

ROBIN MOHAN UND LENA REICHARDT

»AN DER BASIS SPÜRT MAN'S NICHT«

Organisierte Krankenpflege zwischen Aufwertungspolitik und
Abwertungserfahrungen

IFS

IFS WORKING PAPER #19 | JUNI 2023

herausgegeben vom Institut für Sozialforschung
Frankfurt am Main

www.ifs.uni-frankfurt.de

ISSN 2197-7070

IFS WORKING PAPERS

In den IfS Working Papers erscheinen Aufsätze, Vorträge, Diskussionspapiere, Forschungsberichte und andere Beiträge aus dem Institut für Sozialforschung an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Redaktion: Kai Dröge | Saskia Gränitz | Alexander Kern |
Hermann Kocyba | Felix Roßmeißl | Anna Steenblock | Stephan Voswinkel

Copyright: Das Copyright sowie die inhaltliche Verantwortung
liegen bei den Autor:innen.

ISSN: 2197–7070

Zitiervorschlag: Mohan, Robin und Lena Reichardt 2023: »An der Basis spürt man's nicht«. Organisierte Krankenpflege zwischen Aufwertungspolitik und Abwertungserfahrungen. IfS Working Paper Nr. 19. Frankfurt a. M.: Institut für Sozialforschung. [URL].

Bezug: Alle Beiträge der IfS Working Papers sind kostenfrei online verfügbar unter: <https://www.ifs.uni-frankfurt.de/publikationen.html>

IfS Institut für Sozialforschung

an der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Senckenberganlage 26, 60325 Frankfurt am Main

Robin Mohan und Lena Reichardt

»An der Basis spürt man's nicht«

Organisierte Krankenpflege zwischen Aufwertungspolitik und
Abwertungserfahrungen

IfS Working Paper #19

Abstract

Beim folgenden Text handelt es sich um einen Zwischenbericht aus dem laufenden DFG-Projekt »Krankenhauspflege im gesellschaftlichen Wandel. Organisationale Dynamiken der Auf- und Abwertung einer Care-Arbeit«, das am Institut für Sozialforschung (IfS) angesiedelt ist und seit Dezember 2021 bearbeitet wird. Er basiert auf einem Vortrag am 13. Dezember 2022, der im Rahmen der Reihe *Kritische Soziologie* des IfS und des Instituts für Soziologie am Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt gehalten wurde. Ausgehend von der These, dass sich in jüngerer Zeit insbesondere politische Versuche zur Aufwertung der Krankenhauspflege beobachten lassen, widmen wir uns der Frage, warum sich im Kontrast zu dieser Tendenz auf Seiten der Pflegekräfte weiterhin Erfahrungen der Abwertung reproduzieren. Hierzu schließen wir zum einen an feministische Theorien der strukturellen Abwertung von Sorge-Arbeit im Kapitalismus an, erweitern diese aber durch einen organisationssoziologischen Fokus. Ausgehend von der Annahme, dass die Ebene der Organisation eine zentrale Vermittlungsebene zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und den Arbeitserfahrungen der Pflegekräfte darstellt, untersuchen wir empirisch, welche organisationalen Mechanismen die Reproduktion von Abwertungserfahrungen erklären können. Nach einer konzeptionellen Differenzierung von verschiedenen Dimensionen der Auf- und Abwertung von Pflege sowie der Skizze unseres theoretischen (Vor-)Verständnisses von Organisation und Ab- bzw. Aufwertungserfahrungen zeigen wir an einem Fallbeispiel, dass betriebliche Herrschaft als ein zentraler organisationaler Mechanismus verstanden werden kann, an dem sich organisationsexterne Aufwertungstendenzen brechen. Abschließend wird ein Ausblick auf offene Fragen und die weitere Forschungsperspektive gegeben.

Autor:innen

Robin Mohan, Dr.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialforschung, Frankfurt a. M.

Lena Reichardt, M.A.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung, Frankfurt a. M.

Inhalt

1	Einleitung	3
2	»Mit dem Geklatsche und sonst was, das hat nichts gebracht« – Ausgangsthesen und -beobachtungen.....	5
2.1	Aufwertungstendenzen im Feld der Krankenhauspflege	5
2.2	Erschöpfung und Resignation.....	7
3	Theorien struktureller Abwertung von Sorgearbeit.....	10
4	Konzeptionelle Rahmung	15
4.1	Dimensionen der Auf- und Abwertung	15
4.1.1	Ökonomische Dimension	15
4.1.2	Politische Dimension.....	18
4.1.3	Symbolisch-kulturelle Dimension.....	19
4.1.4	Verhältnis der Dimensionen zueinander	21
4.2	Das Krankenhaus als (Arbeits-)Organisation.....	22
4.3	Abwertungserfahrungen als Anspruchsverletzungen.....	24
5	Finanzierung, betriebliche Herrschaft und Abwertungserfahrungen – Einsichten aus einer Fallstudie	24
5.1	Radikaler Strategiewechsel (Geschäftsführer)	25
5.2	Die Kröte schlucken (Pflegedirektor).....	28
5.3	Es kommt so oder so (Pflege an der Basis)	30
5.4	Zwischenfazit: Betriebliche Herrschaft als Mechanismus der Abwertung	35
6	Fazit und Ausblick.....	37
7	Literatur	39

1 Einleitung

In den ersten zwei Jahren der Pandemie wurde den Krankenhäusern große mediale Aufmerksamkeit zuteil.¹ Im dritten Jahr hingegen nahm die Aufmerksamkeit für das Thema der überlasteten Gesundheitsarbeiter:innen stark ab. Als im Sommer 2022 der längste Streik in der Geschichte des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens stattfand und an den Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen die nicht-ärztlichen Beschäftigten für 79 Tage in den Ausstand traten (vgl. Baureithel 2022), berichteten die Massenmedien stattdessen über fehlendes Flughafenpersonal und lange Passagierschlangen, während der Arbeitskampf an den Universitätskliniken als journalistische Randnotiz erschien.² Vom lauten Klatschen zum beredten Schweigen war der Weg nicht weit. Die mediale Ignoranz wurde auch von den Streikenden in NRW vielfach selbst thematisiert. Damit artikulierten sie eine verallgemeinerungsfähige Diskrepanzerfahrung: Das Feld der Krankenhauspflege ist in den letzten Jahren geprägt von einer Dynamik (mehr oder weniger) gleichzeitiger Auf- und Abwertungstendenzen.³

Lenkt man den Blick von den Massenmedien in die gesundheitspolitische Arena, nimmt man bereits vor der Pandemie rege Bemühungen wahr, die sich als politischer Versuch der Aufwertung der Pflege interpretieren lassen. Entscheidende politische Akteure fühlten sich genötigt einzusehen, dass die Ökonomisierungspolitik der vorangegangenen Dekaden derart negative Auswirkungen hatte, dass man ihnen entgegenarbeiten musste. Spätestens seit dem Wahlkampf 2017 steht der sogenannte »Pflegetotstand« ganz oben auf der (gesundheits-)politischen Agenda. Diese Aufwertungstendenz lässt sich an einer ganzen Reihe von Gesetzen und politischen Initiativen der letzten Jahre ablesen. Hierzu zählen die *Pflegestärkungsgesetze 1–3* (bereits ab 2015), die *Konzertierte Aktion Pflege* (2018), das (2014 geschaffene und 2018 besetzte) Amt des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, das *Pflegepersonal-Stärkungsgesetz* (in Kraft seit 2019), das *Pflegeberufegesetz* (in Kraft seit 2020) und zuletzt das im November 2022 beschlossene *Krankenhauspflegeentlastungsgesetz*.

Die zentrale Ausgangsannahme des Forschungsprojekts besteht nun darin, dass das Pandemiegeschehen und die skizzierten krankenhauspolitischen Entwicklungen sich nicht unmittelbar in der Erfahrungswelt der Pflegekräfte niederschlagen, vielmehr stellt das Krankenhaus als spezifische Form der (Arbeits-)Organisation eine zentrale Vermittlungsebene dar. Vor diesem Hintergrund steht im Forschungsprojekt die folgende doppelte Forschungsfrage im Mittelpunkt: Wie rekonfigurieren *erstens* die gesetzlichen

¹ Wir bedanken uns für die solidarische und kooperative Wissenschaftsorganisation, für die Einladung von Stephan Lessenich und Susanne Martin in die Vortragsreihe *Kritische Soziologie*, für die redaktionelle Betreuung und das Lektorieren dieses Papers sowie insbesondere für die konstruktiven Anmerkungen von Stephan Voswinkel als auch für die hilfreichen Hinweise von Saskia Gränitz, Alexander Kern, Stefanie Hürtgen, Felix Roßmeißl und Minna-Kristiina Ruokonen-Engler.

² Der Vergleich zur Flugbranche wird hier deshalb gewählt, da er von den Pflegekräften, die wir im Sommer 2022 interviewt haben, selbst gezogen wurde.

³ Siehe den Dokumentarfilm *Höchstens vier Wochen* von Jonas Alter: <de.labournet.tv/hoechstens-vier-wochen>.

Neureglungen und die Corona-Pandemie die Einbindung der Pflege in die organisationalen Arrangements des Krankenhauses und welche Auswirkungen hat *zweitens* diese Rekonfiguration darauf, dass sich auf Seiten der Pflegekräfte Erfahrungen der Aufbeziehungsweise Abwertung einstellen? Übergeordnetes Ziel des Projekts ist es, organisationale Mechanismen zu bestimmen, die zu erklären helfen, wie sich Erfahrungen der Abwertung, aber auch der Aufwertung konstituieren. Hierzu werden im Rahmen des Projekts insgesamt drei qualitativ-explorative (Betriebs-)Fallstudien in Krankenhäusern verschiedener Trägerschaft und Größe durchgeführt. Mit einer Kombination aus problemzentrierten Interviews, Beobachtungen in Besprechungen auf Leitungsebene sowie der Analyse von Dokumenten soll das konflikthafte Zusammenspiel des Krankenhausmanagements, des (Pflege-)Controllings und der Pflege an der Basis empirisch erschlossen werden. Die dokumentarische Methode dient dabei als primäre Auswertungsmethode, an die sich eine theoriegeleitete Interpretation anschließt.

In diesem *Working Paper* werden erste Überlegungen aus diesem Projektzusammenhang vorgestellt, welche die organisationale Dynamik der Auf- und Abwertung von Krankenhauspflege in der Vermittlung von theoretischem Zugang und empirischer Rekonstruktion erschließen sollen. Im ersten Schritt (Kapitel 2) werden die Ausgangsbeobachtungen und -thesen – insbesondere die keineswegs geläufige These der Aufwertung der Krankenhauspflege – erläutert, welche die Fragestellung und den darin enthaltenen Organisationsfokus begründen. Dass trotz der Aufwertungstendenzen weiterhin Abwertungsprozesse festzustellen sind, lässt sich – in makroanalytischer Perspektive – mit Hilfe einschlägiger feministischer Theorien der strukturellen Abwertung von Sorgearbeit im Kapitalismus erklären, die im zweiten Schritt skizziert werden (Kapitel 3). Dabei zeigen sich jedoch auch die Desiderate dieses Theorie-Programms, die es zu schließen gilt, wenn konkrete Ab- und auch Aufwertungsprozesse wie jene im Feld der Krankenhauspflege untersucht werden. Zum einen bedarf es einer konzeptionellen Ausarbeitung verschiedener Dimensionen der Auf- und Abwertung (Kapitel 4), zum anderen – gerade in Hinblick auf Pflege in Krankenhäusern – einer organisationsbezogenen Perspektiverweiterung. Wie letztere auf der Grundlage einer empirischen Rekonstruktion organisationaler Restrukturierungsprozesse aussehen könnte, wird im vierten Schritt anhand eines konkreten Restrukturierungsprozesses im ersten untersuchten Krankenhaus aufgezeigt (Kapitel 5). Dieses empirische Fallbeispiel fängt allerdings keineswegs alle Diskussionsstränge wieder ein, die zuvor in theoretisch-konzeptioneller Hinsicht aufgemacht wurden. Im vorliegenden Paper geht es zunächst lediglich darum, erste Schritte in der Vermittlung von Theorie und Empirie zu erproben. Wie sich der weitere Fortgang gestaltet, wird im abschließenden Fazit und Ausblick (Kapitel 6) angedeutet.

2 »Mit dem Geklatsche und sonst was, das hat nichts gebracht« – Ausgangsthesen und -beobachtungen

2.1 Aufwertungstendenzen im Feld der Krankenhauspflege

Logische Voraussetzung der Diagnose von Aufwertungstendenzen im Feld der Krankenhauspflege ist die Annahme, dass sich eben diese bisher in einer abgewerteten Position befunden hat. Der deutsche Krankenhaussektor ist seit mehreren Jahrzehnten durch einen Prozess der Ökonomisierung gekennzeichnet (vgl. ausführlich Mohan 2018a), der sich als konkrete Ausdrucksgestalt der strukturellen Abwertung von Care-Arbeiten im Kapitalismus interpretieren lässt (siehe unten). Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 wurde zunächst das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip eingeführt, dem zufolge die Krankenkassen den Krankenhäusern die nachgewiesenen Betriebskosten, die im Zuge der Patientenversorgung entstanden sind, erstatteten. Dieses Prinzip geriet bereits kurze Zeit später wieder in die Kritik. Vor dem Hintergrund der Öl- und Wirtschaftskrise der 1970er Jahre, die zu einem Absinken der Einnahmen der Krankenversicherungen sowie zu einem Anstieg der Staatsausgaben und -schulden führte, entwickelte sich ein Diskurs über die »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen. Dieser als Drohszenario lancierten Kostenexplosion begegnete man mit einer Politik der Kostendämpfung. Ihr Ziel war es nicht, wie in der vorangegangenen Phase der Krankenhauspolitik, bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen aufzubauen, sondern durch Budgetierung und Budgetdeckelung die Beitragssätze zur Krankenversicherung stabil zu halten. Ab den 1990er Jahren wurde diese Politik ergänzt durch verstärkte Versuche, Wettbewerbsstrukturen einzuführen, welche die Krankenhäuser veranlassen sollten, wirtschaftlich zu handeln – getreu dem Motto: Effizienz durch Wettbewerb. Ein solcher Wettbewerb wurde dann in den 2000er Jahren durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein umfassendes Fallpauschalen-System (DRG-System) etabliert. Die Krankenhäuser erhalten seitdem pro Fallbehandlung eine nach *Diagnosis Related Groups* (kurz: DRG) differenzierte Pauschale, welche die Durchschnittskosten der Behandlung abdecken soll. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser zueinander in einen Kostenwettbewerb gesetzt werden: Wer die Kosten einer Fallbehandlung unterhalb der Durchschnittskosten halten kann, erzielt Gewinne, wer mit den Kosten darüber liegt, Verluste. Dieses System hat nicht nur zu einer neuen und auch auf größere Häuser übergreifenden Privatisierungswelle geführt, da die Krankenhäuser nun in größerem Maßstab Gewinne machen können und damit als Investitionsobjekte interessanter werden. Es hatte auch massive Konsequenzen für das nicht-ärztliche Personal. Beim klinischen Hauspersonal, im Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie im Pflegedienst wurden Stellen abgebaut (Simon 2014: 166 ff.), denn während mit medizinischen Diagnosen Einnahmen generiert werden können, erscheint das nichtärztliche Personal in diesem »medizinfixierten« Abrechnungssystem lediglich als Kostenfaktor. Das heißt für die Pflege: Der Ökonomisierungsprozess trug maßgeb-

lich zur Reproduktion des relativ geringen Lohnniveaus, zur Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und damit zum aktuellen Personalmangel bei.

Die jüngste Krankenhauspolitik stellt nun in manchen Hinsichten einen Bruch mit der Ökonomisierungspolitik der letzten Jahrzehnte dar, der sich entsprechend als Aufwertungstendenz interpretieren lässt. Er zeichnet sich am deutlichsten im Pflegepersonalstärkungsgesetz von 2018 ab.⁴ Mit ihm wurden zum einen die Pflegepersonaluntergrenzen und zum anderen die Pflegebudgets eingeführt.

Die *Pflegepersonaluntergrenzen* gelten seit dem 1. Januar 2019 und wurden zunächst für vier sogenannte »pflegesensitive Bereiche« eingeführt, gelten inzwischen aber für fast alle Bereiche. Sie legen fest, wie viele Patient:innen von einer Pflegekraft in einer Tag- oder Nachtschicht maximal betreut werden dürfen und welcher Anteil von Pflegehilfskräften übernommen werden kann. Werden die Untergrenzen im Monatsdurchschnitt nicht eingehalten, drohen den Krankenhäusern Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen. Über weite Strecken der Pandemie wurde die Untergrenzenverordnung jedoch ausgesetzt. Unabhängig von der Frage, wie sinnvoll und handwerklich geschickt diese Regelung im Einzelnen ist,⁵ kann sie als politisches, auf die Pflege bezogenes Eingeständnis dessen interpretiert werden, was Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Zusammenhang mit den Lieferengpässen von Arzneimitteln im Winter 2022 öffentlich eingestanden hat: »Wir haben es mit der Ökonomie zu weit getrieben«.

Mit der Einführung der *Pflegebudgets* im Jahr 2020 wurden die Kosten der Krankenhäuser für ihr Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen aus den DRGs ausgegliedert. Etwa 20 Prozent des Finanzvolumens, das bisher über die DRG-Abrechnungen an die Krankenhäuser floss, wird nun über die Pflegebudgets abgedeckt, die krankenhaushausindividuell festgelegt werden. Das Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen wird damit nun wieder nach dem Selbstkostendeckungsprinzip refinanziert: Die Personalkosten, die in dieser Kategorie anfallen, werden – früher oder später – von den Krankenkassen erstattet, so dass mit diesem Personal weder Gewinne noch Verluste zu erzielen sind. Hier wurde also eben jenes Prinzip wieder eingeführt, dessen Kritik den Beginn der Ökonomisierung markiert.⁶ Theoretisch könnten die Krankenhäuser ihre Stellenplä-

⁴ Deutlich wird der Bruch zumindest auf diskursiver Ebene auch aktuell im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Krankenhauspflegentlastungsgesetzes im November 2022 und der Diskussion über eine Strukturreform im Krankenhaussektor. In diesem Zusammenhang kündigte Bundesgesundheitsminister Lauterbach eine »dramatische Entökonomisierung« an, vgl. <<https://www.n-tv.de/politik/Brauchen-eine-Revolution-im-Gesundheitswesen-article23702452.html>>. Sachlich wird in den aktuellen Beschlüssen und Plänen jedoch am Ansatz finanzieller Steuerung festgehalten (vgl. Böhm und Rakowitz 2023).

⁵ Bereits bei der Zerteilung in Tag- und Nachtschicht fangen handwerkliche Probleme der Regelung an, denn in praxi ist das Schichtsystem der Krankenhäuser dreigliedrig, so dass die für das Drei-Schicht-System vereinbarten Dienstpläne in das Zwei-Schicht-System übersetzt werden müssen, was einige Spielräume bei der formellen Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) eröffnet.

⁶ Die AOK moniert entsprechend in einer Stellungnahme: »Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird für einen ca. 20 Mrd. schweren Kostenblock der Krankenhausvergütung außer Kraft gesetzt.« (AOK Bundesverband 2022)

ne für die Pflege auf bettenführenden Stationen nun aufstocken und kostenneutral die Stellen besetzen.

Über diese krankenhauspolitischen Entwicklungen hinaus wurden zu Beginn der Pandemie Tätigkeiten im Gesundheitswesen und insbesondere in der Pflege symbolisch-diskursiv über das viel bemühte Schlagwort der ›Systemrelevanz‹ aufgewertet. Nicht mehr bestimmte Organisationen des Kapitals – wie noch zu Zeiten der Finanzkrise 2007 ff. – sondern bestimmte Kategorien von Arbeiten galten plötzlich aufgrund ihrer Gebrauchswerteigenschaften als ›systemrelevant‹. Auch die Pflegekräfte wurden für kurze Zeit als »Held:innen des Alltags« (Mayer-Ahuja und Nachtwey 2021: 15) gefeiert und beklatscht. Der Antrag zum Forschungsprojekt wurde in genau dieser Phase verfasst, in der noch offen war, welche Konsequenzen der Diskurs um Systemrelevanz fortan zeitigen könnte. Schließlich war dieser an sich schon ambivalent, wird von Held:innen doch erwartet, sich unentgeltlich aufzuopfern (vgl. Reiber, Fischer und Lämmel 2021). Inzwischen ist klar, dass der Diskurs weitgehend konsequenzlos verpufft ist – was auch von den Pflegekräften in den Krankenhäusern so erlebt wird und die Erfahrungen der Pflegekräfte in ihrer Arbeitswelt in den Blick rückt, die in deutlichem Kontrast zu den dargestellten Aufwertungstendenzen stehen.

2.2 Erschöpfung und Resignation

Personalmangel, Arbeitsverdichtung, Überlastung, ständiges Einspringen aus dem Frei, nicht so pflegen zu können, wie man es gelernt hat – das sind Erfahrungen, die weiterhin den Arbeitsalltag in der Krankenhauspflege prägen. Das Gefühl, man sei aufgewertet worden, stellt sich da kaum ein. Viel eher kommt es zur Enttäuschung über die bundespolitischen Entscheidungen und Vorgaben. Sie seien vielleicht gut gemeint, aber nicht gut gemacht – im Arbeitsalltag im besten Falle wirkungslos, im schlimmsten Falle führen sie zu weiteren Belastungen. Nach der Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen gefragt, erläutert die Betriebsrätin des von uns untersuchten Krankenhauses: »Da ist es wie mit allem. Der Gesetzgeber hat grundsätzlich gute Gedanken, aber er formuliert sie nicht aus und er gibt nicht genug an die Hand.« (BR) Der »Arbeitgeber« mache nun vermehrt Gebrauch von seinem Recht, Mitarbeiter:innen tageweise auf andere Stationen abzuordnen, um die Untergrenzen einzuhalten, was bei diesen für Unmut Sorge.

Spitzt man unsere, aber auch die Befunde anderer Studien zu, lassen sich wesentliche Momente der aktuellen Erfahrungswelt der Pflegekräfte mit zwei Begriffen zusammenfassen, die von der stellvertretenden Pflegedirektorin desselben Krankenhauses verwendet wurden: *Erschöpfung*⁷ und *Resignation*.

⁷ Der Erschöpfungsaspekt wurde im Krankenhaus Barometer (Deutsches Krankenhausinstitut 2021: 37) auch quantitativ erschlossen: »Bei 60 Prozent der Kliniken sind der Renteneintritt sowie eine allgemeine Erschöpfung der Pflegenden durch Überbelastung, z. B. durch Arbeitsverdichtung oder unzureichende Personalausstattung, die Hauptgründe (sehr oft und oft) für eine mögliche zukünftige Stellenverschlechterung.«

»Also es geht um körperlich-psychische- also physisch und psychisch sind Menschen erschöpft, also sind Mitarbeiter erschöpft. Und die benennen das auch so.« (stellv. PD)⁸

»Bei den Mitarbeitern ist einfach so ne Erschöpfung in Form von: Es wird- Resignation tritt da ein, ja, weil es verändert sich sowieso nichts und das Geld, was dann da vielleicht an Bonus irgendwie kommt das verpufft, ja.« (ebd.)

»Also ich würde bilanzieren, es ist wirklich Erschöpfung, Resignation nen Stück drin und wenn sich Resignation breit macht, das ist halt einfach gefährlich.« (ebd.)

Und auch die Betriebsratsvorsitzende antwortet auf die Frage, wie sie nach über zwei Jahren Pandemie die Stimmung in der Belegschaft einschätzen würde:

»Die sind erschöpft. Die sind frustriert. Die- [sind] hoffnungslos teilweise. Es überlegen immer mehr zu gehen. Es sind schon viele gegangen. Fluktuationsrate steigt. Also insgesamt, fühlen sich nicht wertgeschätzt. Das Untereinander ist schlechter geworden, das Miteinander. Wesentlich.« (BR)

Die angesprochenen Aufwertungstendenzen haben allerdings – gerade auch in ihrem symbolischen Gehalt – die Erwartungen an Verbesserungen der Arbeitsbedingungen zumindest kurzfristig vor und zu Beginn der Pandemie hochgeschraubt, so dass die Enttäuschung darüber, dass sich nichts zum Besseren geändert hat, nun umso größer ist. Ein stellvertretender Stationsleiter einer geriatrischen Station formuliert das in Bezug auf die »Coronazeit« so:

»Das, was in der Coronazeit war, das war in der Coronazeit und dann gibt's, ist das rumgewesen das Thema in den Medien und dann war das Thema auch vom Tisch hier. Jetzt kriegt man nur noch mit was für Schulden gemacht worden sind. Wie die Gaskosten jetzt gestiegen sind und wie viel Millionen wir eigentlich jetzt noch nachzahlen müssen und solche Sachen. Das, was von Medienseite und mit dem Geklatsche und sonst was, das hat nichts gebracht. Davon hab ich hier, ne, das ist eigentlich nur negativ geworden alles leider.« (stellv. SL Geriatrie)

Zur fortgesetzten Dauerbelastung kommt noch hinzu, dass die Pflegekräfte auch zukünftig keine wesentlichen Verbesserungen erwarten; die Zukunftsbilder sind eher pessimistisch. Dass sich wirklich etwas ändert, scheint vielen – nicht nur an der Basis – inzwischen völlig unrealistisch. So gab die stellvertretende Pflegedirektorin zu Protokoll, dass im Moment sowohl den Mitarbeiter:innen als auch ihr als Führungskraft die Perspektive auf irgendeine Besserung fehle.

Eine pflegerische Bereichsleitung, die unter anderem für die Intensivstation zuständig ist, gibt mit ihrer Einschätzung das Kernthema vor, das Gegenstand unseres Forschungsprojekts ist:

»[...] man hat manchmal das Gefühl, dass die gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen nicht immer an die Basis passen [...] also einmal nicht passen und zum anderen auch, was die gesetzlichen Regelungen betrifft, auch gar nicht spürbar sind an der Basis, ja, ich kriege vielleicht als Bereichsleitung noch ein bisschen mehr ja auch mit, aber also die Aufwertung oder die- das neue Gesetz spürt man nicht am Bett, an der Basis spürt man's nicht.« (BL Intensiv)

⁸ Die Zitate aus den Interviews wurden zugunsten der Lesbarkeit geglättet. Beibehaltene Satzabbrüche sind mit einem Bindestrich (»-«) markiert.

Wie lassen sich diese Diskrepanzen zwischen den Aufwertungstendenzen und den arbeitsweltlichen Erfahrungen der Pflegekräfte erklären? So lautet die Frage, die wir zu beantworten versuchen. In diesem komplexen Zusammenhang sind durchaus verschiedene Möglichkeiten denkbar und mehrere Erklärungsstränge zu berücksichtigen. *Differenzierungstheoretisch* gedacht ist für die politische Regulierung nicht die Logik der pflegerischen Versorgungspraxis entscheidend, sondern die Logik des politischen Feldes: Entschieden wird nach Kriterien der Macht und der Durchsetzungsfähigkeit. Diese Einsicht lässt sich um das *sozialstaatstheoretische* Argument erweitern, dass die Durchsetzungsfähigkeit immer auch von einer politisch in Stellung gebrachten Rücksicht auf ökonomische Wachstumserfordernisse abhängig ist (vgl. Lessenich 2008), was einen *radikalen* Bruch mit Ökonomisierungs- und Abwertungstendenzen unwahrscheinlich macht. Wir schließen in diesem Paper jedoch zunächst an *feministische Theorien* der strukturellen Abwertung von Sorgearbeit im Kapitalismus an. Das heißt Krankenhauspflege wird als eine besondere Variante von Sorgearbeit gefasst, nämlich als erwerbsförmige. Dieser Zugang wird aber um einen spezifischen Aspekt ergänzt: um die Tatsache der *Organisiertheit* der Krankenhauspflege. Denn die verschiedenen Auf- oder Abwertungsprozesse werden schließlich nicht unmittelbar in der Arbeits- und Erfahrungswelt der Pflegekräfte wirksam, sondern müssen von den Krankenhäusern als Organisationen zunächst einmal aufgegriffen und umgesetzt werden, um Wirksamkeit zu entfalten.⁹ Das wirft die Frage auf, welche *organisationalen Mechanismen* existieren, die dazu beitragen, dass sich Abwertungserfahrungen reproduzieren. Welchen Beitrag leisten organisationale Dynamiken der Verarbeitung der aktuellen Wandlungsprozesse in der Umwelt der Krankenhäuser dazu, dass Beschäftigte in der Pflege auf- oder abgewertet werden bzw. sich auf- oder abgewertet fühlen?

Mit diesem Fragefokus verbindet sich das Anliegen, die Theorien struktureller Abwertung von Sorgearbeit durch bisher fehlende *organisationstheoretische* Überlegungen zu ergänzen – dies allerdings empiriebasiert. Wenn Organisationen eine »spezifische historische Form bzw. ein gesellschaftliches Verhältnis dar[stellen], das eine unverzichtbare Existenzbedingung für den modernen Kapitalismus und den modernen Staat war und ist«; wenn sie also »als ein modernes Phänomen und als ein zentrales Strukturmoment für die Konstitution, Etablierung und Reproduktion der dominanten gesellschaftlichen Verhältnisse der Moderne analysiert werden« (Türk, Lemke und Bruch 2006: 10) müssen, dann muss ihnen auch eine entscheidende Bedeutung für die strukturelle Abwertung von Sorgearbeit im Kapitalismus zukommen; sei es durch Ausschluss von Sorgearbeit aus der formalen Form der Organisation

⁹ Dass die Organisiertheit ihrer Arbeit auch für die Care-Arbeitssubjekte einen besonderen Faktor darstellt, lässt sich im Kontrast zu Pflegekräften erhärten, die ihre Arbeitskraft selbständig über Care-Plattformen anbieten. Die Plattformen in der Care-Gigwork sprechen ausgebildete Pflegekräfte genau darüber an, dass sie die negativen Aspekte der organisierten, abhängigen Pflegearbeit hervorheben: »Schichtdienst, unsichere Dienstplanung und [...] »Ruf aus dem Frei« bei Arbeitsausfällen der Kolleg:innen« – versprochen werden demgegenüber »selbstbestimmte Verdienstmöglichkeiten« und eine »individuelle zeitliche Passung« (Baum und Kufner 2021: 176 f.). Und das trifft auch Bedürfnisse der Sorge-Selbständigen. Sie nennen Zeitsouveränität und Autonomie als zentrale Gründe für die Wahl dieser Form von Arbeit (ebd.: 178).

von Lohnarbeit (und die entsprechende Auslagerung in den privaten, häuslich-familiären Bereich), sei es – wie hier im Untersuchungsfeld – durch ihren Einschluss in die Form der Organisation.

3 Theorien struktureller Abwertung von Sorgearbeit

Theoretisches Fundament des Zugangs sind zunächst feministische Betrachtungen struktureller Abwertung von Sorgearbeit. Mit diesen Theoriebezügen gelangt insbesondere die historisch tradierte gesellschaftliche Abwertung von Sorge bzw. sozialreproduktiver Arbeit¹⁰ in den Blick. In den Arbeiten von Nancy Fraser, Brigitte Aulenbacher und Beatrice Müller, auf die hier fokussiert wird, scheinen analytische Zugänge auf, in denen die These der strukturellen Abwertung durchaus unterschiedlich begründet wird. Beim Blick auf konzeptionelle Zugänge der Care-Forschung bzw. materialistisch-feministische Theorielinien im Allgemeinen fällt auf, dass der Begriff der Abwertung in aller Regel zusammenfassend verwendet, nicht aber theoretisch expliziert wird. Im Folgenden werden die Zugänge der oben genannten Theoretikerinnen skizziert, um anschließend die Unumgänglichkeit einer präziseren Bestimmung hin zu einer (dimensional) differenzierten und kontextsensiblen Theorie der Ab- und Aufwertung auf empirischer Basis für den zu untersuchenden Gegenstand der Krankenhauspflege aufzuzeigen.

Ein erster gesellschaftstheoretischer Zugang findet sich bei Nancy Fraser, die den Zusammenhang zwischen strukturellen Widersprüchen der kapitalistischen Gesellschaft und ihren historisch spezifischen Ausdrucksformen in Krisen aufzeigt. Die allgegenwärtige Krise der sozialen Reproduktion ist Fraser (2016: 99) zufolge ein akuter Ausdruck des sozialreproduktiven Widerspruchs im Gegenwartskapitalismus. Fraser stellt heraus, dass die soziale Reproduktion einerseits eine Ermöglichungsbedingung der Kapitalakkumulation ist (ebd.: 100), da die kapitalistische Produktionsweise nicht selbsterhaltend, sondern auf soziale Reproduktion angewiesen ist (Fraser 2022: 57). Andererseits destabilisiert die Ausrichtung des Kapitalismus auf unbegrenzte Akkumulation die Prozesse der sozialen Reproduktion, die ihm zugrunde liegen (Fraser 2016: 100):

»Es wird jedoch akut, wenn sich das Streben des Kapitals nach erweiterter Akkumulation von seinen sozialen Grundlagen abkoppelt und sich gegen sie wendet. In diesem Fall setzt sich die Logik der Wirtschaftsproduktion über die der sozialen Reproduktion hinweg und destabilisiert die Prozesse, von denen das Kapital abhängt – und gefährdet damit die sozialen Kapazitäten, sowohl im Privaten als auch in der Öffentlichkeit, die für eine langfristige Aufrechterhaltung der

¹⁰ Ähnlich wie beim Begriff Care liegen dem Reproduktionsbegriff unterschiedliche Definitionen zugrunde. Im Anschluss an materialistisch-feministische Theorielinien werden mit dem Begriff der sozialen Reproduktion klassischerweise die Prozesse der Reproduktion der Arbeitskraft, die jenseits der Stätten kapitalistischer Produktion stattfinden, in den Blick genommen.

Akkumulation erforderlich sind. Indem die Akkumulationsdynamik des Kapitals ihre eigenen Bedingungen der Möglichkeit zerstört, frisst sie sich praktisch selbst den Schwanz ab.« (Ebd.: 103)

Nancy Fraser spricht also von einer strukturellen Krisentendenz der Sorgearbeit aufgrund eines in kapitalistischen Gesellschaften tiefsitzenden sozialreproduktiven Widerspruchs. Der derzeitige »Pflegetotstand« lässt sich mit Fraser als akuter Ausdruck desselben interpretieren. Fraser legt also den Gedanken nahe, dass die derzeitigen Belastungen der Pflege nicht zufällig auftreten, sondern von tiefenstrukturellen Ursachen in unserer gegenwärtigen Gesellschaftsordnung ausgehen (Fraser 2018: 40 und Fraser 2022: 54). Die gegenwärtig grassierenden Versorgungsdefizite sind lediglich die historisch spezifischen Ausdrucksformen, die dieser Widerspruch im Gegenwartskapitalismus annimmt (Fraser 2022: 54). Aus dieser Perspektive wird es möglich, einen strukturellen, die soziale Reproduktion betreffenden Widerspruch zu benennen, der über jene ökonomischen Widersprüche hinausgeht, die Marx (1962) in seiner Kritik der politischen Ökonomie als inhärenten Bestandteil der (erweiterten) Reproduktion des Kapitals analysiert hat.¹¹

Einen ganz ähnlichen Zusammenhang thematisieren Brigitte Aulenbacher und Kolleg:innen mit dem Begriff der *strukturellen Sorglosigkeit* des Kapitalismus (Aulenbacher, Riegraf und Völker 2015: 32; Aulenbacher und Dammayr 2014: 68). Diese gefährde nicht nur in Krisenzeiten, sondern aufgrund seiner Strukturen und Dynamiken die eigenen Grundlagen (Aulenbacher, Dammayr und Décieux 2014: 211; Aulenbacher und Dammayr 2014: 66). Auch Aulenbacher und Kolleg:innen verbinden so die Diagnose einer Reproduktionskrise mit einer weitreichenden Ökonomie- und Gesellschaftskritik. Konkreter äußere sich die strukturelle Sorglosigkeit in drei verschiedenen Hinsichten: erstens in der *Abstraktion* der kapitalistischen Ökonomie von Sorge- und Reproduktionserfordernissen. Zweitens finde eine *Funktionalisierung* oder »Indienstnahme des Sorgens und der sozialen Reproduktion [...] für die kapitalistische Wirtschaft und die ihr entsprechende Sozialordnung« sowie drittens die partielle *Inwertsetzung* von Sorge bzw. sozialreproduktiver Arbeit statt (Aulenbacher 2020: 130 f., 135 f.). Krisen des Sorgens seien dabei in zweifacher Weise angelegt: Entweder werden Sorgebelange vernachlässigt oder die Sorge für sich und andere wird durch ihre Inwertsetzung anderen Orientierungen unterworfen als derjenigen an ihrer Lebensdienlichkeit (Aulenbacher, Dammayr und Décieux 2014: 212). Genauer bedeutet das für die gesellschaftliche Organisation von Sorgearbeit, dass durch die Inwertsetzung von Sorgearbeit profitable und rentable Zwecke gegenüber der Daseinsvorsorge vorrangig werden. Aus dieser Perspektive gelangen dann auch die seit Jahrzehnten andauernden Ökonomisierungs- und Rationalisierungstendenzen im Gesundheitswesen in den Fokus der Betrachtung (Aulenbacher und Dammayr 2014: 71).

¹¹ Man kann Frasers *Orientierungshilfe für das 21. Jahrhundert* (Fraser 2018) vor diesem Hintergrund auch als eine kapitalismuskritische Variante einer Differenzierungstheorie interpretieren: »Weit davon entfernt, eine einzige, alles durchdringende Logik der Verdinglichung hervorzubringen, ist die kapitalistische Gesellschaft normativ differenziert und umfasst eine bestimmte Pluralität verschiedener, aber untereinander in Beziehung stehender gesellschaftlicher Ontologien« (Fraser 2018: 52).

Diese Prozesse basieren laut Beatrice Müller (2016) auf der Abspaltung und Abwertung von Care bzw. bestimmter Elemente von Care. Die Abspaltung und Abwertung fasst Müller mit dem psychoanalytischen Konzept der *Abjektion* als Verwerfung von Uneinheitlichem und Unstrukturiertem (ebd.: 68 ff.). Auch Müller geht der Frage nach, aus welcher strukturellen Logik heraus Care-Arbeit, unabhängig von den konkreten Konfigurationen, einen abgewerteten Status einnimmt (Müller 2013). Das von ihr entwickelte Konzept der Wert-Abjektion bietet für unser Vorhaben besondere Anknüpfungspunkte. Der Abwertungsbegriff steht hier neben dem der Abjektion an zentraler Stelle (Müller 2016; 2018a; 2018b). Müller analysiert Abwertung allerdings nicht nur anhand der *ökonomischen* Dimension, anders als Fraser und Aulenbacher unterscheidet sie hiervon noch explizit eine *symbolisch-kulturelle* Dimension der Abjektion.¹² Die ökonomische Dimension beinhaltet klassischerweise die Notwendigkeit unbezahlter Care-Arbeit, um für die Reproduktion der Arbeitskräfte bzw. der Subjekte insgesamt (Müller 2016: 79) zu sorgen. Hier bedeutet Abjektion die »im ökonomisch-strukturellen Sinn gedachte Exklusion und Fernhaltung von Care-Arbeit vom Markt« (ebd.: 79). Diese Exklusion wird zweifach begründet: einerseits über eine finanzielle Notwendigkeit (Müller 2016: 81 f.), da in Anbetracht des enormen Care-Arbeitsaufwands die Bezahlung entweder »den Wert der Ware Arbeitskraft um ein Vielfaches erhöhen und so die Mehrwertrate entsprechend senken (vgl. Gardiner 1975) oder aber die Staatsausgaben exorbitant vergrößern« (Müller 2016: 81) würde. Andererseits wird als weiterer Grund dafür, dass »große[] Abteile von Care-Arbeit« vom Markt exkludiert werden, die besondere Widerspenstigkeit der Care-Beziehung und der Zeitlogik von Care-Arbeit angeführt, die dazu führe, dass sie nur in einem eng begrenzten Rahmen jenem auf Produktivitätssteigerung zielenden Rationalisierungsregime zu unterwerfen sei, das für die Mehrwertproduktion typisch ist (ebd.: 82). Indem Care-Arbeiten vom Markt ferngehalten werden, würden sie auch erst als unprofitabel markiert (ebd.) – also, so ließe sich auch sagen, gemessen am Maßstab der Profitabilität abgewertet, als deren Anderes konstituiert.

In kulturell-symbolischer Hinsicht konstatiert Müller eine Abjektion der unstrukturierten Leiblichkeit und Abhängigkeit, der Verletzbarkeit und Kontingenz (Müller 2018b: 19), die durch Care(-Arbeit) »symbolisiert« werde (Müller 2016: 80). Hier geht es also um die kulturell-symbolische Konstruktion von Körperlichkeit und Leiblichkeit im Zusammenhang mit der Semantik der kapitalistischen Moderne (ebd.: 79 f.). Mit der Abjektion der (unstrukturierten) körperlichen bzw. leiblichen Verletzbarkeit werde auch die für Care-Arbeit charakteristische Beziehungsarbeit verworfen, welche auf die Bedürfnisse gerichtet ist, die aus der Verletzlichkeit und Kontingenz resultieren. Diejenigen, die Care-Arbeit verrichten, würden als »abjekte und abgewertete Andere konstruiert« (ebd.: 80).

Mit dem Konzept der Wert-Abjektion können die grundlegenden Dynamiken der Abwertung analysiert und erklärt werden (Müller 2018b):

¹² Implizit findet sich diese Dimension allerdings auch in Aulenbachers Bezügen auf das Menschenbild und den Wertekanon der Moderne (siehe 4.1).

»Im patriarchalen Kapitalismus realisiert sich der Wert in der Abjektion von bestimmten Teilen von Care und Care-Arbeit, und dies wirkt sich nicht nur auf die unbezahlte Care-Arbeit aus, sondern auf die gesamte Organisation der sozialen Reproduktion und damit auch auf die Lohnarbeitsverhältnisse, die den unbezahlten Care-Arbeiten ähnlich sind. Auf diese Weise kann die permanente Minderbewertung großer Teile der professionellen Care-Arbeit verstanden werden.« (Müller 2016: 86)

Müller beansprucht, mit dem von ihr entwickelten Theorem der Wert-Abjektion die permanente »Abwertung und Auslagerung« des »eigentlichen Inhalts von Care, nämlich der »Beziehungsarbeit« (ebd.: 19), das heißt der »relational-leibliche[n] Arbeit« (ebd.: 52) im »patriarchalen Kapitalismus« theoretisch erklären zu können. Anders als in Frasers Konzeption des sozialreproduktiven Widerspruchs wird von Müller, aber auch von Aulenbacher und Kolleg:innen der Widerspruch zwischen der interaktiv-relationalen und diffusen Logik von Care einerseits und ökonomischer Effizienz bzw. Profitabilität andererseits herausgestellt. Er ist fundamental für die Bestimmung der Vergesellschaftung von Care-Arbeit(en) unter kapitalistischen Bedingungen.

Die bisher vorliegenden feministischen Theorien der strukturellen Abwertung von Sorgearbeit sind somit zur Beschreibung von grundlegenden Strukturen und Tendenzen kapitalistischer Gesellschaften geeignet. Für die konkrete Analyse spezifischer Felder sozialer Reproduktion erweisen sie sich jedoch als unzureichend. Versucht man, den Ab- und Aufwertungstendenzen in der Krankenhauspflege auf die Spur zu kommen, wird deutlich, welche Fragen- und Problemstellungen von den vorliegenden Theorien struktureller Abwertung offenbleiben:

Erstens: Wie artikuliert sich die allgemeine Tendenz (Sorglosigkeit, Wert-Abjektion) bzw. Widersprüchlichkeit in spezifischen Feldern der Sorgearbeit? Es handelt sich schließlich um durchaus heterogene Untersuchungsfelder, da verschiedene Sorgearbeiten beispielsweise verschiedene gesellschaftliche Funktionen erfüllen, unterschiedlichen normativen Stellenwert besitzen, in verschiedene institutionelle Arrangements eingespannt, durch unterschiedliche Formen von Herrschaft geprägt, mal stark, mal schwach verberuflicht oder professionalisiert sind. So ist das Feld der Krankenhauspflege in hohem Maße staatlich strukturiert und reguliert. Deshalb scheint es uns in unserem Forschungszusammenhang notwendig, neben den von Müller differenzierten ökonomischen und symbolisch-kulturellen Dimensionen der Abwertung noch eine *politische* Dimension zu unterscheiden. Die Rolle von Staat und Politik in der Auf- und Abwertung von Sorgearbeiten bleibt in den Theorien struktureller Abwertung in der Regel ausgeklammert. In der empirischen Care-Forschung werden zwar (typologisch unterschiedene) Wohlfahrtsregime und deren Wandel diskutiert, dies aber primär mit Blick auf deren kommodifizierende oder dekommodifizierende Wirkung. Ein Anschluss an staats-theoretische und -kritische Grundlagendebatten (vgl. exemplarisch Hirsch 2005), in denen die Eigenlogik und Widersprüchlichkeit kapitalistischer (Wohlfahrts-)Staaten

diskutiert wird, findet auch hier nicht statt.¹³ Gerade wenn es um Sorgearbeiten im öffentlichen Sektor geht, scheint uns deren Einbeziehung jedoch unabdingbar.

Zweitens: Krankenpflege findet hier nicht nur in Form von Lohnarbeit, sondern (dadurch) auch in *organisierter* Form statt. Organisationssoziologisch ist man sich allerdings einig, dass Dynamiken in der organisationalen Umwelt (hier: Sorglosigkeit, Wert-Abjektion bzw. Ab- und Aufwertung) nicht ungebrochen in die Organisationen einströmen. Organisationen werden nicht durch ihre Umwelt determiniert, vielmehr kommt es hier zu Brechungen, Übersetzungen, Vermittlungen, eigensinnigen Aneignungen organisationsexterner Prozesse. Sowohl bei Aulenbacher et al. als auch bei Müller, die empirische Studien im Bereich der stationären bzw. ambulanten Altenpflege durchgeführt haben, scheint es allerdings so, als würden »neue Governance-Muster« (Aulenbacher, Dammayr und Riegraf 2017: 161), gesetzliche Vorgaben und organisationsexterne Ansprüche (etwa professioneller Art) mehr oder weniger ungebrochen als neue Leistungsanforderungen in Organisationen übertragen (Dammayr 2019: 194 ff., 212). Zwischen Management und Pflege an der Basis wird nicht systematisch und konzeptionell unterschieden, ersteres wird nicht zum Thema der empirischen Rekonstruktion.

Drittens: Wie verhält sich die (feldspezifische und organisational vermittelte) strukturelle und damit *objektive* Tendenz der Abwertung von Sorgearbeiten zu den Erfahrungen der (sorge-)arbeitenden *Subjekte*?

Diese offenen Frage- und Problemkomplexe können im vorliegenden Paper nicht umfassend behandelt werden, aber es sollen Möglichkeiten angedeutet werden, in welche Richtung sie bearbeitet werden können. Hierzu folgen nun, vor dem Einstieg in die Empirie, einige konzeptionelle Vorklärungen, die in erster Linie die Differenzierung und Konkretisierung von drei Dimensionen der Ab- und Aufwertung im Untersuchungsfeld betreffen (4.1). Aber auch mit Blick auf den zweiten und dritten Problemkomplex soll kurz umrissen werden, mit welchem Vorverständnis von Organisation das Feld untersucht (4.2) und was für ein Konzept von Auf- und Abwertungserfahrungen zugrunde gelegt wird (4.3). Hierbei sollen keine definitorisch geschlossenen, sondern heuristische (theoretisch vorbestimmte, aber empirisch offene) Konzepte entworfen werden, die einerseits helfen, für die Fragestellung Relevantes im Material zu entdecken, und die andererseits offen für empiriebasierte Korrekturen und Erweiterungen sind.

¹³ Diese staats- und politiktheoretische Lücke findet sich auch bei Müller in ihrer an die theoretische Entwicklung der Wert-Abjektion anschließenden Studie zum »neoliberal restrukturierten« Sektor der Altenpflege: »Hier stellt sich die Abjektion von Care quasi in »Reinform« dar, weil die Pflegeversicherung alle Bereiche ausschließt, die mit relationaler Leiblichkeit in Verbindung stehen [...]. Hier wird deutlich, dass die Bedingung für die In-Wertsetzung von Care im Rahmen der Pflegearbeit im Wegstreichen ihres Care-Inhalts liegt« (Müller 2016: 175 f.). Die Institutionalisierung der Pflegeversicherung und damit das Wegstreichen des Care-Inhalt ist jedoch ein genuin staatlich-bürokratischer Akt und müsste als solcher theoretisiert werden.

4 Konzeptionelle Rahmung

4.1 Dimensionen der Auf- und Abwertung

Aus dem Vorangegangenen ergibt sich, dass zur Untersuchung der Wandlungsprozesse im Feld der Krankenhauspflege eine Differenzierung von (mindestens) drei Dimensionen der Auf- und Abwertung notwendig ist: einer ökonomischen, einer politischen und einer symbolisch-kulturellen. Im Folgenden kann allerdings lediglich angedeutet werden, in welche Richtung eine konzeptionelle Ausarbeitung dieser Dimensionen gehen könnte, um möglichst knapp zu verdeutlichen, was hier unter der jeweiligen Dimension verstanden wird und wie sich die Auf- oder Abwertungsprozesse in diesem Rahmen konzipieren lassen. Dabei werden zwar auch gegenstandstheoretisch einige Konstellationen in der Umwelt der Krankenhäuser angesprochen, die – wenn auch gebrochen und eigensinnig verarbeitet – in den Organisationen und den Orientierungsmustern auf Subjektebene Auswirkungen zeitigen, primär geht es an dieser Stelle aber darum, eine metatheoretische Heuristik zu skizzieren, die in Kapitel 5 herangezogen werden kann, um Abwertungserfahrungen im empirischen Material entdecken zu können.

4.1.1 Ökonomische Dimension

In der ökonomischen Dimension geht es um die Analyse der Einbindung des Untersuchungsfeldes in die »allgemeine Zirkulation« (Mohan 2018a: 61 f.) und damit um die Finanzierungsstrukturen und die Entlohnung der Beschäftigten. Hier bereitet die Rede von der Auf- oder Abwertung von (Sorge-)Arbeit die geringsten methodischen Schwierigkeiten, denn die Wertform (im Marx'schen Sinne), über die die Vergesellschaftung von Arbeit vermittelt wird, existiert immer schon als quantifizierte Größe und kann auch nur als solche existieren (Mohan 2018b: 239). Die aus dieser »Quantifiziertheit« resultierende besondere Sichtbarkeit wertvermittelter ökonomischer Verhältnisse dürfte auch wesentlich dazu beitragen, dass Ungerechtigkeitserfahrungen und Kritiken gesellschaftlicher Ungleichheiten in dieser Dimension ihren zentralen Ausgangs- und Fluchtpunkt haben.¹⁴ Eine monetäre Aufwertung von Pflegearbeit findet etwa statt, wenn mehr Geld zur Finanzierung von Pflegepersonal bereitgestellt (siehe Pflegebudget) oder höhere Löhne bezahlt werden.

Zu dieser ökonomischen Dimension der Abwertung liegt im Rahmen feministischer Theorien der strukturellen Abwertung von Sorgearbeiten bereits viel Forschung vor.

¹⁴ So stellen Beck und Westheuser (2022: 299) etwa jüngst wieder fest, dass »Einkommen und Wohlstand« in verschiedenen Formen der von Produktionsarbeiter:innen artikulierten Kritik »zentrale Gradmesser gesellschaftlicher Hierarchien« seien, oder anders: »Geld ist das zentrale Medium, anhand dessen alle drei Dimensionen der Ungerechtigkeit – materielle Verhältnisse, Status und Macht – im ArbeiterInnendiskurs wahrgenommen und kritisiert werden, auch wenn sich die Repertoires in den aufgerufenen sozialen Konstellationen und Referenzgruppen sowie den zugrundeliegenden moralischen Ökonomien unterscheiden« (ebd.: 306f.).

Dabei steht der aus den Grundprinzipien der kapitalistischen Produktionsweise resultierende ›Kostendruck‹ als *Mechanismus* der Abwertung im Zentrum, der wiederum aus der Besonderheit hergeleitet wird, dass sich Sorgearbeiten aufgrund ihrer inneren Logik (asymmetrische Subjekt-Subjekt-Beziehung, Körper-, Emotions- und Zeitgebundenheit) nicht den Prinzipien von Effizienz und Rentabilität unterwerfen lassen, ohne dass die Qualität dieser Arbeiten Schaden nimmt.¹⁵ Und dennoch besteht auch in dieser Dimension noch starker Elaborationsbedarf, etwa wenn es darum geht, ökonomische Abwertungstendenzen im Sinne einer *politischen Ökonomie des öffentlichen Sektors* im Detail und feldspezifisch zu diskutieren. Einen Ansatzpunkt hierfür bietet William Baumols Theorem der »Kostenkrankheit« (Baumol 1967; Baumol et al. 2012). Diese »Kostenkrankheit« kann als zentraler ökonomischer Mechanismus der Abwertung auch in der Krankenpflege gelten (wobei eben auch etwaige innerökonomische und politische Gegentendenzen mitzubedenken sind). In vielen aktuellen Diskussionen über die mangelnde Wertschätzung der Krankenpflege wird dieser Mechanismus ausgeblendet und daher hier kurz beschrieben:

Preise von schwer zu rationalisierenden Dienstleistungen (Baumols »stagnant sector« – vor allem persönliche und soziale Dienstleistungen) steigen langfristig im Verhältnis zu Preisen von Gütern (und Dienstleistungen), deren Produktionsprozess leicht zu rationalisieren ist (Baumols »progressive sector«).¹⁶ Steigende Preise auf der Angebotsseite bedeuten steigende Kosten auf der Nachfrageseite. Die Nachfrage nach Dienstleistungen hängt zunehmend vom verfügbaren Einkommen oder staatlicher Intervention ab. Die Preise der Dienstleistungen können nicht durch technologische Rationalisierung (Produktivitätswachstum) und Skaleneffekte niedrig gehalten werden – und ihre ›Produktion‹ kann auch nicht räumlich in Niedriglohnländer ausgelagert werden, da sie ›vor Ort‹ erbracht werden müssen. *Die tendenziell steigenden Kosten können hier also nur gering gehalten werden, indem die Löhne gedrückt und die Arbeitsbedingungen und damit auch die Arbeitsqualität verschlechtert werden* (beispielsweise indem Pflegekräften mehr Patient:innen, Lehrer:innen mehr Schüler:innen zugewiesen werden).¹⁷ Relativ niedrige Löhne und schlechte Arbeitsbedingungen führen zu Verschiebungen auf den Arbeitsmärkten: Die Arbeit im »stagnant sector« wird im Verhältnis zur Arbeit im »progressive sector« zunehmend unattraktiv, so dass es in ersterem zu Personalmangel kommt. Dieser wird dadurch verstärkt, dass die Bedarfe an sozialen Dienstleistungen zunehmen, wobei sich die Frage stellt, ob und wie diese Bedarfe mit zahlungsfähiger Nachfrage hinterlegt sind und welche Form des Care-Schatzes für wen zur Verfügung steht (vgl. Chorus 2013).

¹⁵ Pars pro toto: »Psychosoziale Betreuung, Unterstützung von Genesungsprozessen, Hilfestellungen rund um den Körper, Aktivierung der Lebensgeister – alles Anforderungen, die ›Pflege‹ ausmachen – sind keine Verrichtungen, die sich rationalisieren und in Zeitreglements pressen lassen. Tragen die Arbeitsbedingungen dem nicht Rechnung, so wird der besondere Gebrauchswert von personenbezogenen Dienstleistungen zerstört.« (Becker-Schmidt 2017b: 397)

¹⁶ Soiland (2017) spricht nicht von »progressive« und »stagnant«, sondern von wertschöpfungsstarken und wertschöpfungsschwachen Sektoren. Die Argumentation zielt jedoch in dieselbe Richtung.

¹⁷ Oder durch Externalisierung der Kosten in dem Sinne, dass die Arbeit unentgeltlich im Privaten übernommen wird.

Vor dem Hintergrund der Annahme, dass eine stark intervenierende Verteilungs- und Sozialpolitik aufgrund der gegebenen politischen Kräfteverhältnisse schwierig ist, kommt Krämer (2021) zu der durchaus plausiblen Einschätzung:

»Daher dürfte die Finanzierung derartiger öffentlicher Dienstleistungen tendenziell immer schwieriger und konfliktreicher werden. Die Auseinandersetzungen um Lohnerhöhungen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen, in Erziehungsberufen und im Transportbereich, die in den letzten Jahren in Deutschland mit lange nicht mehr gekannter Heftigkeit geführt wurden, können als unmittelbare Auswirkung der Baumol'schen Kostenkrankheit interpretiert werden.« (ebd.: 63; Hervorh. R. M. und L. R.)

Was Krämer allerdings nicht mitdiskutiert, ist eine weitere langfristige ökonomische Tendenz: die Verlangsamung des durchschnittlichen Wirtschaftswachstums, die unter den Begriffen »long downturn« (Brenner 2006) oder »säkulare Stagnation« (Summers 2020) diskutiert wird. Es sind vor diesem Hintergrund nicht bloß *politische* Kräfteverhältnisse, die einer intervenierenden Sozialpolitik entgegenstehen, diese sind vielmehr in eine *ökonomische* Konstellation eingebettet, die die politischen Verteilungsspielräume begrenzt.¹⁸ »Positive-sum class compromise is impossible in the current period.« (Riley und Brenner 2022: 26)

Vor dem Hintergrund dieser Einschätzungen ist die (im Modus der Politik vollzogene) ökonomische Aufwertung der Krankenhauspflege durch die Einführung der Pflegebudgets umso verwunderlicher – auch für Beobachter:innen des Feldes kam sie damals überraschend (vgl. Böhm 2019). Sie dürfte auch deshalb möglich gewesen sein, weil die politischen Akteure sich darüber im Klaren waren, dass die Krankenhäuser bei der aktuellen Arbeitsmarktlage vom Prinzip der Selbstkostendeckung nur in äußerst begrenztem Maße Gebrauch machen können. So haben zwar viele Krankenhäuser aufgrund der Pflegebudgets ihre Stellenpläne aufgestockt. Von diesen Krankenhäusern mit ausgebauten Stellenplänen gaben im aktuellen Krankenhaus-Barometer allerdings 73 Prozent für den Intensivbereich und 65 Prozent für den allgemeinstationären Bereich an, dass sie die Stellen *gar nicht/kaum* oder *nur teilweise* besetzen konnten. »Das knappe Angebot von Pflegepersonal am Markt ist auch die Hauptursache, warum ca. die Hälfte der Krankenhäuser ihre Stellenpläne erst gar nicht ausgebaut hat. Für 74 Prozent der betreffenden Häuser trifft dieser Grund *voll und ganz* und für weitere 24 Prozent zumindest *ehrer* zu.« (Krankenhaus-Barometer 2022: 63; Hervorh. R. M. und L. R.) Hier trifft also die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit der Finanzierung von zusätzlichem Pflegepersonal auf die Realität des Arbeitskräftemangels. Dieser ist als Resultat des strukturellen ökonomischen Abwertungsdrucks auf die Pflege und der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen im Zuge der dargestellten Prozesse der Ökonomisierung der Krankenhäuser (vgl. 2.1) zu interpretieren.

¹⁸ Aktuell wurde auch in Deutschland von berufener Seite – etwa vom Präsidenten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), Marcel Fratzscher, und in einer Analyse der Kreditanstalt für Wiederaufbau KfW (KfW) – auf den Trend zum sich verlangsamenden Wachstum in Deutschland hingewiesen: Die Ära gesicherten Wachstums sei vorbei (Müller 2023). Die Ursachen werden dabei allerdings als hausgemacht dargestellt, nicht auf strukturelle ökonomische Konfigurationen des »age of stagnation« (vgl. Smith 2020) zurückgeführt. Dennoch kommt auch der KfW-Bericht – ähnlich wie Krämer – zu der Einschätzung, dass sich die Verteilungskämpfe zuspitzen werden.

4.1.2 Politische Dimension

Die Verteilungskämpfe werden allerdings nicht bloß als ökonomische geführt. Gerade für den Krankenhaussektor gilt, dass sie auf dem Terrain des Staates, also im Modus der Politik ausgetragen werden. Versteht man die Krankenhauspolitik als spezifische Bearbeitungsform des allgemeinen Widerspruchs von Akkumulation und Legitimation, in den kapitalistische Wohlfahrtsstaaten verstrickt sind (Borchert und Lessenich 2004: 577 ff.), gleichzeitig aber auch als Form von ›Arbeitspolitik‹ im Sinne von »politics of production« (vgl. Burawoy 1985) wird eine Verbindung zwischen ökonomischer und politischer Dimension der Ab- und Aufwertung von Pflegearbeit im Krankenhaus deutlich. Der allgemeine ökonomische (Kosten-)Druck macht sich im Krankenhaussektor primär vermittelt über Staat und Politik geltend, die ihm zum Durchbruch verhelfen, ihn aber auch abfedern können. Die daraus sich ergebende krankenhausbezogene Arbeitspolitik ist »als Wechselwirkung unterschiedlicher Politiken zu verstehen, die in der ›Arena‹ Betrieb in spezifischer Weise konfiguriert und ausgehandelt werden.« (Funder und Sproll 2015: 44) Aus herrschaftstheoretischer Perspektive lässt sich dieser Zusammenhang von *politics of production* und *politics in production* mit Mader wie folgt verstehen: »Wenn staatliche Macht maßgeblich für die Schaffung und Durchsetzung der politischen Rahmenbedingungen von Arbeit ist, dann stellt ausgeprägte Ungleichheit im Zugang zu staatlicher Macht eine Form von Herrschaft auf gesamtgesellschaftlicher [Ebene, R. M. und L. R.] dar, die zugleich Herrschaft in lokalen Arbeitszusammenhängen stützen oder überhaupt erst ermöglichen kann.« (Mader 2022: 406)

Von einer genuin politischen Dimension der Auf- oder Abwertung von Pflege lässt sich vor diesem Hintergrund in dem Sinne sprechen, dass eine Berücksichtigung pflegerischer Interessen und die Teilhabe pflegeberuflicher Interessenvertretungen an staatlichen Entscheidungsprozessen und deren Materialisierung in rechtlichen Regelungen und bürokratischen Vorschriften stattfindet – oder eben nicht. Für unser Untersuchungsfeld lässt sich ein weitgehender Ausschluss der Berufsgruppe der Pflege von politischen Entscheidungsprozessen feststellen (vgl. Simon 2019),¹⁹ was hier nur anhand von zwei Momenten des *Policy Cycle* angedeutet werden soll:

a) Agenda-Setting: Die Pflege ist erst seit etwa 10 Jahren in Gestalt der Pflegewissenschaft im Gesundheitssachverständigenrat vertreten. In den Expert:innengremien und Krisenstäben, die während der Pandemie ins Leben gerufen wurden (etwa die Leopoldina oder das Corona-Experten-Gremien der Bundesregierung), war die Pflege nicht vertreten. In der neuen Regierungskommission zur Krankenhausstrukturreform findet sich ebenfalls nur eine Person aus dem pflegewissenschaftlichen Bereich, es dominieren Medizin, Epidemiologie, Ökonomie und die Rechtswissenschaft.

b) Politikformulierung bzw. Entscheidung: Auch hier sind Strukturen der Interessenvertretung der Pflege nur schwach ausgebildet (vgl. Simon 2019; Lämmel, Riedlinger und

¹⁹ Zur theoretischen Erklärung dieses Ausschlusses wäre an das Theorem der strukturellen und strategischen Selektivität des Staates bzw. der Staatsapparate anzuschließen (vgl. Offe 2006: 106; Jessop 1999).

Reiber 2021). Die verbandliche Vertretung ist durch die geringe Finanzkraft der Berufsangehörigen ressourcenmäßig stark begrenzt, darin unterscheiden sich Pflegeverbände von Verbänden von Ärzt:innen, Krankenkassen oder Krankenhäusern:²⁰ Wie Simon ausführt ist die Finanzkraft entscheidend für die politische Handlungsfähigkeit eines Verbandes, da sie die personelle Ausstattung und damit die Arbeitszeit bestimmt, die »für Kontakte zur Politik und zu Ministerien, für das Verfassen von Stellungnahmen, die Pressearbeit etc. eingesetzt werden kann.« (Simon 2019: 39) Bezüglich der ›Gemeinsamen Selbstverwaltung‹ (G-BA) konstatiert Simon, dass die hier getroffenen Vereinbarungen weit über Fragen der Ausgestaltung von Vergütungsregelungen hinausreichen und auch Fragen der Berufsausübung in der Pflege betreffen würden, aber dennoch »werden die beruflichen Organisationen der Pflege nicht an den Entscheidungen beteiligt.« (ebd.: 40) Ein Experte vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) spitzt das anhand des aktuellen Themas der Pflegepersonalbemessung im Interview mit uns so zu: »Es wird über Personalbemessung, einen sehr, sehr wichtigen Aspekt für Dekaden für die Pflege im Krankenhaus, geredet – ohne Einbezug der Pflege.«

Aber auch in dieser Dimension sind kleine Bewegungen in Richtung Aufwertung zu beobachten: In den letzten Jahren werden nicht nur gesundheits-, sondern auch pflegepolitische Sprecher:innen von den Fraktionen im Bundestag gewählt (Simon 2019: 34). Zudem haben sich für Pflegeverbände die Chancen auf Zugang zum Ministerium über Ministerialbeamte verbessert (ebd.: 36) – unter anderem durch Institutionalisierung des:der Pflegebevollmächtigten. Des Weiteren wurde in der jüngst vom Gesundheitsminister eingesetzten Regierungskommission erstmalig eine Pflegewissenschaftlerin einberufen.

4.1.3 Symbolisch-kulturelle Dimension

Die symbolisch-kulturelle Dimension der Abwertung wird zwar explizit als solche nur von Müller benannt – als relativ eigenständige »Ebene« (Müller 2016: 79) oder »Logik« (ebd.: 174) der Abjektion von Care(-Arbeit) –, doch implizit nimmt auch Aulenbacher immer wieder Bezug auf sie, etwa wenn es um das moderne »Menschenbild« des autonomen Subjekts oder um den »Wertekanon der Moderne« geht: Der Ganzheitlichkeit des Sorgens stünden Dichotomien wie Kultur/Natur oder Mann/Frau gegenüber, deren jeweils erstem Pol im »Wertekanon der Moderne« höhere gesellschaftliche »Wertung und Anerkennung« zukomme (Aulenbacher 2020: 128). Was hier auf allgemeiner und abstrakter Analyseebene konstatiert wird (Müller 2016: 174), bedarf jedoch ebenfalls der Konkretisierung im spezifischen (Untersuchungs-)Feld. Hierfür finden sich erneut Ansatzpunkte bei Müller. Sie begreift die historische Konstitution der Pflege als ›Frauenberuf‹ (ebd.: 93), also ihre Vergeschlechtlichung, im Kern als symbolisch-kulturellen Prozess, der sich – vermittelt über einen bürgerlichen Differenz-

²⁰ Das verweist zum einen auf das allgemeine demokratietheoretische Problem der Vermittlung der Interessen von Lohnabhängigen in die Politik, zum anderen auf einen Zusammenhang von ökonomischer und politischer Abwertung.

diskurs (ebd.: 104) – in der Institutionalisierung der Trennung von moderner Medizin und Krankenpflege materialisiert (ebd.: 99; Mohan 2018a: 146 ff.).

Diese Idee der Materialisierung der symbolischen (Geschlechter-)Ordnung lässt sich mit Bourdieus Konzeption der Wirkung des Symbolischen (vgl. etwa Bourdieu 2005) ausformulieren. Müllers Bezugnahme auf die Klassifizierung als Basis jeglicher Ordnung (Müller 2016: 70) lässt bereits eine gewisse Nähe zu Bourdieus Sozialtheorie erkennen. Eine Verbindung des Theorems der Wert-Abjektion mit Bourdieus Theorie des Symbolischen scheint also naheliegend und kann helfen, die symbolisch-kulturelle Dimension der Abjektion bzw. der Auf- und Abwertung feldspezifisch zu konkretisieren.

Jedes soziale Feld hat seinen eigenen *nomos*, das heißt »Wahrnehmungs- und Einteilungsprinzipien, die symbolischen Formen, Klassifikationsprinzipien« (Bourdieu 2014: 295), und damit auch eine interne Bewertungsmatrix. Dieser *nomos* ist für die symbolische Ordnung und Logik eines sozialen Feldes entscheidend. Die Klassifikationen des einen Feldes stehen zu denjenigen anderer Felder einerseits in einer Logik der Differenz (Differenzierung), gleichzeitig aber auch der Über- und Unterordnung (also der Ungleichheit; vgl. auch Becker-Schmidt 2017a: 144 f.). Diese Rangordnung ist auch Resultat von »gesellschaftliche[n] Bewertungskämpfe[n], in denen das symbolische Kapital sozialer Anerkennung erzeugt, verwehrt, akkumuliert oder transferiert wird« (Neckel und Sutterlüty 2008: 15).²¹

In dieser Dimension geht es also um den Wandel von Anerkennungsverhältnissen, von Klassifikationen und von auf das Klassifizierte bezogenen Bewertungsschemata, die wiederum Bezug nehmen auf im Feld (*illusio*) und feldübergreifend gültige Werte (Wertigkeitsordnungen/»Wertekanon der Moderne«). In dieser Hinsicht wurden mit den jüngsten gesetzlichen Maßnahmen und auch über den öffentlichen Diskurs im Feld der Krankenhauspflege neue Klassifikationen eingeführt: Plötzlich gibt es »pflegesensitive Bereiche«, »Pflege am Bett« oder »systemrelevante Berufe« als wirkmächtige neue Klassifikationen, welche die Pflege sowohl im politischen Raum als auch im Management- und Verwaltungsgeschehen der Krankenhäuser auf neue Weise relevant und sichtbar machen – zudem noch mit dem »Offizialisierungseffekt« des Staates versehen (Bourdieu 2014: 68 ff.), der in der Lage ist, soziale Kategorisierungen und damit legitime soziale Identitäten zu schaffen (ebd.: 29). Es stellt sich somit die Frage, welche Effekte diese neuen Klassifikationen im Feld erzeugen und welche symbolischen Kämpfe um die legitime Sicht der sozialen Welt (ebd.: 69) geführt werden.

Die Feld-Verhältnisse sind Bourdieu zufolge aber auch in den Habitus der Akteur:innen eingeschrieben, der *nomos* ist als die »fundamentale Weise, die Welt zu sehen und einzuteilen« (ebd.: 307) im Habitus verankert. Hier lässt sich die symbolisch-kulturelle Dimension der Bewertung vor allem in den Habitus-Elementen verorten, also in den Wahrnehmungs- und Denkschemata, wobei letztere sich noch einmal differenzieren

²¹ Wie Beatrice Müller in ihrer Theorie der Wert-Abjektion, so schließen auch Neckel und Sutterlüty (2008) in ihrer Konzeption negativer Klassifikationen und der symbolischen Ordnung der sozialen Ungleichheit an Arbeiten der Anthropologin Mary Douglas (1974, 1991 und 2002) an.

lassen in Alltagstheorien und Klassifikationsmuster (kognitive Strukturen) einerseits und implizite ethische Normen (Ethos und normative Strukturen) andererseits (Schwinger 1995: 56, zit. in Funder und Sproll 2012: 43).

4.1.4 Verhältnis der Dimensionen zueinander

Verschiedene Dimensionen der Auf- und Abwertung zu differenzieren eröffnet die Möglichkeit, dem Umstand gerecht zu werden, dass Auf- oder Abwertungstendenzen in einer Dimension nicht notwendig mit ebensolchen in einer anderen einhergehen. Eine höhere Entlohnung der Pflege übersetzt sich keineswegs automatisch in Formen der Beteiligung derselben an politischen Prozessen. Und auch wenn jüngere und jüngste politische Prozesse durchaus zu einer symbolischen und ökonomischen Aufwertung der Pflege geführt haben, so wurden die jeweiligen Maßnahmen doch weiterhin unter weitgehendem Ausschluss pflegeberuflicher Interessenvertretungen und pflegefachlicher Expertisen erlassen und beschlossen. Von einer politischen Aufwertung im Sinne einer Beteiligung der Pflege an den Entscheidungen kann kaum die Rede sein. Aber Auf- und Abwertungsprozesse *können* sich auch (in unterschiedlichem Maße) ineinander übersetzen lassen. Insbesondere die symbolisch-kulturelle Geringschätzung übersetzt sich regelmäßig in entsprechende ökonomische Minderbewertungen.²² Zugleich gibt es aber eine gewisse Asymmetrie: Während symbolische Auf- oder Abwertung nicht notwendig mit politischer und/oder ökonomischer einhergeht, haben ökonomische und politische Wertigkeitsveränderungen immer auch einen symbolischen Gehalt.²³ Darin liegt eine gewisse Ohnmacht der Symbolik begründet, wie am Diskurs der Systemrelevanz ablesbar ist. Am Held:innen-Diskurs zur Corona-Zeit zeigt sich darüber hinaus, dass die ›bloß‹ symbolische Aufwertung nicht nur ökonomische Ansprüche auf (höhere) Entlohnung unterminieren kann,²⁴ sondern auch politische Ansprüche auf Mitsprache und Gestaltung (vgl. Hürtgen 2022). Ökonomische und politische Aufwertung kann entsprechend nicht bloß mit symbolischen Mitteln erkämpft werden, es bedarf vielmehr auch jener Mittel, die im politischen und ökonomischen Feld wirksam sind – wie etwa der Arbeitskämpfe, die als zentrale Triebkraft der jüngsten pflegepolitischen Reformen gelten können.

²² Vergeschlechtlichung kann als prototypisch für diesen Zusammenhang gelten, sie stellt einen zentralen nicht-ökonomischen Mechanismus der ökonomischen Abwertung dar.

²³ So schreibt auch Müller, die Wertform sei »keine rein ökonomische [...], sondern immer eine ökonomisch-kulturell-symbolische« (Müller 2016: 174). Besonders deutlich ist das etwa bei der Corona-Prämie zu zeigen, aber auch anhand der sogenannten Pflegekomplexmaßnahme-Scores (vgl. Mohan 2018a: 248 ff.).

²⁴ Die Gegenläufigkeit von symbolischer Anerkennung und ökonomischen Interessen fasst Voswinkel (2021) im Begriff der »Anerkennungsfalle«: Einkommen in der Pflege bleiben – zugespitzt – nicht *trotz* der hohen symbolischen Anerkennung, sondern *wegen* dieser niedrig, denn das Zurückhalten der eigenen, auch ökonomischen Interessen ist Teil der moralischen Anerkennung.

4.2 Das Krankenhaus als (Arbeits-)Organisation

Für das hier zu bearbeitende Forschungsthema ist eine Verbindung von (care-)arbeits- und organisationssoziologischen Perspektiven notwendig. Es könnte zunächst irritieren, dass hier überhaupt eine Verbindung hergestellt werden muss, ist diese doch schon im Begriff der »Arbeitsorganisation« (Schimank 2002: 33 ff.) – unter den eine große Teilmenge empirisch vorzufindender Organisationen fallen dürfte – angezeigt. Allerdings stellt Kalff (2018: 19) zurecht und luzide fest: »Der Arbeitssoziologie fehlt eine konkrete Idee der Organisation; der Organisationssoziologie fehlt ein Blick auf Arbeits-tätigkeit.«²⁵ Letztere verliert deswegen Fragen der (*betrieblichen*) *Herrschaft* aus dem Blick,²⁶ erstere untersucht sie primär aus Sicht der Beherrschten. Das spiegelt sich auch in der Soziologie des Krankenhauses, in der organisationssoziologische Ansätze dominieren, in denen das Krankenhaus als »professionelle Organisation« betrachtet wird. Diese ist gekennzeichnet durch »dezentrale Entscheidungsstrukturen, plurale Berufsgruppeninteressen, lose gekoppelte Arbeitseinheiten, professionelle Autonomie bei der Fallbearbeitung und kollegiale Koordination«; die »strategische Spitze« habe damit signifikant weniger Einfluss auf den »betrieblichen Kern« (Patientenversorgung) als in anderen Organisationstypen (Iseringhausen und Stender 2012: 187). In dieser Sicht gibt es wenig Anlass, Fragen der Herrschaftsförmigkeit organisationaler Beziehungen (bzw. der Kontrolle von Arbeit) Priorität einzuräumen. Wenn es, wie in unserem Forschungszusammenhang, weniger um die Bedeutung der Profession der Ärzteschaft, sondern vielmehr um die Einbindung der Pflege in das organisationale Arrangement des Krankenhauses geht, scheint es jedoch sinnvoll, die Pflege in ihrer relativ beherrschten Position, also ihrer Positionierung innerhalb des betrieblichen Herrschaftszusammenhangs zu reflektieren. Strukturelles Fundament der betrieblichen Herrschaft ist der weitgehende Ausschluss der Pflegekräfte von der »Verfügung über relevante Handlungsbedingungen« (Mader 2022: 384), von Entscheidungen über die Verausgabung der eigenen Arbeitskraft, über die (finanzielle, materielle und personelle) Ressourcenausstattung, die anfallende Arbeitsbelastung durch Patientenaufnahme bzw. -entlassung und die (formelle) Aufgaben- und Arbeitsteilung. Auch Krankenhäuser werden hier als »Orte der Ordnung und des kontrollierten legitimen Zugriffs auf Arbeit« sowie »der Ansammlung von Produktionsmitteln (materieller wie immaterieller Art) und disparitärer Verfügungsrechte über diese« (Bruch und Türk 2005: 301) verstanden. In der dezentralen, professionellen Organisation Krankenhaus läuft der Zugriff auf die Arbeit der Pflegekräfte allerdings nur in Ausnahmefällen über das direkte Kommando der Geschäftsführung oder des Direktoriums, primär sind hier vielmehr die Vorgesetzten der pflegerischen Hierarchielinie sowie ärztliche Anweisungen und die Erfordernisse der medizinisch-pflegerischen Versorgung, wobei den (examierten) Pflegekräften bei der Gestaltung der konkreten Arbeitsprozesse gleich-

²⁵ Zum »Spannungsverhältnis« von Arbeits- und Organisationssoziologie vgl. auch Faust, Funder und Moldaschl (2005).

²⁶ Wegweisend ist hier Luhmann, auch wenn er es so darstellt, als handle es sich um naturwüchsige Evolution der Theorie: »Die moderne Organisationstheorie ersetzt den Begriff der Herrschaft durch den Begriff der Entscheidung.« (Luhmann 2019: 442)

zeitig aufgrund der vielen Unplanbarkeiten, die für Care-Arbeit charakteristisch sind, »weitreichende Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten« (Marrs 2008: 50) zugestanden werden (›Kontrollmodus der verantwortlichen Autonomie‹).

Was ›die Organisation Krankenhaus‹ ist, ist allerdings mit keiner der Einzelperspektiven von Berufsgruppen oder Organisationsmitgliedern identisch – hier kann auf die Einsicht Kracauers verwiesen werden: »Hundert Berichte aus einer Fabrik lassen sich nicht zur Wirklichkeit der Fabrik addieren.« (Kracauer 1971: 16) Die Akteure der obersten Leitungsebene stellen sich allerdings aus strukturellen Gründen häufig so dar, als repräsentierten sie das Ganze oder die Einheit der Organisation – ein Bild, das in arbeitssoziologischen Studien durchaus reproduziert wird. Durch die Brille des leistungspolitischen Transformationsproblems betrachtet, wird ›die Organisation‹ tendenziell mit dem Interesse und der Perspektive des Managements identifiziert. Doch auch wenn das Management »über einen privilegierten Zugriff auf vielfältige Regeln und Ressourcen verfügt« (Ortmann, Sydow und Windeler 2000: 347) und diesen zur Formulierung von Zielen und Leistungsanforderungen nutzen kann, so geht das, was den Organisationszusammenhang ausmacht, doch nicht im Management auf. Kurz: Akteure des Managements sind genauso wenig ›die Organisation‹ wie die Beschäftigten an der Basis. Wir verstehen Organisationen in Anschluss an Bourdieu als relativ autonomes Feld (Bourdieu 2002: 209 ff.; Emirbayer und Johnson 2008), das aus *Relationen zwischen diesen Positionen* besteht, die durch die und in den Relationen überhaupt erst entstehen. In differenzierungstheoretischer Hinsicht werden sie – wie auch die einzelnen Stationen – als Treffraum verschiedener übergreifender sozialer Felder konzipiert (vgl. Mohan 2018a: 190 ff.), in herrschaftstheoretischer Hinsicht wird betriebliche auch als symbolische Herrschaft denkbar (vgl. Funder und Sproll 2012).

Trotz dieser theoretischen Vorgriffe bleibt in der empirischen Forschung eine rekonstruktive Haltung entscheidend, die darin besteht, die gegebene formale Struktur von Organisationen – ihre Regeln und Ressourcen, Programme, Kommunikationswege, Stellenprofile, Arbeitsteilung, Hierarchie – mit der organisationalen Praxis und den in ihr sich ausdrückenden Handlungsorientierungen der Akteure abzugleichen und zu vermitteln. Auch unser Forschungsvorhaben hat also den ›Balanceakt‹ zu vollführen, einerseits die Relationen, Praktiken und Orientierungen aus dem empirischen Material heraus zu rekonstruieren,²⁷ dabei aber andererseits der Gefahr zu entgehen, den »Wald vor lauter Bäumen nicht mehr [zu] erkennen« (Vogd und Amling 2017: 11). Dafür bedarf es auch einer konzeptionellen Vorklärung dessen, was hier – mit Blick auf die Subjekte der Sorgearbeit – unter Abwertungserfahrungen verstanden wird.

²⁷ ›Die Organisation‹ stellt sich dabei nicht als einheitlicher, sondern je nach Position der Akteure als anderer, spezifischer, »Erfahrungsraum« dar. Vgl. zu Organisationen und ihren Erfahrungsräumen Bohnsack (2017: 128 ff.).

4.3 Abwertungserfahrungen als Anspruchsverletzungen

In jüngerer Zeit hat sich in der Arbeitssoziologie ein Forschungsstrang entwickelt, in dem Sinn-, Gerechtigkeits- und Rationalitätsansprüche von Beschäftigten verschiedener Branchen und Arbeitsfelder empirisch rekonstruiert werden (vgl. Dammayr 2019; Hürtgen und Voswinkel 2014; Kratzer et al. 2015; Menz und Nies 2021; Nies 2015). Ansprüche gelten hier im Unterschied zu Wünschen als Erwartungen, die sich aus einem allgemein als gültig anerkannten Normengefüge ergeben, die also verallgemeinerbar sind, während Wünsche nur »privaten, *partikularen* Charakter haben« (Hürtgen und Voswinkel 2016: 506). Solche normativen Ansprüche, die Beschäftigte an ihre Arbeit und die Arbeitsorganisation stellen, können zu ihrer Legitimation und Stabilisierung beitragen, aber auch als Grundlage der Kritik dienen (vgl. Menz und Nies 2021).

Dieser Forschungsstrang macht darauf aufmerksam, dass neben der »Fürsorptionalität« (Wærness 2000) weitere Ansprüche der Sorge-Arbeiter:innen bestehen, an denen sich im Falle ihrer Verletzung Legitimationsprobleme und Konflikte entzünden können (vgl. Artus et al. 2017; Bräutigam et al. 2020). Wir schließen an diesen Forschungsstrang an, um neben dem Begriff der *strukturellen* Abwertung einen *subjektbezogenen* Abwertungsbegriff einzuführen: Wir konzipieren Abwertungserfahrungen, die Pflegekräfte in ihrem organisational strukturierten Arbeitsalltag machen, als Anspruchsverletzungen und Aufwertungserfahrungen, als subjektive Erfahrung der Erfüllung von Ansprüchen. In den Blick genommen wird so das (konfliktträchtige) Verhältnis von sich wandelnden organisationalen Anforderungen und subjektseitigen Ansprüchen an die Arbeit, das in den angesprochenen leistungspolitischen Auseinandersetzungen austariert wird. Sowohl die Genese und die Adressat:innen der Ansprüche als auch ihre Erfüllung respektive Verletzung können danach differenziert werden, ob sie von den Pflegekräften primär in der Organisation oder in der gesellschaftlichen Umwelt verortet werden. Da es uns um die Erfahrung der Abwertung *von Pflege* geht, stehen jene normativen Ansprüche (und ihre Verletzung) im Vordergrund, die sich aus einer spezifisch *pflegerischen* Arbeitsorientierung und Berufsidentität ergeben oder aus den für die Pflege in Krankenhäusern spezifischen Arbeitsbedingungen resultieren.

5 Finanzierung, betriebliche Herrschaft und Abwertungserfahrungen – Einsichten aus einer Fallstudie

Ausgestattet mit diesem konzeptionellen Instrumentarium können wir nun dazu übergehen, erste empirische Ergebnisse unserer Studie zu präsentieren. Thematisch geht es hier um die Einführung des *Pflegebudgets*, die – wie bereits deutlich geworden sein sollte – einen der wesentlichen Prozesse der Aufwertung der Pflege in der Umwelt der Krankenhäuser darstellt, und zwar sowohl in ökonomischer wie in symbolischer

Hinsicht: Während die Pflege im medizinfixierten DRG-System weitgehend unsichtbar war und in erster Linie als Kostenfaktor galt, wird sie – zumindest die ›Pflege am Bett‹ – nun in *ökonomischer* Hinsicht in höherem Maße refinanziert und gleichzeitig qua Selbstkostendeckungsprinzip im Kontext medizinischer Versorgungseinrichtungen in *symbolischer* Hinsicht uneingeschränkt als bedarfsnotwendig anerkannt. Wie sich zeigen wird, führt dieser organisationsexterne Wandel im untersuchten Krankenhaus allerdings zu Restrukturierungen, die bei den Pflegekräften Abwertungserfahrungen erzeugen – es kommt also zu einer *organisationalen Brechung* der externen Aufwertungstendenz.

Bei der ersten von uns untersuchten Organisation handelt es sich um ein öffentliches Krankenhaus der Regelversorgung im ländlichen Raum. Das ›Unternehmen‹ – um hier die Sprache des Feldes zu übernehmen – besteht aus zwei Standorten mit aufs Ganze gesehen mehr als 800 Betten. Im Jahr 2021 erwirtschaftete das ›Unternehmen‹ zum ersten Mal seit über zehn Jahren ein Defizit im oberen einstelligen Millionenbereich. Im Erhebungszeitraum des Sommers und Herbstes 2022 wurden insgesamt 20 Interviews sowie Beobachtungen in sieben verschiedenen Settings (Sitzungen der Krankenhausleitung, der pflegerischen Bereichsleitungen und der Abteilungsleitungen) durchgeführt. Was die bettenführenden Stationen angeht, standen die Intensivstation, die Innere Medizin und die Geriatrie im Fokus.

Wie die Einführung des Pflegebudgets von der Geschäftsführung aufgegriffen und in eine strategische Entscheidung überführt wird (5.1), wie der Pflegedirektor mit dieser Entscheidung umgeht (5.2) und wie die Pflege an der Basis auf die durch die Entscheidung angestoßene Reorganisation reagiert (5.3) ist Gegenstand des folgenden Abschnitts. Konkret geht es dabei um die Reorganisation von Tätigkeiten des Menüservice. Wir haben verschiedene Perspektiven auf diesen Prozess erhoben und können auf unterschiedliches Material zurückgreifen: auf Interviewpassagen, auf Feldprotokolle und auch auf einen Brief von Pflegekräften an die Geschäftsführung. Dass dieser Reorganisationsprozess im Zusammenhang mit den Pflegebudgets steht, geht aus den Äußerungen des Geschäftsführers wie auch des kaufmännischen Controllers eindeutig hervor. Von den Pflegekräften an der Basis wird dieser Zusammenhang allerdings nicht oder nur implizit hergestellt – was ein Hinweis darauf ist, dass die politischen Entscheidungen nur vermittelt durch die organisationalen Prozesse erfahren werden, die genauen politischen Hintergründe aber oft verborgen bleiben.

5.1 Radikaler Strategiewechsel (Geschäftsführer)

Als neuer Bestandteil des Finanzierungssystems neben den DRGs bietet das Pflegebudget den Krankenhäusern eine neue ökonomische Gelegenheitsstruktur, was auf Ebene des Krankenhausmanagements, wie der Geschäftsführer ausführt, zu einem radikalen Strategiewechsel geführt hat, der auch mit dem besonderen ökonomischen Druck zusammenhängt, der durch das Defizit des vorangegangenen Jahres entstanden ist:

»Und mit der Entscheidung Pflegebudget haben wir unsere Strategie deswegen auch radikal umgestellt. [...] Wenn Sie Pflege voll bezahlt kriegen, möglicherweise auch perspektivisch, von der Stimmung glaub ich wird das so bleiben, müssen wir natürlich als Geschäftsführer überlegen, könnte es Aufgaben geben, die heute irgendwelche anderen Menschen machen, die zukünftig über ein finanziertes Pflegebudget laufen könnten. Und solche Gedanken gehen mir auch durch den Kopf. [...] und ich glaube, dass man als Geschäftsführer dann strategisch gucken muss, dass man logischerweise bei [der] Pflege die dort normierten Aufgaben abbildet, aber ich glaube, dass man auch gucken muss, ob es andere Aufgaben noch gibt drumrum, die die Pflege macht, weil sonst kommen Sie wirtschaftlich auch nicht auf die Reihe, ist meine Einschätzung.« (GF)

In den Äußerungen des Geschäftsführers zeigt sich, dass er klassische Funktionen des (Top-)Managements übernimmt, die Vogd et al. (2018: 8) so bestimmen: »Das Management findet seine Aufgabe [...] darin, [...] Spannungen aufzugreifen und produktiv werden zu lassen bzw. neue Spannungen zu generieren, indem anhand ausgewählter Parameter Sollwerte für die Organisation formuliert und die Mitarbeiter entsprechend zu Anstrengungen aufgefordert werden, die formulierten Zielvorstellungen zu erreichen.« Ein solches »Spannungs-Management«, so lässt sich im Anschluss an Vogd et al. sagen, ist notwendig, »weil moderne Organisationen per se von vielfältigen strukturellen Spannungen durchsetzt sind – etwa aufgrund von Hierarchie und Arbeitsteilung und der Existenz inkommensurabler institutioneller Logiken und berufsbezogener Wert-sphären innerhalb der Organisation.« (Ebd.: 9)

Auch wenn der Geschäftsführer hier keine *konkreten* Sollwerte formuliert, zeigt sich doch, wie das Pflegebudget von ihm für strategierelevant erklärt wird, da es als *längerfristige* Veränderung verstanden wird und sich in einer ökonomisch angespannten Lage nutzen lässt. Es wird also in diesem Fall durch den Geschäftsführer entschieden, welche Entwicklungen in der Umwelt der Organisation im Sinne einer Außenspannung aufgegriffen und organisationsintern relevant gemacht werden.²⁸ Schon hier zeichnet sich die Fortführung einer Tendenz ab, die aus der Geschichte der Ökonomisierung bekannt ist: Es ist wieder die Pflege, die in einer Situation des ökonomischen Drucks als Puffer fungiert. Um wirtschaftlich über die Runden zu kommen, soll die Pflege Aufgaben übernehmen, die mit dem Berufsbild, den Kernaufgaben der Pflege, nichts zu tun haben (>Aufgaben drumrum<).

²⁸ Dass diese Art, auf das Pflegebudget zu reagieren, keineswegs zwingend ist, sondern auch hier im Management Freiheitsgrade existieren, wird im Interview mit dem Pflegedirektor eines anderen Hauses deutlich. Auf die Frage, ob Tätigkeiten in die Pflege zurückverlagert wurden, antwortet er entschieden: »Nicht ein Stück. Nicht ein Stück. Nicht eine Tätigkeit. Das kann ich ihnen versprechen. Wir haben nicht eine(!) Tätigkeit zurück in die Pflege gegeben. [...] Nein, das haben wir nicht gemacht. Wir haben unser Pflegepersonal aufgebaut. Das haben wir tatsächlich gemacht. [...] All diese wirklich fairen Anpassungen konnten wir nur machen, weil im Pflegebudget die Geschäftsführung – und zwar unabhängig davon, wer da oben saß – gesagt hat, wenn ihr Pflegekräfte bekommt, stellt die ein. Dann können wir die Stationen besetzen, und wenn ihr die Stationen gut besetzt, dann rennt uns auch nicht immer jeder weg, weil man dann eben auch gut arbeiten kann.« (PD 2) Die unterschiedlichen Strategien sind allerdings keineswegs bloß Ausdruck souveräner Führungsentscheidungen, sondern stehen im Zusammenhang mit unterschiedlichen Organisationsstrukturen, die diese Entscheidungen ermöglichen. Der soeben zitierte Pflegedirektor agiert anders als der Geschäftsführer des hier interessierenden Krankenhauses im Kontext eines Direktoriums, das qua Satzung auf Konsensentscheidungen verpflichtet ist. Zum rekursiven Zusammenhang von Strategie und Struktur vgl. auch Ortmann (1995).

Wie das nächste Zitat zeigt, gilt für den Geschäftsführer die Corona-Pandemie im Kontrast zum Pflegebudget nicht als *strukturelevantes* Thema, sondern als Prozess, durch den »Strukturthemen« in den Hintergrund gerückt wurden, da man zunächst eher spontan und operativ reagieren musste:

»Wir haben während COVID, was so diese Strukturthemen anbelangt, im ersten Jahr gar nicht, im zweiten Jahr haben wir primär gedacht und in diesem Jahr setzen wir um. Da setzen wir als erstes um die Integration von Aufgaben des Menüservice in die Pflege.« (GF)

Hier spricht der Geschäftsführer nun jenen Restrukturierungsprozess an, den wir im Folgenden genauer in den Blick nehmen wollen: Die Rückverlagerung von Tätigkeiten aus dem Menüservice in die Pflege auf Normalstationen. Er umfasst im Kern drei Aufgaben, die bisher vom Servicepersonal einer Tochtergesellschaft übernommen wurden: Die Pflegekräfte auf den Stationen sollen nun wieder *erstens* die Essenswünsche der Patienten aufnehmen, allerdings in einer neuen, standardisierten Form, *zweitens* das Essen von den Essenswägen, die aus der Küche geliefert werden, in die Patientenzimmer verteilen und es *drittens* nach dem Essen wieder einsammeln, so dass das verbleibende »Rumpfteam« aus dem Service die Wägen mit dem Geschirr wieder abholen und anschließend reinigen kann.

Dieser Reorganisationsprozess befand sich während des Erhebungszeitraums allerdings erst in der Erprobungsphase. Um die Tücken dieser Restrukturierung praktisch zu erkunden, sollte eine »Pilotierung« (Pflegedirektor) auf je einer Station an beiden Standorten des Krankenhauses stattfinden. Hierbei lief allerdings wenig wie geplant: Am Standort 1 musste die zunächst ausgewählte Pilotstation aufgrund von Ärztemangel schließen. Am Standort 2 übernahmen die Pflegekräfte auch jenseits der Pilotstationen bereits Menüaktivitäten, da das Personal im Menüservice schon zu stark ausgedünnt war. Wie uns berichtet wurde, führte die Kommunikation der Umstrukturierung durch den Leiter der Gastronomie an die Servicemitarbeiter:innen dazu, dass sich einige von ihnen schneller als gedacht nach anderen Arbeitsstellen umsahen. Schon hieran sieht man: Solche Strukturveränderungen gehen mit vielfältigen »Innenspannungen« einher, also kurz gesagt mit Spannungen zwischen verschiedensten Interessen oder Handlungsorientierungen der Organisationsmitglieder (Vogd 2017: 95). Das wird auch vom institutionellen Gegenspieler zur Arbeitgeberseite, der Betriebsratsvorsitzenden, deutlich gemacht:

»Und es wurde denen [der Pflege am Bett, R. M. und L. R.] durch diese Refinanzierung alles draufgepackt, was refinanziert wird. Aktuell sind wir dabei, Sachen aus dem Menüservice wegzunehmen und der Pflege auch noch zu geben. Was zu richtig viel Unmut führt. Also da haben wir fast täglich Anrufe, Beschwerden von den Mitarbeitern: »Das kann ja wohl nicht sein.« Und natürlich auch die Angst der Leute im Menüservice, dass sie ihre Stelle verlieren. Was passiert mit meiner Arbeit? Wo gehe ich hin? Das macht was mit Mitarbeitern und [...] da ist ruckzuck das Gefühl da: Ich bin hier dreißig Jahre im Haus, ich hab alles gemacht und jetzt gehen die so mit mir um.« (BR)

Der Arbeitsplatzwechsel der Servicemitarbeiter:innen und auch der sonstige »Unmut« der Mitarbeiter:innen, der sich etwa in einem Protestbrief einiger Pflegekräfte von Standort 2 an die Geschäftsführung artikulierte, verweist auf eine weitere Aufgabe des

Managements: »Andererseits hat das Management dafür Sorge zu tragen, zu starke Innen- und Außenspannungen auszugleichen, damit die Einheit der Organisation nicht gefährdet wird.« (Vogd et al. 2018: 9) Eine Maßnahme, mit der die Akzeptanz für die Restrukturierung erhöht werden soll, ist die Standardisierung der Essensaufnahme – eine klassische Rationalisierungsmaßnahme, die den Prozess effizienter gestalten soll. Der Geschäftsführer weiß um den »Unmut« in der Pflege und erläutert die Entscheidung zur Standardisierung der Essensaufnahme als »Führungsabwägungsfrage«:

»Für die Pflege ist die Überlegung, da werden jetzt Arbeiten neue oder auch zusätzliche auf unseren Schultern abgeladen, immer nen Thema [...] Also unter dem Tenor: Was sollen wir denn sonst noch alles machen, wir sind schon am Limit und wir können gar nicht mehr. [...] natürlich ist auch [...] ne Führungsabwägungsfrage ist, einfach nur ne Arbeit irgendwo hinzugeben, das geht, ich bin aber jemand, der dann gerne auch überlegt: kannst du nicht, wenn du ne Veränderung vorhast, auch Arbeit und auch Dinge gleichzeitig verbessern? Erstmal findet es ne größere Akzeptanz und die Sache ist besser. Und unter diesem Blickwinkel haben wir dann das Thema des Menüservice überlegt und gesagt: Ok, da muss [sich] in den Prozessen, in den Inhalten was ändern, dann können wir das auch erklären. Wir erklären natürlich auch das Thema Geld, muss man ehrlicherweise auch sagen.« (GF)

Bei dem Versuch, Akzeptanz für seine Entscheidung zu erzeugen, verfolgt der Geschäftsführer eine Doppelstrategie: Die finanzielle Lage wird erläutert, das heißt, es wird an die Pflege appelliert, einen Beitrag zur kollektiven Bestandssicherung zu leisten; und die neu übernommenen Aufgaben sollen – aus seiner Sicht, die allerdings auch vom Pflegedirektor geteilt wird – vereinfacht werden. Die zahlreichen Probleme, die mit der Standardisierung an der Basis entstehen und die dazu führen, dass die Akzeptanz bei den Pflegekräften sich gerade *nicht* erhöht, erwähnt der Geschäftsführer jedoch nicht.²⁹ Bevor die Sicht der Basis auf den Prozess dargestellt wird, soll zunächst die Perspektive und Rolle des Pflegedirektors verdeutlicht werden.

5.2 Die Kröte schlucken (Pflegedirektor)

Der Pflegedirektor spielt bei dem Versuch, die Einheit der Organisation trotz der durch die Entscheidung der Geschäftsführung erzeugten Innenspannungen zu bewahren, eine wesentliche Rolle. Seine ergänzende Funktion im Verhältnis zum Geschäftsführer scheint geradezu darin zu bestehen, das durch diesen erzeugte Chaos irgendwie in einen funktionsfähigen Zustand zu überführen. Seiner zusätzlichen Rolle als »Leiter klinische Prozesse« gerecht werdend, folgt er stark einer Arbeitsorientierung, in der es um die Abstimmung und das Zusammenführen von unterschiedlichen Arbeitsprozessen geht, deren jeweilige Eigenlogik er explizit reflektiert.

²⁹ Die Pflegekräfte an der Basis merken an: Die standardisierten Kostformen passen nicht zu den individuellen Wünschen der Patienten, wodurch viele Speisen vergeudet werden und die Beschwerden zunehmen. Diese werden an die Pflegekräfte gerichtet, was zusätzliche Zeit kostet. Die medizinisch durchaus sehr relevante Anpassung der Kostform an Diabetes-Kost funktioniert nicht. Für Neuzugänge, die nach 13 Uhr kommen, müsse Essen auf Station vorgehalten werden – was noch einmal komplizierter wird, wenn man an Patient:innen mit Allergien oder veganer Ernährungsweise denkt –, weshalb dort neue Kühlschränke angeschafft werden sollen.

Im Interview hebt der Pflegedirektor die Ambivalenz des Pflegebudgets hervor: Wie der Pflegedirektor eines anderen Krankenhauses auch, sieht er es als positiv an, dass man nun »unbegrenzt Leute einstellen« könne. Irritierenderweise bezeichnet er das allerdings als einen »ganz, ganz großen positiven *Nebeneffekt*« (Hervorh. R. M. und L R), obwohl genau das in der bundespolitischen ›Arena‹ als einer der *Haupteffekte* verhandelt wurde. Für den Pflegedirektor scheint aber etwas anderes im Vordergrund zu stehen, nämlich der »negative[n] Effekt, dass man [...] Tätigkeiten in die Pflege zurückführen möchte, die eigentlich längst an die Hilfskräfte ausgelagert waren«. Diese Rückverlagerung wird dabei als allgemeine Tendenz gesehen: »[D]as betrifft nicht nur unser Haus, das ist überall so«. Damit rechtfertigt der Pflegedirektor diese Prozesse, die er trotz seiner Kritik intern mitträgt und vorantreibt, auch vor sich selbst, da sie in der ›Logik der Sache‹ liegen würden.

In der ersten beobachteten Bereichsleitungsrunde adressierte der Pflegedirektor explizit das Forscher:innen-Team, als er zu dem Thema »Menüservice« überleitete – und zwar mit den Worten: »Dann ein unangenehmer Punkt – apropos Auf- und Abwertung von Care-Arbeit.« Der Pflegedirektor sieht einen Widerspruch zwischen der Übernahme des Menüservice und dem Professionalisierungsanspruch der Pflege. Mit dem Abräumen des Essens entstehe ein neuartiger Priorisierungsdruck, welcher der pflegerischen ›Berufsehre‹ zuwiderlaufe. Das Ganze sei, so der Pflegedirektor, »zeitkritisch«, das heißt die Essenswägen müssen zu einer bestimmten Zeit wieder von den Stationen abgeholt werden, damit sie in der Küche weiterbearbeitet werden können, sonst gerieten hier alle Anschlussprozesse ins Stocken.

»Also es gibt ein großes Thema und das ist: Nach dem Abräumen ist eigentlich der Zeitablauf extrem getaktet, weil dann irgendwie in der Küche gespült wird und so weiter, und wenn das nicht so getaktet läuft, dann crasht der ganze Prozess hintenraus. Und wenn jetzt Pflege priorisieren muss und wir haben mal keine Helfer da und dann muss gegebenenfalls eine examinierte Kraft zwischen Behandlungspflege oder auch ner Grundpflegetätigkeit oder ner Pflegeplanung, was auch immer, und Essenstabletts abräumen priorisieren, dann ist das einfach eine völlig unglückliche Situation, die auch ja irgendwie massiv in die Berufsehre eingreift und die dieser Tendenz, dass sich Pflege professionalisiert, akademisiert, das läuft extrem dagegen und das ist Gift für diesen Professionalisierungs- und Akademisierungsweg.« (PD)

Die Aufteilung zwischen examinierter Pflege und ›Helfer:in‹ wird vom Pflegedirektor ebenso selbstverständlich vorausgesetzt wie die Zurechnung des Essenaufräumens zu den Helfer:innen. Im Fokus des Pflegedirektors steht also die ›Berufsehre‹ der höher ausgebildeten, *examierten* oder *studierten* Pflegekräfte, die auf dem Professionalisierungsweg sind und denen ihre eigenen Hilfskräfte zuständen, die sie von nicht-pflegerischen Aufgaben entlasten. Die Orientierung an einer funktionierenden Arbeitsteilung erhält damit auch eine normative Dimension: Die Arbeitsteilung soll auch in dem Sinne funktionieren, dass sie mit den Berufsidentitäten der Involvierten harmonisiert. Behandlungs- und Grundpflege sowie die Pflegeplanung scheinen dabei kurz als Kernelemente professionalisierter pflegerischer Arbeit auf. Den Krankenpflegehilfskräften wird dabei allerdings keine eigenständige Berufsidentität zugestanden, die zur Disposition stehen könnte bzw. die zur Problem- oder Konfliktdynamik beitragen

würde – sie haben im Kontrast zu den Examinierten also keinen Subjektstatus im strengen Sinne. Sie fungieren vielmehr als stummer Puffer.

Genau diese Rolle, man könnte zugespitzt sagen: diesen verdinglichten Status, den der Pflegedirektor hier den Hilfskräften zuschreibt und der gegenüber dem Idealbild der Rolle von Examinierten abgewertet ist, haben aber im aktuellen Arbeitsalltag und Organisationsgeschehen de facto die *examinierten* Pflegekräfte inne. Mit der Restrukturierung reproduziert und zementiert sich also der nichtprofessionelle Status der examinerten Pflege im Krankenhaus. Sie ist – gemessen an den Maßstäben des Pflegedirektors – abgewertet. Indem er an der Umsetzung der Rückverlagerung des Menüservice mitwirkt, trägt der Pflegedirektor allerdings, ob er will oder nicht, selbst dazu bei, dass sich dieser abgewertete Status reproduziert – auch wenn er explizit darauf hinweist, dass er da nichts mitzureden hatte.

»[...] und gleichzeitig ist das ne Entscheidung der Geschäftsführung gewesen, bei der ich keine Chance hatte zu intervenieren, weil das war entschieden und da gab's nichts zu diskutieren und es war klar, andere Berufsgruppen, da geht's um Stellenabbau. In der Pflege ist das nicht so, aber dafür müssen wir die Kröte schlucken, andere Aufgaben zu übernehmen. Also, das war klar, an der Stelle gibt's leider nichts zu diskutieren.«

Auch der Pflegedirektor rechtfertigt die Restrukturierung also damit, dass die Pflege einen Beitrag zur Bestandssicherung leisten müsse, Professionalisierungsansprüche werden dieser Aufgabe untergeordnet. Auch wenn es eine »Kröte« ist, muss man sie trotzdem schlucken.

5.3 Es kommt so oder so (Pflege an der Basis)

Mit der strategischen Entscheidung des Geschäftsführers entsteht – als Form von Innenspannung – eine nahezu klassische leistungspolitische Auseinandersetzung: Das Management stellt ganz formal und explizit neue Leistungsanforderungen an die Pflegekräfte, die eigensinnig reagieren. Was halten nun also die Pflegekräfte an der Basis von der Reorganisation des Menüservice? Wie ist ihre Sicht auf den Prozess und die neue Leistungsanforderung?

Einen ersten Eindruck von dem auch von der Betriebsratsvorsitzenden erwähnten »großen Unmut« liefert der Protestbrief, den einige Pflegekräfte von Standort 2 an die »Geschäftsleitung« geschrieben haben. In diesem wird vor allem der Zeitmangel angesprochen, dem man schon ausgesetzt sei, wenn man sich nur um das »eigentliche[] Tätigkeitsfeld«, nämlich die »Pflege am Menschen« kümmere. Interessant an dem Brief ist, dass zunächst mit einer strukturgleichen Kategorisierung von Tätigkeiten gearbeitet wird wie seitens des Geschäftsführers, der zwischen den »normierten Aufgaben« der Pflege und »andere[n] Aufgaben [...] drumrum« unterschieden hatte. Die Menüservice-Tätigkeiten werden im Protestbrief als Tätigkeiten »neben unseren normalen Tätigkeiten« kategorisiert und auch Reinigungsaufgaben werden als Tätigkeiten benannt, die »zusätzlich zu unserem eigentlichen [...] Aufgabengebiet« übernommen werden sollen. Was der Geschäftsführer als abstrakte, noch umzusetzende Überlegung und Lösung

eines (für ihn) zentralen Problems darstellt, wird von der Pflege an der Basis als bereits existierende und problematische Tendenz erfahren.³⁰ So heißt es im Brief:

»Seit einiger Zeit gehört das Reinigen der Pflegeutensilien, der Toilettenstühle, der Steckbecken, der Nachtschränken und Infusionsständer zu unseren Aufgaben, da dort Personal fehlt oder gekürzt wurde. [...] All das haben wir ausgehalten, mit der Hoffnung, dass es irgendwann wieder besser wird. Leider ist das Gegenteil der Fall!«

Auch in den Interviews finden wir ganz ähnliche Äußerungen. Eine Stationsleitung am Standort 1 berichtet beispielsweise: »Es wird immer reduziert, reduziert, reduziert und das heißt dann: Ja, ihr könnt das machen. [...] Das Thema geht schon im Haus- was kommt alles noch? Natürlich schwierig. Kann keiner beantworten, weil wir's nicht wissen« (SL Innere). Die artikulierte Ungewissheit darüber, was in Zukunft noch hinzukommt, verweist nicht einfach nur auf eine ungewisse Zukunft, sondern auf die Fremdbestimmtheit des Arbeitshandelns: Es sind andere, die darüber entscheiden, »was alles noch kommt«. Die gemeinsam geteilte Erfahrung, die sich aus dem an der Pflege-Basis gesammelten Material herauslesen lässt, ist die *Erfahrung der fremdbestimmten Tätigkeitsausweitung*.³¹

Trotz dieser Gemeinsamkeit ist die Reaktionsweise auf diese Erfahrung durchaus unterschiedlich, was die Sinngebung und die Bewertung der konkreten Tätigkeiten, die übernommen werden sollen, betrifft: Während die einen die Überschreitung der Grenze ihres Berufsbildes kritisieren, die essenbezogenen Tätigkeiten also nicht als Teil »ihrer Arbeit« definieren, bewerten andere den Prozess nicht negativ, sondern betonen stattdessen die Chance, so näher an den Patient:innen zu sein. Die Stationsleitung der Pilotstation von Standort 1 formuliert es so:

»Es gibt Mitarbeiter, die sehen das genauso wie ich als Chance im Prinzip, da wir einfach näher am Patient dran sind, auch immer gleich sehen, ist das jetzt das richtige, man kann immer gleich nochmal was ändern. Aber einige Mitarbeiter empfinden's schon als Abwertung ihrer Tätigkeit. Das ist schon richtig, aber ich seh's halt eben auch als Chance für mich wie gesagt, um zu gucken, kriegt der Patient das richtige, ist es tatsächlich so, muss dieser Mensch wirklich nüchtern bleiben oder muss er nicht. Sieht jeder Mitarbeiter glaube ich nen kleines bisschen anders.« (SL 3 Innere)

Diese Reaktionsweise der *Aneignung* und Integration der Leistungsanforderung in die pflegeberufliche Orientierung lässt sich von jener unterscheiden, die wir als innere *Abwehr* bezeichnen. Letztere meint, dass die Leistungsanforderung nicht in die Berufsidentität integriert wird, sondern mit Verweis auf die Ausbildung (siehe unten) als berufsfremd interpretiert wird, so dass es eine Diskrepanz zwischen organisationaler Leistungsanforderung und Berufsidentität gibt, die auch im Brief zum Ausdruck kommt. Die Hoffnung, dass diese Diskrepanz durch das Agieren der Geschäftsführung

³⁰ Der zeitliche Abstand zwischen dem Interview mit dem Geschäftsführer und der Veröffentlichung des Protestbriefs beläuft sich auf zwei Monate.

³¹ Ohne dass der Begriff von Seiten der Forschenden zuvor verwendet worden wäre, fragte eine Stationsleitung im Interview zurück: »Und jetzt hatten Sie ja eigentlich das Thema der [...] fremdbestimmten Tätigkeiten, ne?« Mit der Formulierung wird hier somit an einen Begriff aus dem Feld angeschlossen.

aufgelöst wird, wurde jedoch enttäuscht. Aus der Sicht derjenigen Pflegekräfte, die mit innerer Abwehr reagieren, ist durch die Restrukturierung ein Schritt in Richtung Delegitimierung der betrieblichen Ordnung getan (vgl. Menz 2017).

Die Erklärung für diese Differenz von Aneignung und Abwehr³² könnte eine berufsbio-graphische oder eine fachbezogene sein. Zwei Pflegekräfte, die die mögliche Patient:innennähe betonen, kennen es noch aus der Anfangszeit ihres Berufslebens, dass die Pflege die Menütätigkeiten erledigt. Eine dritte, die das Positive erwähnt, hat diesen berufsbio-graphischen Hintergrund jedoch nicht. Alle drei arbeiten allerdings im Fachgebiet der inneren Medizin. Es sind demgegenüber vor allem die Pflegekräfte der geriatrischen Station, die ihre Ausbildung und damit zusammenhängend die Norm einer ausbildungsadäquaten Arbeitsteilung gegen diese Tätigkeitsverlagerung hochhalten:

»Es ist trotzdem halt alles Sachen, wo ich nicht jetzt als Pflegender, als Gesundheits- und Krankenpfleger gelernt hab. Oder für was ich Ausbildung gemacht hab. Ich hab ne andere Ausbildung gemacht und nicht so ne Ausbildung damit ich das Essen aufnehme.« (stellv. SL Geriatrie)

Diese Differenz könnte sich aus Differenzen im Patient:innenkontakt erklären lassen, die aus der Fachspezifik hervorgehen: In der Inneren ist der Patient:innendurchlauf relativ hoch, was von den Pflegekräften auch explizit erwähnt wird (SL 2 Innere: »Wir sind so ne Durchlaufstation«). Die Chancen, eine intensivere Beziehung zu Patient:innen aufzubauen, sind damit relativ gering. In der Geriatrie hingegen liegen Patient:innen tendenziell länger, worauf der stellvertretende Stationsleiter hinweist: »Da hat man halt die Patienten auch zwei Wochen definitiv da. [...] das ist halt nicht wie auf ner Akutstation oder irgendwo anders, wo Durchlauf ist« (stellv. SL Geriatrie.). Der Beziehungsaufbau zu Patient:innen ist in diesem Setting eher möglich und braucht nicht in derselben Weise eingefordert werden.

Jedoch sperren sich auch diejenigen Pflegekräfte, die qualifikationsbasierte Kritik an der Aufgabenübertragung formulieren, nicht kategorisch gegen die Menütätigkeiten an sich. Ihren Erzählungen lässt sich vielmehr entnehmen, dass es kein Problem ist, diese Tätigkeiten in *spezifischen Situationen* als *informell-spontane* Unterstützung auszuüben. Beide Momente sind in der folgenden Passage aus einem Interview mit einer examinier-ten Pflegekraft der Geriatrie bereits in der Proposition am Anfang zusammengezogen:

³² Es zeichnet sich in unserem Material noch eine dritte Reaktionsweise ab, allerdings nur schwach. Während die Abwehr organisationsöffentlich, das heißt explizit und damit als Dokument für uns zugänglich vorliegt, scheint es daneben auch eine für uns als Forscher:innen weniger sichtbare, passiv-resignierte Hin- und Übernahme der neuen Leistungsanforderung zu geben. Auf Letzteres deutet eine Passage aus einem Interview mit einer Stationsleitung von Standort 2 hin, die die Sinnhaftigkeit des Protestschreibens in Frage stellt: »Wir hatten damals ein Schreiben, das war hinten die Station [Stationsbezeichnung] hatte mit uns hier vorne ein Schreiben an den [Name des Geschäftsführers] geschrieben, aber das war auch klar, dass das nicht irgendwie, [...] was irgendwie verändert wird, ob er sich das überhaupt mal durchgelesen hat glaub ich nicht. Deswegen man muss es so hinnehmen, wie's kommt, also es bringt eh nix, wenn man irgendwie rebelliert dagegen und das wird eh gemacht.« (SL Innere/Geriatrie) Hier findet weder eine Aneignung noch eine Abwehr statt, es handelt sich um einen Ausdruck der eingangs hervorgehobenen Resignation. Anders als bei der mit der Abwehr einhergehenden Delegitimierung, scheinen wir es hier mit dem zu tun zu haben, was Menz (2017: 288) »Entlegitimierung« nennt: Ein Gerechtigkeitsanspruch wird gar nicht erst in Stellung gebracht.

»Natürlich unterstützen wir gerne, aber wir haben einfach den Eindruck, dass wir jetzt mehrere Berufe auf einmal ausüben müssen. Einmal das als Gesundheits- und Krankenpfleger für den Patienten da sein. Wir sind die Ansprechpartner für die Angehörigen, für die Ärzte und jetzt müssen wir natürlich noch übernehmen, die Essenausgabe, Essenaufnahme- zumindest ist das noch nicht durchgesetzt, wobei das ist auch in der nächsten Planung, das heißt, dass wir auch noch Essen aufnehmen und auch am Wochenende haben wir teilweise keine Reinigungskraft, wir müssen zum Beispiel die Mülleimer leeren regelmäßig. Natürlich leeren wir sie auch, wenn sie voll ist, also das ist nicht so, ich denke, das macht jede Pflegekraft, aber das sind so zusätzliche Sachen, wo ich vielleicht am Patienten was am Arbeiten könnte oder andere Sachen erledigen könnte, damit die Kollegin dann wieder nicht meine Arbeit machen muss und man fühlt sich so verpflichtet also das ist sehr große Zeitdruck. Oder auch die Hilfsmittel reinigen. Man hat nicht umsonst sage mal die dreijährige Ausbildung gemacht, dass ich dann die Reinigungsarbeiten von anderen Kollegen erledigen muss. Natürlich unterstütze ich sie, wenn ich die Zeit dazu habe, aber oft fehlt uns die Zeit schon alleine für unsere Arbeit, das finden wir sehr traurig.« (PK 2 Geriatrie)

Noch bevor Kritik daran formuliert wird, dass man nun mehrere Berufe gleichzeitig ausüben müsse, hebt diese Pflegekraft hervor, dass man gerne andere unterstütze, das heißt die Unterstützung anderer erscheint hier (und auch noch einmal gegen Ende des Zitats) als positiver Horizont der kollektiven pflegerischen »Wir«-Orientierung. Dem entgegengesetzt wird dann der Zwang (»müssen«), andere »Berufe« mit zu übernehmen. Diese als äußerer Zwang (»müssen«; »man fühlt sich so verpflichtet«) erlebte Aufhebung einer sinnvollen Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Berufsgruppen unterminiert das Enaktierungspotenzial der pflegerischen Orientierung (»für den Patienten da sein«; keine Arbeit für Kolleg:innen liegen lassen), das vom Faktor Zeit abhängig gemacht wird: Wenn man Zeit hat, unterstützt man gerne. Das wird allerdings als *Ausnahmesituation* dargestellt (»oft fehlt uns die Zeit«) – aktuell soll man aber die Arbeiten anderer Berufsgruppen *regelmäßig* übernehmen. Entgegengesetzt wird hier also die *situative und selbstbestimmte Unterstützung* anderer durch die Übernahme berufsfremder Tätigkeiten und der äußere Zwang zur *regelmäßigen* Übernahme berufsfremder Tätigkeiten (negativer Gegenhorizont).

Dieser Entgegensetzung liegt ein Orientierungsrahmen zugrunde, in dem die erlebte Arbeitswelt ganz selbstverständlich als kooperativ-arbeitsteiliger Zusammenhang gilt, die von der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen geprägt ist. Das eigene Arbeiten wird zu Beginn der obigen Interviewpassage unmittelbar mit dem Arbeiten anderer (und der Anwesenheit nicht-arbeitender anderer: Patient:innen und Angehörige) verknüpft, die eigene Arbeit also in einem kooperativen Zusammenhang verortet und nicht isoliert gedacht. Diese Verortung findet über den Verweis auf die eigene Ausbildung statt. Berufsgruppenübergreifende Kooperation ist alltäglich gelebte Praxis, wobei als positiver Horizont (und damit als Richtigkeits- und Angemessenheitsvorstellung) eine Form der Arbeitsteilung aufscheint, in der alle »ihren Job« machen bzw. Tätigkeiten von den Berufsgruppen übernommen werden, die für diese zuständig und qualifiziert sind, und man sich in bestimmten Ausnahmesituationen unterstützt. Hier wird also sowohl ein sachlich-funktionaler Rationalitätsanspruch als auch der an sich selbst gerichtete Anspruch formuliert, andere – wenn nötig und möglich – zu unterstützen.

Da es also nicht die Tätigkeit selbst ist, die in der Kritik steht, verweist die Passage darauf, dass es der *Modus* der Tätigkeitszuweisung ist, der als negativ erfahren wird. Man wird der Möglichkeit beraubt, auf der Grundlage der eigenverantwortlichen Einschätzung von Prioritäten selbst zu entscheiden, ob man gerade (das heißt situativ) etwas anderes als die »eentlichen« Aufgaben erledigen kann, und das in Absprache mit konkreten Anderen. Diese Rekonstruktion der Orientierung am kooperativen, aber situations- und zeitabhängigen Zusammenarbeiten bestätigt sich in der folgenden Passage aus einem Interview mit einer weiteren Pflegekraft derselben geriatrischen Station:

»Wir helfen ja hier auch schon immer. Also es ist ja nicht so- wir verteilen das Essen auch, wir wissen, man kennt sich ja, ist ein kleines Haus. Und dann ist die [Vorname einer Person aus dem Menüservice] hochgekommen und gesagt hat »es dauert ein bisschen länger, hast du Zeit, dann fangt schonmal an«. Das machen wir auch schon.« (stellv. SL Geriatrie)

Resümierend lässt sich festhalten: Sowohl die Unterschiede in der Reaktion auf die Reorganisation als auch die kurzen Verweise der Pflegekräfte darauf, dass man nichts dagegen habe, mal hier und da auszuhelfen – also die Menüaufgaben selbstbestimmt und informell zu erledigen –, deuten darauf hin, dass hier der *Modus* der Tätigkeitszuweisung kritisiert wird. Diesen kann man ganz klassisch, aber trefflich als *Modus* der *betrieblichen Herrschaft* bezeichnen, die hier in der Steuerungsform der verantwortlichen Heteronomie (vgl. Mader 2022: 364 ff.) Gestalt annimmt.³³ Das mag zunächst banal klingen – kontrastiert man diese Erfahrung aber damit, wie mit der ärztlichen Berufsgruppe umgegangen wird, wird deutlich, dass es sich hier um eine ausgeprägte Form betrieblicher Herrschaft handelt, die kaum durch institutionalisierte Professionalität abgeschirmt ist. Die Auswertung der Protokolle von Krankenhausleitungssitzungen zeigt, dass den Ärzt:innen auf der Ebene der Krankenhausleitung in viel höherem Maße als anderen Berufsgruppen, eben auch der Pflege, ein eigensinnig-aktiver Akteursstatus zuerkannt wird, über den man nicht einfach hinweggehen und -entscheiden kann. Die Pflegenden erscheinen demgegenüber eher passiviert, nicht als einzubeziehendes Subjekt, sondern als »Gegenstand« von Entscheidungen und Kommunikationsstrategien. Erst dann, wenn die Pflegenden Einspruch artikulieren, sich also offensiv selbst zu Subjekten machen, die nicht einfach übergangen werden können, werden sie als solche wahrgenommen.³⁴ Folglich besteht eine Differenz im Grad der beruflichen Selbst- und Fremdbestimmung bei Ärzt:innen und Pflegekräften. Die Reorganisation des Menüservice reproduziert und zementiert den nichtprofessionellen Status der Pflege im Krankenhaus und damit das Problem, dass für die Berufsgruppe der Pflege immer noch keine

³³ Die Pflegekräfte auf den Stationen müssen – in Abstimmung mit den unmittelbaren Vorgesetzten – selbst zusehen, wie sie die neue Herausforderung, die verschiedenen Aufgaben zu koordinieren, meistern können; von oben wird nur die Order erteilt, dass es die Strukturveränderung geben soll. Die *work-arounds* für Probleme, welche in der Rationalisierungsmaßnahme angelegt sind, die sowohl unter Rückgriff auf normative als auch funktionale Richtigkeitsansprüche kritisiert wird, werden an der Basis entwickelt.

³⁴ Wie das obige Zitat des Geschäftsführers zur »Führungsabwägungsfrage« zeigt, ändert die Wahrnehmung der Pflege als Berufsgruppe mit eigenständigen und zu berücksichtigenden Ansprüchen aber wenig an der Entscheidung und dem Entscheidungsmodus.

klaren Grenzen des zum Berufsbild gehörenden Tätigkeitsbündels existieren, die es erlauben würden, die Anforderung, ›berufsfremde‹ Tätigkeiten zu übernehmen, abzublocken.³⁵

5.4 Zwischenfazit: Betriebliche Herrschaft als Mechanismus der Abwertung

Die dargestellte Interpretation der Reorganisation des Menüservice führt uns zu der These, dass betriebliche Herrschaft einen zentralen Mechanismus der (Re-)Produktion von Abwertungserfahrungen im Krankenhaus darstellt. Eine Pflegekraft artikuliert das mit diesem Modus betrieblicher Herrschaft einhergehende Gefühl der Abwertung so:

»Das, das Schlimme finde ich ja immer, wir fühlen uns so als Fußabtreter. Wir bekommen alles oben drauf, wir versuchen uns zu organisieren, wir geben das³⁶ dann weiter, aber es kommt keine Rückmeldung. Weil wir sind ja nicht auf dieser Ebene, wir sind ja nur die Examinierten, das Pflegepersonal. Ja? Wir bekommen keine Rückmeldung, was da jetzt dann gelaufen ist, und wenn ich seh, was jetzt passiert, denke ich, das hat gar nichts gefruchtet [eine Rückmeldung nach oben zu geben, R. M. und L. R.].« (PK 1 Geriatrie)

Die Hierarchie der Organisation wird hier als Asymmetrie in der Kommunikation erfahren. Die Pflegekraft verortet die (examinierte) Pflege auf einer unteren Hierarchiestufe, deren Kommunikationskanal nach oben nicht funktioniert. Gleichzeitig erscheinen aber auch die Prozesse, in denen über die eigenen Arbeitsbedingungen entschieden wird, als undurchsichtig – man werde nur mit den Resultaten konfrontiert. Und diese Erfahrung der betrieblichen Herrschaft wird in den folgenden Äußerungen, die unmittelbar an die eben zitierten anschließen, mit der Erfahrung eines Ausschlusses parallelisiert, der oben (vgl. 4.1) als *politische Dimension* der Abwertung gefasst wurde:

»Aber es obliegt nicht mir, Entscheidungen zu fällen, dafür bin ich nicht, hab ich nicht die Kompetenzen, ja? Ja, ich find's halt sehr, sehr schade. Und das gleiche ist ja, was die Politiker machen. Wir bekommen dann die, die feststehenden Sachen, was die entschieden haben, bekommen wir nur mitgeteilt. Wir bekommen aber nicht die Überlegungen, wir werden dort nicht mit einbezogen, die fragen nicht, wie wir das finden würden, ob wir uns verstellen können, das irgendwie zu kompensieren, zu übernehmen, wie auch immer. Es wird einfach Knall und Fall gesagt: Im März gibts kein Menüservice mehr, das müsst ihr übernehmen.« (PK 1 Geriatrie)

³⁵ Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Starystach et al. (2018: 206): »Die Pflege findet derzeit im Krankenhaus keinen Raum, an dem sie sich als Profession – insbesondere durch eigenständige wissenschaftliche Anstrengung und Forschung – ausbilden und verstetigen könnte.« Allerdings deutet die von uns rekonstruierte Reaktionsweise der inneren Abwehr darauf hin, dass die von Starystach et al. rekonstruierte »Leitidee der Indienstnahme der Pflege für die Belange Anderer« (ebd.: 199 f.) nur von einem Teil der Pflegekräfte ins berufliche Selbstverständnis übernommen wird.

³⁶ Zuvor hatte diese Pflegekraft von einer jüngst gemachten Erfahrung des unkollegialen und ungerechten Umgangs im Ausfallmanagement erzählt: Sie wurde aus dem Frei geholt, um auf einer anderen Station einzuspringen, während auf ihre Station niemand gekommen sei, obwohl die Personalsituation dramatischer gewesen sei: »wir helfen überall«, bekommen aber keine Hilfe von anderen. Die Norm der Unterstützung ist also mit einer Reziprozitätserwartung verbunden.

Erfahrungen des Ausschlusses von Entscheidungen, welche die eigenen Arbeitsbedingungen betreffen, die im betrieblichen und (bundes-)politischen Kontext gemacht werden, scheinen sich hier gegenseitig zu verstärken. Es wird also eine Abwertungserfahrung in dem Sinne gemacht, dass ein Beteiligungsanspruch verletzt wird. Gleichzeitig wird eine Art der »Entfremdung« der Entscheidungsträger von den Tätigkeiten und Anforderungen an der Basis kritisiert, worin sich *ex negativo* der Anspruch artikuliert, dass diejenigen entscheiden sollten, die Ahnung haben, was an der Basis passiert.

Doch es ist nicht nur die politische Dimension der Abwertung, die hier im Kontext der Reorganisation des Menüservice auffindbar ist. Dieselbe Pflegekraft thematisiert im unmittelbaren Zusammenhang mit der Erfahrung betrieblicher Herrschaft eine Form der *ökonomischen* Abwertung:

»Und das sind so Sachen, da denkt man dann immer: Naja, da sitzen irgendwelche hohen Leute an dem Schreibtisch, die aber von der eigentlichen Tätigkeit, von dem was hier wirklich passiert und was wir machen und leisten gar keine Ahnung- und drücken uns da irgendwas drauf. Ich verdien' ja jetzt auch dadurch nicht mehr Geld, dass ich diese Tätigkeit auch noch mitmach'.«
(PK 1 Geriatrie)

Es ist für sie offensichtlich, dass sie unbezahlte Mehrarbeit leisten soll, was auch ganz unabhängig von der subjektiven Wahrnehmung eine Form der ökonomischen Abwertung ist. Nur um die Dimensionen zu verdeutlichen: Legt man die Zahlen zugrunde, die von der stellvertretenden Stationsleitung, die im Zuge der Pilotierung die Zeitmessung übernommen hat, genannt wurden, bedeutet die Übernahme der Menü Tätigkeiten pro Mahlzeit etwa 50 Minuten Arbeit, wenn auf einer Station mit 30 Patient:innen vier Pflegekräfte mithelfen.

Auch in *symbolisch-kultureller* Hinsicht ist die Reorganisation des Menüservice mit Abwertungserfahrungen verknüpft. Wenngleich die »Klassifikationen« des Geschäftsführers und der Pflegekräfte (»normale bzw. normierte Tätigkeiten der Pflege« und »Tätigkeiten drumrum«) sehr ähnlich sind, so missachtet der Geschäftsführer mit seiner Entscheidung doch den grenzziehenden und identitätsstiftenden Charakter, den die Selbst-Klassifikation *als Pflege* bei den (meisten) Pflegekräften hat. Und es ist eben diese Ignoranz gegenüber einem als legitim erachteten Klassifikationsprinzips, die als Abwertung erfahren wird. Das kulturelle Kapital, das mit der pflegerischen Ausbildung akkumuliert wurde und sich notwendig in Differenz und Grenzziehung zu anderen Berufen konstituiert, wird nicht anerkannt. Damit verliert die Pflege erneut den Kampf um Abgrenzung von anderen Hilfstätigkeiten, der immer auch ein symbolischer ist.³⁷ Und im Kontrast zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, die teilweise als Strategie der Professionalisierung seitens der Pflege eingefordert wird, ist die Übernahme von Servicetätigkeiten, also von zuvor abgewerteten Tätigkeiten, alles andere als ein Positionsgewinn. Gleichzeitig verliert dadurch die betriebliche Herr-

³⁷ Vgl. zu dieser symbolischen Dimension des Kampfes um Qualifikation, Fachlichkeit und Berufsidentität mit Bezug auf den Problemkomplex der betrieblichen Integration von migrierten Pflegefachkräften Kontos und Ruokonen-Engler (2022: 12 ff.).

schaftsordnung zumindest bei einem Teil der Pflegekräfte auch an Legitimität (und damit Bindungskraft), denn die neue Tätigkeitsverteilung entspricht nicht deren kognitiven und normativen Strukturen.

6 Fazit und Ausblick

Das Feld der Krankenhauspflege unterliegt gegenwärtig einem Wandel, der von gegenläufigen Tendenzen gekennzeichnet ist. Im Anschluss an die Ausgangsbeobachtungen und -thesen zu den jüngsten Entwicklungen des Feldes wurde gezeigt, dass vorliegende Theorien der strukturellen Abwertung von Care-Arbeit in der Lage sind, die grundlegenden Strukturdynamiken zu bestimmen, welche die Vergesellschaftung von Pflege als erwerbsförmig verfasste Sorge-Arbeit in kapitalistischen Gesellschaften prägen. Es ist damit davon auszugehen, dass sie auch in den jüngsten Entwicklungen wirksam sind – allerdings nicht ungebrochen. Auf Basis der Unterscheidung von drei Dimensionen der Ab- bzw. Aufwertung (ökonomische, politische, symbolisch-kulturelle) lassen sich insbesondere in politischer, aber auch in symbolischer Hinsicht Gegentendenzen zur strukturellen Abwertung der Krankenhauspflege erkennen. Diese sind jedoch keineswegs so umfassend und durchschlagend, dass sich Pflegekräfte auch subjektiv als aufgewertet erleben. Innerhalb der Organisation Krankenhaus bleiben vielmehr Abwertungserfahrungen – verstanden als Erfahrung von Anspruchsverletzungen – ausschlaggebend. Um diese Diskrepanz zu erklären, rücken wir organisationale Dynamiken in den Fokus, die zwischen gesellschaftlichen, organisationsübergreifenden Entwicklungen und den Erfahrungen, die Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag machen, vermitteln. Das Beispiel der Reorganisation des Menüservice im Zusammenhang mit den Pflegebudgets sollte vor diesem Hintergrund die Relevanz des organisationsbezogenen Fokus für die Frage der Auf- und Abwertung erwerbsförmiger Sorgearbeit verdeutlichen: Eine Priorisierung von Effizienz und Profitlogik gegenüber der Pflege findet nicht einfach nur auf einer Makroebene statt, wie sie in feministischen Theorien struktureller Abwertung thematisiert wird. Vielmehr sind Pflegebudgets als eine organisationsübergreifende Entwicklung zu verstehen, die auf Governance-Ebene mit der Profitlogik partiell *bricht*, sich aber innerhalb der Organisation, das heißt *durch organisationale Dynamiken*, in einen Prozess verkehren kann, in dem erneut ökonomische Rücksichten gegenüber den Ansprüchen der Pflegekräfte Vorrang erhalten.

Diese organisationalen Dynamiken ergeben sich im rekonstruierten Fallbeispiel durch Strukturen betrieblicher Herrschaft, die – wie anzunehmen ist – auch für weitere Prozesse der Auf- und Abwertung zentral sind. Welche konkrete Ausprägung Regime betrieblicher Herrschaft im Krankenhaus annehmen, wird sich erst im weiteren Verlauf des Projekts im Kontrast zu anderen Fällen auf empirischer Basis genauer rekonstruieren lassen. Die betriebliche Herrschaft wird für die Pflegekräfte im vorliegenden Fall anhand einer strategischen Entscheidung des Managements erfahrbar, die als Herein-

brechen externer Anforderungen in die eigene (selbstbestimmte), teamförmig-kooperative Arbeitsroutine erlebt wird, die Basis der Aufrechterhaltung des alltäglichen Betriebs ist. Diese – aus Sicht der Basis – *Außeralltäglichkeit* der strategischen Entscheidung des Managements impliziert, dass »die Organisation« von der Pflege an der Basis tendenziell als etwas Externes zum primären konjunktiven Erfahrungsraum im Sinne Bohnsacks (2017: 102 ff.), dem Team auf der Station, erlebt wird. Es zeichnet sich jedenfalls ab, dass strategische Entscheidungen ein besonders herausgehobenes Moment betrieblicher Herrschaft im Krankenhaus und ihrer Erfahrung durch die Pflegekräfte darstellen. Arbeitskontrolle findet im *Arbeitsalltag* demgegenüber insbesondere auf der Ebene der Station und des Teams sowie durch die Stations-, Ober- und Chefärzte statt. Als weiteres besonderes Moment der Erfahrung betrieblicher Herrschaft, der im weiteren Verlauf des Projekts noch genauer zu untersuchen sein wird, scheint im bisher erhobenen Material das Ausfallmanagement auf, insbesondere wenn es eine Hierarchiestufe höher eskaliert wird und Ausfälle stationsübergreifend kompensiert werden müssen. Eine damit verbundene, in diesem *Working Paper* offengelassene Frage besteht darin, welche Rolle die Bereichsleitungen, also das mittlere Management der Pflegehierarchie, in der Vermittlung dieser herrschaftsbasierten Innenspannung zwischen Führung und Basis spielen.

Damit sind erste Schritte angedeutet, wie das organisationstheoretische Desiderat der Theorien struktureller Abwertung empiriebasiert bearbeitet werden kann. In den nächsten Schritten gilt es, den Widerspruch zwischen der Eigenlogik von Sorge-Arbeit und einer Form von Organisation aufzuzeigen, deren gesellschaftliche Funktion (neben anderen) darin besteht, ökonomische und politische Zwänge so aufzugreifen und zu strukturieren, dass Sorge-Arbeitsprozesse irgendwie – »knirschend, stöhnend, mit unsäglichen Opfern« (Adorno 1972: 15) – aufrechterhalten werden. Hierbei scheint ein erweiternder Anschluss an Müllers Theorem der Wert-Abjektion besonders vielversprechend, der berücksichtigt, dass die Logik der Care-Arbeit sich nicht nur gegen Prinzipien der Rentabilität (Inwertsetzung) widerspenstig zeigt, sondern auch gegen Prinzipien bürokratischer Standardisierung. Auch wenn die starren Pflegepersonaluntergrenzen in naher Zukunft durch eine bedarfsgerechtere Form von Personalbemessung ersetzt werden, wird sich die widerspruchsgenerierende Nichtidentität von formal-abstrakten, organisatorisch umzusetzenden Vorgaben und konkreter Versorgungspraxis nicht auflösen lassen.

Ähnliche Analysen wie hier zum Thema Pflegebudgets werden im weiteren Verlauf des Projekts zu den Themen *Pflegepersonaluntergrenzen* und *Corona-Pandemie* durchgeführt und über Fallvergleiche vertieft. Auf diese Weise sollen weitere organisationale Dynamiken entdeckt werden, die neben den organisationsübergreifenden Bedingungen für die Abjektion des Care-Inhalts in der Krankenversorgung verantwortlich sind. Soll dem Care-Inhalt mehr Entfaltungsspielraum gegeben werden, so eine praktische Schlussfolgerung aus dem Projekt, reicht es nicht aus, die organisationsübergreifenden Strukturen zu verändern; auch die Organisationsstrukturen selbst wären zu transformieren. Nur letzteres zu tun, das bleibt der wichtige praxisbezogene Gehalt der Theorien der strukturellen Abwertung, wäre aber wiederum zu wenig.

7 Literatur

- Adorno, Theodor W. 1972: Gesellschaft, in: ders.: Gesammelte Schriften. Band 8: Soziologische Schriften I. Hg. von Rolf Tiedemann. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 9–19.
- AOK Bundesverband 2022: Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur BMG-Verbändebeteiligung.
⟨www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DRG-EKV_2022/AOK_BV.pdf⟩.
- Artus, Ingrid, Peter Birke, Stefan Kerber-Clasen und Wolfgang Menz (Hg.) 2017: Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen. Hamburg: VSA.
- Aulenbacher, Brigitte 2020: Auf neuer Stufe vergesellschaftet: Care und soziale Reproduktion im Gegenwartskapitalismus, in: Karina Becker, Kristina Binner und Fabienne Décieux (Hg.): Gespannte Arbeits- und Geschlechterverhältnisse im Marktkapitalismus. Wiesbaden: Springer VS., 125–147.
- Aulenbacher, Brigitte und Maria Dammayr 2014: Krisen des Sorgens. Zur herrschaftsförmigen und widerständigen Rationalisierung und Neuverteilung von Sorgearbeit, in: dies. (Hg.): Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft, Arbeitsgesellschaft im Wandel. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 65–75.
- Aulenbacher, Brigitte, Maria Dammayr und Fabienne Décieux 2014: Herrschaft, Arbeitsteilung, Ungleichheit. Das Beispiel der Sorgearbeit und des Sorgeregimes im Gegenwartskapitalismus, in: PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 44(175), 209–224.
- Aulenbacher, Brigitte, Maria Dammayr und Birgit Riegraf 2017: Gesellschaftliche Widersprüche, institutionelle Logiken, alltägliche Anforderungen. Leistung und Gerechtigkeit in der Sorgearbeit illustriert an der Altenpflege, in: Brigitte Aulenbacher, Maria Dammayr, Klaus Dörre, Wolfgang Menz, Birgit Riegraf und Harald Wolf (Hg.): Leistung und Gerechtigkeit. Das umstrittene Versprechen des Kapitalismus. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 155–172.
- Aulenbacher, Brigitte, Birgit Riegraf und Susanne Völker 2015: Feministische Kapitalismuskritik: Einstiege in bedeutende Forschungsfelder. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Baum, Franziska und Nadja Kufner 2021: Widersprüchliche Subjektivierung in der Care-Gigwork. Eine Charakterisierung von Care-Arbeitskraftunternehmer:innen, in: Moritz Altenried, Julia Dück und Mira Wallis (Hg.): Plattformkapitalismus und die Krise der sozialen Reproduktion. Münster: Westfälisches Dampfboot, 168–185.

- Baumol, William J. 1967: Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, in: *The American Economic Review* 57(3), 415–426.
- Baumol, William J., David de Ferranti, Monte Malach, Ariel Pablos-Méndez, Hilary Tabish, und Lilian Gomory Wu 2012: *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. New Haven: Yale University Press.
- Baureithel, Ulrike 2022: Mutig erkämpft: Bessere Pflege in NRW, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 9, 33–36.
- Beck, Linda und Linus Westheuser 2022: Verletzte Ansprüche. Zur Grammatik des politischen Bewusstseins von ArbeiterInnen, in: *Berliner Journal für Soziologie* 32, 279–316.
- Becker-Schmidt, Regina 2017a [1998]: Trennung, Verknüpfung, Vermittlung. Zum feministischen Umgang mit Dichotomien, in: dies.: *Pendelbewegungen – Annäherungen an eine feministische Gesellschafts- und Subjekttheorie. Aufsätze aus den Jahren 1991 bis 2015*. Opladen, Berlin und Toronto: Barbara Budrich, 119–157.
- Becker-Schmidt, Regina 2017b [2009]: Soziale Konflikte im gegenwärtigen Sozialgefüge: Asymmetrische Arbeits- und Geschlechterverhältnisse – vernachlässigte Sphären gesellschaftlicher Reproduktion, in: dies.: *Pendelbewegungen – Annäherungen an eine feministische Gesellschafts- und Subjekttheorie. Aufsätze aus den Jahren 1991 bis 2015*. Opladen, Berlin und Toronto: Barbara Budrich, 371–401.
- Böhm, Thomas 2019: Krankenhausfinanzierung – Beginn einer neuen Ära?, in: *Sozialismus* 46(7/8), 44–49.
- Böhm, Thomas und Nadja Rakowitz 2023: Krankheit muss sich wieder lohnen. Warum durch die Reform der Krankenhausfinanzierung nichts besser wird, in: *konkret* 2/2023, 12–14.
- Bohnsack, Ralf 2017: *Praxeologische Wissenssoziologie*. Opladen, Berlin und Toronto: Barbara Budrich.
- Borchert, Jens und Stephan Lessenich 2004: »Spätkapitalismus« revisited. Claus Offes Theorie und die adaptive Selbsttransformation der Wohlfahrtsstaatsanalyse, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 50(6), 563–583.
- Bourdieu, Pierre 2002: Das ökonomische Feld, in: ders.: *Der Einzige und sein Eigenheim. Erweiterte Neuausgabe der Schriften zu Politik & Kultur 3*. Hg. von Margareta Steinrücke. Hamburg: VSA, 185–222.
- Bourdieu, Pierre 2005 [1998]: *Die männliche Herrschaft*. Übers. von Jürgen Bolder. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre 2014: *Über den Staat. Vorlesungen am Collège de France 1989–1992*. Übers. von Horst Brühmann und Petra Willim. Berlin: Suhrkamp.
- Bräutigam, Christoph, Michaela Evans, Laura Schröer, Josef Hilbert, Stefan Kerber-Clasen, Franziska Meyer-Lantzberg und Gabriele Wagner 2020: *Reorganisation und Mitbestimmung von Care-Arbeit. Interessen- und Anerkennungsansprüche der Be-*

- schäftigten, in: Hans Böckler Stiftung Study 437. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Brenner, Robert 2006: The economics of global turbulence. The advanced capitalist economies from long boom to long downturn, 1945–2005. London und New York: Verso.
- Bruch, Michael und Klaus Türk 2005: Organisation als Regierungsdispositiv der modernen Gesellschaft, in: Michael Faust, Maria Funder und Manfred Moldaschl (Hg.): Die »Organisation« der Arbeit. Band 1: Arbeit, Innovation und Nachhaltigkeit. München: Hampp, 283–306.
- Burawoy, Michael 1985: The Politics of Production. Factory Regimes under Capitalism and Socialism. London: Verso.
- Chorus, Silke 2013: Care-Ökonomie im Postfordismus. Perspektiven einer integralen Ökonomie-Theorie. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Dammayr, Maria 2019: Legitime Leistungspolitiken? Leistung, Gerechtigkeit und Kritik in der Altenpflege. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Deutsches Krankenhausinstitut 2021: Krankenhaus Barometer. <www.dki.de/sites/default/files/2021-12/20211221_Final_KH-Barometer-komprimiert.pdf>.
- Deutsches Krankenhausinstitut 2022: Krankenhaus Barometer. <www.dki.de/sites/default/files/2022-12/Krankenhaus-Barometer%202022%20final.pdf>.
- Douglas, Mary 1974 [1970]: Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Sozialanthropologische Studien in Industriegesellschaft und Stammeskultur. Übers. von Eberhard Bubser. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Douglas, Mary 1991 [1986]: Wie Institutionen denken. Übers. von Michael Bischoff. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Douglas, Mary 2002: Purity and Danger. An Analysis of Concept of Pollution and Taboo. London und New York: Routledge.
- Emirbayer, Mustafa und Victoria Johnson 2008: Bourdieu and Organizational Analysis, in: Theory and Society 37(1), 1–44.
- Faust, Michael, Maria Funder und Manfred Moldaschl 2005: Die »Organisation« der Arbeit. Band 1: Arbeit, Innovation und Nachhaltigkeit. München: Hampp.
- Fraser, Nancy 2016: Contradictions of Capital and Care, in: New Left Review 100(7/8), 99–117.
- Fraser, Nancy 2018: Krise, Kritik und Kapitalismus. Eine Orientierungshilfe für das 21. Jahrhundert, in: Alexandra Scheele und Stefanie Wöhl (Hg.): Feminismus und Marxismus. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 40–58.

- Fraser, Nancy 2022: *Cannibal Capitalism. How our System is Devouring Democracy, Care, and the Planet – and What We Can Do About It*. London und New York: Verso.
- Funder, Maria und Martina Sproll 2012: *Symbolische Gewalt und Leistungsregime. Geschlechterungleichheit in der betrieblichen Arbeitspolitik*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Funder, Maria und Martina Sproll 2015: Gleichstellung als arbeitspolitisches Feld. Symbolische Gewalt und Leistungsregime, in: *WSI-Mitteilungen* 68(1), 43–50.
- Gardiner, Jean 1975: *Women's Domestic Labour*, in: *New Left Review* 89(1), 47–58.
- Hirsch, Joachim 2005: *Materialistische Staatstheorie. Transformationsprozesse des kapitalistischen Staatensystems*. Hamburg: VSA.
- Hürtgen, Stefanie 2022: »Helden« oder Arbeiter*innen? Systemrelevanz und Demokratie, in: *Arbeit* 31(1/2), 115–132.
- Hürtgen, Stefanie und Stephan Voswinkel 2014: *Nichtnormale Normalität? Anspruchslogiken aus der Arbeitnehmermitte*. Berlin: edition sigma.
- Hürtgen, Stefanie und Stephan Voswinkel 2016: Ansprüche an Arbeit und Leben – Beschäftigte als soziale Akteure, in: *WSI-Mitteilungen* 69(7), 503–512.
- Iseringhausen, Olaf und Johannes Staender 2012: *Das Krankenhaus als Organisation*, in: Maja Apelt (Hg.): *Handbuch Organisationstypen*. Wiesbaden: Springer VS, 185–203.
- Jessop, Bob 1999: *The Strategic Selectivity of the State. Reflections on a Theme of Poulantzas*, in: *Journal of the Hellenic Diaspora* 25(1/2), 41–78.
- Kalff, Yannick 2018: *Organisierendes Arbeiten. Zur Performativität von Projekten*. Bielefeld: transcript.
- Kontos, Maria und Minna K. Ruokonen-Engler 2022: *Zum Nexus von Arbeits- und Migrationssoziologie. Das Beispiel Pflegefachkräftemigration*. IfS Working Paper Nr. 17. Frankfurt a. M.: Institut für Sozialforschung. <www.ifs.uni-frankfurt.de/publikationsdetails/ifs-maria-kontos-und-minna-k-ruokonen-engler-zum-nexus-von-arbeits-und-migrationssoziologie-das-beispiel-pflegefachkr%C3%A4ftemigration.html>.
- Kracauer, Siegfried 1971 [1930]: *Die Angestellten. Aus dem neuesten Deutschland*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Krämer, Hagen 2021: *Die Kostenkrankheit von Dienstleistungen als soziale Frage. Eine (wirtschafts-)politische Gestaltungsaufgabe*, in: Bernhard Emunds, Julian Degan, Simone Habel und Jonas Hagedorn (Hg.): *Freiheit – Gleichheit – Selbstausbeutung. Zur Zukunft der Sorgearbeit in der Dienstleistungsgesellschaft*. Marburg: Metropolis-Verlag, 43–70.

- Kratzer, Nick, Wolfgang Menz, Knut Tullius und Harald Wolf 2015: Legitimationsprobleme in der Erwerbsarbeit. Gerechtigkeitsansprüche und Handlungsorientierungen in Arbeit und Betrieb. Baden-Baden: Nomos.
- Lämmel, Nora, Isabelle Riedlinger und Karin Reiber 2021: Interessenvertretung in der Pflege – zu komplex um Arbeitsbedingungen mitzugestalten?, in: Birgit Blättel-Mink (Hg.): Gesellschaft unter Spannung. Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2020.
- Lessenich, Stephan 2008: Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld: transcript.
- Luhmann, Niklas 2019: Schriften zur Organisation 2. Theorie organisierter Sozialsysteme. Hg. von Ernst Lukas und Veronika Tacke. Wiesbaden: Springer VS.
- Mader Dimitri 2022: Herrschaft und Handlungsfähigkeit in der Lohnarbeit. Eine Metastudie zu betrieblichen Machtordnungen. Frankfurt a. M. und New York: Campus.
- Marrs, Kira 2008: Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit. Berlin: edition sigma.
- Marx, Karl 1962 [1867/1890]: Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie. Erster Band. Buch I: Der Produktionsprozeß des Kapitals, in: Marx-Engels-Werke. Band 23. Berlin: Dietz.
- Mayer-Ahuja, Nicole und Oliver Nachtwey 2021: Verkannte Leistungsträger:innen. Berichte aus der Klassengesellschaft. Berlin: Suhrkamp.
- Menz, Wolfgang 2017: Gerechtigkeit, Rationalität und interessenpolitische Mobilisierung. Die Perspektive einer Soziologie der Legitimation, in: Ingrid Artus, Peter Birke, Stefan Kerber-Clasen und Wolfgang Menz (Hg.): Sorge-Kämpfe. Auseinandersetzungen um Arbeit in sozialen Dienstleistungen. Hamburg: VSA, 278–305.
- Menz, Wolfgang und Sarah Nies 2021: Ansprüche an Arbeit, Krisen der Legitimität und interessenpolitische Mobilisierung, in: Horst Kahrs (Hg.): Gesellschaftsbilder und Klassenhandeln – Ansprüche an betriebliche Arbeit und Solidarität. Beiträge zur Klassenanalyse (3). Berlin: Rosa-Luxemburg-Stiftung, 10–43.
- Mohan, Robin 2018a: Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit. Bielefeld: transcript.
- Mohan, Robin. 2018b: Knotenpunkt Marx. Anmerkungen zur Debatte um Kapitalismus und funktionale Differenzierung, in: Zeitschrift für Theoretische Soziologie 7(2), 228–250.
- Müller, Beatrice 2013: Wert-Abjektion als konstituierende und strukturierende Kraft von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus, in: Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft 22(1), 31–43.

- Müller, Beatrice 2016: Wert-Abjektion. Zur Abwertung von Care-Arbeit im patriarchalen Kapitalismus – am Beispiel der ambulanten Pflege. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Müller, Beatrice 2018a: Die sorgenfreie Gesellschaft. Wert-Abjektion als strukturelle Herrschaftsform des patriarchalen Kapitalismus, in: Alexandra Scheele und Stephanie Wahl (Hg.): Feminismus und Marxismus. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 84–101.
- Müller, Beatrice 2018b: Wert-Abjektion. Care-Arbeit, Care-Abhängigkeit und die Konstruktion von ›Weiblichkeit‹, in: Freie Assoziation 21(1), 9–21.
- Müller, Martin 2023: Zeitenwende durch Fachkräftemangel. Die Ära gesicherten Wachstums ist vorbei, in: KfW Research Nr. 414. <www.kfw.de/PDF/Download-Center/Konzernthemen/Research/PDF-Dokumente-Fokus-Volkswirtschaft/Fokus-2023/Fokus-Nr.-414-Januar-2023-Fachkraeftemangel.pdf>.
- Neckel, Sighard und Ferdinand Sutterlüty 2008: Negative Klassifikationen und die symbolische Ordnung sozialer Ungleichheit, in: Sighard Neckel und Hans-Georg Soeffner (Hg.): Mittendrin im Abseits: Ethnische Gruppenbeziehungen im lokalen Kontext. Wiesbaden: Springer VS, 15–26.
- Nies, Sarah 2015: Nützlichkeit und Nutzung von Arbeit. Beschäftigte im Konflikt zwischen Unternehmenszielen und eigenen Ansprüchen. Baden-Baden: Nomos.
- Offe, Claus 2006: Strukturprobleme des kapitalistischen Staates. Aufsätze zur Politischen Soziologie. Hg. von Jens Borchert und Stephan Lessenich. Frankfurt a. M. und New York: Campus.
- Ortmann, Günther 1995: Formen der Produktion. Organisation und Rekursivität. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ortmann, Günther, Jörg Sydow und Arnold Windeler 2000: Organisation als reflexive Strukturation, in: Günther Ortmann, Jörg Sydow und Klaus Türk (Hg.): Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag, 315–354.
- Reiber, Karin, Gabriele Fischer und Nora Lämmel 2021: Lauter Beifall für stilles Heldentum – Ambivalenzen der Anerkennung für den Pflegeberuf (nicht nur in Pandemiezeiten), in: Pflege & Gesellschaft 26(3), 197–208.
- Riley, Dylan und Robert Brenner 2022: Seven Theses on American Politics, in: New Left Review 138(11/12), 5–27.
- Schimank, Uwe 2002: Organisationen: Akteurskonstellationen – korporative Akteure – Sozialsysteme, in: Jutta Allmendinger und Thomas Hinz (Hg.): Organisationssoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 42. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 29–54.
- Schwingel, Markus 1995: Bourdieu zur Einführung. Hamburg: Junius.

- Simon, Michael 2014: Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens. Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus, in: Alexandra Manzei und Rudi Schmiede (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer VS, 157–177.
- Simon, Michael 2019: Gesundheitspolitik und Pflege, in: Pflege & Gesellschaft 24(1), 31–46.
- Smith, Jason E. 2020: Smart Machines and Service Work. Automation in an Age of Stagnation. London: Reaktion Books.
- Soiland, Tove 2017: Die Warenförmigkeit von Care – ein Emanzipationsangebot? Oder: Vom heimlichen Charme der Betriebsökonomie, in: Widersprüche: Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich 37(145), 13–29.
- Starystach, Sebastian, Stefan Bär, Carolin Ernst und Christina Streib 2018: Organisationale Hindernisse auf dem Weg zur Profession. Eine wissenssoziologische Untersuchung über das berufliche Selbstverständnis von Pflegekräften im Krankenhaus, in: Arbeit 27(3), 191–212.
- Summers, Lawrence H. 2020: Accepting the Reality of Secular Stagnation, in: International Monetary Fund. <www.imf.org/Publications/fandd/issues/2020/03/larry-summers-on-secular-stagnation>.
- Türk, Klaus, Thomas Lemke und Michael Bruch 2006: Organisation in der modernen Gesellschaft. Eine historische Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Vogd, Werner 2017: Management im Krankenhaus. Eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter den Bedingungen des deutschen DRG-Systems, in: Berliner Journal für Soziologie 27(1), 93–121.
- Vogd, Werner und Steffen Amling 2017: Einleitung: Ausgangspunkte und Herausforderungen einer dokumentarischen Organisationsforschung, in: dies. (Hg.): Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie. Opladen, Berlin und Toronto: Barbara Budrich, 9–40.
- Vogd, Werner, Martin Feißt, Kaspar Molzberger, Anne Ostermann und Juliane Slotta 2018: Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Wiesbaden: Springer VS.
- Voswinkel, Stephan 2021: Die Anerkennungsfall. Soziale Dienstleistungsarbeit zwischen moralischer Anerkennung und Statusdefizit. Das Beispiel der Pflege, in: Bernhard Emunds, Julian Degan, Simone Habel und Jonas Hagedorn (Hg.): Freiheit – Gleichheit – Selbstausbeutung. Zur Zukunft der Sorgearbeit in der Dienstleistungsgesellschaft. Marburg: Metropolis-Verlag, 123–146.
- Wærness, Kari 2000: Fürsorgerationalität. Zur Karriere eines Begriffs, in: Feministische Studien extra 18(1), 54–66.