

einem *deliberativen* Charakter versehen. Im Sinne einer kollektiven Infragestellung der vom Konzernmanagement gesetzten Zielvorgaben, entwickelt sich im Fachgremium eine numerische Kooperation vermittelt Controlling-Kennziffern als Praxis des *Zahlentauschs*. Die numerischen Vorgaben, die die professionelle Praxis der Ärzteschaft individuell steuern und kontrollieren sollen, zirkulieren nun ihrerseits unter Mediziner*innen des gleichen Fachs und werden zur Konstruktion von Gegenhorizonten genutzt, die es erlauben, die Vorgaben der Geschäftsführung differenzierter zu betrachten und in der Zusammenschau als *mehr oder weniger* »utopisch« zu bewerten. Die rechnerischen Grundlagen der Arithmetik können nicht geklärt oder gar angegriffen werden (Ärzt*innen sind keine Betriebswirte bzw. Controller²⁶), wohl aber versetzen sich die Chefärzt*innen um Herrn Peters in die Lage, die ökonomischen Vorgaben *als Professionelle gemeinsam und selbstbestimmt* zu prüfen und ggf. als verkleidete Machtansprüche der Regional- bzw. Konzernleitung zu entlarven.

Der Preis dieser spezifischen *numerischen Kollegialität ohne* »gemeinsame Abrechnung« ist es allerdings, sich dafür aber umso mehr auf die fachfremde Logik betriebswirtschaftlicher Kennziffern einlassen zu müssen und letztlich doch einer *zentral* agierenden, »Verschiebebahnhof« spielenden Geschäftsführung (Regional- als auch Konzernleitung) ausgeliefert zu sein, die dezentrale Leistungsbereiche als individuelle Recheneinheiten bearbeitet und auf Grundlage von Leistungsdimensionen (vermittels DRG-Vergleichen) versucht, die jeweiligen Abteilungsgeheimnisse bzw. Sparten gegeneinander auszuspielen. Dabei läuft die zentrale »Planungsbehörde« (Herr Gelmann) in Form des Krankenhauskonzerns jedoch Gefahr, den Bogen mit seiner Top-Down-Strategie zu überspannen, die zynische Haltungen, Frustration, Demotivation und inneren Kündigungen innerhalb der Ärzteschaft fördert. Umgekehrt läge – wie bei Herrn Peters gesehen – in der Rückkehr zu einer bottom-up Praxis, mit der wirtschaftliche Ziele zwischen Fachbereichen gemeinsam mit der Geschäftsführung bestimmt und solidarisch erzielt (»unter die Arme greifen«) werden, eine Chance, die widerstreitenden Logiken besser auszustärken.

6.3 Verantwortung und Aktivierung

Nach diesem Einblick in die Probleme kollektiver Rechenentitäten und virtueller Kollegialität innerhalb der Krankenhausmauern gilt es nun, den individuellen Anforderungen an Chefärzt*innen und deren Kolleg*innen außerhalb der Krankenhäuser weiter auf den Grund zu gehen. Es wird danach gefragt, welche Bewäh-

26 Auch wenn Herr Peters (und viele andere Chefärzte in Sample z.B. auch Herr Hocke) Managementfortbildungen oder andere ökonomische Zusatzqualifikationen vorweisen können.

rungen das im ersten Kapitel dargestellte funktionale Bezugsproblem für Chefärzt*innen im Austausch mit der Umwelt der Organisation Krankenhaus noch beithält. Es soll im Folgenden um die Fähigkeit der Ärzt*innen gehen, ein Handlungskontinuum zwischen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und professioneller Autonomie hervorzubringen. Den Auftakt bildet ein typischer Fall, der sich in dem kleinstädtischen Krankenhaus »Verolina« abspielt, das nach einer wirtschaftlichen Schieflage von einem privaten Krankenhauskonzern übernommen wurde, und Herrn Blumenthal, dem schon vor der Übernahme dort tätigen Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und Ärztlichen Direktor.

Die große Infragestellung

»Interviewer: Also, was mich zunächst interessieren würde, ist was eigentlich Ihr Aufgabenbereich ist in dem Krankenhaus und Ihre Funktion und Rolle, wenn Sie das kurz erläutern könnten.

Herr Blumenthal: (...) Ja, eigentlich angefangen habe ich als Chefarzt [Jahr] für die Gynäkologie und Geburtshilfe. Das Krankenhaus ist ja ein Haus der Grund- und Regelversorgung und zur damaligen Zeit war es noch in der Trägerschaft einer katholischen Stiftung. Also, es gehörte einer Gemeinde, die hat das getragen. (...) Ja, und das Krankenhaus, als ich dann angefangen habe, wurde dann eben/ja, kam in finanzielle Schwierigkeiten. (...) irgendwann war man dann mal in der Situation der Insolvenz und oder fast Insolvenz, beinahe Insolvenz und da wurde dann das/die Stiftung hat sich dann vom Krankenhaus getrennt. Und hat sie eben an einen privaten Träger nämlich die [Name Krankenhausträger] verkauft und jetzt sind wir seit [Zahl], [Zahl], also letztes Jahr, praktisch April [Name Krankenhausträger] geworden. In meiner Funktion als Chefarzt der Abteilung mit der ich angetreten war, wurde dann im Jahr [Zahl] beginnend die Aufgabe an mich herangetreten auch Ärztlicher Direktor zu sein, das ist praktisch noch mal, ja, man kann eigentlich nicht sagen eine Höherstellung. Ich bin also den anderen Chefärzten auch als Ärztlicher Direktor in dem Sinne nicht weisungsbefugt. (...) Im Grunde genommen gibt es ja viele administrative Dinge, die in einem Krankenhaus zu machen sind. (...) Es ist einfach nur eine Funktionsaufgabe für diesen Bereich. Und darüber hinaus hat natürlich Funktion Ärztlicher Direktor auch noch die Bedeutung des Corporate Citizen, also, dass/das/das Gesichts eines Krankenhauses, insbesondere wenn/wenn es ein kleines Krankenhaus ist in so einer ländlichen Struktur wie hier in [Name Stadt]. Da hat man natürlich die Situation, dass man da schnell dann auch identifiziert wird, wenn man länger da ist, kennt man/oder ist man bekannt, man steht mal in der Zeitung oder man hat irgendwen operiert. Also, die Leute kennen einen, man hat Kinder auf die Welt gebracht usw. Und diese/das ist mit eine Rolle, die man dann für den Bereich auch hat. (...) Und jetzt unter [Name Krankenhausträger] hat sich, sage ich

mal, die/die Tätigkeit noch mal vom Profil als Ärztlicher Direktor auch geändert oder es ist noch on top draufgekommen, Strategieentwicklung. (...) Da ist man natürlich auch, sage ich mal, in grade, wenn man übernommen wurde, in einer Zwitterstellung, wo man natürlich einerseits auch, (Lachen) ja, rein theoretisch vorher Teil des Problems gewesen ist. (Lachen) Ja? Und nun soll man es natürlich auch nach vorne bringen. Also, das ist auch für einen selbst dann unter Umständen gerade in so einer Übernahmephase auch noch mal eine Herausforderung, was den Stil und die Sicht auf die Medizin und überhaupt anlangt.«

Herr Blumenthal wird nach seinem Aufgabenbereich gefragt und kommt – nach der knappen Beantwortung dieser Frage – zur jüngst erfolgten Privatisierung seines Krankenhauses, für das er zum Zeitpunkt der Interviewführung schon über sieben Jahre als Chefarzt tätig ist. Das Haus wurde einst von einer katholischen Stiftung getragen und hat nun infolge einer »Insolvenz und oder fast Insolvenz« den Träger gewechselt. Im Zuge dessen ist ihm neben seiner Chefarztrolle auch die Funktion des Ärztlichen Direktors zugewachsen, die unter dem neuen Träger vermehrt mit »Strategieentwicklung« verbunden ist und ihn in Form des »Corporate Citizen« auch als Aushängeschild des Krankenhauses in der unmittelbaren Sozialräumlichkeit der »ländlichen Struktur« stärker fordert. Aus der Übernahmesituation heraus wähnt sich Herr Blumenthal in einer »Zwitterstellung«, da er sich als Teilverursacher der wirtschaftlichen Misere mitverantwortlich sieht und zugleich nun das Krankenhaus strategisch wie operativ »nach vorne bringen« soll. Hieraus ergibt sich für ihn die besondere »Herausforderung«, seinen »Stil und die Sicht auf die Medizin« zu hinterfragen. Die Erfahrung des wirtschaftlichen Scheiterns, so viel lässt sich anhand der kurzen Sequenz bereits sagen, ist nicht spurlos an ihm vorübergegangen und hat ihn zum Nachdenken über die künftige Ausgestaltung seiner professionellen Tätigkeit gebracht.

»Interviewer: Können Sie das an ein paar Beispielen vielleicht erläutern?

Herr Blumenthal: (...) Na ja, ich habe oder das, sage ich mal, hängt sicherlich auch am ein bisschen am Alter, ich bin jetzt/ich habe 85 also praktisch vor ja fast 30 Jahren angefangen zu arbeiten. Da habe ich meine Ausbildung begonnen und das war eine Zeit, als man sich um kaufmännische Dinge im Krankenhaus überhaupt nicht gekümmert hat. Da konnte man Medizin machen, konnte arbeiten. Und es wurde im Prinzip über den tagesgleichen Pflegesatz alles bezahlt, was erforderlich war. Ob man da effizient war, ob man faul war, ob man langsam war, ob man schnell war, ob man gut war oder ob man schlecht war, es ist im Prinzip alles bezahlt worden. Und im Laufe der Entwicklung hat man natürlich gesehen, dass da erhebliche qualit/Qualitätsunterschiede in den Krankenhäusern bestehen. Und auch Leistungsunterschiede und natürlich sagen dann die Krankenversicherungen oder die die Kostenträger, wir wollen natürlich nicht alles unterstützen, sondern wir wollen die Besten und damit ist ein Konkurrenzdruck

entstanden. Damit ist/sind Kosten oder waren Kosteneinsparungen verbunden, weil man es über einen DRG über einen einheitlichen Punktwert für medizinische Leistungen bezahlt wurde. Und das führte natürlich dazu, dass der Konkurrenzdruck immer größer wurde, mit dem Ergebnis, dass man natürlich im Laufe der Zeit immer mehr auf die Kosten gucken musste.«

Die Beantwortung der Frage nach Beispielen für die Herausforderung der eigenen Professionalität ergeht sich nicht in Einzelfallbetrachtungen, sondern entwickelt eine umfassende generationelle Verortung. Die Einführung einer zeitlichen Entwicklungsperspektive bringt seine berufliche Sozialisation, seine Haltung als Mediziner retrospektiv infolge einer knapp 30 Jahre andauernden ärztlichen Tätigkeit zum Ausdruck. Der Rückblick zeugt in der Zusammenschau von einer gewissen professionellen Läuterung. Zunächst wirkt der Blick milde und etwas wehmütig, hervorgerufen durch eine geradezu *unbeschwerte, ideale* Zeit: »Da konnte man Medizin machen, konnte arbeiten«. Ideal, da Medizin und der das medizinische Wissen anwendende Arzt als Funktionsträger (Parsons 1991 [1951]) in einem reinen Feld verortet scheinen, ungestört und sich stets aus einer selbst definierten Logik (zur Medizin als »dritte Logik« vgl. Freidson 2001, siehe weiter oben 4.1.2) und kollektiven Selbstkontrolle heraus zur Geltung bringend. Gezeichnet wird hier ein Bild von Medizin als klassischer Domäne von Expert*innen, die gesamtgesellschaftlich akzeptiert und politisch legitimiert mit einer besonderen Autonomie ausgestattet ihrer Arbeit nachgehen. Alle Mittel, die zur Erfüllung dieser Tätigkeit als notwendig erachtet werden, sind vorhanden.

Der Bruch mit dieser zügellosen Welt kündigt sich in seiner Erzählung über die Feststellung von Qualitäts- und Leistungsunterschieden an, die seitens der Kostenträger zur Forderung nach einer kosteneffiziente(re)n Medizin führte. Denn der Arzt konnte, wie Herr Blumenthal selbstkritisch anmerkt, weitestgehend unbehelligt von Fragen der Effizienz, Qualität und Motivation (»ob man faul war«), arbeiten: »es ist im Prinzip alles bezahlt worden«. Verbunden mit der *Sichtbarmachung* (siehe auch 6.1) der daraus erwachsenen Unterschiede in der medizinischen Leistungserstellung durch pauschalierte Vergütungen innerhalb des DRG-Systems (»einheitlicher Punktwert«), kündigt sich ein Akzeptanzwandel der professionellen Autonomie der Ärzteschaft an, den Herr Blumenthal letztlich in einem unmittelbar ansteigenden Konkurrenzdruck in Form eines Kostenwettbewerbs zwischen Krankenhäusern und dort angestellten Ärzt*innen registriert.²⁷

27 Siehe weiter oben (4.2.2) die Ausführungen zur politischen Diskussion einer »medizinischen Leistungssteuerung« (Simon 1997), die in den 1980er Jahren einsetzte. Inwieweit das Aufkommen der Gesundheitswissenschaften mit ihren vergleichenden Qualitäts- und Leistungsanalysen sowie Verfahren der evidenzbasierten Medizin eine Rolle in den Darstellungen von Herrn Blumenthal spielen, kann nur erahnt, aber nicht erschlossen werden, da ledig-

»Herr Blumenthal: Also, dieses frühere Gefühl auch, wir machen das, was wir für gut halten und gut/oder glauben gut zu machen, das machen wir und alles andere da kümmern wir uns nicht drum. Das ist immer weiter zurückgedrängt worden. Es ist abgelöst worden von der Frage, die an einen herangetragen wird, ist es denn wirklich gut, was ihr gemacht habt? Ja? Und geht es nicht auch besser? Und es/Man wird als Arzt auch immer mehr in den Vergleich mit anderen Ärzten gestellt. Also, man kommt immer mehr in eine/in einen Wettbewerb. Man kommt also praktisch in eine, ja, eine Situation, wo man sich häufig für das rechtfertigen muss und man kann sich rechtfertigen, wenn das, was man tut medizinisch sinnvoll ist oder ökonomisch sinnvoll ist, aber wenn man es nicht kann, dann hat man ein Problem.«

Der Ruf nach mehr Kosteneffizienz entpuppt sich für Herrn Blumenthal dann aber zunächst und zuvorderst – wie sich oben schon angedeutet hatte – als *große Infragestellung* des kollektiven ärztlichen Selbstverständnisses, das auf dem »Gefühl« beruhte, nur das zu tun, was man für richtig hielt, weil man es gut konnte. Was zunächst vielleicht trivial klingen mag, nimmt bei genauerem Hinsehen erdrutschartige Züge an. Aus einem Kosteneffizienzgebot erhebt sich eine kritische Bestandsaufnahme der ärztlichen Einstellungen, Fähig- und Fertigkeiten *insgesamt*. Es entsteht der Eindruck einer immer weiter in die Defensive geratenden Berufsgruppe (»immer weiter zurückgedrängt worden«), dessen kollektive Selbstgewissheit durch einen Fragekomplex, der sich als *Möglichkeit* einer anderen Realität darstellt, brüchig wird: »ist es denn wirklich gut, was ihr gemacht habt? Und geht es nicht auch besser?« Die in eine fragile Selbstbehauptung transformierte Selbstgewissheit, wie sie schon Kapitel 6.1 herausgearbeitet wurde, kommt hier erneut zum Vorschein. Die vergleichenden Messungen des fallpauschalierten DRG-Systems tauchen als Frage nach Optimierungspotenzialen auf, die über die bloße Bestreitung eines kollektiven Gefühls weit hinausgeht und Ärzt*innen in eine neue Konkurrenzsituation zueinander bringt.

Es handelt sich sowohl rückwirkend als auch in der Antizipation um eine Neuvermessung der ärztlichen Praxis. Dabei ist entscheidend, das kollektive Selbstüberzeugen nicht nur auf hypothetische Weise in Frage gestellt werden, der kritische Impetus wird vielmehr in ein konkretes Arrangement überführt und mit sozialen Praktiken versehen: Ärzt*innen werden auf individueller Basis mittels DRG-Arithmetik in ihrem Tun bewertet und zugleich mit Hilfe derselben Instrumente vergleichend zueinander in Beziehung gesetzt (siehe hierzu auch das vorherige Kapitel 6.2). Dann jedoch nicht mehr als homogenes Kollektiv, sondern als

lich das Aufkommen des DRG-Systems und der dadurch forcierte Wirtschaftlichkeitsaspekt thematisiert wird.

individuell zu bearbeitendes Leistungsdifferenzial, das wettbewerblichen Impulsen folgen soll und in der Strategieentwicklung sowie Außendarstellung als Teil des »Corporate Citizen« Krankenhaus tätig wird.

Rechnen und Rechenschaft oder: Die neue Verantwortung der Chefärzt*innen Zu diesem neuen wettbewerblichen Praxisarrangement gehört es zunächst – wie Herr Blumenthal kolportiert – sein Tun verteidigen, »rechtfertigen« zu müssen. Die Notwendigkeit zur Rechtfertigung der eigenen Tätigkeit und Entscheidungen hängt wiederum ab von der Bewertung, ob »das was man tut medizinisch sinnvoll ist oder ökonomisch sinnvoll« ist. Man hat es bei der Parallelisierung von medizinischer mit ökonomischer Rationalität offenbar weniger mit einer ständigen Bevormundung der Ärzt*innen seitens eines nicht näher benannten Akteurs (»man«) zu tun. Eher dürfte es in der neuen »Situation« zur Erfordernis werden, die eigene Tätigkeit und damit sich selbst fortwährend zu kontrollieren und dadurch zu legitimieren. Ärztliches Handeln und damit der Arztberuf als solcher erscheinen hier als grundsätzlich *begründungsbedürftig*. Ohne den Akteur direkt zu benennen wird klar, wer oder was hierfür eintritt: Die »kaufmännische[n] Dinge« kommen als Fabrikate der DRG zur Entfaltung als System, das einen *Zusammenhang zwischen Leistungsbewertung und Leistungsverantwortung* (siehe Miller 2001 sowie 2.2.4) stiftet.

Wie wird das neue System nun in der Praxis entfaltet, wie stellt sich die damit verbundene Kontroll- und Bewertungsarchitektur im täglichen Vollzug dar? Anhand der Schilderungen von Herrn Blumenthal wirkt es, als sei das neue Praxisarrangement eher als Einrichtung »reflexiver Kontrolle« (Noordegraaf 2007) zu verstehen. Nach dieser Lesart werden von kaufmännischer Seite neue wirtschaftliche Fragen an Ärzt*innen und ihre Tätigkeit herangetragen, auf die sie eine Antwort finden müssen und über diesen Weg die ärztliche Praxis in einem medizinfremden Licht reflektiert wird. Handelt es sich dabei lediglich um Reflektionen und verbale Rechtfertigungen oder hängen damit auch medizinspezifische Praktiken zusammen? Es ist aus den Ausführungen bislang kein Mechanismus, geschweige denn ein Automatismus auszumachen, mit dem sich feststellen ließe, wann und inwiefern diese Fragen und Erwartungen geäußert werden und wie der Prozess in die alltäglichen Praktiken eingebettet ist. Hierzu eine weitere Sequenz:

»Interviewer: (...) Und was ja auch interessant ist, das sind/sind/was ich gehört habe, dass es jetzt zwei Controller gibt im Krankenhaus? Also, eine/eine Hauscontrollerin und einen Controller der zwischen, der ist in [Stadt] und hier?

Herr Blumenthal: Ja.

Interviewer: Haben Sie mit denen auch/reden Sie mit denen auch öfter, haben Sie mit denen Kontakt mit den Controllern?

Herr Blumenthal: Ja. Situationsbezogen, das hängt vom/vom Befund ab. Klar.

Interviewer: Und was sind so typische Themen?

Herr Blumenthal: Na ja, mit Cont/typische Themen sind Fallmengen, die man/die man erwirtschaftet hat oder Themen wie zum Beispiel das/das Monatsreporting. Also, praktisch, dass man Transparenz schafft dafür, was man geschafft hat, geleistet hat. Man hat ja immer ein Bauchgefühl dafür, habe ich jetzt viel operiert in dem Monat oder habe ich wenig operiert, Kinder, viele Kinder gekommen oder wenig Kinder gekommen. Das auf der einen Seite und auf der anderen Seite zum Beispiel die Kosten, die man damit auslöst. Also, was hast du an Medikamenten verbraucht in dem Zeitraum, was hast du im OP verbraucht an Verbrauchsmaterialien usw. und so fort. Also, das ist dann praktisch ein/ein klassisches/eine klassische Domäne des Controllers, dass der die Zahlen vorhält und sagt, das und das ist gewesen. Und das man dann eben steuern kann und sagen, hier, wenn in einem Monat das so war, dass du viel gemacht hast und wenig verbraucht hast und im anderen Monat war es umgekehrt, du hast wenig gemacht und hast viel verbraucht, woran liegt das denn? Also, dass man praktisch diese/diese Zahlen der Einnahmenseite und Ausgabeseite ineinander oder zueinander in Relation setzt und damit kontrollieren kann, ob vielleicht irgendwas aus dem Ruder läuft. Ja? (...) Also, ob irgendwo Kostensteigerungen da sind, die so eigentlich nicht nachvollziehbar sind oder Einbrüche in bestimmten Leistungen, dass man in bestimmten Bereichen weniger gemacht hat. Bevor man das eigentlich selbst so realisiert, kann man dann schon mal, wenn man so ein/so ein Instrument hat, nachhalten und sehen, aha, das war so, gucken wir doch mal, warum das so war.«

Herr Blumenthal wird nach seiner Kontakthäufigkeit zu zwei Controlling-Mitarbeitenden, einer »Hauscontrollerin« und einem zwischen zwei Standorten des Trägers wechselnden Controller, befragt und führt eine interessante Differenzierung ein. Der Kontakt bestehe situativ und hänge vom »Befund« ab. Letzterer Begriff findet für gewöhnlich im medizinischen Kontext Verwendung und bezeichnet eine Indikationsstellung nach eingehender medizinischer Untersuchung des Krankheitsbildes. Die Semantik wird hier im Zusammenhang mit der Frage nach dem Kontakt zum Controlling-Personal gewählt, der betrieblichen Einheit also, die medizinische Leistungen als Produktionsfunktionen des DRG-Systems gewissermaßen einer betriebswirtschaftlichen Untersuchung unterzieht. Ob nun ein medizinischer Befund gemeint ist, der einen situativen Kontakt zum Controlling begründet, oder die medizinische Terminologie analog auf die Tätigkeiten des Controllings bezogen wird, bleibt offen. Allerdings wird hierüber eine Parallelität erzeugt, die Zeugnis ablegt von den Verhältnissen, in denen sich leitende Krankenhausärzt*innen wie Herr Blumenthal bewegen. Analog zur medizinischen Untersuchung, die eine Indikation »situationsbezogen« stellt und im Zuge dessen eine Beziehung zwischen Ärzt*innen, die untersuchen, und Patient*innen, die untersucht werden, begründet, erzeugt das Controlling aus Sicht des Arztes die

umgekehrte Situation. Er wird umgekehrt in Perspektive des Patienten versetzt und zum Objekt der (kalkulativen) Untersuchung gemacht.

Üblicherweise geht es bei diesen Kontakten um erbrachte »Fallmengen« oder ein monatliches Berichtswesen, in dem man »Transparenz schafft dafür, was man geschafft hat, geleistet hat.« Dabei werden medizinische Leistungen verstanden als ausgelöste Kosten *und* Erlöse, die vom Controlling erhoben und zur Untersuchung des ärztlichen »Bauchgefühls« herangezogen werden. Insofern erscheint Controlling in seiner Funktion zunächst als in der betriebswirtschaftlichen Controlling-Literatur häufig beschriebene »Rationalitätssicherung« (Lachmann 2011), da ein geleistetes Pensum (z.B. an Operationen) mit anderen Zeithorizonten in Relation gesetzt werden kann und so ein differenziertes Bild über die *Entwicklung des Leistungsniveaus* der jeweiligen Leistungserbringer konstruiert wird. Die »klassische Domäne des Controllers« sei es nun, »dass der die Zahlen vorhält«, was in der Mehrdeutigkeit des Verbs »Vorhalten« ein erstes Licht auf die Tätigkeit des Controllings und die Art von Beziehung wirft, die hier aktiv ist. Vorhalten bedeutet zunächst, dass der Controller das Ergebnis seiner Untersuchung dem Arzt schlichtweg sichtbar macht, indem er ihm etwa einen Ausdruck des »Monatsreporting« vor die Nase hält.

Weiterhin hat das Verb aber auch eine normative Bedeutung. Einer Person Vorhaltungen zu machen bedeutet dann, ausgehend von einer getroffenen Bewertung, ihr etwas vorzuwerfen, einer Sache zu beschuldigen und sie typischerweise dafür in die Verantwortung ziehen zu wollen. Leider verdeckt der Anglizismus »Controlling«, der sich in der deutschen Betriebswirtschaft durchgesetzt hat, diese Komponente des hier interessierenden Zusammenhangs. Mit Rekurs auf den englischen Sprachgebrauch für derlei Tätigkeiten lässt sich etwas Entscheidendes hinzufügen: Der Begriff »accounting«, der zunächst die Tätigkeit des Zählens (»counting«) anzeigt, aber insbesondere für Buchführungs- und damit zusammenhängende Managementpraktiken verwendet wird (i.d.R. ist dann die Rede von »management accounting«), ist der synonyme Begriff des deutschen »Controlling« (siehe ausführlich weiter oben 2.2.4). Dabei verweist der Akt des Zählens in Form von Praktiken des »management accounting« über diese rein technische Referenz hinaus, denn genauso wichtig wie die numerische Erfassung und Gegenüberstellung von Leistungen ist die *personale Zurechnung und der Aufforderungscharakter*, der hierdurch möglich wird. Offensichtlich wird dies, wenn man den gebräuchlichen Term der »accountability« und die korrespondierende Redewendung »to hold somebody accountable« hinzuzieht. Sie bezeichnen die Möglichkeit, Rechenschaftspflichten zu erzeugen bzw. die unmittelbare Tätigkeit, jemanden zur Rechenschaft oder Verantwortung zu ziehen (siehe oben »organisiertes Rechnen« 3.3.4).

Durch den sprachlichen Exkurs wird klar, dass die Produkte des Controllings, die den Ärzt*innen vorgehalten werden, medizinische Tätigkeiten nicht bloß erfassen, kontrollieren, vergleichen und bewerten, sondern geradewegs Mittel an die

Hand geben, Verantwortlichkeiten zu schaffen und daraus Rechenschaftspflichten zu begründen. Rechnen und Rechenschaft gehen also Hand in Hand. Dies lässt sich an folgender Sequenz demonstrieren:

»Interviewer: (...) Und das handelt man so ein bisschen mit dem Controller aus? Oder? Oder ist es dann so, dass der sagt, okay/

Herr Blumenthal: Nein, der Controller ist im Prinzip niemand mit dem man aus-handelt, sondern der Controller ist derjenige, der einem die Zahlen liefert. Ein-faches Instrument. (...) damit derjenige, der einen Einfluss hat, sagen kann, okay, daran kann ich jetzt oder mit diesen Zahlen kann ich arbeiten und daraus kann ich Schlüsse ziehen. Ja. Also, wenn ich eben nach meiner Erfahrung plötzlich ei-nen habe, den/der/der/unfreundlich zu den Frauen ist und das spricht sich rum und dann kommen weniger und dann ist der Controller derjenige, der mir sagen kann, hier bei dir, sind jetzt so und so viele Fälle weniger gewesen, warum ist das so? Und dann kann ich sagen, vielleicht liegt es daran, weil ich einen Kollegen X, Y habe, der war/der hat einen schlechten Leumund. Und dann kann ich mir über-legen, was ich mache. (...) Es kann was passiert sein im Krankenhaus, irgendein Fall ist schlecht gelaufen, irgendwas ist passiert und das/das/Die Leute erzählen das, ist ja ein Dorf. Oder es ist ein unfreundlicher Kollege oder es sind zu wenig Kollegen oder es ein niedergelassener Arzt sagt, hier das ist/die sind blöd, die können das nicht, irgendwas. (...) Oder ein anderer ist/ist an/an einem anderen Krankenhaus ist ein neuer Chefarzt und der kommt jetzt besonders gut an und der hat viel Werbung gemacht und ist ganz toll und alle Frauen sagen, oh, der ist so schön und der sieht so gut aus und der ist so dynamisch und so jung und dann muss das ein guter Arzt sein. Und da gehen wir jetzt alle da hin. Und plötzlich verlagern sich Märkte.«

Controlling wird in seiner zahlengenerierenden Funktion nun aus Sicht von Herrn Blumenthal zunächst als »einfaches Instrument« titulierte, da es ihm im Gegensatz zu den Aufgaben, die aus der Kontrolltätigkeit *ex-post* erwachsen, nicht sonderlich fragwürdig erscheint. Die Anzeige steigender oder sinkender Fallzahlen oder anderer Parameter führt somit auch nicht unmittelbar und zwangsläufig in eine Verhandlungssituation mit den Verantwortlichen des Controlling. Im Vordergrund steht die bereits dargelegte Entstehung einer technischen Sachlage, die Kosten und Erlöse medizinischer Tätigkeiten »zueinander in Relation setzt und [man] damit kontrollieren kann, ob vielleicht irgendwas aus dem Ruder läuft«. Dass etwas aus dem Ruder läuft, impliziert die Vorstellung eines Ziels, eines Kurses, von dem man abkommen kann. Es gilt Kursabweichungen zu identifizieren, so dass »man dann eben steuern kann« (zum Begriff der Steuerung siehe oben 3.3.1 bis 3.3.4 sowie 4.2.1 bis 4.4).

Doch wer steuert hier eigentlich was und wie soll gesteuert werden? Die letzte Sequenz zeigt, dass Herr Blumenthal »derjenige [ist], der einen Einfluss hat, [und]

sagen kann, okay, daran kann ich jetzt oder mit diesen Zahlen kann ich arbeiten und daraus kann ich Schlüsse ziehen«. Die Rechnungen, die ihm vom Controlling geliefert werden, begründen eine Rechenschaft im Sinne einer Verantwortung und fungieren in der Praxis zugleich als Sammlung von Indizien und Spuren, die zur weiteren Reflexion und Herleitung von Schlüssen Anwendung finden. Dies wird von Herrn Blumenthal zunächst auch ganz im Sinne einer sinnvollen Hilfestellung für seine *professionelle Tätigkeit* verstanden. Er demonstriert hier implizit eine eher naive, auf tradierte Formen chefarztlicher Führung zulaufende Perspektive, nach der sich der mit besonderer Verantwortung und Kenntnis ausgestattete Alleskönner (Chefarzt) seiner ihm zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (hier: dem Controlling als »einfaches Instrument«) mühelos bedient und selbstbestimmt Entscheidungen trifft, ungeachtet von strukturellen Konstellationen und Effekten, die von den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln *selbst* ausgehen (z.B. das DRG-System und die Effekte des Controllings auf die Ausübung professioneller Tätigkeiten).

Denn was oben bereits dargelegt als »einfaches Instrument« erscheint, entwickelt mit Blick auf die Stichhaltigkeit der Konklusionen und der damit zusammenhängenden Steuerungsabsicht eine erhebliche Komplexität. An dieser Stelle ist es ratsam, sich noch einmal exemplarisch die Fragen, die das Controlling an die Adresse von Herrn Blumenthal stellt, vor Augen zu führen:

»hier, wenn in einem Monat das so war, dass du viel gemacht hast und wenig verbraucht hast und im anderen Monat war es umgekehrt, du hast wenig gemacht und hast viel verbraucht, woran liegt das denn?«

»hier bei dir, sind jetzt so und so viele Fälle weniger gewesen, warum ist das so?«

Die Fragen, die das Controlling stellt, beruhen auf der Feststellung einer Diskrepanz einer oder mehrerer Messgrößen, etwa zwischen unterschiedlichen Fallmenge(n) und Materialverbräuchen (Intergruppenvergleich) oder zwischen einer Fallmenge zu unterschiedlichen Messzeitpunkten (Intragruppenvergleich). Das ausgewiesene Ziel der Steuerung ist es nun, die *Diskrepanz* zwischen dem, was ist, und dem, was sein soll, aufzulösen. Als praktisches Problem erscheint nun, dass die Diskrepanz, die die *Zahlen selbst hervorbringen aber weder hinreichend ergründen noch Mittel zu ihrer Bearbeitung liefern*, nicht ohne Weiteres überbrückt werden kann. Methodischer formuliert stiften Zahlen einen Entstehungszusammenhang im Rahmen einer quasi-wissenschaftlichen empirischen Untersuchung, sie begründen ein *spezifisches Interesse* und haben bestenfalls *explorativen Charakter*, liefern aber deshalb weder einen Begründungs-, noch einen Verwertungszusammenhang per se. Denn wie die angeführten Beispiele demonstrieren, bewegt sich die Untersuchung unausweichlich auf die Hinterbühne der konkreten, objektiv erscheinenden »Zahlenwerke« (Mennicken/Vollmer 2007: 10) und damit in nicht-numerische, komplexe Sozialkontexte. Dies macht die Gemeinsamkeit der bereits rekonstruierten und noch folgenden Fälle aus. Die Controlling-Befunde stoßen die Türen und Fenster

des Krankenhauses auf und richten den Blick auf all die flüchtigen Dinge, Kräfte, Bedürfnisse und Absichten, denen Zahlen und Bilanzblätter ursächlich entspringen (siehe die Ausführungen zu Latours Existenzweisen der Ökonomisierung, insbesondere der Bindung/Mobilisierung weiter oben unter 3.4.3). Sie knüpfen einen Kitt zwischen internen Strukturen und Prozessen der Organisation und den Dingen, die sich *jenseits* der Krankenhausmauern, in denen sie errechnet wurden, liegen. Oder anders formuliert: Die Indizierung der neuen ärztlichen Verantwortung entspringt der Indexierung neuer Zahlen und besteht zuvorderst in Prozessen ihrer *Kontextualisierung*.

Dass mit den Kontextualisierungen so mannigfaltige Verbindungen berührt sind, wie sie Herr Blumenthal skizziert, ist Teil der Konstruktion eines neuen *Interesses*, das Einzug in Krankenhäuser gehalten hat. Das Interesse an einem zu Frauen »unfreundliche[n] Kollege[n]« mit einem »schlechten Leumund« und dessen Serviceorientierung; am einzelnen »Fall«, der »schlecht gelaufen ist« und dem medizinischen Qualitätsmanagement; am ambulanten Sektor bzw. am niedergelassenen Arzt, der »sagt, [...] die sind blöd, die können das nicht«; am neuen werbetreibenden Chefarzt aus dem anderen Krankenhaus, den die Frauen »so schön« und »so dynamisch« finden, dass er gleich als »guter Arzt« gilt. All das ist im neuen, vom Controlling induzierten Arrangement von Interesse und Verantwortung von Belang, weckt das Interesse des verantwortlichen Chefarztes, der nun *Antworten finden* muss auf diese nun als Gefahren und Risiken (siehe Kapitel 6.1) verstandenen Phänomene. Jedoch bleiben Interesse und Verantwortung nicht abstrakt, sondern werden sozialräumlich konkret. Denn all das soeben Indizierte »spricht sich rum« in einer Ortsgemeinde, die sich mittels Controlling-Zahlen einem »Entdeckungsverfahren« (von Hayek) unterzieht und vermeintlich sogleich in einen volatilen »Quasi-Markt« (Bartlett/Le Grand 1993) von Wettbewerbern verwandelt, auf dem man sich als dynamische Führungskraft behaupten, den man bedienen und zugleich kontrollieren soll (»Und plötzlich verlagern sich Märkte«).

Wie bereits im vorherigen Kapitel 6.2 und auch bei Herrn Blumenthal ersichtlich wurde, stehen diese Kontextualisierungsprozesse allerdings mit unterschiedlichen Varianten in Verbindung, die sich nach dem Grad der Komplexitätsbearbeitung unterscheiden lassen. In Kapitel 6.2 ging es auf Grundlage »numerischer Konkurrenz« vor allem um zynische (Herr Gelmann) bis resignative (Herr Gondorf) Formen der Aneignung und Übersetzung seitens der Ärzteschaft. Herr Blumenthal (wie auch Herr Peters im vorigen Kapitel) hingegen zeigte ausgehend von einer neuerlichen Infragestellung der eigenen Professionalität²⁸ eine affirmative Bear-

28 Herr Blumenthal: eigener Beitrag zur wirtschaftlichen Schieflage des Hauses und neuer Auftrag wirtschaftlicher Erholung nach Übernahme durch privaten Krankenhauskonzern im selben Haus; Herr Peters: »utopische« Fallzahlsteigerungen und die vertiefte fachspezifische Auseinandersetzung mit den Zahlen im Medical Board.

beitungsform, die in Folge habitueller chefärztlicher Leitungskompetenz die neuen Controlling-Artefakte als bloß anzueignende Mittel trivialisiert und nicht sieht, dass diese Form in erster Linie ein Produkt der Selbstbezüglichkeit des Controlling-Arrangements darstellt, das die Differenzen zwischen ärztlichen und ökonomischen Werten verwischt. Doch auch komplexere, multiperspektivische Varianten sind denkbar und werden im Folgenden anhand zweier Chefärzte (Herr Hocke und Herr Schmidt)²⁹ vorgestellt.

Patchwork: Das raffinierte Zusammenbinden unterschiedlicher Rationalitäten Es geht zunächst um Herrn Hocke, Chefarzt für Kardiologie am »Klinikum zur Wessel«, ein peripher gelegenes Krankenhaus, das wenige Jahre vor dem Interview in einer wirtschaftlichen Schieflage von einem privaten Klinikkonzern übernommen wurde.³⁰ Am Thema »Qualität« verdeutlicht er seine Sicht auf Wirtschaftlichkeit und wie dies mit dem Umgang mit niedergelassenen Ärzt*innen im unmittelbaren Umfeld des Krankenhauses zusammenhängt:

»Herr Hocke: Wie ich immer sage: Gute Medizin und gute Qualität lohnen sich immer. (...) Jetzt kommen wir auf den Qualitätsbegriff natürlich zurück. Jetzt ist es natürlich für den Patienten wichtig, auf der einen Seite: »Wird mein Problem behoben?« Okay? Das ist das Entscheidende: Medizinisch behoben. (...) Das Zweite, was aber auch Qualität ist, dass man links und rechts schon schaut: Hat er noch Nebenerkrankungen, die behandelt worden sind? Und – jetzt kommt es – die Entscheidung, ja: »Müssen diese anderen Sachen, die ich vielleicht nebenbei entdeckt habe, gemacht werden, oder nicht?« So. Zum Beispiel, ich könnte sagen: »Okay, das ist Frau Müller. Die hat seit acht Jahren Kopfschmerzen. Och, da gucke ich mal nach.« Dann kriegt die noch ein Schädel-CT, ein Schädel-MRT. Das CT kostet dem Haus 200 Euro, das MRT kostet dem Haus 400 Euro – sind 600 Euro – und sie liegt drei Tage länger da. Oder ich kann sagen, was gute Medizin ist, dem Hausarzt aufschreiben, und sagen: »Achtung, wir haben nebenbei festgestellt: Die Patientin hat noch das und das Problem. Das sollte bitte ambulant abgeklärt werden, weil das ein chronisches Problem ist. (...) und jetzt ist die über 55, hat auch noch Recht auf eine Vorsorge-Koloskopie. (...) Und als Nebeneffekt

29 Beide Fälle, Herr Hocke und Herr Schmidt, sowie der später noch folgende Fall Herr Fürstenberg wurden unter anderen Namen in einer bereits veröffentlichten Arbeit von Julian Wolf (2018) herangezogen und als spezifische Fälle rekonstruiert.

30 Der Geschäftsführer des Klinikkonzerns Herr Heckmann stellt die Situation wie folgt dar: »Also [Name Krankenhausstandort] ist Anfang [Jahr] gekauft [...] war sozusagen in keiner ganz leichten Situation, das hat bestimmt der [Name Kaufmännischer Geschäftsführer des Hauses] schon erzählt, weil die schwer angeschlagen war die Klinik und jegliches Vertrauen der Zuweiser verloren hatte und viele Patienten ferngeblieben sind und das Haus leer war und Stimmung nicht so gut und kurz vor der Insolvenz und ein riesen Investitionsstau und so, das typische.«

dafür, dass ich gute Qualität gemacht habe, ja – weil: Ich habe ja das Problem behoben, ich habe alles mitgekriegt – hat das Haus unter Umständen eine sehr günstige Kostenstruktur und die Ertragslage bei der kurzen Verweildauer ist gut. (...) So, jetzt kommen wir auf das andere Beispiel. (...) Dieser Patient ist statt vier Tagen zehn Tage da und hat zusätzlich dem Haus noch Materialkosten, Kosten für CT, MRT, Koloskopie, Personalressourcen gekostet, ohne dass man dem Patienten mit seinem akuten Problem – seinem akuten Problem wohlgermerkt – geholfen hat, ja. Jetzt kommt es. Wenn ich aber sage – was auch clever ist: Ich möchte aber die Koloskopie nicht verlieren, ja, ja, weil das für das Haus einen Benefit hat, kommen wir auch zur Qualität, und sagen: okay, dann vergisst der das, vergisst es der Hausarzt, ja. Dann kann man ja auch in den Brief reinschreiben: »Sollte mal gemacht werden. Wir haben direkt einen Termin gemacht, für den sowieso soundsovielten, zur Aufnahme«, ja? (...) Das sind so Sachen, wo ich sage: okay, das ist Qualität. Und das ist diese Qualität, die nicht im BQS ist. Aber das eine Qualität auch, ja, in der Versorgung, heißt: Den Patienten optimal versorgen, aber trotzdem im Krankenhaus selber, die Kosten generieren. Und das ist auch der politische Wille, und auch der Wille von allen Beteiligten, dass sie auch eine gewisse Selektion finden, Richtung, ne, ambulanter Therapie und stationärer Therapie, ja.«

Herr Hocke führt anhand eines fiktiven Beispiels aus, was aus seiner Sicht ein angemessenes Verständnis von Qualität jenseits indikatorengestützter Qualitätsvergleiche (»BQS«³¹) bedeutet: das Ineinandergreifen von medizinischen, versorgungssystemischen und wirtschaftlichen Interessen. Das hier skizzierte Wiedereinbestellen des Patienten gilt Herrn Hocke als Qualitätsindikator, da nicht nur akutmedizinische Probleme des Patienten behoben werden, die in Krankenhäusern aus versorgungssystemischer Sicht im Vordergrund stehen sollen. Auch kann so der Patientenfall kosten- und ertragsgünstig abgerechnet werden, da eine rasche Entlassung gewährleistet wird und der behandelte Patient bei Antritt der bereits terminierten Wiederaufnahme einen neuen Behandlungsfall abrechenbar macht und dem Krankenhaus erhalten bleibt. Ferner werden auch die wirtschaftlichen Interessen des involvierten niedergelassenen Hausarztes berücksichtigt, der in diesem Arrangement die chronischen Beschwerden des fiktiven Patienten ambulant behandeln kann und über die Planungen des Krankenhauses via Arztbrief ins Bild gesetzt wird. Die engere Verzahnung stationärer mit ambulanter Versor-

31 BQS bezieht sich auf die vormalig »Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung« genannte Einrichtung, die mittlerweile »BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit« heißt. Das BQS entwickelt seit 2001 auf Grundlage statistischer Methoden Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und für das Qualitätsmanagement in deutschen Krankenhäusern.

gung in Richtung eines Versorgungsnetzwerks wird hier bereits ersichtlich (vgl. Vogd 2007).

»Interviewer: Ja, wie sind da Ihre/Also da gibt es ja wahrscheinlich verschiedene Interessen, wie man da die Selektion vornimmt, ne? Also ich weiß nicht: Stimmen Sie da überein, mit den niedergelassenen Kollegen?

Herr Hocke: Ja. Ja, also die niedergelassenen Kollegen – deswegen sage ich ja, ne – die niedergelassenen Kollegen kapieren das ja auch, was Sache ist, ja? (...) Wir haben natürlich auch das Problem – wir sind ja auch Dienstleister, auch Dienstleister unserer niedergelassenen Kollegen – dass sie schon mal sagen: »Wissen Sie Herr Hocke, der kommt zwar vielleicht wegen dem oder dem. Aber könnten Sie nicht mal noch das und das gucken?« (...) Aber das ist ja auch kein Problem. Wissen Sie, warum das kein Problem ist? Weil: Alle Kalkulationen sind eine Mischkalkulation. Das heißt: Wenn Sie sehr gut und stringent handeln, dann haben Sie immer auch betriebswirtschaftlich noch genug Luft, ja, zu sagen: »Okay, mhm, jetzt hat er mich drum gebeten, dies, das«, weil: Sie brauchen auch diese Luft, weil Sie in einer Kleinstadt tätig sind.«

Gefragt, ob er mit den niedergelassenen Kollegen mit Blick auf das dargestellte Arrangement übereinstimmt, bestätigt er das *verbindende Interesse* mit diesen, denn die »kapieren das ja auch, was Sache ist«. Jenseits der Seilschaften zeigt sich aber, dass Herr Hocke sein Krankenhaus und sich selbst in der Rolle des Chefarztes als »Dienstleister unserer niedergelassenen Kollegen« versteht. Zugleich Dienstleister und Kollege zu sein mutet schwierig, wenn nicht gar widersprüchlich an. Dienstleistung bedeutet aus Sicht von Herrn Hocke insbesondere, gewisse therapeutische oder diagnostische Wünsche der niedergelassenen Kolleg*innen zu erfüllen, obwohl die Patient*innen mit einer anderen Indikation im Krankenhaus aufgenommen wurden. Sprich: Seine eigene Qualitätsnorm zu unterlaufen, die er soeben ausgeführt hatte, macht das Wesen der Dienstleistung aus, der er sich verpflichtet fühlt. Doch er wischt dieses offensichtliche Zugeständnis beiseite, indem er eine derartige Kalkulation ihrem Wesen nach als »Mischkalkulation« bezeichnet und damit einen Weg aus dem Dilemma formuliert.³² Dienstleister sein zu können ist

32 Tatsächlich werden die Cheförzte über die genaue Zusammensetzung der Mischkalkulation nur unvollständig unterrichtet, wie der Konzernvorstand Herr Heckmann mit Blick auf emotionale Gründe schildert: Interviewer: Wie viel wissen die Cheförzte von den Zahlen vom Haus? Herr Heckmann: Die kennen alles mit Ausnahme der G und V und die Bilanz, die kennen sie nicht. [...] Also die kennen die Leistungsstatistik, die Personalstatistik und die Patientenzufriedenheit. Die Personalstatistik normalerweise nur für deren Bereich. [...] Was wir nicht mit den Cheförzten teilen, ist die Gewinn- und Verlustrechnung und die Liquidität, weil erstens weil wir familiengeführt sind. Aber das ist weniger das Thema, sondern weil das natürlich viel Angst verursacht, wenn da jetzt minus 600.000 Euro steht. Die können das gar nicht so richtig einschätzen, was das jetzt genau bedeutet. Wiederum wenn da plus eine Mil-

hernach möglich, »wenn Sie sehr gut und stringent [be-, Anmerkung K. M.] handeln«.

Ökonomisch orientiertes ärztliches (Be-)Handeln wird hier als Lösung für ein verlustbringendes Dienstleistungsverhalten skizziert, welches wiederum selbst der oben beschriebenen Konstellation entspringt und damit in erster Linie versorgungssystemischen wie wettbewerblichen Impulsen folgt. Medizinische Aspekte und Fragen der Versorgungsqualität jenseits sektoraler Grenzen bleiben aber nicht unberücksichtigt. Es wird ersichtlich, dass der Schritt hinaus in ein *Marktgeschehen*, den die neue Verantwortung erzeugt, zum Aufbau komplexer Praktiken bei Herrn Hocke führt. Die Antwort auf die intern vom Controlling aufgeworfenen Fragen (»woran liegt das denn?«) liegt zunächst in der sozialräumlichen Bindung an Interessen des ambulanten Sektors, die ihrerseits eigene betriebswirtschaftliche Ziele verfolgen, mit unsicheren ökonomischen Folgen für das jeweilige Krankenhaus. Um diese mit der organisationalen Umwelt produzierten Interdependenzen zu verarbeiten, wird wiederum in der Praxis ein *interner Gleichgewichtsmechanismus* erfunden, der der Organisation in Form von »Mischkalkulationen« eine ausreichend flexible und zugleich handlungsleitende, zukunftsorientierte Form der »Aspirationalisierung« (Vollmer 2004, siehe oben 3.3.4) bietet. Unter der Annahme, dass es sich *rechnen wird*, macht Herr Hocke Zugeständnisse an wichtige Stakeholder, die als Netzwerkpartner angelaufen werden.

Der Blick in die Zukunft, die Aussicht auf zukünftige Mehreinnahmen rechtfertigen die sodann als Investitionen verstandenen Gefälligkeiten in der Gegenwart, die Vertrauen und Kollegialität zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzt*innen stärken. Per positiver Erwartungsbildung verfängt ein Modus, der die gegenwärtig vorherrschende Kontingenz (Kollegiales Zugeständnis oder ökonomische Effizienz?) bearbeitbar werden lässt: *Das Problem wird in die Zukunft verschoben*, Herr Hocke bleibt aktiv und vermeidet – im Gegensatz zu den anderen rekonstruierten Fällen – ein Zusammenfallen des Ärztlichen mit dem Ökonomischen, das in anderen Fällen zu Zynismus, Resignation oder Allmachtsphantasien geführt hatte. Doch wie sich zeigt, wird auch die Praxis der Mischkalkulation intern mit einer *Vertiefung* ökonomischer Zielsetzungen erkaufte, da eine als sicherer Verlust verbuchte Dienstleistung im Gegenzug durch ein an ökonomischer Stringenz orientiertes Entscheiden kompensiert werden muss.³³ Nur so können unrentable und rentable

lion steht, wenn man dazu nicht die Bilanz kennt und weiß, wie viel Schulden da drauf sind und was der Kaufpreis war, dann fehlt da komplett die Relation und deswegen [...] wollen wir nicht, dass die untereinander anfangen zu rechnen »naja, meine Abteilung verdient 300.000 und deine macht 400.000 Verlust und weil ich 300.000 verdiene, kriegen wir 5 Ärzte und du musst sparen.«

- 33 Durch eine Orientierung an kurzen Verweildauern, einem Fokus auf akutmedizinische Probleme bzw. dem Abblenden von Nebendiagnosen zur Erhöhung des Patientendurchlaufs sowie einer Wiedereinbestellung der Patienten.

Behandlungen zu einem fiktiven Gleichgewicht finden, das durch ein hinreichend stabiles Arrangement in der Praxis zwischen Krankenhaus und seiner Umgebung möglich wird. Wie sieht dieses stabile Arrangement aus und weshalb wird hierfür betriebswirtschaftliche »Luft« abgesaugt?

Das »Dorf« – Die netzwerkbasierte Erschließung organisationaler Umwelten Es folgt nun der Fall des Herrn Hocke, der selbstverständlich nur *eine* komplexe Variante unter anderen denkbaren Varianten darstellt, mit den ökonomischen Zumutungen des Krankenhaussektors umzugehen. Die Spezifität kommt insbesondere durch den weiteren Verweis auf den Sozialraum »Kleinstadt« zustande. Die Kleinstadt mit- samt seinen niedergelassenen Ärzt*innen wird in den folgenden Passagen in zweierlei Hinsicht konkreter gefasst. Begonnen wird mit einer Schilderung von Herrn Hocke zur Qualität der Beziehungen innerhalb des kleinstädtischen Sozialraums:

»Interviewer: Und wie funktioniert das, also, dass die Abteilung so gut läuft? Also haben Sie jemals leere Betten? Oder oft ist ja so Mengenausweitung ein Thema, dass das auch irgendwann ausgeschöpft ist, gerade in einer Kleinstadt, oder so? (...) Und spielt da der Kontakt zu den Einweisern irgendwie eine Rolle?

Herr Hocke: Ja. (...) Das Problem ist ja: Dorf, ne? (...) So, Kontakt sind Einweiser. (...) also wusste es selber nicht, bevor ich auf dem Dorf gearbeitet habe, ne. Und zwar: Sie erfahren hier auf dem Dorf ja eh nicht, was die Wahrheit ist. In der Großstadt machen Sie ein paar Symposien, und dann wissen die Einweiser: hoch, toller Chirurg, toller Internist, ne. Hier geht alles über Mund-Propaganda, ja? (...) Also gestern habe ich mit einem befreundeten niedergelassenen Kollegen gesprochen, und komischerweise wusste der schon – gestern war sozusagen Mittwoch – was am Montag auf Intensivstation blöde gelaufen ist.«

Der Interviewer stellt den als erfolgreich angenommenen Kurs der von Herrn Hocke geleiteten Abteilung in Zusammenhang mit einer wohlmöglich an seine Grenzen kommenden »Mengenausweitung« und der Frage, welche Rolle der Kontakt zu den »Einweisern« – den niedergelassenen Ärzt*innen – dabei spielt. Für Herrn Hocke kulminiert die Antwort im Phänomen »Dorf«, das synonym für eine verriegelte Sozialität samt eigensinnigem Verhältnis zur Wahrheit steht. Im Dorf wird im Gegensatz zur als Hort der Fachlichkeit gepriesenen Großstadt »alles über Mund-Propaganda« betrieben. Die Wege sind so kurz, dass sie selbst bis in die Intensivstationen des Krankenhauses vordringen und von dort die Kunde von medizinischen Verfehlungen fast unmittelbar zurück ins Dorf spülen. Die Differenz von Dorf/Großstadt stellt offenbar auch aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus eine große Herausforderung für den Chefarzt Hocke dar. Doch inwiefern?

»Herr Hocke: (...) So, und jetzt werde ich mal sagen, was die Geschäftsführung nie erfährt und was auch ich selber erst gar nicht erfahren habe, und zwar: Ich

bin auch zu Niedergelassenen gegangen, nett, freundlich, ne, finden alles toll – und haben trotzdem nicht einen [Patienten, Anm. K. M.] überwiesen, ne. So. Und ich kenne jemanden, der ist hier seit drei Generationen der ganzen Inzest-Mafia tief verwurzelt. (...) Und den kannte ich hervorragend. Ich habe dem Vater zweimal das Leben gerettet und der Mutter, und waren immer nett beieinander. Auf einmal hat der mich eingeladen. Und komischerweise bei dieser Einladung saß dann der dritte Bürgermeister der Stadt da, zwei Einweiser saßen da – von denen ich jetzt auch regelmäßig auf Gartenfest und so eingeladen werde – und auf einmal war ich in dem Insiderkreis drin. Und der Gleiche, der mich nett, freundlich hat abtropfen lassen – ja, beim Praxisbesuch, dass ja alles toll ist, und trotzdem nicht eingewiesen hat – hat mir dann Sachen erzählt, wo ich ja beinahe rückwärts umgefallen bin. Ne, so funktioniert Dorf. So. (...)

Interviewer: Sie gehen zu den Praxen?

Herr Hocke: Ja, ja klar. Habe ich schon gemacht, habe ich schon mehrere Praxenrunden gemacht (...) und die erzählen dir eigentlich immer so: Ja, da war der Arzt mal nicht gut, ja. Also nichtssagende Sachen. (...) Worauf die Geschäftsführung zwar anspringt, die nichtssagend ist, ja. Das heißt: Jedes Krankenhaus, ja, macht fünf Prozent Schrott. Entweder ich sage: 95 Prozent waren gut, oder ich sage: Zeige mal dem Geschäftsführer oder dem Hocke, der dahin kommt – hier Schrott. Ja, okay? (...) Aber ansonsten ist alles gut, und ich weise trotzdem nicht ein, oder so. Das Schöne war: Die Geschäftsführung war ja auch mal bei einem Kumpel von mir, ne, und hat sich nach mir erkundigt, der ist dann Internisten-Chef. Ja, und der hat die ganz eiskalt abtropfen lassen, (lachend), und denen so ungefähr gesagt, ne: »Der Hocke? Kann ich nicht viel sagen, arbeitet unauffällig«, dies, das. (Lacht). Ruft mich dann am Abend an: »Hör, mal die machen da«. (Lacht). (...), die haben sich erkundigt, wie zufrieden die Niedergelassenen sind.

(...) Aber das war so faszinierend, um das System zu erkennen, so, die haben das bis heute nicht geschnallt, ne, dass das ein Kumpel von mir ist. Und ich habe zehn Jahre nicht kapiert, dass da der [Bezeichnung des engen Freundes von Herrn Hocke] mit dem dritten Bürgermeister, mit den zwei Niedergelassenen zusammen ist, und wie das läuft, und was wirklich die Gründe waren und was man wirklich sagt. Weil: die alle haben mir das Gleiche gesagt, ne, weil: Die sind in dieser Dorfgemeinschaft – das hört sich echt total doof an – das ist teils suspekt, ja. Sie sind da erstmal mehr oder weniger ein Fremder. Die sind alle nett, höflich, dies, das.

Interviewer: Was für einen Einfluss haben die denn, jetzt auf alle?

Herr Hocke: Ja natürlich haben die einen riesen Einfluss, ja, weil die Niedergelassenen natürlich, ja, die Notfälle kriegen Sie so oder so, ja. Aber jeder, der geplant ist, der kann doch zum Beispiel sagen: [Name Ortschaft] – dem Vorort von [Standort Krankenhaus], das ist ein Ortsteil, ja – der hat genau die gleiche Entfernung zu unseren Mitbewerbern nach [Name Stadt], wie zu uns. (...) Und die Patienten

hören zu 90 Prozent auf ihren Niedergelassenen. (...) Und jetzt fragen Sie mal – die Geschäftsführung fragt natürlich nicht – wie viele solcher Rückmeldungen, so ehrlich, wie bei Praxisbesuchen, so in der Form vorliegen.

Interviewer: Ja. Da wissen Sie mehr, als die Geschäftsführung?

Herr Hocke: Genau. Und das weiß ich aber auch nur, seitdem ich mit dem einen oder anderen ein Bierchen trinken gehe.«

Der Zugang zum geschlossenen Kommunikationsraum »Dorf«, der hier in pejorativer Weise auch als »Inzest-Mafia« bezeichnet wird, fungiert fortan als Schlüsselkompetenz von Herrn Hocke in seiner Funktion als Chefarzt. Die exklusive Sozialität der Etablierten im Dorf verwahrte sich lange gegen das strategische Umwerben der örtlich niedergelassenen Ärzt*innen durch das Krankenhaus, das diese als Teil einer zu etablierenden und kontrollierenden *Einweisenden-Struktur* erscheinen lässt. Im Zuge der »Praxenrunden« seitens Herrn Hocke erweisen ihm die ärztlichen Kolleg*innen zwar den nötigen kollegialen Respekt (»nett, freundlich, ne, finden alles toll«), ließen ihn aber mit Blick auf die Absicht, Überweisungen von Patient*innen zu erhalten, letztlich doch immer wieder »abtropfen«. Die Metapher des Abtropfens zeigt es an: Selbst die wiederkehrenden persönlichen Praxisbesuche konnten zunächst keine persönliche *Bindung* erzeugen, konnten Herrn Hockes fehlende Verwurzelung im »Dorf« nicht kompensieren und ließen ihn folglich als wenig vertrauenswürdigen Außenseiter zurück. Es bedurfte einer Dekade der persönlichen Präsenz und einer existenziellen Verbindung zu einem der »Insider« (Herr Hocke hatte seinen Eltern mehrmals das Leben gerettet), um die Dorf-Initiation einzuleiten. Das Vordringen in die gesellige Vertrautheit des Dorfes implizierte für Herrn Hocke, Dinge zu erfahren, wo er »ja beinahe rückwärts umgefallen« wäre.

Bemerkenswert ist nun jenseits des gesteigerten Interesses der Krankenhausakteur*innen, derartige Kreise betreten zu können, die Bedeutung, die derlei Praktiken und Wissensbestände für das *interne* Arrangement des Managements, respektive zwischen Geschäftsführung und Chefärzt*innen, haben. Offenbar nutzt auch die Geschäftsführung des Krankenhauses informelle Kanäle, um Einschätzungen aus dem ambulanten Sektor über den Leistungsstand der eigenen Chefärzt*in-

nen einzuholen.³⁴ Die intern erzeugten Controlling-Zahlen stimulieren die Suche nach mehr Erkenntnissen außerhalb des Hauses.³⁵ Es ergeht hieraus ein *Wettbewerb um Informationen*, der sich an der Frage entscheidet, wer im Sinne einer größeren Reichweite und Durchdringung die meisten Kontakte knüpft und Vertraulichkeit aufbaut. Der Kampf um mehr Patient*innen wird zu einem Kampf um Zugang zu Menschen und deren Meinungen und Urteilen, die möglichst exklusiv sein müssen. Da kann es strategische Relevanz erlangen, »mit dem einen oder anderen ein Bierchen trinken« zu gehen und dort im erwirkten Vertrauen den eigenen Aspirationen gemäß Erkundungen einzuholen oder Allianzen aufzubauen. Gleichzeitig unterscheidet sich das hier rekonstruierte Konkurrenzgebaren von der weiter oben analysierten »virtuellen Konkurrenz« (Kapitel 6.2) insofern, als das hier unter Kolleg*innen (Herr Hocke als Chefarzt des Krankenhauses und die niedergelassenen Kolleg*innen des Ortes sowie andere im weiteren Sinne relevante Personen) medizinisch relevante Informationen zirkulieren, die am einzelnen Fall orientiert sind und eine *prozessbezogene Konjunktion* innerhalb des etablierten *Versorgungsnetzwerks*

34 Die Darstellung des Kaufmännischen Geschäftsführers Herr Stehrig bestätigt dies: »Und ich habe/bin natürlich hier auch sehr eng am Ort und an den Zuweisern dran, kriege natürlich dann auch viel mit, wer welche Meinungen hat. Also die Zuweiser sind natürlich wichtig oder die anderen Stakeholder hier drum herum und ich mache dann ja so die Netzwerk- und die Kontaktpflege und dementsprechend irgendwie habe ich natürlich auch viele Termine und kenne die ganzen Leute hier vor Ort und kann natürlich dann auch sagen, was ich dann hier so höre, weil letzten Endes/also ich sage jetzt mal, ich bin so eine Art Bürgermeister von so einem kleinen [Zahl] Einwohner-Ort und das ist so klein, dass dann sich Gerüchte natürlich dann auch schnell hier verbreiten und ja, da kriegt man schon viel mit, man kann natürlich viele Hinweise dann geben.«

35 Umgekehrt werden die Zahlen im Krankenhausmanagement nur mit Vorsicht angewendet, wie Herr Stehrig wissen lässt: »(Seufzt) Also wir sind jetzt gar nicht so ein (...), wie soll ich das sagen, also nicht so durchanalytisch, dass wir dann sagen, man guckt sich jetzt jede einzelne Abteilung an. Also wir sind zum Beispiel schon mal gar nicht so ein Verfechter von Kostenstellenrechnungen, also wir gucken uns natürlich/wir gucken uns monatlich dann die Leistungsmenge an und wir gucken uns die CM-Punkt-Entwicklung an. das heißt die Erlöse gucken wir uns an, (...) die Kosten gucken wir uns ab und an an, aber letzten Endes, ja also das fängt/bei den Allgemeinkosten fängt das schon an, wo man sich dann fragen kann okay, wie schlagen wir die Verwaltung jetzt auf die einzelnen Abteilungen um. Und selbst wenn das so ist, was sagt uns das, wenn eine Innere irgendwie so und so viel Erlöse gebracht hat und ein anderer Bereich bringt so und so viel. Also die müssen das Gefühl haben irgendwie, dass jeder das macht, so gut wie er kann, dass er das Potential hier ausschöpft und dann geht das eigentlich für uns in Ordnung. Dann geht das auch in die richtige Richtung. Und ich glaube das ist auch das, was durchaus das Arbeiten hier auch, will nicht unbedingt sagen angenehm, wäre das falsche Wort, aber ich glaube es ist durchaus ein fairer Weg miteinander umzugehen, dass man sagt okay, natürlich wollen wir die Leistung irgendwie oder das Potential oder dafür was die Versorgung, für die wir hier nun mal stehen, dass wir da ein optimales Leistungsangebot dann schaffen und uns personell aufstellen und wenn wir das Gefühl haben ja, das macht jemand in dem Rahmen, dann ist das auch erstmal/grundlegend ist das erstmal okay.«

ermöglichen, das natürlich auch zur Austragung mimetischer Rivalitäten dienen kann.

Darüber hinaus geht es aber auch um eine Perspektivübernahme im Sinne der ökonomischen Stellung des Krankenhauses als Akteur im lokalen Wettbewerb um Patient*innen und deren Ratgeber, den niedergelassenen Ärzt*innen, insgesamt. Die neue Verantwortung erfordert es, den ökonomischen Anforderungen auch unter Ausblendung eigener Interessen als Mitglied der Organisation funktional nachzukommen, wie dies aus einer als legitim erachteten Sprecherposition – die kaufmännische Geschäftsführung an die Adresse des Chefarztes – eingefordert wird. Doch rekuriert diese Anrufung insbesondere auf ein Enaktierungspotenzial, das die Organisation selbst wiederum nicht hervorbringen kann, da die skizzierten Praktiken sich als hochgradig spekulatives Agieren in unterschiedlichen Umweltkontexten ausweisen: Die erhoffte sozialräumliche Integration erfolgt – wie exemplarisch bei Herrn Hocke dargestellt – aufgrund einer spezifisch ärztlichen Disposition und kann nicht auf Grundlage reduktionistischer, unterkomplexer Darstellungen des medizinisch-betriebswirtschaftlichen Controllings allein gelingen. Die ärztliche Disposition ist hingegen multiperspektivisch und erlaubt ein komplexes *patchworking*, das fachliche, personale sowie existenzielle Faktoren einholt und sich in netzwerkförmigen Trajektorien zwischen Chefärzt*innen, den von ihnen versorgten Patient*innen, Angehörigen, den niedergelassenen Ärzt*innen sowie lokalpolitischen Schwergewichten aufspannt.

Nun sind die Ausführungen von Herrn Hocke mit denen des Geschäftsführers Herrn Fürstenberg zu kontrastieren, der das städtische Krankenhaus »Hermelin« leitet, das Teil eines privaten Klinik Konzerns ist, und der einen mit einigen Schwierigkeiten versehenen wirtschaftlichen Entwicklungsplan für sein Haus verfolgt:

»Herr Fürstenberg: Also das Stationäre wächst immer stärker mit dem Ambulanten zusammen und das will auch der Gesetzgeber so. (...) Und der [Paragraph, Anm. K. M.] 115 A sagt auch explizit, dass niedergelassene Ärzte sehr wohl auch Krankenhäuser unterstützen können bei dieser sektorübergreifenden Versorgung.

Interviewer: Und, ah, ich kann mir vorstellen, dass Sie da mit den Niedergelassenen wieder ins Gehege kommen. Ist das/

Herr Fürstenberg: Ja, da muss man einen guten Weg finden. (...) also neben irgendwelchen kooperativen Verträgen könnte man ja auch sagen »wir als Krankenhaus übernehmen einfach einen Kassenarztsitz und machen jetzt ein krankenzentriertes MVZ.« (...) Also wir hatten an einem Standort mal ein MVZ auch nur angedacht. Da war ein riesen Aufschrei in der Niedergelassenen-Gruppe. (...) Nichts desto trotz ist es halt so, dass man die Niedergelassenen braucht, weil sie sind die Geldgeber, sie sind diejenigen, die die Patienten reingeben. Also muss man trotzdem irgendwelche Wege finden, um mit denen zu kooperieren, oh-

ne zugleich in deren Geschäftsfeld einzudringen und deshalb kann man das nur durch ganz viel Kommunikation schaffen. Also je mehr man erklärt und je mehr man sich Zeit nimmt für die internen, wie die externen Stakeholder, desto besser. Wir planen hier in diesem Jahr noch einen Coup, und zwar wollten wir, will ein Chefarzt hier einen Sitz privat übernehmen, einen Kassenarztsitz.

Interviewer: Einen Kassenarztsitz? Ein Chefarzt des Hauses?

Herr Fürstenberg: Des Hauses, und der kriegt seine Praxisräume bei uns hier in der Klinik. (...) Und hier wird es, ist dann die Herausforderung, dass die Bevölkerung, die da draußen vielleicht denkt »hoppla, [Name Klinikkonzern] kauft hier einen Sitz und vereinnahmt den«, sofort von vornherein klarzustellen, dass hier der Kollege Doktor Sowieso privat diesen Sitz übernommen hat. Also ich möchte ni/ich mu/hier muss ich vermeiden, dass da draußen die Wahrnehmung ist, wir hätten ein MVZ gegründet.

Interviewer: Aber jetzt strategisch ist das natürlich, hängen Sie da ja wahrscheinlich in dieser Entscheidung mit drin, dass der Sitz hier am Haus ist?

Herr Fürstenberg: Ja, klar. Also ich befördere das. Ich habe auch in, ich brauche dafür auch [Zahl] Millionen Euro, um diesen Umbau zu gewährleisten. Und die werde ich auch ausgeben, sobald sie mir bewilligt sind, und das ist ein riesen Coup für unser Haus, weil dieser Arzt übernimmt einen von [Zahl] fachärztlich internistischen Sitzen, in denen es eine gastroent/gastroenterologische Patienten sind. Und keiner der heutigen [Zahl] Sitzinhaber schickt auch nur einen einzigen Patienten in unsere Klinik, weil – der eine Teil sitzt nämlich sehr stark im Norden, da wäre der Weg viel zu weit. Und einer ist zwar ganz hier um die Ecke, ist aber ein alter Katholik und gehört zu den katholischen Kliniken und weist als ehemaliger katholischer Oberarzt, seit 30, 40 Jahren nur in diese (...) Klinik ein. Das heißt, mit dieser Übernahme wird es uns gelingen, dass wir wahrscheinlich mit einem Marktanteil von 20 Prozent aller gastroenterologischen Patienten hier Fuß fassen können und das ist natürlich äußerst interessant.«

Herr Fürstenberg betont – noch deutlicher als Herr Hocke – die besondere Bedeutung der niedergelassenen Ärzt*innen des ambulanten Sektors für das zuweisungsabhängige Krankenhaus, die in einiger Verdrehung der Tatsachen sogar als »Geldgeber« bezeichnet werden.³⁶ Gleichwohl erblickt er hier – im Gegensatz zu Herrn Hocke – keine autonom agierenden Ärzt*innen in der Niederlassung, die Krankenhausärzt*innen »abtropfen« lassen oder in der Vertrautheit des Dorfes verschworene Freunde und Bekannte, sondern einen kollektiven Akteur (»die Niedergelassenen«), der sein eigenes »Geschäftsfeld« gegen die Interessen des stationären Sektors zu verteidigen sucht. Das eigene Agieren im ambulanten Sektor wird

36 Die Rechnung über die Patientenbehandlung der Krankenhäuser begleichen immer noch zum allergrößten Teil die Krankenversicherungen sowie zu einem kleinen Anteil die Patient*innen selbst.

durch einen gesundheitssystemischen Blick mit explizitem Bezug auf eine Gesetzeslage vermittelt, nach der »niedergelassene Ärzte sehr wohl auch Krankenhäuser unterstützen können bei dieser sektorübergreifenden Versorgung«. Es wird klar, dass Herr Fürstenbergs strategische Abwägung auf der feinen Trennlinie zwischen Kooperation und feindlicher Übernahme beruht. Denn das, was er im weiteren als »Coup« bezeichnet, ist durch den von ihm genannten Paragraphen augenscheinlich nicht gedeckt, der die Kooperation zwischen ambulant tätigen, sog. Vertragsärzt*innen und Krankenhäusern lediglich zum Zweck der vor- oder nach stationären Behandlung erlaubt.³⁷ Der »Coup« sieht jedoch vor, dass der internistisch tätige Chefarzt des Krankenhauses als *Privatperson* einen Kassenarztsitz übernimmt, in den Räumen und mit den Geräten des Krankenhauses ambulant behandelt und dann diejenigen Patient*innen, die einer stationären Behandlung bedürfen, umgehend in seine eigene Abteilung des Krankenhauses überweist.

Es handelt sich hierbei de facto um eine *Einschränkung der Wahlfreiheit der Patient*innen*, wenn der ambulant behandelnde Arzt diese in Personalunion als Chefarzt geradewegs zur stationären Versorgung in die eigene Klinik überleitet. Denn die Akquise des Kassenarztsitzes, so das Kalkül, soll dem Krankenhaus einen »Marktanteil von 20 % aller gastroenterologischen Patienten« bescheren und damit den lokalen *Markteintritt* in diesem Behandlungssegment ebnen. Die selbst gesetzte Prämisse, Kooperation in dieser Hinsicht nur durch »ganz viel Kommunikation« in Richtung der »internen, wie der externen Stakeholder« zu erreichen, entpuppt sich letztlich als Akt der kommunikativen Täuschung (im Sinne des »Als-Ob«, Ortmann 2004, vgl. 3.3.4) infolge der strategischen Einhegung des ambulanten Sektors, die auf der internen Rollenausdifferenzierung des chefarztlichen Personals beruht. Der Chefarzt wird hier als *Privatperson* zum Komplizen einer Markterschließungspraxis gemacht, die unbedingt und »sofort« den Eindruck vermitteln möchte, keine zu sein. Der Chefarzt agiert vorgeblich als freiberuflich Selbstständiger, während das Krankenhaus vorgibt, *kein* »krankenhauszentriertes MVZ« gegründet zu haben, um so den erwarteten Widerstand der »Niedergelassenen-Gruppe« bzw. den befürchteten Imageschaden aus der »Bevölkerung« im Keime zu ersticken. Neben den nicht geringen Investitionen, die hierfür getätigt werden, ist das Risiko also nicht nur finanzieller Natur. Wie beschreibt der involvierte Chefarzt, Herr Schmidt, nun die Angelegenheit?

37 Paragraph 115 A des SGB V besagt: »Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um 1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder 2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen.«

»Interviewer: Und der Kassenarztsitz, den haben Sie bekommen innerhalb dieser [Zahl] Jahre, die Sie jetzt bei [Name Klinikkonzern] sind, oder hatten Sie den schon vorher?

Herr Schmidt: Den habe ich jetzt ganz aktuell vor [Zahl] Monaten bekommen. Zum [Datum] übernommen. (...) Verschafft mir halt die komfortable Situation, dass ich halt ein Fachgebiet für mich eigenständig ausüben kann. Kann trotzdem Patienten, wenn sie schwerer erkranken stationäre Behandlung bedürfen, kann ich sie weiter betreuen. Also, in meiner eigenen Abteilung. Für die Patienten auch nicht unangenehm. Umgekehrt hinterher auch. Können von mir weiterbetreut werden. Das ist letztendlich/Klar ich profitiere sicherlich davon, von der Situation, dass ich ein Teil des Krankenhauses nutzen kann. Klar gegen Entgelt. Ich zahle dafür. (...) Dass ich den Untersuchungsraum des Krankenhauses nutzen kann oder Untersuchungsgeräte nutzen kann. (...) Und andererseits profitiert das Krankenhaus sicherlich auch davon. Denn halt meine Patienten, wenn sie halt stationär betreut werden oder müssten, die Wahrscheinlichkeit ja unwahrscheinlich hoch ist, dass natürlich auch jemand hier machen würde. (...) Da hat ein Krankenhaus einen Vorteil stationäre Patienten sicherlich mehr zu bekommen. Und ich habe halt den Vorteil, dass ich eine gewisse Unabhängigkeit schaffe.«

Das Arrangement zwischen Chefarzt und Geschäftsführer stellt sich, nach der erfolgreichen Akquisition des Kassenarztsitzes durch Herrn Schmidt, tatsächlich als eines heraus, dass nicht nur auf finanziellen Anreizen beruht. Herr Schmidt sieht auch seine professionelle Unabhängigkeit gestärkt, da er sein Fach nun »eigenständig ausüben« und seine Patient*innen im Fall einer stationären Aufnahme im Krankenhaus »weiter betreuen« kann. Außerdem bietet ihm das Krankenhaus als frisch gebackenem Kassenarzt und Freiberufler eine günstige medizinische Infrastruktur an (er muss keine eigene Praxis aufbauen und in diese investieren, das übernimmt ja wie oben gesehen sein Geschäftsführer). Das Krankenhaus wiederum kann – neben der erwarteten Zuleitung von Patient*innen – Miet- und Nutzungsentgelte einstreichen und seine Geräte stärker auslasten. Das Arrangement scheint hier zumindest krankenhausintern zu gelingen, da sich wirtschaftliche, rechtliche, professionelle und versorgungssystemische Aspekte aufeinander beziehen und verschränken lassen. Ob das Arrangement in der Umwelt des Krankenhauses auf Akzeptanz stößt, ob die örtliche Presse, niedergelassene Ärzteschaft und Bevölkerung diesen »Coup« annehmen werden, ist jedoch nicht ausgemacht. Auch hier dürfte einiges davon abhängen, ob die sozialräumliche Integration und Vernetzungspraxis des verantwortlichen Chef- und Kassenarztes Schmidt gelingt. Aus versorgungssystemischer Sicht scheint es immerhin einige informelle, persönliche Signale der Zustimmung zu geben, wie er berichtet:

»Interviewer: Und was sagen die Kassen?

Herr Schmidt: Ich/Weiß ich nicht. Habe noch keine Rückmeldung oder wir. Da

kommt ja keiner und sagt/Außer viele sagen aus dem persönlichen Umfeld, auch Mitarbeiter der Kassenleitung, finden wir gut. Das ist ein tolles Konzept, wir finden das gut. (...) Aber ich glaube, das ist die Zukunft. Weil der Niedergelassene an sich. Sie haben halt viele Spezialisten, die sich ein Krankenhaus sonst nicht leisten könnte. Die allein davon leben, dass sie zum Großteil ihre ambulante Behandlung machen dürfen. Ihre Kassenzulassung haben. (...) Und für die Sachen, die sie am Krankenhaus erbringen, muss das Krankenhaus ja auch nur einen kleineren Teil zahlen. Die müssen ja nicht voll einstellen. So zahlen sie nur eventuelle für erbrachte Leistungen. Das Krankenhaus ist ja da auch nicht unwirtschaftlich. (...) Ohne dass sie sich einen ganzen Gastroenterologen einstellen müssen oder am besten noch zwei, den sie voll bezahlen müssten. Und letztlich, da haben wirklich beide etwas davon. Und Geräte vom Krankenhaus werden mitgenutzt. Krankenhaus kriegt sogar noch Geld. Eine Refinanzierung der Geräte. Also, schlecht ist das nicht. Ich finde, das ist die Zukunft.«

Sein Resümee verlegt sich auf eine Win-win-Situation: das Krankenhaus spart Geld, indem es auf die medizinischen Leistungen der ambulanten Spezialisten zurückgreifen kann, ohne die personalwirtschaftliche Verantwortung für diese tragen zu müssen und erzielt gleichzeitig auch noch Einkünfte aus der Nutzung von Geräten und Räumen. Die kurze Sequenz zeigt, dass die herausgearbeitete Perspektivübernahme, die Teil der neuen Verantwortung von Chefärzt*innen ist, infolge der strategischen Kooperation auch bei Herrn Schmidt zum Tragen kommt. Und doch handelt es sich bei ihm um eine komplexe Integration, denn er vermag, wie Herr Hocke schon, die beiden zur Disposition stehenden Perspektiven des Ärztlichen und Ökonomischen in der Praxis zu einem Arrangement zusammenzubinden und gleichzeitig ihre *Divergenz* aufrechtzuerhalten. Ärztliche Professionalität und ökonomische Kalküle fallen bei der Perspektivübernahme nicht als Einheit zusammen, sondern werden getrennt mitgeführt und in der Praxis aufeinander bezogen.

Entgegen der in Kapitel 6.1 und 6.2 rekonstruierten Fälle, zeigen sich hier weder Zynismus noch Resignation. Auch erscheint der »Coup« aus der multiperspektivischen Rahmung von Herrn Schmidt nicht als ökonomische Zurichtung, sondern als ein Arrangement, das medizinische, versorgungssystemische, persönliche wie krankenhausesökonomische Aspekte verbindet. Herrn Fürstenberg wiederum gelingt es nicht, das Arrangement als solches zu betrachten. Nicht, weil es ihm an strategischem Kalkül fehlte, sondern vielmehr infolge des epistemischen Kurzschlusses [DK], der die Akquisition eines Kassenarztsitzes durch einen Krankenhausarzt unter Ausblendung von versorgungssystemischen wie medizinischen Aspekten auf automatische Fallzahlsteigerungen und Kosteneinsparungen – einen unternehmerischen »coup« – verkürzt.

Zusammenfassung – Verantwortung und Vernetzung: Chefärzt*innen als unternehmerische Leistungsträger*innen und »Corporate Citizens« Rechnen und Rechenschaft weisen, wie im ersten Abschnitt des Kapitels gezeigt wurde, eine innige, nicht nur sprachliche Verbindung auf, sondern gerinnen in Form der Funktionseinheit Controlling (bzw. dem englischen Pendant »management accounting«) zu einem Mechanismus, der beliebige Vorgänge zu Leistungen formt und diese einer Person zurechnet, die für das Rechenergebnis verantwortlich gemacht werden kann. Es lassen sich derart Fragen, die sich aus den Leistungsrechnungen ergeben, an den Leistungserbringer herantragen, ohne dass die Rechnungen selbst eine Antwort bereithielten, wie hiermit aufgeworfene Probleme – wie etwa die Abweichung von gesteckten Leistungszielen nach einem Soll-/Ist-Abgleich – gelöst werden könnten.

Die »neue Sichtbarkeit« (vgl. 6.1) im Krankenhaus zeichnet sich durch eine Infragestellung der professionellen Tätigkeiten und damit des professionellen Selbstverständnisses der Ärzteschaft aus. Die Infragestellung hat zugleich einen *Aufforderungscharakter*, der sich auf ein *neues Interesse* an subtilen wie in Krankenhäusern bislang eher unterbelichteten Umweltkontexten richtet. Das neue Interesse zeigt sich am enormen Bedeutungszuwachs der für die Einweisung von Patient*innen mehrheitlich zuständigen niedergelassenen Ärzt*innen, aber auch anderer Personen des Versorgungssystems, denen ein Einfluss auf »Patientenströme« zugesprochen wird. Die Aufforderung der Geschäftsführungen, diese für das Krankenhaus zu gewinnen, stellt sich als *Aktivierung* der Chefärzt*innen dar, an der Konstruktion einer *spezifischen Umwelt* des Krankenhauses maßgeblich mitzuarbeiten. Denn der von Controlling-Zahlen geebnete Weg zu einer strategischen Umweltorientierung der Krankenhäuser steht und fällt mit der *sozialräumlichen Erschließung* der Krankenhausumgebung, die in erster Linie von der chefärztlichen Belegschaft, die das Krankenhaus als »Corporate Citizen« (Herr Blumenthal) nach außen hin repräsentiert, geleistet werden soll. Aber auch die diesbezüglichen Beobachtungen und Feedbackprozesse der Geschäftsführung setzen die Ärzt*innen unter Druck (siehe die Aussagen des geschäftsführenden Direktors hierzu: »bin natürlich hier auch sehr eng am Ort und an den Zuweisern dran, kriege natürlich dann auch viel mit, wer welche Meinungen hat. [...] und ich mache dann ja so die Netzwerk- und die Kontaktpflege [...] und kenne die ganzen Leute hier vor Ort und [...] ich bin so eine Art Bürgermeister« vgl. Fußnote 34)

Für den Krankenhausarzt entsteht hierdurch ein neuer Maßstab professioneller Wertigkeit. Denn die zu bearbeitenden Kontexte stellen in erster Linie *nicht* auf medizinische Qualifikationen ab, sondern auf *Aspirationalisierungsleistungen im Zusammenhang mit Kommunikationen* unter Anwesenden in der Umwelt des Krankenhauses. Der Klatsch im Dorf oder dem Stadtviertel in Form persönlicher Ansichten; die »kollegialen« Meinungen niedergelassener Ärzt*innen; die sexuelle Attraktivität als Wettbewerb unter männlichen Ärzten; Öffentlichkeitsarbeit als Werbemit-

tel des Krankenhauses in Form von Informationsveranstaltungen oder Zeitungsartikeln. Die neue Verantwortung leitender Ärzt*innen stellt sich als Aktivierung dar, in genau jene wenig bis gar nicht institutionalisierten, nicht formal geregelten Räume vorzudringen und dort neue Interessen und Beziehungen zu mobilisieren [BIN]. Aktivierung in diesem Zusammenhang bedeutet, eine ganze Reihe neuer Praktiken der subtilen Menschenführung zu erproben: die Führung unterschiedlicher Patient*innengruppen und deren Angehörige jenseits ihrer medizinischen Indikation, niedergelassener Ärzt*innen jenseits der Übermittlung des Arztbriefs und öffentlicher Personen jenseits der Versorgung mit sachlichen Informationen. Nicht zuletzt geht es auch um die Führung des Selbst sowie insgesamt um ein *Patchwork* widersprüchlicher Ansprüche und Interessen von Akteur*innen, die es leitenden Ärzt*innen abverlangen, pragmatisch mit Wertdifferenzen umzugehen und sicherzustellen, dass im Ergebnis alle Beteiligten halbwegs zufrieden sind.

Das *patchworking* zeigte sich insbesondere am Beispiel des Chefarztes Herrn Hocke und seiner *netzwerkbasierten* Erschließung des Sozialraumes »Dorf«. Er muss sicherlich als ein spezifischer Fall verstanden werden, der nicht auf alle hier vorgestellten Fälle gleichermaßen zutrifft, da dies schlichtweg nicht von allen Akteur*innen geleistet werden kann, wie schon die vorangehenden Analysen in Kapitel I und II gezeigt haben. Das höchst voraussetzungsreiche Erschließen komplexer Sozialräume, so wurde klar, erfolgt *nicht* in erster Linie mithilfe der typischen Mittel des Controllings und den kalkulatorischen Vorgaben des Managements. Von ihnen jedoch angetrieben – eben aktiviert – zielen die hier rekonstruierten Praktiken eines *grenzgängerischen patchwork* viel eher auf den Aufbau von Bindungen [BIN] (siehe oben 3.4.3), die durch existenzielle Verbindungslinien, freund- bzw. bekanntschaftliche Verhältnisse, strategische und quasi-geschäftliche Kooperationen erwirtschaftet werden. Darüber hinaus bedeutet das Erschließen auch, sich selbst an die (vielleicht zunächst sogar abschätzig betrachteten: »Inzest-Mafia«, Herr Hocke) Spielregeln der lokalen Sozialräume zu binden, diese also positiv zu affirmieren und im nächsten Schritt habituell zu verkörpern. Insofern verschwimmt hier die Grenze zwischen dem professionell agierenden Chefarzt und dem Privatmensch Hocke, der sich als Mitglied in seinem »Dorf« in die quasi-öffentlichen Belange einbringt, und mit ihr auch die Trennschärfe von organisational-arbeitsbezogener und privat-bürgerlicher Verantwortung (Corporate Citizenship).

Die besondere Integrationsleistung eines Chefarztes wie Herrn Hocke aber auch des Chef- und Kassenarztes Herrn Schmidt, ihr erfolgreiches *patchworking*, beruht auf der verkörperten Fähigkeit unterschiedliche Rationalitäten und Sozialräume so zusammenzubinden, dass Grenzen situativ überschritten werden und doch gewahrt bleiben. Als ein derart gelingendes *Arrangement elastischer Grenzen* entpuppte sich die von Herrn Hocke eingeführte, auf ein ökonomisches Gleichgewicht abzielende Formel der »Mischkalkulationen«, die in der Praxis als erfolgreiche Temporalisierung bestehender versorgungssystemischer Zielkonflikte fun-

giert. Die stärkere Verschränkung von stationärem und ambulantem Sektor wird krankenhausintern als kollektive Wette auf die Zukunft verbucht, die in gegenwärtigen Verlusten zukünftige gewinnbringende Investitionen antizipiert und so komplexe Entscheidungssituationen und deren Kontingenz situativ bearbeitbar macht. Während über externe Vernetzungspraktiken in beiden Sektoren versorgungssystemische, medizinische, kollegiale wie persönliche Aspekte Beachtung finden, geht mit der zeitlichen Verschiebung eine Intensivierung ökonomischer Ziele und deren Erreichung durch die für diese Zwecke zu aktivierenden Ärzt*innen einher. In strukturäquivalenter Form wurde später das Arrangement zwischen Herrn Fürstenberg und Herrn Schmidt rekonstruiert. Dieses ergibt sich aus einer krankenhausinternen Allianz zwischen Chefarzt und Geschäftsführer, die über Bande einer privatrechtlichen Konstruktion (der angestellte Chefarzt mit Kassenarztsitz) die versorgungssystemische Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zugunsten ökonomischer Interessen des Krankenhauses weiter aufweicht, gleichzeitig aber auch Vorteile in versorgungssystemischer wie medizinischer Hinsicht für sich reklamieren kann, hierfür jedoch die Wahlfreiheit des Patient*innen potenziell einschränkt und die lokale Öffentlichkeit über die tatsächlichen Vertragsverhältnisse im Dunkeln belässt.

Zusammengenommen greift die These von der Funktion des Controllings als »reflexive Kontrolle« (Noordegraaf 2007) medizinischer Professionalität, die durch Zahlen und Kalkulationen bloß eine weitere Sicht auf die eigene Tätigkeit erhält, zu kurz. Wie bereits mit den Begriffen der »Verkehrung des Gewöhnlichen« samt der »neuen Sichtbarkeit« (siehe 6.1) anklang und sich hier weiter am empirischen Material zeigt, fördern und fordern die neuen Recheninstrumente die Entwicklung von Verantwortlichkeiten und Aktivitäten, die fern der eigentlichen ärztlichen Professionalität liegen und doch auf die *Persönlichkeit* der Ärzt*innen zugreifen. Sie wird als habituelle Disposition von der Organisation gebraucht, um das Ausgreifen in und Erschließen von Räumen und Beziehungen zu ermöglichen, die sich den direkten Ansprüchen »medizinischer Leistungssteuerung« des Krankenhausmanagements entziehen. Und doch sind Chefarzt*innen in dieser Position nicht zwangsläufig »Corporate Citizens« und somit Erfüllungsgehilfe ihrer Geschäftsführung bzw. Ziel ökonomischer Zurichtungen. In der Praxis kann die sozialräumliche Integration entlang existenzieller sowie quasi-freundschaftlicher Linien tatsächlich zur Folge haben, dass »numerische Konkurrenz« (wie in Kapitel 6.2 rekonstruiert wurde) und starre Versorgungsgrenzen (ambulanter vs. stationärer Sektor) im Rahmen *netzwerkbasierter Konjugationen* zwischen Krankenhausärzt*innen, Patient*innen, deren Angehörigen sowie Einweiser*innen bzw. niedergelassenen Kolleg*innen und anderen für die Versorgung wichtigen Lokalverantwortlichen zugunsten *tatsächlicher Kooperation* unterlaufen bzw. elastisch gemacht werden können. *Rechenschaft* abzulegen und der neuen *Verantwortung* gerecht zu werden, ist demnach ein höchst voraussetzungsreiches, komplexes Unterfangen, das bei er-

folgreicher Beherrschung durchaus brauchbar zur weiteren professionellen Distinktion erscheint.

Da hiermit unumgänglich auch ethische Fragen des Lebensstils, der persönlichen Integrität und des habituell verkörperten Wissens berührt sind, scheint die Organisation, respektive das Management, bislang weitestgehend darauf beschränkt zu sein, organisationskulturelle Erwartungen auf kollektiver Ebene ins Spiel zu bringen – wie die Idee einer Corporate Citizenship zeigt –, Vernetzungsanstrengungen individuell von Chefärzt*innen einzufordern oder sich mit den Mitteln der Personalwirtschaft anzumaßen, derlei Aspekte bei Personalentscheidungen berücksichtigen zu können (siehe nachfolgend die Ausführungen zur Personalauswahl nach Netzwerkkompetenz). Es bleibt somit die Frage, weshalb die *Organisation* Krankenhaus in seiner jetzigen Form keinen geeigneten Beitrag zur Lösung der hier aufgeworfenen Probleme leistet und stattdessen auf das netzwerk-basierte Ausgreifen in den Sozialraum und das patchworking des ärztlichen Personals, das in Form rechtlicher Fiktionen oder als bürgerliche Privatperson agiert, angewiesen ist. Hierzu werden im letzten Kapitel weitere empirische Rekonstruktionen präsentiert, die sich mit der »zweiten Natur des Ökonomischen« (Latour 2014, siehe oben 3.4.3) beschäftigen.

6.4 Objektivität und Krankenhausökonomie

Als Einstieg in das Kapitel soll zur Verdeutlichung des Problembezugs eine sehr plastische Formulierung von Herrn Schmidt dienen, der im vorangegangenen Kapitel schon zur Sprache kam:

»Herr Schmidt: Wenn es darum geht, dass eine Abteilung nur danach bewertet wird, wie denn gerade der Case Mix ist. Also der Fallschweregrad. Von dem ja letztendlich halt die Erlöse abhängen. Oder wie die durchschnittliche Verweildauer ist. Von dem ja letztendlich auch die Erlöse oder die Kosten abhängen. So kann man keine Medizin betreiben. Wenn der Mensch gesund ist, schicken wir sie nach Hause. Wenn er nicht gesund ist, schicken wir sie nicht nach Hause. Wenn so eine ältere Dame halt drei Tage länger braucht, über der durchschnittlichen Verweildauer, dann braucht sie die halt. Ich kann ja die Natur nicht ändern, nur weil mir Zahlen vorgegeben werden.«

Der Verweis auf »die Natur«, die Herr Schmidt nicht ändern könne, »nur« weil ihm »Zahlen vorgegeben werden«, führt das grundlegende steuerungspraktische Problem des modernen Krankenhauswesens vor Augen. Die Systemarchitektur der DRG bildet medizinische Leistungen nicht bloß in gewisser Weise ab (Pauschalierung von Leistungen in Form durchschnittlicher Kosten pro Patient*in), sondern versetzt das Krankenhausmanagement in die Lage, Berechnungen vorzulegen, die