

8. Wirtschaftssoziologischer Ausblick: Ökonomisierung zwischen Autonomie und Kalkulation

»Wie sonst lässt sich erklären, dass es gelingen kann, etwa an Universitäten Routinen zu etablieren, die sich dem Controlling in Unternehmen annähern: Kundenorientierung und Evaluation von Leistungen durch ein kundenähnliches Beurteilungssystem, Messparameter bei der Beurteilung von Forschungs- und Lehrleistungen etc. Was man erklären muss, ist ja nicht nur, dass es diese Formen der Steuerung gibt, sondern warum diese so plausibel erscheinen. Womöglich hängt dies tatsächlich mit der Funktion des Ökonomischen zusammen: Formen zu finden, mit Knappheit umzugehen und Knappheit als ein Mittel zu verstehen, den Dingen Bedeutsamkeit abzurufen. Knappheit erzeugt Bedeutung, wie schon Karl-Otto Apel gezeigt hat, als er fragte, ob der Tod, also die Knappheit der Lebenszeit, die Bedingung der Möglichkeit von Bedeutung sei.« (Nassehi 2012: 414)

Die vorangegangenen Analysen und empirischen Rekonstruktionen liefern für den Gegenstand des zeitgenössischen Krankenhauses organisations- und praxistheoretisch informierte Einsichten in die Komplexität gesellschaftlicher Ökonomisierungsprozesse. Ökonomisierung wurde dort in unterschiedlichen Konturen und Ausmaßen des Zusammenhangs von Autonomie und Kalkulation erschlossen. Zentral für die Analysen war ein Abstellen auf die systematische Erzeugung eines Mangels, einer Knappheit wie orthodoxe Ökonom*innen sagen würden, die aber wenig

mit ökonomischen Modellrechnungen oder davon sich ableitenden formalen Gesetzen des Marktes zu tun hat. Sie beruht vor allem auf der politischen *Überzeugung*, dass sich aus begrenzten Mitteln für Gesundheitsausgaben die zwangsläufige Folge ergibt, dies auch in spezifischer Art und Weise in Gesundheitspolitiken einzuschreiben (siehe Greiner 2011 sowie oben 4.2.2).

Der mehr oder minder verdeckte Versuch eines kalkulativen Zugriffs gesundheitspolitischer Planungslogiken in die Sphäre der Praktiken zwischen Ärzt*innen, Pflegekräften und Patient*innen und die tendenzielle Gleichsetzung von gemessenen mit realen Prozessen medizinischer Versorgung lässt jedenfalls aufhorchen. Entgegen dem Eingangszitat von Nassehi erscheint die Annahme – insbesondere im Krankenhaus – abwegig, es ginge bei Ökonomisierungsphänomenen darum, mit der *Idee* der Knappheit »den Dingen Bedeutsamkeit abzuringen«. Wenige Dinge in der Welt sind bedeutsamer (intensiver, aufwühlender, existenzieller und komplexer) als menschliche Erkrankungen. Die medizinische Forschung und diejenigen, die tagtäglich auf Station damit konfrontiert sind und nicht zuletzt die Erkrankten selbst, wissen dies nur allzu gut. Eher erscheint folgende Frage instruktiv: Sind die neuen Steuerungsformen im Krankenhauswesen tatsächlich so »plausibel«? Und dann: wer oder was entscheidet hierüber in welcher Weise? Die empirischen Ergebnisse legen nahe, dass die modernistischen Widersprüche zwischen der Autonomie des Sozialen und kalkulierter Knappheit eher Ausdruck eines politökonomischen Settings sind, das politische Ratlosigkeit, Indifferenz und Opportunitäten zusammenbindet.¹

Gleichwohl kann die Frage weder auf gesellschaftstheoretischer Ebene, noch mittels Gesetzestexten, bürokratischen Verfahrensregeln oder Finanzarchitekturen erschlossen werden, denn diese hängen – das sollte offensichtlich geworden sein – zu guten Teilen von Prozessen der *Selbstorganisation* im Gesundheitswesen ab. Aus Sicht der Organisation nämlich, sind Mittelkürzungen aus der Umwelt nicht einfach da, eher geht es intern zunächst darum, einen oder mehrere Wege zu finden, Knappheit aktiv und kontinuierlich zu enactieren, damit sie sich allmählich in den Praktiken und Selbstverhältnissen der Organisationsmitglieder einleben kann. Hierbei helfen Zahlen. Sie erzeugen eine neue Sichtbarkeit (vgl. 6.1) auf den Mangel, auf dessen Grundlage Akteur*innen im Krankenhauswesen »aspirationalisiert« werden können. Die Zahl besticht durch den »Verweisungshorizont, also

1 Diese Widersprüche dürften angesichts der Digitalisierung von Medizin, Wirtschaft und Gesellschaft noch weiter zunehmen. Für die Medizin stellt sich etwa die Frage, wie maschinelles Lernen und Algorithmisierung sich auf Fragen der individuellen Versorgungsqualität, medizinischen Ablauforganisation und klinischen Ressourcenverteilung auswirken, wenn zugleich medizinische Handlungsautonomien hierdurch zurückgedrängt werden (siehe Rajkumar et al. 2018).

die Unbestimmtheit, die sie bestimmt« (Lehmann 2014: 41), durch sie sollen Organisationen ihren Blick für die Unsicherheit und Vielfalt möglicher *eigener* Zukünfte schärfen, d.h. Vorsorge treiben. Die Frage ist dann weiterhin, ob für eine Vorsorge auch alle Mittel recht sind. Und was ist dabei hinreichende, was ist zufriedenstellende Vorsorge? Hiermit einher geht also schon die Frage der Verhältnismäßigkeit – reicht eine Bedarfsdeckung aus, sollen moderate Überschüsse oder lieber gleich so viel Profit wie möglich erzielt werden (der in deutschen Krankenhäusern durch die Ab- bzw. Zuschlagskorridore der verhandelten DRG-Budgets bislang gedeckt ist)?

Damit ist die eminente Bedeutung von numerischen Vergleichen und Kalkulationen für Ökonomisierungsprozesse in Organisationen angezeigt, die Ordnungsbildung und Entscheidungsfindung gleichermaßen betreffen (siehe zuletzt Dorn/Tacke 2018). Sie dienen der internen Differenzierung von Organisationseinheiten unter Leistungsgesichtspunkten und helfen Organisationen dabei, Reflexivität aufzubauen und das organisationale Gedächtnis zu ordnen. Sie können aber auch Reflexionssperren einziehen, wenn sie Abteilungsgrenzen oder größere Einheiten bzw. Geschäftsbereiche weiter dissoziieren und einer *Kontrollfiktion* preisgeben, wie es am »Übergang von der funktionalen zur divisionalen Organisationsstruktur« des Krankenhauses gezeigt wurde, dessen »vertikale wie horizontale Dissoziation der Expertenorganisation« (Schrappe 2009: 198) noch weiter vertieft wird, in einen »Spartenkannibalismus« (ders. 2007: 143) führt, wenn es dem Management gelingt, »die Bindung an eine fachübergreifende Steuerung, die nicht nur die abteilungsspezifische Leistungsbilanz, sondern die Evidenz- und Qualitätsorientierung sowie Wirtschaftlichkeit der Gesamtorganisation in den Vordergrund stellt« (ders. 2009: 198) herzustellen. Dies mag ein spezifisches Problem professioneller Organisationen sein, aber auch in Organisationen, die keinen direkten Krisenbezug bzw. stark ausgeprägte »Organisationsmilieus« (Nohl 2009) aufweisen, kommt es mehr denn je auf Fragen der horizontalen wie vertikalen Führung an, wenn der Reduktionismus des »management by numbers« (Messner et al. 2007) auf der Suche nach allzu simplen Lösungen (nicht zu verwechseln mit »einfacher Komplexität«, Baecker 1999) gebannt werden soll, obwohl er situativ durchaus hilfreich sein kann.

Entgegen einer Entdifferenzierungsthese gesellschaftlicher Ökonomisierung, nach der Krankenhäuser und andere professionell dominierte Organisationen zu reinen Produktionsfabriken bzw. kapitalistischen Profitunternehmen mutieren, sieht man, dass es organisationsintern wie auch zwischen Organisationen und deren spezifischen Umwelten zu komplexeren Verhältnissen kommt. Man könnte von einer neuen Vermittlung, einem neuen »enactment« (Weick 1995) sprechen, das aber nicht als einseitige »Gestaltung« der Organisationsumwelt durch die Organisation im Sinne einer willentlichen (regelbasierten oder intentionalen) Konstruktion verstanden werden sollte, sondern eher von einem gemeinsamen

Praxisarrangement abhängt, das Ortmann (2004: 202) als »etablieren« oder »in Geltung setzen« bezeichnet. Das *enactment* ist laut Ortmann (ebd.: 208, Hervorhebungen im Original) der Begriff, der das in der vorliegenden Arbeit inspierte *Als-Ob* organisierter, rechnerischer Fiktionen mit dem nötigen Realismus versieht, denn die »Differenz zu Fabrikation oder schierer Show-Fiktion ist, erstens, dass dieses *enactment* in seiner Funktion, unser soziales Leben zu regulieren, akzeptiert sein muss, und zweitens, dass es sich innerhalb und im Dienste unserer sozialen Praxis als viabel bewähren muss.« Insofern ist gesellschaftliche Ökonomisierung weder ein autologischer Prozess, noch ein am Reißbrett zu entwerfendes Rechenexempel oder individuelles Kalkül, sondern hängt maßgeblich von einem Praxisarrangement ab, in dem »wirtschaftliche Phänomene im Kontext sittlicher Vorstellungen von Gerechtigkeit, Gleichheit, Freiheit und Effizienz« (Beckert 2012: 25) zur Geltung gebracht werden. Ökonomisierung wird als Problemlösung nur »viabel« sein können, wenn sie professionelle bzw. gesellschaftliche Wertbezüge nicht dauerhaft verletzt, sondern achtet und sich auf das beschränkt, was sie auch vermag.

Was bei derlei Prozessen stärker in den Blick rücken muss, ist die Frage, wie die retrospektiv erzeugten *Fiktionen* im Sinne eines »sense making« (Weick 1995) innerhalb von Organisationen durch Zahlenwerke verändert werden und sich zu einem *prospektiven* sense making (siehe Kronlechner et al. 2018) verhalten, das ebenfalls durch Kalkulationen stimuliert wird. Es geht insbesondere darum, empirisch noch stärker zu ergründen, wie auf praktischen Fiktionen beruhende Selbstorganisationsprozesse im Rahmen von Ökonomisierung *jenseits* individualistisch-handlungstheoretischer Konzeptionen (vgl. Beckert 2013; für eine Kritik hieran Sparsam 2015: 249ff.) temporalisiert werden. Anstatt die Erwartungsbildung bei individuellen Akteur*innen durch bürokratische Pläne oder ökonomische Erwerbsszenarien als »images of some future state of the world or course of events that are cognitively accessible in the present through mental representations« (Beckert 2013: 200) zu konzipieren, müssen derlei Prozesse mit Blick auf die »doings« der Organisationsmitglieder rekonstruiert werden, die in Zusammenhang mit Produktions-, Professions- oder anderen Logiken stehen können.

Dazu wird es nötig sein, die Quantifizierungs- und Vergleichspraktiken noch stärker in den Blick zu nehmen. Schützeichel (2018: 23) etwa unterscheidet für Professionen zwei »Erkenntnistekniken«: die »Techniken des Klassifizierens« und die des Vergleichens. Klassifikationen leiten vor allem das Fallerkennen an, ganz so, wie es idealtypisch für Ärzt*innen angenommen wird. Andere Professionen – z. B. der Lehrerberuf – arbeiteten mit »vergleichenden Leistungsbeurteilungen« als Form der »Dauerbeobachtung« (ebd.). Schützeichel argumentiert dies wie folgt: »Eine Ärztin dürfte es nicht interessieren, ob ein Patient »kranker« ist als andere Patienten – dies nur in modifizierter Form unter besonderen Umständen, beispielsweise dann, wenn knappe Leistungen oder Ressourcen verteilt werden müs-

sen.« (ebd.: 24). Eben dieser Umstand aber wurde im empirischen Material zu Genüge erkundet, auch wenn nicht direkt zwischen kränkeren Patient*innen von den Chefärzt*innen unterscheiden wurde, so kommt diese Unterscheidung eben über differenzierte Erlöskategorien ins Spiel, die sich im DRG abbilden lassen und die ärztliche Entscheidungsfindung beeinflussen. Die Aufgaben zwischen Autonomie und Kalkulation stellen sich nicht als bloße formale Rollenerwartungen in der Organisation oder »Regelungsstrukturen« eines sozialen Feldes oder Governance-Regimes dar, sondern setzen – wie die Kostenkontrolle im Sinne des »activity based costing« selbst – an den inkorporierten Aktivitätsschemata der Organisationsmitglieder an, womit auch die impliziten Orientierungen und innersten Bedürfnisse der Adressat*innen von Ökonomisierungsprozessen berührt werden.

Die liberalistische Idee der Freiheit des Einzelnen, die auch allen individualistischen Sozial- und Wirtschaftstheorien unterliegt, ist zweifelsohne eine rechtlich verbrieft Norm, praxeologisch zeigt sich jedoch vielmehr, dass es bei Ökonomisierungsprozessen in Organisationen auf etwas Anderes ankommt: Nämlich darauf, Handlungsautonomie im Rückgriff auf unterschiedliche kanonische Wissensformen (z.B. Wissenschaft, Medizin und Recht) implizit in der Anpassung an wechselnde Unsicherheiten (Ressourcen, Interessengegensätze, Technologien, institutionelle Regeln, Kontrollen etc.) und mit Blick auf prognostische Zahlenwerke und kalkulative Zukünfte zu enactieren. Hierdurch können Entscheidungen und »Kalküle« durch Einzelne überhaupt erst Form annehmen, die aber wiederum nicht ohne das Gegenüber (z.B. die Patient*innen, Kund*innen, Klient*innen etc.) und ein konstitutives Drittes (z.B. die affektiv-emotionale Bindung an den Eigenwert »guter« Arbeit innerhalb einer professionellen Gruppe) gedacht und vor allem in der organisationalen Praxis gelebt werden können. Insofern liegt es für die neuere Wirtschaftssoziologie nahe, hier umzudenken, wenn sie das Verhältnis von Ökonomie und Gesellschaft, respektive von Kalkulation und Autonomie, nicht länger in sozialen Feldern (vgl. Bourdieu 2005; Beckert 2012), institutionellen Governance-Strukturen (vgl. Schimank/Volkman 2008) oder sozial eingebetteten Netzwerkstrukturen (vgl. Granovetter 1985; White 1981, 2002), sondern mit Blick auf soziale Praktiken von Professionellen in Organisationen jenseits individueller Nutzenmaximierung adäquat beschreiben will.

Dies muss sich auch in der theoretischen Beschreibung niederschlagen, womit abschließend noch einmal zur Frage zurückzukehren ist, was die Definitionsmasse des Ökonomischen, wie dies eingangs bezeichnet wurde, nun theoretisch zu fassen ist. Die wirtschaftssoziologische Antwort läuft darauf hinaus, das Ökonomische mit einer Eigenlogik auszustatten, die wiederum nur in einer »Verbundkontextur« (Vogd/Jansen 2013) zu finden ist. Das »Ökonomische« selbst ist somit eine spezifische Praxis der organisierten Assoziation, ein Projekt der Anhäufung, Verteilung und Dimensionierung. Sein Fluchtpunkt liegt damit nicht so sehr in Effizienz- und

Knaptheitspostulaten, sondern in einem wechselnden Dimensionierungsstreben, allerdings nur, wenn die Existenzweise der Organisation richtig erfasst wird:

»Anders gesagt, man kann niemals eine Organisation (Staat, Körperschaft, Netzwerk, Markt) als einen Körper betrachten, da man gerade nicht genau weiß, wie es ein Körper [REP] anstellt, um zusammenzuhalten! Es ist umgekehrt: weil es keinerlei andere Welt über oder hinter der Organisation [ORG] gibt, wird man ihre besonderen Weise aufspüren können, ›über‹ und ›unter‹, ›vorher‹ und ›nachher‹ zu schaffen – und dasselbe Problem wird sich stellen, ganz gleich ob es sich um IBM handelt, um Terminmärkte oder die DNA.« (Latour 2014: 564)

Ökonomisierung erschien damit als Kombination von Handlungsanweisungen (»Skripte«), die nur Projekte und keine stabile Formalstruktur erzeugen helfen, hierdurch temporäre Ordnungen im Sinne eines »›über‹ und ›unter‹, ›vorher‹ und ›nachher‹« (ebd.) schaffen, nur um gleich wieder von anderen Skripten desorganisiert zu werden [ORG]; von Soll-Ist-Abgleichen und Bilanzen der doppelten Buchführung, die helfen, das Optimum der Verteilung von Zwecken und Mitteln immer wieder neu (vergeblich) zu berechnen und daraus eine moralische Pflicht machen [MOR]; und von Recheninstrumenten, die aus gefühlten und gelebten, leidenschaftlich erstrebten Werten (Valenzen) numerische Ziffern und Vergleichswerte (Äquivalenzen) machen [BIN].

Dies sind die ökonomischen Materialien, welche die vorliegende Arbeit anhand des Krankenhauses in Ansätzen erkundet hat. Insbesondere am Verhältnis der moralischen Skrupel zu den leidenschaftlichen Bindungen wird auszumachen sein, ob es dem Krankenhaus und anderen unter Ökonomisierungsdruck stehenden Organisationen in Zukunft gelingt, angemessene Skripte zu finden, die diese Übersetzungen als solche reflexiv mitführen und in der Praxis achten. Ferner ist mit Blick auf Latours Entwurf der Existenzweisen darüber nachzudenken, ob professionelle Arbeit – die interaktive Arbeit unter Unsicherheit und in Krisenbezügen – nicht über eigene ontologische Qualitäten verfügt, die sich als existenzielles Band zwischen Quasi-Objekten und Quasi-Subjekten verstehen lässt. Der Existenzmodus des Professionellen wäre dann weder alleiniges Produkt organisationaler Rahmungen und Rechenprogramme oder interessenpolitischer Sprachregelungen, noch ginge er in einer säkularen Heilslehre oder wissenschaftlichen Erkenntnissen der Medizin, Epidemiologie, Genetik/Biologie etc. Zwar braucht die Medizin »Zahlen, sie braucht naturwissenschaftliche Daten, sie braucht Statistik und externe Evidenz. Aber mit dieser Evidenz allein wird sie ratlos bleiben, denn Aufgabe der Medizin ist ja nicht, Algorithmen umzusetzen.« (Maio 2017: 126) Im Vordergrund dieser Existenzweise stünde vielmehr die singuläre Erfahrung und Bearbeitung existenzieller Unsicherheit und Krisen, die ereignishaft am und durch den Einzelfall zwischen Betroffenen und Helfenden bzw. Patient*innen und Ärzt*innen aufscheinen. Allein dieser interaktiven Praxis wäre es vorbehalten, um weiter mit

Maio (ebd., Hervorhebung K. M.) zu sprechen, »eine Antwort auf die Not des Patienten zu finden – und diese Antwort findet sich nicht auf dem Reißbrett, sondern sie muss *kreativ* erschlossen werden in der Begegnung mit dem Patienten.«

