



Digitale Heilsversprechen in Gesundheitsberufen

5

Michael Gemperle, Mandy Scheermesser, Julia Dratva,
Daniela Händler-Schuster, Sibylle Juvalta
und Verena Klamroth-Marganska

Zusammenfassung

Dieser Beitrag geht der Frage nach, welche Heilsversprechen unter angehenden Gesundheitsfachpersonen bezüglich digitaler Medien vorherrschen und wodurch sie bedingt sind. Er stützt sich auf Daten einer Erhebung unter Bachelor-Studierenden einer Gesundheitshochschule in der Schweiz. Die Resultate zeigen, dass 59 % der Befragten die Vorteile digitaler Medien mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen assoziieren und 41 % ihre Vorteile auf Seite der PatientInnen sehen. Aus der statistischen Analyse geht hervor, dass die Studierenden gehobener Herkunft und die Studierenden früher akademisierter Studienrichtungen die Vorteile digitaler Medien wesentlich häufiger mit der Dienstleistungserbringung als mit den PatientInnen verbinden. Dies

M. Gemperle (✉) · M. Scheermesser · J. Dratva · D. Händler-Schuster · S. Juvalta ·
V. Klamroth-Marganska
ZHAW Gesundheit, Winterthur, Schweiz
E-Mail: michael.gemperle@zhaw.ch

M. Scheermesser
E-Mail: mandy.scheermesser@zhaw.ch

J. Dratva
E-Mail: julia.dratva@zhaw.ch

D. Händler-Schuster
E-Mail: daniela.haendler-schuster@zhaw.ch

S. Juvalta
E-Mail: sibylle.juvalta@zhaw.ch

V. Klamroth-Marganska
E-Mail: verena.klamroth@zhaw.ch

scheint nicht nur anzuzeigen, dass in Gesundheitsberufen ein Zusammenhang zwischen den vorherrschenden sozialen Kräften und der Assoziation digitaler Medien mit der Dienstleistungserbringung besteht. Es dürfte auch darauf hinweisen, dass die „Digitalisierung“ im Gesundheitssektor die herkunftsbedingte kulturelle Spaltung in Gesundheitsberufen befördert.

5.1 Einleitung

Digitale Technologien finden zunehmend Eingang in das Gesundheitswesen und bieten dort Anlass zu verschiedenen Neuerungen. „Das Digitale“ ist aber mehr als nur eine Technologie. Digitale Technologien sind in den vergangenen Jahren wie kaum etwas Anderes zur Projektionsfläche der Heilsversprechen von politischen und wirtschaftlichen Führungskräften avanciert.¹ „Digitalisierung“ ist insofern zunächst einmal einfach ein Begriff, der die „vorherrschende Ideologie“ (Bourdieu und Boltanski 1976) zum Ausdruck und zur Geltung bringt; eine Weltsicht, die in den vergangenen Jahren im Gesundheitssystem vor allem Prozesse der Vermarktlichung, Kommerzialisierung und Ökonomisierung befördert hat (vgl. Manzei und Schmiede 2014; Unschuld 2014).

Darüber, welche digitalen „Heilsversprechen“ in Gesundheitsberufen vorherrschen, ist jedoch noch wenig bekannt. Dies ist bemerkenswert, da die Gesundheitsfachpersonen es doch sind, die digitale Medien in der Gesundheitsversorgung letztlich anwenden. Digitalen Heilsversprechen in Gesundheitsberufen nachzugehen ist auch deshalb interessant, da der sich verschärfende Fachkräftemangel eher auf eine Erosion als eine Stärkung herkömmlicher Legitimitätsformen hinweist. Zudem wird in Forschungen über Gesundheitsberufe immer wieder von gegenüber der Ökonomisierung beharrenden Kräften berichtet (vgl. Dammayr und Graß 2017; Flecker et al. 2014).

Durch ihre Sensibilität für Unterschiede zwischen Rechtfertigungs- und Wertordnungen bietet die Soziologie der Konventionen einen vielversprechenden Ausgangspunkt, um die differenzielle symbolische Aufnahme digitaler Medien in Gesundheitsberufen zu analysieren. Rechtfertigungs- und Wertordnungen werden als Bestandteil von Weltsichten bzw. Konventionen betrachtet, die bestimmte Gruppen von Akteuren miteinander teilen und diese von anderen Akteursgruppen

¹ Vgl. für die Schweiz: die im Dezember 2018 von Bund und Kantonen verabschiedete „Strategie eHealth Schweiz 2.0“. Für Deutschland: „Digitalisierung gestalten. Umsetzungsstrategie der Bundesregierung“ vom September 2019.

unterscheidet (vgl. Boltanski und Thévenot 2007; Diaz-Bone 2009; Eymard-Duvernay 1989). Dabei wird der Blick eröffnet für mögliche Divergenzen von Rechtfertigungsordnungen, die Gesundheitsfachpersonen in Bezugnahme auf „das Digitale“ bekräftigen.

Dieser Beitrag geht der Frage nach, welche Orientierungen in Gesundheitsberufen durch den Bezug auf „digitale Medien“ zum Ausdruck und zur Geltung gebracht werden und mit welchen sozialen Kräften diese Ausrichtungen zusammenhängen. Konkret wird *erstens* untersucht, mit welchen Rechtfertigungen angehende Gesundheitsfachpersonen digitale Technologien positiv identifizieren, welche Verbreitung diese genießen und inwiefern diesen Rechtfertigungen grundlegende Orientierungen zugrunde liegen. *Zweitens* analysiert der Beitrag den Zusammenhang dieser grundlegenden Orientierungen mit sozialstrukturellen Merkmalen, wie Alter, Geschlecht, Studiensituation und soziale Herkunft.

5.2 Digitale Heilsversprechen in Gesundheitsberufen

Die Art und Weise, wie Lohnabhängige ihre Arbeit auffassen, hat in den vergangenen Jahren zunehmend Beachtung gefunden. Die Abwendung der Forschung von manuellen FabrikarbeiterInnen, die Höherqualifikation (vgl. Gallie und White 1998; Rose 2005) sowie die verstärkten Versuche des Managements, seinen Einfluss auf die Subjektivität der Lohnabhängigen zu vergrößern (vgl. Baldry et al. 2007), haben das Interesse für die Weltansichten von Lohnabhängigen anwachsen lassen. Daraus hervorgegangen ist eine inzwischen umfangreiche, aber theoretisch heterogene Literatur über die Arbeitswahrnehmung von Lohnabhängigen, die vor allem die Bedeutung der Eigenheiten der jeweils infrage stehenden Sphären aufzeigt.

Ein wiederkehrendes Thema in Studien zu Arbeitsorientierungen im Gesundheitsbereich ist der Gegensatz zwischen „Effizienz“ und „Ökonomie“ einerseits und „Fürsorge“ andererseits (z. B. Becker et al. 2016; Kirpal 2004). Meist wird hervorgehoben, dass das Durchsetzen betriebswirtschaftlicher Imperative die Orientierung an „Fürsorge“ zunehmend infrage stellt (vgl. Marrs 2008; Manzeschke 2006; Borgetto 2006). Ein Strang der Diskussion betont dabei, wie die Lohnabhängigen ihre Orientierung am Patientenwohl trotz oder sogar gegen die Regeln der ökonomischen Rationalisierung bekräftigen (vgl. Böhlke et al. 2009; Bär 2011). Ein anderer Strang stellt vielmehr eine Erosion der Orientierung an der Fürsorge fest, die sich in einem Senken moralischer Standards und Vorenthalten medizinischer Leistungen (vgl. Braun et al. 2011) sowie einer Tolerierung betriebswirtschaftlicher Umstrukturierungen äußert (Dammayr und Graß 2017).

Der Gegensatz zwischen „Effizienz“/„Ökonomie“ und „Fürsorge“ weist aber auch darauf hin, dass die Arbeit im Gesundheitsbereich nicht nur aus einem medizinisch-sozialen Dienst an PatientInnen besteht, wie dies die herkömmliche Auffassung der Arbeit suggeriert, die typischerweise jede Art bürokratische Organisation, jeden „Betrieb“ (Weber 1922, S. 60) verleugnet bzw. die Vulgarität wirtschaftlicher Kalkulation ablehnt (vgl. Bourdieu 2014). Ebenso sehr wird die Arbeit im Gesundheitsbereich von institutionellen Voraussetzungen und Grenzen der Leistungserbringung bestimmt. Diesbezüglich kann – in Anlehnung an Diskussionen innerhalb der Sozialen Arbeit – von einem „Doppelmandat“ (Böhnisch und Lösch 1973) gesprochen werden. Der aus der Literatur über Gesundheitsberufe bekannte Begriff „divided loyalties“ (z. B. Bloche 1999; Pellegrino 1993) lässt dabei anklingen, dass zwischen den beiden Aufträgen „Bruchlinien der Rechtfertigung“ (Dammayr et al. 2015) bestehen.

Diese Arbeit interessiert sich für die Weltansichten von Gesundheitsfachpersonen. Sie schließt an verschiedenen Punkten an der konventionstheoretischen Debatte an (vgl. Diaz-Bone 2018): Erstens wird davon ausgegangen, dass in spezifischen Kontexten eine Pluralität von verschiedenen, auch widersprüchlichen Wert- und Rechtfertigungsordnungen koexistiert (vgl. Boltanski und Thévenot 2007). Luc Boltanski und Laurent Thévenot (2007) haben die staatsbürgerliche, industrielle, marktförmige, häusliche, inspirierte und die Logik der öffentlichen Meinung erkannt, später wurde die projektförmige (Boltanski und Chiapello 2003) und die ökologische Logik (Lafaye und Thévenot 1993) identifiziert. Aus den bisherigen empirischen Auseinandersetzungen mit diesen Prinzipien geht hervor, dass im Gesundheitswesen die staatsbürgerlichen, marktförmigen und industriellen Logiken im Vordergrund stehen, während den Rechtfertigungsformen der Inspiration, der öffentlichen Meinung, der Projektförmigkeit und der Ökologie eine eher nachgeordnete Bedeutung zukommt (vgl. Batifoulier und Gadreau 2006; Moursli und Cobbaut 2006).²

Zweitens liegt der Fokus auf dem Symbolischen. Dabei wird auf der konventionstheoretischen Beobachtung aufgebaut, dass explizite Rechtfertigungsordnungen vor allem in Situationen des offenen Disputs auftreten (Diaz-Bone 2009). Die analysierten Äußerungen der Lohnabhängigen werden als Stellungnahmen in Auseinandersetzungen aufgefasst. Philippe Batifoulier und Kollegen haben darauf hingewiesen, dass die professionelle Ethik im Gesundheitswesen nicht nur eine wichtige Rolle bei der Koordination des Handelns von ÄrztInnen und PatientInnen ausübt, sondern auch eine symbolische Seite besitzt. Im Spiel sind dabei also

² Siehe zur Ökonomisierung des Gesundheitssystems in diesem Sammelband auch die Beiträge von Rainer Diaz-Bone und von Peter Streckeisen.

auch Fragen der Anerkennung. Als „ethisch“ gilt nur dasjenige Verhalten, das von den beteiligten Akteuren als legitim anerkannt wird (Batifoulier et al. 2011).

Drittens knüpft diese Analyse an konventionentheoretische Arbeiten an, die zeigen, dass es staatliche Institutionen (Parlament, Gesundheitsbehörden etc.) sind, die für die vermehrte Neubewertung von Tätigkeiten im Gesundheitswesen seit Ende der 1970er Jahre durch marktförmige und industrielle Rechtfertigungsordnungen, aber auch die Zurückdrängung der herkömmlichen Medizinethik (wie sie z. B. im Hippokratischen Eid verankert ist) und die verstärkte Ausrichtung der Ärzteschaft auf Managementideale verantwortlich sind (vgl. Batifoulier und Gadreau 2006; Batifoulier et al. 2011; Moursli und Cobbaut 2006). Auch in dieser Arbeit wird der Staat als Inhaber des Monopols der legitimen symbolischen Gewalt konzipiert. Allerdings stehen hier weniger die staatlichen Institutionen im Zentrum als vielmehr die von diesen in Bildungsprozessen vermittelten und sanktionierten Wert- und Rechtfertigungsordnungen (zu den Rechtfertigungswelten in der Bildung, siehe Derouet 1989, 1992; Imdorf et al. 2019).

Der Referenzpunkt dieser Studie sind Gesundheitsberufe. Weiterhin gibt es wenig gesichertes Wissen, inwiefern die Angehörigen der Gesundheitsberufe selbst die neu in den öffentlichen Dienst eingeführten Wert- und Rechtfertigungsordnungen zu eigen machen. Berufs- und Beschäftigungsgruppen gehören nicht nur zu den wichtigsten Institutionen moderner Gesellschaften (vgl. Abbott 1988), sondern sind auch soziale Räume, in denen Unterschiede aufgrund von Eigenschaften wie z. B. Alter, Geschlecht, soziale und kulturelle Herkunft bestehen (z. B. Boltanski 1982). Als solche sind Berufsgruppen immer auch „Räume des Wettbewerbs und des Kampfes“ (Bourdieu und Wacquant 1992, S. 243) um symbolische und materielle Ressourcen (zu Einkommens- und Karriereunterschieden in der Krankenpflege, vgl. Pudney und Shields 2000). Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Auseinandersetzungen nicht zuletzt über die Auffassungen vom Sinn und Zweck der Arbeit ausgetragen werden.

Dieser Beitrag steht ebenfalls im Dialog mit aktuellen Arbeiten, die zeigen, dass die Wahrnehmung der „Digitalisierung“ weniger von den „bisherigen Erfahrungen mit digitaler Technik“ (Kohlrausch 2018) als von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Ausbildungsgrad, Berufsposition und Beschäftigungssektor geprägt ist (vgl. Kohlrausch 2018; Wörwag und Cloots 2018). Anders als in diesen Arbeiten ist der Fokus hier weniger auf Zusammenhänge zwischen einzelnen Aspekten der Wahrnehmung gerichtet, beispielsweise zwischen der Skepsis gegenüber digitalen Technologien einerseits und Statusängsten (vgl. Kohlrausch 2018) oder – im Fall von Gesundheitsfachpersonen – der Ablehnung von Dokumentationsaufgaben (vgl. Wörwag und Cloots 2018) andererseits. Vielmehr geht es in dieser Analyse um die Orientierungen, die mit „dem Digitalen“ und durch „das Digitale“ bekräftigt werden und rivalisierende Rechtfertigungsordnungen zum Ausdruck bringen.

Den politischen Kontext dieser Studie stellt die Schweiz dar. Hier wurden die Lohnabhängigen im Gesundheitssektor vor allem ab den 1990er Jahren vermehrt mit neuen Auffassungen der Rolle und der Legitimität des Staates konfrontiert (vgl. Ruoss et al. 2017).³ Vor dem Hintergrund einer der größeren wirtschaftlichen Krisensituationen der Nachkriegszeit wurden die öffentlichen Dienste nach den Leitsätzen des „New Public Management“ reorganisiert. Die Aufgaben der Lohnabhängigen wurden zerstückelt und verstärkt nach betriebswirtschaftlichen Kriterien bewertet. Personalausgaben wurden gekürzt, die Lohnabhängigen unter Druck gesetzt und kostengünstigere Qualifikationsstufen eingeführt (vgl. Gemperle 2014). Darüber hinaus wurde die staatliche Aktivität immer mehr unter finanziellen Gesichtspunkten beurteilt (vgl. Plomb und Schöni 2005). Im Lichte dessen erstaunt es wenig, dass die nun ebenfalls von politischen und wirtschaftlichen Führungskräften vorangetriebene „Digitalisierung“ von einer Mehrheit von Lohnabhängigen im Gesundheitswesen vor allem mit mehr Effizienzdenken und Leistungsdruck in Verbindung gebracht wird (vgl. Wörwag und Cloots 2018).

Die empirische Grundlage dieses Beitrags sind angehende Gesundheitsfachpersonen. Ihre Wahrnehmung digitaler Technologien dürfte sich weniger an „Fürsorge“ orientieren als diejenige der ausgebildeten Berufsleute im Gesundheitssektor, da ihre erst vor wenigen Jahren geschaffenen Studienrichtungen im Geiste der neu vorherrschenden politischen Ökonomie der Gesundheitsversorgung stehen. Zudem ist von ihnen zu erwarten, dass sie aufgrund ihres Alters weniger Vorbehalte gegenüber digitalen Heilsversprechen bekunden als ihre im Beruf Tätigen älteren KollegInnen. Zugleich weisen angehende Gesundheitsfachpersonen ein ähnliches Referenzsystem auf wie ausgebildete Berufsleute im Gesundheitssektor (vgl. Trede und Schweri 2013). Die Analyse dürfte daher zumindest aussagekräftige Befunde zur Frage liefern, welche Grundorientierung in Gesundheitsberufen mit der Einführung digitaler Technologien eine Stärkung erfährt.

5.3 Methode und Operationalisierung

Dieser Beitrag stützt sich auf Daten aus einer Befragung von 805 angehenden Gesundheitsfachpersonen, die im Dezember 2018 durchgeführt wurde. Es handelt sich um Bachelor-Studierende in den ersten beiden Studienjahren der Ausbildungsgänge Pflege, Physiotherapie, Hebammen, Ergotherapie sowie Gesundheitsförderung und Prävention an der Zürcher Hochschule für Angewandte

³ Siehe dazu auch in diesem Sammelband den Beitrag von Peter Streckeisen.

Wissenschaften in Winterthur. Der Fragebogen umfasst neben den soziodemografischen Angaben 19 Fragen zur Verwendung und zum Verhältnis zu digitalen Medien. Die Erhebung wurde mit dem online-Umfragetool „UNIPARK“ der Firma Questback realisiert. Die Bachelor-Studierenden wurden per E-Mail zur Teilnahme angefragt. Zusätzlich wurden sechs interdisziplinäre Lehrveranstaltungen genutzt, um die Studierenden zur Teilnahme einzuladen und ihnen Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens zu bieten.

Die Studienpopulation umfasst alle zum Zeitpunkt der Umfrage (Dezember 2018) in den beiden ersten Studienjahren eingeschriebenen Studierenden (N = 805). Insgesamt beteiligten sich 373 Studierende an der Befragung. Auswertbar sind die Fragebogen von 369 Studierenden, womit die Ausschöpfungsquote bei 45,8 % liegt. Hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht und Vorbildung sind die StudienteilnehmerInnen im Wesentlichen mit der Grundgesamtheit vergleichbar. Leichte Abweichungen gegenüber der Grundgesamtheit sind jedoch bei der Studienrichtung und dem Studienjahr festzustellen (s. Tab. 5.1). 26,7 % der Befragten gaben an, einen Vater mit Universitätsabschluss zu haben, 73,3 % einen Vater ohne Universitätsabschluss.

Tab. 5.1 Merkmale der StudienteilnehmerInnen

Variable		n (%)
n = 369	[Grundgesamtheit N = 805; Rücklauf = 45,8 %]	
Geschlecht	Weiblich (N = 730; 90,7 %)	301 (92,6)
	Männlich (N = 75; 9,3 %)	24 (7,4)
Alter	M = 22,5; SD = 3,5; Md = 22; Range. 18–47 (GG: M = 22,7; SD = 3,3; Md = 22; Range. 18–47)	
Vorbildung	Allgemeinbildende Ausbildung (N = 447; 56,2 %)	172 (52,9)
	Berufsbildende Ausbildung (N = 348; 43,8 %)	153 (47,1)
Studienrichtung	Ergotherapie (N = 154; 19,1 %)	82 (22,2)
	Gesundheitsförderung und Prävention (N = 78; 9,7 %)	56 (15,2)
	Hebammen (N = 130; 16,1 %)	43 (11,7)
	Pflege (N = 203; 25,2 %)	113 (30,6)
	Physiotherapie (N = 240; 29,8 %)	75 (20,3)
Studienjahr	1. Studienjahr (N = 422; 52,4 %)	238 (64,5)
	2. Studienjahr (N = 383; 47,6 %)	131 (35,5)
Soziale Herkunft	Vater mit Universitätsabschluss	85 (26,7)
	Vater ohne Universitätsabschluss	233 (73,3)

5.3.1 Operationalisierung

Ziel dieses Beitrags ist es zu untersuchen, welche Orientierungen in Gesundheitsberufen durch die Bezugnahme auf „das Digitale“ wie verbreitet sind und inwiefern sie mit sozialen Unterschieden zusammenhängen. Die empirischen Analysen beziehen sich auf die Frage, welche Aspekte ihrer Berufsarbeit angehende Gesundheitsfachpersonen positiv mit digitalen Medien in Verbindung bringen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Befragten durch die positive Bezugnahme auf digitale Medien Ansichten über den Sinn und Zweck ihrer Arbeit zum Ausdruck und zur Geltung bringen, die sie als legitim ansehen. Hierfür werden aus der Befragung die Antworten auf die folgende offene Frage verwendet: „Welche Vorteile werden digitale Medien Ihrer Ansicht nach in Ihrer späteren Berufstätigkeit haben?“

Zur Erfassung von Merkmalen, die den Orientierungen zugrunde liegen, werden als *soziodemografische Merkmale* das Geschlecht und das Alter in die Untersuchung einbezogen.

Ein weiterer Faktor ist die *Studienrichtung*. Zum einen ist davon auszugehen, dass die Studienrichtung verschiedene Ansichten prägen, zum anderen, dass der Studienwahl unterschiedliche berufliche Orientierungen zugrunde liegen. Es ist anzunehmen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Studienrichtung und den Ansichten über die Digitalisierung.

Zudem wird das *Studienjahr* aufgenommen: 1. Studienjahr und 2. Studienjahr.

Da sich die Untersuchung auf berufsbezogene Fragen bezieht und in der schweizerischen Arbeitswelt mit dem Unterschied zwischen allgemeinbildenden und berufsbildenden Ausbildungsgängen verschiedene Differenzen einhergehen, wird auch der Umstand berücksichtigt, ob die *Vorbildung* auf Sekundarschulebene II, die den Zugang zum Fachhochschulstudium ermöglichte, berufsbildend oder allgemeinbildend war.

Die *soziale Herkunft* ist ein weiterer Aspekt des Sozialprofils von Studierenden, der im Rahmen dieser Untersuchung einbezogen wird. Da die kulturelle Dimension der sozialen Herkunft im Fokus steht, lässt sich diese mit Bourdieu und Passeron (1971) besonders an der elterlichen Bildung festmachen (vgl. De Graaf et al. 2000). Analog zu anderen Studien über die Schweiz (vgl. Falcon 2012) verwendeten wir dafür lediglich den wichtigsten Indikator, die väterliche Bildung, auch wenn der Einbezug der mütterlichen Bildung ein umfassenderes Bild ergeben würde (vgl. Meraviglia und Buis 2015): Vater mit Hochschulabschluss und Vater ohne Hochschulabschluss.

5.3.2 Methode

Die Auswertung der Antworten auf die offene Frage erfolgte nach den Prinzipien der Integrativen Inhaltsanalyse (vgl. Früh 2015). Das Kategorienschema wurde aus der Theorie abgeleitet und aus den Daten selbst gewonnen. Aus der Literatur zu Arbeitsorientierungen wurde der grundlegende und mit „Bruchlinien der Rechtfertigung“ (Dammayr et al. 2015) einhergehende Unterschied zwischen einer Orientierung an der Erbringung von Gesundheitsleistungen einerseits und einer Orientierung an den BenutzerInnen des Gesundheitssystems andererseits übernommen (vgl. Pellegrino 1993). Zudem wurde anhand der wiederholten Sichtung sämtlicher Antworten (N = 289) durch die beiden Erstautoren fünf klar unterscheidbare Motive identifiziert und definiert, die alle Antworten umfassen. Dabei konzentrierten wir uns auf die Erstantworten, da es die spontanste Reaktion ist und diese die eigenen Motive am besten widerspiegelt. Diese fünf Motive lassen sich den erwähnten beiden grundsätzlichen Orientierungen zuordnen. Das daraus resultierende Kategorienschema umfasst zwei Hauptkategorien und fünf Subkategorien (s. Tab. 5.2).

Tab. 5.2 Kategorienschema zur Wahrnehmung der Vorteile digitaler Medien

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierregeln	Antwortbeispiele
Erbringung von Gesundheitsleistungen	Effizienteres Gesundheitswesen	Die Vorteile digitaler Medien werden mit einer effizienteren Gestaltung des Gesundheitswesens in Verbindung gebracht. Dies schließt auch die „Zeitersparnis“ ein	„Schnellere Informationsbeschaffung“, „automatisierte Prozesse“, „kostengünstig, alles beisammen“, „weniger Gesundheitskosten“
	Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit	Die Vorteile digitaler Medien werden mit einer Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit (auch über das „elektronische Patientendossier“) assoziiert	„Organisation der Patientendaten für das ganze Team. Schnelle Verfügbarkeit und Erneuerung.“

(Fortsetzung)

Tab. 5.2 (Fortsetzung)

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierregeln	Antwortbeispiele
	Kompetentere Berufspraxis	Die Vorteile digitaler Medien werden mit einer kompetenteren Berufspraxis und erweiterten beruflichen Handlungsmöglichkeiten in Verbindung gebracht	„Ich kann mich informieren, auch wenn ich nicht das geeignete Buch zur Hand habe.“
BenutzerInnen des Gesundheitssystems	Selbstsorge von PatientInnen/ KlientInnen/Frauen	Die Vorteile digitaler Medien werden damit assoziiert, dass PatientInnen besser für sich selbst sorgen können. Das schließt „informiereren PatientInnen“ und „erhöhte „Patientenautonomie“ ein	„Die Betroffenen müssen nicht immer zu den Fachpersonen, können sich somit selber informieren.“
	Demokratisierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung	Die Vorteile digitaler Medien werden mit der Demokratisierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung in Verbindung gebracht	„Einfache Zugänglichkeit zu Informationen unabhängig von Schicht und Berufsalltag“

Neben deskriptiven Analysen zur Verbreitung von Ansichten über die Vorteile digitaler Medien in der späteren Berufsarbeit wurden Chi-Quadrat-Tests und Korrelationsanalysen durchgeführt, um zu ermitteln, inwiefern die durch die beiden Hauptkategorien erfasste Grundorientierung mit sozialen Eigenschaften zusammenhängt. Dabei ist die Grundorientierung eine dichotome Variable.

5.4 Empirische Befunde

5.4.1 Deskription

In einem ersten Schritt wurde untersucht, welche Vorteile die Studierenden hinsichtlich der Verwendung digitaler Medien in ihrer künftigen Berufsarbeit sehen. Die Codierung ergab, dass die Motive, die Studierende zu den Vorteilen digitaler Medien in ihrer späteren Berufsarbeit vorbringen, recht verschieden sein können, jedoch grundsätzlich entweder eine Orientierung an der Dienstleistungserbringung einerseits oder eine Orientierung an den BenutzerInnen des Gesundheitssystems andererseits zum Ausdruck bringen. Die Orientierung an der Dienstleistungserbringung zeigte sich in den Motiven „effizienteres Gesundheitswesen“, „Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit“, „kompetentere Berufspraxis“. Die Orientierung an den BenutzerInnen des Gesundheitssystems manifestierte sich währendem in den Motiven „Selbstsorge von PatientInnen/KlientInnen/Frauen“ und „Demokratisierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung“ (s. Tab. 5.2).

Konventionentheoretisch lassen sich die fünf Motive bzw. Subkategorien mit den industriellen, marktförmigen und staatsbürgerlichen Rechtfertigungsordnungen in Verbindung bringen. Das Motiv „effizienteres Gesundheitswesen“ beruft sich unmittelbar auf das für die industrielle Logik zentrale Prinzip der Effizienz. Die „Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit“ zielt meist auf eine Vereinfachung der Arbeitsabläufe ab (z. B. Rüegg-Stürm 2007) und steht folglich unter demselben Zeichen. Ebenfalls auf die industrielle Rechtfertigungsordnung verweist die „kompetente Berufspraxis“ aufgrund ihrer Leistungsorientierung. Demgegenüber stützt sich das auf die Idee des unternehmerischen Selbst ausgerichtete Motiv der „Selbstsorge von PatientInnen/KlientInnen/Frauen“ auf die marktförmige Rechtfertigungsordnung. Das Motiv der „Demokratisierung des Gesundheitswesens“, wiederum, bezieht sich durch das Gleichheitsideal auf die staatsbürgerliche Konvention.

Werfen wir nun einen Blick auf die mengenmäßige Verbreitung der Subkategorien unter den StudienteilnehmerInnen, so sehen wir, dass 36 % der Studierenden die Vorteile von digitalen Medien in Verbindung mit dem Motiv „effizienteres Gesundheitswesen“ vorbrachten. 21 % bzw. 20 % der Befragten betonten die Möglichkeiten von digitalen Medien zur Beförderung der „Selbstsorge von Patienten/Klienten/Frauen“ und der „Demokratisierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung“. 14 % hoben die „kompetentere Berufspraxis“ und 9 % die „Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit“ hervor. Insgesamt sind es 59 % der Befragten, die Vorteile auf der Seite der

Tab. 5.3 Wahrgenommene Vorteile digitaler Medien in der Berufsarbeit. $n = 289$

„Erbringung von Gesundheitsleistungen“		59 %
„Effizienteres Gesundheitswesen“	36 %	
„Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit“	9 %	
„Kompetentere Berufspraxis“	14 %	
„Benutzer/inn/en des Gesundheitssystems“		41 %
„Selbstsorge von PatientInnen/KlientInnen/Frauen“	21 %	
„Demokratisierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung“	20 %	

Dienstleistungserbringung betonen, während 41 % die Vorteile auf der Seite der BenutzerInnen des Gesundheitssystems hervorheben (vgl. Tab. 5.3).

5.4.2 Soziale Eigenschaften und Grundorientierung

Im Folgenden wird nun untersucht, ob ein Zusammenhang besteht zwischen der Grundorientierung („Erbringung von Gesundheitsleistungen“ oder „BenutzerInnen des Gesundheitssystems“), die in Verbindung mit digitalen Medien bekräftigt wurde, und sozialen Eigenschaften der Befragten. Die Ergebnisse sind in Tab. 5.4 ausgewiesen.

Keine statistischen Zusammenhänge sind zwischen den Merkmalen Geschlecht, Vorbildung und Studienjahr einerseits und der Grundorientierung (Dienstleistungserbringung oder BenutzerInnen des Gesundheitssystems) andererseits festzustellen.

Das Alter und die Grundorientierung korrelieren schwach. Je älter die Studierenden sind, desto eher orientieren sie sich an den BenutzerInnen des Gesundheitssystems. Dabei handelt es sich nach Jacob Cohen (1992) um einen schwachen Effekt.

Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen der Grundorientierung, die die befragten Personen bekräftigen, und ihrer Studienrichtung ($Chi\text{-}Quadrat(4) = 25,6$, $n = 289$). Nach Cohen (1988) handelt es sich um einen mittelstarken Zusammenhang ($Cramers\ V = ,297$). Die nähere Betrachtung zeigt, dass der Anteil der Studierenden, die sich an der Dienstleistungserbringung orientieren, von der Studienrichtung Pflege (74 %) und Physiotherapie (66 %) über Hebammen (58 %) und Ergotherapie (57 %) bis hin zur Studienrichtung Gesundheitsförderung und Prävention (29 %) abnimmt (s. Abb. 5.1). Auffallend ist dabei

Tab. 5.4 Grundorientierung an „Erbringung von Gesundheitsleistungen“ (Wert: 1) und „BenutzerInnen des Gesundheitssystems“ (Wert: 2) nach Geschlecht, Alter, Soziale Herkunft, Vorbildung, Studienrichtung und Studienjahr

	M (SD)	
Geschlecht		Spearman Rangkorrelation
Weiblich n = 263	1,41 (0,49)	$r = -0,01$
Männlich n = 18	1,39 (0,50)	
Alter		Spearman Rangkorrelation
n = 281. M = 22,4; SD = 3,4; Md = 22; Range 18–47		$r = 0,12$
Soziale Herkunft		Spearman Rangkorrelation
Vater mit Universitätsabschluss n = 68	1,26 (0,44)	$r = -0,17$
Vater ohne Universitätsabschluss n = 206	1,46 (0,50)	
Vorbildung		Spearman Rangkorrelation
Allgemeinbildende Bildung n = 149	1,42 (0,49)	$r = -0,01$
Berufsbildende Bildung n = 132	1,40 (0,49)	
Studiengänge		Pearson Chi-Quadrat-Test
Ergotherapie n = 66	1,44 (0,50)	Chi-Quadrat(4) = 25,55, Cramers V = ,297
Gesundheitsförderung und Prävention n = 51	1,69 (0,47)	
Hebammen n = 31	1,42 (0,50)	
Pflege n = 85	1,26 (0,44)	
Physiotherapie n = 56	1,34 (0,48)	
Studienjahr		Spearman Rangkorrelation
1. Studienjahr n = 177	1,43 (0,50)	$r = -0,05$
2. Studienjahr n = 122	1,38 (0,49)	

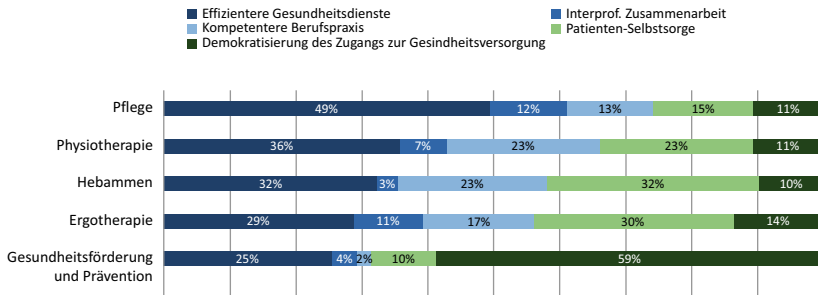


Abb. 5.1 Wahrgenommene Vorteile nach Studienrichtungen $n = 284$

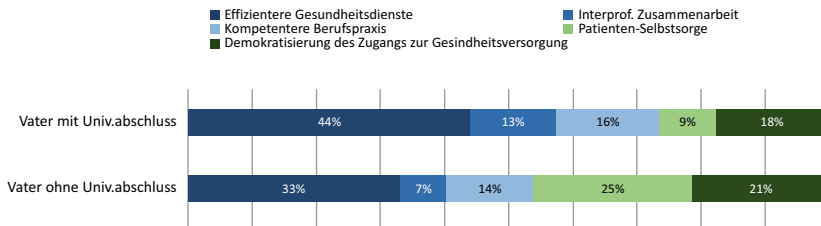


Abb. 5.2 Wahrgenommene Vorteile nach sozialer Herkunft $n = 127$

die im Mittel merklich stärkere Orientierung am PatientInnenwohl der Studierenden von Gesundheitsförderung und Prävention im Vergleich zu den Studierenden der anderen Studienrichtungen.

Eine Korrelation ist auch festzustellen zwischen der Grundorientierung und der sozialen Herkunft ($r = ,172$, $n = 274$). Abkömmlinge von Vätern mit einem Hochschulabschluss scheinen häufiger dazu zu neigen, die Vorteile digitaler Medien mit der Dienstleistungserbringung in Verbindung zu bringen als ihre Peers mit einem Vater ohne Hochschulabschluss. Die Effektstärke entspricht nach Cohen (1992) einem schwachen bis mittleren Effekt.(s. Abb. 5.2).

5.5 Diskussion

Erstens zeigen die Ergebnisse, dass 59 % der befragten angehenden Gesundheitsfachpersonen die Vorteile digitaler Medien mit der Dienstleistungserbringung

assoziiieren. Demgegenüber ist die Verbindung mit den BenutzerInnen des Gesundheitssystems bei nur gerade 41 % der Befragten festzustellen. Unter den Befragten scheint folglich ein Großteil die Vorteile der Verwendung digitaler Medien eher bei der Dienstleistungserbringung zu sehen als auf der PatientInnen-Seite. Dies ist bemerkenswert, da das herkömmliche Berufsethos dem Dienst an PatientInnen eine klar höhere Priorität einräumt als dem Dienst an der Institution. Dieser Befund könnte dadurch erklärt werden, dass Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitsbereich bisher tatsächlich viel stärker im Bereich der Dienstleistungserbringung bzw. im „Back-Office“-Bereich eingeführt wurden als im PatientInnen-Kontakt, wo „digitale“ Technologien erst heute zunehmend Anwendung finden. Dem könnte entgegengehalten werden, dass einzelne Technologien wie die Telemedizin, schon seit geraumer Zeit im PatientInnenkontakt zur Anwendung kommen. Ein weiterer Grund könnte darin bestehen, dass die Studierenden verhältnismäßig wenig mit digitalen Möglichkeiten zur Realisierung staatsbürgerlicher Logiken (wie Gerechtigkeit) vertraut sind.

Zweitens bringt die Analyse eine bemerkenswert umfassende positive Assoziation von digitalen Medien mit der Effizienzlogik zutage. Mehr als ein Drittel der befragten angehenden Gesundheitsfachpersonen verbindet die Vorteile neuer Informations- und Kommunikationstechnologien explizit mit der Vorstellung eines „effizienteren Gesundheitswesens“. Dazu gezählt werden müssen im Grunde auch die Antworten in der Subkategorie „Interprofessionelle Zusammenarbeit“, steht diese doch ebenfalls unter dem Zeichen der Effizienz (z. B. Rüegg-Stürm 2007).⁴ Wird zudem bedacht, dass die Subkategorie „Selbstsorge von PatientInnen/KlientInnen/Frauen“ ebenfalls ein Produkt der Ökonomisierung des Gesundheitswesens darstellt (Ruoss 2018), so sind es insgesamt zwei Drittel der Befragten, die eine im Einklang mit der vorherrschenden Auslegung stehende Auffassung von digitalen Medien bekundet. Die Subkategorien „kompetentere Berufspraxis“ und „Demokratisierung“, die nicht (notwendigerweise) im Fahrwasser des politischen Mainstreams stehen, umfassen zusammen 34 % der Antworten.

Dieser Befund scheint vordergründig im Einklang mit der Studie von Sebastian Wörwag und Alexandra Cloots (2018) zu stehen, die zeigt, dass eine Mehrheit der Lohnabhängigen im Gesundheitswesen digitale Medien vor allem mit mehr Effizienzdenken und Leistungsdruck assoziiert. Allerdings geht es in der vorliegenden

⁴ Besonders deutlich kommt dies im von der Schweizerischen Bundesregierung lancierten Förderprogramm „Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020“ zum Ausdruck, das sich der Steigerung der Effizienz verschrieben hat.

Studie um die positive Identifikation mit digitalen Medien, während Wörwag und Cloots (2018) davon berichten, dass die Lohnabhängigen im Gesundheitswesens der Digitalisierung am Arbeitsplatz überwiegend misstrauisch gegenüberstehen. Deutlich wird der optimistische Charakter der Bezugnahmen in der auffällenden Häufigkeit von offenkundig ökonomisch konnotierten Begriffen wie „Kosten“ (8 Nennungen), „effizient“ (8), „sparen“ (4), „Prozess“ (2), „automatisiert“ (2) und „optimier“ (2), aber vor allem „schnell“ (102) und „Zeit“ (28) – demgegenüber weniger eindeutig einer Grundorientierung zugeordnet werden können Begriffe wie „Patient“ (66), „Wissen“ (28), „Klient“ (18), „Mensch“ (18), „Austausch“ (20), „interprofessionell“ (12) und „Frau“ (11). All dies scheint auf die bemerkenswerte Tatsache hinzuweisen, dass die Effizienzlogik unter einem Großteil der befragten Studierenden einen Eigenwert genießt – oder zumindest nicht als inakzeptabel angesehen wird.

Aus Sicht der *Économie des conventions* bietet diese Analyse Einblick in die mengenmäßige Verbreitung der industriellen, marktförmigen und staatsbürgerlichen Rechtfertigungsformen, die in bisherigen Arbeiten zum Gesundheitsbereich im Zentrum standen (Batifoulier et al. 2011; Moursli und Cobbaut 2006). 59 % der befragten angehenden Gesundheitsfachpersonen beriefen sich im Zusammenhang mit digitalen Medien positiv auf eine effizientere Gestaltung des Gesundheitswesens oder eine erhöhte berufliche Leistungsfähigkeit und dadurch auf die industrielle Rechtfertigungsordnung (vgl. Eymard-Duverney 1989). Demgegenüber brachten nur gerade 21 % der Befragten digitale Medien mit der marktförmigen Rechtfertigungsordnung und nur 20 % der Befragten diese mit der staatsbürgerlichen Rechtfertigung in Verbindung. Jenseits der Digitalisierungsthematik könnte dies auf allgemeine Haltungen in den gegenüber der Ärzteschaft subalternen Berufsgruppen hinweisen, in denen die Ökonomisierung staatsbürgerliche Logiken zurückdrängt und sich die Ökonomisierung eher in industriellen als in marktförmigen Rechtfertigungsordnungen niederschlägt.

Der Blick auf die sozialen Merkmale hat zutage gebracht, dass Zusammenhänge zwischen der Grundorientierung einerseits und der Studienrichtung andererseits bestehen. Die Studierenden bekunden entsprechend ihrer Studienrichtung im Mittel eine deutlich unterschiedliche Grundorientierung. Diese Unterschiede könnten durch die verschiedene Betroffenheit der mit den Studienrichtungen verbundenen Arbeitswelten von der Ökonomisierung bedingt sein. Dafür spricht u. a. die deutlich weniger starke Zustimmung für Subkategorien der Ökonomisierung bei den Studierenden der Studienrichtung Gesundheitsförderung und Prävention, der sich diesbezüglich deutlich vom Rest abhebt. Möglicherweise ist auch ein Zusammenhang mit der Akademisierung gegeben, jedenfalls

ist eine Analogie zur Akademisierungsdynamik an der untersuchten Fachhochschule festzustellen.⁵ Allerdings ist auch denkbar, dass die Studienwahl bereits das Resultat von Präferenzen darstellt, die nun in der Grundorientierung zum Ausdruck kommt.

In einem Zusammenhang mit der symbolischen Aneignung digitaler Medien steht auch die soziale Herkunft der Studierenden. Es besteht eine Korrelation zwischen Abkömmlingen von Vätern mit einem Hochschulabschluss und der Orientierung an der Dienstleistungserbringung. Dementsprechend orientieren sich die Kinder weniger gehobener Klassen im Schnitt stärker an den PatientInnen und ihren Bedürfnissen. Dies ist nicht nur bemerkenswert, da es sich bei der sozialen Herkunft um eine der aktuellen Studiensituation doch biografisch weit vorgelagerte Dimension handelt. Es ist auch beachtenswert, wenn wir bedenken, dass das an „Fürsorge“ orientierte herkömmliche Dienstethos im Gesundheitsbereich vor allem das Ethos der bürgerlichen Klassen war (für die Krankenpflege in der Schweiz: Fritschi 1990). Es dürfte darauf hinweisen, dass die symbolische Aufnahme digitaler Medien in Gesundheitsberufen eine „Polarisierung auf der Ebene von Bildung und kulturellem Kapital“ (Reckwitz 2017, S. 280) bekräftigt und legitimiert, und diese Tendenz mit fortschreitender Technisierung des Gesundheitswesens möglicherweise stärker zum Tragen kommt. Damit liefert diese Analyse empirische Evidenzen für die Frage, inwiefern die differenzielle symbolische Aneignung „des Digitalen“ durch Gesundheitsberufe mit der (Re-)Produktion von Ungleichheiten einhergeht (zum Geschlechterverhältnis, siehe Wajcman 2010).

In der Zusammenschau der in Verbindung mit der Wahrnehmung digitaler Medien stehenden sozialen Merkmale fällt auf, dass es die etablierten Kräfte in den Bereichen Studiensituation und soziale Herkunft sind, die dazu neigen, die Vorteile digitaler Medien mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen (und nicht mit den PatientInnenbedürfnissen) zu assoziieren, und dass dies besonders in der Assoziation mit der „Effizienz“ zum Ausdruck und zur Geltung gebracht wird. Im Gegensatz dazu wird das vormals vorherrschende Dienstethos des „Helfens“ eher von dominierten Kräfte bekräftigt. Dies kann als Indiz dafür verstanden werden, dass die etablierten Kräfte in Gesundheitsberufen dazu tendieren, die digitalen Heilsversprechen der politischen und wirtschaftlichen Führungskräfte eher nicht infrage zu stellen. Es scheint auch anzuzeigen, dass die weitere Durchsetzung digitaler Medien unter gegebenen Bedingungen die Orientierung

⁵ Die Bachelorstudiengänge wurden an der betrachteten Einrichtung etabliert in den Jahren 2006 (Ergotherapie, Pflege und Physiotherapie), 2008 (Hebammen) und 2016 (Gesundheitsförderung und Prävention).

an institutionellen Logiken zulasten der Orientierung an Patientenbedürfnissen befördert.

Für die Diskussion über die Theorie der Konventionen brachte diese Untersuchung eine starke Überlappung der Grundorientierung in Verbindung mit der Digitalisierung und verschiedenen Rechtfertigungsordnungen zutage. Angehende Gesundheitsfachpersonen, die die Dienstleistungserbringungsperspektive hochhielten, stützten sich vor allem auf industrielle Rechtfertigungslogiken, während ihre Peers, die die Perspektive der BenutzerInnen betonten, auf staatsbürgerlichen und marktförmigen Rechtfertigungsordnungen rekurrierten. Dies scheint nicht nur eine bemerkenswert starke Verankerung der industriellen Rechtfertigungslogik in der Auffassung der Dienstleistungserbringung bei Gesundheitsfachpersonen anzuzeigen, sondern auch auf die zentrale Rolle der PatientInnen bei der Durchsetzung der marktförmigen Rechtfertigungsordnung bei diesen hinzuweisen. Um zu gesichertem Wissen zu gelangen, wird bei beiden Themen jedoch weitere Forschung notwendig sein.

In weiteren Arbeiten scheint es ebenfalls lohnenswert, mehr über die Hintergründe der kritisch-reflexiven kognitiven Formate (Diaz-Bone 2018) der befragten Studierenden zu erfahren, die deren Bewertungen zugrunde liegen. Dabei könnte u. a. die offen gebliebene Frage geklärt werden, inwiefern sich die weitgehend jungen angehenden Gesundheitsfachpersonen, die doch wenigstens über eine mehrmonatige Arbeitserfahrung im Gesundheitswesen verfügen, eventuell im „Schnell-Arbeiten“ wiedererkennen können, zu dem die Beschäftigten vermehrt angehalten werden. Oder kommt in der starken Assoziation von Digitalisierung mit der „Effizienz“ eventuell der (gegenüber den ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen) eher abstraktere Zugang angehender Gesundheitsfachpersonen zur Arbeitswelt zum Tragen?

Literatur

- Abbott, Andrew. 1988. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Baldry, Chris/Bain, Peter/Taylor, Philip/Hyman, Jeff/Scholarios, Dora/Marks, Abigail/Watson, Aileen/Gilbert, Kay/Gall, Gregor/Bunzel, Dirk. 2007. *The meaning of work in the new economy*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bär, Stefan. 2011. *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Batifoulier, Philippe/Bessis, Franck/Biencourt, Olivier. 2011. La déontologie médicale face aux impératifs de marché. *Politiques et management public* 28(1), S. 83–101.

- Batifoulier, Philippe/Gadreau, Maryse. 2006. *Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique*. In: Eymard-Duvernay, François (Hrsg.), *L'économie des conventions, méthodes et résultats*. Tome 2. Développements. Paris: La Découverte, S. 453–468.
- Becker, Karina/Lenz, Sarah/Thiel, Marcel. 2016. Pflegearbeit zwischen Fürsorge und Ökonomie. Längsschnittanalyse eines Klassikers der Pflegeausbildung. *Berliner Journal für Soziologie* 26(3), S. 501–527.
- Bloche, M. Gregg. 1999. Clinical loyalties and the social purposes of medicine. *Jama* 281 (3), S. 268–274.
- Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai (Hrsg.) 2009. *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten*. Hamburg: VSA.
- Böhnisch, Lothar/Lösch, Hans. 1973. *Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination*. In: Otto, Hans-Uwe/Schneider, Siegfried (Hrsg.), *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit*. Frankfurt am Main: Luchterhand, S. 21–40.
- Boltanski, Luc. 1982. *Les cadres: la formation d'un group social*. Paris: Éditions de Minuit.
- Boltanski, Luc/Chiapello, Ève. 2003. *Der neue Geist des Kapitalismus*. Konstanz: UVK.
- Boltanski, Luc/Thévenot, Laurent. 2007. *Über die Rechtfertigung. Eine Soziologie der kritischen Urteilskraft*. Hamburg: Hamburger Edition.
- Borgetto, Bernhard. 2006. Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Emanzipation. Die Reformen im deutschen Gesundheitswesen und das Rollengefüge von Arzt und Patient. *Sozialer Sinn* 7(2), S. 231–250.
- Bourdieu, Pierre. 2014. *Über den Staat. Vorlesungen am Collège de France 1989–1992*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre/Boltanski, Luc. 1976. La production de l'idéologie dominante. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 2(2), S. 3–73.
- Bourdieu, Pierre/Passeron, Jean-Claude. 1971. *Die Illusion der Chancengleichheit: Untersuchungen zur Soziologie des Bildungswesens am Beispiel Frankreichs*. Stuttgart: Klett.
- Bourdieu, Pierre/Wacquant, Loïc. 1992. *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity.
- Braun, Bernhard/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf. 2011. Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008. artec-paper 173. http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper_173a.pdf. Zugegriffen: 18. Jan. 2013.
- Cohen, Jacob. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Cohen, Jacob. 1992. A power primer. *Psychological Bulletin* 122(1), S. 155–159.
- Dammayr, Maria/Graß, Doris. 2017. *Legitime Leistungspolitiken und ihre Wahrnehmung durch Beschäftigte*. In: Sachweh, Patrick/Münnich, Sascha (Hrsg.), *Kapitalismus als Lebensform? Deutungsmuster, Legitimation und Kritik in der Marktgesellschaft*. Wiesbaden: Springer VS, S. 107–140.
- Dammayr, Maria/Graß, Doris/Rothmüller, Barbara. 2015. *Legitimität: Gesellschaftliche, politische und wissenschaftliche Bruchlinien der Rechtfertigung*. Bielefeld: transcript.

- De Graaf, Nan Dirk/De Graaf, Paul M./ Kraaykamp, Gerbert. 2000. Parental cultural capital and educational attainment in the Netherlands: A refinement of the cultural capital perspective. *Sociology of Education* 72(2), S. 92–111.
- Derouet, Jean-Louis. 1989. *L'établissement scolaire comme entreprise composite*. In: Boltanski, Luc/Thévenot, Laurent (Hrsg.), *Justice et justesse dans le travail*. Paris: Presses Universitaires de France, S. 11–42.
- Derouet, Jean-Louis. 1992. *École et Justice. De l'égalité des chances aux compromis locaux?* Paris: Éditions Métailié.
- Diaz-Bone, Rainer. 2009. Konvention, Organisation und Institution: Der institutionentheoretische Beitrag der „Économie des Conventions“. *Historical Social Research* 34(2), S. 235–264.
- Diaz-Bone, Rainer. 2018. *Die „Economie des conventions“*. *Grundlagen und Entwicklungen der neuen französischen Wirtschaftssoziologie*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Eymard-Duvernay, François. 1989. Conventions de qualité et formes de coordination. *Revue économique* 40(2), S. 329–360.
- Falcon, Julie. 2012. Temporal trends in intergenerational social mobility in Switzerland: a cohort study of men and women born between 1912 and 1974. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 38(2), S. 153–175.
- Flecker, Jörg/Schultheis, Franz/Vogel, Berthold. 2014. *Einleitung*. In: Flecker, Jörg/Schultheis, Franz/Vogel, Berthold (Hrsg.), *Im Dienste öffentlicher Güter. Metamorphosen der Arbeit aus Sicht der Beschäftigten*. Berlin: Edition sigma, S. 9–19.
- Fritschi, Alfred. 1990. *Schwesterntum: zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskrankenflege in der Schweiz 1850–1930*. Zürich: Chronos.
- Früh, Werner. 2015. *Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis*. 8. überarbeitete Auflage. Konstanz: UVK.
- Gallie, Duncan/White, Michael. 1998. *Restructuring the Employment Relationship*. Oxford: Clarendon Press.
- Gemperle, Michael. 2014. „Der Patient wird nicht gesunder, wenn wir sagen, wir müssen betriebswirtschaftlich denken“ – Fallstudie zum Strukturwandel der Arbeit im schweizerischen Krankenhausbereich. In: Flecker, Jörg/Schultheis, Franz/Vogel, Berthold (Hrsg.), *Im Dienste öffentlicher Güter. Metamorphosen der Arbeit aus der Sicht der Beschäftigten*. Berlin: Edition sigma, S. 31–56.
- Imdorf, Christian/Leemann, Regula Julia/Gonon, Philipp (Hrsg.) 2019. *Bildung und Konventionen. Die „Economie des conventions“ in der Bildungsforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kirpal, Simone. 2004. Work Identities of Nurses: Between Caring and Efficiency Demands. *Career Development International* 9(3), S. 274–304.
- Kohlrausch, Bettina. 2018. *Soziale Ungleichheit und Verunsicherung im Zeitalter der Digitalisierung*. In: Kohlrausch, Bettina/Schildmann, Christina/Voss, Dorothea (Hrsg.), *Neue Arbeit – neue Ungleichheiten? Folgen der Digitalisierung*. Weinheim: Beltz, S. 16–34.
- Lafaye, Claudette/Thévenot, Laurent. 1993. Une justification écologique? Conflits dans l'aménagement de la nature. *Revue française de sociologie* 34(4), S. 495–524.
- Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hrsg.) 2014. *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen: theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*. Wiesbaden: Springer VS.

- Manzeschke, Arne. 2006. Wenn das Lächeln verloren geht. Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen. *Sozialer Sinn* 2(7), S. 251–272.
- Marrs, Kira. 2008. *Arbeit unter Marktdruck: die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit*. Berlin: Edition sigma.
- Meraviglia, Cinzia/Buis, Maarten L. 2015. Class, status, and education: the influence of parental resources on IEO in Europe, 1893-1987. *International Review of Social Research* 5(1), S. 35–60.
- Moursli, Anne-Catherine/Cobbaut, Robert. 2006. *Analyse de la coexistence d'organisations non lucratives, lucratives et publiques dans le secteur des maisons de repos*. In: Eymard-Duverney, François (Hrsg.), *L'économie des conventions, méthodes et résultats*. Tome 2: Développements. Paris: La Découverte, S. 351–365.
- Pellegrino, Edmund D. 1993. Societal duty and moral complicity: The physician's dilemma of divided loyalty. *International Journal of Law and Psychiatry* 16(3-4), S. 371–391.
- Plomb, Isabelle/Schöni, Marie Jeanne. 2005. *Gesundheit. Kranke Geschäfte zwischen Wettbewerb und Rationierung*. In: Pelizzari, Alessandro/Zeller, Christian (Hrsg.), *Service Public. Perspektiven jenseits der Privatisierung*. Zürich: Rotpunktverlag, S. 125–139.
- Pudney, Stephen/Shields, Michael. 2000. Gender, race, pay and promotion in the British nursing profession: Estimation of a generalized ordered probit model. *Journal of Applied Econometrics* 15(4), S. 367–399.
- Reckwitz, Andreas. 2017. *Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne*. Berlin: Suhrkamp.
- Rose, Michael. 2005. Do rising levels of qualification alter work ethic, work orientation and organizational commitment for the worse? Evidence from the UK, 1985–2001. *Journal of Education and Work* 18(2), S. 131–164.
- Rüegg-Stürm, Johannes. 2007. Die Prozessqualität ist die Grundlage. Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Krankenhäusern. *Deutsches Ärzteblatt* 50, S. 3464–3467.
- Ruoss, Matthias. 2018. *Selbstsorge statt gesellschaftliche Solidarität. Die Neuverhandlung der sozialen Verantwortung in der „Krise des Sozialstaats“*. In: Ludi, Regula/Ruoss, Matthias/Schmitter, Leena (Hrsg.), *Zwang zur Freiheit. Krise und Neoliberalismus in der Schweiz*. Zürich: Chronos, S. 189–214.
- Ruoss, Thomas/Rothen, Christina/Criblez, Lucien. 2017. *Der Wandel von Staatlichkeit in der Schweiz aus interdisziplinärer Perspektive. Zur Einleitung*. In: Criblez, Lucien/Rothen, Christina/Ruoss, Thomas (Hrsg.), *Staatlichkeit in der Schweiz. Regieren und verwalten vor der neoliberalen Wende*. Zürich: Chronos, S. 11–28.
- Trede, Ines/Schweri, Jürg. 2013. *Laufbahnentscheidungen von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit. Resultate der zweiten Befragung zu den Laufbahnentscheidungen*. Zollikofen: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB.
- Unschuld, Paul U. 2014. *Ware Gesundheit: Das Ende der klassischen Medizin*. München: C.H. Beck.
- Wajcman, Judy. 2010. Feminist theories of technology. *Cambridge journal of economics* 34(1), S. 143–152.
- Weber, Max. 1922. *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Siebeck Mohr.
- Wörwag, Sebastian/Clouts, Alexandra (Hrsg.) 2018. *Arbeitsplatz der Zukunft – Perspektive Mensch*. Wiesbaden: Springer Gabler

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

