

6. Empirische Analyse

Die nachfolgend dargestellten empirischen Ergebnisse untersuchen Ökonomisierungsphänomene anhand thematischer Bezüge bzw. Cluster, wie sie sich in den nach Unterkapitel gegliederten Begriffspaaren widerspiegeln. Das erste Kapitel (6.1) befasst sich mit dem Verhältnis von »Transparenz und Mangel« und beleuchtet die basale Spannung des zeitgenössischen Krankenhauses zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation. Die Leser*innen begegnen dabei dem städtischen »Klinikum Wahlstädt«, das sich auf einem strategischen Wachstumskurs befindet. Die Rekonstruktionen beginnen mit dem Chefarzt für Chirurgie, Herrn Falter, der von seinen Erfahrungen mit den Fallpauschalen berichtet und Einsichten über das Zusammenspiel zwischen Chefärzt*innen und Krankenhausleitung teilt. Hinzu kommt der geschäftsführende Direktor, Herr Helmstedt, der sein Krankenhaus in einen größeren versorgungssystemischen Zusammenhang stellt und einen Einblick in sein praktisches Wissen zu Steuerungs- und Führungsaufgaben im »Klinikum Wahlstädt« gewährt sowie sein Chef-Controller, Herr Sievers, der ebenfalls beim Interview anwesend war.

Das zweite Kapitel 6.2 beleuchtet anhand des Krankenhauses »Akinovis« den Zusammenhang von Vergleich und Konkurrenz. Es kommen die Pflegedirektorin Frau Schwerdtfeger sowie drei Chefärzte des städtischen Klinikums, Herr Gondorf (gleichzeitig Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Infektiologie und Gastroenterologie), Herr Peters (Chefarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) und Herr Gelmann (Chefarzt für Kardiologie), zu Wort. Die Interviewauszüge befassen sich mit den Konsequenzen der DRG-Abrechnungslogik für die fachbereichsübergreifende Kooperation unter Ärzt*innen im Zuge einer in formaler Hinsicht bereits vollzogenen Regionalisierungsstrategie des Krankenhauskonzerns, die darin besteht, zwei Kliniken (dem größeren der beiden Standorte gehören die drei Chefärzte an) zu einem Regionalkrankenhaus mit zwei kooperierenden Standorten und einer Geschäftsführung zusammenzuziehen.

Kapitel 6.3 stellt anschließend auf das Paar aus Verantwortung und Aktivierung ab. Zu Wort kommen Herr Blumenthal, Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am erst kürzlich von einem privaten Krankenhauskonzern übernommenen Krankenhaus »Verolina« in kleinstädtischer Lage, sowie

drei Protagonisten des »Klinikum zur Wessel«: Herr Hocke, Chefarzt für Kardiologie, Herr Heckmann, Geschäftsführer des Klinikzentrums und Herr Stehrig, Kaufmännischer Direktor des Klinikums. Hinzu kommen Herr Schmidt, Chefarzt für Gastroenterologie, und Herr Fürstenberg, kaufmännischer Direktor des Krankenhauses »Hermelin«, die sich zu den Möglichkeiten und Fallstricken der Akquirierung eines Kassenarztsitzes durch Herrn Schmidt äußern. Alle Interviews illustrieren die neuen Verantwortlichkeiten für leitende Ärzt*innen, die in Verbindung mit den Informationen der Controlling-Abteilung stehen. Besonders in den Fokus gestellt wird hierbei der ambulante Sektor und die netzwerkförmigen Strategien und Praktiken der Krankenhäuser, diesen zu bespielen.

Nach diesem Schwenk nach »außen« kehrt der Analysefokus unter 6.4 wieder zu den Innenverhältnissen der neuen Krankenhauskonfiguration zurück und thematisiert das Verhältnis, welches zwischen den Zahlen und Berechnungspraktiken des DRG-Systems und Vorstellungen über eine sachgerechte Krankenhausökonomie besteht. Zu Wort kommen (erneut) Herr Schmidt mit einem Eingangszitat, Herr Habert, als Vorsitzender der Geschäftsführung des konfessionellen Hauses »Angelios«, sowie Frau Henschel, kaufmännische Direktorin des Hauses (»Verolina«), dem Herr Blumenthal angehört. Anschließend kommen erneut Akteur*innen des »Klinikum Wahlstädter« zu Wort. Dort werden Aussagen von Frau Martens analysiert, der Klinik- und Qualitätsmanagerin, dem Geschäftsführer Herrn Helmstedt sowie den beiden Chefärzten Herrn Schlenk und Herrn Falter. Zuletzt werden deren Perspektiven mit den beiden Chefärzten Herrn Peters und Herrn Gelmann aus dem Krankenhaus »Akinovis« kontrastiert.

6.1 Transparenz und Mangel

Den Auftakt gestaltet Herr Falter, seines Zeichens langjähriger Chefarzt für Chirurgie am Klinikum Wahlstädter¹, der seine Erfahrungen im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem geschäftsführenden Direktor Herrn Helmstedt und dem Chef-Controller Herr Sievers schildert. Die Rolle von Frau Martens, der Klinik- und Qualitätsmanagerin des Hauses, wird zunächst nur in einer Fußnote (5) am Rande thematisiert, sie kommt aber in Kapitel IV noch einmal ausführlicher zur Sprache.

¹ Die Fälle des Klinikum Wahlstädter, Herr Helmstedt, Frau Martens sowie der später unter 6.4 noch auftretende Herr Schlenk wurden bereits in einem veröffentlichten Sammelbandartikel von Feißt/Molzberger (2016) herangezogen und analysiert.

Die Verkehrung des Gewöhnlichen – Eine neue klinische Aufmerksamkeit zwischen Einzelfall und Fallmenge

»Interviewer: Ich frage deshalb, weil (...) uns auch ein Stück weit interessiert, was sich aus Ihrer Erfahrung, aus Ihrer Expertise heraus durch die Einführung des Fallpauschalensystems, der DRGs und der veränderten Funktion oder Bedeutung des Controllings sozusagen sich in Ihrem Alltag, in Ihrem Berufsalltag verändert hat?

Herr Falter: Das ist eine Frage, die Sie besser nicht stellen sollten.

Interviewer: (Lacht).

Herr Falter: (Lacht) Das ist/es ist eigentlich völlig klar, was passiert ist oder es ist das passiert, was passieren musste. Durch die Einführung der DRGs ist das Controlling in die Lage versetzt worden, die Fälle wirklich bis im Detail hineinzählbar zu machen. Und diese Zählbarkeit der Fälle führt dazu, dass der Fokus insgesamt weg vom Patienten und weg vom Einzelfall hin auf die Fallmenge gerichtet wird. Und als Abteilungsleiter muss man sich heutzutage oder ich glaube jeder muss das, aber speziell bei mir fällt mir das natürlich auch auf, dass man sich immer wieder ins Gedächtnis rufen muss oder bewusst machen muss, dass man nicht nur dazu da ist, die wirtschaftliche Sicherheit des Hauses durch eine entsprechend hohe Fallzahl zu sichern, sondern dass man in erster Linie dafür verantwortlich ist (lacht), dass die Patienten, die sich einem anvertrauen, dass man die optimal behandelt. Und das geht leider nicht immer Hand in Hand. Sagen wir mal das sind schon sich gegenseitig, ich will nicht sagen ausschließende, aber das sind schon widerstreitende Aspekte.«

Gefragt nach dem, was sich durch die Einführung des Fallpauschalensystems und der »veränderten Funktion oder Bedeutung des Controllings« für Herrn Falters Arbeitsalltag verändert hat, entgegnet er zunächst mit einer Zurückweisung der Proposition. Die gestellte Frage als eine zu rahmen, die man besser nicht stellen sollte, wirkt zunächst so, als hätte Herr Falter dies als eine Art Affront empfunden, als bewusst formulierte Provokation des Interviewers. Dass er (wie auch der Interviewer) dabei jedoch lacht, markiert die gestellte Frage als eine gemeinhin heikle und doch diskutable und lenkt den Fokus mehr auf die Frage als solche denn auf sein Verhältnis zum Interviewer. Die darauffolgenden Erörterungen sind dann auch deskriptiver Natur und im Ton sachlich. Die Veränderung des eigenen Berufsalltags wird als *notwendige* Entwicklung angesichts der Beschaffenheit der DRG geschildert. Die DRG erlaubten der Controlling-Abteilung ihre Analysen weiter, d.h. detailreicher, als bisher voranzutreiben. Als Analyseeinheit erscheinen hier (zählbare) »Fälle«, die nun einer Mengenbetrachtung zugeführt werden können. Was als ärztliche Kasuistik einst professionelles Erkennen und Handeln entlang situativer Rahmungen in Interaktionsprozessen zwischen Arzt und Patient*in anleitete (vgl. Vogd 2004), erhält durch die »Zählbarkeit der Fälle« aus Sicht von Herrn Falter eine problema-

tische Form. Die Analysebewegung »weg vom (...) Einzelfall hin auf die Fallmenge« führt in entscheidender Weise »insgesamt weg vom Patienten«.

Der von Herrn Falter hergestellte Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zur detaillierten Zählung von Fällen und dem daraus resultierenden Blick (»Fokus«) auf Patient*innen läuft auf eine *neue Aufmerksamkeit* für selbige hinaus. Es deutet sich hierin eine erste Paradoxie an, die wesentlich für die neue Aufmerksamkeit ist: ein Zuwachs an quantitativen Daten über den einzelnen Fall führt geradewegs *von ihm weg*. Anstatt sich also en détail mit denzählbaren Eigenschaften des einzelnen Falls zu beschäftigen, dominiert aus Sicht von Herrn Falter die Betrachtung eines bestimmten Quantums, der Blick auf Patient*innen als Teil einer »Fallmenge« homogener Erkrankungsgruppen. Was die analytischen Gründe hierfür sind, bleibt zunächst offen. Was aber für Herrn Falter als »Abteilungsleiter« im Besonderen aus der neuen Aufmerksamkeit folgt ist eine Situation, in der wirtschaftliche Ziele und eine optimale Patientenbehandlung als »widerstreitende Aspekte« erfahren werden. Kalkulation und Autonomie treffen in Personalunion des Chefarztes in neuer Vehemenz aufeinander, machen aber längst nicht Halt vor anderen Statusgruppen (»ich glaube jeder muss das«).

Das Aufeinandertreffen erscheint als ein *Relevanz-* oder besser: als ein *Priorisierungskonflikt* vor dem Hintergrund einer schon in weiten Teilen eingeschriebenen Praxis. Der zunächst über die detailreichere Zählbarmachung der Fälle heranwachsende Konflikt erhält seine besondere Qualität aus dem Imperativ, die in Frage stehende »wirtschaftliche Sicherheit des Hauses« über eine »entsprechend hohe Fallzahl« zu sichern. Es wird offenbar, dass sich vermittels Mengenanalyse ein Erwartungshorizont konstituiert, der sich einerseits zwar auf eine tiefere Durchdringung des singulären Falls stützt, diese Einzelheiten aber gleichzeitig zu einem Quantum – der Fallmenge – gebündelt werden und auf ein Set an Verhaltenserwartungen abgepasst sind. Dieses Set hat die »wirtschaftliche Sicherheit des Hauses« zum Ziel und ist eben nicht – was Herr Falter als positiven Gegenhorizont einbringt – auf die Verantwortung gegenüber dem einzelnen Fall gerichtet. Der in der Position des Chefarztes kulminierende Priorisierungskonflikt läuft zunächst auf eine Referenzverschiebung die Organisation »Krankenhaus« betreffend hinaus. Was einst als von ärztlicher Heilkunst und pflegerischer Sorge dominierter Ort galt, findet sich heute einer existenziellen Verunsicherung gegenüber: die des wirtschaftlichen *Überlebens*.

Der Konflikt läuft damit auf eine Unterscheidung zwischen einer die Organisation Krankenhaus betreffenden Gefahr bzw. eines Risikos, allgemeiner einer existenziellen Unsicherheit auf der einen Seite und der individuellen Verantwortung des Arztes gegenüber seinen ihm anvertrauten Patient*innen auf der anderen Seite hinaus, diese »optimal« zu behandeln. Unisono verbindet Herr Falter die Erwartung »eine entsprechend hohe Fallzahl zu sichern« mit der kontinuierlich zu vollziehenden Gegenanpassung, sich »ins Gedächtnis [zu] rufen [...], dass man nicht

nur dazu da ist« Fallzahlen zu generieren. Die Priorisierung der Patient*innenverantwortung wird mit einem Lachen quittiert, das bittere Züge trägt. Denn es deutet auf eine Verschiebung innerhalb der eigenen Professionalität hin, wonach die *Selbstverständlichkeit* der Arzt-Patienten-Beziehung einer fragilen *Selbstbehauptung* gewichen ist, die aktiv erinnert und gegen »widerstreitende« Anforderungen ökonomischer Provenienz austariert werden muss. Das Abwägen und Abwiegen im Sinne eines In-Beziehung-Setzens der eigenen handlungspraktischen Verantwortung zwischen individueller Patient*innenbehandlung und ökonomischer Zielerreichung erscheint als grundsätzlich *neues Bezugsproblem* medizinischer Professionalität.

Dieser Prozess hat mindestens zwei Ebenen. Zum einen geht es darum, die eigene Praxis *multiperspektivisch* und somit *offen* zu halten. Herr Falter ist angehalten der *reduktionistischen* Verkürzung von Medizin und Patient*innenbehandlung seitens ökonomischer Imperative zu widerstehen. Er leistet seine professionelle Hilfe nicht ausschließlich zum Wohle des wirtschaftlichen Überlebens seines Krankenhauses, sondern maßgeblich zum Wohle der Patient*innen. Hier zeigt sich bereits eine beträchtliche Verschiebung der zur Disposition stehenden Wertigkeiten: Sich gegen die Ausschließlichkeit ökonomischer Programmierung zu wehren (»nicht nur dazu da ist«) bedeutet, das ohnehin schon geschrumpfte professionelle Refugium vor dem vollständigen Verschwinden zu bewahren. Unter umgekehrten Vorzeichen wäre folglich die Einsicht zu erwarten gewesen, dass ärztliches Handeln (freilich unter selbst erwählten Bedingungen) *auch* ökonomische Aspekte zu berücksichtigen hat. Zum anderen vollzieht sich die Auseinandersetzung an mehreren Fronten.

Da Herr Falter vor allem darauf insistiert, der ökonomischen Vereinnahmung auf *mental*er Ebene aktiv zu begegnen (»immer wieder (...) ins Gedächtnis rufen muss oder bewusst machen muss«), lässt sich thesenhaft von einem bereits beträchtlichen Maß an Habitualisierung des neuen Bezugsproblems ausgehen. Als Abteilungsleiter scheint er bereits daran gewöhnt, in der Rolle des Arztes *und* der des Klinikmanagers adressiert zu werden und auch so zu handeln. Und doch wirkt ob der selbstbezogenen und stets zu wiederholenden Übung, nicht zu vergessen, worin der ärztliche Auftrag eigentlich besteht, die Lage nicht weniger prekär. Insofern ist der dahinterliegende »Witz« des Insistierens (das zunächst etwas deplatziert wirkende Lachen an der Stelle, wo Herr Falter die Priorität der Patient*innenverantwortung betont) in einer *Verkehrung des Gewöhnlichen* zu sehen. Einer als abstrus und geradezu surreal anmutenden Erfahrung, die bereits in Praktiken habitualisiert ist und gerade deshalb als durchaus entrückter Zustand (mental) (re-)präsent gehalten werden muss. Ferner wirkt die durch die Mengenbetrachtung induzierte Veränderung des Blicks auf den einzelnen Patienten auch auf den ihn behandelnden Arzt zurück. Der Verdinglichung der Patient*innen folgt der Servicecharakter des Arztes, der das Krankenhaus mit genügend Fällen »versorgt«. Der Akzent liegt

folglich dann auch darauf, als Abteilungsleiter die kollegiale, patient*innenbezogene Verantwortung der gesamten Abteilung (»ich glaube jeder muss das«) in den Vordergrund zu rücken. Multiperspektivität bzw. Anti-Reduktionismus sind nicht nur eine individuell einzuübende Orientierung des Chefarztes, sondern als kollektiver Auftrag der gesamten Klinik zu verstehen.

»*Herr Falter*: Und (.) man muss sehr darauf achten, sowohl in der (.)/bei der (...) Gestaltung der Atmosphäre in der Abteilung sehr darauf achten, dass man nach unten hin, mit unten meine ich jetzt die Oberarztabene und die Assistentenfacharztabene und die Assistentenebene, nicht den Eindruck vermittelt, dass es hier nur darum geht, eine gewisse Anzahl von Fallpauschalen in einer bestimmten Zeit zu erbringen und damit eben den Leistungskatalog zu erfüllen, um am Ende des Jahres vor der Geschäftsführung gut dazustehen, sondern es hier in erster Linie darum geht, jeden einzelnen Fall optimal zu versorgen. Und in zweiter Linie kann man sich auch über die Fallstatistik unterhalten, aber das ist eben/soll und muss immer zweitrangig bleiben. Das wird natürlich von der kaufmännischen Seite nicht so gesehen und die kaufmännische Seite kann sich ja um die Einzelfälle nicht kümmern, das soll sie ja auch nicht, aber man muss sich glaube ich immer wieder bewusst machen, (.) dass das Bringen von Fällen alleine nicht das oberste Ziel ist. (...) Und insofern war die Einführung der Fallpauschalen sicherlich ein (.)/oder ist nach wie vor (...) salopp gesprochen und allgemein gesprochen der prinzipielle Anreiz, (...) Anreiz in die falsche Richtung, den man pausenlos korrigieren muss. Oder ja, dessen man sich bewusst sein muss und dem man sich nicht ergeben muss.«

Im gleichen Absatz zeigt sich der Priorisierungskonflikt auch im Umgang mit dem eigenen Personal, wenn Herr Falter von der »Gestaltung der Atmosphäre in der Abteilung« spricht. Was man ihm als wohlmeinende Führungsphilosophie auslegen muss, kann die eigene Verzagtheit jedoch nicht verbergen. Die grundsätzliche Spannungslage bleibt offensichtlich unangetastet angesichts des skizzierten Versuchs, die Priorisierungsleistung hinsichtlich medizinischer und ökonomischer Ziele für das ärztliche Personal der niederen Hierarchiestufen über atmosphärische Glättungen abzublenden. Im Sinne eines »impression management« (Schlenker 2001) geht es hier für Herrn Falter als Abteilungsleiter eher darum, dem Kollegium einen den Konflikt entschärfenden »Eindruck« zu vermitteln und weniger darum, tatsächlich größere Freiheitsgrade bei der Patient*innenbehandlung zu erwirken (»nicht den Eindruck vermittelt, dass es hier nur darum geht eine gewisse Anzahl von Fallpauschalen in einer bestimmten Zeit zu erbringen«). Die kurzen und doch aufschlussreichen Ausführungen zur Geschäftsführung belegen, dass Herr Falter hier auch gar nicht seine Kompetenz verortet sieht. Der die ökonomische Seite repräsentierenden Geschäftsführung billigt er grundsätzlich eine eigene Domäne bzw. Rationalität zu. Auch dient diese als negativer Gegenhorizont, wenn dessen

Rechenpraktiken – die Fallpauschalen – als »pausenlos« zu korrigierender »Anreiz in die falsche Richtung« beschrieben werden. Vermittels Gegenhorizont wird dabei auch die eigene Orientierung konstituiert: der Auftrag der Geschäftsführung liegt eben *naturgemäß* nicht in der Betrachtung von Einzelfällen – dafür ist einzig und allein das ärztliche Personal verantwortlich. Gleichwohl besteht kein Zweifel daran, dass dies weder der Ansicht der Geschäftsführung entspricht, noch, dass sich dafür eine grundsätzliche Lösung abzeichnet. Vielmehr liegt es im Wesen des neuen funktionalen Bezugsproblems begründet, einen permanenten und universalen Konflikt der Priorisierung hervorzubringen, der jeweils nur partiell, besser: situativ gelockert werden kann.

Mit welchen Praktiken und Absichten dies einhergeht, zeigt sich an einer nachfolgenden Sequenz:

»*Herr Falter*: Es geht auch darum, ob man einem Patienten, der den Wunsch hat, mehrere Eingriffe in einem Krankenhausaufenthalt zu tun, ob man diesem Wunsch nachkommt (.) oder das vielleicht sogar aktiv anbietet. Obwohl es eigentlich wirtschaftlich gesehen Unsinn ist. Und das ist etwas, was man (.) tagtäglich (.) tun sollte beziehungsweise wo man sich eben immer wieder prüfen sollte, (.) falle ich die Entscheidung aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus oder aus patientenorientierten und krankheitsorientierten Überlegungen heraus. Und so lange man in einem Haus arbeitet, wie diesem hier, wo man eigentlich immer viel zu viele Fälle hat und das sowieso (./)also aus der großen Fallzahl nicht befürchten oder wegen der großen Fallzahl nicht befürchten muss, dass man seine Leistungsziffer nicht schafft, kann man sich das natürlich leisten so etwas zu tun und wir tun das auch. Wir tun das auch ganz bewusst und wir gehen auch davon aus, dass dieses Tun, dieses antizyklische Tun quasi, also gegen eine optimale Ausnutzung der Fallpauschalen-Möglichkeiten auch nach außen hin ein Signal ist, (.) dass wir ein Haus sind, in dem das nicht passiert. Ich hoffe, dass das wahrgenommen wird, von niedergelassenen Kollegen zum Beispiel wahrgenommen wird, dass bei uns Patienten, die eben mit beidseitigen Leistenhernien kommen, auch beidseitig sofort versorgt werden und nicht einseitig nach Hause geschickt werden und nach einem entsprechenden Intervall nochmal wieder aufgenommen werden, was man natürlich sehr viel besser abrechnen kann.

Interviewer: Weil es zwei Fälle sind oder mehrere Fälle?

Herr Falter: Weil es zwei Fälle sind, die einfach wirtschaftlich sehr viel besser abgebildet werden können. (.) Und dass wir eben auch viele Dinge gleichzeitig tun. Dass wir also zum Beispiel wenn wir einen Tumorpatienten haben und der hat noch eine weitere Erkrankung funktioneller Art, die man mitbeheben kann, dass wir das tun, (.) ohne zu sagen das ist etwas, wo er wiederkommen kann. Und dann haben wir eine neue Fallpauschale und dann haben wir doch schon

mal einen großen Teil unserer Leistungsbilanz gesichert durch solche Manöver oder durch solche Überlegungen. Und genau das tun wir nicht.«

Die geschilderte Praxis des Abwägens und Tarierens konkretisiert sich hier anhand der umgehenden Berücksichtigung oder gar aktiven Umwerbung der Patient*innen, gleich mehrere Eingriffe binnen eines Aufenthalts vornehmen zu lassen. Auch wenn dies ökonomisch »Unsinn« sei, gibt Herr Falter *sich selbst auf*, sich als behandelnder Arzt »tagtäglich« im Sinne des Wohls der Patient*innen zu prüfen. Die Prüfung überragt so stets die rein sachliche Ebene und gerinnt zur iterativen Entscheidung über die eigene professionelle Haltung. Daraufhin bemüht er ein durchaus ökonomisches Argumentationsmuster, wenn er die eigenen relativen Freiheitsgrade mit einer Situation in Verbindung bringt, »wo man eigentlich immer zu viele Fälle« habe. Die zuvor noch gescholtene Mengenbetrachtung scheint hier die eigene Abteilung in die Lage zu versetzen, sich die eigene Professionalität gewissermaßen *leisten zu können*. Das »antizyklische Tun« wird analog zum »Anreiz in die falsche Richtung« als Praxis einer gegenläufigen Systematik ausgeflaggt, die jedoch nur unter der Prämissen eines *Überflusses* an Behandlungsfällen funktional und möglich erscheint. Darüber hinaus lässt sich die Perspektive noch weiter kapitalisieren, so die Hoffnung von Herrn Falter, wenn es um die Hebung der Reputation bei wichtigen Anspruchsgruppen (z.B. den einweisenden niedergelassenen Ärzt*innen) geht, derartige ökonomische »Manöver« zu unterlassen.

Die beiden zuvor noch als widerstreitend empfundenen Domänen treten hier nun plötzlich in ein viel engeres Verhältnis zueinander: Ökonomische Prosperität eröffnet stets weitere Kapitalisierungsformen, seien diese nun monetär oder indirekt auf einer Reputations- bzw. Marketingebene zu verorten. Ein professionell motiviertes Unterlassen, ein Nicht-Tun wird so zum *ökonomisch sinnvollen Akt* im Vollzug professionellen Abwägens und gibt einen ersten Einblick in ein Arrangement, das nahtlos betriebswirtschaftlich integriert und als Teil des gängigen gesundheitspolitischen Nullsummenspiels erscheint (siehe weiter oben, 4.2.2). Herr Falter demonstriert hier überdies eine durchaus als an der Grenze zur *Vertriebsmentalität* zu bezeichnende Haltung, wenn das »antizyklische Tun« als etwas erscheint, dass er Patient*innen »aktiv anbietet« und von dem er hofft, dass dies durch jene wie durch die niedergelassenen Kolleg*innen goutiert wird. Der Distinktionsgewinn mag medizinisch-professioneller Natur sein, im Grunde liegt aber auch hier bereits eine erwerbswirtschaftliche Latenz vor. Herrn Falters professionell agitierte Leistungsorientierung erscheint allzu leicht an betriebswirtschaftliche Setzungen anschlussfähig, während aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive offen zu Tage liegt, dass das Einschwenken auf letztere einer Ressourcenverschwendug gleichkommt. Denn das, was vorher noch »wirtschaftlich gesehen Unsinn« war, entpuppt sich nun als Praxis, die einen betriebswirtschaftlichen Mehrwert produziert und gleichzeitig die professionellen Ziele sichern hilft. Nichts desto trotz funktioniert

dies nur vor dem Hintergrund »guter« Fallzahlen (d.h. »viel zu vieler Fälle«), womit impliziert ist, was zu geschehen hat, wenn die Fallzahlen einmal nicht »gut« sind. Man sieht an dieser ersten Rekonstruktion bereits, dass die vermeintliche Verkürzung ärztlicher Professionalität entlang eines ökonomischen Reduktionismus tatsächlich einer *komplexeren* Praxis Vorschub leistet.

Transparenz oder: Die neue Sichtbarkeit ökonomischen Drucks Nun wird sich den spezifischen Eigenschaften des DRG-Systems und dem in der Literatur bereits dargestellten Beitrag zu einer Transparenz über ärztliche Entscheidungen genähert, den Controlling-Kennziffern vorgeblich liefern.

»**Interviewer:** Und wenn dann/wenn Sie jetzt dann so einen Einzelfall in die eine oder in die andere Richtung entschieden haben, ist es dann so/also wann kommt dann sozusagen der Einspruch von der Geschäftsführung oder vom Controlling? Müssen Sie das dann retrospektiv verhandeln, wird es dann da nochmal/gibt es ein Forum, wo das angesprochen wird oder passiert das eher auf dem kurzen Weg oder wie darf man sich denn diese Intervention vorstellen?

Herr Falter: Die Intervention darf man sich so vorstellen, dass wir von Zeit zu Zeit Weiterbildungsveranstaltungen über das Controlling haben oder durch das Controlling haben, die uns Informationen geben, wie Fallpauschalen optimal genutzt werden können und was man (...) besser verschlüsseln kann beziehungsweise welche (...) Behandlungen und welche Diagnosen gut zusammen zu einem Fallpauschalen-Paket zu schnüren sind und welche eben nicht so gut zusammenpassen. (...) Da werden diese Dinge diskutiert. Und dann letztendlich immer dann, wenn die Fallzahlen nicht mehr stimmen. Also wenn die Anzahl der (...) erbrachten Pauschalen nicht mehr stimmt, wenn man also in der Krankenhauskonferenz dasitzt und rote Zahlen hat. Also halt gemessen an der Leistungsplanung deutlich drunter liegt. Dann wird gefragt, woran denn das liegt und dann muss man sich erklären und dann kann das eventuell auch so (...) auf eine Konfrontation, was die (...) Prioritäten angeht, hinauslaufen.

Interviewer: Das heißt, das wird auch in der Konferenz dann vor allen beteiligten Anwesenden dann ausgebreitet und also, dass dann auch also Abteilungen miteinander verglichen werden und/

Herr Falter: Ja.

Interviewer: Hat sich das/ist das eine Neuerung, ist das etwas, was verstärkt Einzug gehalten hat oder ist das eher eine Sache, die sozusagen mit der DRG-Einführung schon mitunter seit zehn Jahren, ich weiß nicht genau, wann es hier bei Ihnen akut wurde, dann auch so dann gehandhabt wurde? Oder seither gehandhabt wird.

Herr Falter: Also es gab auch vor der DRG-Einführung natürlich eine bestimmte Menge von Fallpauschalen und den Rest halt über Belegungstage. Und es gab

damals natürlich auch Messungen der Leistung. Es gab Leistungskontrollen, nur waren die dadurch, dass man eben nur Belegungstage und Patientenzahlen gemessen hat und nicht die einzelnen Fall/das nicht heruntergebrochen hat bis auf einzelne Fälle, dadurch war der Druck wenn Sie so wollen eher diffus oder etwas diffuser. Jetzt ist es sehr viel konkreter und im Einzelfall natürlich auch unangenehmer und es wird bisweilen dann eben auch von den Ärzten bedrohlicher oder ich merke es auch bei mir selbst, als bedrohlicher erlebt. Wenn einem zum Beispiel vorgerechnet wird, dass die Anzahl der was weiß ich Bauchspeicheldrüseneingriffe sich gegenüber dem Vorjahresdurchschnitt halbiert hat und man sich jetzt fragt, woran liegt das. Haben Sie zu viele Komplikationen, haben Sie keine vernünftige Einweiserpflege betrieben, was passiert da. Und diese Transparenz war eben vorher in der Art und Weise nicht gegeben. Und das hat sich insofern/man hat sie/hat sich die Kontrollfunktion deutlich verbessert und erleichtert, auf der anderen Seite dann natürlich aber auch der Kontrolldruck verschärft. Oder der Druck durch die Kontrollen hat sich verschärft.<

Der Interviewer fragt Herrn Falter nach der Art und Weise des Eingriffs (»diese Intervention«) seitens der Geschäftsführung, die sich nach der ärztlichen Entscheidung über einen einzelnen Fall einstellt. Die Antwort zeugt davon, dass Herrn Falter zunächst keine *unmittelbaren* Eingriffe treffen, Einzelfallentscheidungen also in der Regel nicht kritisch hinterfragt werden. Die Intervention scheint zunächst vielmehr mittelbar und langfristig angelegt zu sein. Im Rahmen von »Weiterbildungsveranstaltungen« soll erlernt werden, wie »Fallpauschalen optimal genutzt werden können«. Das dort erlernte Wissen soll trotz seiner Mittelbarkeit einen direkten Einfluss auf die medizinische Praxis ausüben, vor allem durch das In-Beziehung-Setzen von Diagnosen zu Behandlungsmethoden, die im Ergebnis jeweils zu einem möglichst lukrativen »Fallpauschalen-Paket zu schnüren sind«.

Eine unmittelbare Form der Thematisierung entsteht allerdings immer dann, wenn »die Fallzahlen nicht mehr stimmen« und »man also in der Krankenhauskonferenz dasitzt und rote Zahlen hat«. Es zeigt sich hier, dass die Thematisierung von Zahlen bei Herrn Falter im Zusammenhang mit einer wiederkehrenden *Kommunikation* und *Abbildung eines Mangels* steht. Die *roten Zahlen* weisen einen *Fehlbetrag* aus, eine verfehlte *Zielerreichung*, die in der »Krankenhauskonferenz« vor aller Augen offenbart wird. Die Zurschaustellung dieses Mangels im unmittelbaren Vergleich mit dem gesamten anwesenden (chef-)ärztlichen Kollegium zeugt von einer Managementpraxis, die mit Hilfe solcher Rankings eine vergleichsbasierte Leistungsschau unter Anwesenden etabliert, die »Druck« produziert und als *Quasi-Sanktion* wirksam wird (»und im Einzelfall natürlich auch unangenehmer und es wird bisweilen dann eben auch von den Ärzten bedrohlicher oder ich merke es auch bei mir selbst, als bedrohlicher erlebt«). Tatsächlich ist jedoch eine bemerkenswerte zeitliche Flexibilisierung der Interventionsmöglichkeiten vorhanden, die durch

Controlling-Zahlen entsteht. Der rein logisch konzidierte »prinzipiell[e] [...] Anreiz in die falsche Richtung«, der pausenlos professionelle Achtsamkeit erfordert, drückt sich in der Praxis durch eine *dauerhafte Latenz* offener Kritik infolge einer untererfüllten »Leistungsplanung« aus. Die vormals mit »Intervention« bezeichnete Praxis der Überprüfung ärztlicher Behandlungsentscheidungen durch die Geschäftsführung wird nun zum ersten Mal als »Leistungskontrollen« tituliert, die einen »Druck« erzeugen. Diffus ist nicht mehr die Kontrolle selbst und der damit einhergehende Druck – diese sind inhaltlich besehen durch die verbesserten Controlling-Techniken in Folge der DRG wesentlich genauer –, sondern vielmehr die Anwendung jener Kontrollen. Es wird gerade *nicht* jede Einzelfallentscheidung kritisiert, und doch gerät die kontinuierliche Kontrolle der Leistungsentwicklung für Herrn Falter »im Einzelfall« zu einem in aller kollegialer Öffentlichkeit stattfindenden Spießrutenlauf, der zunehmend als »bedrohlicher« empfunden wird und auch Einzelfallentscheidungen rückwirkend zur Disposition stellen kann.

Es handelt sich weniger um eine groß angelegte und angekündigte Intervention denn um eine subtil agierende Form ständiger Kontrolle. Controlling selbst taucht hier gerade nicht als *Leistungsprojektion* und Risiken kalkulierendes Instrument auf, sondern wird durch seine retrospektive Leistungsabbildung als dauerhafte Infragestellung und damit latente Bedrohung ärztlicher Professionalität und persönlicher Integrität erlebt. Die Kontrolle ist also einerseits ausgefeilter, d.h. durch EDV-Software gestützte Berechnungen und größere Datenvolumina umfangreicher, und andererseits im Ergebnis wie in seiner zeitlichen Entfaltung schlecht zu antizipieren und damit unberechenbar. In letzter Konsequenz führt dies die professionellen Akteur*innen einem Kontrollregime zu, das die Geschäftsführung in die Lage versetzt, den Druck *dosieren* zu können und dadurch die Effektivität der Kontrollen zu erhöhen. Nicht zu wissen, wann und in welcher Intensität ein Mangel, ein Scheitern an Leistungszielen aufgedeckt und als relevanter Maßstab für die eigene Arbeit herangezogen wird, hält fortlaufend dazu an, die eigene Praxis im Sinne der ökonomischen Vorgaben zu kontrollieren.

Vermittels DRG-Numerik entsteht so ein System aus Selbst- und Fremdkontrollen, das die Ausrichtung auf Soll-Werte zu einem »unabschließbaren Prozess der Selbstoptimierung« (Bröckling 2017: 218) werden lässt. Pikanter und bezeichnender Weise bieten Zahlen aus Sicht von Herrn Falter daher auch keine unmittelbaren Lösungen an, sondern konstituieren zunächst einen gänzlich *neuen Problemzusammenhang*. Daher erscheint es – auch wenn Herr Falter dies selbst so beschreibt – irreführend von einer neuen »Transparenz« zu sprechen. Treffender ist es zu sagen: Zahlen produzieren eine Sichtbarkeit, die es erlaubt, neue Fragen zu stellen, auf die man jedoch ohne weiteres keine Antwort finden wird. Zwar können medizinische Aktivitäten durch das DRG-System nun nach ihren Ressourcenintensitäten und Verweildauern im nationalen Vergleich differenziert betrachtet werden. Doch der *Begründungszusammenhang* der Messung bleibt *undurchsichtig*: die

Messung gibt keine Auskunft darüber, weshalb sie so und nicht anders ausgefallen ist, sie ist bestenfalls, wie Herr Falter bemerkt, ein »Signal«. Das Controlling erzeugt hier gerade keinen Durchblick, vielmehr einen zu interpretierenden Hinweis, auf den die neue ökonomische Beobachtungsperspektive aufsetzt. Der neue Fokus liegt folglich auf gemessenen Input-/Output-Verhältnissen, ohne jedoch angeben zu können, von welchen Verhältnissen diese wiederum getrieben werden. Die hierdurch in das Krankenhaus gelangende Kontingenz stellt das Krankenhaus vor die Aufgabe, Mittel zu ihrer Bearbeitung zu finden, die das Controlling selbst nicht liefern kann.

Genauer betrachtet, geht es bei der »neuen Sichtbarkeit« um die *systematische Erzeugung* eines Mangels in zweifacher Hinsicht. Herrn Falter wird dieser stellvertretend vor allem dann relevant, wenn ökonomische Ziele mit medizinischen Aktivitäten nach einem Soll-/Ist-Kriterium abgeglichen werden, das erreichte Leistungsniveau hinter der Soll-Erwartung zurückbleibt und insofern eine negative Feedbackschleife initiiert wird.² Ein Mangel in zweifacher Hinsicht deshalb, weil das, was sich erstens auf Ebene der kaufmännischen Geschäftsführung als *Steuerungsversuch* beschreiben lässt, bei Ärzt*innen, insbesondere bei jenen, die die geckten Ziele fortlaufend nicht erfüllen, eine *Erwartung* und somit eine *Orientierung* an dem durch Zahlen generierten Mangel befördert wird. Es deutet sich hier bereits an, dass der durch Controlling-Ziffern ausgewiesene Mangel an Zielerreichung und das Einschleifen des ärztlichen Habitus auf die Möglichkeit einer mangelhaften Performance, auf eine ökonomische Logik der Knappheit rekurriert: die Mittel zur Behandlung sind begrenzt, deshalb ist es nötig, die verfügbaren Mittel so gut wie möglich einzusetzen und dafür gute von schlechten, ausreichende von mangelhaften Gebräuchen zu unterscheiden. Allerdings nicht ausschließlich. Denn mit der ökonomischen »Sichtbarkeit« deutet sich zweitens eine *Kontrollfiktion des Managements* an, die aus den errechneten Zahlen gespeist wird. Diese stellt sich, wie in Herrn Falters Darstellung, als gesteigerte »Kontrollfunktion« der Geschäftsführung dar, die vor allem als »Kontrolldruck« erlebt wird. Doch selbst das größte Detailwissen des Controllings kann nicht offenbaren, weshalb eine Zahl sich so und nicht anders darstellt. Insofern kann auch nicht gesteuert und kontrolliert werden, dass eine möglichst *ökonomische* Krankenbehandlung zugleich die bestmögliche Behandlung im medizinischen Sinne nach sich zieht.

Der prekäre Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität und Behandlungseffizienz wird hier erstmals virulent. Darum markiert die Frage »woran liegt das«, wenn »die Anzahl der (...) was weiß ich Bauchspeicheldrüseneingriffe sich gegenüber dem Vorjahresdurchschnitt halbiert hat [...]. Haben Sie zu viele Komplikationen, haben Sie keine vernünftige Einweiserpflege betrieben, was passiert da« auch

² Zur kybernetischen Bedeutung des Feedbackbegriffs als positives bzw. negatives Feedback in Selbstorganisationsprozessen siehe Bröckling (2017).

weit verzweigte Zusammenhänge, die Suchbewegungen beim ärztlichen Personal auslösen sollen, ja müssen. Wie diese aussehen und was sie über das Ökonomische verraten, wird im Verlauf der Analyse weiter untersucht.³

Was Kaufmann und Arzt zunächst einmal verbindet, ist eine Sichtbarkeit der Fragen, die es hierfür zu beantworten gilt. Die Unkenntnis über die Kausalität der Messungen stimuliert eine Erörterung darüber, was die Zahlen bedeuten und was daraufhin zu tun ist. In einem Prozess »reziproker Sichtbarkeit« (ebd.) von *Nicht-Wissen* entsteht die Chance zu einer *partizipativen* Entscheidungsfindung und dies, gerade weil die Mengenbetrachtung im Krankenhauswesen infolge *unvollständiger Information* (Arrow 1963; Fleßa/Greiner 2013) nicht durchschaut, nicht *transparent* gemacht werden kann. Die faktische Intransparenz der Prozesse des Krankenhauswesens hat viele Gründe, die sich allesamt aus der *black box* »kranker Mensch« bzw. »Patient*in«, »organisierter Krankenbehandlung« und den Messkonstrukten der DRG selbst ergeben (Callon/Latour 2006; Lowe 2001; Vogd 2011a, siehe weiter oben 4.2.2). Zu komplex und dynamisch die Bedingungen, unter denen Krankheiten und Symptomaufmerksamkeiten entstehen, akute Einweisungen vollzogen werden, Indikationen zutreffen und Therapien anschlagen, Patient*innen kurieren oder durch Komplikationen und Komorbiditäten weiter an stationäre Leistungen gebunden bleiben. Diese Ausgangslage mündet trotz geteilten Nicht-Wissens nicht zwangsläufig in »shared decision making«, sondern stellt im Gegenteil den ersten Schritt einer Sanktionskaskade dar, die »auf eine Konfrontation, was die (...) Prioritäten angeht, hinauslaufen« kann. Die Grenzen ökonomischer Analysetechniken werden hier nur allzu deutlich als auch die Art und Weise, wie die neue ökonomische Steuerung mittels Zahlen trotz allem eine spezifische Form von Erwartungsbildung forciert. Ein Fehlbetrag, eine »numerische Differenz« (Heintz 2010), wird – wie in den nachfolgenden Kapiteln noch genauer zu sehen sein wird – in eine professionelle Unzulänglichkeit, mitunter in einen persönlichen Mangel transformiert.

Die Zurechnung infolge der Berechnung läuft dann trotz *unzureichender Sicht* darauf hinaus, aus dem Führer einen Geführten, aus dem Professionellen einen Delegierten zu machen, dessen Prioritäten denjenigen folgen, die ihm Namen der Zahl sprechen.⁴⁵ Dies offenbart sich auch in nachfolgender Sequenz:

-
- 3 Hier vorweg noch ein weiteres Zitat von Herrn Falter, das einen Vorgeschmack bietet: »Solange die Zahlen stimmen, (.) geht man davon aus, dass alles in Ordnung ist und dass man dort nicht nachhaken muss. In dem Moment, wo die Zahlen nicht mehr stimmen, muss man sich diesbezüglich rechtfertigen. (.) Kann natürlich sein, dass die Zahlen nicht stimmen, trotz der Tatsache, dass man eine gute Einweiserpflege betreibt.«
 - 4 Siehe Wilkesmann/Jang-Bormann (2015: 218ff., 229f.) zur Unterscheidung von Eminenz- und Evidenzbasierung im Umgang mit organisationaler Unsicherheit.
 - 5 Ein weiteres passendes Beispiel liefert die Klinikmanagerin desselben Hauses, Frau Martens, die ihre hierarchische Position einsetzt, um aufgrund fehlender Zahlen eine Entscheidung

»*Interviewer*: Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, was Sie jetzt im Zusammenhang mit den Themen, durch die wir jetzt so durchgaloppiert sind, noch hinzufügen möchten? Gibt es da noch weitere Punkte?

Herr Falter: (Seufzt) Nein, eigentlich nicht. Vielleicht einfach, das ist sicher eine Wiederholung, ich will einfach nochmal diese besondere Situation, in der man sich als Abteilungsleiter befindet, betonen. Dass man auf der einen Seite im Grunde genommen agiert wie ein Unternehmer, aber auf der anderen Seite kein Unternehmer ist, sondern nur »Erfüllungsgehilfe« eines von kaufmännischer Seite und was die Medizin angeht diesbezüglich inkompetenter Seite, einer Planungsbehörde. Das ist jetzt etwas übertrieben, es gibt eine Planungsbehörde, die medizinisch inkompetent ist, aber trotzdem medizinische Planung macht und man wird genötigt sich so zu verhalten, als ob man Unternehmer wäre, aber hat die Kompetenzen des Unternehmers nicht, hat die Machtfülle des Unternehmers nicht. (...) man ist im Grunde genommen nur »Übersetzer«. Man ist Übersetzer der Ökonomie oder der kaufmännischen/von der kaufmännischen Seite her geprägten Leistungsplanung, der man gerecht werden soll und was dann eben bedeutet, dass man die Mitarbeiter motiviert (...) gegebenenfalls Überstunden zu machen, mehr Dienste zu machen (...) zu bestimmten Jahreszeiten (...) oder so etwas. Oder ihnen vielleicht nahebringt, die Patienten mehr an sich zu binden und dafür zu sorgen, dass sie, wenn man sie entlässt und mit einer weiteren Aufnahmediagnose irgendwann später nochmal aufnehmen möchte, dass sie dann auch wirklich kommen. Und gegenüber der Geschäftsführung eben (.) medizinische Dinge vertreten muss, wo man lange Aufenthaltszeiten, gegebenenfalls stationäre Versorgung von Patienten, die man hinterher rausgeprüft bekommt durch den MDK, weil sie nicht unter stationären Bedingungen laufen konnten, aber wo man trotzdem das Gefühl hatte, in diesem Falle es für den Patienten besser war, obwohl er nicht in das Schema passte, (.) auch diese Dinge zu vertreten. Das ist etwas, was ich als unangenehm erlebe und das Zweite ist eben dieser (.) Kampf gegen die (...) Ökonomisierung. (.) Beziehungsweise dass/der Kampf

bezüglich der Verteilung von OP-Kapazitäten, über die es in der Chefärzteschaft Streit gibt, auf unbestimmte Zeit zu verschieben. Erst, wenn die benötigten Zahlen vorliegen, könne entschieden werden, »wer dann dort die Wahrheit spricht«: »Dann kommen ständig die Chefärzte auf mich zu. Jeder zieht/Will mehr OP-Kapazität. Ich meine davon, dass die subjektiv sagen, bei mir ist voll, ja, das nutzt mir gar nichts, wenn ich da keine zuverlässigen Zahlen dazu habe. Solange habe ich auch gesagt, solange werde ich da nichts daran ändern. Weil ich weiß es einfach nicht. Jeder sagt etwas Anderes. Das ist ja dann auch ganz, sehr subjektiv. Die Anästhesisten sagen was anderes als die Chirurgen und als die Unfallchirurgen und ja. Schwierig. Und das geht halt nur, wenn man aus dem Bereich Medizin Controlling wieder zuverlässige Zahlen kriegt. [...] Und da kann ich nichts machen, ohne dass ich wirklich diese Zeiten habe. Erster Schnitt, letzter Schnitt. Und zugucken, wer dann dort die Wahrheit spricht.«

für das Bewusstsein, dass Medizin das Prinzip hat und nicht die Ökonomie das Prinzip hat. (...) Beides Dinge, die ich bei der Entscheidung, ich gehe diesen Weg und strebe diese und diese Position an, so nicht wahrgenommen habe. Muss ich mal so sagen. Also ursprünglich bin ich in/wollte ich/kam eine Niederlassung für mich nie in Frage (...), aus dem Grund, weil ich auf keinen Fall eine ökonomisch orientierte Medizin betreiben wollte. Das ist ja im niedergelassenen Bereich schon immer so gewesen, dass sie ökonomisch orientiert ist beziehungsweise sind eben alles Kleinunternehmer.«

Herr Falter bringt hier als abschließende Einschätzung das Arrangement, in dem er sich befindet, sehr präzise zum Ausdruck. Während die kaufmännische Geschäftsführung als medizinisch »inkompetent« beschrieben wird, obwohl sie eine medizinische Planung vorlegt, agiert die ärztliche Geschäftsführung in Person von Herrn Falter so, »als ob man Unternehmer wäre, aber hat die Kompetenzen des Unternehmers nicht, hat die Machtfülle des Unternehmers nicht«. Die Schilderung klingt bisweilen so, als würde hier ein Rollentausch zwischen kaufmännischer und ärztlicher Geschäftsführung simuliert. Tatsächlich aber steht dahinter ein Wandel der Produktionsverhältnisse: Als Chefärzt ist Herr Falter Zeuge einer zunehmenden Produktionsorientierung seines Arbeitsplatzes, in dem Führungs- und Managementkompetenzen immens an Bedeutung gewonnen haben.

Letzterer Aspekt klingt auch in der späteren Beschreibung durch, wenn Herr Falter seine Rolle als »Übersetzer der Ökonomie« definiert. Übersetzer zu sein impliziert zunächst ein Sowohl-als-auch, denn der Übersetzer muss gemeinhin beide Sprachen, die er übersetzen möchte, beherrschen. Er wird zum Bindeglied zweier Seiten, die ohne sein Zutun nicht miteinander in Verbindung treten könnten. Die Übersetzungsleistung als Abteilungsleiter ist dann auch zuvorderst eine *Führungsleistung*. Indem Mitarbeiter zu Überstunden oder dazu »motiviert« werden, »die (...) Patienten mehr an sich zu binden« übersetzt Herr Falter den ökonomischen »Plan« und wird so zur exekutiven Kraft der Geschäftsführung. Aber auch medizinische Entscheidungen zum Wohle der Patient*innen müssen gegen die systemischen Kontrolleure des DRG-Systems, gegen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und die eigene Geschäftsführung, verteidigt werden. Die Rekonstruktionen geben einen ersten Hinweis darauf, dass es sich beim zeitgenössischen Krankenhaus nicht trotz, sondern aufgrund betriebswirtschaftlicher Controlling- und Managementinstrumente mehr denn je um eine »Planungsbehörde« handelt, dessen Existenz sich folglich nicht nur politischer Krankenhauspläne und dort definierter Mengen an Planbetten sowie pauschalierter Vergütungen verdankt.

Ob Herrn Falters Beschreibung als »übertrieben« zu bewerten ist, lässt sich vielleicht durch einen ersten Perspektivenwechsel besser einschätzen. Nun wird sich der kaufmännischen Geschäftsführung des Hauses, in dem Herr Falter ar-

beitet, in Person des Geschäftsführers Herrn Helmstedt zugewandt, der mit Blick auf die dargestellten Zusammenhänge zu Wort kommt. Vorab ist wichtig zu erwähnen, dass das privat getragene Krankenhaus im Verbund mit einem weiteren Krankenhaus betrieben wird. Letzteres wurde vor nicht langer Zeit zu einer Akut-Klinik ausgebaut. Herr Helmstedt beschreibt die Gesellschafterstruktur wie folgt: »Wir haben eine Gesellschafterstruktur, die ist sehr familiär geprägt. Es gibt keine institutionellen Anleger. Die Familien sind in etwa 70, 75 Prozent identisch. Das heißt die sind hier in der Klinik drin, als auch drüben in der Klinik drin.«

»*Interviewer*: Wäre dann das Controlling auch eine Maßnahme, um Risikoabwägungen zu treffen oder?

Herr Helmstedt: Na klar. Natürlich, da kommen ja die kalkulatorischen Vorgaben ja? Das ist ja ohne Controlling kriegen wir da keine Transparenz rein, keine ökonomische Transparenz. Das Controlling ist da extrem wichtig. Selbst wenn Sie Risiken beurteilen wollen und das tun wir auch, wird das Controlling hier mitrechnen ja? (...) Es gibt natürlich viele qualitative Faktoren. Viele Dinge bei uns in unserem Geschäft hängen von den Persönlichkeiten ab ja? Da können Sie toll rechnen, ja wenn Sie da nicht die geeignete Persönlichkeit finden, das ist uns auch schon passiert, dann nützt uns der ganze Plan nichts, weil Sie kriegen den Plan dann einfach nicht umgesetzt. Ja? Aber da kommt dann die Erfahrung wieder dazu und so weiter. (...) Wenn wir solche [kaufmännischen, Anm. K. M.] Entscheidungen treffen, dann diskutieren wir wie ich eben schon gesagt habe oft auf Anregung im Rahmen einer Finanzbesprechung, (...) und das erste, was wir machen ist, dass wir vom unternehmerischen Aspekt. Also Sie müssen sich das so vorstellen, die Klinik als Ganzes überlegt, was ist, wenn wir jetzt in diesen Bereich investieren? Was ist, wenn wir in diesem Bereich etwas machen wollen? Gehen die Gedanken erst bei uns rum und in einem zweiten Schritt, ja in einem zweiten Schritt fragen wir dann mal nach bei unserem ärztlichen Potential, wie siehst du das? (...) Wir hier oben, wir müssen das Ganze zusammenhalten. Wir müssen das Ganze zusammenhalten und wir denken aus einer übergeordneten Perspektive heraus. Also jede einzelne Fachabteilung muss einen Beitrag zum Ganzen in irgendeiner Form leisten.

(...) Da sind wir wieder bei den Persönlichkeiten. Und wenn wir über Führung reden, insbesondere über Führungsstile reden. Naja die vierundsechzig Tasten muss man alle beherrschen. Sie müssen oben spielen können, müssen aber eine Oktave tiefer spielen können. Klar und das kann autoritär sein, das kann partizipativ sein, per Anweisung arbeiten oder eben auch bei Überzeugung, das hängt wirklich auch von den Persönlichkeiten ab.«

Herr Helmstedt macht zunächst klar, dass das Controlling bei unternehmerischen Entscheidungen eine zentrale Rolle dahingehend spielt, dass es »ökonomische Transparenz« erzeugt und insofern »extrem wichtig« ist, auch wenn es darum

geht, »Risiken beurteilen« zu können. Es kommen in seinem »Geschäft« allerdings viele, wie Herr Helmstedt es nennt, »qualitative Faktoren« ins Spiel, womit er auf »Persönlichkeiten« abstellt, von denen »der ganze Plan« in der Umsetzung letztlich abhängt. Hier findet sich bereit die paradigmatische Entgegensetzung von berechenbar-sichtbaren und unberechenbar-autonomen Aspekten wider, die dem von Herrn Falter geschilderten Eindruck, lediglich »Erfüllungsgehilfe« einer Planungsbehörde zu sein, unterliegt. Denn während Herr Helmstedt die Produkte des Controllings zu »ökonomischen Vorgaben« verhärtet, an denen nicht zu rütteln ist, und qua ihrer transparenzstiftenden Eigenschaft als Vehikel der Risikominderung preist, bemisst sich die Eignung von Ärzt*innen zunächst nur an der Passgenauigkeit erwünschter Persönlichkeitsmerkmale mit Blick auf die Erwartung, die an sie gerichteten Pläne umzusetzen.

Interessanterweise wird hier die Steuerbarkeit der Ärzte nicht als kollektive Gruppe oder Funktionsträger angelaufen, sondern in individuell-psychologischer Weise in die Persönlichkeit einzelner Ärzt*innen verlegt. Spiegelbildlich zu den *Risiken* einhegenden Zahlen des Controllings erscheint die autonome Persönlichkeit der Ärzt*innen aus Sicht der Geschäftsführung denn auch als prozessinhärente *Gefahr*, als unberechenbarer, weicher, schwer greif- und steuerbarer Faktor. Das im Prozess der Entscheidungsfindung nachgelagerte Nachfragen beim »ärztlichen Potential« betont den von Herrn Falter inkorporierten Priorisierungskonflikt, allerdings unter umgekehrten Vorzeichen. Denn die »Finanzrunde« entscheidet prioritär auf unternehmerisch-betriebswirtschaftlicher Grundlage, was zu tun ist, und holt sich weitere medizinische Informationen erst dann ein, wenn sie es für richtig hält. Die fehlende »Machtfülle des Unternehmers«, die Herr Falter weiter oben für seinen eigenen Verantwortungsbereich noch vermisst hatte, drückt sich in dieser Schilderung in all seiner Selbstverständlichkeit aus. Umgekehrt hält sich Herr Falter aus seiner eigenen Praxis heraus dauernd dazu an, sich die oben beschriebene *Verkehrung des Gewöhnlichen* auch als solche bewusst zu machen und sein neues Koordinatensystem in Richtung professioneller Autonomie zu verschieben.

Die Autorität der Geschäftsführung rekurriert nicht nur auf die bloße Erstellung von numerischen Plänen, die sich aus kalkulatorischen Vorgaben zwangsläufig ergeben, sondern vielmehr auch auf das Vorhandensein eines *Überblicks* (»übergeordnete Perspektive«), der sich aus der »Leistungstransparenz« der Controlling-Daten speist. Gleichzeitig ist »toll rechnen« nicht alles, wie Herr Helmstedt vorgibt. Bedeutsam ist auch, führen zu können, und am besten, wie er festhält, so variabel wie möglich (»Und wenn wir über Führung reden, insbesondere über Führungsstile reden. Naja die vierundsechzig Tasten muss man alle beherrschen«). Die ganze Klaviatur der Führungspraktiken zu beherrschen entspricht der Vorstellung, höchst unterschiedliche Persönlichkeiten unter sich zu haben und dementsprechend flexibel auf deren Eigenschaften und Bedürfnisse zwecks übergreifender Planerfüllung einzugehen. Die sich daraus ableitende Verantwortung für das »Ganze« hebt

die Geschäftsführung von der einzelnen »Fachabteilung« samt Chefärzte ab. Doch weshalb muss oder will sie das »Ganze zusammenhalten«? Welche Kräfte treiben das Krankenhaus in dieser Perspektive auseinander?

»*Interviewer*: Ein Aspekt der, da ja dann vielleicht auch eine Rolle spielen könnte, ist ja sozusagen die Einführung des Fallpauschalensystems, des DRG-Systems (...). Ist das aus Ihrer Perspektive, aus Ihrer Erfahrung auch ein Aspekt, der Ärzte sensibler macht für ökonomisches Denken, für Betriebswirtschaft oder auch für strategisches Vorgehen für sagen wir mal Perspektive im Fokus auf Entwicklung auch?

Herr Helmstedt: Also die DRGs haben sicherlich ihren Beitrag geleistet. Ja? Aber ich glaube nicht, dass die ausschlaggebend waren. Ich glaube ausschlaggebend waren die Rahmenbedingungen. Die Rahmenbedingungen, der ökonomische Druck, der in den letzten 10, 12, 13 Jahren (...) nicht allein durch die DRGs, sicherlich haben die DRGs auch ihren Beitrag geleistet, aber ich glaube nicht, dass die insgesamt schuld daran sind. Schuld daran ist tatsächlich, dass der Investitionsdruck enorm hoch geworden ist, der Wirtschaftlichkeitsdruck. Die Krankenkassen haben (...) heute gehen Sie in eine Budgetverhandlung, da...ohne Anwalt können Sie da gar nicht mehr reingehen ohne einen Rechtsanwalt ja? (...) Das hängt nicht nur mit den DRGs zusammen. Das hängt einfach damit zusammen, dass die Krankenkassen aufgerüstet haben, dass die Krankenkassen viel Geld haben, jetzt in solche Überwachungssysteme reinzugehen, wo auch viel Know-how eingesammelt wird. Selbst Ärzte sogar einstellen und dann medizinisches Know-how aufzubauen und dann zu irgendeiner Form ökonomisch unter Druck zu setzen. (...) Insofern glaube ich nicht, dass die DRGs das ausschlaggebende Moment sind. Sie sind ein Beitrag, sicherlich, weil Transparenz entstanden ist. Es ist ja durch die DRGs sehr viel Leistungstransparenz entstandenen Schauen Sie sich die Länder an. Was hat man früher investiert und was macht man jetzt. Gerade das InEK hat ja jetzt gerade erst festgestellt, man muss glaube ich, 6 Milliarden waren es, 6 Milliarden müsste jedes Jahr, müssten die Länder in die Krankenhäuser an Investitionen reinpacken, damit wir halbwegs auf einem normalen Stand sind. 2,7 Milliarden ist es. Ja? (...) Wenn sie jetzt strategisch auf einem Wachstumspfad sind, wenn Sie sich verändern wollen, dann müssen Sie investieren, in Bau in was auch. Wir haben in der [Name Verbundkrankenhaus] glaube ich, haben wir in den letzten [Zahl] Jahren [Zahl], [Zahl] Millionen investiert ja? Nicht ein Cent ist vom Land, nicht ein Cent!«

Die Proposition des Interviewers, das DRG-System könnte eine Rolle bei der Sensibilisierung von Ärzt*innen für ökonomische Themen spielen, wird von Herrn Helmstedt grundsätzlich geteilt, da seiner Ansicht nach »sehr viel Leistungstransparenz« durch diese entstanden ist. Ihn veranlasst die Frage aber auch dazu, die Thematik in einen größeren Zusammenhang einzubetten. Er stellt einen anhalten-

den »Investitionsdruck« bzw. »Wirtschaftlichkeitsdruck« fest. Weiterhin sinkende Investitionsmittel seitens der Bundesländer sowie Krankenkassen, die ihr medizinisches Wissen »aufgerüstet« haben sowie Kostenüberwachung und auch juristische Auseinandersetzungen nicht scheuen, sprechen für eine sich zuspitzende Gemenge- und Finanzlage der Krankenhäuser. Insbesondere dann, wenn »Sie jetzt strategisch auf einem Wachstumspfad sind, wenn Sie sich verändern wollen«. Nach dem Motto »Angriff ist die beste Verteidigung« wird in Zeiten schlechter Finanzausstattung verstärkt investiert. Doch wie hängen Investitionen und Einnahmen zusammen?

»Herr Helmstedt: (...) Also insofern, da entsteht Druck und da muss man mit den Chefärzten natürlich auch zusammenkommen und muss den Leuten auch sagen, pass auf, wir müssen hier bestimmte Spielregeln einfach beachten. Es ist nicht unser Ziel, jetzt Gewinne zu erwirtschaften und auch nicht jetzt horrende Renditen oder was. Wir sind nicht bei der Deutschen Bank. Aber wir müssen schon zusehen, dass wir hier schwarze Zahlen schreiben, dass wir Überschüsse erwirtschaften, um auch eben notwendige Investitionen vorzunehmen. Sei es um einfach Zinsen, Kredite zu bedienen oder was auch immer. Und dieses Denken muss bei den Chefärzten da sein. Das funktioniert gar nicht anders. (...) Da gibt es aber auch wieder solche und solche. Ja? Und da ist wieder unsere Kompetenz als Management, dieses zu führen, weil derjenige, der sich da weniger dafür interessiert, kann ja trotzdem ein super Arzt sein. (...) Und da kommt Herr Sievers wieder mit seinem internen Controlling, mit seinen Budgetmaßnahmen, mit seinen Gesprächen, kontinuierlichen Gesprächen auch wieder ins Gespräch, in dem er natürlich vor Ort direkt mit dem Chefarzt in Kontakt bei bestimmten Leistungen und so weiter, die Diskussion eröffnet, ja? Und das ist halt so das Andie-Hand-nehmen. Dieses Führen, an die Hand nehmen und den Chefarzt begleiten, hin zum Erfolg, jetzt in unserem Sinne eben dem ökonomischen halt.«

Der von Herrn Falter weiter oben beklagte »Kontrolldruck«, der sich durch das System der Fallpauschalen eingestellt hat, erscheint hier als die andere Seite der Medaille eines »ökonomischen« Druckszenarios, das sich aus Kostensenkungspraktiken seitens der Krankenkassen und Bundesländer ergibt. Die doppelten Einbußen (steigende Investitionen des Krankenhauses und sinkende Investitionskostenzuschüsse der Länder) führen dazu, dass Herr Helmstadt von den Chefärzt*innen ein »Denken« einfordert, dass sich darauf richtet, »Überschüsse« zu erwirtschaften. In der Praxis zeigt sich jenseits der rein kontemplativen Übung, eine denkerische Haltung einzunehmen, eine dezidierte Führungspraxis, die Chefärzte zur Zielerreichung »an die Hand« nimmt und den ökonomischen Erfolg über den Aufbau von

»kontinuierlichen Gesprächen« zwischen Controller und Chefarzt sichert.⁶ Dort wird dann kontinuierlich in einem »internen Controlling« und vermittels »Budgetmaßnahmen« bei bestimmten Leistungen das als funktionskritisch markierte ökonomische Denken (»Das funktioniert gar nicht anders.«) auf Interaktionsebene eingeübt.

Herr Helmstedt positioniert sich zugleich über den negativen Gegenhorizont einer renditemaximierenden Großbank als bodenständiger Kaufmann, der sein Unternehmen fortentwickeln möchte und hierfür getätigte Investitionen bzw. aufgenommene Kredite – auch über Fallzahlsteigerungen – refinanzieren muss. Die Rede von den »Persönlichkeiten«, von denen es »aber auch wieder solche und solche« gibt, lässt sich so vor dem Hintergrund einer Praxis der Menschenführung plausibilisieren, die den Einzelnen sehr genau unter Zuhilfenahme des Controllings analysiert, sowohl was dessen numerisch erfassbares Leistungsniveau angeht als auch die Vermittlung bei Fragen der täglichen Umsetzung. Die praktische »Kompetenz als Management« liegt darin begründet, dass auch einem ökonomisch desinteressierten Arzt zugestanden wird, ein »super Arzt« sein zu können, hier also beide Wertsphären mitgeführt werden, zugleich aber dort, wo es nötig ist, derlei Indifferenz nicht zu tolerieren und paternalistisch im Sinne ökonomischer Planerfüllung gezielt zu bearbeiten.

Zusammenfassung: Sichtbarkeit herstellen, Druck erzeugen, Mangel erwarten Fasst man das bisher dargelegte erneut kurz zusammen, stellt sich folgender Eindruck ein: Infolge der durch das Controlling erzeugten Möglichkeit, medizinische Tätigkeiten als Leistungen im Rahmen der DRG einer Summenbetrachtung zu unterziehen, werden Patient*innen zu indikations- und behandlungsbezogenen Merkmalsträgern einer Gruppe zusammengezogen, die spezifische Eigenschaften⁷ ausweist und mit anderen Gruppen verglichen werden kann. Die detailreiche Mengenbetrachtung erzeugt eine Spannung zu der habitualisierten Aufmerksamkeit des Arztes für den singulären Fall. Gepaart mit Knaptheitsbedingungen in der Krankenhausfinanzierung sowie dem daraus resultierenden Druck, Überschüsse

-
- 6 Der im Interview ebenfalls anwesende Controller Herr Sievers gab mit Blick auf die jährliche Wirtschaftsplanung, die mit allen Chefärzt*innen vereinbart wird, noch einen weiteren interessanten Einblick in die Verhandlungspraxis der Geschäftsführung: »Diese Leistungszahlen werden mit den Chefärzten im Rahmen der Wirtschaftsplanung für das Folgejahr besprochen. Da gibt es einen Dialog, da ist so das Klinikmanagement dabei, die Geschäftsführung ist da erst einmal außen vor, weil man natürlich auch will, dass der Chefarzt ein bisschen offener redet und sich nicht direkt der Geschäftsführung dort in so einem Gespräch, ich sage mal ausgesetzt fühlt.«
 - 7 Zum Beispiel lassen sich Ressourcenintensitäten an Personal und Medizintechnik, Verweildauer, Komplikationsraten, Nebendiagnosen und dergleichen mehr vergleichen.

und Wachstum zu generieren, wird die professionelle Selbstverständlichkeit der Arzt-Patienten-Beziehung daraufhin in eine fragile Selbstbehauptung überführt.

Es kommt zu einer *Verkehrung des Gewöhnlichen* im Arbeitsalltag der medizinischen Profession – professionelle Orientierungen wie eine rein an medizinischen Notwendigkeiten orientierte Patient*innenbehandlung erscheinen zunehmend exotisch, während ökonomische Anforderungen als »Spielregeln« normalisiert werden –, infolge dessen sich die ärztliche Praxis vor allem durch häufige Situationen eingeschränkter Entscheidungsspielräume auszeichnet, die der Ausschließlichkeit, sich auf die eine *oder* die andere Rationalität (Medizin oder Ökonomie) verlegen zu müssen, entspringen. Es deutet sich hier bereits an, dass es im professionellen Gefüge zu Verwerfungen im Sinne eines »gespaltenen« Habitus (Bourdieu 2004: 206, siehe weiter oben 3.2) kommt, wenn der zunehmende Dualismus als zugespitzter Priorisierungskonflikt erlebt wird, der die Suche nach flexiblen, situativen Lösungen zur Daueraufgabe macht.

Für den Arzt formiert sich demgemäß ein neuer *Problembezug*, der vor allem mit der Erwartung eines Mangels verknüpft ist, und das in zweierlei Hinsicht. Einmal wird das ökonomische Ziel, Überschüsse zu erwirtschaften und damit Wachstum zu erzielen, zur *conditio sine qua non* aller im Krankenhaus tätigen (Chef-)Ärzt*innen. Die Surplus-Verpflichtung leistet einem ökonomischen Druck Vorschub, kontinuierlich nach *Optimierungspotenzialen* und damit stets nach *Verfehlungen* Ausschau zu halten, danach zu suchen, was und wie man etwas auf der Einnahmeseite verbessern kann. Zweitens werden Zahlen in der Praxis vor allem dann virulent, wenn ein Mangel an ökonomischer Zielerreichung, eine Verfehlung wirtschaftlicher Pläne hinsichtlich einer zu erreichenden »Fallzahl« festgestellt wird. Daraus erwächst auf praktischer Ebene ein Arrangement, dass Chefarzt*innen (und zunehmend auch alle ihm unterstellten Ärzt*innen) als wichtige Führungs- und Managementkräfte adressiert, ohne jedoch die vertikale Differenzierung in der Krankenhaushierarchie anzutasten: stets fungieren Ärzt*innen von nun an als Delegierte der kaufmännischen Geschäftsführung, als »Übersetzer« zwischen Medizin und Betriebswirtschaft. Beide Sphären werden als trennscharf betrachtet und doch mittels Controlling in der Praxis unnachgiebig miteinander verschränkt.

Dies mündet in eine paradoxe Lage: Als Abteilungsleiter sind Chefärzte wie Herr Falter angehalten, sich für (defizitäre) betriebswirtschaftliche Zahlen zu rechtfertigen, die sie weder ersonnen haben, noch besitzen sie die nötigen Befugnisse und Mittel bzw. Ressourcen, den Mangel zu beheben (falls es diese Mittel überhaupt geben kann). Die den Mangel ausweisenden Controlling-Daten weisen insofern selbst einen Mangel auf, da sie in der Praxis den Fokus auf *Entscheidungsprämissen* richten und somit *komplexe organisationale Fragen aufwerfen, ohne selbst Antworten auf diese geben zu können*. Sie belassen die Akteur*innen über den ursächlichen Zusammenhang des Mangels im Dunkeln und erzeugen somit

zunächst nur eine schwache Evidenz. Die Folge sind weitere Suchbewegungen und Aktivitäten, von denen nicht klar ist, ob sie der ökonomischen Schieflage gegenüber Abhilfe schaffen bzw. den ausgegebenen Zielen gerecht werden oder nicht.

Die neue »Sichtbarkeit« des DRG-Systems ebnet in seiner »Kontrollfunktion« des Managements einer sich vertiefenden Orientierung an gemessenen Mängeln den Weg, konditioniert die Akteur*innen auf die Negativseite der ökonomischen Rechnung, darauf, die Vorgaben letztlich verfehlten und an den Plänen scheitern zu können. Der kommunikative Zweck der neuen »Sichtbarkeit« lässt entgegen des etablierten Transparenzdiskurses erkennen, dass es zu einer Ausrichtung auf die *Sichtbarkeit von Intransparenz und der Bearbeitung von Kontingenz (Nicht-Plan- und Steuerbarkeit)* und Nicht-Wissen kommt. Die Controlling-Daten verweisen somit auf Dinge, die sie selbst nicht kontrollieren und sichtbar machen können. Die sich hier bereits andeutende *Kontrollfiktion*, die den Charakter von Controlling-Kennziffern und den daraus abgeleiteten numerischen Plänen als *Artefakte* hervortreten lässt, wird im Krankenhausmanagement zwar bekannt, muss aber letztlich in der Praxis verdeckt werden.

Denn der hieraus resultierende Komplexitätsanstieg im Krankenhauswesen ist Ursache und Wirkung der Legitimation kaufmännischer Geschäftsführungen zugleich. Aus deren ausgeprägter Zahlenpraxis heraus entsteht, wie auf dem Reißbrett, ein Krankenhauswesen, das als Wettbewerbsfeld strategisch mess- und vergleichbar wird, entstehen Krankenhäuser, die als dynamisch wachsende Unternehmen optimierbar, entstehen Produktionsprozesse, die durch gemessene Input-Output-Verhältnisse steuerbar werden. Andererseits wird die faktische Intransparenz der organisierten Krankenbehandlung nur allzu deutlich, da kaufmännische Leistungsplanungen mit Führungspraktiken verzahnt werden müssen, die variabel und situativ auf die Erfordernisse ärztlicher »Persönlichkeit« eingehen und zugleich auf teils massive Außenspannungen bzw. Kontrollpraktiken (des MDK etwa⁸) eine Antwort finden müssen. Hieraus ergibt sich ein komplexes Manage-

⁸ Herr Sievers gibt eine eindrückliche Schilderung der Widersprüche an, die hiermit einhergehen: »Also, es kommt ja schon doch einmal vor, dass aufgrund Stress auf Station, Zeitmangel, der Arzt vielleicht nicht dazu kommt, eine ausführliche Dokumentation bis 15. Behandlungstag mal vorzunehmen und wenn der MDK dann kommt und sieht da eine leere Seite, dann sagt der ja, der hätte nach Hause gehen können, ja? Auch wird das Risiko der Pflegeüberleitung in Altenheimen oder so wird komplett der Klinik zu Lasten gelegt. Also sprich, wenn Patient Meyer soll am 13. in ein Altenheim, aber die Klinik hat bis dahin noch nicht die Möglichkeit, eins zu finden. Dann ruft der Chefarzt an und sagt, Herr Sievers, ich müsste den Patienten eigentlich entlassen. Kann den aber auch nicht nach Hause schicken, wenn er überhaupt eins hat. Was macht man dann als Controller? Also theoretisch müsste ich den dann noch einmal für 1, 2 Tage irgendwo in eine Kurzzeitpflege verlegen diesen Patienten, weil ich genau weiß, die Tage werden mir hinten raus gestrichen. Also, da sitzt man dann auch schon

mentarrangement, in dem Chefärzte vermittels Controlling-Daten in unmittelbare Auseinandersetzungen verwickelt werden, mit dem Ziel den mit vergleichsbasierten Leistungsparametern einhergehenden ökonomischen Druck instruktiv werden zu lassen und zu einer kontinuierlichen *Erziehung* im Sinne des ökonomischen Erfolgs beizutragen.

6.2 Vergleich und Konkurrenz

Nachdem nun rekonstruiert wurde, wie die Mengenbetrachtung der DRG-Arithmetik aus einzelnen Patient*innen diagnosebezogene *Fallgruppen* entstehen lässt und was dies für die Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Kaufleuten im Krankenhaus bedeutet, wird in diesem Unterkapitel der Frage nachgegangen, was Controlling-Produkte mit den Praktiken in *ärztlichen Gruppen* zu tun haben. Die Ausgangsthese ist, dass die Verhältnisse aus dem Widerspruch erwachsen, medizinische Leistungen im DRG-System einerseits messen zu können und sie andererseits attribuieren und damit *verrechnen* zu müssen. Berechnung impliziert immer auch Verrechnung, das In-Beziehung-Setzen unterschiedlicher Leistungsobjekte (z.B. medizinische Prozeduren und Operationen) mit den sie produzierenden Leistungssubjekten (dies können Personen, Abteilungen, Organisationen, Netzwerke oder andere Entitäten sein). Zunächst scheint die Attribution von Leistungen unstrittig zu sein, denn schließlich werden gemäß der inhärenten Logik des zur Anwendung kommenden »activity-based-costing« (siehe oben 4.2.2) Erlöse und Kosten dort erfasst, wo sie aktiv im Behandlungsprozess anfallen. Doch damit ist noch nicht entschieden, wem sie im Rahmen von Managementprozessen ex-post zugeschlagen werden.

Dies trifft auf sich verändernde Abläufe bei der Behandlung von Patient*innen (siehe 4.2.3). Die steigende Zahl multimorbider Erkrankungen, die weiter voranschreitende Spezialisierung der Medizin, Fragen der Versorgungsqualität und nicht zuletzt ökonomische Erwägungen verändern die räumliche Ordnung des Krankenhauses, das zunehmend von interdisziplinär arbeitenden Teams und klinikübergreifenden Behandlungsprozessen geprägt ist. Immer häufiger ist daher die medizinische Kasuistik auf mehr als eine medizinische Abteilung oder Klinik bezogen, womit sich auch die Anzahl der beteiligten Kliniken und Fachbereiche, denen man die Kosten und Erlöse tatsächlich zurechnen kann, vervielfacht. Hinzu kommt die neue »Sichtbarkeit« (vgl. 6.1) der Controlling-Daten, die nicht nur Verhältnisse zwischen Kosten und Erlösen einzelner Abteilungen

einmal in der Zwickmühle und solche Dinge sind dem MDK total egal. Also solche Aspekte akzeptiert der überhaupt nicht. Das ist dann unser Problem.«