AUSDIFFERENZIERUNG DES MODERNEN KRANKENHAUSES

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

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

-
- 1 Vgl. allgemein Spree (1995/1996) sowie für die städtischen Krankenhäuser Labisch (1996b: 257ff.).
 - 2 Daneben ist auch die Isolation von Kranken eine Aufgabe, die vom Krankenhaus zum Schutz der Bevölkerung übernommen wird – im 19. Jahrhundert gewann dieser Aspekt vor allem durch die Cholera-Epidemien für den Ausbau von Krankenhäusern an Bedeutung.
 - 3 So zumindest die Konzeption der Krankenhausplaner. Seitens der Klientel erhielt sich bis ins 20. Jahrhundert hinein die Vorstellung, das Krankenhaus sei Unterkunft in schlechten Zeiten. Noch 1913 beschwert sich der für das Ludwigshafener Krankenhaus zuständige Bezirksarzt: „Hierher strömen in solchen Zeiten [steigender Arbeitslosigkeit, W.v.H.] die Arbeitslosen aus allen Himmelsrichtungen, um in dem großen Industriezentrum Arbeit zu

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

4.1.1 Das frühmoderne Krankenhaus im sozialgeschichtlichen Kontext

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

-
- 10 Die „therapeutische Ineffizienz ärztlichen Handelns“ (Huerkamp 1980: 351) setzte sich bis weit ins 19. Jahrhundert fort. Sie brachte mit sich, dass auch die staatliche Administration den Monopolansprüchen der zudem nicht eben billigen akademischen Ärzte skeptisch gegenüberstand (vgl. Frevert 1984: 62f.) – warum teure Ärzte auf dem Land finanzieren, wenn andere Kategorien von Heilpraktiker*innen vor Ort günstiger agieren?
- 11 1772 klagt der Arzt Christian Gottfried Gruner: „Der große Haufen der Welt sieht die Ärzte nur für Leute an, mit denen man Staat machen kann [...], nicht um ihren Vorschriften und Verordnungen zu folgen, sondern sie entweder als Modestück holen zu lassen oder doch nach dem Tode [...] jemanden zu haben, an den die Verwandten die bittersten Klagen ausstoßen können“ (zit. n. Göckenjan 1985: 141).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1.2 Ökonomische Grundlagen des frühmodernen Krankenhauses

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

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

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

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

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

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

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

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

-
- 23 „Die Zahl der Krankenanstalten einschließlich der Heil- und Pflegeanstalten stieg [im Deutschen Kaiserreich] von 1876 bis 1900 um mehr als das Doppelte von 3000 auf 6300, die Zahl der Betten von 140 900 auf 370 000 an.“ (Murken 1988: 141) Um 1900 war jede größere Stadt mit einem städtisch, privat oder konfessionell getragenen Allgemeinen Krankenhaus versorgt (vgl. Grundmann 2007: 309). Welche Faktoren für diesen Boom ausschlaggebend waren, kann hier nicht im Einzelnen diskutiert werden. Neben der Seuchenabwehr sowie dem Motiv, neue medizinische Erkenntnisse praktisch umzusetzen, dürfte dabei auch von Bedeutung gewesen sein, dass ein modernes Allgemeines Krankenhaus als Prestigeobjekt in der Konkurrenz der (gewerbereichen) Städte fungierte (vgl. Labisch 1996: 287). Für konfessionell getragene Neubauten galten noch einmal andere Bedingungen (vgl. für das Ruhrgebiet Thomson 2013).
- 24 „Aus dem gesamten Kreditvolumen der 22 größten deutschen Städte entfielen in den Jahren 1904 bis 1906 allein elf Prozent auf den Krankenhausbau.“ (Sachße/Tennstedt 1988: 42)
- 25 Wobei der Anteil an den Gesamtausgaben weiterhin auf einem im Vergleich zu heute recht geringen Niveau verblieb. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege und Kur waren von 8,5% im Jahre 1885 auf 13,6% im Jahre 1913 gestiegen (vgl. Tennstedt 1976: 403).

4.1.3 Das moderne Krankenhaus

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exkurs: Das Krankenhaus im Nationalsozialismus

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

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

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

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

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

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

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

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

- 31 Somit sind auch die Krankenhäuser in die Dialektik der Aufklärung verstrickt: Sie werden rationales Mittel für einen irrationalen Zweck. Dass auch das material rationale Wirtschaften, das häufig als positive Kontrastfolie dem formal rationalen entgegeng gehalten wird, ins Negative – in eine rassenhygienische Wertrationalität, die zwischen wertem und unwertem Leben unterscheidet – umschlagen kann, wird hier offenkundig. Diese Zusammenhänge können hier jedoch nicht weiter verfolgt werden.
- 32 Der Umschwung von sozialhygienischen zu rassehygienischen Konzepten hatte in den Gesundheitswissenschaften allerdings schon zum Ende der Weimarer Republik begonnen (vgl. Labisch/Tennstedt 1985: 158ff.).

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

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

4.1.4 Zur Entwicklung der Krankenhauspflege (I)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ZUSAMMENFASSUNG UND ZWISCHENBETRACHTUNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 DIE ÖKONOMISIERUNG DER KRANKENHÄUSER

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

4.2.1 Vom Wiederaufbau zur Selbstkostendeckung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2 Ökonomisierung durch Kostendämpfung und Wettbewerb

4.2.2.1 Von der Modernisierung zur Kostendämpfung

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle 2: Ausgaben für das Krankenhauswesen

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

Quelle: Simon 2000: 153

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

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

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

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

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

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

4.2.2.2 Von der Kostendämpfung zur Steuerung durch Preise

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

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

- 59 Diese Instrumentalisierung stieß jedoch in aller Regel auf den Widerstand der Länder, die anders als der Bund gesetzlich für die Sicherung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser verantwortlich zeichnen und über den Bundesrat mit einer Vetomacht ausgestattet sind.
- 60 Dies vor allem im Bereich der Sachkosten, da die Kostenentwicklung im Personalbereich größtenteils durch die Ausnahmeregelungen abgedeckt war. Dabei gerieten insbesondere die Fallzahlen ins Visier der Krankenhausleitungen, denn unter den Bedingungen des GSG war es ökonomisch rational, „eine niedrigere als die vereinbarte Belegung und damit niedrigere Kosten zu erreichen, da Mindererlöse dem Krankenhaus nachträglich von den Kassen zu erstatten waren“ (Simon 2000: 257).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.3 Zur Entwicklung der Krankenhauspflege (II)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ZUSAMMENFASSUNG UND ZWISCHENBETRACHTUNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 91 Die durch diese Gegenfinalität entstehende Dynamik ist durch das einfache Modell von Ökonomisierung als Zweck-Mittel-Verkehrung nicht zu fassen. „Die derzeitigen Anreizstrukturen des DRG-Systems führen“ zunächst einmal nur dazu, „dass die ökonomischen und medizinischen Primate in der Organisation Krankenhaus auseinander klaffen.“ (Vogd 2016: 288) Die praktischen Bearbeitungsformen dieses Zielkonflikts *können*, müssen aber nicht auf eine Zweck-Mittel-Verkehrung hinauslaufen – genau hier hat die empirische Forschung anzusetzen.
- 92 Von den politischen Akteuren war diese Abkopplung allerdings kaum intendiert, ihnen ging es vor allem um Effizienz durch Qualitätswettbewerb, also um Effizienz in Hinblick auf Gemeinwohl und Bedarfe (vgl. Bode/Vogd 2016b: 5f.). Doch was als Qualitätswettbewerb ausgeflaggt wurde, stellt aus Sicht der Krankenhäuser einen (existenzbedrohenden) Kostenwettbewerb dar.
- 93 Noch die Kostendeckung über allgemeine tagesgleiche Pflegesätze bei gleichzeitigem Wirtschaftlichkeitsgebot im KHG 1972 atmet diesen Geist – es wird vorausgesetzt, dass

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

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

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

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