

7. Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit verfolgte zwei Ziele. Erstens sollte der Begriff der Ökonomisierung metatheoretisch reflektiert und als Verhältnis von Autonomie und Kalkulation konzeptualisiert werden. Mit Hilfe eines differenztheoretischen Instrumentariums wurden zunächst vier zentrale Prämissen gesellschaftlicher Ökonomisierung diskutiert, die sich dieser aus dem Blickwinkel von Zahlen und Rechenpraktiken nähern und als begriffliche Hintergrundfolie der vorliegenden Arbeit dienen. Die empirische Beobachtung von Ökonomisierungsprozessen beruht demnach auf der Existenz relativ autonomer Entitäten, an die sich ökonomische Rechenpraktiken und Zahlen richten können und die Ökonomisierung dadurch erst möglich und beobachtbar machen. Zweitens bedarf es einer kulturalistischen Perspektive auf Rationalisierung, die die Rechenhaftigkeit moderner Gesellschaften nicht bloß als mathematische Leistung versteht, sondern in Beziehung setzt zu lebensweltlichen Wertorientierungen und gesellschaftlichen Wertbeziehungen. Dies verweist drittens auf die sozialen Innovationen der Quantifizierung und Vergleichen, die komplexe Ordnungsbildung betreiben, wenn qualitative Aspekte des Zusammenlebens in numerische Werte transformiert und mit Prozessen der Wertzuweisung verknüpft werden. Dies kulminierte viertens im Begriff der Kalkulation, der die betriebs- und volkswirtschaftliche Errechnung möglicher Erwerbszukünfte bezeichnet. Diese vier Prämissen wurden in der Formulierung einer praxis- wie organisationstheoretischen Analyseperspektive aufgegriffen. Diese rekurriert auf das Habituskonzept von Bourdieu, eine zahlenaffine Synthese organisationstheoretischer Arbeiten sowie den Entwurf Latours von Ökonomisierung als sozio-technisches Arrangement aus organisationalen Skripten und Berechnungsinstrumenten, leidenschaftlichen Interessen und moralischen Skrupeln über die »richtige« Verteilung von Zwecken und Mitteln.

Zweitens sollte mit Hilfe der Latour'schen Perspektive auf Ökonomisierungsprozesse das zeitgenössische Krankenhaus anhand zweier institutioneller Settings – dem wohlfahrtsstaatlichen und der neuen Ordnungspolitik zwischen Rationalisierung und Rationierung – erschlossen werden. Über die Kategorien »Finanzierung«, »Leistung«, und »Organisation« wurde der Wandel rekonstruiert und anhand der neuen gesundheitsökonomischen Rechendisziplinen wesentliche Ten-

denzen in Richtung einer »Vorsehungsökonomie« (Latour 2014: 616) herausgearbeitet. Im letzten Kapitel werden nun die theoretischen mit den empirischen Erkenntnissen in Verbindung gebracht. In einem ersten Schritt ist es hierzu notwendig, die Ergebnisse der empirischen Analysen (6.1 – 6.4) in kurzer und prägnanter Form erneut vorzustellen und unter Anleitung der Forschungssystematik der Dokumentarischen Methode zu einer sinngenetischen Typologie (7.1) im Sinne einer funktionalen Analyse (Vogd 2018a) zusammenzuführen. Darauf folgt eine Analyse der Praxisarrangements im Krankenhausmanagement (7.2), mit denen die vier sinngenetischen Typen in Verbindung stehen. Abschließend werden die typologischen Rekonstruktionen und Praxisarrangements genutzt, um gegenstands- wie metatheoretische Schlussfolgerungen zu ziehen und weiteren Forschungsbedarf zu identifizieren (7.3).

7.1 Eine sinngenetische Typologie des zeitgenössischen Krankenhauses zwischen Autonomie und Kalkulation

Die Rekonstruktion der unterschiedlichen Ausprägungen des Umgangs mit der für das zeitgenössische Krankenhaus typischen Spannung zwischen medizinischer Autonomie und betriebswirtschaftlicher Kalkulation beginnt mit der Entwicklung einer funktionalen Basistypik, desjenigen »generativen Musters« (Bohnsack 2013: 249), wie es im ersten empirischen Kapitel (6.1, »Transparenz und Mangel«) erarbeitet wurde. Anschließend wird eine differenzierte Typik der Muster vorgestellt, die sich hiervon ausgehend im empirischen Material zeigten und die in den weiteren Unterkapiteln angezeigten Dimensionen (6.2: »Vergleich und Konkurrenz«, 6.3: »Verantwortung und Aktivierung« und 6.4: »Objektivität und Krankenhausökonomie«) bereits vorbereitet wurden.

Die empirische Analyse hatte dabei zunächst nicht die sukzessive Darstellung differenzierter Typen zum Ziel, sondern folgte vielmehr einem thematischen Verlauf, der in der Lage sein würde, die Komplexität der Zusammenhänge gesellschaftlicher Ökonomisierung im Krankenhaus zwischen Autonomie und Kalkulation aus praxis- wie organisationstheoretischer Perspektive abzubilden. Der Verlauf war zunächst davon geprägt, eine funktionale Basistypik zu entwickeln, die das wesentliche *Orientierungsdilemma* im zeitgenössischen Krankenhaus anhand des Bezugspaares »Transparenz und Mangel« explizieren sollte (6.1). Das sich über alle Fälle spannende Orientierungsdilemma wies dann unterschiedliche thematische Anschlüsse auf, deren Exploration und Explikation im Sinne der sequenzanalytischen Rekonstruktionspraxis der dokumentarischen Methode anhand der weiteren Bezugspaare »Vergleich und Konkurrenz« (6.2), »Verantwortung und Aktivierung« (6.3) sowie »Objektivität und Krankenhausökonomie« (6.4) erfolgte. Die unterschiedlichen Themen fungierten als weitere *Tertia comparationis*, deren Bei-

trag zur Rekonstruktion differenzierter sinngenetischer Typen dem nun folgenden Abschnitt vorbehalten ist, womit die vorausgegangenen Analysen systematisch zusammengeführt werden.

7.1.1 Basistypik: Spannung zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation aufrechterhalten

Im ersten Unterkapitel der empirischen Analyse wurde anhand des Bezugspaares »Transparenz und Mangel« das neue Orientierungsdilemma im Krankenhaus zwischen Autonomie und Kalkulation dargestellt. Am Fall von Herrn Falter wurde evident, dass sich die Darstellung medizinischer Leistungen im DRG-System zunächst als eine *neue Form der Aufmerksamkeit* erweist. Die habitualisierte Praxis der am medizinischen Einzelfall orientieren Patientenbehandlung bewegt sich hierdurch in Richtung einer quantitativen Mengenbetrachtung, die von medizinischer Seite als prinzipieller »Anreiz in die falsche Richtung, den man pausenlos korrigieren muss«, erlebt wird. Das paradoxe Ergebnis eines vertieften Einblicks in die numerisch erfassbaren Differenzen medizinischer Diagnose- und Behandlungsverfahren ist es demnach, nicht *mehr*, sondern *weniger* medizinische Aufmerksamkeit für den einzelnen Patientenfall aufzubringen, da nun summative Charakteristika von Patientengruppen in den Vordergrund der Betrachtung rücken.

Die stark ausgebauten Analysekapazitäten des Krankenhauscontrollings stehen ferner in engem Zusammenhang mit der sich als Notwendigkeit vollziehenden Anforderung an die (Chef-)Ärzt*innen, vermittelt Behandlungen die wirtschaftliche Existenz der Krankenhäuser zu sichern. Vor dem Hintergrund der Erfahrung, mit ihrer medizinischen Arbeit einseitig auf erwerbswirtschaftliche Prinzipien (die Erbringung möglichst hoher »Fallmengen«) verpflichtet und damit auf Fragen der wirtschaftlichen Produktivität reduziert zu werden, finden sich Chefärzt*innen unentwegt in einem *Priorisierungskonflikt* wider, der beträchtliche habituelle Spannungen provoziert. Als professionelle Arbeit gilt fortan auch, sich (mental bzw. reflexiv) zu vergewissern, wozu und wie die Arbeit (die eigene und die der medizinischen Abteilung) am Patienten *eigentlich* täglich zu leisten ist. Dies ist Ausdruck eines in weiten Teilen bereits habitualisierten Wissens über das, was als *Verkehrung des Gewöhnlichen* bezeichnet wurde. Aus der impliziten Selbstverständlichkeit der Arzt-Patienten-Beziehung, der Normalität professionell imprägnierter medizinischer Entscheidungen, ist etwas *Exotisches* geworden. Dies äußert sich als praktischer Zwang zu Selbstvergewisserung und kontinuierlicher Selbstbehauptung, da nun aus Richtung des Controllings ein explizites Wissen zur Verfügung steht, dass die professionellen Fertigkeiten und Überzeugungen vor dem Hintergrund eines gemessenen *Mangels* in Frage stellt oder jederzeit stellen kann.

Entgegen der praktischen Bearbeitung und Verschachtelung *unterschiedlicher* Rationalitäten, die im ärztlichen Habitus sedimentiert ist, stellt sich die medizini-

sche Praxis heute in erster Linie als kontinuierliche *Bewährungsprobe* unter ökonomischem Vorbehalt dar. Dies befeuert eine Entgegensetzung von Medizin und Ökonomie und lässt beide Rationalitäten zunehmend als inkommensurabel erscheinen. Denn was mit der neuen Aufmerksamkeit einhergeht, ist allen anderen Aspekten voran die Sichtbarkeit *ökonomischen Drucks*. Dieser offenbart sich in der Praxis als systematisch erzeugter *Mangel* in zweierlei Hinsicht: Einerseits als individuelle oder abteilungsspezifische Verfehlung medizinischer Leistungsziele (meistens in Form von »Fallmengen«), die sich zur existentiellen Überlebensfrage der Krankenhäuser und damit auch zum festen Horizont professioneller Krankenhausarbeit entwickelt. Zum anderen bedeutet dies ganz konkret eine Suche nach Optimierungspotenzialen, eine Sicht auf das, was (noch) nicht optimal ist, was (noch) besser gemacht werden kann und muss. Es ergeht hieraus ein neuer gemeinsamer Problembezug, ein Orientierungsdilemma, das sich vor allem als schwer zu enaktierender *Fragekomplex* darstellt. Denn ein errechnetes Defizit nach dem Soll-Ist-Schema, ein Mangel an Zielerreichung, macht noch keine Angaben darüber, *weshalb* eine Zahl so und nicht anders ausgewiesen, warum ein Ziel nicht erreicht wird. Waren die Erlösvorgaben zu optimistisch? Wie lassen sich Kostensteigerungen erklären? Warum sinken Patientenzahlen für spezifische Erkrankungen? Es fehlt mitunter an einem Wissen über den *Begründungszusammenhang* der Kalkulationen, die sich bei den Ärzt*innen in der Praxis als *Rückfragen* von Seiten des Managements über die möglichen Gründe für »rote Zahlen« darstellen, wenn also ein Mangel anhand eines Leistungsquantums sichtbar wird. Insofern verweist die neue Sichtbarkeit der Zahlen auf ein *Nicht-Wissen*, das infolge eines »Kontrolldruck« bzw. einer verbesserten »Kontrollfunktion« des Managements offengelegt wird, gerade deshalb aber nicht mit der optischen Idee von Transparenz verwechselt werden sollte.

Gleichwohl wird hierüber die Rechenschaftspflicht für Ärzt*innen anhand gemessener Variablen und somit die *Kontrollfiktion* des Managements funktionabel, die sich anhand der Rekonstruktionen des geschäftsführenden Direktors Herrn Helmstedt zeigte. Er sieht in den Planzahlen zwar keine self-fulfilling-prophecies im Sinne von [DK], glaubt aber doch daran, eine exakte Passung von professioneller Persönlichkeit und errechnetem Wirtschaftsplan mit Hilfe der kontinuierlichen Bearbeitung und Führung der Chefärzt*innen (»An-die-Hand-nehmen«) »hin zum Erfolg, jetzt in unserem Sinne eben dem ökonomischen« herstellen zu können. Die systematische Erzeugung eines Mangels vollzieht sich hier als *erwerbswirtschaftliche Verpflichtung* auf ein *surplus*, das nicht exorbitant (Negativhorizont »Deutsche Bank«) aber doch hinreichend für die Refinanzierung von Investitionen im Zuge eines *Wachstumsurses* ausfallen muss. Denn der Mangel wird von Herrn Helmstedt als notwendiger Ausdruck neuer »Spielregeln« des Gesundheitssystems gerahmt, die sich ihm nicht nur in Form fehlender Investitionsmittel, sondern vor allem

auch als erhöhter Kontrolldruck von außen (Fallprüfungen durch den MDK, der an medizinfachlicher Kompetenz »aufgerüstet« hat) entgegentritt.

Die Tatsache aber, dass die Eigenlogik der medizinischen Rationalität von ihm trotz ökonomischer Kontrollfiktion mitgeführt wird (»derjenige, der sich da weniger dafür interessiert, kann ja trotzdem ein super Arzt sein«), zeigt, worauf das neue Orientierungsdilemma im Krankenhaus zuläuft: Die ökonomische Orientierung der Ärzte an einem Mangel fußt auf der betriebswirtschaftlichen Verpflichtung zur Produktion von Überschüssen, die von der Geschäftsführung nicht garantiert aber doch durchgesetzt werden müssen. Im Arrangement zwischen ihm und Herrn Falter zeigen sich zwei für die Krankenhausorganisation zentrale *Fiktionalisierungen*, die Herr Falter wie folgt auf den Punkt bringt: »es gibt eine Planungsbehörde, die medizinisch inkompetent ist, aber trotzdem medizinische Planung macht und man (.) wird genötigt sich so zu verhalten, als ob man Unternehmer wäre, aber hat die Kompetenzen des Unternehmers nicht, hat die Machtfülle des Unternehmers nicht.«

In der Konsequenz zeigt sich eine funktionale Basistypik, die davon bestimmt ist, den alten »Generalkonflikt« (Rohde, siehe oben 4.1.3) des wohlfahrtsstaatlichen Krankenhauses, seine Spannung zwischen medizinischer Autonomie (Maximaltherapie-Effektivität-Egalitär) und verwaltender Berechnung (Sparsamkeit des Mitteleinsatzes-Effizienz-Hierarchie) angesichts des erwerbsökonomischen Drucks und der habituellen Verwerfungen innerhalb Ärzteschaft nicht zu befrieden, sondern im Gegenteil *vor dem Verschwinden zu bewahren*, also die »Aufrechterhaltung der Ambivalenz« (Vogd et al. 2018: 14) zwischen beiden Polen unter den erschwerten Bedingungen weiterhin zu gewährleisten. Es wird damit eine funktionale Typenbildung (Vogd 2018a) verfolgt, die mit Schäffer (2013: 69) auf die habituellen Spannungen »von Hybridakteuren innerhalb konjunktiver Erfahrungsräume« abstellt. Das ökonomisierte Krankenhaus, verstanden mit Latour als Komplex aus Rechenskripten, leidenschaftlichen Interessen und moralischen Skrupeln, kann – das soll die Basistypik zeigen – nur überleben, wenn die fragilen Verhältnisse zwischen professioneller Autonomie und kalkulativer Praxis so gelebt werden, dass kein epistemischer Kurzschluss entsteht. Wie die »Elektrizität entlang eines Drahtes« (Latour 2000: 85, siehe oben 3.4.2) zirkuliert die Zuversicht, den medizinischen Problemen der Patient*innen gerecht werden *und* die Zahlen des neuen gesundheitsökonomischen Settings bedienen zu können, nur so lange, wie beide Seiten geneigt sind, die Dinge (den »Einzelfall« wie die »Fallmenge«) miteinander im Gespräch zu halten, die Rechnungen [MOR] zu überprüfen, die Bindungen [BIN] zum Leid der Patient*innen nicht zu verlieren und die Skripte [ORG] immer wieder neu auszurichten.

Um ausgehend vom skizzierten Orientierungsdilemma nun weitere Typen differenzieren zu können, wird auch auf die anderen empirischen Unterkapitel und die dort verhandelten Bezugspaare zurückgegriffen.

7.1.2 Typ 1: »Erfüllungsgehilfe«

Mit Herrn Falter war nicht nur ein Protagonist für das basale Orientierungsdi-
lemma erschienen, sondern zugleich ein erster Typ, der in Anlehnung an seine ei-
genen Worte »Erfüllungsgehilfe« genannt wird. Dieser Typ erlebt die Sichtbarkeit
des Mangels als »bedrohlich« für die eigene professionelle Berufsausübung. Die
gestiegenen ökonomischen Anforderungen der Geschäftsführung wirken so stark,
dass einzelfallbezogene Konzessionen gemacht werden, die dem professionellen
Habitus widersprechen, aber als alternativlos erscheinen. Im Zuge dessen wird
die eigene Abteilung dazu gedrängt, Überstunden zu machen und Patienten als
Ausdruck einer Vertriebsmentalität so zu umgarnen, dass sie zum Zweck der Fall-
zahlsteigerung und Patientenbindung wieder vorstellig werden. Gleichzeitig soll
der ärztlichen Belegschaft der Abteilung im Sinne eines »impression management«
der Eindruck vermittelt werden, die optimale medizinische Behandlung der Pati-
enten stehe im Vordergrund. Dazu passt die wiederholte Ermahnung an die eigene
Adresse, sich immer wieder bewusst zu machen, nicht bloß für die wirtschaftliche
Zielerreichung verantwortlich zu sein, sondern in erster Linie dafür, »dass die Pa-
tienten, die sich einem anvertrauen, dass man die optimal behandelt.« Allerdings
liegen die Dinge hier komplizierter, da das angemahnte Primat der Medizin sich
unter der Prämisse überschüssiger Fallzahlen als Luxus, den man sich situativ leis-
ten kann, firmiert. Die medizinische Patientenorientierung dieses Typs erscheint
damit letztlich als ökonomisch integrierte Variante eines Abteilungsleiters, der ver-
sucht, mit verbundenen Augen die Balance zwischen beiden Sphären zu halten.¹
Dabei kommt ihm zusätzlich das Verdienst zu, die ökonomische Perspektive auf
seine Arbeit trotz all der Zumutungen noch als eigenständige Rationalität anzuer-
kennen (»[...] die Fallstatistik [...] muss immer zweitrangig bleiben. Das wird natür-

1 Herr Falter notiert für den Fall der fachlichen Spezialisierung unisono: »Prinzipiell ist die Geschäftsführung dafür, für diese Spezialisierung und unterstützt das, aber es sollte nicht zu viel kosten. Und es wird immer dann (.) problematisch, wenn man erwartet, dass die (.) Geschäftsführung oder die kaufmännische Seite in Vorleistung geht, (.) was personelle und apparative Ausstattung angeht. (.) Also was man umgekehrt natürlich auch nicht machen darf ist, erst die Leistung zeigen und dann nach der Nachbesserung fragen, weil wenn man erst die Leistung gezeigt hat, die Nachbesserung immer davon abhängig gemacht wird, dass man zu dem, was man schon zeigt, als hundert Prozent genommen noch etwas dazugelegt wird. Also das ist (.) das Spiel mit der Vorleistung oder jetzt fangen Sie doch erstmal an und dann schauen wir mal, wo wir Sie unterstützen können, das ist ausgesprochen schwierig. Das muss sehr wohl balanciert sein, weil am Ende es immer einen Verlierer gibt. Entweder die Geschäftsführung, weil sie zu früh investiert hat und dann die Erwartungen nicht erfüllt werden oder der Leistungserbringer Abteilung, weil er mit zu wenig Personal und zu schlechter apparativer Ausstattung zu viel tut. Auf Kosten der Mitarbeiter und eventuell auch auf Kosten der Patienten. (...) Das muss man lernen, diese Balance. (.) Das sich langsam Entwickeln und langsam (.) Aufschaukeln, gegenseitige Aufschaukeln zu einer optimalen Lösung.«

lich von der kaufmännischen Seite nicht so gesehen und die kaufmännische Seite kann sich ja um die Einzelfälle nicht kümmern, das soll sie ja auch nicht«).

Unter der skizzierten habituellen Spannung stehend wird auch der »double bind« zwischen Konkurrenz und Kooperation (6.2) im DRG-Krankenhaus ambivalent bearbeitet. Einerseits werden Stationen fächerübergreifend mit Blick auf die Versorgungsqualität betrieben, andererseits wird der Kampf um bessere OP-Kapazitäten mit harten Bandagen geführt (»Kleinkrieg«) und ein fairer Ausgleich erst dann akzeptiert, sobald hierdurch die eigenen Leistungsziele besser erreicht werden können. Die Verantwortung (6.3) wird im Rahmen der üblichen Anforderungen vor allem in der Abteilung wahrgenommen, die Aktivierung reicht bis hin zu einer konventionellen »Einweiserpflege«, die sich allerdings qualitativ von derjenigen des noch vorzustellenden Typs 3 deutlich unterscheidet. Dies führt letztlich zu einem Umgang mit Zahlen und den Leistungsvorgaben des Managements, der sich auf die paradoxe Formel der *Ko-Optation wider Willen* bringen lässt (siehe 6.4). Zahlen sind dann real, wenn ihre Prämissen realistisch sind und eine Wahl, die keine freie Wahl ist, wird als solche verkauft, nur um den Grund der praktischen Fiktionalisierung noch weiter zu vertiefen. So werden medizinische Entscheidungen getroffen, die »wirtschaftlich gesehen Unsinn« sind, und diese postwendend im Sinne des »guten Krankenhauses« als Vermarktungsstrategie genutzt, die in der Versorgungslandschaft einen kompetitiven Vorteil verschaffen soll (positive Reputation bei Patienten und Einweisern in der Hoffnung schaffen, die Fallzahlen zu erhöhen).

7.1.3 Typ 2: Als-Ob Kooperation

Hiervon zu unterscheiden ist Typ 2, der als »Als-Ob Kooperation« bezeichnet wird, und der sich auf die Schilderungen von Herrn Schlenk bezieht. Obwohl im gleichen Krankenhaus angesiedelt und mit ähnlich saturierten Fallzahlen versehen wie Typ 1, zeigt Typ 2 eine abweichende Problembearbeitung im Modus des »Als-Ob«. Die Sichtbarkeit des Mangels ficht ihn emotional nicht sonderlich an, er erlebt hier keinen »Kontrolldruck« der zu grundsätzlichen professionellen Verwerfungen im Sinne einer unablässigen »reflexiven Kontrolle« (Noordegraaf 2007) und dem Zwang zur Leistungsoptimierung führt. Auch wird die wirtschaftliche Perspektive, wie bei Typ 1, als eigene (wenn auch als seltsam betrachtete) Rationalität anerkannt. Dieser Typ steht den Zahlen des Controllings gelassen bis indifferent gegenüber (»ich rechne nicht die Zahlen aus, ich weiß nicht, was das für Erlöse sind. Will ich auch gar nicht wissen«) und lässt sich gleichgültig (performatives Abnicken) auf Leistungsziele festlegen, die der Controller bzw. die Geschäftsleitung vorschlägt. Aus der Erfahrung heraus, »stabile Zahlen« vorweisen zu können und die eigene Klinik seit vielen Jahren von ökonomischen Anforderungen unbekümmert geführt zu haben, ist die typische Haltung des medizinischen Professionalismus noch intakt.

Anstelle einer ökonomisch integrierten Patientenorientierung zeigt sich eine von davon unberührte medizinische Patientenorientierung (»Aber wir behandeln die Patienten, die kommen«), die nicht durch Orientierungsschemata der prospektiven Leistungsvergütung gestört wird, sondern sich weiterhin stark an den Erforderlichkeiten spontan eintretender, singulärer Fälle von Patient*innen ausrichtet.

Die Verantwortung für die eigene Tätigkeit ergibt sich zuvorderst aus den medizinischen Notwendigkeiten der Abteilungs- bzw. Stationsabläufe und ist an die Qualität der professionellen Patientenbehandlung gebunden (»Naja, meine Meinung ist einfach, wenn eine Abteilung qualitativ so gut läuft, dann ist die für mich top, und nicht kritikwürdig. Aber das rührt einen Geschäftsführer nicht. Für den sind die Zahlen entscheidend«). Das Verhältnis von Konkurrenz und Kooperation weist daraufhin zunächst auch keine allzu große Ambivalenz auf.² Es werden zum Wohle der Versorgungsqualität (auch unter Mitnahme von Effizienzgewinnen) Kooperationen mit benachbarten Fächern angestoßen und als positiver Beitrag zur »Verbesserung der kollegialen Zusammenarbeit« gewertet, woraus implizit hervorgeht, dass hier die tradierten Probleme dezentraler Organisationsstrukturen und autonomer Entscheidungsbefugnisse zum Wohle des gesamten Hauses ein Stück weit besser eingehegt werden. Mit der performativen Indifferenz den Leistungszahlen gegenüber geht auch eine implizite Zurückweisung der Kontrollfiktion des Managements einher (»Naja, Zahlen, es gibt ja keine objektive Vorgabe, wie muss eine Zahl sein«). Insbesondere mit Blick auf die Planzahlen werden fiktionale Bestandteile klar adressiert, wenngleich die Zahlen selbst in der kommunikativen Aushandlung im Modus des Als-Ob nur implizit in Zweifel gezogen werden und so eine auf Verständigung basierende Koexistenz professioneller und kalkulativer Praktiken gefördert wird.

7.1.4 Typ 3: Unternehmerischer Leistungsträger

Der nächste Typus (3) wird als unternehmerischer Leistungsträger bezeichnet. Er steht für eine Praxis, die in einen konstruktiven Widerspruch zu den neuen Anforderungen tritt, die sich aus der Sichtbarkeit des Mangels ergeben. Der Mangel wird nicht als bedrohlich empfunden oder indifferent aufgenommen, wohl aber herrscht hier einige Erhitzung über die zu erfüllenden Leistungsvorgaben vor, die

2 Mit Blick auf die Doppelrolle als Chefarzt und Ärztlicher Direktor lässt Herr Schlenk hingen wissen: »Also ich bemühe mich schon, innerhalb der Krankenhausdirektion jetzt nicht prodomo zu agieren. Also was rauszuholen für meine Abteilung unter Hintenanstellung der Interessen anderer Abteilungen. Man könnte ja da schon ein bisschen lobbyistisch sein. Ob mir das immer gelingt, das weiß ich nicht, bin ja auch nur ein Mensch, aber, ja. Ich glaube, die, meine Mitarbeiter, die betrachten es eher als Vorteil, dass ich auch ärztlicher Direktor bin, weil ich ein bisschen Einfluss natürlich dadurch habe auf das Krankenhaus, auf die Krankenhausleitung.«

in konstruktiver Art und Weise auf die persönlichen Interessen ausgerichtet und hierdurch affirmiert werden. Angesichts einer starken individuellen Leistungsorientierung klingen Reminiszenzen an tradierte Vorstellungen des medizinischen Professionalismus zwar an und wird die Verkehrung des Gewöhnlichen mitunter schmerzlich vor Augen geführt und bis zur Fundamentalkritik ausgedeutet.³ Doch in der Praxis wird die basale Spannung vielmehr über die Ausgestaltung einer *unternehmerischen* Fürsorge kompensiert. Diese konkretisiert sich etwa als intensive personale Netzwerkarbeit (Herr Hocke), oder als Übernahme eines Kassensarztsitzes bei gleichzeitiger Ausfüllung der Chefarztposition (Herr Schmidt). Die teils sehr kritische, reflexive Infragestellung der »medizinischen Leistungssteuerung« (Simon 1997) durch DRG und Planzahlen führt weder zur Blockadehaltung, noch zur verzweifelten Assimilation.

Dieser Typus baut eher darauf, die eigene medizinische Autonomie durch neue Praktiken zu transformieren und löst hierfür unterschiedliche Suchbewegungen in der organisationalen Umwelt aus. Hierunter fallen neue Beziehungen, die in Anlehnung an den Begriff der leidenschaftlichen Interessen [BIN] von Latour (2014, siehe oben 3.4.3) als Ketten »assoziativer Leidenschaft« bezeichnet werden können. Die Ketten sollen helfen, versorgungssystemische⁴, sozialräumliche⁵ bzw. persönliche⁶ Grenzen zu überwinden und damit durch einen Wandel etablierter Bindungen das Überleben der Krankenhäuser zu verlängern. Denn zugleich festigen diese Praktiken allesamt eine numerische Konkurrenzorientierung des einzelnen Leistungsakteurs und fördern das Ausgreifen der Krankenhäuser in ihre Umwelten mit dem Ziel, die Fallzahlentwicklung positiv zu beeinflussen. In diesem Sinne kommt es neben der reflexiven Kritik auch zu einer individuellen Aneignung der Kontrollfiktion des Managements, wodurch eine gewisse Unabhängigkeit von den Steuerungsversuchen der Geschäftsführung erzielt werden soll.

-
- 3 Als Beispiele sollen folgende Zitate ausreichen: Herr Blumenthal: »das war eine Zeit, als man sich um kaufmännische Dinge im Krankenhaus überhaupt nicht gekümmert hat. Da konnte man Medizin machen, konnte arbeiten«; Herr Hocke: »Gute Medizin und gute Qualität lohnen sich immer; Herr Schmidt: »ich habe nur ein einziges Interesse. Zu mir kommen Leute, die haben Beschwerden und die habe Erkrankungen. Mein Interesse ist, was machst du jetzt, damit es ihm besser geht. [...] Und so simpel sehe ich die Welt. Die Welt ist so simpel. So. Und anstatt dessen gibt es solche BWL-Typen, die sagen, nein, wir müssen noch mal gucken, der Key ist nichts. Und der stimmt nicht. Und hier stimmt der Profit nicht und da auch nicht. Und dann kommen die mit irgendwelchen Messwerten an, die ein großer Haufen Scheiße sind, wenn ich es mal in diesem Begriff nennen darf. Und das kotzt mich an. Es widert mich an. Es ekelt mich an.«
- 4 Im Fall des Kassensarztsitzes von Herrn Schmidt.
- 5 Herr Blumenthal als »Corporate Citizen«, der mit den Zahlen arbeitet, in dem er aus diesen etwa »Schlüsse« zieht in Bezug auf neue ärztliche Konkurrenz in der Versorgungslandschaft.
- 6 Herr Hocke als Mitglied der »Inzest-Mafia«.

7.1.5 Typ 4: Gemeinsame Mikropolitik

Der letzte rekonstruierte Typ, der unter dem Namen »gemeinsame Mikropolitik« firmiert, setzt hier ebenfalls an, geht aber einen anderen Weg. Er agiert also ebenfalls unternehmerisch und in Abgrenzung zu einer Mehrebenen-Geschäftsführung. Die Abgrenzung des Typs zeigt sich an reflexiven Infragestellungs- und Aneignungspraktiken im Umgang mit der Kontrollfiktion des Managements. Die Sichtbarkeit des Mangels wird aber eher aus einer zynisch bis resignativen Haltung heraus hingenommen und soll durch die praktische Einsetzung einer kollektiven Leistungsverantwortung getilgt werden. Die Kollektivorientierung zeigte sich in der Empirie am Beispiel einer bereits in Teilen erfolgreich etablierten Weiterleitungspraxis von Patient*innen zwischen Abteilungen des gleichen Fachbereichs inmitten einer neu zusammengelegten regionalen Krankenhausorganisation. Mit der Fusion gehen auch ökonomische Nachteile für einzelne an der Weiterleitung beteiligte Abteilungen einher, die Patient*innen »abgeben«, was sich wiederum positiv für den gesamten regionalen Standort bzw. den Konzern in Form der besseren Abrechenbarkeit von Komplexpauschalen auswirkt. Ferner soll dieser Umstand durch eine »gemeinsame Abrechnung« korrigiert und eine numerische Kooperation entgegen einer durch die DRG stimulierte individuelle wie umweltbezogene Konkurrenzorientierung (wie bei Typ 3) aufgebaut werden.

Durch die numerische Kooperation zwischen Abteilungen, Fachbereichen und Standorten soll die neue Krankenhausorganisation in eine symbolische wie praktische Einheit überführt werden. Allerdings zeigen sich hier Risse, da die »gemeinsame Abrechnung« von der (regionalen sowie konzernweiten) Geschäftsführung nicht eingesetzt wird, während die numerische Konkurrenz zwischen den Abteilungen und Fachbereichen im Rahmen des »normalen« DRG-Kosten- und Leistungswettbewerbs unvermindert fortbesteht, oder gar – durch eine verstärkte hierarchische »Top-Down« Praxis der Unternehmensführung mit der Vorgabe teils »utopischer Steigerungsraten« – noch intensiviert wird. Hieraus ergeben sich unterschiedliche Formen einer »gemeinsamen Mikropolitik« und damit zusammenhängend kollektive Aneignungspraktiken der Kontrollfiktion. Während eine an Typ 3 erinnernde, abteilungsbezogene Leistungsorientierung auf der akribischen Analyse numerischer Konkurrenzverhältnisse im Haus wie in der Versorgungslandschaft aufsetzt und sich die Kontrollfiktion individuell aneignet, hierüber aber in zynische Widersprüche gerät (Herr Gelmann), ergeben sich (bei Herrn Peters) fachbereichsspezifische Konjugationen als Ausdruck von mikropolitischen Praktiken des Zahlentauschs. Diese Praxis führt zu einer reflexiven Infragestellung der Objektivität der Zahlen und gebiert so ein Moment der kollektiven Ermächtigung innerhalb des medizinischen Fachbereichs, die als Surrogat einer vormalig fach- und

abteilungsübergreifend stärker gelebten Solidarität bei der Erreichung gemeinsamer Wachstumsziele fungiert.

Die vier Typen stellen sich tabellarisch wie folgt dar:

Tabelle 2 Die vier sinnngenetischen Typen des funktionalen Bezugsproblems zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation

Orientierungs- dilemma: Spannung zwischen medizinischer Professiona- lität und ökonomischer Kalkulation aufrecht- erhalten	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4
	»Erfüllungs- gehilfe«	Als-Ob Kooperation	Unterneh- merischer Leistungs- träger	Gemeinsame Mikropolitik
Sichtbarkeit des Mangels	Bedrohung, ökonomisch integrierte Patienten- orientierung	Pragmatische Indifferenz, Medizinische Patienten- orientierung	Konstruktiver Widerspruch, Individuelle Leistungsorien- tierung	Zynisch bis resignative Hinnahme, Kollektive Leistungs- orientierung
»double bind« von Kon- kurrenz und Kooperation	Verschachte- lung von professioneller und nume- rischer Konkurrenz	Patienten- zentrierte, professionelle Kooperation zwischen Fachbereichen auf Stations- ebene	Numerische Konkurrenz mit organi- sationaler Umwelt	Numerische Kooperation zwischen Fachbereichen oder Standorten
Verant- wortung und Aktivierung	Innerhalb der eigenen Abteilung	Innerhalb der eigenen Abteilung	»patchwork« zwischen externen Personal- und Versorgungs- netzwerken	Zwischen internen Abteilungen, Fachbereichen und Organisations- netzwerken
Objektivität der Zahlen	Ko-Optation der Kontroll- fiktion wider Willen	Implizite Zurück- weisung der Kontrollfiktion	Reflexive Infragestellung und individuelle Aneignung der Kontrollfiktion	Reflexive Infragestellung und kollektive Aneignung der Kontrollfiktion

7.2 Arrangements im Krankenhausmanagement

Was bedeutet dies nun mit Blick auf das Arrangement im Krankenhausmanagement zwischen Ärztlichen Direktor*innen, Chefärzt*innen und der kaufmännischen Geschäftsführung?⁷ Aus Sicht der soeben rekonstruierten Typen lassen sich unterschiedliche Gelingensbedingungen für die Aufrechterhaltung der Spannung zwischen medizinischer Professionalität und betriebswirtschaftlicher Kalkulation identifizieren.

Aus Sicht des »Erfüllungsgehilfen« (Typ 1) liegt die »Lösung« entweder darin begründet, mehr betriebswirtschaftliche Befugnisse bzw. unternehmerische Machtkompetenz als Chefarzt gewährt zu bekommen oder aber mit einer Geschäftsführung zusammenzuarbeiten, die große medizinische Kompetenzen mitbringt, um im Rahmen medizinischer Leistungsplanung medizinische Bedarfe besser mit einer betriebswirtschaftlichen Erwerbsorientierung auszutariieren. Typ 2 plädiert hingegen klar aus Sicht des medizinischen Professionalismus für die Rückkehr zu einer stärkeren Qualitätsorientierung, die innerhalb professioneller Grenzen selbst bestimmt wird und sich von statistischen Qualitätsmessungen oder gar erwerbswirtschaftlichen Maßstäben distanziert. Der unternehmerische Leistungsträger (Typ 3) oszilliert stark zwischen einer fundamentalkritischen Haltung und dem Bedürfnis nach Anerkennung der eigenen unternehmerischen Kompetenzen und Leistungen durch die kaufmännische Geschäftsführung, womit letzten Endes selbst eine kaufmännische Position reklamiert wird. Typ 4 fokussiert stärker auf die praktische Einrichtung eines auch im Controlling angesiedelten Ausgleichs zwischen unterschiedlichen Leistungseinheiten. Die angemahte Vertiefung der

-
- 7 Die Perspektive der Pflegedirektion bleibt – bis auf einige deskriptive Beschreibungen des Arrangements für das Haus »Akinovis« – systematisch unberücksichtigt. Damit soll aber nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass diese keine Bedeutung für das Krankenhausarrangement besitzt. Ganz im Gegenteil kann die Rolle der Pflegedirektion als »vermittelnde Dritte« (Wolf/Ostermann 2015) eine bedeutende Rolle spielen, gerade wenn das Verhältnis zwischen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und medizinischer Autonomie zunehmend dualistisch gelebt und verhandelt wird. Allerdings ist die Pflege aus Sicht der DRG keine erlösrelevante Tätigkeit, oder nur unter eng definierten Voraussetzungen, etwa wenn »Komplexpauschalen« für hochaufwendige Pflegefälle abgerechnet werden können (wie im Fall unter 6.2 kurz diskutiert). Daher wird hier auf die Pflegeperspektive verzichtet, auch wenn Etikettierung der Pflegetätigkeit aus ökonomischer Sicht als reiner Kostenfaktor höchst problematisch ist und seinen Teil zu den massiven Verwerfungen (Stichwort: Pflegenotstand) innerhalb der Krankenhauspflege beigetragen hat. Eine ausführliche Analyse und Typisierung der Arbeit von Pflegedirektionen im Krankenhausmanagement und deren Rolle im Haus-Arrangement findet sich etwa bei Vogd et al. (2018: 121-159 und 219-446), sowie bei Wolf/Ostermann (2019). Mohan (2018) hat sich der Arbeit der Pflegekräfte unter den Bedingungen der Ökonomisierung arbeitssoziologisch gewidmet.

professionellen Solidarität im Sinne einer numerischen Kooperation fußt letztlich auf der Idee einer numerischen Leistungsendifferenzierung, die jedoch von der professionell ausgehandelten »mimetischen« Konkurrenz zu unterscheiden ist. Letztere stellt den eigentlichen Bezugspunkt dieses Typs im Hinblick auf ein gelingendes Spannungsmanagement dar, wonach erst, wenn numerische Konkurrenzverhältnisse zugunsten professioneller Rivalitäten, die zugleich eine Konjugation über das Interesse der Patient*innen mitführen, zurückgedrängt werden, auch die professionelle Kooperation zu einem auskömmlichen Maß zurückfinden kann.

Darüber hinaus ist noch auf den Beitrag der Ärztlichen Direktoren einzugehen. Es wurden insgesamt drei Chefärzte rekonstruiert, die zugleich als Ärztliche Direktoren tätig sind und hierzu befragt wurden: Herr Schlenk, Herr Gondorf und Herr Blumenthal. Herr Schlenk hat infolge seines starken professionellen Habitus Schwierigkeiten, das Orientierungsschema, der Ärztliche Direktor solle »neutral« und ausgleichend handeln, zu erfüllen. Insbesondere deshalb, weil er Möglichkeiten zur Durchsetzung eigener (Abteilungs-)Interessen sieht, welche er aber versucht hintenanzustellen. Zentral für seine Praxis ist ferner, neben der Betreuung medizinischer Projekte (wie der Verwaltung von Leitlinien im Intranet), seine »Vertrauensposition«, da es schon mal vorkomme, dass »Leute aus der Pflege oder aus dem technischen Bereich oder so mit einem Problem zu mir kommen, ob ich ihnen da nicht gegenüber der Geschäftsführung helfen kann«. Dies lässt eine gewisse oppositionelle Haltung gegenüber der kaufmännischen Haltung aufscheinen, die zum Typus der »Als-Ob Kooperation« anschlussfähig erscheint. Gleichzeitig findet der Austausch mit anderen Chefärzt*innen vor allem auf fachlicher Ebene statt, eine übergreifende Vertretung chefarztlicher Interessen findet »eher selten« (Herr Falter) statt.⁸

Herr Gondorf zeigt, wie rekonstruiert wurde, eine noch stärkere Ambivalenz auf: Einerseits agiert er als internistischer Chefarzt klassisch im Sinne des medizinischen Professionalismus relativ blind gegenüber ökonomischen Vorgaben, moniert dies aber andererseits selbstkritisch und ermahnt sich selbst und seine internistischen Kollegen, den ihnen zustehenden »Lohn« auch einzusammeln. Als Ärztlicher Direktor geriert er sich als Organisationsentwickler, wenn er seinen Führungsanspruch in Sachen Strukturwandel (die Entwicklung des Regional-

8 Interviewer: »Und (.) wie kann man sich den Austausch mit dem ärztlichen Direktor vorstellen bei Ihnen? Also ist das dann auch etwas, was eher dann über/auf der fachlichen Ebene dann passiert und/ Herr Falter: Auf der fachlichen Ebene, ja. [...] Ja (seufzt). (.) Also dass der ärztliche Direktor jetzt als Sprecher der Chefärzte auftritt, (.) das ist eigentlich eher selten der Fall. In den allermeisten Fällen ist es so, dass die Chefärzte selber schon aufgefordert sind, ihre Themen in die Krankenhauskonferenz einzubringen. Und es ist eben auch eine mittlerweile personell reduzierte (...) Krankenhauskonferenz. [...] Und da brauchen wir eigentlich jetzt die Vertretung durch den ärztlichen Direktor (...) für unsere Belange nicht. Wir können uns eigentlich ganz gut selber vertreten.«

krankenhauses) anmeldet und befindet sich hierdurch teilweise in Opposition zur eigenen Profession bzw. den medizinischen Abteilungen wie auch zur kaufmännischen Geschäftsführung. Als Organisationsentwickler betont er immer wieder die Einheit der Interessen und die Notwendigkeit einer gemeinschaftlichen Abrechnung und standortweiten Organisationsrationalität (die leuchtenden »Schubladen«), auch wenn er selbst – so die Zuschreibung von Herrn Peters etwa – hier nicht uneigennützig vorgeht und stets das chefärztliche Interesse im Blick hat (»le team, c'est moi«). Herr Blumenthal nimmt seine Position analog zu seinem Typus als Ärztlicher Direktor vor allem aus einer Managementperspektive wahr und betrachtet die Aufgaben des Ärztlichen Direktors als solche, die »einfach nur eine Funktionsaufgabe« darstellen. Hiermit sind in erster Linie Fragen der Strategieentwicklung sowie »administrative Dinge« und die Außendarstellung des Hauses (als »Corporate Citizen«) angesprochen, die »einfach« abgearbeitet werden.

Schließlich werden die Ärztlichen Direktoren mit den Orientierungen der kaufmännischen Geschäftsführungen kontrastiert, denen im Laufe der Analysen ebenfalls einige rekonstruktive Aufmerksamkeit zuteilwurde. Da diese vorgeblich im Namen einer »Organisationsrationalität« sprechen, ist darauf abzustellen, wie diese Rationalität zwischen einer übergreifenden Perspektive des Hauses und der Spannung zwischen ökonomischer Zielerreichung und medizinischer Patientenbehandlung situiert wird. Was die »Organisationsrationalität« anlangt, müssen mit Bezug auf Rohde (siehe oben 4.1.3) sowohl Innen- wie auch Außenspannungen des Krankenhauses sowie das Selbstverständnis des Managements zur Erklärung herangezogen werden, das Ausdruck des funktionalen Bezugsproblems zwischen Autonomie und Kalkulation darstellt (siehe auch Vogt 2018a).

7.2.1 Arrangement 1: Controllingbasierte Führung von »Persönlichkeiten« und Leistungsexpansion in der »Grauzone« des Versorgungsauftrags

Im Zuge der Rekonstruktionen wurde insbesondere die kaufmännische Perspektive im »Klinikum Wahlstädt« von Herrn Helmstedt, dem Controller Herrn Sievers und Frau Martens, der Qualitäts- und Klinikmanagerin, analysiert. Im gleichen Haus wurden zugleich Typ 1 und Typ 2 entwickelt, die hierauf bezogene funktionale Problemlösungsmuster aufwiesen. Herr Helmstedt ist als dominanter Akteur der Geschäftsführung hervorzuheben: Mit Blick auf relevante Außenspannungen sieht er einen neuen ökonomischen »Druck« am Werke, mit dem sinkende Investitionsmittel und ein erhöhter Kontrolldruck durch Einzelfallprüfungen des MDK einhergehen. Die Prüfungen durch den MDK werden nicht selten juristisch ausgefochten, insbesondere dann, wenn es der Expansion eines medizinischen Leistungsbereichs, der häufig durch medizinischen Indikationen in der »Grauzone« des Versorgungsauftrages entwickelt wird, dient. Aus der Wachstumsorientierung resultieren Innenspannungen, die geprägt sind von chefärztlichen »Persönlichkeiten«,

die zur Erfüllung der vorgegebenen Leistungsziele durch die Geschäftsführung geführt werden müssen (»An-die-Hand-nehmen«). Eine der variablen Führungspraktiken ist ein Sparring mit dem Controlling, welches auf individueller Ebene mit den Chefärzt*innen im ständigen Austausch zu medizinischen Kennzahlen steht und mit diesen Leistungsvereinbarungen unter Abwesenheit des Geschäftsführers vorbespricht, bevor dieser die Zahlen letztgültig mit den Chefärzt*innen individuell ausverhandelt. Eine andere ist es, wie bei Frau Martens gezeigt werden konnte, mit Bezug auf »objektive« Daten, die im Medizincontrolling produziert werden sollen, Streitigkeiten zwischen Chefärzt*innen um eine gerechte OP-Belegung zu schlichten bzw. diese so lange auszusitzen, bis derlei Zahlen verfügbar sind. Insgesamt zeigt sich im Klinikum »Wahlstädt« eine moderate Erwerbsorientierung und zugleich eine sehr controllingaffine, auf enge Prozesssteuerung abzielende Managementorientierung, die aus einer hierarchischen Position heraus reklamiert wird (»Wir hier oben, wir müssen das Ganze zusammenhalten«). Zugleich wird die Rationalität ärztlichen Handelns mitgeführt, so dass durchaus ein praktischer Sinn für die besonderen patientenbezogenen Verpflichtungen des Krankenhauses fernab des ökonomischen Drucks erkennbar ist.

7.2.2 Arrangement 2: Lose Kopplung von medizinischer Outputsteuerung und unternehmerischen Chefärzt*innen

Ein derartiger praktischer Sinn wird bei den Managementorientierungen, die mit Blick auf Typ 3 (»Unternehmerischer Leistungsträger«) rekonstruiert wurden, nur teilweise offenbar. Es wurde mit der kaufmännischen Direktorin Frau Henschel aus dem Haus »Verolina«, dem auch Herr Blumenthal angehört, eine Perspektive rekonstruiert, die stark in selbstreferenzielle Schlüsse einer konzernweiten Outputsteuerung eingebunden ist. Anhand quantitativer Qualitätsvergleiche zwischen dem gesamten stationären Versorgungssystem und den Konzernstandorten werden quanti-qualitative Leistungsziele ausgegeben, die das jeweilige Leistungsspektrums des Standortes ausweiten und ein »Fallzahlwachstum« erschaffen sollen, das an der Erreichung systematisch fixierter Renditeziele (pro Jahr eine feste prozentuale Steigerung von X als »unverrückbare Regel«) orientiert ist. Diese Ziele werden mit Chefärzt*innen zwar gemeinsam bestimmt, leiten sich aber von den Renditeerwartungen des Konzerns ab und können gar – wie am Beispiel von Herr Habert gezeigt werden konnte – in einer vollauf idealistischen Entkopplung zwischen der tatsächlichen Arbeit des ärztlichen Personals und dem Erreichen wirtschaftlicher Effizienz- und Zielvorgaben im Sinne des epistemischen Kurzschlusses (dem [DK] bei Latour) münden.

Im Gegensatz zu Arrangement 1 und der Führungslogik im Klinikum »Wahlstädt« zeigt sich hier aber insgesamt eine »nur« als lose zu bezeichnende Kopplung im Sinne einer Kontextsteuerung, da die Umsetzung der Leistungsziele allein den

Chefärzt*innen obliegt, die in unternehmerischer Art und Weise Mittel (die Geschäftsführung stellt hier neben Investitionen lediglich »Kommunikationsmittel« zur Verfügung) und Wege finden müssen, die Ziele zu erreichen, wenn sie Stellenstreichungen (inklusive der eigenen) entgehen wollen. Herr Fürstenberg, kaufmännischer Direktor des Krankenhauses »Hermelin«, offenbarte eine ähnliche Orientierung, wenn auch mit anderen strategischen Überlegungen. Er diversifiziert medizinische Leistungen und steigert Fallzahlen durch hohe (ebenfalls vom Klinikkonzern getragene) Investitionen in einen »Coup« (Akquise eines Kassenarztsitzes durch den Chefarzt Herrn Schmidt als Privatperson), mit dem systemische Versorgungsgrenzen praktisch ausgehebelt werden sollen. Chefärzte fungieren hier wiederum als nur lose mit der medizinischen Outputsteuerung gekoppelte, transgressive Unternehmer und Geschäftspartner, die helfen, betriebswirtschaftliche Unsicherheiten (ambulante Einweisung von Patient*innen) projektbezogen zu absorbieren und den »Marktanteil« des Krankenhauses sukzessive zulasten etablierter ambulanter Versorgungsstrukturen zu erhöhen. Ein ähnliches, wenn auch weniger auf Expansion zielendes Arrangement konnte auch am Beispiel der Geschäftsführung (Herr Heckmann und Herr Stehrig) des »Klinikum zur Wessel« rekonstruiert werden. Diese befindet sich nach Übernahme eines insolventen Krankenhauses noch in der Konsolidierungsphase und setzt darauf, verloren gegangenes Vertrauen des sozialräumlichen Umfelds zurück zu gewinnen. Hierunter fällt auch das netzwerkförmige »patchwork« des Chefarztes Herrn Hocke, der dieses in einer prekären Balance zur Geschäftsführung zwischen chefärztlicher Eigenverantwortung, mikropolitischen Informationskämpfen und personaler Integrität zu halten sucht. Eine ausgeprägte Zahlenaffinität der Geschäftsführung ist hier allerdings nicht zu erkennen. Eher wird die Führung (insbesondere der kaufmännische Direktor) im Sozialraum selbst aktiv und sucht – analog zu Herrn Hocke – nach Zugängen zu informellen Zirkeln (von niedergelassenen Ärzt*innen und Patient*innen) und will deren Feedback als Gradmesser für medizinische Qualität heranziehen (Herr Stehrig: »Sind aber jetzt auch nicht so zahlgetrieben, wie gesagt, dass wir da (...) denen dann vorrechnen ja, das (...) nach unserer Berechnung oder so müsste das so und so viel mehr sein. [...] Wenn das Patientenfeedback gut ist, dann sagen wir okay, dann kommt das auch von alleine, als wenn man da irgendwie jetzt nur irgendwelche Berechnungen machen, die ohnehin dann umstritten sind«).

7.2.3 Arrangement 3: Zwischen gemeinsamer »Portfolioarbeit« und einem Organisationswandel von »Top-Down«

Zu guter Letzt ist noch die Frage nach dem Arrangement im Regionalkrankenhaus »Akinovis« zu beantworten.⁹ Vor dem Hintergrund einer Regionalisierung von Standorten, die der Krankenhauskonzern vor wenigen Jahren durchgeführt hat, wurde ein Prozess zwischen Geschäftsführung und Chefarztkonferenz rekonstruiert, der unter dem Banner der »Portfolioarbeit« durchgeführt wird und in dem »Fachabteilungen auch regionsübergreifend zusammengeführt werden« (Pflegerin Frau Schwerdtfeger) sollen. Die stärkere Kooperation wurde von der regionalen Geschäftsführung initiiert mit dem Ziel, stärker »OP-Kapazitäten auszunutzen regionsübergreifend« und damit Leerlauf zu verhindern und die Kosteneffizienz der verwendeten Geräte und Abteilungen zu erhöhen. Die Analyse konzentrierte sich auf Auseinandersetzungen um ein angemessenes Verhältnis von Konkurrenz und Kooperation und zeigte vertikale wie horizontale Konfliktlinien auf. Die Zusammenlegung von Standorten sei grundsätzlich »immer schon auf Konkurrenz eigentlich angelegt« (Frau Wendels, Supervisorin im Rahmen der Prozessbegleitung) und spielt sich vor dem Hintergrund einer breit angelegten »Zentralisierung« ab, in der die Eigenheiten kleiner Häuser »gleichgeschaltet« würden. Interessanterweise aber wird die von den *Chefärzt*innen* erbetene numerische Gleichschaltung im Sinne einer »gemeinsamen Abrechnung« (Herr Gondorf) der nun stärker kooperierenden Fachbereiche von Seiten der Geschäftsführung (zentral wie regional) nicht entsprochen. Damit wird ein Arrangement offensichtlich, dessen verstärkte professionelle Kooperation zwischen Abteilungen bzw. Fachbereichen vor dem Hintergrund einer in Teilen bereits gelebten Praxis der Weiterleitung von Patient*innen dort an seine Grenzen gerät, wo die zentrale, numerische Planungs- und bürokratische Dispositionsgewalt der Geschäftsführung in Frage steht. Gemeinsam berechnet zu werden, würde für die Chefarzte nämlich bedeuten, auch Budgets gemeinsam mit der Geschäftsführung zu verhandeln und an einem gemeinsamen Ergebnis gemessen zu werden, gegen das sich dann auch ggf. *gemeinsam* opponieren ließe.

9 Leider ist dies aufgrund geringer empirischer Evidenzen nicht ohne Einschränkungen zu leisten, da die Perspektive der Geschäftsführung nur teilnehmend beobachtet, aber nicht in einem eigens geführten Experteninterview rekonstruiert werden konnte. Aus dieser teilnehmenden Beobachtung, der kontrastierenden Zusammenschau der drei unabhängig befragten Chefarzte (und dem Ärztlichen Direktor Herrn Gondorf) sowie der Perspektive der Pflegerin des Hauses Frau Schwerdtfeger, die als Teil der Krankenhausleitung am Prozess beteiligt war und hier auch einfließt, ergibt sich aber ein Bild, das als hinreichend für die Rekonstruktion des Arrangements angesehen werden kann. Zusätzlich wurde ein Gespräch mit der externen Supervisionskraft, Frau Wendels, geführt, die den Change-Prozess begleitet hat. Daraus fließen ebenfalls Einsichten in die Rekonstruktion mit ein.

Offensichtlich wird genau dies von der Geschäftsführung nicht gewährt vor dem Hintergrund einer konkurrenzorientierten Leistungssteuerung *einzelner* Abteilungen mit Hilfe der DRG. Unisono werden im Rahmen der Portfolioarbeit *Einzelkontrakte* mit betroffenen Chefärzt*innen geschlossen, die das Steuerungsproblem individuell zu lösen suchen. Dies verleitet Herrn Peters dazu, hierin ein zunehmend auch gelebtes »Top-Down-System« zu erkennen, das zur besseren Abrechenbarkeit und Gewinnerzielung durchaus auf professionelle Kooperation setzt, zugleich aber nicht gewillt ist, den Hebel einer *abteilungsspezifischen* medizinischen Leistungssteuerung und somit die eigenen Möglichkeiten zur Leistungsdifferenzierung aus der Hand zu geben. Die Strategie des »divide et impera« vollzieht sich auch vor – wie hier rekonstruiert – äußerst fragil erscheinenden solidarischen Mikropolitiken innerhalb der Ärzteschaft, in der der gemeinsame Fluchtpunkt ärztlicher Konjugation – die Patient*innen – zunehmend in seine diagnosespezifischen und prozeduralen Einzelteile zerlegt und der mangelbasierten Konkurrenz zwischen Abteilungen weiter preisgegeben wird.

Die Rekonstruktionen lassen tabellarisch wie folgt zusammenfassen:

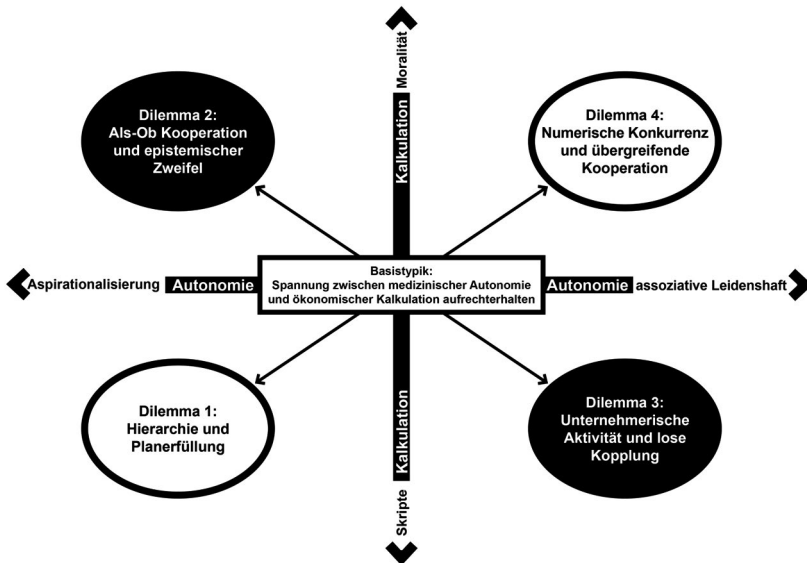
Tabelle 3 Die drei Management-Arrangements im Krankenhaus zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation

Arrangements mit Blick auf das Orientierungsdilemma	Arrangement 1	Arrangement 2	Arrangement 3
Perspektive kaufmännische Direktion	<p>Klinikum »Wahlstädt«:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Außenspannung: ökonomischer »Druck« - Bearbeitung: (notfalls juristisch erstrittene) Ausweitung des Leistungsspektrums in »Grauzone« des Versorgungsauftrags - Innenspannung: ökonomische Überschüsse erwirtschaften - Bearbeitung: Führung von cheftztlichen »Persönlichkeiten« durch enge Kopplung von variabler Führung und Leistungscontrolling in Interaktionen 	<p>Krankenhaus »Verolina«:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Außenspannung: Renditeerwartungen des Konzerns erfüllen - Bearbeitung »Leistungs«- und »Personalmix« berechnen Innenspannung: <ul style="list-style-type: none"> - Cheftärzte »unterstützen« bei Zielerreichung - ethische Verpflichtung zu Gewinn- und Renditeerwirtschaftung durchsetzen »Klinikum zur Wessel«: - Außenspannung: Reputation und Vertrauen in Leistungsfähigkeit und Qualität neu aufbauen - Bearbeitung: Vernetzungspraktiken als CF stärken und Feedback zu Leistung der Ärzte einholen (bei Einweisen, Patienten) - Innenspannung: Ökonomische Ziele und medizinische Qualität austarieren - Bearbeitung: Abteilungsleiter-Autonomie stärken <p>Krankenhaus »Hermeline«:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Außenspannung: ambulanten Sektor als weiteres Geschäftsfeld erschließen, ohne Kassenärzte und Versorgungsnetzwerk zu verängern - Bearbeitung: »Coupe« Akquise eines KV-Sitzes mit Cheftarzt des Hauses 	<p>Krankenhaus »Akinovis«:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Außenspannung: unsicherer Mittelzufluss bzw. langwierige Beantragung von Geldern bei Klinikkonzern für Neubau von Zentral-OP Bearbeitung: <ul style="list-style-type: none"> - Prozessreorganisation am Regionalstandort, die ohne neue investive Mittel auskommt - Innenspannung: Regionale Umverteilung von OP- und Betten-kapazitäten - Bearbeitung: <ul style="list-style-type: none"> - supervidierter Prozess der »Portfolioarbeit« zwischen Regional-geschäftsführung und Cheftartzkonferenz
Perspektive Cheftarzt	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Macht als Abteilungsleiter oder medizinisch kompetentere Geschäftsführung - Professionell bestimmte Qualitätsorientierung stärken 	<ul style="list-style-type: none"> - Zwischen DRG Abschaffen und mehr Anerkennung der eigenen unternehmerischen Kompetenzen und Leistung durch Geschäftsführung 	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr professionelle Solidarität und numerische Leistungsent-differenzierung
Perspektive Ärztlicher Direktor	<ul style="list-style-type: none"> - Vertrauensperson außerhalb der Krankenhausleitung - Oppositionelle Haltung in der Krankenhausleitung - Primär fachlicher Austausch mit Cheftarzt*innen, nur selten direkte Vertretung übergreifender cheftztlicher Interessen 	<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterte Funktionsaufgabe (Strategieentwicklung, Administration) innerhalb des Managements - »Corporate Citizen« nach außen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambivalenz zwischen Organisationsentwickler und Vertreter (eigener) cheftztlicher Interessen
Organisationsrationalität	<ul style="list-style-type: none"> - Prozesssteuerung - »Spielregeln« (ökonomischen Druck) beachten und erwerbswirtschaftlich handeln vs. Eigenheiten der professionellen Persönlichkeiten anerkennen 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontextsteuerung - Legitimitäts- oder Profitabilitätsziele erreichen vs. Leistungsautonomie der Cheftärzte aktivieren 	<ul style="list-style-type: none"> - »Top-Down« Steuerung - Leistungskonkurrenz durch Konzernzentrale vs. klinikübergreifende medizinische Kooperation am Regionalstandort
Kontextvariable Räumliche Lage	Großstadt	ländliche bis mittelgroße Stadtlage	Großstadt
Kontextvariable Wirtschaftliche Situation	Moderates Wachstum: Spezialisierung von Leistungen, Ausweitung des Versorgungsauftrags	Konsolidierung: Reputationsaufbau bis Profitabilität	Über- und Unterkapazitäten intern austarieren: Auslastung erhöhen bzw. besser verteilen (Fallzahlwachstum oder Patient*innen intern weiterleiten)
Kontextvariable Krankenhausträger bzw. Rechtsform	GmbH, Privater Träger (Verbund aus zwei Krankenhäusern), kein institutioneller Gesellschafterkreis	GmbH oder GmbH und Co. KG, Privater Träger (mittelgroßer bis großer Klinikkonzern), institutioneller Gesellschafterkreis	GmbH, Öffentlicher Träger, (großer Klinikkonzern), Gesellschafter ist die öffentliche Hand
Kontextvariable Größe	+350 Betten	200 – 300 Betten	+500 Betten

7.3 Konklusion: Das Verhältnis von Autonomie und Kalkulation im zeitgenössischen Krankenhaus

Nach Einordnung der empirischen Analysen in einen typologischen Rahmen (sinn-genetische Typen und Managementarrangements auf Grundlage der funktionalen Basistypik) geht es nun noch darum, den Blick wieder etwas zu weiten und Schlussfolgerungen für den Untersuchungsgegenstand »Krankenhausorganisation« und die metatheoretischen Vorannahmen dieser Arbeit zu präsentieren. Hierzu wird zunächst in grafisch komprimierter Form dargestellt, wie sich das Verhältnis von Autonomie und Kalkulation im modernen Krankenhaus abschließend rekonstruieren lässt:

Abbildung 2 Verhältnis von Autonomie und Kalkulation im zeitgenössischen Krankenhaus (eigene Darstellung)



Das Verhältnis lässt sich ausgehend von der rekonstruierten funktionalen Basistypik in vier Quadranten einteilen, die je eigene Spannungslagen zwischen Autonomie und Kalkulation aufweisen und mit den vier sinn-genetischen Typen sowie den Arrangements korrespondieren. Die *horizontale Achse* der Autonomie spannt sich dabei als Kontinuum zwischen »Aspirationalisierung« und »assoziativer Leidenschaft« auf. Diese beiden Begriffe verweisen auf eine Verbindungslinie zwischen organisierten Fiktionen durch Zahlen (»Aspirationalisierung«) und den »lei-

denschaftlichen Interessen« [BIN] der Organisationsmitglieder, in unserem Fall Ärzt*innen, die »neue Fähigkeiten und Eigenschaften« (Latour 2014: 578) entwickeln, wenn sie einen akzeptablen habituellen Umgang mit den Zahlen und Rechenvorrichtungen finden. Die Achse wird somit als Kontinuum einer erweiterten Bindung verstanden, die gewissermaßen zum klassischen medizinischen Professionalismus hinzutritt, der nicht einfach so verschwindet. Vielmehr führt das Eklatant Werden der »notorischen Diskrepanz« zwischen »habitualisierter Praxis und normativen (und identitätsbezogenen) Erwartungshorizonten« (Bohnsack 2017: 240) infolge der *expliziten* Entgegensetzung von betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und medizinischen Behandlungspraktiken zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit der eigenen, in kollektiven Erfahrungen mit anderen Mitgliedern der Bezugsgruppe verankerten Autonomie *und* den betriebswirtschaftlichen Kalkulationen gleichermaßen. Das Vorhandensein dieser ausgeprägten Spannung als »implizite Reflexion« eines »Orientierungsrahmens im weiteren Sinne« hatte sich an der Erfahrung einer *Verkehrung des Gewöhnlichen* gezeigt, die immer dann reaktualisiert wurde, wenn die Spannungen zu groß bzw. praktische Bewältigungsformen (noch) nicht greifbar waren. Das Gelingen der Habitustransformation hängt somit davon ab, dass die »Bewältigung des Spannungsverhältnisses selbst wiederum – in welcher Weise auch immer – in eine Praxis überführt wird« (ebd.: 241).

Diese Praxis steht in Korrespondenz mit der *vertikalen Achse* der Kalkulation, die zwischen den von Latour entlehnten Begriffen der »Skripte« [ORG] und »Moralität« [MOR] verläuft. Anstatt bei Zahlen und Recheninstrumenten auf die formal-mathematische *Idee* einer exakten Berechenbarkeit abzustellen, geht es auf diesem Kontinuum um die *praktische* Tätigkeit der Recheninstrumente als »Wertmesser«, die ein besondere Art von »quali-quantitativen Daten« hervorbringen, indem sie »Tatsachen und Werte« miteinander verschmelzen. Sie erlauben es der Organisation damit, messende Maßnahmen zu ergreifen und zu »verteilen, wer wem wieviel und über einen wie langen Zeitraum schuldet (Latour 2014: 553). In ihrer »Funktion, gleichzeitig, *das*, zu verteilen, was zählt, und *die*, die zählen« (ebd.: 550) verschieben sie tradierte medizinische Abläufe, damit zusammenhängende Zuständigkeiten, Wertigkeiten und berufsgruppenspezifische Kooperationen. Daraufhin stellt sich die Frage, ob sie nun bloß Veränderungen herbeigeführt haben oder ob die ständige Infragestellung aller organisatorischen Routinen und Verfahren auch zu etwas nutze ist? Und wenn ja, um was für einen Nutzen handelt es sich dann? Welcher Wertbezug kommt hier zum Ausdruck?

Ausgehend von dem paradoxen Auftrag: »Das Optimum muß berechnet werden, während es unberechenbar ist« (Latour 2014: 622f., Hervorhebung im Original), kommt es darauf an, ob insbesondere die kaufmännischen Akteur*innen durch die »quali-quantitativen Daten« der Krankenhausökonomie das eigene Tun genügend in Frage stellen (können) und die moralische Erfahrung machen, nicht quitt zu sein. Andernfalls laufen sie Gefahr, ihren wichtigen, paradoxen Auftrag in einen epistemi-

schen Kurzschluss zu verwandeln und die Realität der Berechnungen mit der Realität der Krankenbehandlung zu verwechseln. Ausgehend von der Basistypik wird dann nachvollziehbar, dass die *Aufrechterhaltung* der Spannung zwischen medizinischer Autonomie und ökonomischer Kalkulation nur gelingt, wenn der jeweils als Gegenhorizont erlebte kommunikative Wissensbereich auch in konjunktiver Form erfahren und auf eigene Weise inkorporiert wird. Da das DRG-System und die hiermit einhergehende Spannung zur Zeit der Interviewführung bereits zehn Jahre Bestand und Zeit hatte, sich im organisationalen Gedächtnis wie in den verkörperten Wissensgehalten der Krankenhausakteur*innen zu etablieren, war dies auch empirisch rekonstruierbar.

Das erste Dilemma befindet sich der Grafik zufolge in einer habituellen Spannung zwischen Aspirationalisierung und organisationalen Skripten. Es kreist vor dem Hintergrund des basalen Bezugsproblems insbesondere um die »fortwährende Induzierung von Ordnungs- und Regulierungsansprüchen« (Vollmer 2004: 460) durch eine über hierarchische Planungsgewalt verfügende kaufmännische Geschäftsführung und das damit einhergehende »Beunruhigungspotential eingelebten organisierten Rechnens« (ebd.). Im Unterschied zum vierten Dilemma, in dem nicht erreichte Leistungsziele als »Problem des Plans« nach »oben« zurückgewiesen werden, fühlen sich die medizinischen Akteur*innen von den ökonomischen Anforderungen (dem Ausweis des Mangels) bedroht und empfinden die neue Konstellation als »unangenehm«, stehen also vor allem auf affektiver Ebene in Auseinandersetzung mit der basalen Spannung. Gleichzeitig ist hier (entgegen Dilemma 3 und 4) kein ausgeprägtes Interesse, keine Leidenschaft für das neue Aufgabenfeld zu erkennen, vielmehr wird aus der leidvollen Position des »gespaltenen Habitus« (Bourdieu 2004, siehe oben 3.2) heraus gesprochen, »ursprünglich [...] auf keinen Fall eine ökonomisch orientierte Medizin betreiben« (Herr Falter) zu wollen und es mittlerweile doch zu müssen.

Umgekehrt ist die kaufmännische Leitung hierbei aufgefordert, eben diese unternehmerische Einbindung zu ermöglichen, Chefärzt*innen so partizipativ zu führen, dass sie reflexiven Zugang zu den ökonomischen »Spielregeln« und Kalkulationen erhalten und ihnen zugleich situativ Wege aufzeigen, den Leistungsanforderungen auch habituell – mal mit Abstand, mal mit offenem Interesse – selbstständig gegenüberstehen zu können. Trotz einer »Ko-Optation wider Willen« zeigen sich hier deutliche Ansätze einer situativ gelingenden Verschachtelung von akutmedizinischen, explizit nicht-ökonomischen Behandlungspraktiken mit impliziten ökonomischen Zukunftskalkülen [ORG]. Ärzt*innen verfahren hier nach dem Motto: ich signalisiere meinen Patient*innen, dass ich sie nicht auf Grundlage der DRG-Anreize behandle und weiß zugleich, dass hierdurch das Vertrauen in die Arzt-Patienten-Interaktion gestärkt und zu einer engeren Patient*innenbindung und höheren Fallzahlen in der Zukunft führen wird. Auch am Beispiel der Reorganisation des »Nadelöhrs« der OP-Planung zeigte sich, dass die Ausrichtung an

medizinischen Produktionszukünften eher dann gelingt, wenn kollektive Verständigungsformen greifen und hierüber neue Abläufe und Zuständigkeiten erzeugt werden, die »Begehren und Mangel« (Latour 2014) zwischen den operierenden Abteilungen besser austarieren.

Die Herausforderungen des zweiten Dilemmas liegen eher auf der Achse Aspirationalisierung/Moralität. Aus der habituellen Orientierung des medizinischen Professionalismus heraus zeigt sich eine ausgeprägte *Indifferenz* gegenüber ökonomischen Zukünften und eine implizite Zurückweisung der Kontrollfiktion des Managements (»Aber wir behandeln die Patienten, die kommen«, Herr Schlenk). Daher liegt die Herausforderung insbesondere darin, sich gemeinsam mit der Geschäftsführung über numerische Vorgaben auseinanderzusetzen und in Anerkennung der jeweils anderen Rationalität ein gemeinsames Verständnis zu erarbeiten und gegenseitiges Vertrauen aufzubauen für den Fall, dass Zahlen mal wieder »unrealistisch« (ders.) erscheinen. Bevor also prozessbezogene Fragen der Verschachtelung medizinischer, ökonomischer und anderer Rationalitäten (wie im ersten Dilemma) geklärt werden können [ORG], erscheint es zunächst nötig, die jeweiligen Gegenhorizonte (»super Arzt« trotz Desinteresse seitens der Geschäftsführung, Herr Helmstedt; »dachte der Controller spinnt« seitens des Chefarztes, Herr Schlenk) offenzulegen. Ein An-den-Pranger-Stellen in Besprechungen könnte zugunsten einer gemeinsamen Reflexion der Zahlen zurückgestellt werden [MOR]. Hierdurch erschiene ein *modus operandi* möglich, der über eine »Als-Ob-Kooperation« hinausginge und die kalkulativen Kontexte und Strategien praktisch werden ließe, auch wenn die Kontrollfiktion des Managements hierdurch nur noch stärker zum Vorschein käme.¹⁰

Im dritten Dilemma verläuft die Spannung zwischen organisationalen Skripten und assoziativer Leidenschaft, allerdings werden die habituellen Spannungen hier nicht im gleichen Ausmaß (wie in Dilemma 1 und 4) ausgehalten. Unternehmerische Ärzt*innen stimmen zwar nicht zwangsläufig mit den numerischen Vorgaben und ökonomischen Ideen ihre Arbeit betreffend überein (die Kritik kann durchaus radikal ausfallen und mit starken Affekten einhergehen, wie sich am Fall von Herrn Schmidt gezeigt hat, und sogar bis hin zum »Exit« reichen [MOR]), trotzdem wird

10 Vgl. die bereits zitierte Passage von Herrn Schlenk, die dies stellvertretend zum Ausdruck bringt: »[...] eine Geschäftsführung neigt schon dazu, sich irgendwelche Planzahlen auszu-denken, 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?«

kontinuierlich an der Eröffnung neuer individueller Handlungs- und Gestaltungsspielräume gearbeitet, nicht zuletzt, um den Führungsanspruch einer kaufmännischen Geschäftsführung in Zweifel zu ziehen [ORG]. Diese muss die lose Kopplung zwischen den durch Controllinginstrumente informierte Leistungsvorgaben und der individuellen Mittelgestaltung, die sich aus den neuen umweltorientierten Aktivitäten ergeben, letztlich akzeptieren, will sie der transformativen Leistung, der »assoziativen Leidenschaft« [BIN] der unternehmerischen Ärzt*innen nicht verlustig gehen. Immerhin bleibt der Geschäftsführung die begründete Zuversicht, dass diese in ihrer Überzeugung, besser unternehmerisch zu agieren als die eigene Unternehmensleitung, sich die Kontrollfiktion des Managements individuell aneignen und so zu einer Fallzahl- bzw. Produktivitätssteigerung beitragen.

Das vierte Dilemma bewegt sich auf der Achse zwischen assoziativer Leidenschaft und Moralität. Ärzt*innen haben sich längst im Sinne der Aspirationalisierung in »DRG-Welten« (Herr Peters) eingelebt, suchen aber nach Möglichkeiten, das Problem der Moralität des Rechnens sozial zu adressieren und auf kollektivem Wege – etwa über eine »gemeinsame Abrechnung« (Herr Gondorf) von Leistungskollektiven – zu lösen [ORG]. Sie optieren insbesondere für strukturelle Veränderungen und einen organisationalen Wandel, der als Reaktion auf die zentrale Dispositionsgewalt eines anonymen Konzerns für dezentrale Lösungen steht. Da der Konzern aber allzu gerne »Verschiebebahnhof« (Herr Peters) der Verantwortlichkeiten spielt und übergreifende professionelle Solidaritäten infolge numerischer Konkurrenzverhältnisse schwach sind, konzentrieren sich die assoziativen Leidenschaften auf fachbereichsspezifische Interessen [BIN]. Hierzu scheint es opportun, die gestalterische Freiheit und Macht der Sparten bzw. Abteilungen wieder zurück in die rivalisierenden Hände der einstiegen Herren der organisierten Krankenbehandlung nach dem Vorbild der Expertenbürokratie zu legen.

Da dies aber ebenso unerreichbar erscheint, erhalten mikropolitische Dynamiken Auftrieb, die dann immerhin Surrogate einer kollektiven Verständigung im Sinne eines moralischen Rechenkollektivs zur Verfügung stellen [MOR]. Die geläufige Unterscheidung zwischen formellen und informellen Regeln entlang einer verbindenden Organisationskultur werden hier unterlaufen, da diese nicht auf extern (in der Abteilung für Unternehmenskommunikation oder -entwicklung) definierten Regeln beruht, sondern innerhalb fachbereichsspezifischer Gruppen entsteht, wenn betriebswirtschaftliche Zahlen und Zielvorgaben untereinander ausgetauscht und gemeinsam erörtert werden. Zugleich leiten sich die Vergleichshorizonte innerhalb der zahlentauschenden Fachbereiche aus den DRG her, deren Logik auf ähnliche Ressourcenverbräuche von Diagnosegruppen und damit gemeinsame Indikationen und Prozeduren abstellt. Dies eröffnet dem Konzern die Möglichkeit, diese Formen fachbereichsspezifischer Konjugation wenigstens in Ansätzen nachzuvollziehen und *gegenzurechnen*.

Zusammenfassend gründet sich das Verhältnis von Autonomie und Kalkulation, wie es sich in den vier Dilemmata abbildet, auf einer »Doppelbödigkeit« der Zahlen, da »kompetente Teilnehmer in den Zahlen vordergründig und transparent artikuliert Informationen als auch Hinweise auf verborgene Wirklichkeiten, Potenziale und Chancen erblicken« (Vollmer 2013: 37) können. Genau dieser nur in der Praxis zu erzielende Kompetenzaufbau war Gegenstand der empirischen Analysen und sinngenetischen Typisierungen. Er wird einerseits erleichtert, wenn die Beunruhigung, die von den Zahlen ausgeht, in Regulierungs- und Ordnungsansprüche überführt wird (»Aspirationalisierung«), die Anschlussfähig an professionelle Wissensgehalte und ärztliche Handlungsautonomien sind oder diesen etwas Neues hinzufügen, so, dass die von Zahlen induzierte Beunruhigung in ein tieferes Selbst- und Weltverhältnis mündet (»assoziative Leidenschaft«). Andererseits trägt ein reflexiver Umgang mit betriebswirtschaftlichen Kalkulationen dazu bei, die komplexen und fragilen Wertbezüge der ökonomischen Rechnungen zu bewahren und hinter ihnen tatsächlich mehr zu erblicken, als bloße Rechenspiele, sie als reale Virtualitäten zu begreifen, die *fähig sind zu wirken*. Es geht im Rahmen einer performativen Krankenhausökonomie zwischen Autonomie und Kalkulation, darum, ökonomischen »Wesen, zu begegnen, die in der Lage sind, einen zu beunruhigen. WESEN mit noch offenem ontologischen Status, die gleichwohl fähig sind, einen dazu zu bringen, etwas zu tun, fähig, zu verstören, insistieren, einen zu verpflichten, richtig von ihnen zu sprechen bei Gelegenheit« (ebd.: 238).

Was geschieht, wenn dieser Kompetenzaufbau durch den epistemischen Kurzschluss einer rationalistischen Krankenhausökonomie gestört wird, zeigt sich an folgenden Ausführungen eines bislang nicht zitierten Chefarztes für Innere Medizin, der hier stellvertretend zum Qualitätsmanagement abschließend zu Wort kommen soll und dessen Ausführungen unkommentiert bleiben:

»Interviewer: Also was für eine Rolle spielt das Qualitätsmanagement für Sie in Ihrer alltäglichen Arbeit und wie wird das in Ihrem Hause aus Ihrer Perspektive gehandhabt?

Chefarzt: Es gibt ja diese, in manchen Häusern zweijährigen, jetzt gibt es auch die jährlichen ISO-Geschichten die gemacht werden [...]. Und sicherlich sind das rein formelle Dinge, Arbeitsanweisungen die ein gewisses Qualitätsniveau hinterlegen sage ich mal per Papier, aber ich muss mal sagen es wird auch zu 95 Prozent so gelebt. Wir haben also Verfahrensanweisungen entwickelt so wie wir die Arbeit hier machen und so haben wir sie auch angefasst. Ob man sich in jedem Fall bei jedem Patienten zu jeder Minute daran hält, darüber, das muss man selbstkritisch sagen ist sicherlich nicht so der Fall, aber man, das Grundkonzept stimmt schon zu 90 Prozent und daran arbeiten wir. Wir haben also bestimmt hunderte von Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen wie welche Dinge zu organisieren sind und wir werden immer mal bei den ISO-Überprüfungen eines

Besseren belehrt, dass man doch noch etwas verbessern kann. Und dann versuchen wir das. Es ist schon eine gute Sache, ob man in jedem Fall und immer wieder um jedes Qualitätssiegel kämpfen muss, dazu habe ich meinen eigenen Standpunkt, wenn ich mir z.B. überlege: Wir kämpfen um den Titel ›Schmerzfreie Klinik‹, dann tut mir das irgendwo innerlich weh, so was gibt es solche Zertifikate, dann frage ich mich: »Was haben eigentlich die Kollegen früher gemacht? Haben die ihren Patienten Schmerzen zugefügt? Haben die gesagt: ›Also pass auf. Das interessiert mich gar nicht Deine Schmerzen.« Das ist so ein bisschen ein Hammerschlag gegen die Kollegen, die viele, viele Jahre gearbeitet haben. Ich arbeite seit 30, 35 Jahren. Für mich stand immer als oberstes Gebot, dass der Patient keine Schmerzen hat. Und dass man dafür auch entsprechend zu wirken hat und wenn man jetzt so ein Qualitätssiegel ins Leben ruft/Ich kenne Häuser, die haben das. Die werden auch Sie kennen. Schmerzfreie Klinik, dann ist das sehr zu hinterfragen. Der Schmerz ist ein Symptom für eine bestimmte Erkrankung und eine schmerzfreie Klinik will ich gar nicht haben. Denn der ist für mich auch wegweisend in der Diagnostik und in der Therapie. Also das sind solche Dinge, die solche Auswüchse haben. Qualitätsmanagement, die eigentlich überzogen und ins Gegenteil schlagen. [...] Ich kenne viele, viele Kollegen, die das nicht mittragen. Ich kenne viele Kollegen, die dann sagen: »Hat ja sonst auch keinen Zweck.« Das ist einfach so gewollt und das ist von den Geschäftsführern so gewollt, schmerzfreie Klinik, da können wir uns noch ein Prädikat dranhängen und damit vielleicht im Internet noch mehr werben um Patienten in die Klinik zu bekommen.«

7.4 Gegenstandstheoretischer Ausblick: Das Krankenhaus auf der Suche nach seiner ihm angemessenen Form

»Health care functions best as a calling, not a business; as such, it needs greater cooperation, not competition, among its many players and institutions. [...] The Myths of Measurement and of Scale Measurement is a fine idea, as long as it does not mesmerize the user. Unfortunately, it so often does: both managers who rely on it for control and physicians who believe that being 'evidence-based' always has to trump being 'experienced-based'. Management and medicine alike have to balance these two in order to be effective. Unfortunately, too much of healthcare at both the administrative and clinical levels has been thrown out of balance by their obsessions with measurement. In the management of health care, the frustration of trying to control rather autonomous professionals has led the administrators and social engineers to a reliance on measurement. [...] So what can be done if we cannot rely wholly on measurement? That's easy: use judgment. [...] Too much of the management of health care has come to

be about using scale to reduce measurable costs at the expense of difficult-to-measure benefits. [...] Scale, too, has to be judged, especially for its impact on performance.« (Mintzberg 2018: 4ff.)

»Medizin ist professionelle Hilfe durch gelingende Interaktion auf der Basis von wissenschaftlicher Expertise in Verknüpfung mit verstehender Zuwendung. Deshalb sollte man entschieden dafür kämpfen, dass nicht produktions-technische Werte gefördert werden, sondern v.a. beziehungsstabilisierende Werte wie Zuhörbereitschaft, Geduld, Behutsamkeit, Reflexivität, Aufmerksamkeit und wertschätzende Zuwendung. Versteht man Medizin als Wissenschaft der Komplexitätsbewältigung, so wird deutlich, dass diese Werte kein idealistisches Beiwerk sind, sondern die eigentliche Grundlage, von der aus die Implementierung externer Evidenzen ihren Sinn erfährt.« (Maio 2017: 129)

Was bedeutet dies nun für das zeitgenössische Krankenhaus, wie es erkundet wurde? Die unterschiedlichen Typen, Arrangements und Dilemmata werfen insgesamt die Frage auf, ob in den Rekonstruktionen eine übergreifende Organisationsrationalität zum Tragen kommt und wenn ja, wovon diese bestimmt und getrieben wird. So schwierig es ist, hierauf mit einem klaren »Ja« zu antworten, so klar lässt sich doch besehen, was sich die organisierte Krankenbehandlung im Wandel zweifellos bewahrt hat: den Widerstand der differenzierten Werthaltungen ihrer Organisationsmitglieder. Organisierte Krankenbehandlung war und ist ein umkämpftes Terrain voller Spannungen und widersprüchlicher Zwecke. Alle interviewten Personen unterhalten dennoch (oder gerade deshalb) intensive Wertbeziehungen zu ihrer Tätigkeit. Ihre täglichen Auseinandersetzungen über das, was der Fall ist, widersprechen Zeitdiagnosen, wonach sich Krankenhäuser in Gänge zu leblosen Gesundheitsfabriken oder schmerzbe freiten Wellness-Betrieben mit Komfortzimmer-Ausstattung gewandelt hätten. Krankenhäuser sind nach wie vor keine Dienstleistungsbetriebe, sondern Orte des (mittlerweile auf beiden Seiten – bei Patient*innen und medizinisch-pflegerischen Akteur*innen – zu findenden) körperlichen wie psychischen Leids, der existenziellen wie behandlungsbezogenen Unsicherheit, des Schmerzes und der Krankheit, auch wenn die neuen Orientierungsschemata der »Gesundheit« andere Erzählungen anstimmen.

Organisationsrationalität? Das moderne Krankenhaus zwischen industriellen, bürokratischen und managerialen Anforderungen Zwei Aspekte stechen jedoch auf der Suche nach einer spezifischen Organisationsrationalität als besonders problembehaftet heraus: die tayloristischen Produktivitäts- und die bürokratischen Planungslogiken. Sie versuchen einen mechanistischen Hebel an all die patientenzentrierten Abläufe anzubringen, in denen Unsicherheit bearbeitet und doch nicht endgültig getilgt werden kann, Schmerz gelindert und doch medizinisch instruktiv bleiben

muss. Die Orientierung des ärztlichen Dienstes an ökonomisch unsicheren Zukünften im Sinne einer Aspirationalisierung muss keine Schwächung der akutmedizinischen Verpflichtungen derselben bedeuten. Auch ein numerischer Blick auf Gruppen von Patient*innen und ihre gemeinsamen und differenten Charakteristika können Ärzt*innen positiv unter Stress setzen und beunruhigen, zu besser informierten Entscheidungen verhelfen und für andere Möglichkeiten und Kontingenzen sensibilisieren.

Schwierig wird es für das Krankenhaus als Ganzes dann, wenn versucht wird, über kalkulative Praktiken und Zahlen die *Informationsasymmetrie* zwischen ärztlichem Dienst und kaufmännischer Geschäftsführung gänzlich aufzuheben. Die Beseitigung oder weitest gehende Relativierung des medizinischen Erfahrungswissens der Arzt*innen vermittelt numerischer Vergleichbarkeit zugunsten einer dem betriebswirtschaftlichen Management obliegenden ökonomischen Skalierung¹¹ oder Steuerung per Case-Mix-Index führt nicht automatisch zu schlanken und effizienten Behandlungsabläufen. Es muss auch immer mit der Unberechenbarkeit medizinischer Behandlungsabläufe gerechnet werden und diese vertrauensvoll in die Hände der Ärzt*innen gelegt werden, auch wenn dies Abschlüsse bei den DRG bedeutet. Die »Produkte« der DRG sind nicht beliebig zusammenstellbar, wie es in der industriellen Massenproduktion der Fall ist (siehe auch Maio 2017). Die frühe Einsicht des Ökonomen Arrow (1963: 951, siehe oben 4.2.2) ist hier immer noch zutreffend: »the recovery from disease is as unpredictable as is its incidence«. Die »richtige« Indikation zu geben ist dabei häufig ein ebenso schwieriges Unterfangen von »trial and error« wie den »richtigen« Moment der Entlassung mit Blick auf den Heilungsprozess zu finden, da hier weder den DRG, noch den Patient*innen – denen die eigene Entlassung häufig nicht schnell genug gehen kann – sondern nur der verkörperten Erfahrungen der Mediziner*innen mit Bezug auf den Einzelfall zu folgen ist.

Die hierarchische Kultur innerhalb der Medizin und der einstiegen Expertenbürokratie begründet sich folglich zu großen Teilen aus der Autorität, über ein spezifisches Fachwissen zu verfügen, und nicht aus einer Positions- bzw. Amtsautorität. Die »egalitäre Organisationsform der Professionellen« (vgl. Klatetzki 2012: 166) hierarchisiert sich insbesondere vor dem Hintergrund ablauforganisatorischer »Extravaganzen« (Rohde, siehe oben 4.1.3), die eine Notfall- und Akutmedizin mit sich bringt und die auch durch statistisch messbare Regelmäßigkeiten nicht normalisiert werden können. Wichtiger erscheint es auf der einen Seite, dass Krankenhausbetriebswirte und –Controller lernen, wann es an der Zeit ist, »Fünf gerade sein zu lassen«, den ökonomischen Druck, der zweifellos existiert und von politischer Seite auch organisationsintern instruktiv werden soll, so zu dosieren, dass

11 Nicht nur beim Blick auf die Entwicklung medizinischer Behandlungsschwerpunkte, auch bei einfacheren Dingen wie dem Einkauf von OP-Bestecken gilt dies.

Ärzt*innen wie Pflegekräfte ihrer Arbeit am Patienten mit gutem Gewissen nachgehen können, ohne ständig mit der Unterstellung konfrontiert zu sein, hierüber den organisationalen Schlendrian zu bedienen.

Zweitens kommt in der bürokratischen Planungslogik des Krankenhausmanagements eine weitere wesentliche Problematik zum Tragen. Sie steht tatsächlich mit dem von Latour (siehe oben 3.4.2 und 3.4.3) beschworenen epistemischen Kurzschluss in Korrespondenz, der nur allzu leicht als Negativfolie einer falsch verstandenen »bösen« Ökonomisierung dient. Ob die Orientierung an weiter steigenden Leistungszielen nun auf Maximierung (Profitabilität) abstellt oder moderater ausfällt, ist zunächst zweitrangig. Entscheidend ist, dass Effizienzgesichtspunkte in der medizinischen Behandlung, die überwiegend auf einer Verweildauerreduktion beruhen, mittlerweile von erwerbswirtschaftlichen Zielen überlagert oder sogar abgelöst werden. Das eine hängt jedoch über die Planbetten mit dem anderen zusammen: werden Patient*innen schneller entlassen, muss der Durchlauf, das heißt die Aufnahme neuer Patient*innen, erhöht werden, um eine hohe Bettenauslastung weiter zu gewährleisten, da sonst eine Streichung derselben droht. Die Erwerbsorientierung zeigt sich aber nicht nur an den kontinuierlich steigenden Fallzahlen, die Chefärzt*innen erbringen sollen, sondern auch an einem Trend zur Behandlung von hochbewerteten DRG, die meist mit der Logik der Apparatemedizin korrespondieren und in welche viele Gelder (die größere, private Krankenhäusträger leichter aufbringen können) investiert werden (müssen), unabhängig davon, ob dies in der regionalen Versorgungslandschaft nun mit Blick auf die Versorgungsqualität gebraucht wird oder nicht.

Gleichzeitig erlaubt die gesundheitspolitische Budgetierung als »administriertes Festpreissystem« (Neubauer et al. 2010: 239) wettbewerbliche Sprünge nur, wenn sie von kapitalstarken Unternehmen oder Finanzinvestoren finanziert werden (wie am Beispiel von Herrn Fürstenberg gezeigt wurde, vgl. 6.3), da Investitionsmittel nach wie vor nur unzureichend von den Ländern zur Verfügung gestellt werden und eine privatwirtschaftliche Kreditfinanzierung aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten zur Refinanzierung sowie aufgrund des wohlfahrtsstaatlichen Versorgungsauftrags nur bedingt sinnvoll ist. Nach dem Motto »bigger is better« wird dann die auf dem moralischen Skrupel ständiger Verbesserung beruhende Rechenfiktion des Managements – das »Optimum muß berechnet werden, während es unberechenbar ist« (Latour 2014: 622f.) – in ihr Gegenteil verkehrt, wenn Unternehmer*innen (wie am Beispiel von Herrn Habert demonstriert wurde, siehe 6.4) glauben, eine ausgesprochen gute und erfolgreiche Medizin wäre eine, die besonders viele Profite abwirft.

Weiterhin gehen mit der managerialen Bürokratisierung des Krankenhauses Praktiken einer zentralen Planungsgewalt über die numerisch bestimmte Allokation von Ressourcen einher. Die planwirtschaftliche Kontrollfiktion des Managements, die im Zuge der Analysen mehrmals und nicht nur bei größeren Kran-

kenhauskonzernen offenbar wurde, lässt vor dem Hintergrund einer Debatte um *Vermarktlichung* im Sinne eines »Quasi-Markt« (LeGrand/Bartlett 1993) (als Effekt gesellschaftlicher Ökonomisierung) die Frage aufkommen, womit man es aus organisationstheoretischer Perspektive eigentlich zu tun hat: Mit einer »Programmkontrolle« (Kette/Tacke 2018: 140), die Standardkosten errechnet und nach dem Soll-Ist-Schema auf die Erfüllung von Leistungszielen in der Zukunft im Sinne eines »Management by objectives« (Drucker) hinwirkt? Hiermit ist eher die normative Kontrolle im Sinne einer Durchsetzung von interner Planungsgewalt angezeigt. Oder hat man es mit der »Systemkontrolle« (ebd.: 142) einer unternehmerischen Geschäftsführung zu tun, die über die Feststellung von »Ist-Ist-Vergleichen« sich über die »Angemessenheit« ihres eigenen »Leistungsspektrums« informieren und damit ein differenziertes Bild vom »Unternehmensportfolio« erlangen will? Das Ziel ist hierbei, den versorgungssystemischen Wettbewerb um regionale Leistungsdominanz und numerisches Wachstum (anstelle von Effizienz und intelligenter Verteilung von Zwecken und Mitteln) besser einschätzen zu können und als das eigentliche »Reich der Zwecke« (Latour) zu betrachten. Tatsächlich zeigt sich, dass beide Kontrollformen in der organisationalen Praxis zeitgenössischer Krankenhäuser miteinander verquickt werden, wenn – wie im Fall von Frau Martens des Klinikums »Wahlstädt« etwa – die interne Bettenauslastung (negative Soll-/Ist-Betrachtung der rheumatologischen Einheit) mit einem strategischen »Wachstumspfad« gekoppelt wird (positiver Ist-Ist-Vergleich: Wachstumsziele sind nach wie vor realistisch und wichtig; Entscheidung: Oberarzt muss wegen mangelnden Vernetzungsfähigkeiten entlassen werden).

Gesundheitspolitische Rationalität? Zwischen Mangelverwaltung und Versorgung der betriebswirtschaftlichen Vorsorge Wie gezeigt werden konnte, kommen aber beide Kontrollstrategien vor dem Hintergrund des gesundheitspolitischen Nullsummenspiels an ihre Grenzen, da die Leistungssteigerung in einem Krankenhaus mit dem Rückgang der Leistungssummen in anderen Häusern einhergehen muss, oder eben die Schließung anderer Häuser impliziert. Die gesundheitspolitische Budgetobergrenze als auch die Finanzierung der Krankenhausleistungen per DRG sehen gar keine mittel- bis langfristige Ausweitung von Gewinnen vor. Genauso ist das Credo der DRG-Vergütung »Das Geld folgt der Leistung« dann auch irreführend, denn es folgt in erster Linie den Recheninstrumenten und der darauf abgestimmten Codierung. Beide weisen erhebliche Ungenauigkeiten und Mehrdeutigkeiten auf, die unter Finanznot stehende Krankenhäuser zu ihrem eigenen Vorteil nutzen. So führen etwa multimorbide Krankheiten die Möglichkeit mit, ganz unterschiedliche Hauptdiagnosen zu codieren, die mit teils stark divergierenden Erlösmengen einhergehen (siehe Milijak/Da-Cruz/Pfannstiel 2015). Insofern diktiert der Finanzbedarf eines Hauses dann mit, welche Leistung tatsächlich codiert wird. Dabei muss es sich noch gar nicht um das Problem des

sog. Up-Coding handeln. Insgesamt passt dies dann nicht mehr so recht zum Credo »Das Geld folgt der Leistung«, eher müsste es dann aus Sicht der Praxis im Krankenhaus umgekehrt lauten: »Die kodierte und abgerechnete Leistung folgt dem Geld«.

Die gesundheitspolitische Idee einer Gleichzeitigkeit von Rationalisierung im Sinne einer Kosteneffizienz und einer effizienten Allokation *benötigter* Mittel per DRG (»gleiches Geld für gleiche Leistungen«) kann mit einem Nullsummenspiel nicht funktionieren, höchstens eine »gleichmäßige Verteilung des Mangels« (Hoffmann 2015), so dass alle, die sich das eigene Stück vom Munde absparen (sprich: »effizient« arbeiten) und Mangel leiden, darauf bauen müssen, dass es andere nicht tun. Und doch sollen alle im System hierdurch Bessergestellte sein, denn wo »Verschwendung« betriebswirtschaftlich eingehegt wird, wachsen auch neue Schaffenskraft (»Innovation«), Fleiß und größerer Ideenreichtum. Dieser Gedankengang erinnert stark an eine Erneuerung der Ideen von Townsend (siehe oben 2.1.1), richtet sich nur dieses Mal nicht an die Ärmsten der Armen (wenn man in diesem Fall hierin nicht die Patient*innen sehen will), sondern an die privilegierte Gruppe der Ärzt*innen, denen der Mangel nun Demut, unternehmerische Tugend und Sparsamkeit eintrichtern soll. Und doch konnte empirisch rekonstruiert werden, dass dieser recheninduzierte Naturalismus kein Selbstläufer infolge marktwirtschaftlicher Gesetze darstellt, sondern aktiv und kontinuierlich hergestellt werden muss, sowohl politisch (Festsetzung der Basisfallwerte, Bewilligung von Investitionsmitteln, Bezuschussung des Gesundheitsfonds etc.) als auch organisational (Fallzahlensteigerungen, Verkürzung von Liegezeiten, Leistungsspezialisierungen, Wachstumspläne, Stellenkürzungen, Leistungsanreize etc.)

In der Organisation geschieht dies über die Produktion einer Sichtbarkeit vermittels Zahlen des Controllings, aus der sich Leistungsmaße errechnen und darauf bezogene Erwartungen konkretisieren lassen. Der Mangel diktiert die Notwendigkeit zur Vorsorge und wirkt dadurch strukturbildend. All die betriebswirtschaftlichen Kontrolleinrichtungen des modernen Krankenhauses, die empirisch untersucht wurden, stellen (leicht überspitzt formuliert) finanzielle Infrastrukturen der *Vorsorge* dar und treten in Konflikt zu den medizinischen Infrastrukturen der *Versorgung*. Um es auf eine metaphorische Formel zu bringen: Während es eigentlich die kranken Menschen sind, die das Krankenhaus brauchen, um versorgt zu werden, erscheint das moderne Krankenhaus finanziell ausgezehrt, ja krank, und muss mit (mehr) Patienten versorgt werden, um überleben zu können. Die Controlling-Infrastruktur erfindet hierfür nicht nur neue Organisationsstrukturen, sondern will zugleich Prozesse konturieren, die das *Wie* der Krankenversorgung betreffen. Die Kontrollvorrichtungen werden mithilfe einer neuen Aufmerksamkeit, die aus der numerischen Sichtbarkeit ergeht, in die Lage versetzt, der alten »negotiated order« (Strauss et al. 1963) des Krankenhauses einen starken Impuls zur Re-Negotiation geben, lassen sich aber gar nicht so gerne auf Verhandlung-

gen ein, sondern erzeugen lieber gleich »order«, also Ordnung durch hierarchische Anweisungen.

Daraus ergab sich eine der überraschendsten Einsichten der empirischen Rekonstruktionen: Controlling-Architekturen weisen einen ganz entscheidenden blinden Fleck auf, der paradoxerweise zugleich ihre ganze Stärke ausspielt. Sie belassen Organisationen und ihre Mitglieder (auch Mitarbeiter*innen des Controllings!) über den ursächlichen Zusammenhang der interessierenden Verhältnisse im Dunkeln. Die Zahlenwerke vermögen nur Signale zu produzieren, die in unterschiedliche Richtungen ausgedeutet werden müssen. Sie erbauen kalkulative Räume, die über die komplexe Herstellung von Vergleichen als »Kombination von Gleichheitsunterstellung und Differenzbeobachtung« (Heintz 2016: 307) in Mediation zu anderen Räumen und den dort versammelten Interessen treten. Zugleich bauen sie auf die Autonomie derjenigen, deren Aktivitäten von ihnen *erfasst* werden. Herr Falter bringt dieses Spiel schön auf den Punkt:

»Solange die Zahlen stimmen, (.) geht man davon aus, dass alles in Ordnung ist und dass man dort nicht nachhaken muss. In dem Moment, wo die Zahlen nicht mehr stimmen, muss man sich diesbezüglich rechtfertigen. (.) Kann natürlich sein, dass die Zahlen nicht stimmen, trotz der Tatsache, dass man eine gute Einweiserpflanze betreibt.«

Sie sollen sich rechtfertigen für das, was die Zahlen indizieren, und wichtiger noch all ihre Leidenschaften mobilisieren und herausfinden, worum sich Zahlen so und nicht anders verhalten. Um dem gerecht werden zu können, braucht es »Aspirationalisierung« und »assoziative Leidenschaft«, ein Gespür für Möglichkeiten, neue Anschlüsse und Beziehungen zu erzeugen, die transformativen Charakter haben (auch für die Ärzt*innen selbst). Aus dieser Sicht wissen Ärzt*innen nie, ob das, was sie tun, um die Zahlen stimmig zu machen, auch wirklich hilft, ob die Mittel, die sie mobilisiert haben, das gewünschte Ergebnis zeitigen werden oder nicht. Die Bemessung des Erfolgs ist genau so schwierig wie die Eliminierung des Mangels, sie sind zwei Seiten derselben Medaille. Es scheint hier die fiktionale Seite von Aspirationalisierung auf: Egal, wie sehr man sich an den Zahlen orientiert und versucht, numerischen Ansprüchen zu genügen, man wird nicht qualitativ erfahren können, »woran denn das liegt«, sondern nur quantitativ sehen, ob in numerischer Hinsicht den »medizinischen« Zielen entsprochen werden konnte und was in Zukunft weiterhin (noch mehr) zu erreichen ist.

Diese neue Konstellation ist insbesondere ein großer Spagat für alle professionell tätigen Ärzt*innen und Pflegekräfte. Die eigenen professionellen Korridore zu verteidigen wird nicht genügen. Es wird in Zukunft eher darum gehen, diese auszuweiten und als ganze Berufsgruppe den Weg der habituellen Transformation zu gehen. Andernfalls wird vor der Prämisse einer weiteren Durchdringung professioneller Arbeit durch numerische Parameter die innerprofessionelle Kluft, das

professionelle Leiden noch größer, wie es zunehmend mehr Gewinner *und* Verlierer zugleich geben wird. Die in den empirischen Analysen rekonstruierten Verhältnisse innerhalb des ärztlichen Dienstes zeichnen das Bild einer sehr dünnen – von Fachbereichslogiken bzw. –zugehörigkeiten noch *unbedingten* – Solidarität. Auch weil gewachsene professionelle Rivalitäten von numerischen Konkurrenzverhältnissen überlagert werden, erschienen professionelle Konjugationen im empirischen Material nur dort, wo gemeinsame mikropolitische Interessen vorlagen, die sich wiederum auf die reflexive Infragestellung und Aneignung einer managerialen Kontrollfiktion im Kollektiv richteten. Was jenseits derartiger Surrogate rekonstruierbar war, waren Absichtserklärungen und Initiativen, die immerhin im Projektförmigen [ORG] verwirklicht hatten, was im wohlfahrtsstaatlichen Setting noch auf Grundlage homologer beruflicher Erfahrungen einer gewachsenen, primordial existenten Orientierung unter Professionellen glich.

Da dieses weitestgehend in Mitleidenschaft gezogen zu sein scheint, gilt es, den Ball an die medizinischen Professionen (Ärzt*innen, Pflegekräfte und alle anderen im Krankenhaus tätigen Gesundheitsberufe zusammen) zurückzuspielen. Ihre »occupational control« (Abbott 1988) werden sie nur zurückerlangen können, wenn sich inner- wie interprofessionell über die impliziten Praktiken und Selbstverständnisse der neuen Krankenhausökonomie offen verständigt wird und gemeinsame *interessenpolitische* Maßnahmen entwickelt werden. Eine Verhandlung dessen, was es heutzutage heißt, Kollegialität und Tätigkeitskontrolle bzw. Autonomie zu vereinen, scheint dringend geboten. Ob dies gelingt, ist fraglich. Alljährlich verlautbarte kritische Stellungnahmen und Hilfestellungen des deutschen Ärztetages zu Fragen der »Ökonomisierung« können sicher nur der Anfang einer Reihe von Maßnahmen sein. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang auch, erneut über die treuhänderische Verpflichtung der Professionellen zur Gemeinwohlorientierung im Rahmen von Interaktionen mit Patient*innen nachzudenken, wie Alfred Tauber (2003: 493) treffend beschrieben hat (siehe für den deutschen Diskurs auch Naegler/Wehkamp 2018):

»The conundrum of autonomy in medicine arises from a faulty extrapolation of a particular form of American political and judicial individualism, where a relational dialectic is obscured or even ignored. [...] Given the disparity between the knowledge and technical expertise of doctor and patient, the basis of cooperative decision-making ordinarily is an irredeemable obstacle to full patient participation in deciding clinical options. [...] Precisely because informed consent and freedom of choice are crucial to the care of the ill, physicians must develop an increased moral self-reflection and strengthen their fiduciary responsibility towards their patients. Fundamental to this realignment is a medical ethics that focuses upon the problem of trust, one that configures a philosophy of medicine based on recognizing that the key issue in clinical care is not the protection of

some severe form of individualism, but rather the exercise of autonomous choice within a moral context of trust, understanding, and enabling. This formulation not only offers the opportunity to recapture medicine's ancient moral imperative, but it more appropriately addresses the reality of clinical care.«

