

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 netzwerkbasierte 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

die Kategorie des Natürlichen in Frage stellen, gar mit einem neuen Verständnis aufwarten, was als natürlich verstanden werden soll. Wie bereits mit der rekonstruierten »Umkehrung des Gewöhnlichen« (vgl. Kapitel 6.1) anklang, gerät das, was in der professionellen Praxis als normal und selbstverständlich galt durcheinander und wird – wie das folgende Kapitel zeigen soll – durch eine andere »Natur« ersetzt, die mittels Berechnungen erschlossen wird und die versprechen, *Unsicherheiten in Wahrscheinlichkeiten* zu überführen und aus hinreichenden bzw. guten *optimale Verhältnisse* zu formen. Der in diesem Zusammenhang eingeführten These von der »Kontrollfiktion des Managements« (ebd.) soll nun weiter nachgegangen werden.

Statistik, Leistungsmix und Serienproduktion – Zahlen und ihr Beitrag zu einer »objektiven« Krankenhausökonomie Die folgenden Rekonstruktionen handeln daher von der Größe der Zusammenhänge, der Rationalität der »Zahlenwerke« (Mennicken/Vollmer 2007: 10), denen zugeschrieben wird, objektive Tatsachen bloß abzubilden, die in der Praxis aber vor allem performative Wahrheiten produzieren, die als Umlaufbahn des Controllings und des Managements in Krankenhäusern nur implizit mit-schwingen. Hierzu werden nun, bevor zu den Chefarzten zurückgekehrt wird, zunächst einige Sequenzen von kaufmännischen Geschäftsführungen analysiert, die sich auf die Epistemologie der Krankenhausökonomie und von Controlling-Zahlen beziehen.

Den Auftakt bestreitet Frau Martens, die als ausgebildete Ärztin Qualitäts- und Klinikmanagerin des »Klinikum Wahlstädt« ist, dass bereits in Kapitel 6.1 durch Herrn Falter, Chefarzt für Chirurgie, und Herrn Helmstedt, den geschäftsführenden Direktor, sowie Herrn Sievers, den Chef-Controller, vorgestellt wurde. In Anknüpfung an das soeben gezogene Fazit in Kapitel 6.3, setzt Frau Martens das Thema der Vernetzungsfähigkeit auch auf der Hierarchiestufe der Oberärzte relevant. Noch entscheidender hinzu kommt ein tieferliegender Einblick in die Art und Weise, wie diese Erwartungen durch die gewählten Recheninstrumente abgesichert werden. Es geht in den folgenden Sequenzen um eine Entscheidung der (schon bei Herrn Helmstedt vorgestellten) »Finanzrunde«, die Rheumatologie als eigene Abteilung und Schwerpunkt der Inneren Medizin des Hauses auszubauen.³⁸

»Frau Martens: (...) Hintergrund war, dass wir in den letzten, ja muss man eigentlich sagen, Monaten oder auch Jahren die Tendenz haben, dass wir unsere Betten nur noch geringer auslasten. Das sehen wir ja an unsere Zahlen, die wir immer

38 Die Ausweitung des Versorgungsauftrages war in diesem Fall, wie Frau Martens berichtet, kein Problem, da der »Feststellungsbescheid« dem Krankenhaus für die rheumatologische Spezialisierung aus früheren Zeiten noch vorlag, aktuell aber brachlag und insofern (unter geringfügigen Auflagen seitens des Gesetzgebers) relativ problemlos wieder reaktiviert werden konnte.

verfolgen. Das heißt, von unseren [Zahl] aufgestellten Betten, hatten wir eine durchschnittliche Auslastung in [Jahr] von 73,6 Prozent. Das heißt, [Zahl] Betten. Nun hat man Höhen und Tiefen, aber sie sehen, da steht etwas leer. (...) Das ist ja schon mal schlecht und auf der anderen Seite ist aber unser OP ausgelastet. (...) Und deshalb haben wir sowieso mit dem Gedanken gespielt oder/Als Idee gehabt, wenn man jetzt so die nächsten zwei, drei Jahre kurz und mittelfristig strategisch sich anguckt, eher noch mal im konservativen Bereich neue Schwerpunkte zu setzen. (...) Es gab eine ganz klare Zielstellung. Zehn teilstationäre Betten zu belegen, die wir jetzt auch beantragt und genehmigt bekommen haben, weil wir haben ja noch genug Betten rumstehen hier. (...) Und wir hoffen, dass wir auf zwanzig bis dreißig Betten stationär kommen.

Interviewer: (...) Wenn ich da jetzt noch mal den Bogen sozusagen zurück zu der Entscheidung, eine Rheumatologie aufzubauen, schlagen darf. Hätten Sie sich da auch eine gewisse Detailtiefe in der Abbildung der jetzigen rheumatologischen Betten aus dem Medizincontrolling gewünscht oder war das da eher unwichtig?

Frau Martens: Die Rheumafälle waren in unserer Schwerpunktstatistik ja auch ein Stück miterfasst. Sprich, wenn man sich die Innere anguckt, da haben wir halt immer vierteljährlich sonst in der Schwerpunktdarstellung die Anzahl der Endoskopien gehabt, weil wir eine Gastroenterologie sind. Und da waren halt auch die Rheumafälle dabei und da war immer klar, dass sich das nicht in ein Niveau entwickelt, wie das mal ursprünglich angedacht war. (...) [Jahr] ist ja extra dafür auch noch mal eine Oberarztstelle (...) neu besetzt worden mit einem Oberarzt, der schwerpunktmäßig auch Rheumatologe war und der diesen Bereich aufbauen sollte. Und man hat zwar irgendwie gemerkt, es ist ein bisschen etwas passiert, aber, wie gesagt, fünf Betten belegt. Das ist ja kein Oberarztbereich. Das war nicht genug. Und das hat man auch in diesen Schwerpunktzahlen gesehen. Sodass man wusste, also, wenn dann ist dort noch Luft. Es müssen da halt andere Personen ans Werk. Man guckt natürlich dann auch in der Tiefe, woran liegt es. Gibt es der Markt nicht her? Aber da guckt man sich auch verschiedene Dinge an. Welche Veranstaltungen laufen da für Einweiser? Wie ist denn dieser Oberarzt vernetzt unter den [Stadt] Rheumatologen? Geht der in diese/Zum Beispiel zu diesen Arbeitstreffen (...) oder Rheumastammtisch? (...) Da geht der nicht hin. Ist ja komisch. Und dann kriegt man noch mit, Mensch, die [Name eines Verbands] ist ja in unserem MVZ und der weiß gar nichts davon (...). Bringt sich dort nicht ein. Da merkt man, da stimmt etwas in der Vernetzung nach außen nicht. Das ist zwar sicherlich hier nach innen ein ganz guter Oberarzt, auch fachlich gut, aber da fehlt halt komplett die Vernetzung. (...) Und dann guckt man natürlich, woran liegt das, hat der einfach zu wenig Zeit oder entspricht das halt nicht seiner Persönlichkeit? Also, diese Außendarstellung, das ist ja nicht jedermanns Sache und wenn das, so wie hier der Fall ist, dann ist halt klar, es müssen andere Personen her, die das halt besser können.«

Der Ausbau der konservativen, rheumatologischen Kapazitäten im Haus, mit dem Ziel »zwanzig bis dreißig Betten stationär« zu belegen, vollzieht sich einerseits vor dem Hintergrund sinkender Belegungsquoten insgesamt (73,6 %) und einer starken OP-Auslastung andererseits. Analog zum vorangegangenen Kapitel 6.3 und dem Fall des Chefarztes Hocke, der ein Versorgungsnetzwerk zwischen ihm, den Patient*innen, Angehörigen, Lokalpolitiker*innen und niedergelassenen Kolleg*innen in der Vertrautheit des Dorfes zu arrangieren sucht, wird hier ersichtlich, welche Anforderungen auch an *Oberärzt*innen* gestellt werden, die für den ökonomischen Erfolg einer (neuen) Abteilung verantwortlich gemacht werden. Das durch die »Schwerpunktstatistik« als unbefriedigend ausgewiesene »Niveau« der »Rheumafälle« steht in Diskrepanz zur dafür eingerichteten Oberarztstelle mit rheumatologischer Spezialisierung, für die eine gewisse Bettenanzahl als Voraussetzung erfüllt sein muss (»wie gesagt, fünf Betten belegt. Das ist ja kein Oberarztbereich«). Die fachliche Qualifikation des Oberarztes wird »nach innen« zwar als gut bewertet, nichts desto trotz überwiegt die Ansicht, dass »in der Vernetzung nach außen« etwas nicht stimmt. Dies lässt die Geschäftsführung zu dem Schluss kommen, der Oberarzt müsse durch »Personen«, deren »Persönlichkeit« den Anforderungen gerechter wird, ersetzt werden.

Neben der Sekundierung dessen, was in Kapitel 6.3 herausgearbeitet wurde, erhält die Rede von den »Persönlichkeiten«, wie sie sich schon weiter oben bei Frau Martens Vorgesetztem Herrn Helmstedt zeigte (der diese »an die Hand nehmen und [...] hin zum [ökonomischen] Erfolg« führen wollte), hier nochmal eine andere Konturierung. Die zu erzielende Falldynamik wird einerseits mit der persönlichen Fähigkeit des Oberarztes assoziiert, erfolgreiche *Netzwerkpraktiken* zu entwickeln. Andere Gründe für die zu niedrige Fallzahlentwicklung wurden andererseits in Betracht gezogen und analysiert. Zum Beispiel wurde analysiert, ob sich im lokalen Umfeld des stationären Bereichs eine Marktsättigung eingestellt hat und sich deshalb keine weiteren Patient*innen mehr akquirieren lassen (»Gibt es der Markt nicht her?«) oder ob Vernetzungsaktivitäten des Oberarztes infolge der Arbeitsverdichtung schlichtweg zu kurz kommen *mussten* (»hat der einfach zu wenig Zeit«). Doch der spezifische Rekurs von Frau Martens auf die erhobenen Zahlen macht deutlich, dass diese gemäß der von ihr implizit gemachten Zuschreibung, gesichertes Wissen und dementsprechend objektive Tatsachen zu liefern, eine *legitimatorische Kraft* entfalten, der nur schwer zu entsagen ist. Die Zahlen unterfüttern die Entscheidung, den als schlecht vernetzt bewerteten Oberarzt zu entlassen, da sie eine *errechnete Tatsache* schaffen, die den Mangel an Zielerreichung festschreibt (Soll-Ist-Abgleich mit dem Ergebnis, dass der Oberarzt nur fünf der 10 teilstationären bzw. 20-30 vollstationären Betten füllen konnte, die erwartet wurden, vgl. auch Kapitel 6.1).

Die Faktizität der Messung verdeckt die spekulativen Erwartungen der Geschäftsführung, indem diese als errechnete Chancen auf Leistungssteigerung in

eine *objektive* Form überführt werden. Diese Form zeichnet sich durch kontinuierliche Leistungskontrollen aus, die in Teilschritte und Zwischenergebnisse zergliedert werden und so einen *Prozess* entwerfen, der den Eindruck vermittelt, das ausgegebene Ziel sei *plan-* und damit auch *steuerbar*. Hier ist eine Geschäftsführung am Werk, die die Zwecke und Mittel, die der Organisation Krankenhaus zur Lösung seiner Aufgaben zur Verfügung stehen, nur als *Wechsel der Personalressourcen* disponibel hält, am *errechneten* Optimum der erwünschten Fallzahlsteigerung jedoch bedingungslos festhält. Die eigenen Gestaltungsspielräume werden nicht im Sinne eines Managements realisiert, dass Komplexität aufbaut und versucht die unterschiedlichen Rationalitäten zu bedienen, sondern eher einer ökonomischen Vorsehung geopfert, die lediglich nach den passenden »Erfüllungsgehilfen« (Herr Falter) sucht, die die gesteckten Ziele umsetzen, ohne Zweifeln ausreichend Raum zu gewähren, ob diese überhaupt umgesetzt werden können, oder ob nicht ganz andere Dinge in Frage stehen müssten (»Das war nicht genug. Und das hat man auch in diesen Schwerpunktzahlen *gesehen*. Sodass man *wusste*, also, wenn dann ist dort noch Luft. Es müssen da halt andere Personen ans Werk«, Hervorhebung K.M.). Hieraus resultiert der Kurzschluss, relevante Controlling-Daten mit personalwirtschaftlichen Mitteln zu verbinden und den ökonomischen Erfolg vermittels Rekrutierung von Netzwerkpersönlichkeiten sicherzustellen.

Die Sicherheit einer Managementpraxis, die sich auf Rechenpläne und deren Objektivität beruft, lässt auch Herr Helmstedt, Frau Martens Vorgesetzter, in der nächsten Sequenz aufblitzen. Noch viel entscheidender aber gibt er Aufschluss darüber, wie im Fall von auftretenden Unsicherheiten im Wirtschaftsbetrieb Krankenhaus verfahren wird:

»Interviewer: Also, was ist so Ihr Ansatz oder Ihre Erfahrungen, was brauch es, um mit diesen Unsicherheiten, die ja immer wieder in der täglichen Behandlungspraxis aufkommen, also auf medizinischer Seite als auch eben auf kalkulatorischer Seite, ökonomischer Seite auftreten. Welche Mechanismen helfen Ihnen denn da, um mit diesen Unwägbarkeiten umzugehen, aus Ihrer Erfahrung?

Herr Helmstedt: Ja, unsere Controller. Also wir haben ja, wenn wir jetzt einmal von der Jahresphase ausgehen, haben wir ja unseren Wirtschaftsplan, ja? Wir haben unseren Leistungsplan, wir haben unseren Wirtschaftsplan, wir wissen was wir in etwa leisten wollen, wir wissen welche Schwerpunkte sich wohin entwickeln, wir wissen was wir aufbauen wollen, wir wissen genau, was wir an welcher Stelle tun wollen und dieses bricht sich herunter, auf Quartalsebene, auf Monatsebene, das ist das tagtägliche sich-zurecht-machen, wie wir immer so gerne sagen, ja? Sich tagtäglich zurechtmachen und wenn dann bestimmte Dinge kritisch sind, in der Entwicklung ja? Kritisch insofern, dass wir nicht wissen, Mensch, wie sehen denn das die Kassen? Ist das in unserem Versorgungsauftrag drin? (...) Ist das so eine Grauzone, über die man diskutieren kann? Dann sind die Mechanismen

schon so, dass unsere Chefärzte genau wissen, okay, das ist mein Schwerpunkt. Den wollen wir aufbauen. in der Regel meistens ist es dann so, wo wir dann wieder den Chefarzt anrufen und sagen, zieh das Ding durch. Mach den Patienten, behandle den Patienten. Oft ist es auch so, dass wir bewusst auch in Kauf nehmen und sagen, komm, bei dem Fall, dann streiten wir uns halt. Dann streiten wir uns mit der Krankenkasse, also streiten heißt dann aber auch klagen.«

Die Frage des Interviewers nach der Bearbeitung von »Unwägbarkeiten« in medizinischer wie betriebswirtschaftlicher Hinsicht pariert Herr Helmstedt mit Verweis auf seine »Controller«. Das Einhegen von Risiken wird über die Erstellung von jährlichen Wirtschaftsplänen, in denen sich Produktions- und Entwicklungsabsichten manifestierten, und dem Wissen, »welche Schwerpunkte sich wohin entwickeln« sichergestellt. Das Herunterbrechen dieser Pläne und Einschätzungen auf Quartals-, Monats- bis hin zu Tagesbetrachtungen, das »Sich tagtäglich zurechtmachen«, erscheint als Managementpraxis schlechthin. Die ständige Rekursion auf vergangene Pläne und deren Kontrolle aus der Jetzt-Perspektive läuft auf eine fortlaufende Suche nach Dingen hinaus, die »kritisch« sind, weil sie Abweichungen vom Plan produzieren könnten.

Jedoch gelten nicht die eigenen Pläne und Berechnungen als unsichere Größen, sondern andere Akteur*innen und Vorgaben, die das kalkulierte Ereignis der geplanten Zukunft zu durchkreuzen drohen. Eine besondere Aufmerksamkeit wird Leistungsschwerpunkten gewidmet, die mit der Wachstumsstrategie des Hauses zusammenhängen. Hier ist die Strategie, das zeigt das Beispiel, sich zur Erreichung der eigenen Leistungspläne in eine versorgungssystemische »Grauzone« zu bewegen. Diese ist dadurch gekennzeichnet, den »Versorgungsauftrag« auszuweiten, was so viel heißt wie, dass Behandlungen durchgeführt werden sollen, die bislang nicht in den mit den Krankenkassen verhandelten Leistungsvereinbarungen enthalten sind. Es steht hier also die gemeinsame Kalkulationsbasis der Leistungserbringer*innen und Kostenträger*innen zur Disposition, denn schließlich bringt das Abschließen eines Versorgungsauftrags rechtlich bindend zu Papier, welche Leistungen ein Krankenhaus leisten darf bzw. eine Krankenkasse im Krankheitsfall der Versicherten nach erfolgter Behandlung durch das Krankenhaus übernehmen muss. Herrn Helmstedts Praxis einer Mengenausweitung beruht nun darauf, die Definition des eigenen Produktportfolios auszuweiten, das Portfolio zu *diversifizieren*, und darüber mit den Kostenträgern, den Krankenkassen, zu streiten. Nicht selten wird in der Praxis, wie ersichtlich wird, die in der Leistungsvereinbarung *nicht* enthaltene Behandlung nach Absprache zwischen behandelndem Arzt und Geschäftsführung bzw. Controlling *wider besseren Wissens* durchgeführt und billigend in Kauf genommen, dass über den Streit ein Gericht befinden muss. Über den Umweg des Rechts, ähnlich wie schon zuvor beim Beispiel der privatrechtlichen Lösung zwischen dem Chef- und Kassenarzt Schmidt und des Geschäftsfüh-

riers Fürstenberg (siehe 6.3), sollen also die Leistungsbefugnisse der Krankenhäuser ausgeweitet, der potenzielle Marktanteil hier in Form eines Produktionsrechts per Richterspruch erhöht werden. Der Chefarzt taucht dabei in seiner Funktion als »Erfüllungsgehilfe« (Herr Falter) einer Markterschließungs- bzw. Expansionsstrategie der Geschäftsführung auf, die mit den auf Kosteneinsparungen fixierten Krankenkassen nicht am Verhandlungstisch Platz nehmen, sondern »bewusst« im Gerichtssaal zusammentreffen will, und die dem Chefarzt am Telefon zuruft: »zieh das Ding durch«.

Das nun folgende Beispiel von Frau Henschel, Geschäftsführerin desjenigen kleinstädtischen Hauses³⁹, in dem auch der weiter oben vorgestellte Herr Blumenthal (vgl. Kapitel 6.3) als Ärztlicher Direktor und Chefarzt tätig ist, weist in diesem Zusammenhang auf etwas tieferliegendes hin. Zahlen fungieren gemäß der Verpflichtung des Managements, die sich selbst oder fremd auferlegten numerischen Ziele zu erreichen, als *externe* Referenz für Entscheidungen, die auf einem spezifischen *Verifikationsmodus* der Betriebswirtschaft beruhen. Nach dem Funktionieren des konzernweiten Qualitätsmanagements gefragt, lässt Frau Henschel Folgendes wissen:

»Wir generieren aus den Routinedaten aus den [Zahl] Abrechnungsdaten faktisch unser Qualitätsmanagementsystem. Was machen wir, wir haben für verschiedene Krankheitsbilder, einfach ein medizinisches Ziel definiert. Von mir aus Todesrate bei Herzinfarkt, in einem entsprechenden Risikocluster. Und sagen nach statistischem Bundesamt risikoadjustiert versterben so und so viel Prozent. Und gucken nach, wo stehen wir mit dem Haus. Und so hat je nach Hausgröße und Hausnutzer gibt es unterschiedliche Anzahl von Zielen. Dieses Haus hat [Zahl] Ziele, wir haben letztes Jahr [Zahl] von [Zahl] erreicht. Das ist für das erste Jahr schon sehr gut. [...] Und das wird monatlich intern reportet. Und wir setzen uns einmal im Jahr in der entsprechenden etwas lesbareren Form auf die Homepage. [...] Weil wir der festen Überzeugung sind, nur das schafft die notwendige Einsicht, dass man gegebenenfalls Dinge nach innen verändern muss. Also wir schreiben nicht jeden Prozess auf, und wenn die Abteilung das für sich für richtig befindet, dann kann sie das gerne tun. Kann auch sinnvoll sein, und notwendig. Aber wir messen unsere Qualität nicht daran, dass wir sagen, wir haben alles schön aufgeschrieben. Ja, wir gucken uns die Output-Qualität an.

Interviewer: Diese Ziele, sind das irgendwie so allgemeine Ziele fürs Haus? Oder haben Sie da noch auch Ziele für die Kliniken?

Frau Henschel: Die medizinischen Ziele, was ich jetzt gerade beschrieben habe, das sind wie gesagt Ziele entsprechend des Leistungsspektrums. Also von mir aus

39 Zur Erinnerung: Das ehemals konfessionell getragene Haus »Verolina« wurde kurz vor oder bereits sich in der Insolvenz befindend verkauft und ist nun in der Hand eines privaten Klinikonzerns, der das Haus sanieren will.

Todesfälle bei Schenkelhalsfrakturen, Sepsis, Beatmung, was auch immer. Davon haben wir hier [Zahl]. Und Sie machen natürlich eins, dass Sie für sich festlegen, was wollen Sie in so einem Jahr erreichen, damit Sie Ihren Wirtschaftsplan erreichen. Und daraus leiten Sie ja faktisch Ihre Maßnahmen ab. Wenn Sie sagen, ich möchte irgendwie [Zahl] Prozent Leistungszuwachs haben, dann können Sie sich das ja schön aufs Papier schreiben. Sie werden es ganz bestimmt nicht haben, wenn Sie sich nicht überlegen, wie kommen Sie da hin, was wollen Sie machen. Und das machen, wir machen die Wirtschaftsplanung im Sommer. Gehen im September in die Verteidigung im Unternehmen. Also von daher sind wir da relativ zügig getaktet, also spätestens ab Mai, Juni mache ich mir sehr konkrete Gedanken dazu, was ich im Folgejahr machen möchte. Weil klar ist, was wird erwartet, ein positiver Deckungsbeitrag. Also ein lukratives Ergebnis. Im ersten Jahr nach Übernahme [Zahl] Prozent, im nächsten Jahr [Zahl], [Zahl], [Zahl], bis wir bei [Zahl] Prozent sind. Und wie gesagt, also wenn Sie jetzt irgendwie einen gewissen Satz erreicht haben, und im nächsten Jahr von [Zahl] auf [Zahl], oder von [Zahl] auf [Zahl] Prozent springen wollen, das passiert ja nicht aus sich heraus. Also machen Sie sich Gedanken, wie sieht Ihr Personalmix aus, Sie machen sich Gedanken, wie sieht Ihr Leistungsmix aus, welche Themen wollen Sie besetzen, wo soll es herkommen. Wie gesagt, nur dadurch, dass wir es aufschreiben, ist es ja nicht da.«

Frau Henschel verantwortet demnach eine Wirtschaftsplanung, die eine vom Konzern klar vorgegebene Erwartung erfüllen soll (»positiver Deckungsbeitrag«) und mit einem Übernahmeplan hinterlegt ist, der die prozentualen Steigerungsraten Jahr für Jahr genau ausweist. Eine Antwort auf die Frage, »wo soll es herkommen« zu finden, macht den praktischen Kern ihrer unternehmerischen Verantwortung aus. Es lässt sich hier zunächst der Übergang von einer Bedarfs- zu einer erwerbswirtschaftlichen Orientierung exemplarisch zeigen. Die wirtschaftlichen Planungen spiegeln nicht die Bedarfe des lokalen Versorgungssystems wider, sondern basieren auf der Messung und Analyse einer »Output-Qualität« medizinischer Leistungen, die mit Zielen hinterlegt werden und welche die Renditeerwartungen (»lukratives Ergebnis«) des Krankenhauskonzerns, in dessen Rahmen der Standort von Frau Henschel agiert, widerspiegeln.⁴⁰

40 Pars pro toto gibt Frau Henschel dann auch einen Einblick in ihre Überzeugungen als Geschäftsführerin, als sie von den Informationsveranstaltungen, die nach Übernahme des Hauses durch den Klinikkonzern angeboten wurden, erzählt: »Wo wir was zu unseren Zielen gesagt haben, wo wir was zu dem Intranet erklärt haben, zur Fort- und Weiterbildungsplanung gesagt haben, auch ganz klar was dazu erläutert haben, warum wir hier als Unternehmen, vom Krankenhaus insgesamt auch wirtschaftlich arbeiten müssen. Ist das ethisch oder unethisch, im Krankenhaus Gewinn zu machen. Ich halte das für unsere einzige ethische Verpflichtung, die wir haben, Gewinne zu machen, weil wir das am Ende auch den Patienten

Die planerische Kontrollfiktion buchstäblich vor Augen (»nur dadurch, dass wir es aufschreiben, ist es ja nicht da«), werden hierzu der »Personalmix« und »Leistungsmix« analysiert und überlegt, welche Themen man hierbei »besetzen« kann. Im Ergebnis erscheinen Controlling-Daten und wirtschaftliche Ziele nicht – wie bei Frau Martens und Herrn Helmstedt noch – an qualitative Kategorien wie »Persönlichkeit« oder eine rechtliche »Grauzone« rückgebunden, sondern gehen vollständig in einem betriebswirtschaftlichen Rechenkalkül auf, das über die Arithmetik der DRG konstruiert und abgebildet wird und das vorgibt, ein *mögliches Optimum* der Mischung von Kosten und Erlösen nicht nur anstreben, sondern *autologisch* berechnen zu können. Dabei bleibt trotz allem offen, wie eine derartige ökonomische Rechenmaschine funktioniert, wie also die erwünschte wirtschaftliche Dynamik erzeugt (»besetzt«) werden kann. eine weitere Sequenz hierzu:

»Interviewer: Und was sind jetzt so aktuelle Schrauben, wo Sie versuchen, bisschen zu drehen?

Frau Henschel: Also wie gesagt, wir sehen jetzt grade mit großem Fokus die Änderungen im Bereich der Inneren Medizin, gestalten wir. Wir sind immer noch sehr stark in der Aufbauphase, was das Thema Unfallchirurgie angeht. Haben jetzt grad einen frischen Schockraum gebaut, was die ganze Versorgung von schwer betroffenen Patienten angeht. Und wir müssen auf jeden Fall die Tumorchirurgie im Bereich der viszeralen Chirurgie ins Haus holen. Da wird es irgendwie passieren.

Interviewer: Sind das, Sie setzen sich auch mit den Chefärzten zusammen, und handeln das dann auch aus, welche Ziele das jetzt sind?

B: Ja, ganz genau, wir machen eine Leistungsplanung, schauen nach, was braucht es dazu, was muss ich unterstützen, was müssen die aus sich heraus machen? Welche Maßnahmen wollen sie machen, welche Kommunikationsmittel brauchen sie, und so weiter (...) Also zu sagen, wie viele Case Mix-Punkte hat die Chirurgie im letzten Jahr gemacht, wohin wollen wir das nächste Jahr entwickeln, und was braucht es dazu, um da hin zu kommen? (...) Und am Ende muss er sich selber überlegen, was er tut, um das Fallzahlwachstum auch hinzubekommen. Also das diktiere ich ihm nicht in die Feder.

Interviewer: Und was ist, wenn er das nicht hinkriegt, also gibt es da?

Frau Henschel: Dann müssen wir gucken, woran es liegt. Und wenn es ganz schlecht läuft, dann müssen wir auch gucken, ob der Stellenplan noch zur Leistung passt. Und dann im Extremfall, toi, toi, toi, hab ich noch nicht gehabt,

auch da drüber zurückgeben. Wo soll sonst das Geld für Investitionen in Medizintechnik und Gebäude auch herkommen? Fällt ja nicht vom Himmel. Unsere Fallpauschalen zahlen das nicht.« Man möchte erwidern: die Fallpauschalen sollen die Kosten für Medizintechnik und Gebäude, die Teil der Investitionskostenfinanzierung der Länder ist, auch gar nicht bezahlen, sondern sind für die Betriebskosten reserviert.

dann kann es natürlich auch sein, dass man sich auch voneinander trennt. Insbesondere wenn die medizinische Qualität nicht stimmt. Kann man nicht ausschließen. (...)

Interviewer: Und ist das vom Träger eigentlich festgesetzt, sozusagen, wie die weitere Entwicklung?

Frau Hentschel: Das ist ja das, was ich vorhin sagte, [Zahl], [Zahl], [Zahl], [Zahl], [Zahl] Prozent.

Interviewer: Genau, und das ist sozusagen eine quasi unverrückbare Regel.

Frau Hentschel: Genau.«

Es wird ersichtlich, dass kostenintensive Investitionen in Gebäude und Medizintechnik getätigt werden, um das vorhandene Leistungsspektrum der Inneren Medizin und der Chirurgie des Hauses auf- und weiter auszubauen. Ob dies gelingt, muss zunächst unklar bleiben, wenngleich Frau Henschel die vage Hoffnung hat: »Da wird es irgendwie passieren«. Die Investitionen des Konzerns stehen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den erwarteten Leistungs- und Renditezuwächsen, die unmittelbar auf die Leistungsvereinbarungen mit den Chefärzt*innen runtergebrochen werden. Diese sollen das »Fallzahlwachstum« eigenständig erreichen, die Methoden und Wege dorthin also selbst wählen, während die Geschäftsführung Investitionen hierfür tätigt und gegebenenfalls »Kommunikationsmittel« bereitstellt. Die Wachstumsarithmetik des Konzerns fungiert hier als »unverrückbare Regel«, dem sich auch Frau Hentschel unterordnen muss, während sie bei Schwierigkeiten und der Nicht-Erfüllung der gesteckten Ziele immerhin noch über die Ultima Ratio einer Geschäftsführung verfügt, Stellen unzureichend performender Chefärzt*innen neu zu besetzen.

Wie das möglichst gewinnbringende Ende eines solchen Projekts verstärkten Leistungswachstums und dazugehöriger Diversifikation aussieht, wird in einer nächsten Sequenz in Augenschein genommen. Diese zitiert Herrn Habert, Vorsitzender der Geschäftsleitung des großstädtischen Hauses »Angelios« in konfessioneller Trägerschaft. Er wird im Folgenden zur Entwicklung einer großen und wirtschaftlich erfolgreichen Geburtsstation in seinem Haus befragt wird und gibt folgendes zu Protokoll:

»*Interviewer:* Und würden Sie jetzt sagen, dass zum Beispiel diese Geburtsstation oder dieser Ausbau die richtige Entscheidung war, jetzt so im Nachhinein?

Herr Habert: Absolut.

Interviewer: Nach 3 Jahren ja mittlerweile, ja.

Herr Habert: Ja, also da sind wir ganz sicher, dass das die richtige Entscheidung war unter vielerlei Gesichtspunkten, nicht. Unter medizinischem Gesichtspunkt, wir glauben, dass wir da hervorragende Leistungen anbieten. Auch unter emotionalen Gesichtspunkten, das steht unserem Haus gut an, dass wir hier der größte Geburtshelfer in [Region] Deutschland sind (...). [...] das ist ein gutes Thema. Das

ist schön emotional, nicht. Das passt aus ganz vielen Aspekten und es passt auch finanziell. Kann auch mit einfach bezahlten Geburten, weil – Geburt ist jetzt nicht der Kracher unter den DRG-Vergütungen.

Interviewer: Das habe ich nämlich jetzt auch schon mal gehört, dass jetzt Geburt ist jetzt nicht gerade der Schwerpunkt, wo man/

Herr Habert: Genau, aber auch da ist es dann wieder am Ende Betriebswirtschaft und Unternehmertum, nicht. Was sich nicht rechnet ist, wenn Sie eine Geburtshilfe mit 500 Geburten haben. Das will man nicht haben. Das, da können Sie die Grundstrukturen nicht aufrechterhalten, nicht. Das ist wie mit, auch da wieder, wie mit anderen Dingen im Leben, nicht. Das kann man einfach nicht bezahlen, weil man die Grundstruktur am Kreissaal, an nächtlicher Vorhaltung, an dies, an jenem, so. Das funktioniert nicht mit 500 Geburten. Das funktioniert immer besser, je mehr Sie über 1.000 Geburten kommen und bei 1.500 funktioniert das so schon ganz gut, bei 2.000 funktioniert das erst recht ganz und bei 3.000 Geburten ist das im Prinzip wie beim Autobau, nicht. Einen modernen Golf kann man auch nicht in der Stückzahl 100 bauen, sondern da braucht man schon auch eine gewisse Serienproduktion, nicht. Und so, das ist bei [Zahl] Tausend, wir sind ja mit [Zahl] Geburten waren es im letzten Jahr, sind wir die [Zahl] größte Geburtshilfe in ganz Deutschland, nicht, also so, also wenn es damit nicht geht, dann würde ich sagen, dann werden in Deutschland demnächst keine Kinder mehr geboren.

Interviewer: Ja, zumindest nicht im Krankenhaus (lacht).

Herr Habert: Jedenfalls nicht mehr im Krankenhaus, genau, ja.«

Herrn Habert bewertet den Ausbau der Geburtsstation »unter vielerlei Gesichtspunkten« rückblickend als »richtige Entscheidung«. Er vollzieht daraufhin eine bemerkenswerte Verknüpfung unterschiedlicher Aspekte. Herausragende medizinische Leistungen werden eingepasst in eine Unternehmensstrategie, die auf Geburten abstellt, weil »das ist ein gutes Thema. Das ist schön emotional, nicht.« Die für die Außenwirkung des Hauses mit positiven Emotionen aufgeladene Schwerpunktsetzung auf das neugeborene Leben fällt zusammen mit einem unternehmerischen Stolz, die im DRG-System nur »einfach bezahlten Geburten« ökonomisch Profitabel gemacht zu haben. Geburten firmieren hier als beliebig herstellbare Produkte einer mathematischen Produktionsfunktion, die seine Elemente über ein zu berechnendes Optimum in Wert setzt und hierüber die Zweckmäßigkeit einer Krankenhausleistung bestimmt. Eine Leistung, die sich – wie von Geburten angenommen – »nicht rechnet«, kann am Ende durch »Betriebswirtschaft und Unternehmertum« profitabel und damit im Rahmen des erwerbswirtschaftlichen Prinzips mit *Sinn* aufgeladen werden. Die Krankenhaus-BWL macht hierbei das Unmögliche möglich: Sie macht das bezahlbar, was man »einfach nicht bezahlen kann«, da sie medizinische Behandlungen (hier: Geburten) in der Mengenbetrach-

tung als »Serienproduktion« konzipiert, die eben erst ab einem bestimmten Quantum »funktionieren«.

Was sich hier zeigt, ist die betriebswirtschaftliche Orientierung am *ökonomischen Gesetz* der tayloristischen Massenproduktion und Skaleneffekte (*economies of scale*), das der Vorstellung Ausdruck verleiht, eine *optimale Relation* von Kosten und Erträgen berechnen zu können. Da ist es aus Sicht von Herrn Habert, der an die Objektivität der ökonomischen Theorien (*ceteris paribus*) glaubt, richtig zu folgern, dass Geburten in Zukunft wohl – analog zur Autoproduktion – »outsourced« werden müssen, sich zurück in die Häuslichkeit und Hände von Hebammen oder Ambulanzen verlagern, wenn die gewünschte »Serienproduktion« nicht im nötigen Maße realisiert werden kann. Dies Eingeständnis einer nicht ganz problemlos *herzustellenden* Serienproduktion gepaart mit dem ironischen Ton, der hier mitschwingt, verdeutlichen, wie sehr Krankenhausmanager*innen um die Schwierigkeit der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen wissen.⁴¹ Und doch können sie nicht umhin, an der Objektivität und (probabilistischen) Wahrheit der eigenen Recheninstrumente festzuhalten und daran zu glauben, die Brisanz des Zusammenhangs von Rationierung und Rationalisierung mit Hilfe serieller Produktion und ökonomischer Gesetzmäßigkeiten *optimal berechnen und damit steuern zu können*. Um es auf einen selbstreferenziellen Schluss zu bringen: Es muss sich eben nur rechnen, damit es sich auch lohnt. Ökonomische Berechnungen werden qua der Zuschreibung, einen *eigenen Zugang* zur Sphäre quasi-wissenschaftlicher Aussagen zu haben, mit einer Tatkraft versehen, die zum *selbstevidenten, unzweifelhaften* Maßstab medizinischer Leistungen und damit auch zur Richterin über die Güte von Managemententscheidungen in Krankenhäusern wird.

Zwischen Fundamentalkritik und pragmatischen Lösungen: Der ärztliche Umgang mit Zahlen als objektiven ökonomischen Tatsachen Welche Orientierungen lassen sich diesbezüglich nun bei den bereits dargestellten Chefärzten finden? Die ersten Erläuterungen stammen von Herrn Peters, der bereits in Kapitel 6.2 auftrat, seines Zeichens Chefarzt für Chirurgie des öffentlich getragenen, städtischen »Klinikum Wahlstädt« im Regionalverbund eines öffentlichen Krankenhauskonzerns.

»Interviewer: Jetzt sagten Sie, dass Sie [Jahreszahl] hier begonnen haben, das fällt ja wahrscheinlich ungefähr in die Zeit, wo auch das DRG-System (Herr Peters stimmt zu) eröffnet worden ist. Können Sie ein bisschen aus Ihrer Erfahrung schildern, wie sich das in Ihrem Alltag, in Ihrem klinischen Alltag, in Ihrer Praxis, aber auch in der Zusammenarbeit mit der Krankenhausleitung darstellt?

41 Kosten senken bei gleichzeitiger Hebung des Qualitäts- und Produktionsniveaus, Festpreisen und sinkenden Investitionsfördermitteln sowie fluktuierenden Vergütungsniveaus differenziert nach Krankheiten, Operationen und Prozeduren. Siehe 4.2 für eine ausführlichere Darstellung.

Herr Peters: Also zunächst mal, das DRG-System war mir jetzt nicht neu und auch kein Buch mit sieben Siegeln. Ich hatte noch in den letzten Jahren, wo ich der leitende Oberarzt war in der orthopädischen Uniklinik in [Ort], auch so ein Healthcare-Management-Aufbaustudium gemacht (...) im Prinzip, muss man sagen, ist es sicherlich auf der positiven Seite nicht verkehrt, dass man versucht, über die DRGs Prozesse abzubilden, andererseits muss man natürlich sagen, dass das, wie in jedem System, dazu führt, dass man mehr und mehr auch in DRG-Welten lebt und alsdann auch dazu führt, dass man in morgendlichen Besprechungen durchaus auch Fälle unter DRG-Gesichtspunkten diskutiert. (...) Es geht so weit, dass in diesem Unternehmen sogar im Sinne des Right-Coding, (...) auch inzwischen Controller mitlaufen bei den Visiten, wie man überhaupt sagen muss, dass seitdem ich hier bin, die Anzahl der Mitarbeiter, die im Controlling-Bereich arbeiten, explodiert ist. (...) Ja, es ist natürlich in der Berufsgesellschaft und unter uns Ärzten wird natürlich auch schon zu Recht, denke ich, über die ethische Vereinbarkeit von diesen DRGs an der ein oder anderen Stelle heftig diskutiert. Ich gehöre noch zum Glück zu denjenigen, die einen Vertrag haben, der im Wesentlichen aus einem Basisgehalt besteht und zu einem kleineren Teil aus einer Variablen, bei der auch das wirtschaftliche Ergebnis der Klinik mit eingeht. Ich achte auch drauf, dass das wirtschaftliche Ergebnis erreicht wird (...) wobei aber natürlich das Unternehmen den Fehler macht meiner Meinung nach, und wahrscheinlich nicht nur unseres, (...) dass sie zumindest in meiner Abteilung jedes Jahr so Steigerungsraten von 30 bis 40 Prozent vorgibt, was natürlich vollkommen utopisch ist. Warum das so gemacht wird, ob das gemacht wird, politisch gemacht wird, um einmal jemanden extrem zu motivieren oder auch um den Aufsichtsrat zu besänftigen mit außergewöhnlichen Prognosen, ist mir bis zum heutigen Tage ein Rätsel geblieben. (...) Ich will es mal so umschreiben: Dass die betriebswirtschaftlichen Anforderungen, die im Rahmen von Zielvereinbarungen an mich gestellt worden sind (...) stärker geworden sind. Es ist sicherlich auch weniger in einem Dialog auf Augenhöhe entschieden worden, wie das anfangs der Fall war; also kurz und gut mit Entscheidungen, wie ich es teilweise zielführend gefunden hätte, dafür gibt es immer weniger Spielraum, sondern man hat schon mehr und mehr das Gefühl, dass so ein Management mehr so ein Top-down-System entwickelt und auch gelebt wird. Ja.

(...) Man fängt schon an natürlich auch als Klinikleiter, sich strategisch Gedanken zu machen, wohin sich das eigene Fach entwickelt, wo sozusagen auch Abwertungen in der Fallschwere zu erwarten sind und wo Aufwertungen stattfinden. Man versucht sich dann natürlich, auch im Markt so zu positionieren, dass man dort, wo Aufwertungen sind, gut aufgestellt ist, dass man auch entspre/mehr Fälle versucht zu generieren oder eben auch weniger Fälle mit höheren Fallschweren. Also das, ich will damit sagen, das betriebswirtschaftliche Denken ist eigentlich heute bei jedem leitenden Arzt und selbst, glaube ich, auch auf der nächsten

Führungsebene bei den Oberärzten ist das durchaus vorhanden und beeinflusst uns in der Entscheidungsfindung, ja.«

Angesprochen auf seine Erfahrungen bezüglich der Einführung der DRG in seinen »klinischen Alltag« präsentiert sich Herr Peters als jemand, der sich mit dem DRG-System gut auskennt und sogar ein Management-Aufbaustudium absolviert hat. Er bewertet die Möglichkeit mit Hilfe der DRG »Prozesse abzubilden« einerseits als prinzipiell durchaus begrüßenswerten »Versuch«. Auf der anderen Seite steht für ihn aber als Konsequenz ein immer tieferes Einleben in »DRG-Welten«, die die ärztliche »Führungsebene« in seiner Entscheidungsfindung insgesamt beeinflussen. Ein Umstand, den er mit dem Systemcharakter der DRG zusammenbringt. Im Verlauf seiner Darstellung wird klar, wie facettenreich und umfassend das Einleben sich vollzieht. Sequentiell betrachtet beginnt der Einfluss bereits bei der morgendlichen Fallbesprechung auf Station und endet mit strategischen Planungen der eigenen medizinisch-fachlichen Leistungsziele und Versorgungsschwerpunkte im Chefarztbüro.

Die Instrumente des Managements stellen sich gerade deshalb als *Objektivität* dar, weil sie eine umfängliche Matrix und hierüber *eigene* Referenzen aufbauen. Auch wenn dies bei Vertretern einer anderen Wertsphäre, der ärztlichen Professionalität, *ethische Fragen* aufwirft, wie Herr Peters zugibt, wird die eigene Korumpierbarkeit zur *graduellen* Angelegenheit herabgestuft, die als anteilige (»zum Glück« geringe) Kopplung des eigenen Gehalts an variable (sprich: erfolgsabhängige) Vergütungselemente, die mit der Erfüllung der individuellen Leistungsziele einhergehen, erscheint (siehe zum Thema Leistungsvereinbarungen 4.2.2). Herrn Peters Streben soll sich darauf richten, das wirtschaftliche Ergebnis zu erreichen, was umfasst, »mehr Fälle [...] zu generieren oder eben auch weniger Fälle mit höheren Fallschweren«, damit eine vorteilhafte Marktposition zu erreichen und für zukünftige Vergütungstrends bestens »aufgestellt« zu sein. Ohne Transparenz (siehe Kapitel 6.1 zur Erläuterung des Transparenzbegriffs) darüber, wie die Steigerungsraten zustande kommen, noch mit welcher strategischen Intention sie von der Geschäftsführung eingefordert werden⁴², treten sie Herrn Peters als faktisch gegebene Entitäten entgegen, die nicht (mehr) grundsätzlich zurückgewiesen werden können. Auch die als »vollkommen utopisch« desavouierte Fixierung des Managements auf »Steigerungsraten von 30 bis 40 Prozent« führt bei ihm nicht dazu, die Raten und damit wirtschaftliche Leistungspläne und deren Objektivität *per se* in Frage zu stellen, lediglich ihre Höhe.

Allerdings entwickelt er, wie unter Kapitel 6.2 in aller Ausführlichkeit rekonstruiert wurde, im Konzert mit seinem Fachkollegium eine konjunktive Praxis des

42 Herr Peters: »ob das gemacht wird, politisch gemacht wird, um einmal jemanden extrem zu motivieren oder auch um den Aufsichtsrat zu besänftigen mit außergewöhnlichen Prognosen, ist mir bis zum heutigen Tage ein Rätsel geblieben.«

Zahlentausches, mittels derer versucht wird, sich über die Relevanz und Objektivität der numerischen Vorgaben und ökonomischen Ziele gemeinsam zu verständigen. Vor allem deshalb, weil diese weder individuell mit dem Krankenhausmanagement infolge der »Top-Down« Steuerung verhandelbar, noch im Rahmen von Gremiensitzungen unter *Anwesenheit* der Geschäftsführung adressierbar erscheinen, ohne *zugleich* die Machtfrage zu stellen. Denn die Steigerungsraten sind nicht nur sukzessive ins Utopische gewachsen, sie werden vermehrt auch nicht mehr »auf Augenhöhe« bestimmt und gemeinsam ausgehandelt. Mit Verweis auf einen stetig kleiner werdenden »Spielraum« zeigt sich der Zusammenhang zwischen den Zielvorgaben und der Art und Weise ihrer Durchsetzung: Je unrealistischer die Zahlen, desto weniger verweisen sie auf eine nachvollziehbare Genese und desto eher werden *machthierarchische* Mittel zu ihrer Absicherung herangezogen. Anstatt eine Diskussionsgrundlage für die gemeinsame Entscheidungsfindung zu bieten, werden Zahlen als *Agenten einer errechneten Faktizität und Objektivität* dazu verwendet, hierarchische Botschaften zu platzieren, die Verhandlungen erübrigen und Gefolgschaft produzieren (sollen).

Kontrastiert wird nun mit Herrn Schlenk, Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Innere Medizin des privat getragenen, städtischen »Klinikum Wahlstädt«, dem sein Kollege Herr Falter (Kapitel 6.1), Geschäftsführer Herr Helmstedt sowie der Chef-Controller Herr Sievers und die Klinik- und Qualitätsmanagerin Frau Martens angehören:

»Interviewer: (...) Wenn man jetzt nochmal vielleicht speziell über das Controlling spricht, was hat sich denn seit Einführung der, des DRG-Systems aus Ihrer Sicht hier vor Ort geändert?

Herr Schlenk: Naja, gegen Ende des Jahres kommt der Controller und bespricht mit einem, was man im nächsten Jahr leisten will. Beim ersten Mal habe ich gedacht, der spinnt, als er mich gefragt hat, wie viele Herzinfarkte ich im nächsten Jahr zu behandeln gedenke, (...) und mittlerweile (lacht) weiß ich, dass er nicht mehr spinnt, sondern dass das die Vorgaben von Krankenhausmanagern sind, und dann nicke ich immer alles ab. Ist mir völlig egal, was der da reinschreibt. Also bezüglich der konkreten Krankheiten, was er da, da nimmt er einfach die Zahlen vom letzten Jahr und dann sagt er, bleibt das so ungefähr für das nächste Jahr, und dann sage ich, ja, ja. Aber wir behandeln die Patienten die kommen.

Interviewer: (...) Das heißt, Sie, wenn Sie dann von einem Controller Ende des Jahres mit den Erwartungen für das nächste Jahr konfrontiert werden, das dann abnicken, kommt es natürlich im Laufe des Jahres sicherlich dann immer wieder auch zu Diskussionen über diese Entwicklungen?

Herr Schlenk: Es wird jedes Mal, wir haben ja jeden Monat eine Krankenhauskonferenz, da sitzen da die Chefarzte und dann werden diese Leistungszahlen da präsentiert. Und ich habe da kein Problem. Erstens bin ich sowieso jetzt so lange

im Geschäft, und die innere Medizin hat stabile Zahlen, da ändert sich nicht viel, da bin ich relativ gelassen, aber für andere Fachabteilungen ist das, man wird so ein bisschen an den Pranger gestellt, wenn man nicht die Leistungszahlen halt hat, die geplant sind.«

Herr Schlenk bringt entgegen Herrn Peters eine grundsätzliche Indifferenz gegenüber einer spezifischen Situation zum Ausdruck, in der er sich den »Vorgaben von Krankenhausmanagern« gegenüberstellt, die der Controller stellvertretend überbringt und im Zuge dessen mit ihm bespricht, »was man im nächsten Jahr leisten will«. Es wird an dieser Stelle ersichtlich, dass wirtschaftliche Planzahlen weder das Produkt einseitiger wirtschaftlicher Kalkulationen, noch Ergebnis einer rationalen ärztlichen Wahl sind, sondern erst in einem Praxisarrangement zwischen Arzt und Management – respektive auf Interaktionsebene zwischen Controller und Arzt – enacted werden. Der Austausch über die Entwicklungen bestimmter Eingriffe impliziert innerhalb der dargestellten Systematik, alljährlich danach zu fragen, »wie viele Herzinfarkte« Herr Schlenk im nächsten Jahr behandeln will. Pikanterweise zeigt sich die Interaktion als Aushandlungsprozess im Modus des »Als-Ob« (Goffman 1998, für Organisationen siehe Ortmann 2004, sowie weiter oben 3.3.4). Denn Herr Schlenk bestätigt die an ihn gestellten Erwartungen lediglich mithilfe eines performativen *Abnickens*, während er in seiner klinischen Praxis daran festhält, alle Patient*innen, die ihn aufsuchen, fernab jeder Ziellarithmetik zu behandeln (»nicke ich immer alles ab. Ist mir völlig egal, was der da reinschreibt, [...] dann sage ich, ja, ja. Aber wir behandeln die Patienten die kommen«). Die Betonung einer offenen, nicht-selektiven Patientenaufnahme bei gleichzeitiger Indifferenz gegenüber den festgelegten Zielparametern steht in Kontrast zu Herrn Peters, der vor allem eine Diskussion seiner bereits aufgenommenen Fälle unter »DRG-Gesichtspunkten« hervorhebt und sich gleichzeitig daran gebunden fühlt, seine ihm vorgesetzten Ziele zu erreichen (»Ich achte auch drauf, dass das wirtschaftliche Ergebnis erreicht wird«).

Das Gelingen des pragmatischen Arrangements fußt bei Herrn Schlenk auf zwei Prämissen: Zum einen liegt dies in seiner Einschätzung begründet, er sei »jetzt so lange im Geschäft« und die Innere Medizin habe ohnehin »stabile Zahlen«. Die Gelassenheit und Indifferenz gegenüber den betriebswirtschaftlichen Erwartungen basiert also auf seiner langjährigen Erfahrung *geringer Fallschwankungen* innerhalb des eigenen Fachs sowie der damit verbundenen Abwesenheit von *Kritik* innerhalb der Besprechung von Leistungszahlen in Leitungsgremien.⁴³ Stabile

43 »Krankenhauskonferenz, da sitzen da die Chefarzte und dann werden diese Leistungszahlen da präsentiert. Und ich habe da kein Problem. Erstens bin ich sowieso jetzt so lange im Geschäft, und die innere Medizin hat stabile Zahlen, da ändert sich nicht viel, da bin ich relativ gelassen, aber für andere Fachabteilungen ist das, man wird so ein bisschen an den Pranger gestellt, wenn man nicht die Leistungszahlen halt hat, die geplant sind.«

Zahlen erscheinen hier im Gegensatz zu den »utopischen Steigerungsraten«, wie sie bei Herrn Peters – dem Chirurgen – an der Tagesordnung sind, schon für sich genommen ein zufriedenstellendes Ergebnis zu sein, was auf unterschiedliche betriebswirtschaftliche Nutzungsstrategien von Zahlen und fachbereichsspezifische Produktionshaltungen (Chirurgie vs. Innere Medizin) verweist. Denn die organisationsweit gültige Aspiration, sich an Zahlen zu orientieren, erstreckt sich hier auf unterschiedliche Ziele: geringe Volatilität einerseits bei Herrn Schlenk, starkes, kontinuierliches Wachstum andererseits bei Herrn Peters.

Zweitens fußt das Arrangement darauf, dass Herr Schlenk den durch den Controller vermittelten Zielvorgaben des Managements zugesteht, nicht irrationaler Natur zu sein (»spinnen«). Zwar stellt sich die Frage nach den Herzinfarkten zunächst als absurd dar, doch auch hier hat er gelernt, »gelassen« zu bleiben und die Vorgaben durch sein Abnicken grundsätzlich zu bestätigen. Er affirmiert hier betriebswirtschaftliche Kennziffern als *eigenständige, legitime Mittel* von »Krankenhausmanagern«, die auf diese Mittel zur Ausübung ihrer eigenen Tätigkeit angewiesen zu sein scheinen. Das pragmatische Arrangement stellt somit die grundsätzliche Übereinkunft zwischen Chefarzt und Geschäftsführung dar, die Verabredung von numerischen Zielen als Funktionserfordernis des Krankenhauses zu vollziehen und die Zusammenarbeit nicht mit Machtansprüchen im Gewand ökonomischer *Notwendigkeiten* zu vergiften (vgl. Kapitel 6.1, Herr Helmstedt: »Aber wir müssen schon zusehen, dass wir hier schwarze Zahlen schreiben, dass wir Überschüsse erwirtschaften, um auch eben notwendige Investitionen vorzunehmen. [...] Und dieses Denken muss bei den Chefärzten da sein. Das funktioniert gar nicht anders.«). Die Kennziffern und Zielvorgaben erfüllen also nicht bloß einen kommunikativen Selbstzweck, sondern machen das Arrangement in der Praxis überhaupt erst möglich. Was geschieht hingegen mit dem Arrangement, wenn Probleme auftreten – etwa infolge unerreichter Leistungsvorgaben durch Herrn Schlenks Abteilung?

»Interviewer: Und denken Sie, dass es aber schon aus deren Perspektive [der Geschäftsführung, Anm. K. M.] eine Beeinflussung, also nötig machen würde, wenn Sie als Geschäftsführer/als ärztlicher Direktor und gleichzeitig als Chefarzt für innere Medizin, wenn das in Ihrer Abteilung da, wenn die Zahlen da nicht stimmen würden?

Herr Schlenk: Naja, Zahlen, es gibt ja keine objektive Vorgabe, wie muss eine Zahl sein. Außer bei Verweildauern. Da gibt es natürlich schon was. Es gibt ja die InEK-Daten, anhand derer so ungefähr abgeschätzt wird, wie muss denn das hier sein, und wenn man da grob daneben läge, dann würden die natürlich schon mal nachfragen. Aber das tun wir nicht. (...) Und bei anderen Abteilungen, die die Planzahlen nicht erfüllen, da muss man sich halt überlegen, sind die Planzahlen realistisch, (...), und eine Geschäftsführung neigt schon dazu, sich irgendwelche

Planzahlen auszudenken, die nicht erfüllbar sind, ja. Also das ist jetzt nur ein Beispiel, was ich mir ausdenke. Es gibt nicht beliebig viele Schlaganfälle. Und wenn Sie einer Stroke Unit vorschreiben, so und so viele Strokes zu machen, und die Leute kriegen halt keinen Schlaganfall, was wollen Sie da machen? Dann ist es halt unrealistisch. Und das muss man einem Geschäftsführer dann klarmachen. Das ist natürlich nicht unbedingt leicht, weil – dazu müsste man die Fallzahlen in [Stadt] kennen. Und dann sagt der womöglich, ja, ihr müsst halt die Apoplexie [Schlaganfälle, Anm. K. M.] von anderen Kliniken abziehen. Aber wie macht man das?»

Vom Interviewer gefragt, ob es »eine Beeinflussung« seitens der Geschäftsführung nach sich zieht, wenn in seiner Abteilung die »Zahlen da nicht stimmen würden«, weicht er der Proposition aus und nimmt eine grundsätzliche Perspektive ein. Er kehrt seine Skepsis gegenüber dem epistemologischen Status von Zahlen hervor und hält fest, dass es »keine objektive Vorgabe [gibt], wie muss eine Zahl sein.« Zahlen können nach dieser Auffassung nicht aus sich selbst heraus, als *deutungsunabhängige, autologische* Instanz, eine zwingende und eindeutige Lesart begründen, sondern müssen stets angeeignet und *interpretiert* werden. Einschränkend verweist er zwar auf die »InEK-Daten« (siehe die Erläuterungen hierzu unter 4.2.2), die als deutschlandweiter Vergleichsmaßstab durchschnittliche Verweildauern (Liegezeiten der Patient*innen) für Fächer bzw. Krankheiten angeben und in Beziehung zu den jeweiligen Daten der Krankenhäuser setzen lassen. Doch im Kern widerspricht er der Vorstellung, dass die vom Controlling erzeugten Zahlen, wie fehlerfrei und solide sie auch berechnet sein mögen, eine zweifels- und damit auch reflexionsfreie Form der Erkenntnis darstellen, die jede Diskussion über unterschiedliche Ansichten und Interessen erübrigen würde. Vielmehr wird – wie sich bereits bei Herrn Peters und seinen Schilderungen bezüglich der »utopischen Steigerungsrate« angedeutet hatte (siehe 6.2) – betont, dass numerische Vorgaben als mikropolitische Ressourcen dienen, denn »eine Geschäftsführung neigt schon dazu, sich irgendwelche Planzahlen auszudenken, die nicht erfüllbar sind«. Wenn jährliche Leistungszahlen nicht erfüllt werden können, so lehren sie immerhin, sich kontinuierlich an ihnen zu orientieren.

In der Zusammenschau mit Herrn Schlenks Schilderungen zur jährlichen Besprechung der Planzahlen wird klar, dass die Gültigkeit von Zahlen *in der Praxis* hervorgebracht werden muss, es in *Interaktionen zwischen* Akteur*innen in Form von Aushandlungsprozessen überhaupt erst entschieden werden kann, »wie muss eine Zahl sein« [Hervorh. K. M.]. Die verhandelten Zahlen sichern dann – wie dort besehen – zwar immer noch keine Entsprechung von Handlungserwartung und Handlungsvollzug (dies scheint unmöglich), sie erlauben es aber, einen stets im Hintergrund schwelenden, handfesten Machtkampf darüber, welcher epistemologische Status den betriebswirtschaftlichen Zahlen und damit den ureigenen Mit-

teln der Geschäftsführung zugesprochen werden kann, situativ aufzuheben. Herrn Schlenks Antwort impliziert im Umkehrschluss allerdings auch, dass der Rekurs auf eine vermeintliche Objektivität von Zahlen sehr wohl und prinzipiell jederzeit eine Rolle bei der hierarchischen »Beeinflussung« medizinischer Entscheidungen spielen kann.

Dies zeigt auch das Beispiel seines Chefarztkollegen, Herrn Falter (aus dem ersten Unterkapitel 6.1), der anhand einer Restrukturierung der OP-Belegung für alle operativen Fächern der Klinik einen Einblick gibt in den praktischen Zusammenhang zwischen *realistischen* Wirtschaftsplänen und deren kommunikativer Aushandlung. Der Restrukturierung vorausgegangen war eine von der kaufmännischen Geschäftsführung (Herr Helmstedt und sein Team) initiierte Verkleinerung der »Krankenhauskonferenz«, die auf Mitglieder der Krankenhausleitung sowie alle Chefärzt*innen eingegrenzt wurde. Die Schilderung der OP-Restrukturierung sehen wie folgt aus:

»Herr Falter: (...) wir haben hier, was die operativen Bereiche angeht, ein absolutes Nadelöhr, das ist der OP. Wir haben für die (.) Anzahl der operativen Eingriffe und die Zahl der operativen Fachabteilungen einfach zu wenig OP-Kapazität. Und es hat in der Vergangenheit immer wieder alle möglichen Versuche gegeben durch geschickte Aufteilung, durch Verlängerung von Saallaufzeiten und so weiter, und so weiter, in irgendeiner Art und Weise einen Ausgleich zu schaffen, der selten (.) geeignet war (...) alle Abteilungen weitestgehend zufriedenzustellen. (...) Und da hat es im April letzten Jahres als Ende eines Prozesses, der über drei Monate ging, eine Neuregelung gegeben und die ist ich denke für alle tragbar und hat aber der Abteilung Chirurgie einen deutlichen (.) /eine deutliche Entlastung gebracht, was Planbarkeit angeht und was letzten Endes auch Möglichkeiten angeht, die geforderten Leistungszahlen auch tatsächlich zu bringen. (...) Ich sage nicht, dass es jetzt absolut befriedigend ist, wir haben immer noch zu wenig OP-Kapazitäten, aber das betrifft alle und (.) der Umgang mit diesen geringeren Kapazitäten ist durch die offene Diskussion, die drei Monate lang geführt worden ist, sehr viel besser geworden. So, das ist aus chirurgischer Sicht ein Punkt, wo ich sagen würde, das war letztendlich der Reform der (.) Krankenhauskonferenz geschuldet, dass das so möglich war und dass es so gut funktioniert hat.

Interviewer: Können Sie so ein bisschen erläutern, wie jetzt diese Neuregelung aussieht, wie die funktioniert tatsächlich in der Organisation?

Herr Falter: Die sieht einfach so aus, dass bestimmte OP-Kapazitäten aus anderen Abteilungen (.) an die Chirurgie gegangen sind und dadurch eine gleich/eine mehr oder weniger bessere Gleichverteilung der tatsächlichen Saalauslastungszeiten/also wenn Sie vorher Abteilungen hatten, die vorher 80 Prozent Saalauslastungszeiten hatten und die Chirurgie hatte 120 oder 130 Prozent, dann sind es jetzt bei allen 95, 98 oder 100 Prozent. Und diese Verteilung war eben/oder diese

Umverteilung war über Jahre hinweg nicht möglich, weil natürlich jeder irgendwo sein (.) Bereich und seine Einflussosphäre gehütet hat und eigentlich nicht bereit war, ein bisschen über den Tellerrand hinauszuschauen, um zu gucken, wie man denn im gemeinsamen Gespräch für alle eine optimale Lösung finden kann, die dann letztendlich für die Klinik gut ist und nicht dazu führt, dass man halt in einem permanenten Kleinkrieg Chirurgie gegen Orthopädie Unfallchirurgie oder Chirurgie gegen HNO sich ja, (.) ob der geringeren/der geringen Kapazitäten zerfleischt hat. Das ist also/einfach durch die offene Diskussion haben wir einfach gesehen, wo die Problematik ist und wir haben einfach ein besseres Verständnis erlangt.«

Der Realismus der numerischen Zielvorgaben geht einher mit den Möglichkeiten zu ihrer praktischen Realisierung. Die durch Zahlen verkörperten Leistungsansprüche der kaufmännischen Leitung werden von Herrn Falter nicht grundsätzlich in Abrede gestellt, vielmehr fordert er hierfür Infrastrukturen ein, die das geforderte Leistungsniveau bewerkstelligen lassen. Ein überfüllter OP, der Wartezeiten und wohlmöglich auch die Abweisung von akut zu versorgenden Patienten notwendig macht, steht der ökonomischen Zielerreichung diametral entgegen. Hinzu kommt eine mikropolitisch festgefahrene Konkurrenzsituation zwischen den operierenden Fachbereichen, die hier abermals in ihrer individuellen Leistungsorientierung, dem von Schrappe (2007: 143) als ›Spartenkannibalismus‹ bezeichneten Problem organisationaler Dissoziation Ausdruck verleihen. Entgegen der Darstellungen von Frau Martens (siehe oben Fußnote 5) wurde der Konflikt – aus Sicht des Chirurgen – nicht über ein ausgefeiltes OP-Controlling erreicht, sondern fußte maßgeblich auf einem aufwendigen Restrukturierungsprozess, der die Schaffung einer vertrauensvollen Gesprächssituation zum Ziel hatte und dabei mithilfe, gemeinsam »ein besseres Verständnis« für die Komplexität der OP-Situation zu erlangen und mikropolitische Interessenslagen auszutarieren. Angesichts des Umstands, dass die OP-Kapazitäten nach wie vor als unzureichend bewertet werden, ist dies ein beachtlicher Erfolg.

Den interaktiven Charakter betonen – freilich aus unterschiedlichen Richtungen – auch Herr Peters und Herrn Gelmann, die beide schon im vorangegangenen Kapitel zur Sprache kamen (vgl. 6.2, Krankenhaus »Akinovis«). Herr Gelmann gibt diesbezüglich weitere Einsichten zu Protokoll:

»Interviewer: Okay. Jetzt sagen Sie ja, dass Sie einmal monatlich mindestens mit der Geschäftsführung und dem Controlling zusammenkommen, um über solche Dinge zu sprechen. (...) Können Sie aus Ihrer Erfahrung kurz schildern, wie Sie die Funktion dieses Controllings wahrnehmen? Also ist das für Sie Informationsstütze oder ist das eher etwas, was Sie in die Defensive bringen kann oder wie nehmen Sie das, wie erleben Sie dieses, die Funktion des Controllings für Ihre Arbeit?

Herr Gelmann: Ich, es ist ja vielschichtig. Im Endeffekt spiegelt das einfach unsere Leistung wieder. Und im Endeffekt muss man natürlich eine, das Jahr vernünftig geplant haben, sonst ist das so ein Controlling, wo man Ist und Soll nebeneinander einfach, ist ja Utopie, relativ früh, ja. Und wir haben eben Controllingzahlen, die entstehen circa 14 Tage nachdem ein Monat rum ist, basiert aber natürlich auf all den Fällen, die zu diesem Zeitpunkt auch schon richtig komplett abgeschlossen sind. Und da sind einfach immer Lücken dabei. Dadurch, dass ich eine Intensivstation mit dabei habe mit sehr komplexen Fällen typischerweise, die auch relativ aufwändig sind im Erfassen von allen Leistungen, die man da abrechnen muss, bleiben die oft oder geht da schnell mal 4 oder 6 Wochen rum, bis die komplett abgerechnet sind. (...) Sodass, wenn man dann so eine frühe, so einen frühen Monatsabschluss macht, fehlen gerade die etwas gewichtigeren Fälle. Und das haben wir dann vor paar Jahren mal besprochen, da habe ich zu den Codierkräften gesagt »also bitte macht eine gesunde Mischung von den Fällen, die am Ende dieser 14 Tag noch übrig sind. Nicht nur die schweren liegen lassen.« Und aber trotzdem (...) werden so Fälle werden dann genommen und werden einfach mit dem mittleren Fallwert, geht es dann ein, das macht, wir machen es genauso wie glaube ich alle anderen Klinikkonzerne auch. Und dieser Monatsabschluss wird runter dekliniert bis in das letzte Detail rein und ist ja nun mal, wenn das nur ein Schätzwert ist am Anfang, ist das relativ sinnlos, das runter zu deklinieren.«

Der Interviewer schließt mit seiner Frage an die monatlich stattfindenden Besprechungen des Chefarztes mit der Geschäftsführung und dem Controlling an und erkundigt sich nach der wahrgenommenen Funktion des Controllings. Er proponiert daraufhin, Controlling diene als »Informationsstütze« oder aber als »eher etwas, was Sie in die Defensive bringen kann«. Herr Gelmann weist die Proposition insofern zurück, als dass er sich auf die Zuspitzung nicht einlässt und festhält, dass es »vielschichtig« ist. Sogleich zieht er im nächsten Satz den Schluss: »Im Endeffekt spiegelt das einfach unsere Leistung wieder«. Dies erinnert an Herrn Blumenthal und dessen Ansicht, das Controlling sei als »einfaches Instrument« zu betrachten, das seinem eigenen »Bauchgefühl« mittels Zahlen einen neutralen Spiegel seiner Leistungen vorhält und ihm Dynamiken reflexiv zugänglich macht, bevor er sie selbst »realisiert« (»Bevor man das eigentlich selbst so realisiert, kann man dann schon mal, wenn man so ein/so ein Instrument hat, nachhalten und sehen«, vgl. 6.3).

Was dort als nützliche Vorwegnahme einer sich sonst erst später (oder niemals) einstellenden Gewissheit Orientierungswissen produziert, gerät in Herrn Gelmanns Praxis zu einer Quelle der Irritation. Denn der Ursprung der festgestellten Abweichungen liegt für ihn *nicht* in der eigenen medizinischen Behandlungs- sondern in den Berechnungspraktiken des Controllings selbst begründet. Komple-

mentär zu seinem Kollegen Herrn Peters, der »utopische Steigerungsraten« monierte, sieht Herr Gelmann in den monatlichen Soll-Ist-Abgleichen einige »Utopie« am Werke, wenn die ihnen zugrundeliegende Jahresplanung nicht »vernünftig« ist. Was hier als vernünftig zu gelten hat, ergibt sich aus der Praxis der Erhebung des sog. *Case Mix Index* (CMI), der in der Regel für den Zeitraum eines Kalenderjahres die *durchschnittliche* Fallschwere der Patientenfälle und damit den relativen Ressourcenverbrauch angibt, aber nichts über die *Verteilung der Schweregrade* aussagt.

Der epistemische Zweifel richtet sich bei Herrn Gelmann an eine Managementpraxis, die auf der *Extrapolation* von Mittelwerten beruht, aus denen eine *Funktion* abgeleitet wird, die in der Praxis so nicht beobachtet werden kann. Die Vorwegnahme der Zukunft wird hier generell als auch in seiner analytischen Detailversessenheit als »sinnlos« betrachtet. Doch nicht der Index selbst ist zwangsläufig sinnlos, sondern die Mischung der Fälle (*Case Mix*), die statistische Hochrechnung der mittleren Ressourcenverbräuche auf Grundlage einer nicht repräsentativen Fallauswahl. Die weiter oben bei der Geschäftsführerin Henschel zu beobachtende Verweis auf einen »Personalmix« und einen »Leistungsmix«, den man sich zu Zwecken der jährlichen Wirtschaftsplanung zu eigen macht, zeigt sich hier als hochgradig *spekulative Praxis*.

Die Unschärfe der monatlichen Extrapolation, der mangelhafte »Schätzwert« der Berechnungen ist dabei als eine *Funktion* der dem Controlling inhärenten Erfassungsvorgänge selbst anzusehen. Es scheint hier eine in der Praxis zu findende Trennung zwischen Medizin- und betriebswirtschaftlichem Controlling auf: Die betriebswirtschaftliche Berechnung und Erfolgskontrolle medizinischer Handlungen erfordert zunächst einen *Übersetzungsvorgang*, der die medizinischen Indikationen und davon ausgelösten Behandlungsprozeduren⁴⁴ per EDV des Medizincontrollings erfasst, einer Kontrolle zugänglich macht und somit *Zeit* benötigt. Die Logik des Controllings produziert daher eine eigene Latenz infolge einer verzögerten Inwertsetzung von »sehr komplexen Fällen« – etwa auf einer Intensivstation wie bei Herrn Gelmann –, die insbesondere in der Erfassung durch das Medizincontrolling aufwendig sind. Dies führt dazu, dass in der betriebswirtschaftlichen Monatsbilanz keine »gesunde Mischung« der tatsächlich behandelten Fälle vorliegt, da insbesondere die ressourcenintensiven Fälle noch nicht abschließend erfasst und

44 Medizinische Erkrankungen werden nach der »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« in deutscher Modifikation (kurz ICD-10-GM genannt) erfasst. Medizinische Behandlungen wiederum werden in einem amtlichen Klassifikationssystem, dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (kurz OPS genannt), codiert. Beide Klassifikationssysteme bilden die Grundlage des DRG-Systems, das dann die Patientenfälle auf Grundlage gleicher Erkrankungen und Ressourcenverbräuche den unterschiedlichen Fallgruppen zuordnet und die Erlöse unter Hinzuziehung der sog. Landes- bzw. des Bundesbasisfallwert sowie des relativen Behandlungsaufwands (sog. Relativgewichte) berechenbar macht. Siehe auch weiter oben 4.2.2.

vom Medizin- zum betriebswirtschaftlichen Controlling übermittelt worden sind. Die Unterrepräsentation der »etwas gewichtigeren Fälle« im Abgleich mit dem statistisch ermittelten »mittleren Fallwert« produziert somit eine »Lücke«, die in der monatlichen Fallstatistik allerdings nicht als solche ausgewiesen wird. Trotz statistischer Verzerrung infolge der Latenz zwischen Erfassung und Berechnung »dekliniert« der »Klinikkonzern« in einem Soll-Ist-Abgleich »bis in das letzte Detail rein«, was die so errechneten monatlichen Zahlen für den Jahresplan bedeuten. Gerade dieser Umstand durchschneidet das Band zwischen Geschäftsführung und dem Chefarzt und lässt eine konstruktive Zusammenarbeit in weite Ferne rücken. Wie sich zeigt, steht Herr Gelmann daher auch vor allem mit den Kodierfachkräften im Austausch. Wie schaut das Arrangement zwischen ihm, dem Controlling und der Geschäftsführung nun genauer aus?

»Interviewer: Aber es wird trotz alledem gemacht. Wie weit geht das ins Detail? Herr Gelmann: Ja, das ist ein Knopfdruck. Also dann entstehen ja alle merkwürdigen Zahlen und da kann man dann trefflich streiten und ich habe mich da auch lange trefflich gestritten und man hat dann irgendwann mal akzeptiert, dass man mit dem Herrn Gelmann über solche Dinge nicht mehr reden darf, weil er einen platt macht, ja. Das habe ich einfach auch getan. Ich habe einfach, blödsinnige Zahlen akzeptiere ich nicht mehr, ja, dass man überhaupt da drüber redet. (...) Und ich meine (...) jetzt mache ich es seit [Zahl] Jahren und auch die Controllerin, die jetzt, mit die jetzt da dabei ist, die macht das jetzt auch schon seit [Zahl] Jahren bei uns, dass man schon einen Modus verstanden hat, wa/auf die Zahlen dann zu gucken, die wichtig sind, wo man einfach auch erkennt, was los ist. Und die haben das auch ganz gut verstanden, dass die neben den Rechnungen und Hochrechnungen parallel dazu Prognosen erstellen. Und die Prognosen sind wesentlich präziser als die Hochrechnungen. Und das, da kann man dann bisschen amüsiert zuhören. Da guckt man eigentlich, es ist ja [Zahl] war ein gutes Jahr, wir waren eigentlich, im Endeffekt haben wir Mehrerlöse geschafft, als wir eigentlich, als eigentlich geplant war für uns. Und dann sind natürlich alle ganz glücklich. Und dann ist es halt so, ja. Gab auch Jahre, da waren wir halt unter dem Plan oder sonst was, aus sonstigen Gründen, aber das ist ja, sehe ich jetzt als Problem des Plans an, der Planwirtschaft, dass man, einfach Krankenhäuser lassen sich nicht planen, ja.«

Mit Blick auf die Kommunikation über Zahlen lässt Herr Gelmann – entgegen etwa Herrn Schlenks demonstrativem Abnicken – eine konfrontativere Haltung erkennen: »man hat dann irgendwann mal akzeptiert«, dass mit ihm über »blödsinnige Zahlen« weder zu reden, noch zu streiten ist, weil er »einen platt macht«. Was auf kommunikativ-argumentativer Ebene zur Konfrontation mit der Geschäftsführung führte, wurde in doppelter Hinsicht verschoben und dadurch in ein Arrangement geführt. Zum einen auf sozialer Ebene: Aus der langjährigen Zusam-

menarbeit mit der »Controllerin« entwickelte sich ein gemeinsamer »Modus« der Verständigung über diejenigen Zahlen, die »wichtig sind, wo man einfach auch erkennt, was los ist.« Im Gegensatz wiederum zu Herrn Schlenk, der den Zahlen selbst keine besondere Bedeutung beimisst, diese lediglich nur abnickt, geht es Herrn Gelmann darum, ein gemeinsames Verständnis von Zahlen mit dem Controlling zu entwickeln, Zahlen zu finden, die im Einvernehmen als *signifikante* Zahlen gelten können.

Zweitens wurde auf kalkulativer Ebene mit Prognosen eine andere Berechnungsform eingeführt, die die Probleme der zuvor stark kritisierten, weil sehr ungenauen, Hochrechnungen auffangen sollen. Beide Aspekte konnten zu einer Befriedung beitragen, und doch lässt Herr Gelmann erkennen, dass das gefundene Arrangement seine kritische Haltung im Zusammenspiel mit der Geschäftsführung nicht grundlegend transformiert hat. Etwas »amüsiert« über allerlei Berechnungen und Zielvorgaben zu sein, die im Verlauf der Jahre eher Kontingenz als Konstanz ausweisen, offenbart den bereits weiter oben (vgl. 6.2) inspizierten Zynismus. Er entpuppt sich bei ihm als Orientierung, dass nicht eingehaltene Pläne »Probleme des Plans« und damit der sie erlassenden Geschäftsführung sind, und nicht *seine* Probleme. Der Riss in der Kommunikation und Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung gründet auf der Ansicht, dass Krankenhausbetriebswirtschaft unter den gegebenen ordnungspolitischen Vorgaben einer *Planwirtschaft* gleichkommt, die der Unsicherheit und dem Prozesscharakter der Krankenversorgung, die er tagtäglich erlebt und habituell verkörpert, entgegensteht. Denn: »einfach Krankenhäuser lassen sich nicht planen«. Dahinter kommt ein Problembezug zum Vorschein, der die neuen Herausforderungen des Krankenhauswesens nicht nur als Phänomene einer auf Wettbewerb basierenden Ökonomisierung liest, sondern vielmehr auch als Effekte einer *Konzernstruktur*, die auf einer fortschreitenden *Zentralisierung und Durchsetzung von Planungsgewalt über die Allokation von Ressourcen*, der typischen Organisationsstruktur planwirtschaftlicher Ordnung, basiert. Er elaboriert diese Perspektive wenig später folgendermaßen:

»Herr Gelmann: (...) Und wenn jetzt heute, wenn jetzt, wenn man jetzt so einen Februar haben, der so schön warm ist, die arme Orthopädie. Der fehlen in diesem Winter die ganzen Leute, die gestürzt sind. Die Krankenhäuser werden dafür bestraft.

Interviewer: Das sind ja Unwägbarkeiten, ja. Aber/

Herr Gelmann: Ja, Sie sehen, wie zynisch das System ist, ja. Und deswegen also auch wir merken es ja. Innere Abteilung, das ist, wir haben einen ruhigen Februar. Normalerweise ist im Februar viel los. Dieses Jahr angesichts dieses außergewöhnlichen Klimas in diesem Jahr ist das einfach ruhiger und dann muss man einfach auch Ruhe bewahren, ja. So ist es dann einfach. Und ich freue mich doch für jeden älteren Herrn oder ältere Dame, die nicht die Schenkelhalsfrak-

tur bekommen hat dieses Jahr, weil sie auf Eis nicht gestürzt ist, weil es nicht rutschig war, dieses Jahr. Und dann muss man Mediziner bleiben und dann muss man irgendwie sagen, okay, das Jahr hat noch viele Monate. Wir werden es schon noch aufholen, wenn es halt sich jetzt ins Minus gerät, aber das sind so Dinge, wo dann eben andere Leute nervös werden.

Interviewer: Aus der, die Geschäftsführung dann?

Herr Gelmann: Klar.«

Der bislang eher latent gehaltene professionelle Problembezug des Arztes kommt hier überdeutlich zum Tragen, wenn er (wie weiter oben schon, 6.2) bemerkt, wie »zynisch das System ist« und sich demgegenüber »für jeden älteren Herrn oder ältere Dame« freut, die sich im ungewöhnlich milden Februarklima keine Fraktur zugezogen hat, obwohl die Bilanz hiermit aus planwirtschaftlicher Sicht »ins Minus gerät«. Die hierfür ursächliche Abweichung von den erstellten Plänen steht für Herrn Gelmann als Mahnung da, in solchen Fällen »Mediziner [zu] bleiben« und entgegen der auf Nachfrage damit adressierten Geschäftsführung nicht »nervös« zu werden. Die Mahnung basiert auf der Erfahrung der *unberechenbaren Natur* der Krankheit der Patient*innen, wie sie schon im Eingangszitat des Kapitels bei Herrn Schmidt vorkam. Nicht nur die Rekonvaleszenz (Genesungszeit), sondern auch die Inzidenz (Anzahl der neu auftretenden Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum) hängt von stofflichen Prozessen und komplexen Phänomenen (wie dem des Wetters) ab, die sich der »ökonomischen Natur« einer rationalen Berechenbarkeit des Optimums von Zwecken und Mitteln (Zweck-Mittel-Rationalität) entziehen und insofern nicht steuerbar sind. Herrn Gelmanns Eingebung, nicht nervös zu werden, verhält sich komplementär zu Herrn Schlenks weiter oben geäußerter Praxis, nach der er und sein Abteilungsteam, unabhängig von Plänen und Zielvorgaben, eben »die Patienten [behandeln] die kommen« und insofern der ärztlichen Orientierung, die auf die Bearbeitung des Unvorhersehbaren gerichtet ist, Rechnung getragen wird.

Zusammenfassung – Ärzt*innen inmitten des ökonomischen Krankenhauses oder: Wer mehr sieht, agiert autonomer Zu Beginn wurde anhand der Rekonstruktion von Perspektiven dreier geschäftsführender Direktor/-innen aufgezeigt, wie unterschiedliche betriebswirtschaftliche Berechnungspraktiken (Leistungsstatistiken bzw. Case-Mix-Analysen, Produktionsfunktionen und Skalenertragsrechnungen) einem Selbstverständnis des Managements Ausdruck verleihen, das glaubt, im Besitz einer Rationalität zu sein, die die immerwährende Unsicherheit in Krankenhäusern beseitigen kann. Die rechnerischen Mittel ebnen – so die Annahme – den Zugang zu einer privilegierten Sphäre des Wissens, das auf ökonomischen Gesetzen beruht, und die es vorgeblich erlaubt, die *optimale* Relation von Zwecken und Mitteln in der organisierten Krankenbehandlung berechnen und

hierdurch Entwicklungen des Sektors durch Effizienzsteigerungen und Diversifizierungsstrategien vorwegnehmen zu können. Im Besitz dieses Wissens werden mit voller Zuversicht Personalwechsel vollzogen, ambitionierte Wirtschaftspläne vorgelegt, Renditeerwartungen bedient und ordnungspolitische Widersprüche über Produktionsfunktionen eingeebnet.

Die hieraus entstehende *Kontrollfiktion des Managements* wird von den kaufmännischen Akteur*innen implizit zwar mitvollzogen, wenn unternehmerische Risiken gesehen und z.B. an »Persönlichkeiten«, Markteffekte (Sättigung) oder medizinische Qualität rückgebunden werden.⁴⁵ Wie die Rekonstruktionen jedoch gezeigt haben, stehen diese Zweifel hintenan, auch weil Zahlen als Agenten eines objektiven Wissens *machthierarchische* Meriten besitzen, die einer Geschäftsführung bei der Durchsetzung strategischer und operativer Ziele dienlich sind. Neben der hierarchischen Komponente spielen weitere praktische, teils in der Finanzarchitektur des derzeitigen Krankenhaussektors angelegte Beweggründe eine Rolle, wie z.B. das als nötig erachtete Fallzahlenwachstum infolge einer lückenhaften Investitionsfinanzierung (Trend zu Monismus), die Diversifizierung des medizinischen Leistungsumfangs als Folge eines markt- und wettbewerbsorientierten Portfoliokenns oder Renditeerwartungen von Konzernen infolge der politisch vorangetriebenen Privatisierung. Doch seien die Rahmenbedingungen noch so schwierig, es erscheint problematisch, wenn Geschäftsführungen die Komplexität des eigenen Feldes, in dem sie sich bewegen, *ausblenden* infolge einer Kontrollfiktion, die den Glauben nährt, mit Hilfe ökonomischer Recheninstrumente einen exklusiven Zugang zu einer ökonomischen Materie (siehe oben Latour 3.4.3) zu besitzen, die jede konstruktive Auseinandersetzung mit den professionellen Akteur*innen überflüssig macht.

Was dies zeitigt, wurde anhand einer Kontrastierung von Chefarztperspektiven (Herr Peters, Herr Gelmann und Herr Schlenk) deutlich. Hier wurde rekonstruiert, wie die Auseinandersetzung um die Deutung darüber, welcher epistemische Status den betriebswirtschaftlichen Rechnungen und Controlling-Ziffern zukommt, in kontroversen Praktiken vollzogen wird: Bei Herrn Schlenk findet sich eine *Praxis des Als-Ob*, die sich in einer grundsätzlichen Zahlenindifferenz und Scheinkooperation mit der Geschäftsleitung ausdrückt. Seine Praxis und die geäußerten epistemischen Zweifel gegenüber Zahlen werden allerdings erst über die wiederkehrende Erfahrung »stabiler Zahlen« ermöglicht. Und doch spielt die wiederkehrende Erfahrung einer Verabredung über Leistungsziele mit dem Controller eine wichtige Rolle dahingehend, dass er durch seine Rationalisierungsleistung im Zusammenhang mit den Treffen gelernt hat, die Vorgaben im Rahmen einer prag-

45 Natürlich ist dies auch aufgrund eines davon abweichenden Managementverständnisses möglich, wie es etwa der kaufmännische Geschäftsführer Herr Stehrig aus dem »Klinikum zur Wessel« demonstriert hatte, vgl. Fußnote 35.

matischen Vereinbarung als legitime, eben nicht total abwegige Instrumente einer in dieser Hinsicht typisch agierenden Geschäftsführung zu akzeptieren. Die dahinterstehende »einfache Komplexität« (Baecker 1999) des zahlengetriebenen Managementhandelns zu erkennen, verhindert einen permanenten Machtkampf im Gewand eines Diskurses über die Objektivität von Zahlen zu führen und erlaubt andererseits eine einigermaßen solide Zusammenarbeit zwischen Chefarzt und Geschäftsführung, die ohne einen definierten Konsens auskommt.

Bei Herrn Peters und Herrn Gelmann verhält es sich diesbezüglich anders: Herr Peters lebt nach eigener Aussage mehr und mehr in »DRG-Welten« und zeigt eine *strategische Verzahnung* seines professionellen Berufsalltags mit ökonomischen Praktiken. Als Folge des Einlebens zeigt sich die Orientierung eines unternehmerisch handelnden Chefarztes, der die *strategische* Dimension von Zahlen ermessen und selbst fach- wie mikropolitisch nutzen will:

»Herr Peters: Man fängt schon an natürlich auch als Klinikleiter, sich strategisch Gedanken zu machen, wohin sich das eigene Fach entwickelt, wo sozusagen auch Abwertungen in der Fallschwere zu erwarten sind und wo Aufwertungen stattfinden. Man versucht sich dann natürlich, auch im Markt so zu positionieren (...), dass man dort, wo Aufwertungen sind, gut aufgestellt ist, dass man auch entsprechende/mehr Fälle versucht zu generieren oder eben auch weniger Fälle mit höheren Fallschweren.«

Er stellt daher häufig selbst Auswertungsanfragen an die Controlling-Abteilung und tauscht Zahlen und Zielvorgaben im fachspezifischen Gremium aus, wie ein vorangegangenes Kapitel gezeigt hat (vgl. 6.2). Damit wird eine konjunktive Praxis der Zahlenkontrolle eingesetzt, die mögliche Zweifel an Zahlen vor allem über *noch mehr Zahlen* einzuhegen versucht (siehe die Überlegungen zu einer Aspirationalisierung unter 3.3.4). Auch deshalb bleibt eine grundsätzliche epistemische Infragestellung von Zahlen aus, die auch bei der Auseinandersetzung mit abwegigen Planzahlen seitens der Geschäftsführung (»utopische Steigerungsraten«) nicht aufkommt, da Herr Peters hier strategische Beweggründe derselben sieht, die utopische Zielvorgaben bewusst herbeiführt. Jedoch unterminiert der Entzug *rationaler* Kriterien, die derartige Erwartungshaltungen plausibilisieren könnten, sein Vertrauen in die Entscheidungsrationalität des zahlenaffinen Großkonzerns. Diese sich aus einer zunehmenden Top-Down-Steuerung ergebende Konstellation, die ihn als Managementpartner »auf Augenhöhe« nicht (mehr) akzeptiert, mit einem Management, das immer häufiger »Verschiebebahnhof« spielt, vergibt sich wichtige chefärztliche Impulse.⁴⁶ »Wachstumszahlen, die realistisch sind, [...] gemein-

46 Wie am Beispiel des Klinikums »Wahlstädt« ersichtlich war, wurde dort auf Initiative der Geschäftsführung gegensteuert und etwa die Chefarzt*innentrunde so verkleinert, dass ein engerer Austausch zwischen Geschäftsführung und Chefarzt*innen möglich wurde und hier-

sam« zu bestimmen muss daher zunächst ein frommer Wunsch bleiben. Jedoch hilft die unternehmerische Orientierung eine prinzipielle Offenheit gegenüber einer verbesserten Kooperation mit der Geschäftsführung zu bewahren, die nicht zuletzt auf einem geteilten Glauben an die rationale Berechenbarkeit organisierter Krankenbehandlung fußt, die das verbindende Element zwischen einer Geschäftsführung und dem unternehmerisch handelnden Chefarzt bildet.

Herr Gelmann hingegen fehlt es an dieser Offenheit. Er sieht aus einer *zynisch bis resignativen Praxis* heraus vor allem ein Planspiel der Zahlen am Werke. Er meldet, wie schon Herr Schlenk, epistemische Zweifel grundsätzlicher Art an, zeigt aber gleichzeitig, ähnlich wie sein Hauskollege Herr Peters, eine starke Zahlenaffinität auf. Sein Interesse an und praktisches Wissen über Controlling-Daten weiß er *situativ* einzusetzen, vor allem, wenn es darum geht, das sich als für *seine* Klinik ökonomisch notwendig Darstellende unter der Zuhilfenahme der Expertise von Kodierfachkräften zu erfassen. Er weiß, an welcher Stelle und warum Skepsis gegenüber der objektiven Aussagefähigkeit der Controlling-Daten geboten ist (z.B., wenn unterschiedliche Zeitbezüge und Abteilungen sowie Absichten involviert sind; wenn es sich um Hochrechnungen mit nicht repräsentativer Grundgesamtheit handelt), wann Statistiken aus seiner Sicht als belastbar gelten können (z.B. bei Verweildauer-Vergleichen, Prognosen) und wann er sie als »blödsinnige Zahlen« zurückweisen und eine Diskussion hierüber unterbinden muss. Letzteres verweist vor allem auf den Umgang mit der Geschäftsführung bzw. dem Konzern. Er fühlt sich, wenn wirtschaftliche Ziele in Gefahr geraten, nicht zuständig (»sehe ich jetzt als Problem des Plans an, der Planwirtschaft, dass man, einfach Krankenhäuser lassen sich nicht planen, ja«) und schaut eher mit Spott auf den Aktionismus seiner Geschäftsführung. Dessen eigene Nöte abstrahiert er als Probleme einer »Planwirtschaft«, die nichts als »Zynismus« produziert, und doch kann seine demonstrative Gelassenheit gegenüber den Anforderungen dieses Systems nicht verhehlen, dass er davon – wie er offen zugibt – selbst erfasst wird und hierüber in moralische Schwierigkeiten gerät (»das ist ein zynisches System und das, dem kann man ja auch nur mit einem gewissen Zynismus entgegnen, sonst geht man unter. Das ist leider so«).

Die Betonung der *Zwangsläufigkeit* markiert seine Ausweglosigkeit: Zwar glaubt er grundsätzlich an eine Rationalisierbarkeit der Zahlen, wenn man sich gemeinsam bespricht und sich über die Signifikanz der Zahlen einig wird, sieht aber überall nur »bad intentions«, zynische Spieler und in Zahlen verkleidete Machtansprüche der Systemarchitekten und Geschäftsführungen. Er scheint gefangen in einer Organisation, die nichts als Schein produziert und in der es logischerweise nur um das eigene Überleben gehen kann. Daher deutet er auch nicht an, geschweige denn

über komplexe Gemengelage – im vorliegenden Beispiel die OP-Planung – besser austariert werden konnten.

sucht er konkret nach Mitteln und Wegen, eine Klärung mit der Geschäftsführung herbeizuführen und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit auszuloten. Herr Peters als auch Herr Schlenk zeigen sich hier sensibler für die komplexen Zusammenhänge, die die organisierte Krankenbehandlung prägen, sie sehen in dieser komplexen Situation mehr und können freier agieren als ihr Kollege Gelmann, wenn sie sich einfachen Schuldzuschreibungen verwehren und nicht in eine Haltung verfallen, die den eigenen Zynismus mit dem Zynismus des »Systems« zu legitimieren sucht.