



Pflegearbeit zwischen Fürsorge und Ökonomie. Längsschnittanalyse eines Klassikers der Pflegeausbildung

Karina Becker · Sarah Lenz · Marcel Thiel

Online publiziert: 18. Januar 2017
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2017

Zusammenfassung Die stationäre Pflegearbeit wird aktuell von zwei Rationalisierungsprozessen geprägt: einer Professionalisierung der Pflege und einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Aus beiden Entwicklungen können sich für die Pflegekräfte widersprüchliche Anforderungen und Ansprüche ergeben, die einen Wandel handlungsleitender Orientierungen und der Vorstellungen von „guter Pflege“ nach sich ziehen. Eine zentrale Grundlage für die Herausbildung des pflegerischen Selbstverständnisses sind Lehrbücher. Anhand einer längsschnittlichen qualitativen und quantitativen Inhaltsanalyse eines Klassikers der Pflegeausbildung wird in dem Beitrag gezeigt, dass sich darin ein Transformationsprozess von fürsorgerationalen zu ökonomischen Orientierungen aufzeigen lässt. Dies wird als Hybridisierung der Professionsrationalität der Pflege interpretiert, im Zuge derer von einem Doppelcharakter der Pflege gesprochen werden kann: Er besteht zum einen darin, in der fürsorgerationalen Arbeit konkret nützlich, zum anderen darin, Teil eines Kosten-Nutzen-kalkulierten Produktions- und Verwertungsprozesses zu sein.

Schlüsselwörter Pflege · Ökonomisierung · Professionalisierung · Kommodifizierung

K. Becker (✉)

DFG-Kolleg „Postwachstumsgesellschaften“, Friedrich-Schiller-Universität Jena,
Humboldtstraße 34, 07743 Jena, Deutschland
E-Mail: karina.becker@uni-jena.de

S. Lenz

Fachbereich Gesellschaftswissenschaften, Institut für Soziologie, Goethe-Universität Frankfurt a. M.,
Theodor-W.-Adorno-Platz 6, 60323 Frankfurt a. M., Deutschland
E-Mail: s.lenz@em.uni-frankfurt.de

M. Thiel

Institut für Soziologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Carl-Zeiß-Straße 2, 07743 Jena,
Deutschland
E-Mail: marcel.thiel@uni-jena.de

Nursing between care and economy. A longitudinal analysis of a classic nursing education textbook

Abstract Residential care work is currently characterized by two rationalization processes: a professionalization of care and a commodification of health care. From both developments may arise conflicting demands and claims for the caregivers themselves, involving a change in the action guiding basis for orientations and the notions of “good care”. Textbooks are a key foundation for the development of the nursing self-image. Based on a longitudinal qualitative and quantitative content analysis of a classic nursing education textbook a transformation process from rational caring orientations to economic orientations can be shown. This is interpreted as a hybridization of the profession rationality of care, as part of the dual nature of care: on the one hand as a concretely useful rational caring work and on the other hand as a cost-benefit calculated production and exploitation process.

Keywords Care work · Economization · Professionalization · Commodification

Les soins infirmiers entre relation humaine et économie. Une analyse longitudinale d'un manuel classique de formation aux soins infirmiers

Résumé Les soins infirmiers en milieu hospitalier font actuellement l'objet de deux processus de rationalisation : une professionnalisation des soins et une marchandisation du secteur de la santé. Pour le personnel infirmier, ces deux évolutions peuvent se traduire par des exigences contradictoires qui entraînent une transformation des orientations et de la conception des « bons soins » gouvernant leur pratique. Les manuels de formation constituent un fondement essentiel de l'élaboration de l'image que le personnel infirmier se fait de lui-même. À partir d'une analyse qualitative et quantitative de l'évolution dans le temps d'un manuel classique de formation aux professions de soins, cet article met en évidence l'existence d'un processus de transformation des orientations marqué par le passage d'une logique de la relation humaine à une logique économique. Cette évolution est interprétée comme une hybridation de la rationalité de la profession participant du caractère ambivalent des soins, lesquels demandent d'être, d'une part, concrètement utile dans le travail obéissant à une logique de la relation humaine et, d'autre part, partie prenante d'un processus de production et de valorisation basé sur le calcul économique.

Mots-clés Soins · Marchandisation · Professionnalisation

1 Einleitung

Die Pflegearbeit im Krankenhaus ist ein Beschäftigungs- und Versorgungsbereich von hoher und zukünftig wachsender Relevanz, der seit einigen Jahren einem tiefgreifenden Wandel unterliegt. Dies zeigt sich auch im pflegerischen Handeln. Es lassen sich vor allem zwei Tendenzen anführen, die zu einer Transformation der Handlungsorientierung und -praxis von Pflegekräften führen: die *Professionalisie-*

rung der Pflegearbeit und eine daraus erwachsene Emanzipation der Beschäftigten einerseits sowie eine weitgehende *Ökonomisierung* dieses Bereichs andererseits. Historisch betrachtet wurde die Pflege zwar immer wieder von verschiedenen Rationalisierungsimpulsen geprägt; in letzter Zeit unterliegt dieser Bereich jedoch einem regelrechten Rationalisierungsschub (Hülksen-Giesler 2010; Remmers 2010).

Wenn im nachfolgenden Artikel von einer tiefgreifenden Ökonomisierung der Pflegearbeit ausgegangen wird, soll nicht insinuiert werden, dass im Gesundheitswesen Kriterien der Effizienz und Effektivität bis zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Rolle gespielt hätten (zur Kritik vgl. Bauer 2007). Gemeint ist vielmehr eine Verschiebung in der Priorisierung von Geldanreizen und der Qualität der Versorgung. Mit Hagen Kühn (2004) könnte man sogar von einer Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation sprechen.

Der Professionalisierungsaspekt lässt sich aktuell am prägnantesten an der Akademisierung der Pflegearbeit ablesen. Im wachsenden Umfang etablieren sich seit einiger Zeit eine an den Hochschulen ausgebildete „Pflegeelite“ sowie eine pflegewissenschaftliche Wissensproduktion und Praxisreflexion (Kälble 2005; Bollinger et al. 2006). Dafür bedurfte es jedoch zunächst eines grundlegenden Orientierungswandels: Speiste sich die vorrangig von Frauen ausgeübte Pflegearbeit zunächst aus einer am christlichen „Liebesdienst“ orientierten Berufung (Senghaas-Knobloch und Kumbruck 2006), entwickelte sie sich im Laufe des 20. Jahrhunderts zu einer beruflich organisierten und stärker formalisierten Erwerbsarbeit. Eine professionelle Orientierung der Pflege kann mit Kari Waerness (2000) auf den Begriff der „Fürsorgetationalität“ gebracht werden. Damit ist eine Arbeitsorientierung gemeint, bei der das Pflegehandeln vor allem von der je spezifischen Beziehung zu den Patienten¹, die zur Selbstständigkeit befähigt werden sollen, geprägt wird. Die Qualität der Krankenpflege hängt daher in hohem Maße vom persönlichen Verhältnis zu den Patienten ab. Dass Pflegenden dafür über entsprechende Fertigkeiten und Fachwissen verfügen müssen, ist Teil der Arbeitsanforderung. Das Ethos der Krankenpflege wird so – wie im Falle des „Liebesdienstes“ – wertrational begründet: Die (leibseeelische) Sorge und Fürsorge wird aus der Menschenwürde hilfebedürftiger Individuen, deren Selbstständigkeit zu unterstützen ist, abgeleitet (vgl. Senghaas-Knobloch 2008). Der Diskurs um eine Professionalisierung der Pflege wird zugleich von dem Anspruch nach einer gelingenden Verselbstständigung dieses Berufstandes durchzogen, für den noch kritisch diskutiert wird, unter welchen Bedingungen er zu einer tatsächlichen „Profession“, d. h. einem Beruf mit besonderen Erwerbs-, Qualifikations- und Kontrollchancen und hohem Sozialprestige (Demszky von der Hagen und Voß 2010) werden kann (vgl. Bischoff 1997; Schmidbaur 2002; Bollinger 2005; Kälble 2005). Die vorliegende Untersuchung setzt an beiden Tendenzen an, fokussiert jedoch die zweite: die Überformung der Pflegearbeit durch ökonomische Orientierungen und

¹ Im Beitrag wird aus Gründen der Lesbarkeit nahezu durchgehend die männliche Form verwendet. Im Falle der untersuchten Berufsgruppe der Pflegenden ist der neutrale Gebrauch möglich. Zugleich muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass gerade im Pflegebereich das größte Arbeitsaufkommen bei den Frauen liegt.

Handlungsmaximen². Dabei gehen wir von der Überlegung aus, dass sich die zunehmende Ökonomisierung des Pflegesektors nicht nur in der Arbeitsorganisation, sondern auch in der Ausbildungsliteratur der Pflegekräfte niederschlägt. In diesem Zusammenhang – so die Ausgangsannahme – lässt sich empirisch ein spezifischer Orientierungswandel in der Krankenhauspflege zeigen.

Mit Blick auf die konfligierenden Rationalitäten der „Fürsorge“ und der „Ökonomie“ wurde in empirischen Analysen (u. a. Becker 2014; Braun et al. 2010; Senghaas-Knobloch und Kumbruck 2006) bereits festgestellt, dass sich die Transformation im Gesundheitswesen im Allgemeinen und im Krankenhauswesen im Besonderen entlang von drei Prozessen nachvollziehen lässt: Wie eine auf Interviews mit Pflegekräften basierende Untersuchung zeigt, wird eine traditionell ganzheitliche Pflegearbeit tendenziell durch *Verschlangung*, *Kommodifizierung* und *Externalisierung* affiziert (vgl. hierzu Becker 2014; ausführlich zu diesen Dimensionen siehe unten Abschn. 4). Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern sich eine im Wandel begriffene pflegeberufliche Sozialisation in den Ausbildungsinhalten von Pflegelehrbüchern widerspiegelt. Als empirische Grundlage für eine inhaltsanalytische Rekonstruktion des angenommenen Wandels dient das Standardwerk *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung* (in den Auflagen von 1973 bis 2012).

2 Herleitung der Hypothese

Der Einzug ökonomischer Steuerungsinstrumente in immer weitere gesellschaftliche Bereiche erfolgt in der Regel eher schleichend – insbesondere in jenen Bereichen, die sich vormals an außerökonomischen Grundsätzen orientierten. Im Krankenhaussektor lässt er sich an dem Anfang der 1990er-Jahre von der Politik eingeläuteten Paradigmenwechsel festmachen, der von einer bis dahin geltenden bedarfsorientierten Finanzierung abrückte und stattdessen auf eine von Marktprinzipien und Kosten-Nutzen-Kalkülen geleitete Steuerungslogik setzte (Böhm 2009; Gerlinger und Mosebach 2009; Simon 2013). Auch das Gesundheitswesen folgt damit dem in anderen Bereichen beobachtbaren Trend einer Marktzentrierung. Mit der Gesundheitsreform von 2000 wurden die Vergütungen der Krankenhausleistungen fast vollständig auf ein leistungsorientiertes Fallpauschalen-System umgestellt. Die Erbringung von Pflegeleistungen gerät dadurch unter einen erheblichen Kostendruck (Marrs 2007; Simon 2008), dem Krankenhäuser in der Regel mit einer Reduktion von Personal begegnen. Die Beschäftigten werden dadurch mit einer enormen Arbeitsverdichtung

² Diese lässt sich anhand von Pierre Bourdieu (1998, S. 112 ff.) Feldtheorie veranschaulichen, die u. a. von einem Spannungsverhältnis zwischen einem autonomen und einem weltlichen Pol ausgeht. Der autonome Pol stellt hierbei die feldspezifische Logik dar, der weltliche Pol folgt hingegen der ökonomischen Logik. Bezogen auf das Gesundheitswesen entsprechen die Handlungsanreize des Feldes all jenen, die sich an den Grundwerten des Pflegens oder Heilens orientieren, und zwar unter der Prämisse, dass alles Mögliche getan wird, um den Patientinnen und Patienten zu helfen (Fürsorgerationalität). Der Definition des weltlichen Pols liegt bei Bourdieu die Annahme zugrunde, dass in modernen Gesellschaften eine starke Tendenz zu erkennen ist, der zufolge die ökonomische Logik die spezifischen Leitkriterien der anderen Felder zu überformen droht.

konfrontiert, deren Folgen sie vielfach individuell bearbeiten (Becker 2016). Zentral für ihre Bearbeitung ist die Vermittlung zwischen Patientenwohl und Gewinnorientierung, die vermehrt zu subjektiven Konflikten bei den Pflegenden führt (u. a. Braun et al. 2010).

Diese Entwicklungen haben zur Folge, dass sich die berufliche Sozialisation von Pflegekräften im Krankenhaus heute unter deutlich anderen makroökonomischen Rahmenbedingungen als in den 1970er- und 1980er-Jahren vollzieht. Diese Veränderungen haben – wie eigene Erhebungen zeigen – Rückwirkungen auf die soziokulturellen und normativen Orientierungen als Bestandteil des beruflichen Handelns und Selbstverständnisses (siehe dazu Becker 2014). Wie aus anderen Untersuchungen hervorgeht, ist die Entwicklung der beruflichen Rolle ein dynamischer Prozess, der von verschiedenen soziokulturellen Faktoren abhängt (Johnson et al. 2012). Wesentlich beim Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und beruflichen Orientierungen der Pflegekräfte ist dabei die dreijährige Ausbildung (Gorwin 1972; Koff 2004; Price 2009; Safadi et al. 2011). Im Anschluss an diese Ausbildung bzw. in Wechselwirkung mit dieser wird die Berufsorientierung und die damit verbundene Vorstellung „guter Pflegearbeit“ durch die Anforderungen der alltäglichen – nunmehr ökonomisierten – Praxis weiterentwickelt, modifiziert, gegebenenfalls auch korrigiert. Für die Vorstellung dessen, was „gute Pflege“ ausmacht und beinhaltet, sind Pflegelehrbücher prägend. Sie stellen Orientierungen und Handlungsmuster für den pflegerischen Alltag bereit, kodifizieren gewissermaßen den Wissensstand einer Berufsgruppe und bringen – implizit wie explizit – zum Ausdruck, welche Orientierungen in der „Zunft“ als wesentlich gelten. Es ist dementsprechend zu vermuten, dass sich der Einzug ökonomischer Logiken auch in der Ausbildung und den Lehrbüchern niederschlägt. So schreibt etwa die aktuelle Krankenpflege-Ausbildungs-Prüfungsverordnung von 2003 (in Anlage 1 zu § 1 Abs. 1; KrPflAPrV 2003) vor, die Schülerinnen und Schüler zu befähigen, „Verantwortung für Entwicklungen im Gesundheitssystem im Sinne von Effektivität und Effizienz mitzutragen und mit materiellen und personalen Ressourcen ökonomisch [...] umzugehen“. Professionsökonomische Ansätze fordern zudem die Delegitimierung der autonomen Steuerung der Pflege zugunsten einer Professionsethik, die von Effizienz-Kalkülen geprägt ist (Langer 2005; vgl. auch Baartmans 2003; Kälble 2005). Die Bedeutungszunahme ökonomischer Themen und ihre Artikulation in entsprechenden Lehrbüchern setzte in den USA bereits Ende der 1960er-Jahre ein, wie eine empirische Studie konstatiert: „And as health care increasingly became viewed as an industry like other industries, the description of nurses in relationship to the economic system changed. Initially nurses were seen as part of a ‚service of the highest calling‘, but later they were depicted as contributing to the profitability of health care because they cared for patients who were also consumers“ (Goodrick und Reay 2010, S. 69).

Für den deutschsprachigen Raum untersuchte Gabriele Overlander (1994) zwar die beruflichen Verhaltensanforderungen in Bezug auf den Umgang mit den eigenen Gefühlen. Eine systematische Analyse, welche die Lehrbücher mit Blick auf den aktuellen Umbruchs- und Ökonomisierungsprozess fokussiert, steht allerdings noch aus. Die vorliegende Untersuchung will einen Beitrag zur Schließung dieses Forschungsdesiderats leisten. Sie widmet sich der Frage, ob sich analog zu der in den US-amerikanischen Lehrbüchern diagnostizierten Tendenz auch hierzulande in

der Ausbildungsliteratur der Krankenhauspflege ein entsprechender Entwicklungsprozess abzeichnet.³

Der Untersuchung liegt also folgende Hypothese zugrunde: Auch in deutschsprachigen Pflegelehrbüchern zeigt sich eine tendenzielle Transformation hin zu einem Pflegeverständnis und -handeln, welches von einer doppelten Rationalisierung geprägt ist. Sie besteht in einer zunehmenden Professionalisierung einerseits und einer Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kalkülen andererseits.

3 Methode: Die qualitative und quantitative Inhaltsanalyse eines „Lehrbuchklassikers“

Zur Untersuchung unserer Hypothese haben wir einen Klassiker in der Krankenpflegeausbildung – *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung* – herangezogen. Dieses Lehrbuch eignet sich dafür aus mehreren Gründen: Zum einen gilt es als Standardwerk der Pflegeausbildung. Wie uns bei Feldaufenthalten in Krankenhäusern bestätigt wurde, ist die ursprüngliche Autorin, die Kranken- und Ordensschwester Liliane Juchli (geb. 1933), bei den Pflegeausbildern eine Identifikationsfigur (Fellenberg 2013; Kessler und Knobel 2009). Zum anderen wurde das Lehrbuch von 1973 bis 2012 durchgehend aufgelegt und überarbeitet, weswegen es sich für eine Längsschnittuntersuchung besonders anbietet. Es liegt bereits in der zwölften Auflage vor, wurde über eine Million Mal verkauft (Fellenberg 2013, S. 137) und ist auch in italienischer und holländischer Sprache erschienen. Es zeichnet sich besonders durch die Ausarbeitung einer ganzheitlich-patientenorientierten Pflege im Rahmen des Modells der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ aus (Juchli 1993; Kessler und Knobel 2009).

In einem ersten Schritt wurden die Bücher von der ersten bis zur zwölften Auflage vollständig digitalisiert und mit einer Texterkennungssoftware erfasst. In einem zweiten Schritt wurde der Lehrbücher-Korpus gemäß der standardisierten Verfahrensweise der Inhaltsanalyse (Früh 2011) mithilfe einer QDA-Software nacheinander codiert, wobei das Kategoriensystem stets um im Sinne der Forschungsfrage relevante Aspekte erweitert wurde. Neu hinzugefügte Kategorien und Subkategorien konnten nachfolgend über die Funktion „Erweiterte lexikalische Suche“ identifiziert und im Nachhinein codiert werden. Kapitel, die keinen Beitrag zur Klärung der Forschungsfrage leisteten, flossen nicht in die weitergehende Analyse ein. Dabei wurde darauf geachtet, dass die ausgewählten Kapitel durch die Auflagen hindurch

³ Gesellschaftliche Wandlungsprozesse affirmativ aufzugreifen, kann eine rhetorische bzw. legitimatorische Ressource für eine Profession darstellen (vgl. Hanlon 1998). Dennoch ist ein Wandel in Lehrbüchern nicht selbstverständlich, schließlich können sich professionelle Identitäten als relativ resilient erweisen, d. h. sie können in gewissem Sinne dem gesellschaftlichen Anpassungsdruck widerstehen (vgl. Albert und Whetten 1985; Chreim et al. 2007; mit Bezug auf Pflegekräfte: Bolton 2004; Kirpal 2004; Scott 2008). Unter Umständen bleibt die Ausbildung aber auch frei davon, wie Dunn und Jones (2010) am Beispiel von für die Ausbildung von US-amerikanischen Ärzten aussagekräftigen Quellen nachgezeichnet haben. Insbesondere wenn das Lehrbuch für Pflegekräfte – wie in unserem Fall – in einem „humanistisch-fürsorglichen“ Begründungszusammenhang verfasst wurde, ist davon auszugehen, dass sich der Anpassungsdruck nicht ungebrochen durchsetzt.

eine Vergleichbarkeit hinsichtlich der behandelten Inhalte gewährleisten. Der Codiervorgang orientierte sich an vorgetragenen Argumenten und Beschreibungen der Anforderungen im Pflegeprozess, weshalb die codierten Textstellen erheblich in ihrer Länge variieren. Anschließend erfolgte eine Strukturierung und Zusammenfassung der extrahierten Textsegmente (vgl. Mayring 2010) entlang der drei Ökonomisierungsprozesse *Verschlinkung*, *Kommodifizierung* und *Externalisierung*. Anschließend wurden diagnostische Schlüsse hinsichtlich des theoretischen Kontextes und der forschungsleitenden Hypothese gezogen. Im Ergebnis entstand die im Folgenden wiedergegebene verdichtete Darstellung der diskursiven Wandlungsprozesse.

Um zudem über die Verbreitung ausgewählter Elemente dieser Prozesse Auskunft geben zu können, wurden deren Häufigkeit im Rahmen einer quantitativen Inhaltsanalyse untersucht. Hierfür wurden bestimmte Kategorien, die diese Elemente zum Ausdruck bringen, identifiziert und deren Verbreitung mittels einer Themenfrequenzanalyse untersucht (vgl. Früh 2011). Wurde beispielsweise in der qualitativen Analyse herausgearbeitet, dass die Patienten affirmativ auch mit der Kategorie „Kunde“ bezeichnet werden, galt es in der Themenfrequenzanalyse herauszuarbeiten, in welcher Auflage des Buches diese Bezeichnung mit welcher Häufigkeit anzutreffen ist. Es wird angenommen, dass die Häufigkeit der Nennung eines Begriffs bzw. einer Begriffsgruppe ihrer Bedeutung bzw. Relevanz für die beruflichen Orientierungen entspricht (vgl. Goodrick und Reay 2010, S. 62). Es wurde dabei stets codiert, ob es sich bei der durch die QDA-Software (Diktionärsfunktion) angegebenen Fundstelle um einen Fehler (z. B. „die Kunde“ statt „der Kunde“), eine positive (positiver Treffer) oder negativ-kritische Nennung (negativer Treffer) der Kategorie handelte. Auf diese Weise wurden 2364 Fundstellen codiert. Zur Überprüfung der Reliabilität der Themenfrequenzanalysen wurden etwas mehr als zwei Drittel der Fundstellen von zwei Ratern unabhängig voneinander codiert. Die Interrater-Reliabilität liegt über alle Codes verteilt bei sehr zufriedenstellenden nahezu 90 Prozent. Die exakten Kategorien (und Reliabilitäten) werden in der Ergebnisdarstellung gesondert aufgeführt, da sie sich aus der Ergebnisdarstellung begründen.

4 Tendenzen eines diskursiven Wandels der Pflege: Inhaltsanalyse eines Lehrbuchs der Pflegeausbildung

Im Folgenden sollen Tendenzen des diskursiven Wandels, wie er sich in den Lehrbüchern seit 1973 bis 2012 abzeichnet, systematisch und entlang der genannten Verschlinkungs-, Kommodifizierungs- und Externalisierungsprozesse aufgezeigt werden (ausführlich siehe Becker 2014).

4.1 Verschlinkung

Verschlinkung beschreibt die Verlagerung von Tätigkeiten und Aufgaben innerhalb des Pflegeprozesses entlang der verschiedenen Qualifikationsstufen der im Krankenhaus Beschäftigten (Ärzte, examinierte Pflegekräfte) sowie deren vertikale Erweiterung (um Hilfs- und Servicekräfte). Zu erkennen ist diese Verschiebung bereits in

den 1970er-Jahren, wobei sie in den darauffolgenden Auflagen des Lehrbuches an Bedeutung gewinnt.

Zentral ist dabei die Frage nach einer möglichen Abgrenzung medizinisch-pflegerischer Kompetenzen und einer (auch rechtlichen) Verantwortungsübernahme, die sich mit der Delegation von Aufgaben zum Teil neu stellt. Dabei lässt sich über die Jahrgänge hinweg eine sukzessive Aufweichung der zunächst klar definierten pflegerischen wie medizinischen Aufgabenbereiche feststellen: In der vierten Auflage (1983) wird formuliert, dass die Durchführung therapeutischer Aufgaben von der Pflege übernommen werden soll; die Verantwortung liegt jedoch im ärztlichen Kompetenzbereich. Dies ändert sich in den 2000er-Jahren, wenn die reine Mithilfe und Assistenz unter ärztlicher Weisungsbefugnis zugunsten einer vollen Übernahme- und Durchführungsverantwortung seitens der Pflege ersetzt wird. Die Voraussetzung für die Übernahme der Behandlung durch eine Pflegeperson hängt dann von der „theoretische[n] und praktische[n] Gefährdungsmöglichkeit“ der Patienten ab (2000, S. 212)⁴, aber auch von der Einschätzung der durchführenden Pflegeperson selbst: „Die Pflegeperson muss immer selbstkritisch prüfen, ob sie tatsächlich in der Lage ist, die ihr vom Arzt aufgetragene Aufgabe optimal zu erfüllen.“ (2000, S. 212; 2004, S. 115)

Diese auf eine individuelle Verantwortungsübernahme deutende Entwicklung kann zum einen als Konsequenz einer zunehmenden Professionalisierung der Pflege selbst interpretiert werden – Hinweise dafür liefert die Forderung nach einer Ausweitung von Pflegetätigkeiten –, zugleich aber auch als ein Mittel der Kostenreduktion. Während die Forderung nach „Ausweitung statt Abgrenzung“ (2009, S. 32)⁵ eine Aufwertung der pflegerischen Tätigkeiten suggeriert und zugleich einen Stellenaufbau impliziert, wird eine neue Personalstruktur – beruhend auf einem „der Pflege zuarbeitenden Unterbau“ (ebd.) – als Voraussetzung zur Realisierung der Forderung nach Professionalisierung angesehen. Denn „[e]rst der personelle Qualifikationsmix führt dazu, dass gut ausgebildetes Pflegepersonal den Regelkreis des Pflegeprozesses anwenden und evaluieren kann“ (2009, S. 32; 2012, S. 28). An anderer Stelle wird jener „Unterbau“ aus Kosten- und Qualifikationsgründen explizit gefordert: „Ausgelöst durch den Personalmangel in den Pflegeberufen in den 80er [Jahren] bis Mitte der 90er Jahre versuchte die Pflege sogenannte berufsfremde Tätigkeiten abzugeben, wobei darunter überwiegend ärztliche Tätigkeiten verstanden wurden. Übersehen wurde dabei, dass gleichzeitig – wie auch bei den Ärzten – der Anteil an Verwaltungsarbeiten stetig zunahm. Untersuchungen sprechen hier für beide Berufsgruppen von rund 30 % Schreib- und Dokumentationsaufgaben, aber auch Tätigkeiten wie Patientenaufnahme und in der Pflege zusätzlich je nach Struktur des Krankenhauses auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Damit wird gut ausgebildetes Pflegepersonal für Arbeiten herangezogen, für die es überqualifiziert und auch zu teuer bezahlt ist.“ (2012, S. 28)

⁴ Die Auflagen der Lehrbücher werden nachfolgend nur mit Angabe des jeweiligen Erscheinungsjahres zitiert.

⁵ „Ausweitung statt Abgrenzung“ bezieht sich nun auf die völlige Übernahme und Integration ärztlicher Kompetenzbereiche in das Berufsbild der Pflege und die Aufweichung der traditionellen Delegationskultur.

Aufschlussreich ist, dass schon in den ersten drei Auflagen von 1973 bis 1979 der Einsatz von Hilfspersonal in der Pflegegruppe explizit als Gefahr benannt wird. Wenn sich die Pflegekraft „vom Krankenbett und den Aufgaben der Grundpflege entfernt [und die] Grundpflege ganz den Helferinnen überläßt, verliert sie den Kontakt zum Patienten und wird eine ihrer wichtigsten Aufgaben – die Bedürfnisse des Patienten richtig zu erkennen und seinen Gemütszustand zu beeinflussen – nur noch schwer erfüllen können“ (1973, S. 21). Auch in der zweiten Auflage (1979) wird auf für den Patienten durchaus krisenhaft erlebte Situationen verwiesen, welche ausschließlich der Obhut der professionellen Pflegekräfte vorbehalten sind. So soll zum Beispiel „nach einer Operation oder einer schweren Krankheit, [...] die Schwester dabei sein, d. h. sie darf diese Aufgabe nicht an Hilfspersonen delegieren“ (1979, S. 89). Die Bedingungen, die mit dem Einsatz von Hilfskräften in der Pflege formuliert werden, lassen sich in den folgenden Auflagen nicht mehr auffinden. Dies lässt den Schluss zu, dass sie aufgegeben wurden. Dass die in den frühen Auflagen vorweggenommenen Probleme in den aktuellen Auflagen keine Erwähnung mehr finden, erweckt zudem den Eindruck, dass sich diese Befürchtungen als unbegründet erwiesen haben. Dass hierbei Zweifel angebracht sind, wird an der früh einsetzenden Kritik an einer Parzellierung des Pflegeprozesses in tayloristischer Manier deutlich, wie sie etwa im Konzept der Funktionspflege umgesetzt wurde: „Bei diesem System besteht die große Gefahr, daß der Patient nicht weiß, wer eigentlich für ihn und seine Bedürfnisse zuständig ist. Er fühlt sich in die Rolle eines Arbeitsobjektes hineingedrängt“ (1973, S. 15).⁶

Eine stetig thematisierte Anforderung der Pflegearbeit besteht darin, sich für die Patienten Zeit zu nehmen und dabei auf ihre individuellen Bedürfnisse einzugehen. So heißt es etwa in der Auflage von 1973 (1973, S. 23): „Zeit haben – Zuhören können – Schweigen können: Das sind Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, wenn wir ein Vertrauensverhältnis schaffen, unterstützen oder fördern wollen. Wir müssen bereit sein, hier und da einfach bei einem Patienten zu bleiben, ohne viel zu reden oder zu fragen. Wir müssen auf seine Probleme eingehen, über seine Wünsche und Konflikte sprechen, nicht über unsere eigenen. Wir müssen zuhören können, ihn dazu bringen, daß er über sich selber spricht und seinen Gefühlen Ausdruck gibt.“

Dieser Anspruch erfährt innerhalb der betrachteten knapp 30 Jahre eine beachtliche Veränderung. Während in den Auflagen von 1973 (1973, S. 35), 1976 (1976, S. 273) und 1979 (1979, S. 285) das Zeitnehmen für einen Patienten als Möglichkeit zur Beruhigung bei Angst, Sorge und Heimweh angeführt wird, erscheint dies in späteren Auflagen erstens nur in Tabellenform zur Ursachenbekämpfung von Schlafstörungen, zweitens findet das „beruhigende Gespräch“ (u. a. 1973, S. 35) dort gar keine Erwähnung mehr (vgl. 2009, S. 249; 2012, S. 221). Dies zeugt von einer Reduzierung des Pflegeanspruchs auf technisch-funktionale Tätigkeiten an dem Patienten, die als Konsequenz der angeführten personalbezogenen Verschlankungsprozesse interpretiert werden kann. Es kann angenommen werden, dass die vormalig

⁶ Kritik an der Funktionspflege taucht in allen Auflagen (mit Ausnahme 1983, 1994, 1997) auf und differenziert sich in der Aufzählung zahlreicher Nachteile aus (wie z. B. fehlender Kontinuität im Tagesablauf des Patienten, Verantwortungsdiffusion und Entfremdung im Pflegeteam) (vgl. exemplarisch 2012, S. 56, 83).

eher ganzheitliche Arbeit damit zunehmend fragmentiert wird. Einzelne Abläufe können so – einer Wertschöpfungskette gleich – einer Kosten-Nutzen-Kalkulation unterzogen werden, die es möglich macht, Effizienz- und Optimierungseffekte zu realisieren.

Verschlinkungsprozesse dieser Art scheinen auch in dem über die Auflagen an Bedeutung gewinnenden Thema der Patientenedukation auf: Patienten zu informieren, heißt in den neueren Auflagen nicht mehr, ihnen dabei auch emotionale Fürsorge zukommen zu lassen (vgl. die Auflagen der 1970er-, 80er- und 90er-Jahre). Stattdessen soll das beruhigende Gespräch, mit welchem auf die individuellen und akut auftretenden, zum Teil auch situationsgebundenen Probleme der Patienten reagiert werden kann, durch standardisierte Prozesse ersetzt werden: so zum Beispiel durch die „einfache Weitergabe von Informationsmaterial in Form von Broschüren oder Internethinweisen“ (2012, S. 178). Orientierung sollen dabei Prinzipien des Informationsgesprächs geben, die dazu dienen, „die Verständlichkeit der Information zu optimieren und eine möglichst hohe Behaltquote zu erreichen“ (2004, S. 62). Standardisierung kann in diesem Beispiel als Professionalisierungsansinnen gelesen werden; de facto steht sie aber auch in Spannung zur Subjektivität der Pflege. In der 2000 erschienenen Auflage zielt die Patientenedukation in erster Linie auf die rechtliche Absicherung der Behandlung und Pflegenden einerseits und ist Bestandteil der „Hilfe zur Selbsthilfe“ (2004, S. 856) andererseits. Auf den Punkt gebracht, heißt dies: „Nicht das Wohlergehen des Kranken steht an erster Stelle, sondern der Wille des Patienten ist entscheidend.“ (2004, S. 115)

Informieren um der Hilfe zur Selbsthilfe willen findet Ausdruck in einer die pflegerische und ärztliche Aufklärung ergänzenden Handreichung externer Angebote und spezifischer Pflegedienstleistungen (vgl. 2012, S. 178). Wenngleich Beratung demnach als aktuelles und zukunftsträchtiges Thema aufgewertet wird, bleibt eine partielle Rücknahme dieser Anforderung mit Verweis auf die fehlenden Kapazitäten nicht aus: „Beraten zu können, ist in der Pflege eine Grundkompetenz. Manche Menschen sind von ‚Natur aus‘ gute Berater, andere müssen es mühsam lernen. In der Pflege wurden bisher immer ‚große‘ Beratungsentwürfe aus der Psychologie und der Pädagogik diskutiert. Ihnen liegen vielfach lange Beratungsprozesse zugrunde, eine Forderung, die für viele Pflegesituationen unrealistisch ist. Das Beratungssetting Pflege hat viele Besonderheiten, weswegen es andere (spezielle) Werkzeuge und Entwürfe braucht“ (2012, S. 180). An dieser Stelle wird die Spannung zwischen der Professionalisierung, die die pflegerische „Grundkompetenz des Beratens“ einschließt, und der Ökonomisierung offenkundig.

4.2 Kommodifizierung

Die Inwertsetzung pflegerischer Tätigkeiten zeigt sich im Rahmen eines Wandels von Interaktionsstrukturen erstens daran, dass das charakteristische „Nebenbei“ der Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient schleichend wegrationalisiert wird. Wenn sich die Liegezeiten der Patienten aufgrund einer neuen Kostenreduktionsorientierung der Krankenhäuser sukzessive verkürzen, können „[v]iele Gespräche in der Pflege [...] nicht in einen länger geplanten Prozess integriert werden“ (2012, S. 180). Zweitens scheint der Bedarf an Kommunikations- und Interakti-

onsarbeit zunehmend legitimiert werden zu müssen. Grund dafür ist, dass Pflegenden insbesondere seit Einführung des DRG-Systems dazu angehalten sind, jegliche Behandlungsschritte nachvollziehbar und abrechenbar zu dokumentieren. Zur Dokumentation zwischenmenschlicher Prozesse fehle es allerdings an Fachbegriffen sowie einer adäquaten Ausbildung, welche es ermöglichen, zwischenmenschliche Beziehungen zu quantifizieren: „Der Stellenwert jeglicher Interaktionsarbeit in der Pflege ist noch gering. Pflegende haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie sich bei Gesprächen aufhalten und die ‚richtige Arbeit‘ liegen bleibt. Interaktionsarbeit wird kaum dokumentiert, es fehlt an Fachbegriffen.“ (ebd.)

„Richtige Arbeit“ meint im zunehmend marktzentrierten Krankenhaus mit DRG-Steuerung quantifizierbare und monetär verwertbare Tätigkeiten. Kommunikative und emotionale Zuwendungen sowie „Abweichungen“ von einem rein zweckrationalen Handeln sind abrechnungstechnisch indes nur schwer zu bestimmen und konterkarieren damit eine Kosten-Nutzen-optimierte Ausrichtung. Erscheinen diese – in Managementkonzeptionen auch als „weich“ firmierenden – Faktoren in einem an Ganzheitlichkeit orientierten Pflegekonzept noch als Faktoren, die die Qualität sichern und die Effizienz steigern, werden sie in der ökonomischen Logik zu einem reinen Kostenfaktor, der ausgegliedert oder an andere Dienstleister als eigene Abrechnungseinheit delegiert werden sollte: „Manchmal ist die pflegerische Arbeit mit den Gefühlen von Patienten so vorrangig, dass Pflegende Teile des Pflegeprozesses an andere Therapeuten delegieren müssen“ (2004, S. 15). Dies auch deshalb, weil Gefühlsarbeit (die darin besteht, die Gefühle der Patienten positiv zu beeinflussen) unter den Bedingungen der Marktzentrierung zusehends unter Druck gerät (vgl. Strauss et al. 1980; Brucks 1999). Neben einer tendenziell ausgelagerten Patientenkommunikation unterliegt auch die Arbeit an den eigenen Gefühlen im marktzentrierten Krankenhaus Veränderungen⁷. Diese sind wiederum Ausdruck des ambivalenten Verhältnisses zwischen der Professionalisierung der Pflege und einem zunehmenden Ökonomisierungsdruck in den Krankenhäusern. Die Thematisierung von Gefühlsarbeit in den analysierten Ausbildungsbüchern lässt sich anhand von drei Phasen systematisieren – der Phase der christlichen Nächstenliebe, der Aus- und Weiterbildung sowie der Selbstbildung und Professionalisierung –, für die unterschiedliche, sich wandelnde normative Bezugspunkte kennzeichnend sind (vgl. Tab. 1). Während die Arbeit an den Gefühlen der Patienten in der ersten Auflage (1973) keine Erwähnung findet, erscheint sie in den Auflagen der Jahre 1979 bis 2000 als Abgrenzung von den Leiden des Kranken, die auf gratifikatorisch nur schwer bestimmbar Merkmalen wie Erfahrung, Reife und Menschenkenntnis beruht.

In den aktuelleren Auflagen der Lehrbücher wird auf kollegiale Netzwerke verwiesen, um die genannten Anforderungen im Umgang mit den eigenen Gefühlen zu bewältigen. Die reflexive Auseinandersetzung mit sowohl positiven als auch ne-

⁷ Diese Umgangsweise mit den Anforderungen, die Emotionen in personenbezogenen Dienstleistungen und in besonders hohem Maße in der Pflege hervorrufen, entspricht der mittlerweile vielfach zu beobachtenden Managementanforderung, seine Emotionen kontrollieren zu können: Die Gefühle sollen im Dienst der Organisation gesteuert werden, um eine möglichst gute Performance abliefern zu können (Grandey et al. 2013; Hochschild 2006; Bolton 2005; Neckel 2005).

Tab. 1 Normative Anforderungen an Gefühlsarbeit

Jahr	Phase	Kennzeichen
1973	Christliche Nächstenliebe	<ul style="list-style-type: none"> – Einseitige Akzeptanz des Kranken und seiner Leiden – „Eins werden“ und teilhaben (1973, S. 22) – Beziehung: beidseitige Passivität – Hilfe und Fürsorge
1979 bis 2000	Aus- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> – Objektive Beurteilung des psychischen Krankheitszustandes als wichtiges Element der Pflege – Fähigkeiten: „Erfahrung und Reife“ erlernen durch Reflexion (1979, S. 34) – „Menschenkenntnis“ soll „zu große Subjektivität“ verhindern (1979, S. 34). Abgrenzung von psychischen Leiden der Kranken
2000 bis 2012	Selbstbildung und Professionalisierung	<ul style="list-style-type: none"> – Sinn- und Selbstfindung (2000, S. 49 ff.) – Selbstthematization – Nicht: keine Gefühle zu haben – Sondern: sie regulieren und mit ihnen umgehen können (2000, S. 53) <p>→ „Professionelle Empathie“ anstelle von Sympathie und Antipathie</p>

gativen Gefühlen sei Ausgangspunkt einer angemessenen Pflege sowie der Patient-Pfleger-Beziehung (u. a. 2000, S. 14). Zugleich wird aber erkennbar, dass diese organisationalen Ressourcen in der praktischen Umsetzung auf tönernen Füßen stehen. So wird zwar die „Sinn- und Selbstfindung“ (2000, S. 49 ff.), für welche die Pflegekräfte auf diese Ressourcen zurückgreifen können müssen, immer wieder thematisiert, allerdings werden kaum Hinweise darauf gegeben, wie dies außerhalb professioneller Beratungen oder innerer Reflexion realisiert werden soll. Vielmehr wird anhand einer dafür erforderlichen Selbstreferenz der Anspruch erhoben, dass es wichtig sei, „im Sinne der eigenen Kompetenzen kollegiale Beratung zu suchen“ (2012, S. 181). Da dies – wie in der Ausgabe von 2012 auch ergänzt wird – jedoch kaum eingelöst werden kann („Pfleger [können] sich kaum selbst Rat und Unterstützung holen, z. B. in Form von Supervision oder kollegialer Beratung“ (2012, S. 181)), steht hinter dieser Anrufung vor allem eine individualisierte Verantwortungszuweisung, die in der Anforderung einer „Self Care“ (2012, S. 180) als Voraussetzung für eine gute Pflege ihren vorläufigen Höhepunkt findet.

4.2.1 Von der Patienten- zur Kundenorientierung

Eine kalkulierte Beziehungsgestaltung im Sinne wirtschaftlicher Zweckrationalität wird auch durch den sprachlichen Wandel der Ansprache des Patienten als Kunden nahegelegt. So heißt es beispielsweise: „Die Sorgfalt der Reinigungskraft hat für den Kunden ebenso eine Bedeutung wie das Auftreten und die Freundlichkeit eines Krankenpflegeschülers oder des Chefarztes. Daher sollte bei der Dienstleistungserbringung stets die Kundenorientierung im Mittelpunkt stehen. Fehlende Kundenorientierung führt zu Verärgerung. [...] Kundenrückgang ist zusätzlich zu den Kosten für Fehlerbehebungen die Folge.“ (2009, S. 106)

Die begriffliche Veränderung ist Ausdruck eines veränderten Selbstverständnisses von Pflege und der Rolle der Pflegenden selbst. Zugleich zeigen sich darin auch Aspekte eines konzeptionellen Umbaus des Gesundheitssektors zu einer Gesundheitswirtschaft. Dass es sich nicht nur um eine semantische Neubestimmung handelt, sondern damit auch Merkmale einer Unternehmen-Kunden-Beziehung (wie z. B. Funktionalität) auf die Behandlung der Pflegebedürftigen übergehen, macht ein Auszug aus dem Jahr 2000 deutlich, in dem proklamiert wird, dass es sich bei den Behandlungen im Gesundheitsbereich um Leistungen handelt, die im Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern angeboten werden, welche daher um Patienten als Kunden dieser Dienstleistungen konkurrieren: „Sympathie und Antipathie sind allerdings in menschnahen Berufen keine ausreichenden Steuerungsmöglichkeiten. Für die Verkäuferin im Konfektionsladen so wenig wie für die Lehrerin der dritten Klasse, für den Masseur so wenig wie für den Handwerksmeister beim Kundenbesuch, für die Pflegenden so wenig wie für die Managerin, für den Arzt so wenig wie für den Angestellten an der Pforte einer Fabrik oder eines Altenheims. Sie können es sich nicht leisten, heißt es so lapidar wie zutreffend. Nicht leisten, weil sie dann Kunden verlieren. Nun ist ja auch der Begriff ‚Kunde‘ in der Pflege nicht mehr ungewöhnlich: Wenn man das Krankenhaus, ambulante Pflegestationen, Heime und Kliniken als Unternehmen konkurrierend mit anderen Unternehmen mit vergleichbaren Angeboten und seine Kunden haben muss, dann können sich diese Unternehmen [sic] es sich nicht leisten, zu Betreuende und zu Pflegenden zu verlieren.“ (2000, S. 53)

Dass die Bezeichnung von Patienten als Kunden nun „nicht mehr ungewöhnlich“ ist, belegt auch die Frequenzanalyse des Begriffs über die Auflagen des Lehrbuchs hinweg: Erstmals taucht die Kategorie in der Auflage von 1994 auf, und die Zahl ihrer absoluten Nennungen erhöht sich zwischen 2000 und der letzten Auflage 2012 um das Dreieinhalbfache. Auch ihre relative Häufigkeit nimmt kontinuierlich und deutlich zu (vgl. Abb. 1). In dem angeführten Lehrbuchzitat wird zudem offenbar, dass die Neu-Definition der Patienten als Kunden Gegenstand einer Auseinandersetzung ist, an dessen Ende die weitgehende Akzeptanz des neuen Konzepts durch die Lehrbuch-Autorinnen zu stehen scheint. An der Tatsache, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens ihre Steuerung nun auch über Konkurrenzmechanismen begreifen, wird zu diesem Zeitpunkt scheinbar keine Kritik mehr geübt⁸.

Die Kunden-Kategorie wird vor allem in den – ab der 2000er-Auflage deutlich erweiterten – Kapiteln zur Qualitätssicherung bzw. zum Qualitätsmanagement verwendet. Die klassische Orientierung der Pflegearbeit am Wohl der Patienten wird in dem Zusammenhang an einen betriebswirtschaftlichen Begründungszusammenhang gekoppelt: „Eine umfassende und funktionierende Qualitätspolitik inkl. der systematischen Mitarbeiterförderung stärkt die Marktposition der Einrichtung im Konkurrenzkampf am Markt“ (2012, S. 101). Die Orientierung am Wohl der Pa-

⁸ An zwei Stellen wird die Einschränkung gemacht, dass im Vergleich zu einer Kunden-Dienstleister-Interaktion im Hotelgewerbe eine „echte Zuwendung und eine grundlegende Kommunikationsbereitschaft über das Alltägliche hinaus“ erwartet wird (2009, S. 577) und dass „das Postulat der informierten Entscheidung im Sinne eines Kunden, der sowohl echte Wahlfreiheit als auch ausreichendes Wissen zur Beurteilung hat, in vielen Fragen der Gesundheitsversorgung nur einschränkend aufrecht zu halten ist“ (2012, S. 173).

tienten wird durch die Orientierung an der „Kundenzufriedenheit“ ersetzt, welche neben anderen Zielen (wie der Rentabilität) die Zielsetzung der Qualitätssicherung darstellt (vgl. u. a. 2009, S. 108). Qualität in der Pflege ist demnach nicht lediglich Selbstzweck, sondern vielmehr Mittel im Wettbewerb um Kunden und damit eine Leistung, die sich an betriebswirtschaftlichen Kriterien bemisst.⁹ Dass ökonomische Kalküle besonders ab der 2000er-Auflage Einzug halten, zeigt auch die Auswertung von Abschnitten, in denen explizit Pflegeleitbilder angeführt werden.¹⁰ Demnach ist die Pflegearbeit vor 2000 ausschließlich an den Bedürfnissen hilfebedürftiger Patienten ausgerichtet. Die Tätigkeiten leiten sich von den vier grundlegenden Aufgaben ab, „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern“ (vgl. u. a. 1973, S. 4; 1983, S. 53).¹¹ Diese Grundsätze bleiben zwar im Kern in allen Auflagen erhalten, werden aber mit einer explizit ökonomischen Zielsetzung verknüpft. Ab 2000 wird das Pflegeleitbild zu einem untergeordneten Teil eines Betriebs-, später Unternehmensleitbildes: „Das Pflegeleitbild steht in Einklang mit dem Betriebsleitbild. Das heißt, es werden dem Pflegeleitbild die Orientierungspunkte des Betriebsleitbildes zugrunde gelegt. [...] Der Pflegedienst berücksichtigt die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des Betriebes und praktiziert den ökonomischen Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen“ (2000, S. 122). „Die praktische Umsetzung des Pflegeleitbildes hängt prinzipiell von dessen Übereinstimmung mit dem Unternehmensleitbild ab.“ (2004, S. 165)

4.2.2 *Ökonomisches Handeln als Bestandteil der Professionalisierung*

Nach zunächst vagen Andeutungen in den älteren Auflagen, wie z. B., dass es in der Bewertung der Pflege nicht darum gehen könne, „dass die Stufe der optimalen Pflege unter allen Umständen richtungsweisend sein muss“ (u. a. 1983, S. 299 f.; 1987, S. 81), wird in der 2000er-Auflage die Spannung zwischen den pflegerischen Ansprüchen und der betriebsökonomischen Realität im Krankenhaus explizit formuliert (vgl. 2000, S. 94, 134). Während in den Auflagen von 1983 bis 1997 noch vom Mut, „pflegefeindliche Strukturen und Abläufe zu verändern“ (1983, S. 299 f.), die Rede war, wird in der Ausgabe aus dem Jahr 2000 die Orientierung an ökonomischen Grundsätzen mit der Logik der Professionalität verknüpft. Pflegerisches Handeln als professionalisiertes Handeln impliziert jetzt, nun individuell eine Korrespondenz

⁹ Als Merksatz wird in der Auflage von 2000 hervorgehoben: „Wenn die Qualität hoch ist, senken sich die Kosten, und Nachfrage, Produktivität und Profite erhöhen sich.“ (S. 261)

¹⁰ Es wurden alle Absätze ausgewertet, die den Wortstamm „Berufsbild“, „Grundregel“, „Leitbild“, „Grundsätze“, „Grundsatz“ oder „Grundprinzip“ beinhalteten. Unberücksichtigt gelassen wurden alle Treffer, die sich mit konkreten pflegerischen bzw. medizinischen Behandlungsregeln oder mechanisch-biologischen Sachzusammenhängen befassen.

¹¹ Als Ausdruck der Professionalisierung kann in diesem Zusammenhang der ab der 1983er-Auflage besonders deutliche Wandel im Pflegeleitbild vom zu behütenden zum auf Selbstständigkeit orientierten und zu aktivierenden Patienten interpretiert werden (vgl. u. a. 1983, S. 56 f., 66). Zugleich werden die Pflegenden als gegenüber der Ärzteschaft und dem medizinischen Modell eigenständige Professionelle adressiert, zu deren grundsätzlichen Aufgaben die Weiterbildung, Selbstreflexion, Selbstsorge und die Arbeit an der öffentlichen Wahrnehmung der Berufsgruppe gerechnet werden (vgl. u. a. 1983, S. 48, 57; 1987, S. 47).

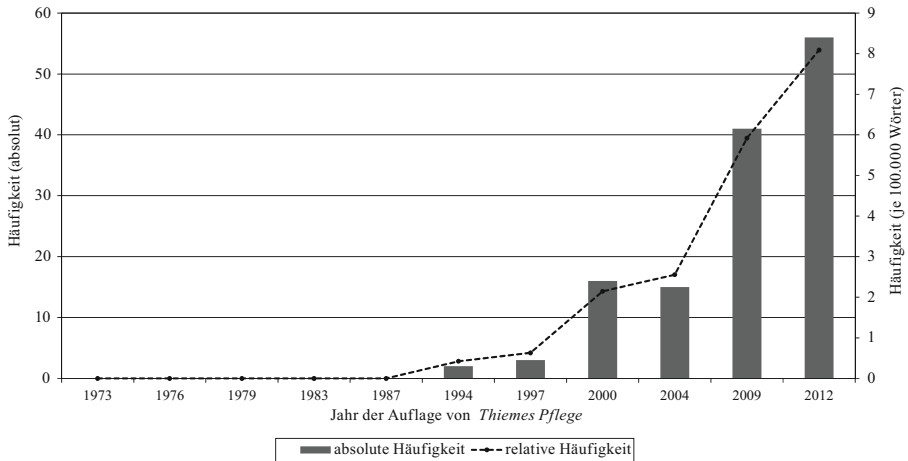


Abb. 1 Absolute und relative Häufigkeit der Kategorie „Kunde“ (Die Digitalisate der verschiedenen Auflagen wurden mittels der QDA-Software auf den Begriff „Kunde“ hin untersucht. Die absoluten Nennungen des Wortstamms „kunde“ ($n = 161$) wurden von falschen Treffern (u. a. „die Kunde“) geschieden (falscher Treffer) und anschließend codiert, ob Patienten oder Angehörige explizit wie implizit als Kunden bezeichnet werden (positiver Treffer) oder die Terminologie mit Skepsis oder Kritik angeführt wird (negativer Treffer). Dieser Vorgang wurde von zwei Ratern unabhängig voneinander vorgenommen. Die Interrater-Reliabilität (in %) lag bei sehr zufriedenstellenden 0,92. Da sich der Seitenumfang der Auflagen erheblich verändert hat, gibt Abb. 1 nicht nur die absolute Häufigkeit der positiven Treffer, sondern auch die relative Häufigkeit an. Eine Kritik am Kunden-Begriff wird 2009 lediglich an einer, 2012 an zwei Stellen artikuliert). (Quelle: eigene Berechnung)

zwischen „qualitätsbezogenem und ethisch verantwortlichem Denken“ und „ökonomischen Grundsätzen“ (2000, S. 94) sicherzustellen. So heißt es beispielsweise: „Ein professionelles Pflegeverständnis kann entscheidend dazu beitragen, sowohl ökonomisch verantwortlich zu handeln, als auch die Patienten [...] in den Mittelpunkt der Gesundheitsinstitution zu stellen.“ (2004, S. 41) Diesem Trend wird ab 2000 durch die Aufnahme eines eigenständigen Kapitels zu „wirtschaftlichen Aspekten“ (2000, S. 233 ff.; 2004, S. 114 ff.) bzw. „wirtschaftlichem Handeln in der Pflege“ (ebd.) Nachdruck verliehen. Die Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Kalküle wird darin als logische Notwendigkeit gesellschaftlich knapper Ressourcen dem Pflegeselbstverständnis angedient: „Die Gesundheitsreform in Deutschland zwingt Pflegende mehr denn je[,] ökonomische (wirtschaftliche) Aspekte in den Pflegealltag einzubeziehen und ökonomisch zu handeln. [...] Jede Pflegeperson ist dadurch gefordert zu überlegen, wie sie ihre eigenen Arbeitsabläufe wirtschaftlich gestalten kann. [...] Wirtschaftliches Handeln zeichnet sich dadurch aus, dass trotz individueller Pflegesituationen, z. B. durch langwieriges An- und Auskleiden oder beschwerliche Wege zum Badezimmer, der vorgegebene Zeitrahmen und die Qualität der Pflege eingehalten werden“ (2004, S. 143) oder sparsam mit Material gehaushaltet werde (2009, S. 99). Als eine quasi vorgezeichnete Entwicklung wird in der 2004er-Auflage die angespannte Finanzierungssituation der Krankenhäuser gar auf die Zukunft ausgedehnt: „Die Gelder im Gesundheitswesen werden immer knapper. Dadurch wird die Pflege immer stärker gezwungen[,] wirtschaftliches Handeln zu einem Bestandteil ihrer Arbeit zu machen“ (2004, S. 143; vgl. auch 2012, S. 28).

4.2.3 Folgen für die Handlungsorientierung, Konflikte und Kritik

Die Einhaltung finanziell rationierter Rahmenvorgaben legt eine Verschiebung der Handlungsorientierung nahe, deren praktische Umsetzung auch dadurch sichergestellt werden soll, dass finanzielle Verantwortlichkeiten von der kaufmännischen Pflegeleitung auf die Stationen verlagert werden (vgl. 2009, S. 99; 2012, S. 85). Damit wird in den Lehrbüchern der Pflegeausbildung ein Trend nachvollzogen, bei dem die Koordination und Kontrolle von Arbeit nicht mehr durch externe (hierarchische) Instanzen erfolgt. Vielmehr sollen die Beschäftigten sich selbst kontrollieren, indem sie ihr pflegerisches Handeln hinsichtlich ökonomischer Vorgaben überprüfen und stets hinterfragen. Der Individualität eines Patienten und seinem Wohl dabei Rechnung zu tragen, wird unter diesen Rahmenbedingungen vielfach zu einer Anforderung, die schwer zu realisieren ist. Der einzelnen Pflegekraft wird daher auch eine auf Effizienz getrimmte Standardisierung ihrer Tätigkeiten nahegelegt: „Um die entstehenden Kosten in der Patientenversorgung nicht unnötig in die Höhe zu treiben, sollten die Behandlungen im Sinne der betriebswirtschaftlichen Effizienz mit überlegtem und geplantem Ressourcenverbrauch erfolgen. In der Praxis bedeutet dies, dass die Pflegenden ihre Maßnahmen stets im Vorfeld planen und organisieren sollten, d. h. mehrere Aktivitäten möglichst zu bündeln und nach Standards vorzugehen.“ (2009, S. 99)¹²

Zugleich ist erkennbar, dass die normativen Orientierungen, wie sie sich in den Lehrbüchern zeigen, keineswegs einer linearen Argumentation folgen, sondern vielmehr eine Art „umkämpftes Feld“ darstellen, in dem um Deutungshoheit gerungen wird. An dem geschilderten Orientierungswandel artikulieren nämlich einzelne Lehrbuchautorinnen in den Auflagen der Jahre 2009 und 2012 am Rande auch Kritik. So wird beispielsweise die Gefahr einer Verdinglichung der Patienten durch die Ausübung von Gewalt in der Pflege angesprochen (2009, S. 169). Im Ethik-Kapitel (nicht jedoch im Wirtschaftlichkeitskapitel) wird ab der 2009er-Auflage folgende offene Kritik formuliert: „In jüngster Zeit scheint die Ökonomie die Rolle der Fremdbestimmung der Pflege zu übernehmen. Mit dem Argument der ‚Kostensexpllosion‘ und dem ‚Ende der Finanzierbarkeit‘ lässt sich noch jede Personalkürzung und Verknappung von Pflegezeiten legitimieren.“ (2009, S. 158) Es scheint, als

¹² Gegen diese Interpretation kann der Einwand erhoben werden, dass die Prämisse der zitierten Passage ist, dass die bei der Pflegearbeit entstehenden Kosten „nicht unnötig“ (2009, S. 99) in die Höhe getrieben werden sollten und in diesem Zusammenhang nur von Materialverbrauch (Medikamente und Wirtschaftsgüter) gesprochen wird. Daher wirkt diese Regelung unverfänglich, da sie lediglich darauf abzielen scheint, dass das betriebswirtschaftliche Wissen z. B. über die Kosten der Reinigung von Steckklaken dazu führt, „dass die Pflegenden diese nur noch bei Notwendigkeit einsetzen“ (ebd.). Zu beachten ist in dem entsprechenden Kapitel zur Wirtschaftlichkeit in der 2000er-Auflage auch folgende Aussage: „Ein vorgegebener finanzieller Rahmen darf allerdings auch nicht dazu führen, dass dem einzelnen Patienten notwendige Leistungen vorenthalten werden bzw. die Qualität der Leistungserbringung aus Kostengründen auf ein nicht vertretbares Maß reduziert wird.“ (2000, S. 134) Damit ist indes gesagt, dass die Qualität der Leistung gesenkt werden darf, um wirtschaftlicher zu agieren.

würde der Orientierung an ökonomischer Rationalität durch einen Ausbau ethischer Grundsätze zu begegnen versucht.¹³

Dass sich nichtsdestotrotz innerhalb der Lehrinhalte – als großer Trend – ein Wandel von einer ganzheitlichen (primär am Wohl der Patienten orientierten) Pflege zu einer an ökonomischen Logiken orientierten Pflege vollzieht, zeigt sich an einer Themenfrequenzanalyse zweier von uns gebildeter Kategoriensets. Das Set „Fürsorgerationalität“ wird durch die folgenden zentralen Begriffe patientenorientierter bzw. fürsorgerationaler Pflege gebildet: „Geborgenheit“, „Einfühlen“, „Fürsorge“, „Wohlbefinden“ und „Zuwendung“. Für das Set „ökonomische Rationalität“ wurden Begriffe ausgezählt, die eine Orientierung an (betriebswirtschaftlichen) Kosten-Nutzen-Kalkülen implizieren: „Kosten“, „Effizienz“, „Kunde“, „Unternehmen“ und „Wirtschaftlichkeit“.¹⁴

Abb. 2 zeigt, dass sich die Proportionen der absoluten Häufigkeiten dieser Kategoriensets im Zeitverlauf deutlich zugunsten der „ökonomischen Rationalität“ verschieben. Sowohl die absolute als auch die relative Häufigkeit des Sets „Fürsorgerationalität“ nimmt zwischen 1994 und 2012 ab, während das Set „ökonomische Rationalität“ häufiger auftritt. Die fürsorgerationalen Kategorien verlieren zwischen 1994 und 2012 an Bedeutung (260 zu 225 Treffer); ihre relative Häufigkeit im jeweiligen Lehrbuch nimmt besonders deutlich ab (von 55 auf 33 Treffer pro 100.000 Wörter). War das Verhältnis der absoluten Häufigkeit der Sets in der ersten Auflage von *Thiemes Pflege* überaus deutlich zugunsten der „Fürsorgerationalität“ ausgeprägt (81:3), werden in der aktuellsten Auflage von 2012 beide Sets annähernd gleich häufig genannt (225:182).

¹³ Das Nebeneinander sowohl (markt-)wirtschaftlicher als auch ethischer Orientierungen zeigt sich auch in den Zielstellungen von Krankenhäusern, bei denen neben „Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit“ auch „Wirtschaftlichkeit“ und „ethische Werte“ genannt werden (2012, S. 99). Wird die Wirtschaftlichkeit neben ethische Werte gestellt, relativiert dies implizit die unbedingte fürsorgliche Loyalität gegenüber den Patienten (im Sinne eines ethischen Werts). Die ethischen Reflexionsangebote in den Lehrbüchern bleiben einer eigenen Analyse vorbehalten, allerdings ist Skepsis angebracht, wenn man der Einschätzung von Kühn (2007) folgt: Ihm zufolge tendierten die Ethiklehrangebote für Ärzte und Pflegenden dazu, die strukturellen Zwänge im ökonomisierten Gesundheitswesen unreflektiert zu lassen, und dienten daher der „Abwehr und Milderung von Gewissenspein“ (ebd., S. 91).

¹⁴ Für diese Themenfrequenzanalyse wurden zwei Diktionäre gebildet, die aus semantisch eng an die genannten Kategorien angelagerten Begriffen bestehen (siehe Tab. 2 im Anhang). Um eine Aussage über die Entwicklung der Häufigkeit der beiden Kategoriensets im Zeitverlauf treffen zu können und zugleich eine forschungsökonomische Eingrenzung vorzunehmen, wurden die Digitalisate der ersten, der aktuellsten sowie der ca. alle 10 Jahre dazwischen erschienenen Auflagen von *Thiemes Pflege* in die Analyse einbezogen. Es wurden die durch die QDA-Software ermittelten Treffer von falschen Treffern (z. B. „die Kunde“ statt „der Patient als Kunde“) bereinigt und anhand des unmittelbaren Textkontextes codiert, ob die ausgegebenen Trefferstellen das Thema affirmativ (positiver Treffer) oder kritisch ansprechen (negativer Treffer). Auf diese Weise wurden insgesamt 2203 ausgegebene Fundstellen geprüft. 67 % dieser Stellen wurden von zwei unabhängigen Ratern doppelt codiert. Die Interrater-Reliabilität (in %) über alle Kategorien hinweg ist mit 0,87 sehr gut (Range: 0,79–0,92). Die Interrater-Reliabilität zwischen den Kategoriensets variiert nicht nennenswert (0,86 und 0,87). Grundlage von Abb. 2 sind die positiven Treffer der jeweiligen Begriffe, die für die beiden Kategoriensets zusammengefasst wurden. Negative Codierungen waren äußerst selten.

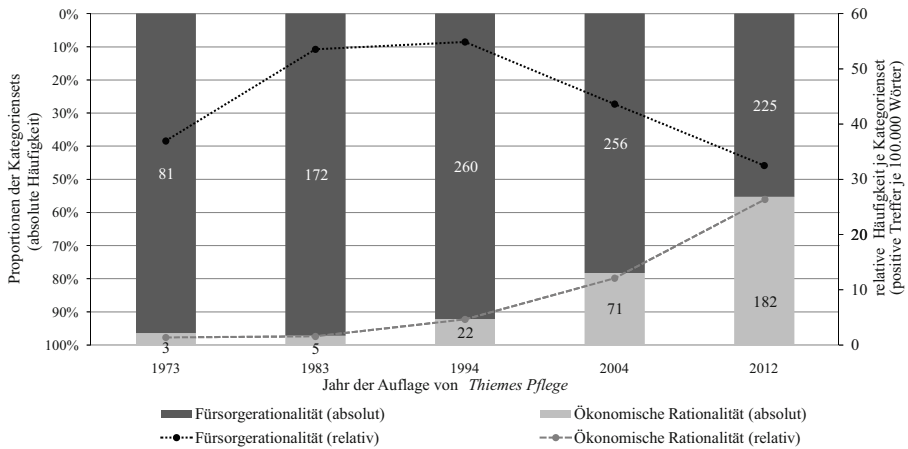


Abb. 2 Die Kategoriensets „Fürsorgerationalität“ und „ökonomische Rationalität“ der Pflege im Vergleich (Quelle: eigene Berechnungen)

4.3 Externalisierung

Ein wichtiger Grundpfeiler einer Pflege, die sich zunehmend an ökonomischen Rationalitätskriterien orientiert, ist die Schaffung eines Bewusstseins an den dafür erforderlichen Maßgaben. Der handlungsleitende Bezugspunkt ist dann unter Umständen nicht (mehr) ein traditioneller ganzheitlich gestalteter Pflegeanspruch, sondern ein um Elemente der Fürsorge gekappter Pflegeprozess. Tätigkeiten, die keiner ökonomischen (d. h. abrechenbaren) Logik folgen, sollen delegiert bzw. völlig ausgespart werden. Dies kann vor allem durch die unmittelbare Einbindung der Angehörigen für einfache Pflegetätigkeiten auf gewinnbringende Weise geschehen.

Der Gedanke, das familiäre Umfeld der Patienten als Ressource zu nutzen, spielte bereits in den 1980er-Jahren eine Rolle – zu einer Zeit also, in der der Einfluss der Ökonomie auf das Gesundheitswesen noch weit von heutigen Verhältnissen entfernt war. So heißt es in der Ausgabe des Lehrbuchs von 1983: „Die Angehörigen sind die wichtigsten Partner, sowohl in der krankenhausernen als auch -internen Pflege. Ihr Potential könnte noch viel mehr ausgeschöpft werden. Angehörige sind in der Regel absolut kompetent, die Pflege auch eines Schwerkranken und Sterbenden zu übernehmen, wenn sie von der qualifizierten Fachkraft (der Schwester/dem Pfleger) zuverlässig begleitet werden.“ (1983, S. 60) Zwar wird die Möglichkeit, durch die Indienstnahme der Angehörigen die Ressourcen der Pflegekräfte anderweitig zu binden, hier nicht angesprochen, doch hatte die Einbindung der Angehörigen im Laufe der Zeit vermehrt eben jenen Effekt. Dies wird erstmals 1994 deutlich, wenn es heißt, dass „[d]as Netzwerkkonzept [...] aus einem Gesundheitswesen der Zukunft nicht mehr wegzudenken [ist]. Die moderne Lebensform (Kleinfamilien, Singlehaushalte) zwingt zum Umdenken. Menschen sind aufeinander angewiesen, weshalb das natürliche Auffangnetz gepflegt werden muß, soll es bei Bedarf zur Verfügung stehen. Ein zweites sind die steigenden Gesundheitskosten. Nur durch ein gut ausgebautes Sozialnetz können die teuren Krankenhausaufenthalte so gering

wie möglich gehalten und/oder eine Heimeinweisung so weit wie möglich hinausgeschoben werden.“ (1994, S. 458) Bereits 1994 wird eine Integration der „familiären Netzwerke“ als ein Vorgehen zur Kostenreduktion dargestellt. Durch den Verweis auf ökonomische Notwendigkeiten und einen gesellschaftlichen Wandel wird dabei ein Sachzwangargument konstruiert, mit dem die Konsensbereitschaft etwa bei den betroffenen Familienmitgliedern aber auch den Patienten über die eingeschlagene Richtung erhöht werden soll.

Parallel dazu tritt eine neuartige Konstellation von Pflege und Angehörigen auf. Demnach soll „jeder Mensch“ (und somit auch das erweiterte Netzwerk der Patienten) zusehends als „Nachfrager professioneller Pflege“ bzw. „Gesundheitssuchender“ (2000, S. 94)¹⁵ in Form von ihm offerierten Beratungsleistungen in den näheren Krankenhauskontext als wertschöpfendes Unternehmen integriert werden: „So entsteht oftmals eine Doppelbelastung, die dazu führen kann, dass Angehörige selbst der Unterstützung professioneller Pflege bedürfen. Die Unterstützungsleistungen können sich beziehen auf das Informieren (z. B. über andere Unterstützungsmöglichkeiten), Beraten (z. B. hinsichtlich einer möglichen Aufnahme in ein Heim), Empfehlen und Vermitteln notwendiger Pflegehilfsmittel, Schulen und Anleiten hinsichtlich pflegepraktischer Verrichtungen, Begleiten in Krisensituationen“ (2000, S. 94; 2004, S. 41).

Dies korrespondiert mit dem Befund, dass nicht nur Patienten, sondern auch Angehörige (als Nachfrager von Beratungsleistungen) zusehends unter der Bezeichnung „Kunde“ in den untersuchten Texten auftauchen, um die sich die im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser bemühen. Neben der Auslagerung spezifischer Leistungen an krankenhausexterne Personen lässt sich zudem eine interne Verschiebung der begleitenden und fürsorglichen Elemente der Pflege feststellen. Dafür wurde mit dem Case Manager eine neue Funktionsstelle geschaffen, die die Vermittlung zwischen Patient und Krankenhaus bzw. angeschlossene Institution übernehmen soll (2004, S. 146 f.).

Vor dem Hintergrund der Kostensenkungsstrategien im Gesundheitssystem stellt die Funktion des Case Managers eine Kommodifizierung pflegerischer Tätigkeitsbereiche insofern dar, als dieser in reduzierter Form Aspekte der Gefühlsarbeit übernehmen soll. Ihm werden damit Aufgaben übertragen, die früher der Pflege selbst zugeschrieben wurden. Ziel der Betreuung eines Patienten durch den Case Manager ist die Sicherstellung der Betreuung „over time“, die Organisation von „across services“, „Zuwendung“, „Information“, „Beratung“, „Effektivität“ und „Effizienz“ (2009, S. 135). Es wird demnach evident, was im Aufgabenbereich der Case Manager angelegt ist: eine rationalisierte Variante der pflegespezifischen Gefühlsarbeit auf Patientenebene¹⁶, für die Maßnahmen der kalkulierten Haushaltung bestimmend sind. Dazu gehören: Einsparung von Kosten auf Systemebene „durch Vermeidung

¹⁵ Die Formulierung lautet: „Jeder Mensch, der sich für gesundheitserhaltende Maßnahmen interessiert, ist als ‚Gesundheitsratsuchender‘ anzusehen und stellt somit einen Kunden dar.“ (2000, S. 94)

¹⁶ So heißt es 2009: „Auf der Patientenebene können durch den Einsatz von Case Management Krisen vermieden, ein erhöhtes subjektives Wohlbefinden, verbessertes Gesundheitsverhalten und Selbstmanagement sowie ein höheres Maß an Patientenzufriedenheit erreicht werden.“ (2009, S. 136) Die Bezeichnungen „Patientenebene“ und „Systemebene“ wurden aus dem Untersuchungsmaterial übernommen.

von Über-, Unter- und Fehlversorgung[, um] unnötige Ausgaben zu verhindern und die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu sichern“ (2009, S. 136).

5 Fazit und Ausblick: Fürsorgerationalität und ökonomische Rationalität

Die stationäre Krankenpflege ist seit Mitte des 20. Jahrhunderts durch einen ambivalenten Rationalisierungsprozess gekennzeichnet. Wie in der Analyse der Lehrbücher gezeigt werden konnte, wurde das professionelle Selbstverständnis der stationären Pflege nicht nur durch einen deutlichen Professionalisierungsschub geprägt, sondern auch das „Einsickern“ ökonomischer Orientierungen hinterlässt seine Spuren. Die längsschnittliche Analyse der Auflagen von *Thiemes Pflege* anhand von drei als zentral erachteten Ökonomisierungsprozessen – Verschlinkung, Kommodifizierung und Externalisierung – lässt eine schleichende diskursive Entwicklung mit einer klaren Tendenz zutage treten:

Mit Blick auf den Aspekt der *Verschlinkung* zeigt sich eine affirmative Bezugnahme auf die Notwendigkeit eines pflegerischen Unterbaus, welche nicht durch die – in frühen Auflagen geäußerte – Sorge um einen Beziehungsverlust relativiert wird. Gleichzeitig verlieren beruhigende Gespräche mit den Patienten ihren einstigen Stellenwert zugunsten einer standardisierten Information und Kommunikation, was den Kern des Selbstverständnisses professioneller Pflegearbeit berührt.

Parallel dazu zeigt sich – vor dem Hintergrund einer zunehmenden *Kommodifizierung* –, dass die emotionale Fürsorgearbeit durch zeitliche Restriktionen zusehends an Grenzen stößt und im marktzentrierten Krankenhaus vermehrt unter Legitimationsdruck gerät. Dass dies auch Folgen für die Gefühlsarbeit der Pflegekräfte selbst hat, wurde in anderen Untersuchungen gezeigt (vgl. Becker 2014). Den Pflegekräften wird individuell zur Aufgabe gemacht, ihre Gefühle zu kontrollieren und Selbstsorge zu betreiben, um unter den gegebenen Rahmenbedingungen handlungsfähig zu bleiben. In dem Zusammenhang hält auch eine Nahelegung zweckrationaler Beziehungsgestaltung Einzug, welche nicht nur im Aufgabenzuschnitt des Case Managers aufscheint, sondern auch der Kunden-Metapher inhärent ist.

Die Untersuchung verschiedener Themenfelder in den Lehrbüchern, wie den Pflegeleitbildern oder auch der Pflegequalität, macht deutlich, dass diese mit Bezug auf ökonomische Zwecksetzungen des Dienstleistungsbetriebes bzw. Unternehmens „Krankenhaus“ präsentiert werden. Zweckrational geprägte Kategorien gewinnen in den Lehrbüchern an Bedeutung. Wirtschaftlich rationales Handeln wird gleichsam zu einem eigenständigen Anspruch an die Pflegekräfte. Diese Verschränkung der Pflegepraxis mit ökonomischen Kalkülen zeigt sich auch in einem Trend zur *Externalisierung*. So erscheint in den neueren Auflagen die Einbeziehung von Angehörigen in den Pflegeprozess im Zusammenhang mit der Möglichkeit zur Kostenreduktion.

Zugleich setzt sich in den Lehrbüchern ein Professionalisierungsanspruch durch, der auf einem breiten Fundus von funktionalen Fertigkeiten und Wissen und auf der Verankerung des Anspruchs berufspolitischer Selbstreflexion basiert. Unter einer professionstheoretischen Perspektive stellt die Infragestellung des Selbstverständ-

nisses von Pflege als Liebesdienst einen Fortschritt dar, wenngleich diesem Selbstverständnis eine bremsende Wirkung gegenüber dem ökonomischen Rationalisierungsdruck zugeschrieben werden kann. Ob der laufende Professionalisierungsdiskurs zu einem autonomen fürsorgerationalen Selbstverständnis beitragen wird, kann hier nicht beantwortet werden (kritisch: Bauer 2007; Friesacher 2009; Kühn 2007). Der in den vorliegenden Untersuchungsergebnissen aufscheinende Transformationsprozess wirft daher nicht zuletzt die (berufs-)politische Frage auf, ob und wie der Kern eines modernen Selbstverständnisses der Pflege – eine dem Hilfebedürftigen angemessene leibseelische Beziehung – gegenüber dem ökonomischen Rationalisierungsdruck verteidigt werden kann. Studien zu jüngeren gewerkschaftlichen Mobilisierungen von Beschäftigten in sozialen Dienstleistungsbereichen betonen, dass der Widerspruch zwischen den hohen professionellen Ansprüchen und den immer stärker an Imperativen der Kapitalverwertung und schlanken Budgets ausgerichteten Arbeitsbedingungen eine zentrale Protestressource darstellt (u. a. Kutlu 2015; Vester und Teiwes Kügler 2013; Held et al. 2011, S. 74 ff.; Dörre et al. 2016, S. 163 ff.; mit Blick auf die Krankenpflege: Wolf 2013; Zender 2014). Dabei scheint das Berufsethos allerdings als mehr oder minder stabile fürsorgliche Orientierung angesehen zu werden.

Unsere Studie zeigt demgegenüber einen Wandel professioneller Diskurse am Beispiel der Krankenpflege und lässt insofern fragen, ob der Widerspruch zwischen fürsorglichem Berufsethos und restriktiven Arbeitsbedingungen auch in Zukunft weiterhin in dem Maße eine Mobilisierungsressource darstellen wird. Die Untersuchung belegt, dass die fürsorgerationale Arbeitslogik in der Pflege unter Druck steht und auf ein von der Professionsökonomik gefordertes „decent minimum“ (Langer 2005, S. 204; vgl. auch Dingwall und Allen 2001) reduziert zu werden droht. Erste Befunde einer Längsschnittbefragung von Pflegekräften deuteten dies bereits wenige Jahre nach Einführung des DRG-Systems an: Nur 49 % stimmten im Jahre 2008 der Aussage voll zu, wirtschaftliche Erwägungen seien nachrangig. Der Aussage, sie legen Wert auf eine würdevolle Behandlung der Patienten, stimmten nur noch 79 % zu (–9 % gegenüber 2003). Nur 66 % bejahten, dass die emotionale und soziale Zuwendung grundsätzlich zur Versorgung der Patienten gehört (–3 % gegenüber 2003) (Braun et al. 2010, S. 14 f.).

In den Lehrbüchern gewinnt – insbesondere ab der 2000er-Auflage, mit der die Ursprungsautorin Juchli die Arbeit am Lehrbuch abgegeben hat – parallel zur ökonomischen Überformung der realen Arbeitsbedingungen eine ökonomische Zweckrationalität deutlich an Boden. Die sukzessive Intrusion der Ökonomie in das Feld der Pflege – wie u. a. von Ullrich Bauer (2007) oder Hartmut Remmers (2010) herausgearbeitet – lässt sich damit auch in einem Kernelement dieses Berufs, dem Ausbildungsmaterial, nachweisen. Dies wurde bisher nur für US-amerikanische Lehrbücher gezeigt (vgl. Goodrick und Reay 2010).

Mit dem Bedeutungsgewinn betriebswirtschaftlicher Orientierungen vollzieht sich allerdings keineswegs ein abrupter Wechsel, es deutet sich vielmehr eine *Hybridisierung* der Professionsrationalität in der Pflege an, im Zuge dessen sich das konstatierte Dilemma zwischen Qualität und Effizienz aus der Pflegepraxis (vgl. Kirpal 2004; Senghaas-Knobloch 2008) zu einem Intra-Rollen-Konflikt der Beschäftigten entwickelt. Wie in zahlreichen Studien belegt (u. a. Braun et al. 2008;

Nock et al. 2013), sehen sich viele Pflegekräfte genötigt, diesem Konflikt durch Abstriche bei der Qualität zu begegnen. So steht zu befürchten, dass die adäquate pflegerische Fürsorge, z. B. in Form angemessener Gefühlsarbeit, zu einer optionalen Dienstleistung wird, die in Patientenhotels oder auf Privatstationen zusätzlich erworben werden kann. Der widersprüchliche Doppelcharakter, der jede Ware und jede Arbeit in kapitalistischen Produktions- und Verwertungsprozessen prägt (Marx 1962), tritt im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitssektors und der Fürsorgearbeit (Bauer 2007) auch im Bereich der Pflegearbeit zunehmend deutlicher zu Tage, sodass inzwischen von einem *Doppelcharakter der Pflege* gesprochen werden kann. Ihn kennzeichnet einerseits die Orientierung darauf, als fürsorgerationale Arbeit konkret nützlich zu sein, und andererseits die Orientierung auf das Erfordernis, in einem Kosten und Nutzen zu kalkulierenden Produktions- und Verwertungsprozess zu bestehen.

Anhang

Tab. 2 Die Kategoriensets für die Themenfrequenzanalyse

Kategorie	Suchbegriff	Ankerbeispiele (positiver Treffer)
<i>Kategorienset „Fürsorgerationalität“</i>		
Geborgenheit	geborgen	„Er [der Kranke] erwartet Hilfsbereitschaft, Verständnis und Geborgenheit.“
Fürsorge	fürsorg	„Fürsorge (Care) ist ein moralisches Ideal: ein Sich-Einlassen auf Geist, Körper und Seele des anderen.“
Zuwendung	zuwend, zugewand, zuhör	„Nach jeder Maßnahme zur Giftenfernung braucht der Patient Ruhe und Zuwendung.“ „Zuhören können ist eine Gabe, die für eine tragende Beziehung unabdingbar ist.“
Wohlbefinden	wohlbefind, wohlfühhl, wohlgefühl	„Pflege orientiert sich am Befinden und dient der Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden der Person.“ „Sie [die Schwester] bedarf des pädagogischen Geschicks, damit sich die Mutter bei ihr wohlfühlen kann, auch wenn sie zu Beginn das Kind ungeschickt anfaßt.“
Einfühlung	einfühl, empathi	„Hier ist das Einfühlungsvermögen und die Geduld der Pflegenden gefragt.“ „Wenn sich Kranke und Leidende empathisch verstanden fühlen, dann wächst ihr Vertrauen in die, die sie pflegen, und damit die Hoffnung, dass alles, was ihnen zugemutet wird, seinen Sinn hat.“
<i>Kategorienset „Ökonomische Rationalität“</i>		
Kosten	koste	„Frau Arndt erhält dadurch [durch das Weglassen der Inkontinenzeinlagen] mehr Lebensqualität, und gleichzeitig werden Kosten eingespart.“
Effizienz	effizien	„Um die entstehenden Kosten in der Patientenversorgung nicht unnötig in die Höhe zu treiben, sollten die Behandlungen im Sinne der betriebswirtschaftlichen Effizienz mit überlegtem und geplantem Ressourcenverbrauch erfolgen.“
Kunde	kunde	„Patienten müssen nicht ‚bemuttert‘ werden; sie sind viel eher als ‚Kunden‘ zu verstehen.“
Unternehmen	unternehmen, unternehmer	„Einige zeigen heute schon den Weg in die Zukunft auf, in dem sie sich für eine umfassende interne und externe Dienstleistung auf Managementebene öffnen und damit aus der Pflege heraus einen Mehrwert für das Unternehmen ‚Krankenhaus‘ sichtbar machen.“
Wirtschaftlichkeit	wirtschaftlich ökonomis	„Die Vernetzung von individuellem und wirtschaftlichem Handeln müßte uns [Pflegekräften] mehr bewußt werden [...].“ „Jeder am Behandlungsprozess beteiligte Mitarbeiter sollte einen ‚Blick für das Ganze‘ entwickeln, d. h. die Patientenversorgung in ihrer Ganzheit betrachten und dabei bewusst und ökonomisch handeln.“

Literatur

- Albert, S., & Whetten, D. (1985). Organizational identity. In L. L. Cummings & B. M. Staw (Hrsg.), *Research in organizational behavior* (S. 263–295). Greenwich: JAI Press.
- Baartmans, S. (2003). Plädoyer für die Pflegeökonomie. *Managed Care*, 7(6), 8–9.
- Bauer, U. (2007). Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, 44, 98–119.
- Becker, K. (2014). Von Florence Nightingale zu Adam Smith? Wenn PatientInnen zu KundInnen und Gesundheitsdienstleistungen zu Waren werden. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik*, 15, 33–52.
- Becker, K. (2016). Loyale Beschäftigte – ein Auslaufmodell? Zum Wandel von Beschäftigtenorientierungen in der stationären Pflege unter marktzentrierten Arbeitsbedingungen. *Pflege & Gesellschaft*, 21(2), 145–161.
- Bischoff, C. (1997). *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Böhm, T. (2009). Rationalisierungsstrategien in öffentlichen Krankenhäusern und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Versorgung. In N. Böhlke, T. Gerlinger, K. Mosebach, R. Schmucker & T. Schulten (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Gegenstrategien aus gewerkschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Perspektive* (S. 167–181). Hamburg: VSA.
- Bollinger, H. (2005). Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In H. Bollinger, A. Gerlach & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen* (S. 13–30). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Bollinger, H., Gerlach, A., & Grewe, A. (2006). Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit. In J. Pundt (Hrsg.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven* (S. 76–92). Bern: Huber.
- Bolton, S. C. (2004). A simple matter of control? NHS hospital nurses and new management. *Journal of Management Studies*, 41, 317–333.
- Bolton, S. C. (2005). *Emotion management in the workplace*. Houndsmill: Palgrave MacMillan.
- Bourdieu, S. (1998). *Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstandes gegen die neoliberale Invasion*. Konstanz: UVK.
- Braun, B., Buhr, P., & Müller, R. (2008). *Pflegearbeit im Krankenhaus: Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten*. St. Augustin: Asgard.
- Braun, B., Klink, S., & Müller, R. (2010). Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. *Pflege & Gesellschaft*, 15(1), 5–77.
- Brucks, U. (1999). Gefühlsarbeit – Versuch einer Begriffsklärung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 53(3), 182–186.
- Chreim, S., Williams, B. E., & Hinings, C. R. (2007). Inter-level influences on the reconstruction of professional role identity. *Academy of Management Journal*, 50, 1515–1539.
- Demzky von der Hagen, A., & Voß, G. G. (2010). Beruf und Profession. In F. Böhle, G. G. Voß & G. Wachtler (Hrsg.), *Handbuch Arbeitssoziologie* (S. 751–803). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dingwall, R., & Allen, D. (2001). The implications of healthcare reforms for the profession of nursing. *Nursing Inquiry*, 8(2), 64–74.
- Dörre, K., Goes, T., Schmalz, S., & Thiel, M. (2016). *Streikrepublik Deutschland? Die Erneuerung der Gewerkschaften in Ost und West*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Dunn, M. B., & Jones, C. (2010). Institutional logics and institutional pluralism: The contestation of care and science logics in medical education, 1967–2005. *Administrative Science Quarterly*, 55(1), 114–149.
- v. Fellenberg, T. (2013). *Liliane Juchli – Ein Leben für die Pflege*. Stuttgart: Thieme.
- Friesacher, H. (2009). Ethik und Ökonomie. Zur kritisch normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung. *Pflege & Gesellschaft*, 14(1), 5–23.
- Früh, W. (2011). *Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis*. Konstanz: UVK.
- Gerlinger, T., & Mosebach, K. (2009). Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In N. Böhlke, T. Gerlinger, K. Mosebach, R. Schmucker & T. Schulten (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Gegenstrategien aus gewerkschaftlicher und zivilgesellschaftlicher Perspektive* (S. 10–40). Hamburg: VSA.
- Goodrick, E., & Reay, T. (2010). Florence Nightingale endures: Legitimizing a new professional role identity. *Journal of Management Studies*, 47, 55–84.

- Corwin, R. G. (1972). Krankenschwestern im Rollenkonflikt. In T. Luckmann & W. M. Sprondel (Hrsg.), *Berufssoziologie* (S. 91–105). Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Grandey, A. A., Diefendorff, J. M., & Rupp, D. E. (Hrsg.). (2013). *Emotional labor in the 21st century. Diverse perspectives on emotion regulation at work*. New York: Routledge.
- Hanlon, G. (1998). Professionalism as enterprise: Service class politics and the redefinition of professionalism. *Sociology*, 32, 43–63.
- Held, J., Bibouche, S., Billmann, L., Holbein, M., Kempf, M., & Kröll, T. (2011). *Was bewegt junge Menschen? Lebensführung und solidarisches Handeln junger Beschäftigter im Dienstleistungsbereich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hochschild, A. (2006). *Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Hülken-Giesler, M. (2010). Modernisierungsparadoxien der beruflichen Pflege im 21. Jahrhundert. In S. Kreutzer (Hrsg.), *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert* (S. 155–174). Göttingen: V&R unipress.
- Johnson, M., Cowin, L., Wilson, I., & Young, H. (2012). Professional identity and nursing: Contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59, 562–569.
- Juchli, L. (1993). *Ganzheitliche Pflege. Vision oder Wirklichkeit*. Basel: RECOM.
- Kälble, K. (2005). Die „Pflege“ auf dem Weg zur Profession? Neuere Entwicklungen der Pflegeberufe vor dem Hintergrund des Wandels und der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In J. Eurich (Hrsg.), *Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte* (S. 215–245). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kessler, S., & Knobel, S. (2009). Sr. Liliane Juchli und ihr ganzheitliches Pflegeverständnis. Entstehung eines revolutionären Pflegemodells. *Lebensqualität. Die Zeitschrift für Kinaesthetics*, 4, 4–9.
- Kirpal, S. (2004). Work identities of nurses: between caring and efficiency demands. *Career Development International*, 9, 274–304.
- Koff, S. Z. (2004). *Nurse educators and politics*. Albany: State University of New York Press.
- KrPflA-PrV (2003). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflA-PrV). http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflapr_v_2004/gesamt.pdf. Zugegriffen: Mai 2015.
- Kühn, H. (2004). Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In G. Elsner, T. Gerlinger & K. Stegmüller (Hrsg.), *Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus* (S. 25–41). Hamburg: VSA.
- Kühn, H. (2007). Der Ethikbetrieb in der Medizin: Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, 44, 64–96.
- Kutlu, Y. (2015). Kampf um Anerkennung. Die Sozial- und Erziehungsdienste im Streik. *Z. Zeitschrift Marxistische Erneuerung*, (103), 126–140.
- Langer, A. (2005). Professionsethik oder Professionsökonomik? Thesen zur Organisation professioneller Dienstleistungen zwischen ökonomischen Instrumenten und weichen Institutionen. In J. Eurich (Hrsg.), *Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte* (S. 187–211). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Marrs, K. (2007). Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf? *WSI Mitteilungen*, 60, 502–507.
- Marx, K. (1962). *Das Kapital. Zur Kritik der politischen Ökonomie*. Bd. 1. Berlin: Dietz.
- Mayring, S. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Neckel, S. (2005). Emotion by design. Das Selbstmanagement der Gefühle als kulturelles Programm. *Berliner Journal für Soziologie*, 15, 419–430.
- Nock, L., Hielscher, V., & Kirchen-Peters, S. (2013). *Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_296.pdf. Zugegriffen: Okt. 2016.
- Overlander, G. (1994). *Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Price, S. L. (2009). Becoming a nurse: A meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 11–19.
- Remmers, H. (2010). Transformationen pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze. In S. Kreutzer (Hrsg.), *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert* (S. 33–64). Göttingen: V&R unipress.
- Safadi, R., Saleh, M. Y. N., Nassar, O., Amre, H., & Froelicher, E. (2011). Nursing students' perceptions of nursing: A descriptive study of four cohorts. *International Nursing Review*, 58, 420–427.
- Schmidbauer, M. (2002). Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. *Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000*. Königstein: Ulrike Helmer Verlag.

- Scott, S. D. (2008). „New professionalism“ – Shifting relationships between nursing education and nursing practice. *Nurse Education Today*, 28, 240–245.
- Senghaas-Knobloch, E. (2008). Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. *Berliner Journal für Soziologie*, 18, 221–243.
- Senghaas-Knobloch, E., & Kumbrock, C. (2006). *Das Ethos fürsorglicher Praxis im Wandel. Befunde einer empirischen Studie*. artec-paper Nr. 137. Bremen: Universität Bremen.
- Simon, M. (2008). *Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets. Eine kritische Bestandsaufnahme*. Berlin: ver.di. http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2008__Sechzehn_Jahre_Budgetdeckelung__verdi-Studie_.pdf. Zugegriffen: Okt. 2016.
- Simon, M. (2013). *Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern: Huber.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1980). Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32, 629–651.
- Vester, M., & Teiwes-Kügler, C. (2013). Arbeitnehmer/innen in der Krise: zunehmende Kompetenzen – wachsende Unsicherheit. In L. Billmann & J. Held (Hrsg.), *Solidarität in der Krise. Gesellschaftliche, soziale und individuelle Voraussetzungen solidarischer Praxis* (S. 53–77). Wiesbaden: Springer VS.
- Waerness, K. (2000). Fürsorgerationalität. Zur Karriere eines Begriffes. *Feministische Studien extra*, 18(1), 54–66.
- Wolf, L. (2013). „Patienten wegstreiken“ – Arbeitskämpfe an der Charité. *Luxemburg*, (1), 12–17.
- Zender, S. (2014). *Streiken bis das Patriarchat kommt. Der Arbeitskampf der Pflegekräfte an der Berliner Charité*. Berlin: Rosa-Luxemburg-Stiftung.

Verwendete Auflagen des Lehrbuchs *Thiemes Pflege*

- Juchli, L. (1973). *Allgemeine und spezielle Krankenpflege. Ein Lehr- und Lernbuch* (1. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Juchli, L. (1976). *Allgemeine und spezielle Krankenpflege. Ein Lehr- und Lernbuch* (2. Aufl., überarbeitet und erweitert). Stuttgart: Thieme.
- Juchli, L. (1979). *Allgemeine und spezielle Krankenpflege. Ein Lehr- und Lernbuch* (3. Aufl., überarbeitet und erweitert). Stuttgart: Thieme.
- Juchli, L. (1983). *Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker* (4. Aufl., überarbeitet und erweitert). Stuttgart, New York: Thieme.
- Juchli, L. (1987). *Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker* (5. Aufl., überarbeitet und erweitert). Stuttgart, New York: Thieme.
- Juchli, L. (1991). *Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker* (6. Aufl., überarbeitet und erweitert). Stuttgart, New York: Thieme.
- Juchli, L. (1994). *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege* (7. Aufl., neu bearbeitet). Stuttgart, New York: Thieme.
- Juchli, L. (1997). *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheitspflege* (8. Aufl., überarbeitet). Stuttgart, New York: Thieme.
- Kellnhäuser, E., Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Geißner, U., Gümmer, M., & Ullrich, L. (Hrsg.). (2000). *Thiemes Pflege. entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Begründet von L. Juchli* (9. Aufl., völlig neu bearbeitet). Stuttgart, New York: Thieme.
- Kellnhäuser, E., Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Geißner, U., Gümmer, M., & Ullrich, L. (Hrsg.). (2004). *Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Begründet von Liliane Juchli* (10. Aufl., völlig neu bearbeitet). Stuttgart, New York: Thieme.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (Hrsg.). (2009). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegen-de in Ausbildung* (11. Aufl., vollständig überarbeitet und erweitert). Stuttgart, New York: Thieme.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (Hrsg.). (2012). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegen-de in Ausbildung* (12. Aufl., vollständig überarbeitet und erweitert). Stuttgart, New York: Thieme.

Karina Becker geb. 1976, Dr., wissenschaftliche Geschäftsführerin des DFG-Kollechs „Postwachstums-gesellschaften“ an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Forschungsschwerpunkte: Gesundheit und Markt, Care-Arbeit, „emotional labour“ und Prekarisierung. Aktuelle Veröffentlichung: Entgrenzte Organisationen – begrenzte Beschäftigtengesundheit? Arbeitspolitische Aushandlungen um Grenzverschiebungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz, in: Industrielle Beziehungen, 2016.

Sarah Lenz geb. 1984, Mag., wissenschaftliche Mitarbeiterin des DFG-Projektes „Ungleichheitsdeutungen und Gerechtigkeitsorientierungen in Deutschland“ an der Goethe-Universität Frankfurt a.M. Forschungsschwerpunkte: Wirtschafts- und Finanzsoziologie, soziale Ungleichheit und Arbeitssoziologie. Aktuelle Veröffentlichung: Normativer Wandel im Bankenwesen? Eine Analyse kritischer Distanzierung „ethischer Banker“, in: K. H. Backhaus und D. Roth-Isigkeit (Hrsg.), *Praktiken der Kritik*, 2016.

Marcel Thiel geb. 1986, Dipl.-Psych., Doktorand am Lehrstuhl für Arbeits-, Industrie- und Wirtschaftssoziologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Forschungsschwerpunkte: Arbeitssoziologie, Industrielle Beziehungen, Gewerkschaftliche Erneuerung. Aktuelle Veröffentlichung: (mit K. Dörre, T. Goes und S. Schmalz) *Streikrepublik Deutschland? Die Erneuerung der Gewerkschaften in Ost und West*, 2016.