

Friedericke Hardering¹

Subjektive Arbeitsgestaltung im Gesundheitssektor: Individuelle Umgangsweisen mit widersprüchlichen Arbeitsanforderungen

Abstract: Die Diskussion über die Bedrohung von Handlungsautonomie durch marktzentrierte Steuerungsmechanismen erstreckt sich seit einigen Jahren auch auf professionelle Arbeit. Hier wird beobachtet, dass die Verteidigung von Qualitätsansprüchen an die Arbeit und von subjektiven Vorstellungen richtiger und guter Arbeitsausführung zunehmend erschwert ist. Auf der Grundlage von Interviews mit KlinikärztInnen in Führungspositionen wird der Frage nachgegangen, welche Praktiken von den ÄrztInnen genutzt werden, um die eigene Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten und subjektive Ansprüche an die Arbeit, insbesondere auch an die Qualität der Arbeit, zu verteidigen. Im Beitrag werden vier Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung vorgestellt. Die genutzten Strategien subjektiver Arbeitsgestaltung weisen widersprüchliche Effekte für die Organisation wie auch für die ÄrztInnen auf: Sie unterstützen Handlungsfähigkeit und einen positiven Bezug zur eigenen Arbeit, gleichzeitig fördern sie ebenfalls Informalität und stehen teilweise betrieblichen Interessen entgegen.

1 Einleitung

Autonomie gilt in der Erforschung guter und gesundheitsfördernder Arbeit als wichtige Ressource, um Arbeitsbelastungen zu bewältigen (Hackman/Oldham 1980). Insofern zählt sie zu den Kernmerkmalen *guter Arbeit* (Ulich 2011). Der Befund, dass sich auch oder gerade in Beschäftigungsbereichen mit hoher Autonomie große psychische Belastungen vorfinden, hat dazu geführt, die schützende Wirkung von Autonomie zu hinterfragen (Moldaschl 2001; Kratzer 2003; Kotthoff/Wagner 2008): Diskutiert wurde nunmehr, wie sich die Belastungssituation erklären lässt, wenn strukturell hohe Gestaltungsräume verfügbar und Entscheidungsbefugnisse vorhanden sind. Eine der in diesem Zusammenhang wichtigsten Erklärungen ist die These neuer Steuerungsformen, nach der die betriebliche Kontrolle wesentlich durch die Hereinnahme von Marktlogiken in die Leistungssteuerung geleistet wird (Glißmann/Peters 2001). Dadurch werden Beschäftigte unmittelbarer mit Marktanforderungen konfrontiert und müssen sich eigenständig zu diesen Anforderungen positionieren. Diese nunmehr geforderte Selbststeuerung ist voraussetzungsreich und birgt potenziell die Gefahr der Selbstüberforderung.

Welche Folgen Vermarktlichung, Selbststeuerung und Subjektivierung (Moldaschl/Voß 2002; Kratzer 2003) für Beschäftigte haben, wurde in zahlreichen Arbeiten breit diskutiert (Pongratz/Voß 2004). Dominierend ist hier allerdings eine Top-down-Perspektive, in der die Beschäftigten den veränderten Bedingungen mehr oder weniger passiv ausgesetzt erscheinen (Kratzer/Dunkel 2013). Dagegen mangelt es an Untersuchungen, die die subjektiven Strategien zur Verteidigung von Handlungsfähigkeit unter den Bedingungen marktorientierter Steuerung näher beleuchten. Neben allgemeineren Umgangsweisen oder Resilienzstrategien, die sich auf die Abfederung von Belastungen beziehen, wurden bisher gerade diejenigen Praktiken kaum

¹ Dr. Friedericke Hardering, Goethe-Universität Frankfurt am Main. E-Mail: f.hardering@soz.uni-frankfurt.de.

berücksichtigt, die Beschäftigte am Arbeitsplatz nutzen und die ihnen als hilfreich erscheinen, nicht nur Stress abzufedern, sondern sich als handlungsfähig zu erleben, Autonomiespielräume und qualitative Ansprüche an Arbeit zu verteidigen und so ihre innere Beziehung zur Arbeit und die eigene Arbeitsidentität zu stabilisieren. Der Beitrag setzt hier an und zielt darauf, solche Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung als Strategien der Verteidigung von Handlungsfähigkeit zu identifizieren. Unter Handlungsfähigkeit wird die subjektive Seite von Handlungsautonomie begriffen (Moldaschl 2001), also das Gefühl, zurechtzukommen und über die eigene Arbeitsgestaltung zu verfügen.

Untersucht werden die genannten Strategien an einem Sample von 20 leitenden ÄrztInnen deutscher Universitätskliniken, da sich an dieser Gruppe die Ambivalenzen der Autonomie und die Folgen von Vermarktlichung in verdichteter Form nachvollziehen lassen: ÄrztInnen verfügen durch ihren Status als Profession über eine hohe Handlungsautonomie, aber diese Autonomie ist im Begriff, durch aktuelle Veränderungen im Krankenhauswesen ausgehöhlt zu werden. Bei den ÄrztInnen in deutschen Krankenhäusern werden vorwiegend der gestiegene Zeitdruck, die massive Arbeitsverdichtung und die Zunahme von arztfernen Tätigkeiten genannt, durch welche Autonomie bedroht ist (Kälble 2005). Neben diesen Veränderungen wird noch grundlegender die gestiegene Bedeutung der ökonomischen Logik gegenüber der medizinischen als zentrales Bedrohungspotenzial für die ärztliche Autonomie gesehen: ÄrztInnen können bei medizinischen Entscheidungen ökonomische Fragen nicht ausklammern, sondern sind nunmehr gehalten, wirtschaftlich zu denken. Dass diese Entwicklung nicht wie erhofft zu mehr Effizienz, sondern auch zu Fehlentwicklungen und falschen Handlungsanreizen im Gesundheitswesen führt, wird intensiv und kontrovers diskutiert (Manzei et al. 2014). Kritiker wie der Medizinethiker Maio betonen, dass sich ÄrztInnen den veränderten Anreizstrukturen kaum widersetzen können und sich so mitschuldig an der Verankerung der ökonomisierten Medizin machen (Maio 2014). Neben der Arbeitsqualität steht somit das berufliche Ethos von MedizinerInnen zur Disposition und es wird vermutet, dass das Kraftfeld des *unternehmerischen Selbst* (Bröckling 2007) ebenfalls im Bereich der Medizin Raum ergreift und neue professionelle Identitätskonflikte, aber auch neue Identitätstypen hervorbringt, die die Anforderungen bereits habitualisiert haben (Borgetto 2006; Braun et al. 2010; Maio 2014). Will man also ein Verständnis dafür gewinnen, wie Handlungsfähigkeit gegen Marktanforderungen verteidigt werden kann, ist die Untersuchung von ÄrztInnen in der aktuellen Umbruchsituation des Gesundheitswesens erfolgversprechend, insofern sich diese Gruppe in einem Spannungsfeld zwischen professionell verbürgter Autonomie und durch Ökonomisierungsprozesse eingeschränkten Handlungsspielräumen bewegt.

Anhand der Untersuchung der ärztlichen Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung zeigt sich, dass sich die ÄrztInnen aktiv und gestaltend mit den neuen Anforderungen auseinandersetzen, Wege wie auch Schlupflöcher suchen, ihre Vorstellungen von qualitativvoller Arbeit zu behaupten und intensiv über die an sie gestellten Anforderungen und die eigenen Erwartungen an gute Arbeit reflektieren.

Der Beitrag gliedert sich wie folgt: Zunächst werden die Veränderungen ärztlicher Arbeit und die gesundheitlichen wie auch identitären Konsequenzen kurz umrissen. Anschließend wird das Konzept der Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung vorgestellt und auf das empirische Design der Studie eingegangen. Nach der Ergebnispräsentation werden in der abschließenden Diskussion die paradoxalen Effekte dieser Strategien für die Organisation diskutiert: Sie unterstützen Handlungsfähigkeit und einen positiven Bezug zur eigenen Arbeit, gleichzeitig fördern sie auch Informalität und stehen betrieblichen Interessen partiell entgegen.

2 Ärztliche Handlungsautonomie in der Krise

Der Wandel ärztlicher Arbeit in den letzten Jahren wird allgemein mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und insbesondere mit der Einführung des *Diagnosis-related-groups*-Systems (DRG) in Verbindung gebracht (Braun 2014; Manzei/Schmiede 2014). Die seit 2003 eingeführten DRGs stellen eine der tiefgreifendsten Veränderungen im Gesundheitswesen dar, insofern sie durch das System von Fallpauschalen die Leistungsabrechnung grundlegend verändern (Braun 2014; Wilkesmann 2016). Über Nutzen und Nachteil der DRGs für die Versorgung der PatientInnen wird kontrovers diskutiert (Manzei/Schmiede 2014). Als wichtige Einflussgröße der Versorgungsqualität wird die Qualität der Arbeit angeführt, und ein Blick auf wesentliche Kennzahlen zeigt deutliche Verschiebungen im Vergleich zu früheren Jahren (Braun 2014).² Die Arbeit von ÄrztInnen ist gekennzeichnet durch höhere Dokumentationsaufwände in Folge der DRGs. Weiterhin wird von höheren Arbeitsbelastungen und einer generellen Arbeitsverdichtung gesprochen (Braun et al. 2010; Wilkesmann 2016).³ Problematisch ist aber nicht nur die Mehrarbeit, sondern das Gefühl, die Arbeitszeit mit den falschen Dingen zu verbringen, ohne Zeit für das Wesentliche zu haben. Weiterhin leiden die Professionellen an der Erfahrung von Widersprüchlichkeit und Konflikthaftigkeit, also an Situationen, in denen die Erfahrung von Kongruenz im Sinne der Übereinstimmung eigener und fremder Nutzenperspektiven ausbleibt. Begrifflich gefasst werden diese Phänomene in der Diskussion entweder als Entfremdung von der Arbeit (McKinlay/Marceau 2011; Maio 2014; Light 2015; Hardering 2016) oder als Verlust ärztlicher Handlungsautonomie (Kälble 2005). Wie die neuen arztfernen und die alten ärztlichen Kerntätigkeiten zusammen geleistet werden können bzw. wie die Balance zu finden und die Abgrenzung gegen zu viel Arbeit zu leisten ist, bleibt dabei den ÄrztInnen selbst überlassen. Sie müssen sich selbständig zu professionellen Standards positionieren, was Voß und Handrich (2013) für verschiedene Professionen als „subjektivierte Professionalität“ beschrieben haben. Professionalität wird somit durch die Beschäftigten vor dem Hintergrund ihrer Handlungsspielräume teilweise pragmatisch redefiniert (Voß et al. 2013).

Zusammengenommen stellen die Arbeitsverdichtung und die Zunahme ökonomischer Handlungsimperative die ÄrztInnen vor die Herausforderung adäquater Stressabfederung und Identitätsarbeit. Die individuell wahrgenommene Belastungssituation

² Zwar ist in den letzten Jahren die Anzahl der zu versorgenden PatientInnen pro Arzt gesunken, daneben steht aber eine deutliche Erhöhung der zu versorgenden PatientInnen beim Pflegedienst (Braun 2014).

³ Diese Einschätzungen decken sich mit den Befunden für das hier vorgestellte Sample. Zu den Belastungswahrnehmungen und Entfremdungserfahrungen der ÄrztInnen siehe Hardering (2016).

ist dabei nicht nur von dem Ausmaß von Arbeitsverdichtung, Zeitdruck usw. abhängig, sondern insbesondere davon, inwieweit die veränderten Arbeitsbedingungen und Strukturen des Gesundheitssystems als Identitätsbedrohung wahrgenommen werden (Thoits 1991). Von Identitätsbedrohung kann dann gesprochen werden, wenn Kernelemente der beruflichen Identität, wozu wesentlich die Kernaufgaben und das berufliche Selbstverständnis zählen, angegriffen werden (ebd.). Weiterhin ist entscheidend, welche Ressourcen der Identitätsarbeit den ÄrztInnen zur Verfügung stehen, um einen positiven Bezug zur Arbeit und die Handlungsfähigkeit aufrechterhalten zu können.

3 Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung

Die ÄrztInnen sind mit den oben beschriebenen Veränderungen ihrer Arbeit konfrontiert, ihnen aber nicht hilflos ausgesetzt. Untersuchungen über ärztliche Resilienz zeigen eine ganze Bandbreite von Strategien, die ÄrztInnen nutzen, um gesund zu bleiben (Zwack et al. 2011). Die in solchen Studien identifizierten Praktiken gehen über einen engen Gesundheitsbezug hinaus und lassen sich als Strategien lesen, die sich auf die Behauptung grundlegender Identitätsvorstellungen beziehen und auf die zügige Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit. Auch jenseits unmittelbarer Belastungen bearbeiten Beschäftigte permanent ihre Beziehung zur Arbeit, um die Arbeit den eigenen Zielen und Werten anzupassen. Diese subjektiv initiierten Veränderungen, mit denen sich insbesondere das Konzept des Job Craftings auseinandersetzt, zielen darauf, Ressourcen in der Arbeit zu fördern und Belastungen abzubauen, um eine bessere Passung zwischen sich und der Arbeit herzustellen (Wrzesniewski/Dutton 2001; Berg et al. 2013). Neben Veränderungen der subjektiven Wahrnehmung (*cognitive crafting*) umfasst das Konzept des Job Craftings auch Veränderungen der Arbeitsaufgaben (*task crafting*) sowie Neujustierungen der sozialen Beziehungen (*relational crafting*). Wenngleich Job-Crafting-Aktivitäten in bestimmten Berufen zu einem gewissen Grad erwartet werden, gehören sie nicht zu den unmittelbaren Arbeitsaufgaben und können auch organisationalen Zielen zuwiderlaufen.

Aufbauend auf den oben genannten Ansätzen werden hier die Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung als konzeptioneller Rahmen vorgeschlagen, um solche Strategien zu fassen, die den ÄrztInnen als hilfreich erscheinen für den Umgang mit konkreten Herausforderungen in der Arbeit, aber auch in einem weiteren Sinne als hilfreich, um in der Arbeitswelt bestehen und die Arbeit als sinnvoll erleben zu können (Hardering 2015). Anders als das Konzept des Job Craftings sind die Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung konzeptionell nicht auf drei Formen begrenzt. Zudem werden in diesem Beitrag lediglich die konkreten Veränderungen der Arbeit selbst, nicht aber veränderte Deutungsweisen beschrieben.⁴

Subjektive Arbeitsgestaltung steht so für die selbst initiierte Bearbeitung der eigenen Beziehung zur Arbeit und der konkreten Arbeitstätigkeit selbst, um die Arbeit mit eigenen Identitätsansprüchen zu verknüpfen und eine (bessere) Passung zwischen

⁴ Kognitiv-emotionale Praktiken, die ebenfalls Bestandteil subjektiver Arbeitsgestaltung sind, werden ausführlich in Hardering (2016) beschrieben.

Arbeit und Identität herzustellen. Die Praktiken zielen somit auf zwei Dinge, die subjektiv immer miteinander verbunden sind: Zum einen geht es um Handlungen, die der (Wieder-)Herstellung der eigenen Zufriedenheit und der Durchsetzung eigener Wertvorstellungen und Sinnansprüche dienen. Zum anderen werden aber ebenfalls Strategien fokussiert, die helfen, in der Arbeitswelt zurechtzukommen. Mittels solcher Praktiken wird somit immer auch Identitätsarbeit geleistet, insofern das Selbstbild justiert und Kohärenz sowie Handlungsfähigkeit angestrebt werden (Alvesson/Willmott 2002; Keupp et al. 2006; Alvesson 2010).

Die im Folgenden skizzierten Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung wurden auf der Grundlage von 20 Interviews mit leitenden ÄrztInnen an Universitätskliniken ermittelt. Die Interviews sind Teil eines Forschungsprojektes über das Sinnerleben in der Arbeitswelt.⁵ Es handelt sich um Interviews mit fünf Direktoren, acht leitenden OberärztInnen und sieben OberärztInnen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen 33 und 63 Jahren alt waren und an verschiedenen Fachkliniken wie Neurologie, Gynäkologie, Neurochirurgie, Palliativmedizin, Herz- und Gefäßchirurgie sowie in unterschiedlichen Universitätskliniken beschäftigt sind. Als Erhebungsinstrument wurden erwerbsbiographisch narrationsorientierte, leitfadengestützte Interviews eingesetzt, in denen das aktuelle Arbeitserleben, die Erwerbsbiographie sowie Wünsche an Arbeit, Belastungen und Ressourcen sowie die Wahrnehmung von Veränderungen im Gesundheitssystem thematisiert wurden. In den Interviews wurden auch die Praktiken der Arbeitsgestaltung als Teil individueller Bewältigungsprozesse und -strategien unmittelbar erfragt.⁶ In der Auswertung wurden zunächst alle Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung identifiziert und anschließend die unterschiedlichen Strategien weiter verdichtet.

3.1 (Neu-)Justierung des Aufgabenprofils

Die veränderten Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern bewegen viele der interviewten ÄrztInnen dazu, den Zuschnitt ihrer Arbeitsaufgaben zu verändern. Während einige neue Verantwortungsbereiche erschließen, betonen andere, wie sie die Arbeit in bestimmten Aufgabenbereichen reduziert haben. Die drei unterschiedlichen Rollen, die die ÄrztInnen im Sample überwiegend einnehmen, nämlich PatientInnenversorgung, Forschung und Lehre, bieten bereits strukturell zahlreiche Möglichkeiten variierender Prioritätensetzung. Die Prioritäten können entweder langfristig verschoben oder situationsspezifisch angepasst werden. Ein Neuroradiologe betont die Chance und auch Wichtigkeit, eigenständig die Prioritäten der Arbeit in der Universitätsklinik zu definieren, um so sozialen Konflikten aus dem Weg gehen zu können, die er als Folge des gestiegenen Arbeitsstress auf Grund der DRG-Einführung interpretiert:

⁵ Es handelt sich um das von der DFG geförderte Projekt „Gesellschaftliche Vorstellungen sinnvoller Arbeit und individuelles Sinnerleben in der Arbeitswelt“, welches aktuell an der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt wird.

⁶ Im Projekt wurden auch Ressourcen und Strategien erfragt, die die Beschäftigten in ihrer Freizeit als Ausgleich nutzen. Diese Strategien werden hier nicht unter den Praktiken der Arbeitsgestaltung vorgestellt, da sie außerhalb der Arbeit stattfinden. Gleichwohl finden sich im Sample eine Vielzahl von Resilienzstrategien außerhalb der Arbeit, sei es Sport, Zeit mit der Familie oder mit FreundInnen.

„Und das ist halt auch so, dass man grad in den Unikliniken immer wieder in Konflikte gerät; und dadurch, dass ich eben mehrere Interessen habe, hab ich auch gelernt, dass man dann diesen Konflikten eigentlich ganz gut aus dem Weg gehen kann, indem man dann eben immer wieder das Gewicht umverlagert. Wenn ich gesehen hab, da war wissenschaftlich jemand, der – mit dem ich um irgendwas konkurriert hab, dann konnte ich immer sehen, dass ich zum Beispiel im klinischen Bereich mich weiter entwickle. Und umgekehrt: Wenn ich da dann gesehen hab, da geht's jetzt nicht weiter, dann hab ich die freie Zeit, die dadurch entsteht, dass man dann da so ein bisschen nachgibt, hab ich dann wieder in die wissenschaftliche Arbeit gesetzt und so.“ (IM07)

Das Beispiel zeigt praktisches Tun und Deutungsweise zugleich: Der Wechsel zwischen unterschiedlichen Bereichen wird vom Interviewpartner praktisch genutzt und er sieht es als Lösungsstrategie, die er *gelernt* hat, die sich für ihn also bereits bewährt hat. Dabei werden die Handlungsspielräume der Arbeit in der Klinik auch bewusst wahrgenommen. Im weiteren Gesprächsverlauf bezeichnet er die Universitätsklinik als „große Spielwiese“, in der man sich alles aussuchen könne, was man möchte. Subjektive Handlungsfähigkeit korrespondiert hier mit einer bestimmten Strukturdeutung und die beständige Neujustierung des Aufgabenprofils wird nicht nur als mögliche, sondern als subjektiv hilfreiche Strategie, die nicht nur temporär stattfindet, sondern der Dynamik in der jeweiligen Abteilung folgt, gedeutet.

Jenseits routinierter Neujustierung finden sich auch einige Beispiele für die Veränderung des Aufgabenprofils in unmittelbarer Verbindung zur DRG-Einführung. So berichtet eine Neurochirurgin, dass sie früh in die Klinikorganisation involviert wurde, weil sie den Ruf hatte, gut organisieren zu können. Sie baute mit anderen KollegInnen ein Qualitätsmanagementsystem auf, machte auch eine entsprechende Ausbildung im Bereich Qualitätsmanagement und war lange Zeit Qualitätsmanagementbeauftragte. Als stellvertretende Leiterin ist sie nun stolz auf den wirtschaftlichen Erfolg ihres Bereiches, den sie als Folge der intensiven Beschäftigung mit den Neuerungen des Abrechnungssystems sieht. Den Einstieg in das DRG-Management beschreibt sie als Konsequenz ihrer Fähigkeiten und Interessen, die zugleich auf einen neuen und noch wenig besetzten Aufgabenbereich trafen. Die Veränderung des Aufgabenbereiches korrespondiert in diesem Fall mit strukturellen Notwendigkeiten, lässt sich aber in der subjektiven Deutung nicht als Anpassung, sondern vielmehr als individuelle Chance der Nutzung von Talenten sowie Interessen und somit als Gestaltung der Arbeitsaufgaben entlang eigener Werte und Ziele lesen. Eng verknüpft mit dieser Deutung ist auch ihre sehr positive Sicht auf die Einführung des DRG-Systems, welche von ihr mehrfach als günstige Entwicklung für die PatientInnenversorgung beschrieben wird:

„(Ich) seh' in diesen Änderungen in den letzten zehn, fünfzehn Jahren im Gesundheitswesen auch sehr, sehr viele Chancen, also wir haben einfach den Krankenhausaufenthalt für einen Patienten viel, viel besser organisiert, als es früher war. Natürlich unter dem Druck von wirtschaftlichen Zwängen, aber früher war das so, da kam 'n Patient, da nach Liege- äh Tagessätzen bezahlt wurde, war es ja sogar besser, wenn er länger im Krankenhaus lag, da hat man ja mehr Geld gekriegt für's Nichtstun, und ich hab noch Zeiten erlebt, da lagen die Patienten 'ne Woche vor der Operation auf Station und da wurde mal an einem Tag Blut abgenommen, am zweiten Tag wurd's EKG, es war also völlig ineffizient und für die Patienten auch extrem unbefriedigend.“ (IW08)

Den in der Literatur vielfach beschriebenen ärztlichen Konflikt zwischen ökonomischer und medizinischer Logik findet man hier nicht; dagegen wird der Nutzen des DRG-Systems für die PatientInnenversorgung akzentuiert. Zwar werden die wirtschaftlichen Zwänge als Treiber der Veränderungen identifiziert, zugleich seien aber mit der Abrechnungsveränderung Fehlsteuerungen in der Vergangenheit korrigiert worden, die ebenfalls problematisch für das PatientInnenwohl waren.

Gemein ist den beschriebenen Fällen eine Deutung der Universitätsklinik als Möglichkeitsraum, der ihnen als ÄrztInnen in Führungspositionen ein hohes Maß an Handlungsautonomie zubilligt und Arbeit den eigenen Interessen folgend ermöglicht. Der Bezug zur Marktlogik ist in beiden Fällen je anders gelagert: Der Neuroradiologe nutzt den Möglichkeitsraum Universitätsklinikum, um den stressinduzierten und somit systemischen Folgen der Vermarktlichung aus dem Weg zu gehen und positive Resonanzflächen aufzuspüren. Anders verhält es sich bei der Neurochirurgin, die das DRG-System durch eine andere, gewinnbringendere Erfahrung gestaltend zu nutzen vermag. Die eigenen Berührungspunkte mit dem DRG-System und dessen Bewertungen können somit ganz unterschiedlich ausfallen, insofern sie auf der Grundlage der eigenen Arbeitssituation oder auf Basis des PatientInnenwohls reflektiert werden. Die Veränderung des Aufgabenprofils kann, wie die Beispiele zeigen, entweder unmittelbar von Unzufriedenheit getrieben sein oder sich als Folge organisationaler Veränderungen ergeben.

3.2 Muddling through: Sich-Durchwursteln jenseits betrieblich etablierter Pfade

Muddling through steht für eine Vielzahl heterogener „Durchwurstel“-Praktiken, von denen die InterviewpartnerInnen besonders im Umgang mit bürokratischen Prozessen berichten. Dabei geht es nicht nur um das DRG-System, sondern allgemein um bürokratische Prozesse in der Klinik. Eine häufig genannte Strategie ist die der Abkürzung: Der formal bürokratische Weg ist zu lang, zu kompliziert und zu nervenaufreibend, also wird eine Abkürzung gewählt, die vielleicht teurer und eigentlich formal nicht richtig ist, aber der Preis für formale Korrektheit wird subjektiv als zu hoch eingestuft. So bezahlt eine Neurologin DVDs, die sie im Unterricht zeigen möchte, aus eigener Tasche, weil jeder korrekte Weg der Abrechnung immer neue Hürden aufweisen würde. Der Ärger über die eigene Investition wird dabei subjektiv als kleiner eingeschätzt als der durch das formal korrekte Vorgehen verursachte Frust.

Ebenfalls wurden verschiedene Strategien beschrieben, in denen es um die Verteidigung des PatientInnenwohls gegen die Abrechnungslogik des DRG-Systems geht. Hier tauchen viele der in der Literatur beschriebenen Praktiken auf: das „Up-coding“ oder „DRG Creep“, also die Höherbewertung der Schwere des Falls mit dem Ziel einer höheren Abrechnung, oder das Fallsplitting, bei dem die Behandlung in separat abrechenbare Leistungen zergliedert wird (Vogd 2014). Das Zitat einer Palliativmedizinerin „Man macht Dinge, wo klar ist, das macht man nur wegen Geld, ja“ offenbart die Selbstverständlichkeit dieses Umganges mit dem DRG-System, welche sich mit einem spezifischen von den ÄrztInnen genutzten Rechtfertigungsmuster erklären lässt: Danach dienen diese Praktiken häufig der Umverteilung und letztlich dem PatientInnenwohl. Weiterhin wird von vielen InterviewpartnerInnen das DRG-

System als menschenunwürdig bezeichnet, sodass eine Rebellion dagegen gleichsam legitim erscheint und man sich wie Robin Hood auf der Seite der Guten wähen kann. Die Verteidigung des PatientInnenwohls unter dem Druck der Wirtschaftlichkeit lässt die Codierungen als eine der wenigen nutzbaren Stellschrauben erscheinen.⁷ Die Erzählung einer Palliativmedizinerin ist hier instruktiv: Eine Patientin soll von der Station in ein Heim verlegt werden. Nun besitzt die Patientin eine Katze, die mit ins Heim soll. Da nicht jedes Heim Haustiere akzeptiert, verzögert sich die Verlegung und die Patientin ist drei Tage länger als geplant auf Station.

„Aber dann gibt's 'ne Rückfrage von der Krankenkasse, warum wir hier 'ne Verlängerung der Aufenthaltsfrist hatten, ne. Und dann kann man nicht zu dem Prüfer sagen, ja, die wollte doch die Katze, ne. Ähm. Da muss man sich 'nen medizinischen Grund einfallen lassen (lacht), ja.“ (IW10)

Die Ärztin beschreibt die Katze als wichtigsten Kontakt der Patientin und als unabdingbar für ihre Lebensqualität. Sich einen „medizinischen Grund einfallen zu lassen“, erscheint hier als einzige Option im Sinne des Wohls der Patientin und das Jonglieren mit den DRGs als hilfreiche Strategie, um die eigenen Vorstellungen richtigen ärztlichen Handelns im Sinne des PatientInnenwohls aufrecht zu erhalten.

Muddling through findet auch in weniger prekärer Form statt, und zwar dann, wenn jenseits der vorhandenen Versorgungsstruktur von den ÄrztInnen zusätzliche Angebote geschaffen werden, die aus ärztlicher Sicht die PatientInnenversorgung verbessern können. In einer Station waren die ÄrztInnen nicht damit einverstanden, dass die PatientInnen sich zum Essen nur noch ein Milchprodukt (z. B. Milch oder Joghurt) auswählen können. So wurde ganz unbürokratisch eine Milchkasse eingeführt, die von den ÄrztInnen der Station getragen wird. Solche Maßnahmen dienen unmittelbar der Aufrechterhaltung der eigenen Ansprüche an eine gute Qualität der PatientInnenversorgung. Verteidigt werden in den genannten Beispielen ganz unterschiedliche Wertvorstellungen von zeiteffizientem Arbeiten bis hin zu Gerechtigkeit, die für das Gefühl, gute und sinnvolle Arbeit zu verrichten, elementar sind.

3.3 Eigensinnige Arbeitszeitgestaltung

Eine weitere von den InterviewpartnerInnen genutzte Praktik ist die bewusste und eigensinnige Gestaltung der Arbeitszeit. Dieser Strategie kommt besondere Bedeutung zu, insofern die Zeitproblematik von den ÄrztInnen als die wesentliche Belastungskonstellation identifiziert wird. Durch die Führungsposition ist es den Personen im Sample möglich, Termine selbständig zu organisieren und zu planen. Dennoch darf hier nicht die Zeitlogik in den Kliniken übersehen werden: Aus den Schilderungen der meisten ÄrztInnen wird deutlich, dass der Arbeitstag durch zahlreiche feste Termine bestimmt ist, wie die Visite am Morgen um 7:00 Uhr oder regelmäßige Besprechungen auf der Station. Diese Zeitstrukturen werden von den ÄrztInnen nicht als Einschränkung ihrer Zeitautonomie betrachtet, sie gehören selbstverständlich zur Arbeit dazu. Kritisiert werden neben den hohen Fallzahlen und dem daraus resultie-

⁷ Wie auch Vogd (2014) betont, ist es nicht hilfreich, hier auf die moralischen und rechtlichen Dimensionen eines solchen Verhaltens zu verweisen, wenn es zunächst darum geht, die Handlungsweisen und Deutungsmuster zu verstehen.

renden Zeitdruck besonders aus Sicht der ÄrztInnen unnötige Termine, in denen beispielsweise langwierig über Qualitätsmanagement diskutiert wird, oder interne Weiterbildungsveranstaltungen, die als überflüssig eingeschätzt werden. Die Zeitgestaltung ist durch die wahrgenommenen zeitlichen Belastungen ein Thema, mit dem sich die ÄrztInnen explizit auseinandersetzen, über das sie nachdenken und zu dem sie auch externe Beratung bzw. Coaching in Anspruch nehmen. Die Strategien gehen je nach subjektiver Problembeschreibung in ganz unterschiedliche Richtungen: So betonen einige InterviewpartnerInnen, dass es für sie wichtig und hilfreich ist, sich die Zeit für die subjektiv wichtigen Termine zu nehmen, beispielsweise für die Gespräche mit PatientInnen, auch wenn diese Gespräche nicht hinreichend in der DRG-Logik abgebildet sind. Gleiches gilt für andere schöne und bereichernde Aufgabenanteile, die häufig durch die Logik der Dringlichkeit als bedroht angesehen werden: Auch hier bemühen sich einige, diese Arbeitsanteile zu verteidigen, weil man sonst Gefahr läuft, den inneren Bezug zur Arbeit zu verlieren. Die Konsequenz dieser Strategie ist ein längerer Arbeitstag, den die ÄrztInnen aber dann als weniger problematisch betrachten, wenn sie ihn als Folge eigener Entscheidungen deuten.⁸

Neben diesem Ansatz findet sich ebenfalls die Strategie der Abgrenzung von zu hohen Anforderungen. So wird argumentiert, dass es auch wichtig ist, Dinge einmal liegen zu lassen und mehr Gelassenheit an den Tag zu legen. Bei der Umsetzung von Abgrenzung helfen ihnen verbindliche Termine außerhalb der Arbeit. Vielfach stellen die ÄrztInnen den Nutzen von Selbstfürsorgepraktiken nicht nur für sich selbst, sondern auch für die PatientInnenversorgung in den Vordergrund. Eine andere Form der Integration von Selbstfürsorgeansprüchen sind bestimmte subjektive Arbeitsroutinen, von denen die InterviewpartnerInnen einige als besonders wichtig hervorheben. Eine Oberärztin aus der Neurochirurgie schildert beispielsweise ihre Morgenroutine am Arbeitsplatz folgendermaßen:

„Ich erlaube mir, morgens vor halb neun keinen Patienten zu sehen. Frühestens. Neun ist mir lieber. Ich brauch morgens 'ne Anlaufzeit, ich geh ungefrühstückt von zuhause weg, ich kann so früh nix essen, ich komm hier an, ich hab mein Ritual hier, ich fahr den PC hoch, ich mach mir mein Müsli, ich hol mir 'nen Kaffee, wechsel vorne 'n paar Worte, und während der Zeit trink ich meinen Kaffee und löffel mein Müsli, guck meine Mails durch und so, also ich tu auch was (lacht), aber ich kann noch keinen Patienten brauchen. Und das sind ganz wichtige Dinge, dass ich diesen Tagesanfang so gestalten kann, wie ich das möchte.“
(IW09)

Der Tagesanfang wird hier kleinteilig beschrieben und die Neurochirurgin spricht selbst von einem Ritual, was die persönliche Bedeutung der autonomen Gestaltung dieses Zeitraumes noch einmal hervorhebt. Ihr geht es dabei nicht nur um persönliche Zufriedenheit, sondern sie sieht diese, wie sich im Interviewverlauf zeigt, unmittelbar verknüpft mit der Qualität der PatientInnenversorgung.

3.4 Informelle Unterstützungsnetzwerke

Die vielfach geäußerte Kritik der ÄrztInnen, dass es wenig Zusammenhalt oder gar massive Konflikte innerhalb von Teams oder zwischen verschiedenen Stationen gibt,

⁸ Nichtsdestoweniger beklagen die ÄrztInnen überwiegend, dass ihnen oftmals Zeit für Familie, Regeneration oder Hobbys fehlt.

ist sicherlich ein Grund für die individuelle Suche nach Verbündeten, AnsprechpartnerInnen und kollegialen Netzwerken. Diese tragen nicht nur zur Konfliktvermeidung bei, sondern wirken generell unterstützend und werden als fachlich und menschlich wichtig angesehen. Sie lassen sich auch als Reaktion auf die Wahrnehmung begreifen, dass ein intaktes soziales Leben im Klinikalltag kaum noch stattfindet und frühere Routinen wie das gemeinsame Mittagessen nicht mehr gepflegt werden. Einige ÄrztInnen betrachten es als ihre Mission, diesem Trend entgegenzuwirken. Die hier skizzierten Sozialbeziehungen finden nicht in einem strukturierten Rahmen statt, sondern stellen persönliche Hilfenetzwerke dar, die sich aus der guten Zusammenarbeit und auf Basis einer persönlichen Ebene ergeben.

Ein Beispiel ist die kollegiale Unterstützung im gemeinsamen „Kampf“ gegen die Klinikleitung, gegenüber der die präzise Kommunikation enorm wichtig ist. Der KollegInnenkreis fungiert hier als Schutz- und auch Übungsraum. Ein Leiter der Neurologie beschreibt die Unterstützung folgendermaßen:

„Also ich hab hier mindestens drei Leute, mit denen ich sehr, sehr gut kommunizieren kann, die beiden leitenden Oberärzte und unsere Volkswirtin sind so Leute, mit denen ich eigentlich all die Probleme durchspreche und, also zum Beispiel heute Morgen hab ich dann erfahren, dass eine Professur, die ich beantragt hab', nicht genehmigt werden soll, sondern (in) eine andere Professur überführt werden soll, die der Vorstand lieber hat. Das kam also heute Morgen, dann hab ich den Dreien sofort die E-Mail weiter(gekreiselt), und hatte gesagt, ich hab' jetzt bis dahin und dahin Zeit, ich muss das vorbereiten. Und dann muss ich da eben so 'ne Argumentationskette und sowas vorbereiten, und das spreche ich mit denen durch und trag die auch manchmal vor. Also, übe das sozusagen. Also, mit Vertrauten Probleme ansprechen.“ (IM06)

Die hier angesprochene Dreiergruppe unterstützt in diesem Fall konkret dabei, fachklinikbezogene Interessen durchzusetzen und erfolgreich zu sein. Weiterhin werden informelle Gruppen oder Netzwerke beschrieben, in denen Missachtungserfahrungen ausgetauscht werden, die sich entweder auf die Abwertung des Arztberufes allgemein oder auf die Benachteiligungssituation von Minderheiten, beispielsweise Frauen in Leitungspositionen, beziehen. Die Unterstützungsnetzwerke sind zugleich wichtig, um praktisches Arbeiten überhaupt möglich zu machen. Ohne Tauschgeschäfte, die zwischen verschiedenen Stationen auf Vertrauensbasis abgewickelt werden, ließe sich aus Sicht der ÄrztInnen eine angemessene Versorgung kaum aufrechterhalten. Die informellen Netzwerke lassen sich somit als Ausdruck des Wunsches interpretieren, soziale Strukturen wiederherzustellen, was als grundlegend für ein funktionierendes Arbeiten im Sinne des PatientInnenwohls wie auch für ein gutes soziales Klima gewertet wird.

4 Diskussion und Fazit

Wie sich anhand der vier beschriebenen Praktiken zeigt, gestalten die ÄrztInnen ihre Arbeit aktiv und eigensinnig, um sie mit eigenen Erwartungen an Sinnhaftigkeit und Handlungsfähigkeit in Übereinstimmung zu bringen. Deutlich wird, dass es sich hierbei um ganz unterschiedliche Strategien handelt, die sich auf das Aufgabenspektrum selbst, auf den konkreten Umgang mit betrieblichen Formalstrukturen, auf die Gestal-

tung der Arbeitszeit sowie auf den sozialen Austausch beziehen. Hinter den genannten Praktiken liegen unterschiedliche Sinnerwartungen der ÄrztInnen, die zu ihrem Arbeitsverständnis dazu gehören, den Kern ihrer Arbeitsidentität ausmachen und deshalb aktiv verteidigt werden:

- 1) An der Neujustierung des Aufgabenprofils zeigt sich der Wunsch, Resonanzfelder in der Arbeit aufzutun, die einem das Gefühl geben, gut und wirksam in der Arbeit zu sein. Damit einher geht der Wunsch, eigene Stärken in der Arbeit einsetzen zu können, um ein gutes Arbeitsergebnis zu erzielen.
- 2) Die Praktiken des Muddling through wie auch der Arbeitszeitgestaltung sind gekennzeichnet von der eigenmächtigen Abgrenzung von formalen Vorgaben und der Akzentuierung persönlicher Gestaltungsmacht in der Arbeit. Diese offenbaren sich besonders dann, wenn organisationale Vorgaben der eigenen Prioritätensetzung, die das PatientInnenwohl als zentrale Bezugsgröße aufgreifen, entgegenstehen. Verteidigt wird hier das Verständnis, wichtige Arbeitsaufgaben auch priorisieren zu können und so den Kern der Arbeit gegen die Flut an Zusatzaufgaben zu behaupten.
- 3) Eine Gemeinsamkeit aller vier Praktiken ist das Verständnis, sich selbst gegen Arbeitsbelastungen zu schützen und Ressourcen zu stärken. Die sozialen Netzwerke lassen sich in diesem Sinne als Ort der gemeinsamen Bearbeitung von Belastungen sowie als Ort des aktiven Ressourcenaufbaus (insbesondere von Anerkennungserfahrungen) begreifen. Eine in diesem Sinne gestaltete Selbstsorge sehen die ÄrztInnen als Voraussetzung für ihre Fähigkeit, gute Arbeit im Dienste des PatientInnenwohls leisten zu können.

Anhand der Sinnerwartungen zeigt sich, welche Aspekte der Arbeitsidentität als besonders relevant und deshalb auch verteidigungswert erscheinen. Die Wichtigkeit eben dieser Sinnerwartungen lässt sich ebenfalls, aber nicht ausschließlich, durch das Maß der Bedrohung der jeweiligen Sinnerwartung erklären. Sie fußt vielmehr auf den jeweils individuellen Vorstellungen einer gelingenden Arbeitsidentität, die sich sowohl durch die Abwehr von Identitätsbedrohungen als auch durch Ressourcenaufbau und die Hinwendung zu persönlich als passend wahrgenommenen Arbeitsanteilen ergibt.

Betrachtet man die Praktiken der Arbeitsgestaltung, fällt weiterhin auf, dass sie widersprüchliche Effekte aufweisen und sich teilweise entgegenstehen: So birgt die Ausdehnung der Arbeitszeit mit dem Ziel, eigene Ansprüche an gute Arbeit zu verteidigen, potenziell die Gefahr der Selbstüberforderung und Selbstausbeutung. Die Aufrechterhaltung einer gelingenden Arbeitsidentität erfolgt dann auf Kosten anderer Teilidentitäten, die dadurch hintenan gestellt werden. Nicht weniger prekär als die Selbstüberforderung scheinen aber diejenigen Gestaltungsmaßnahmen zu sein, die in der Belastungsreduzierung durch den Rückzug aus Aufgabenfeldern bestehen (Petrou et al. 2015). Die Versuche der Belastungsreduktion führen häufig dazu, dass auch die Suche nach Ressourcen, die zwar langfristig subjektiv gewinnbringend, aber kurzfristig aufwendig und energieraubend ist, eingestellt wird. Dadurch wird der eigene Ressourcenpool reduziert und dessen schützende Wirkung gegen Erschöp-

fung gemindert. Der überwiegende Teil der Praktiken subjektiver Arbeitsgestaltung ist dagegen charakterisiert durch einen subjektiven Mehraufwand an Zeit und Energie, um Rahmenbedingungen und Beziehungen zu gestalten. Insofern lassen sich die Praktiken der Arbeitsgestaltung auch als aktive Suche nach neuen Ressourcen und Herausforderungen begreifen. Gelingt dadurch ein Ressourcengewinn, kann einer Zunahme von Belastungswahrnehmungen und Erschöpfungsgefühlen entgegengewirkt werden.

Bei den genannten Strategien handelt es sich durchgängig um individuelle Praktiken, die nur an wenigen Stellen die Ebene des Einzelnen verlassen. Die gemeinsame Milchkasse ist ein Beispiel dafür, wie jenseits individueller Einsatzbereitschaft Veränderungen auf betrieblicher Ebene generiert werden, aber auch hier wird die Schwelle individueller Zusatzleistungen nicht überschritten und eine tatsächliche Systemverbesserung nicht angestoßen.⁹

Für die Einordnung der beschriebenen Strategien stellt sich weiter die Frage ihrer Funktion innerhalb der Organisation. Die Praktiken der Arbeitsgestaltung entfalten sich in einem Freiraum, der einerseits durch die leitende Funktion der ÄrztInnen innerhalb der Organisation gegeben ist und andererseits durch die Abwesenheit von vermittelnden Handlungsorientierungen, die helfen, Qualitäts- und Effizienzorientierung zu verbinden, vergrößert wird. In dieser Gemengelage Medizin zu betreiben bedeutet, sich in Räumen des Informellen zu bewegen, Unsicherheiten aushalten zu müssen und professionelle Ansprüche reformulieren zu müssen. Insofern trägt das ärztliche Personal mit der individuellen Ausbalancierung unscharfer Qualitätsanforderungen und klarer Erfolgserwartungen für die Fachkliniken zunächst dazu bei, das fragile System in Gang zu halten. Insgesamt lassen sich die Praktiken der Arbeitsgestaltung zunächst als subjektiver Beitrag zur organisationalen Resilienz lesen, denn – wie dargelegt – handelt es sich durchgängig um Bemühungen, Zufriedenheit und Sinnerleben zu erhalten und somit Selbstfürsorge zu betreiben, um dem Anspruch an eine gute PatientInnenversorgung gerecht zu werden. Ebenfalls wird anhand der Praktiken deutlich, wie indirekte Steuerungsformen subjektiv eigensinniges Handeln befördern und zugleich die Lösung der Konflikte, die sich zwischen Ansprüchen an die Arbeits- und die Lebensqualität auftun, den Beschäftigten selbst überlassen.

Zudem zeigt sich anhand der konkreten Beispiele, dass verschiedene der Strategien weit jenseits des organisational Wünschbaren liegen, insofern als Prozeduren unterwandert werden und ÄrztInnen sich in Grenzbereichen des Rechtmäßigen bewegen. Eine Folge der verschiedenen ärztlichen Praktiken für die Organisation ist die Zunahme von Informalität, und zwar nicht nur der informellen Kommunikation, sondern auch der informellen Praktiken innerhalb der Arbeitsgestaltung (Vogd 2014). Zusammengenommen lässt sich das Verhältnis der Strategien der Arbeitsgestaltung zu den organisationalen Anforderungen dementsprechend als widersprüchlich und konfliktreich beschreiben.

⁹ Im Sample finden sich insgesamt nur sehr vereinzelt Hinweise auf interessenspolitische Aktivitäten, und diese setzen nicht auf der Ebene der Organisation an.

Für die Diskussion über selbständiges Arbeiten, Autonomie und die Herausforderungen marktorientierter Steuerung bietet der Blick auf die subjektiven Praktiken der Arbeitsgestaltung eine wichtige Ergänzung zu bestehenden Untersuchungen, die sich der Thematik aus Top-down-Perspektive nähern oder den Blick vorwiegend auf die Verluste von Handlungsautonomie richten. Mit dem Konzept subjektiver Arbeitsgestaltung konnte der Blick auf kleinteilige Veränderungen der Arbeit und auf die Nutzung von Handlungsspielräumen gerichtet werden. Damit knüpft der Beitrag an Arbeiten über subjektive Zusatzleistungen bzw. Potenziale in der Arbeit an, die in der Subjektivierungsdebatte (Kleemann 2012; Volmerg et al. 1986; Senghaas-Knobloch 2009) sowie in der Diskussion über subjektivierendes Arbeitshandeln (Böhle et al. 2011) vielfach thematisiert wurden. Für die subjektorientierte Arbeitssoziologie bietet das Konzept subjektiver Arbeitsgestaltung eine fruchtbringende Perspektive, die die AkteurInnen als GestalterInnen ihrer Arbeit ernst nimmt und die Mikropraktiken des alltäglichen Arbeitshandelns in ihrer Ambivalenz für die Beschäftigten und die Organisation zu verstehen versucht.

Literatur

- Alvesson, M. 2010: Self-doubters, strugglers, storytellers, surfers and others: Images of self-identities in organization studies. In: *Human Relations*, Jg. 63, H. 2, S. 193-217
- Alvesson, M./Willmott, H. 2002: Identity Regulation as Organizational Control: Producing the Appropriate Individual. In: *Journal of Management Studies*, Jg. 39, H. 5, S. 619-644
- Berg, J. M./Dutton, J. E./Wrzesniewski, A. 2013: Job crafting and meaningful work. In: Dik, B. J./Byrne, Z. S./Steger, M. F. (Hg.): *Purpose and meaning in the workplace*. Washington, S. 81-104
- Böhle, F./Bolte, A./Neumer, J./Pfeiffer, S., Porschen, S./Ritter, T./Sauer, S./Wühr, D. 2011: Subjektivierendes Arbeitshandeln – „Nice to have“ oder ein gesellschaftskritischer Blick auf „das Andere“ der Verwertung? In: *Arbeits- und Industriesoziologische Studien*, Jg. 4, H. 2, S. 16-26
- Borgetto, B. 2006: Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Emanzipation. Die Reformen im deutschen Gesundheitswesen und das Rollengefüge von Arzt und Patient. In: *Sozialer Sinn*, Jg. 7, H. 2, S. 231-250
- Braun, B. 2014: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: Manzei, A./Schmiede, R. (Hg.), S. 91-113
- Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenstock, R. 2010: *Pauschalpatienten, Kurziager und Draufzahler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*. Bern
- Bröckling, U. 2007: *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt am Main
- Gleißmann, W./Peters, K. 2001: *Mehr Druck durch mehr Freiheit. Die neue Autonomie in der Arbeit und ihre paradoxen Folgen*. Hamburg
- Hackman, J. R./Oldham, G. R. 1980: *Work Redesign*. Reading, MA

- Hardering, F. 2015: Meaningful work: Sinnvolle Arbeit zwischen Subjektivität, Arbeitsgestaltung und gesellschaftlichem Nutzen. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Jg. 40, H. 4, S. 391-410
- Hardering, F. 2016 (i. E.): Sinnvolle Arbeit unter Druck? Markterfordernisse, Organisationslogiken und die Verteidigung professioneller Handlungsautonomie. In: Börner, S./Bohmann, U./Lindner, D./Oberthür, J./Stiegler, A. (Hg.): Praktiken der Selbstbestimmung. Zwischen subjektivem Anspruch und institutionellem Funktionserfordernis. Bielefeld
- Kälble, K. 2005: Between professional autonomy and economic orientation – The medical profession in a changing health care system. In: GMS Psychosocial Medicine, Jg. 2, S. 1-15
- Keupp, H./Ahbe, T./Gmür, W./Höfer, R./Mitzscherlich, B./Kraus, W./Straus, F. 2006: Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek
- Kleemann, F. 2012: Subjektivierung von Arbeit – Eine Reflexion zum Stand des Diskurses. In: Arbeits- und Industriesoziologische Studien, Jg. 5, H. 2, S. 6-20
- Kotthoff, H./Wagner, A. 2008: Die Leistungsträger. Führungskräfte im Wandel der Firmenkultur – eine Follow-up-Studie. Berlin
- Kratzer, N. 2003: Arbeitskraft in Entgrenzung. Grenzenlose Anforderungen, erweiterte Spielräume, begrenzte Ressourcen. Berlin
- Kratzer, N./Dunkel, W. 2013: Neue Steuerungsformen bei Dienstleistungsarbeit – Folgen für Arbeit und Gesundheit. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin/Junghanns, G./Morschhäuser, M. (Hg.): Immer schneller, immer mehr. Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden, S. 41-61
- Light, D. W. 2015: Alienation and stress among doctors: Dilemmas and possible solutions. In: Professions and Professionalism, Jg. 5, H. 1 (DOI 10.7577), S. 1333
- Maior, G. 2014: Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Berlin
- Manzei, A./Schmiede, R. (Hg.) 2014: 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden
- Manzei, A./Schnabel, M./Schmiede, R. 2014: Embedded Competition – Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen? In: Manzei, A./Schmiede, R. (Hg.), S. 11-31
- McKinlay, J. B./Marceau, L. 2011: New wine in an old bottle: Does alienation provide an explanation of the origins of physician discontent? In: International journal of health services: planning, administration, evaluation, Jg. 41, H. 2, S. 301-335
- Moldaschl, M. 2001: Herrschaft durch Autonomie – Dezentralisierung und widersprüchliche Arbeitsbeziehungen. In: Lutz, B. (Hg.): Entwicklungsperspektiven von Arbeit. Ergebnisse aus dem Sfb 333 der Universität München. Berlin, S. 132-164
- Moldaschl, M./Voß, G. G. (Hg.) 2002: Subjektivierung von Arbeit. München, Mering

- Petrou, P./Demerouti, E./Schaufeli, W. B. 2015: Job Crafting in changing organizations: Antecedents and implications for exhaustion and performance. In: *Journal of Occupational Health Psychology*, Jg. 20, H. 4, S. 470-480
- Pongratz, H. J./Voß, G. G. 2004: *Typisch Arbeitskraftunternehmer? Befunde der empirischen Arbeitsforschung*. Berlin
- Senghaas-Knobloch, E. 2009: „Betriebliche Lebenswelt“ revisited – Subjektivität in einer Ökonomie der Maßlosigkeit. In: Leithäuser, T./Volmerg, B. (Hg.): *Sozialpsychologisches Organisationsverstehen. Birgit Volmerg zum 60. Geburtstag*. Wiesbaden, S. 117-138
- Thoits, P. A. 1991: On merging identity theory and stress research. In: *Social Psychology Quarterly*, Jg. 54, H. 2, 101-112
- Ulich, E. 2011: *Arbeitspsychologie*. 7. Auflage, Stuttgart
- Vogd, W. 2014: Stress im System. Oder wie verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen. In: Manzei, A./Schmiede, R. (Hg.), S. 241-262
- Volmerg, B./Senghaas-Knobloch, E./Leithäuser, T. (Hg.) 1986: *Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Arbeitsverhältnisse*. Opladen
- Voß, G. G./Handrich, C. 2013: Ende oder Neuformierung qualitätsvoller und professioneller Arbeit? In: Haubl, R./Hausinger, B./Voß, G. G. (Hg.): *Riskante Arbeitswelten: Zu den Auswirkungen moderner Beschäftigungsverhältnisse auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsqualität*. Frankfurt am Main, S. 107-139
- Voß, G. G./Handrich, C./Koch-Falkenberg, C./Weiß, C. 2013: Zeit- und Leistungsdruck in der Wahrnehmung supervisorischer Experten. In: *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin/Junghanns, G./Morschhäuser, M. (Hg.): Immer schneller, immer mehr. Psychische Belastung bei Wissens- und Dienstleistungsarbeit*. Wiesbaden, S. 62-95
- Wilkesmann, M. 2016: Transformationsprozesse im Krankenhauswesen. In: Hurrelmann, K./Richter, M. (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden, S. 353-368
- Wrzesniewski, A./Dutton, J. E. 2001: Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. In: *Academy of Management Review*, Jg. 26, H. 2, S. 179-201
- Zwack, J./Abel, C./Schweitzer, J. 2011: Resilienz im Arztberuf – salutogenetische Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Jg. 6, H. 12, S. 495-502