

4. Institutioneller Wandel im Gesundheits- und Krankenhauswesen

»Dem entsprechen bemerkenswerte Strukturen im Überschneidungsbereich von Medizin und Wirtschaft, das heißt überall dort, wo Krankenbehandlung unter dem Gesichtspunkt von Knappheit und Kosten beurteilt wird. Hier zeigt sich: im System der Krankenbehandlung sind nicht die Geldmittel knapp, sondern die Kranken. [...] Das Ziel der Gesundheit ist politisch so fest etabliert, daß Geldmittel dafür nicht (oder nur auf indirekte, so gut wie unsichtbare Weise) verweigert werden können. Es bedarf keiner besonderen Reflexion des Systems im System, um dies zu begründen.« (Luhmann 1990: 188, Hervorhebungen K. M.)

Bevor zum methodologischen Teil dieser Arbeit sowie den zentralen empirischen Analysen übergeleitet wird, muss auf die soeben vorgelegten metatheoretischen Ausführungen zur organisations- und praxistheoretischen Perspektive auf Ökonomisierung nun eine Betrachtung der zentralen institutionellen Entwicklungen folgen, die sich im Krankenhaus- und Gesundheitswesen in den letzten Jahrzehnten ergeben haben. Eine umfassende Betrachtung des Gesundheitswesens ist hier nicht zu leisten und auch nur bedingt sinnvoll, denn die nachfolgenden Studien basieren allesamt auf teilnehmenden Beobachtungen und Interviews mit Personen, die zum Interviewzeitpunkt in Krankenhäusern tätig waren. Die Darstellung konzentriert sich im Folgenden daher auf die institutionellen Rahmenbedingungen und Gesundheitspolitiken, die auf die politische Regulierung des *stationären Krankenhaussektors* abzielen. Zwei Entwicklungspassagen werden inspiziert: zunächst diejenige des Aufbaus einer *wohlfahrtsstaatlichen* Form der Gesundheitsversorgung, die sich zwischen 1950 bis in die 1970er Jahre hinein entwickelte. Die zweite schließt

unmittelbar daran an und fokussiert die institutionellen Reformen als *ordnungspolitischen Wandel*, mit dem Fragen der Effizienz und Wettbewerb nicht bloß politisch diskutiert, sondern als »medizinische Leistungssteuerung« (Simon 1997) nach dem Vorbild von »Doppelklick« (Latour 2014, siehe oben 3.4.2) in Richtung einer ökonomistischen Zurichtung des Krankenhauses weisen.

Die damit verbundenen Thesen zur Ökonomisierung des Krankenhauswesens im Einzelnen durchzuarbeiten wird hier allerdings nicht beabsichtigt, da dies im Sinne eines praxeologischen Zugangs, der offen für den Untersuchungsgegenstand bleiben will und die Einzigartigkeit der Praxis würdigen möchte, der empirischen Analyse und den abschließenden Betrachtungen vorbehalten sein soll. Im Mindesten ist es aber angezeigt, die institutionelle Einbettung der organisierten Krankenversorgung zu erläutern, um die Leser*innen (als *sensitzing concept*) auf die voraussetzungsreichen Abläufe, von denen die weiteren Analysen ausgehen, vorzubereiten. Ein Blick auf das institutionelle Gefüge erscheint für diese Arbeit besonders wichtig, da das deutsche Gesundheitswesen als hoch regulierter Politikbereich gilt, doch zugleich im Sinne einer »negotiated order« (Strauss et al. 1963; Strauss 1978) wesentlich auf Verhandlungssystemen bzw. Elementen der Selbstverwaltung beruht, wie sich insbesondere am Krankenhaus zeigt. Um der Komplexität des Gesundheits- und Krankenhauswesens gerecht werden zu können, werden zunächst in aller Kürze die grundlegenden Bestandteile dieser Struktur rekapituliert, wie sie sich in den Nachkriegsjahren bis in die 1970er Jahre hinein etabliert hat. Der in diesem Jahrzehnt nur langsam einsetzende Wandel der politischen Regulation wird im zweiten Teil bis in die Gegenwart nachgezeichnet. Abschließend soll ein erstes literaturbasiertes Resümee bezüglich des derzeitigen gesundheits- bzw. krankenhauspolitischen Arrangements gezogen sowie ein kurzer Ausblick gegeben werden. Die zentralen Aspekte des jeweiligen Arrangements werden in jeweils drei Unterkapitel gegliedert, die Fragen der Finanzierung (4.1.1/4.2.1), der Leistung (4.1.2/4.2.2) sowie der Organisation (4.1.3/4.2.3) in den Blick nehmen.

4.1 Das alte wohlfahrtsstaatliche Setting

Die Entwicklung einer einheitlichen Gesundheitsversorgung in Deutschland¹ mit seinen etablierten Strukturen, Akteur*innen und politischen Regularien hat einen langen Weg hinter sich. Die Geschichte der deutschen Sozialgesetzgebung beginnt im Wilhelminischen Kaiserreich unter Otto von Bismarck und sah die Einführung

¹ Die Ausführungen beziehen sich im Weiteren bis zur Deutschen Einheit nur auf Westdeutschland u.a. deshalb, weil der wesentliche Teil der noch heute präsenten Akteure, Strukturen und politischen Regulationsmechanismen aus der Entwicklung des Gesundheitswesens in der BRD resultierte.

einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit dem »Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter« erstmals im Jahre 1883. Die Einführung einer gesetzlichen Versicherungspflicht für Arbeiter in Industriebetrieben sowie Handwerker, die gegen Lohn oder Gehalten arbeiteten, wurde dort erstmals beschlossen, wie auch die Gründung von Orts-, Betriebs- und anderen Formen von Krankenkassen, die die gesetzlich verbrieften Leistungen in Selbstverwaltung für ihre Versicherten organisieren sollten. Die GKV als gegliederte Krankenversicherung ist in seinen Grundzügen bis heute erhalten geblieben. Einer steten Abnahme der Zahl der Krankenkassen (von etwa 35.000 Ende des 19. Jahrhunderts auf 110 Anfang 2018, vgl. BGM 2018a) steht eine deutliche Zunahme der Versichertenzahlen entgegen (von etwa 10 % zur Einführung bis zu 90 % Pflichtversichertenanteil in der Bevölkerung heute, vgl. BGM 2018b). Während sich die Kassenärztlichen Vereinigungen per Notverordnung von 1931 noch vor dem zweiten Weltkrieg gründeten, konstituierten sich andere zentrale Organe der gesundheitlichen Selbstverwaltung bald nach Kriegsende. Die erste Landesärztekammer wurde in Bayern 1946 als Körperschaft öffentlichen Rechts gebildet, andere Kammern folgten durch gesetzliche Landeserlasse kurze Zeit später. Berlin gründete als letztes Bundesland eine Ärztekammer im Jahre 1962. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) wurde 1949 als Zusammenschluss der Landeskrankenhausgesellschaften gegründet.

Die Nachkriegsjahre waren selbstverständlich nicht nur von verbandspolitischen Neuerungen gekennzeichnet. Offensichtlich stand ein großer infrastruktureller Wiederaufbau sowie die Wiederherstellung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung auf der politischen Agenda. Wie Michael Simon (2000a: 40ff.) erläutert, standen Krankenhäuser vor großen wirtschaftlichen Herausforderungen. Die laufenden Betriebskosten waren in Folge eines noch gültigen Verbots von Preiserhöhungen von 1936 nur unzureichend finanziert und auch an Investitionsmitteln mangelte es massiv. Hinzu kam ein erheblicher infrastruktureller Nachholbedarf (es fehlte an modernen Medizingeräten, Einrichtungsgegenständen, Gebäuden, hygienischen Apparaturen, Wäsche etc.), der in Folge von Sparmaßnahmen und der deutschen Kriegswirtschaft der 1930er Jahre entstanden war. Stationäre Unterversorgung, Personalmangel und Abwanderung in den ambulanten Bereich waren die Folge. Notbehelfe, etwa das Aufstellen von zusätzlichen »Notbetten« in Patient*innen- und Versorgungsräumen bis in die 1960er Jahre hinein, wurden nur langsam von durchgreifenden politischen Verbesserungen abgelöst. Diese ließen nicht nur aufgrund der Kriegsverwerfungen lange auf sich warten. Erschwerend hinzu kamen einige strukturelle Altlasten und Eigenheiten des föderalen Systems der neu gegründeten BRD. Dem Bund oblagen bis in die 1970er Jahre hinein keine

gesetzgeberischen Kompetenzen im Krankenhaussektor.² Allen voran die Gemeinden und auch die Länder waren als Eigentümer von Krankenhäusern (sog. Krankenhausträger) für die Finanzierung und Regulierung der Einrichtungen verantwortlich. Gemeinsam mit der Interessenvertretung der deutschen Krankenhäuser (der DKG) wollten die Kommunen die Sozialversicherungsträger für die Finanzierung der Krankenversorgung vollumfänglich aufkommen lassen. Die Kassen, in ihrer Furcht vor steigenden Kassenbeiträgen, hingegen »forderten eine gesetzliche Verpflichtung der öffentlichen Hand zur Finanzierung der Kosten der Errichtung und Vorhaltung von Krankenhäusern« (ebd.: 45). Dieser Interessenkonflikt konnte weder durch eine 1948 erlassene »Preisfreigabeverordnung« noch über eine vom Bund initiierte, auf dem Wege seiner Zuständigkeit für ein allgemeines Wirtschaftsrecht erwirkte, Pflegesatzverordnung (1954) gelöst werden. Vielmehr wird laut Simon (ebd.: 46) die

»krankenhauspolitische Arena [...] seit dieser Zeit von zwei großen Akteurskoalitionen beherrscht, die jeweils eine deutliche Übereinstimmung der wirtschaftlichen oder finanzpolitischen Interessen aufweisen und durch gemeinsam geteilte Werthaltungen und Grundüberzeugungen zusammengehalten werden. Die eine Akteurskoalition wird von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Bund gebildet, die andere, gegnerische Koalition, von den Verbänden der Krankenhausträger, den Gemeinden und den Ländern.«

Diese »Werthaltungen« der beiden Lager fasst Simon später (ebd.: 58) in zwei gegensätzlichen »Grundauffassungen« wie folgt zusammen: die erste Koalition aus Bund und Kassen betrachte die vollumfängliche »Finanzierung der Vorhaltekosten der stationären Versorgung als öffentliche Aufgabe und somit Angelegenheit der öffentlichen Hand«, wodurch die Versicherten nur für die direkten Behandlungskosten über ihre Versicherungsbeiträge aufzukommen hätten. Die andere Koalition aus Krankenhausträgerverbänden sowie Gemeinden und Ländern vertrat hingegen die Position, dass »in Analogie zur Preisbildung in der übrigen Wirtschaft die ›Käufer‹ von Krankenhausleistungen, also die Patienten [...] auch den vollen Preis – einschließlich der Vorhaltekosten – zu tragen hätten.« Damit steht jede Seite stellvertretend für zwei unterschiedliche Finanzierungskonzepte: die erste steht für die sog. »duale Finanzierung«, letztere für eine »monistische Finanzierung«.

Es sollte bis zum Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahre 1972 dauern, ehe dieser Interessensgegensatz im Zuge weitreichender Reformen zugunsten der dualen Finanzierung einstweilig neu geregelt (nicht:

² Einzig über §120 des Grundgesetzes war der Bund dazu verpflichtet, die »Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung zu tragen [...] und von daher an der Vermeidung von Defiziten der gesetzlichen Krankenversicherung interessiert sein mußte.« (Ebd.: 46)

aufgelöst) wurde.³ Das Gesetz markiert zugleich »die rechtlichen und materiellen Grundlagen für eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen« (Klinke 2018: 5) und verankert damit die bereits existente Vorstellung von Krankenhäusern als »Einrichtungen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge [...], für deren Vorhaltung und Finanzierung letztlich der Staat verantwortlich sei« (Simon 2016: 30). Die darin enthaltenen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung fixieren ein *wohlfahrtsstaatliches Regime*, das Krankenhausleistungen aus einem *sozialstaatlichen Auftrag* (im Rahmen des Sozialstaatsprinzips, §20, GG) ableitet, welcher zugleich unvereinbar mit dem Gedanken erscheint, das Kliniken »[...] als gewinnorientierte Unternehmen betrieben werden« (Simon 2016: 30). Die dort formulierten Prinzipien werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

4.1.1 Finanzierung: Selbstkostendeckungsprinzip und Pflegesätze

»Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.« (§1, KHG, 29.6.1972)⁴

Mit dem KHG wurde 1972 erstmals ein System der »dualen Finanzierung« für eine flächendeckende, stationäre Krankenversorgung etabliert. Die Erzielung eines Kompromisses zwischen den beiden soeben dargestellten Positionen beruhte auf Zusagen des Bundes, sich wesentlich stärker an »der Erfüllung von Länderaufgaben mit eigenen Haushaltsmitteln zu beteiligen« (Simon 2000a: 71). Dies war nach zwei Grundgesetzänderungen und dem Auseinanderbrechen der großen Koalition und der anschließenden Bildung einer sozialliberalen Koalition aus SPD und FDP möglich geworden. Der Kompromiss lautete daraufhin: die »öffentliche Hand« in Form der Bundesländer entwickeln zur Umsetzung von §1 des KHG (vgl. oben)

3 Seit einigen Jahren wird wieder heftig über die Möglichkeit einer monistischen Finanzierung debattiert, siehe z.B. den Vorschlag von Rürup et al. (2008), sowie kritisch hierzu schon Simon (2000b).

4 Unter 4.2.1 wird gleich zu sehen sein, wie sich der Wortlaut des Gesetzes, das nach wie vor in Kraft ist, in Richtung einer wirtschaftlichen Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser verändert hat. Allein an diesem kleinen Passus lässt sich damit schon die Stoßrichtung der Veränderungen ablesen, die sich seit Verabschiedung des KHG im Jahr 1972 eingestellt haben.

sog. Krankenhauspläne und übernehmen im Rahmen von »Investitionsprogrammen« die Finanzierung der Investitionskosten, an denen sich der Bund erstmals mitbeteiligt. Die Betriebskosten, insbesondere die Personal- und Sachmittelkosten der Krankenhäuser, werden weiterhin von den gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen bzw. deren Versicherten getragen. Aus Sicht von Simon sticht das Gesetz vor allem durch »*normative Grundsatzentscheidungen*« (Simon 2000a: 73, Hervorhebung K. M.) hervor. Darunter fallen neben der dualen Finanzierung (vgl. Simon 2016: 31),

- der staatliche »Sicherstellungsauftrag«, der gemäß §20 GG die Länder verpflichtet, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten;
- die eben schon benannte Krankenhausplanung, die die Bundesländer »regelmäßig entlang des Bedarfs« erstellen und in dem alle zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäuser verzeichnet sind;
- der »Versorgungsauftrag« der Krankenhäuser, die in einen Krankenhausplan als bedarfsgerecht aufgenommen wurden, ist durch ausreichende Finanzierung »wirtschaftlich zu sichern«;
- das Selbstkostendeckungsprinzip, was umfasst, dass die zur Verfügung gestellten Investitionsmittel und Pflegesätze so veranschlagt sind, dass die Selbstkosten eines »sparsam wirtschaftenden Krankenhauses« gedeckt werden;
- die Bemessung eines »für alle Benutzer einheitlichen tagesgleichen vollpauschalierten« (Simon 2000a: 72) Pflegesatzes durch staatliche Stellen⁵, womit insbesondere die Aufgabe der zuständigen Landesbehörden beschrieben ist, die »Letztentscheidung über die Höhe der Pflegesätze« festlegen zu dürfen.

Mit dem KHG verbinden sich also unmittelbar drei Vorgaben bzw. politische Ziele, eine *bedarfsgerechte* Versorgung der Bevölkerung, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sowie »sozial tragbare Pflegesätze« zu gewährleisten. Diese Ziele sind in der Zusammenschau widersprüchlich, insbesondere das Ziel der sozial tragbaren Pflegesätze kollidiert mit der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (vgl. ebd.: 74), wie der Grundsatzstreit zuvor schon vor Augen geführt hatte. Die Pflegesätze werden durch die Landesbehörden »auf der Grundlage der Selbstkosten [...] für jedes Krankenhaus einheitlich als Festpreis« (BT-Drs. 32/1973:

5 In der Bundespflegesatzverordnung von 1973 ist das Prozedere festgelegt: allgemeine sowie besondere Pflegesätze werden berechnet und verhandelt durch die jeweils zuständigen Landesbehörden sowie durch die von der Landesregierung eingesetzten Ausschüsse für Pflegesatzfragen auf Landes- und kommunaler Ebene. Die Ausschüsse bestehen aus sechs Vertretern der Krankenhäuser, fünf der öffentlichen Sozialleistungsträger und einem der privaten Krankenversicherung, die durch die jeweils zuständigen Verbandsorgane ernannt worden sind.

336) berechnet und in einem Einigungsverfahren zwischen Vertretern der Landesbehörde, dem Krankenhausträger sowie allen für das jeweilige Haus relevanten Kostenträgern festgesetzt. Krankenhäuser werden zuvor »entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit, insbesondere nach der ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der vorhandenen Fachrichtungen, der Bedeutung und des Umfanges der einzelnen Fachrichtungen und der medizinisch-technischen Einrichtungen in Gruppen eingeteilt.« (ebd.: 334) Nach der Eingruppierung müssen Krankenhäuser zur Kostenerstattung sog. Selbstkostenrechnungen (in Form eines »Selbstkostenblatts«) zum jeweils zurückliegenden Jahr vorlegen und erhalten dann *retrospektiv* eine Erstattung ihrer ausgewiesenen Kosten. Sie können überdies eine Anpassung der Pflegesätze beantragen sowie Ausgleichszahlungen für den Fall fordern, dass die Kosten die Einnahmen überstiegen haben und sie in der Lage sind mit »kaufmännischer Buchführung und Betriebsabrechnung oder mit einem Rechnungswesen, das die Nachprüfung der sparsamen Wirtschaftsprüfung in gleicher Weise ermöglicht« (ebd.), ihre Ansprüche geltend zu machen.

Das *Selbstkostendeckungsprinzip* der Pflegesatzverordnung zeugt von dem erklärten Ziel des Gesetzgebers, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung angesichts der Versorgungsdefizite tatsächlich sicherzustellen und hierfür Steigerungen bei den Pflegesätzen in Kauf zu nehmen. Mit anderen Worten: eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge (und damit der Lohnnebenkosten), die steigende Pflegesätze nach sich ziehen würden, ist angesichts der großen Leistungsdefizite der Krankenhäuser in Kauf zu nehmen, eine Mittelausweitung notwendig. Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sollte im KHG darüber hinaus auch durch eine bessere Förderung der investiven Mittel erhöht werden. Um eine Leistungssteigerung zu erreichen, wurde die Landeskrankenhausplanung zum »entscheidenden Steuerungsmittel für Art, Umfang und Ausmaß der künftigen Krankenhausversorgung« (BT-Drs. 6/1874: 11f., zit.n. Simon 2000a: 77) auserkoren. Denn im dort erteilten Versorgungsauftrag wird festgelegt, welche Bettenanzahl einem Krankenhaus zusteht. Ist ein Krankenhaus Teil des Bettenzuteilungsplans, können auch Investitionsmittel empfangen werden, da die Investitionsförderung in Teilen daran gebunden ist. Das KHG sieht vor, die investiven Mittel pauschal nach Krankenhausgröße (gemessen in Betten pro Jahr) zu zahlen, wenn auch größere Investitionen (als »Einzelförderung«) gesondert beantragt und bewilligt werden können. Insofern erscheint die Aufnahme in den Krankenhausplan als »Existenzsicherung eines Krankenhauses« (ebd.: 78). Dies erwies sich auch an der schon in den 1960er Jahren angestoßenen Bau- und Modernisierungstätigkeit auf Länderebene, auf die u.a. die Gründung einiger Universitätskliniken und großer Krankenhäuser zurückgeht.

In der statistischen Zusammenschau hingegen zeigt sich, dass der Großteil der Ausgabensteigerungen auf die gesetzliche Krankenversicherung entfällt: die Ausgaben der GKV steigerten sich von 0,7 % des BIP (1966) auf 0,9 % in 1970 und 1,7 %

in 1975. Im Gegensatz dazu waren die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte zwischen 1966 und 1970 leicht rückläufig und stagnierten zwischen 1970 und 1975 bei 0,49 % des BIP. Sie nahmen im weiteren Verlauf sogar weiter ab, während die Ausgaben der GKV bis Mitte der 1980er Jahre noch zunahmen (vgl. ebd.: 85, Tab. 6). Die Bettenkapazität stieg nach Einführung des KHG zwar zunächst relativ stark an, ging in der Folge aber ebenso zurück, wie die Anzahl der Krankenhäuser und die Quote der Betten je 10.000 Einwohner (vgl. ebd.: Tab. 3, 79). Simon schlussfolgert (ebd.: 80) daraufhin, dass die von einigen Autoren getroffene Einschätzung, das KHG habe zu einer »Überversorgung« geführt, nicht mit dem Gesetz in Verbindung zu bringen ist, sondern vielmehr in der bereits in den 1960er begonnenen Bautätigkeiten (u.a. wurden die Universitätskliniken in Hannover und Aachen zu dieser Zeit errichtet) zu finden sei. Überdies habe das KHG durch eine Verminde rung der »Betriebszuschüsse« an Krankenhäuser »zu einem Rückzug der öffentlichen Haushalte aus der Krankenhausfinanzierung« (ebd.: 86) geführt. Gleichwohl hebt Simon (ebd.: 83) im Chor mit allen »maßgeblichen Akteuren des Politikfeldes« anerkennend hervor, dass das KHG »wesentlich zur Modernisierung und vor allem Qualitätsverbesserung der stationären Versorgung beigetragen« habe. Nicht nur quantitatives Personalwachstum wurde durch die neue Finanzarchitektur begünstigt, das Qualifikationsniveau des Krankenhauspersonals konnte ebenfalls gesteigert werden. Auch als Folge der medizinisch-technischen Modernisierung sowie aufgrund von Säkularisierungsschüben des Pflegepersonals (Nonnen und Diakonissen gingen zunehmend in den Ruhestand) wuchs das Qualifikationsniveau der ärztlichen, pflegerischen und medizinassistierenden Gruppen, was auch an der starken Verringerung der Liegezeiten bei gleichzeitiger Zunahme der Patient*innenzahlen abgelesen werden kann.

Aufgrund der mit enormen Ausgabensteigerungen verbundenen Modernisierungen wurden Mitte der 1970er Jahre erste Forderungen nach Programmen zur »Kostendämpfung« laut. Die GKV sollte entlastet werden und schließlich geriet das Prinzip der Bedarfsdeckung infolge einer unterstellten »Anspruchsinflation« (Luhmann 1983) zunehmend unter Beschuss. Zur Sicherung der »Beitragssatzstabilität« der Sozialversicherungen wurde Krankenkassen erlaubt, Zuzahlungen von ihren Versicherten für gewisse Leistungen zu erheben. Gleichzeitig wurde der Druck (auch von Seiten der Krankenkassen durch externe Wirtschaftlichkeitsprüfungen, vgl. Simon 2000a: 140) auf die Krankenhäuser erhöht, ihre *bedarfsgerechte* Leistungserbringung unter Beweis zu stellen. Da man sich hier schon an der Schwelle zu einem ordnungs- bzw. steuerungspolitischen Wandel im Sinne von »Doppelklick« (Latour 2014) befindet, der bis in die Gegenwart noch viel konkreter geworden ist, wird dies zunächst hintangestellt. Zunächst gilt es, die Art der Leistungserstellung in Krankenhäusern des wohlfahrtsstaatlichen Settings näher zu beleuchten und an das anzuschließen, was bereits unter (3.3.2) zur Expertenbürokratie thematisiert wurde.

4.1.2 Leistung: Medizinischer Professionalismus

»If it is accurate today to say that the public and those who speak for it look on the professions with some ambivalence, it is no less accurate to say that the semantic ambiguity of the word itself both encourages and reflects that ambivalence.« (Freidson 1986: 27)

Ein weiterer Aspekt des institutionellen Settings der Krankenversorgung ist die politische Regulation der Krankenbehandlung als solcher. Die von Krankenhäusern (Leistungsträgern) bei den jeweiligen Krankenkassen (Kostenträgern) abrechenbaren, tagesgleichen Pflegesätze verweisen auf das behandelnde Personal, das die jeweilige Leistung am individuellen Patient*innenfall erbracht hat. Die Entscheidung darüber, was dabei zu beachten ist und wie einzelne Patient*innen letztlich behandelt werden müssen, liegt allerdings weder im direkten Ermessen der Krankenhäuser, noch der Krankenkassen oder staatlicher Stellen. Allesamt machen sie hierbei, wie später noch genauer zu sehen sein wird, lediglich einen *mittelbaren* Einfluss geltend. Besonders zeigt sich dies an der Arzt-Patienten-Beziehung, die durch gesetzliche Vorgaben, Versorgungsverträge, ethische Richtlinien und Regeln des Berufsstandes als klassisches Rollenschema institutionalisiert ist. Nach der allgemeinen Definition von Parsons (1964, [1939]) ist der behandelnde Arzt zu funktionaler Spezifität, affektiver Neutralität, universalistischer Behandlungsbereitschaft und einer Orientierung am Gemeinwohl verpflichtet. Die Patient*innen hingegen werden in dem Setting von ihren alltäglichen Rollenverpflichtungen entbunden, von der Schuld für ihre Krankheit freigesprochen, sind jedoch zeitgleich dazu angehalten, die Unerwünschtheit ihrer Erkrankungssituation anzuerkennen, den Willen zur Genesung zu äußern und darauf gemeinsam mit dem ärztlichen Personal hinzuwirken. Es zeigt sich hierin eine ausgeprägte *Asymmetrie* zwischen beiden Rollen, die lange Zeit als paternalistisches Modell Bestand hatte. Ärzt*innen teilen in dieser Konstellation ihr medizinisches Wissen mit den Patienten*innen und erwarten auf Grundlage ihrer Diagnose, dass diese ihren Anweisungen bedingungslos folgen. Zwar ist das Modell nicht obsolet, doch es haben sich mittlerweile andere Modelle auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz sowie abweichender normativer Vorgaben bzw. konkurrierender ethischer Prinzipien ergeben (z.B. das Compliance- oder das Adhärenzmodell), die auch stärker auf die Bedürfnisse spezifischer Personengruppen oder Erkrankungen abgepasst sein können (vgl. z.B. Motivational Interviewing für sucht- und lebensstilbezogene oder psychische Erkrankungen, Miller/Rollnick 1991; Arkowitz/Miller/Rollnick 2015). Daran zeigt sich

die Wandelbarkeit der Arzt-Patienten-Beziehung, die sich jedoch nur sehr langsam und parallel zur Fortdauer des alten Schemas vollzieht.

Der Berufsstatus als »Halbgötter in Weiß« erklärt sich jedoch nicht nur aus einer privilegierten Interaktionssituation heraus. Entscheidend ist auch die gesellschaftliche Vorrangstellung (»preeminence« Freudson 1974: 5f.) der sozialen Gruppe der Ärzt*innen, die auf einem *medizinischen Professionalismus* (Parsons 1991 [1951]; Freudson 1974, 2001) beruht und im wohlfahrtsstaatlichen Setting zur vollen Blüte herangereift ist. So widersprüchlich und kontrovers der Begriff der Profession bzw. des Professionellen nach wie vor erscheint, so irreführend wäre es, Ärzt*innen gegenwärtig zu bloßen Dienstleister*innen oder Kräften des Gesundheitsmanagements zu degradieren, zu Proponent*innen einer professionellen Klasse aufzubauschen, oder das, was Professionelle tun, nur unter der Kategorie freier Berufsausübung zu summieren.⁶ Obwohl zu allen Zeiten und in allen Gesellschaftsformen bekannt, nicht selten verehrt und mit besonderen Privilegien versehen, sind professionelle Ärzt*innen in einem besonderen Sinn als moderne Heiler*innen zu betrachten. Als professionelle Berufsgruppe angesehen, genießen Ärzt*innen das Privileg, die formalen Regeln ihrer Heilkunst selbst definieren und diese Kunst als *Monopol* betreiben zu können (siehe Abbott 1988; Freudson 1974). Nur Ärzt*innen haben das Recht (und zugleich die Pflicht), kranken Menschen Medikamente zu verschreiben, sie mitunter sehr gefährlichen Operationen zu unterziehen und im Zweifelsfall über Leben und Tod zu entscheiden. Die Krisenhaftigkeit der Beziehung, die Ärzt*innen zu ihren Patient*innen unterhalten versehen mit dem Ziel, Hilfe zu leisten, ist ein weiteres Merkmal des ärztlichen Professionalismus (des klientenbezogenen Professionalismus im Allgemeinen, vgl. Stichweh 1993, 2000; Oevermann 1996; 2006; zum Professionalismus als Koordinationsmechanismus der Hilfe, vgl. Schützeichel 2014). Keine andere Gruppe oder Einzelperson ist sozial

6 Die Ärzteschaft wird in der Regel als »Vollprofession« beschrieben, die neben einer sogleich erläuterten »occupational control« auch interessenpolitisch bestens organisiert ist und der gesamtgesellschaftlich eine Expertenrolle für medizinische Fragen zuerkannt wird (siehe Abbott 1988). Professionen sind somit nicht mit Organisationen gleichzusetzen (vgl. Muzio/Kirkpatrick 2011 zum Verhältnis von Profession und Organisation), sondern zeichnen sich durch ein »dual closure« (Ackroyd 1996) aus, wonach die Trägergruppen sowohl den äußeren Zugang (Aus- und Weiterbildung) als auch die innere Arbeitsteilung ihrer Tätigkeitsdomäne innerhalb von Organisationen kontrollieren. Im Gegensatz zum Pflegeberuf, der häufig als Semi- oder »Para-Profession« (Freudson 1979) oder als in der Professionalisierung begriffen betrachtet wird, vertreten berufspolitische Verbände (wie Landesärztekammern, die Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigungen, der Marburger Bund, und andere mehr) ärztliche Interessen auf breiter Front und sind fester Bestandteil in allen wesentlichen Gremien – etwa dem Gemeinsamen Bundesausschuss – der Gesundheitspolitik. Der Pflege fehlt es hier noch an berufspolitischer Repräsentation. Pflegekammern gibt es erst in einigen wenigen Bundesländern.

legitimiert, derart riskante, intime und schonungslose Praktiken gegenüber Menschen und ihren Körpern zu vollziehen. Und das im Rahmen einer Interaktionsbeziehung, die häufig von der weitgehenden persönlichen Unkenntnis der beiden Teilnehmenden gekennzeichnet ist.

Um Teil der professionellen Berufsgruppe werden zu können, müssen zunächst streng genommen zweierlei Arten von Wissen aufgenommen und vermittelt werden. Zum einen geht es um wissenschaftliche Erkenntnisse der Medizin, die in einem Studium angeeignet und über den Bildungsabschluss formal ausgewiesen werden. Mehr noch, Medizinabsolvent*innen werden als Mitglieder ihrer professionellen Gruppe zu Träger*innen des erworbenen, formalen Wissens (»carrier of formal knowledge«, Freidson 1986: 13). In diese Funktion wachsen sie allerdings erst langsam hinein, denn nach dem Studium beginnt die eigentliche Arzttwendung gewissermaßen erst, da es nun – neben akademischen Weihen (Doktortiteln, Habilitationen und Professuren) – darum geht, das erworbene formale Wissen *anzuwenden*. Im anwendungsbezogenen, praktischen Wissen (»applied knowledge«) und dessen sozialer Vermittlung liegt eine weitere Quelle der ärztlichen Professionalität. Die fachärztliche Weiterbildung ist ein gutes Beispiel hierfür: als besondere Passage im Berufsleben vermittelt sie (über viele Jahre bei hohen Anforderungen an Mobilität, Einsatzbereitschaft und nicht selten unter finanziellen Entbehrungen) vertiefte praktische Fertigkeiten in der Anwendung medizinischen Wissens, die nach Beendigung eine besondere (fachliche) Kenntnis und individuelle Rechte mit sich bringt.

Die Regeln der Kunst als Teil der professionellen Berufsgruppe zu erlernen, heißt daher auch: *Autonomie* zu erlernen. Die Autonomie der Ärzt*innen beruht auf drei Prämissen (vgl. Freidson 1974: 137ff.): (1) ihr formelles wie praktisches Wissen wird als so spezifisch betrachtet, dass keine Entität außerhalb der Profession dieses angemessen *einschätzen und bewerten kann*; (2) Ärzt*innen handeln verantwortungsvoll, so dass eine direkte Überwachung ihrer Arbeit nicht vonnöten ist; (3) kommt es doch einmal zu individuellen Fehlern, unternimmt die Profession alle notwendigen regulatorischen Schritte, um das Fehlverhalten einzudämmen. Die Autonomie der einzelnen Ärzt*innen wie die »organisierte Autonomie« (Freidson 1975a) seiner Berufsgruppe manifestiert sich somit als Tätigkeitskontrolle (»occupational control« Abbott 1988) im Rahmen einer Praxis der kontinuierlichen Selbstregulation (»self-regulation«, Freidson 1974: 137). Die soziale Kontrolle der professionellen Domäne der Ärzt*innen beruht dabei nicht auf einer formalen Autorität qua Hierarchie, wie sie zuvor am Bürokratiemodell ausgiebig besprochen wurde, sondern ist geradewegs in der weitest gehenden Neutralisation dieser zu finden (vgl. Freidson 1975a: 105-137). Zwar korreliert eine Leitungsposition innerhalb einer Klinikhierarchie (gemeinhin als Chefarzt bezeichnet) auch mit höheren individuellen Entscheidungsspielräumen (sowie höheren psychosozialen Belastungen, vgl. exemplarisch für die Chirurgie Kneesebeck et al. 2010), gleichwohl wird einem möglicherwei-

se hieraus erwachsenden individuellen *Statuswettbewerb* und »mimetischen Krisen« (Girard 1997) stets durch die *Solidarität* des ärztlichen *Kollegiums* als Dreh- und Anelpunkt professioneller Selbstvergewisserung und fachlicher Konsultation entgegengewirkt. Andernfalls stünde die Basis der Profession – die Kontrolle über die eigene Arbeitstätigkeit – infolge von Partikularinteressen und Korruption ernsthaft in Gefahr (vgl. Luhmann 2019: 209–213 für Professionen im Allgemeinen).

Insofern hat Freidson (2001) in seinem Spätwerk die These vertreten, Professionen würden eine »third logic« innerhalb der Gesellschaft repräsentieren. Ihm zu folge steht die professionelle Logik (»professionalism«) quer zur Logik des Marktes (»economism«) und der Bürokratie (»bureaucratism«) und zielt darauf, die Spannungen, die aus dem Verhältnis von Markt und Bürokratie erwachsen, zu bearbeiten. Diese Logik beruht auf folgenden fünf Prinzipien (ebd.: 127):

- »specialized work in the officially recognized economy that is believed to be grounded in a body of theoretically based, discretionally knowledge and skill and that is accordingly given special status in the labor force;
- exclusive jurisdiction in a particular division of labor created and controlled by occupational negotiation;
- a sheltered position in both internal and external labor markets that is based on qualifying credentials created by the occupation;
- formal training programm lying outside the labor market that produces the qualifying credentials, which is controlled by the occupation and associated with higher education;
- an ideology that asserts greater commitment to doing good work than to economic gain and to the quality rather than the economic efficiency of work.«

Zusammengenommen plädiert Freidson hier für eine Form von Professionalismus, die den speziellen Status der Tätigkeit des Professionellen auf diskreten, formalen Wissensbeständen und Fähigkeiten gründet, deren Anwendung auf der Existenz einer durch Verhandlung und Kontrolle erwirkten exklusiven Rechtsprechung beruht. Ärzt*innen sind in letzter Instanz für ihre Behandlungentscheidungen haftbar und doch entspringt der besondere rechtliche Status einer geschützten beruflichen Position, die über formale Bildung und die Tätigkeit selbst erzielt wird, die beide von der Berufsgruppe kontrolliert werden. Der besondere Status entsteht also durch ein »doctoring together« (ders. 1975b) und leitet sich ferner von einer Ideologie ab, die guter Arbeit einen Eigenwert gegenüber ökonomischen Motiven beimisst, und in dem Sinne auch Qualität vor Quantität setzt (siehe zu diesem Gedanken auch Sennett 2008).

Freidson lehnt sich mit den drei Logiken an die Weber'schen Idealtypen an. Obwohl mit dieser Heuristik nicht auf die empirische Wirklichkeit geschlossen werden kann, liegt es nahe, Professionen als ein vermittelndes, von den beiden anderen

Logiken ausgeschlossenes Drittess (*tertium non datur*) zu verstehen. Diese Idee hat Werner Vogd (2017a: 1612, Hervorhebungen im Original, vgl. ders. 2018b; siehe auch Maio 2015, 2017) praxeologisch gewendet. Nach ihm geht es bei professioneller Arbeit um Folgendes: »[...] professionals have the task of holding the tension between different perspectives, requiring the application of differing and irreconcilable logics of reflection and balancing them in their decision-making.« Unterschiedliche, teils unvereinbare Perspektiven und Logiken anlassbezogen anzuwenden und in Entscheidungen auszubalancieren, erscheint Vogd nicht nur als komplexe Aufgabe professioneller Ärzt*innen, sondern als Erwartungshorizont einer »reflexiven Modernisierung« (Beck/Giddens/Lash 1994) insgesamt. Professionelle medizinische Arbeit gilt als Paradebeispiel für ein »Entscheiden unter Unsicherheit« (Vogd 2004: 26, Hervorhebungen im Original; vgl. auch ders. 2008, 2018b; hierzu bereits instruktiv Fox 1969: »training for uncertainty«), das immer schon mit der Mehrdeutigkeit sozialer Praxis rechnet und gelernt hat, jenseits binärer Schismen als »eingeschlossenes, ausgeschlossenes Drittess« (Serres 1983) zwischen widerstreitenden Rationalitäten (etwa vertikale Integration qua Hierarchie und Marktkoordination über Preise) zu vermitteln.

Für die spezifischen Berufskulturen von in Krankenhäusern tätigen Internist*innen und Chirurg*innen konnte Vogd (2011: 45) etwa zeigen, dass sich »die Dynamiken der ärztlichen Entscheidungsfindungen [...] weder durch die zweck-rationalen Motive der einzelnen Akteure noch durch abstrakte systemtheoretische Beschreibungen erklären« lassen. »Vielmehr finden diese Rationalitäten auf der Meso-Ebene eine spezifische Ausgestaltung, in der ärztliche Entscheidungsprozesse als soziale Konstruktionen erscheinen, die in dem jeweiligen konjunktiven Erfahrungsraum verschiedener Stationen und medizinischer Kulturen einerseits eine unterschiedliche Ausprägung erfahren, andererseits im Habitus der jeweiligen Akteure eine Verankerung finden, die diese jeweiligen ›Lösungen‹ zu stabilen Mustern werden lassen.« Um die der professionellen Praxis inhärente Komplexität besser zu verstehen, muss man sich also auf die Ebene der professionellen Gruppenzugehörigkeit begeben, dem »konjunktiven Erfahrungsraum« (Bohsack 2007, Ausführliches hierzu im Methodenkapitel) medizinfachspezifischer Abteilungen nachgehen und hier nach der Verbindung kontingenter Konstruktionsprozesse einerseits und relativ stabiler, verkörperlichter Praktiken (als professioneller Habitus) auf der anderen Seite Ausschau halten. Für ein Verständnis dieser Dynamiken wird erneut das Krankenhaus als Organisation aufgegriffen, wie dies schon bereits zuvor unter 3.3.2 in Ansätzen vollzogen wurde. Das wohlfahrtsstaatliche Setting kennt nicht nur einen ziemlich unangefochtenen medizinischen Professionalismus, sondern setzt diesen zugleich im Krankenhaus in organisatorische Strukturen und Abläufe um, das dahingehend bereits als Expertenbürokratie diskutiert wurde.

4.1.3 Organisation: Expertenbürokratie unter Spannung

»Das Krankenhaus als wesentlich von professionellen Grundsätzen [...] getragenes Sozialgefüge [...], das als Institution überdies auf humanitäre Ideen sich gründet und damit die Tendenz hat, die innere Konformität mit diesen Ideen über das effektiv zweckbezogene Verhalten zu stellen [...] wird gerade in dieser Hinsicht recht diffizile Spannungsprobleme aufgeben.« (Rode 1974: 320)

Das Krankenhaus war die erste Organisation und ist nach wie vor die bedeutendste Einrichtung des Gesundheitswesens (vgl. Iseringhausen/Staender 2012). Was aus den mittelalterlichen Spitälern hervorgegangen ist, für die noch die Trias aus Armen-Schwestern-Gott prägend war, hat sich im Laufe seiner Verweltlichung zu einer komplexen Einrichtung inmitten eines differenzierten Gesundheitssystems entwickelt. Suchte der Arzt seine (in der Regel wohlhabenden) Patient*innen vormals noch zuhause auf, suchen diese ihn seither in einer Experteneinrichtung auf, die medizinische Forschung und Lehre sowie universale Krankenversorgung unter einem Dach bündelt. Mit der »Geburt der Klinik« (Foucault 2011) institutionalisierte sich die Medizin als unabhängige »klinische Wissenschaft« und mit ihr das Krankenhaus als akademischer Lehrbetrieb, der zunehmend auch medizinische Versorgungsaufgaben für die breite Bevölkerung erbrachte. Es dauerte in Deutschland noch bis in die 1960er Jahre, ehe eine flächendeckende Krankenversorgung weitestgehend auf einem hohen Versorgungsniveau sichergestellt war, dessen Hauptaugenmerk die *wohlfahrtsstaatliche Daseinsvorsorge* aller Bürger*innen ist. Erbracht werden medizinische Leistungen seither ambulant (in ärztlichen Praxen als lizenzierten Niederlassungen) und stationär in Krankenhäusern (Akut- und Fachkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken).

Im Folgenden wird näher beleuchtet, wie das wohlfahrtsstaatliche Krankenhaus in seiner Komplexität insbesondere von Johann Jürgen Rohde (1962, 1974) erstmals umfänglich beschrieben wurde. Rohde hat dabei insbesondere den institutionellen Charakter des Gesundheits- bzw. Krankenhauswesens im Blick, da er eine institutionentheoretische Position im Anschluss an Arnold Gehlens Philosophische Anthropologie und Parsons' Strukturfunktionalismus (siehe weiter oben 3.3.2) bezieht. Für Rohde (1974: 97ff.) steht die Gesellschaft vor der komplexen Aufgabe, die »Dauerbedürftigkeit« des Menschen in allgemein anerkannte Zwecke zu kleiden und über einen »Komplex voneinander abhängiger, durch unbedingte Normen festgelegter Rollen« (ebd.: 108) zu verwirklichen. Hierzu entwickelt sie In-

stitutionen, deren funktionale Erfordernisse spezifischer Verhaltensweisen bedürfen, denen Rollenträger nachkommen. Übertragen auf Krankenhäuser ist damit das Krankenhauspersonal angesprochen, das die von der Gesellschaft gesetzten Zwecke, die sich aus der »Dauerbedrohtheit« (ebd.: 131) durch Krankheit ergeben und an die medizinische Wissenschaft wie den Erkrankten (der krank gewordene Mensch wird als Form sozialer Abweichung betrachtet) richten, in organisierter Form bereitstellen soll.

Nun ist – wie im organisationstheoretischen Abschnitt hinlänglich deutlich geworden sein sollte – kein Durchgriff der Gesellschaft, respektive ihrer Institutionen auf das unmittelbare Organisationsgeschehen zu erwarten. Dies bemerkt auch Rohde (vgl. ebd. 195ff.), wenn er unterschiedliche Motivlagen im Krankenhaus ausmacht (Motive der Institution, Motive der »Funktionssektoren«, »Funktionsgruppen« und »Einzelpersonen«) und diese Motivlagen weiter in verschiedene »Funktionskreise« des Krankenhauses differenzieren. Diese sind horizontal (funktional) wie vertikal (hierarchisch) differenziert in drei wesentliche Kreise. Demnach werden die Leistungen des Krankenhauses durch einen ärztlichen, pflegerischen und verwaltenden Funktionskreis erbracht. Der *ärztliche* Funktionskreis ist primär auf die »diagnostischen und therapeutischen Ziele der Anstalt« (ebd.: 209) gerichtet und befasst sich dergestalt mit den hierfür notwendigen Handlungen, Prozeduren und Einrichtungen. Die nach »maximaler Effektivität« (ebd. 210) strebende ärztliche Arbeitsteilung im Krankenhaus vollzieht sich vor allem entlang *fachlicher* Grenzen. Die geläufigste Trennung ist die zwischen chirurgischen und internistischen Fachgebieten.

Der *pflegerische* Funktionskreis hingegen ist im hohen Maße an den medizinischen Abläufen orientiert und über die Rolle der Schwester darauf gerichtet, die Bedürfnisse der Patient*innen zu befriedigen, sie zugleich aber auch im Sinne der medizinischen wie ablauforganisatorischen Notwendigkeiten zu disziplinieren und kontrollieren. Insofern wird die Pflege auch von allen anderen Funktionskreisen »am stärksten [...] mitbeansprucht« (ebd.: 211). Der dritte wesentliche Kreis zählt zu den »Verwaltungsfunktionen«, der eine »besondere, im wörtlichen Sinne penetrante Stellung hat« (ebd.: 212, Hervorhebung K. M.), da er das gesamte Gefüge des Krankenhauses durchdringt. Dem Verwaltungskreis obliegt es, die Existenz des Krankenhauses in rechtlicher (Eigentum), materieller (Arbeitsgegenstände), finanzieller und personeller Hinsicht zu sichern. *Vertikal* stellt sich die Binnendifferenzierung des Krankenhauses laut Rohde ungleich komplizierter dar, da sich *auf allen Hierarchieebenen* zwischen den drei Funktionskreisen (Patient*innen werden in Folge fehlender Autorität von Rohde diesbezüglich ausgeklammert, vgl. ebd.: 226) ein von »Fall zu Fall variables Autoritätsgefälle« (ebd.:225) bemerkbar machen kann. Letztlich steht aber, wie auch bei Mintzberg, der ärztliche Kreis als derjenige mit der größten Autorität da. Der Arzt sei aufgrund seiner benötigten Sachkennt-

nisse die »Schlüsselfigur« innerhalb des »Sozialgefüges des Gesundheitswesens« (ebd.: 247).

An oberster Stelle wird die formale Vertikalstruktur des Krankenhauses durch die *Krankenhausleitung* bestehend aus Verwaltungsdirektion, Ärztlicher Leitung und Pflegeleitung geformt. Wie zuvor im Modell der Expertenbürokratie bei Mintzberg ersichtlich war (3.3.2), hält auch Rohde an einem formalen Bild von Krankenhäusern fest, dass sie als stark dezentralisierte Organisationen mit zahlreichen relativ autonom arbeitenden Kliniken bzw. Instituten ausweist. Das hierarchische Liniensystem tritt also gegenüber einer stabsförmigen Organisation in den Hintergrund. Zur Leitungsebene zählt Rohde (vgl. ebd.: 222, Abb. 2) auch die Abteilungsleitungen, die auf ärztlicher Seite Chefärzte oder Leitende Oberärzte, bei der Pflege Oberschwestern genannt werden. Sie und das ihnen unterstehende Personal sind direkt auf die medizinische Behandlung gerichtet, die im Weiteren durch die jeweiligen Stationsleitungen mit dem dazugehörigen Stationspersonal organisiert wird. Hinzu kommen die pflegepezifischen Substrukturen und medizinischen Hilfseinrichtungen (wie OP, Pathologie, Radiologie, Laboratorien etc.) sowie weitere Verwaltungsabteilungen.

Interessant ist nun, dass die Formalstruktur des Krankenhauses in ein übergreifendes institutionelles Setting eingebettet ist, das von »Innenspannungen« und »Außenspannungen« geprägt wird. In den *Innenspannungen* gelten Rohde als besonders konfliktbehaftet die Beziehungen zwischen Pflegekräften und Ärzt*innen sowie die innermedizinischen Verhältnisse der einzelnen Fachbereiche zueinander. Die emotionalen Belastungen bzw. Sorgearbeit würden häufig vom ärztlichen an den pflegerischen Kreis delegiert, was sich auch auf die Frage auswirke, wie weit die Mittel der Medizin (Lebensverlängerung durch Einsatz maximaler Therapie) gegenüber den Wünschen der Patient*innen (stellvertretend durch die Pflegekräfte repräsentiert) ausgereizt würden. Diese von Rohde als *Zweckspannungen* bezeichneten Konflikte zwischen ärztlichen und pflegerischen Funktionskreisen rekurrieren wiederum auf die »entscheidende Spannungsfront«, die »irgendwo zwischen den Funktionskreisen der Medizin und der Verwaltung verläuft« (ebd.: 323). Dieser apriorische »Generalkonflikt« leite sich aus dem Anspruch ab, einerseits die beste medizinisch-pflegerische Fürsorge zu erzielen und dies andererseits unabhängig von der »Zahlungskräftigkeit der ›Klientel‹ und mit Blick auf den »wirtschaftlich-finanziellen Bestand« des Krankenhauses zu erreichen (ebd.: 323f.). Rohde versteht den *Grundkonflikt* als ein *Gegensatz von Maximierung und Minimierung*: die Ausreizung medizinisch-pflegerischer Mittel »ohne Rücksicht auf ›Gewinn‹ steht »rationellen« und »einer wirklich ausgeglichenen Bilanz« (ebd.: 324) verpflichteten Sparsamkeitszielen entgegen.

Rohdes Betonung eines »Generalkonflikt« zwischen Medizin und Verwaltung belegt, dass schon das Krankenhaus wohlfahrtsstaatlicher Prägung von einer basalen Spannung durchzogen war, die der unbefleckten Einlösung professioneller

Fürsorgeziele stets Grenzen setzte. Zugleich kommt der organisierten Krankenbehandlung aus dieser Perspektive das vielfach verkannte Verdienst zu, die »Aufrechterhaltung der Ambivalenz« (Vogd et al. 2018: 14) zwischen maximaler Fürsorge und minimaler Mittelverwendung immer wieder auf ein Neues von Fall zu Fall geleistet zu haben. Rohdes Perspektive ist aber nicht zuletzt auch mit seiner starken Rezeption anglo-amerikanischer Krankenhausforschung zu erklären, in der bereits in der Mitte des 20. Jahrhunderts viele Beobachtungen zu der Auffassung neigten, dass »sich im Krankenhaus heutzutage alles in Geldfragen verwandeln lässt« (ebd.: 327). Zweckkonflikte laufen dabei insbesondere in den mit Autorität ausgestatteten Leitungspositionen der jeweiligen Funktionskreise zusammen, deren verhärtete Fronten auf einen »Mangel an Kommunikation« kapriziert werden. Neben fehlenden Möglichkeiten und einem Willen zur Kommunikation, sieht Rohde auch eine *fehlende Kommunikationsbasis* als ursächlich für die Bearbeitungsdefizite an. Dem medizinischen Expertenwissen des Arztes – seiner »Urteilsüberlegenheit« (ebd.: 330) – stehe das verwaltende Denken mit seiner Orientierung an betriebsökonomisch-bürokratischen Aspekten entgegen. Beiden Seiten müsse die jeweils andere Sichtweise notwendigerweise »undurchsichtig bleiben« (ebd.).

Für die Praxis der organisierten Krankenversorgung wiederum bedeutet dies ein sehr voraussetzungsreiches Wechseln zwischen oder gar Mitführen beider Perspektiven. Rohde (ebd.: 335) bemerkt zwar, dass einige Krankenhausabteilungen sich »gewissermaßen im Gleichmaß industrieller Fertigung oder auch bürokratischer Arbeitsabläufe« bewegen (vor allem die Verwaltungsabteilungen), aber insbesondere medizinisch-pflegerische Abteilungen von *ihren Zwecken* her »dauernd zu Extravaganzen gezwungen werden« und insofern dem »Prinzip der Regelmäßigkeit« abschwören und andere Abteilungen »stark irritieren« müssen. Laut Rohde obliegt die Bearbeitung dieser Irritationen wiederum nicht nur dem Verwaltungskreis, sondern dem gesamten Krankenhauspersonal. Sie findet sich insbesondere darin, zu »wissen, wann Regeln zu brechen sind« (ebd.: 335f.). Es wird hier – wie bereits zuvor (3.1) – der Zusammenhang von Regelmäßigkeit und Regelgemäßheit ersichtlich und die Frage, wann und weshalb der Regelbruch im Krankenhaus wiederum selbst zur Regel wird.

Auch Luhmann (1964) hatte etwa zur gleichen Zeit mit Blick auf die informelle Kooperation in Organisationen betont, wie sehr diese situativ auf »brauchbare Illegalität« abstelle und später (vgl. ders. 2006) herausgearbeitet, dass Organisationen dazu tendierten, sich die Zwecke, die sie jeweils brauchen, unbenommen gesellschaftlicher Erwartungen selbst zu konstruieren. Regeln zu brechen kann hier also zur situativen Norm werden, wenn das Leiden der Patient*innen es erfordert, wenn eine Abteilung nicht länger auf die eigentlich notwendige Zuarbeit einer anderen Abteilung warten kann (oder will) oder wenn diesbezügliche Anweisungen schlicht erteilt und umgesetzt werden. So herrscht im Krankenhaus häufig ein »Notstandsverhalten« vor, das auf situative Zwänge rekurriert, die der Durchset-

zung ärztlicher Zwecke in der Regel Vorschub leisten. Gleichzeitig ist dieses Verhalten selbst wiederum nicht vor einer Routine gefeit (im Sinne einer »routinization of emergency«, vgl. bereits Hughes 1951). Die Anerkennung von Notfallroutinen nimmt den ärztlichen Ausnahmen dann den Wind aus den Segeln und veranlasst andere Abteilungen, ihre eigene Zweckverfolgung nicht länger zurückzustellen. Auch wird so mit Blick auf die eben schon bemühte professionelle Kollegialität unter Ärzt*innen mit Rohde (und seinem Verweis auf Hughes) klar, dass es dort durch die Existenz von Partialzwecken immer wieder zu *professionellen Spannungen* kommt und somit davon auszugehen ist, dass deren Kooperation zugleich »the easiest and most difficult relationship to achieve« (Hughes 1961: 58, zit.n. Rohde 1974: 339) ist.

Der Kampf um die *richtigen* Zwecke entspringt stets einer bestimmten »Zweckformation« (ebd.: 336), die eine Abhängigkeit zwischen den einzelnen Abteilungen gebietet. Keine Abteilung kann ohne die anderen Abteilungen bzw. Funktionskreise ihre Arbeit verrichten. Die Abhängigkeit reicht jedoch für eine gelingende Kooperation nicht aus, wichtiger noch hierfür ist ein *gemeinsames Zielverständnis*. Im Rahmen der Arbeitsteilung im Krankenhaus eint alle Funktionskreise eine »Absolutsetzung des Speziellen« (ebd.: 339), das sie jeweils qua eigener Wissensdomäne vertreten, woraufhin das *Gemeinsame* unversehens aus dem Blick gerät. Es wird offensichtlich, dass »die Institution des Krankenhauses realiter selbstverständlich keine in sich harmonischen und spannungsfreien, reibungslos funktionierenden Gebilde« (ebd.: 340) erzeugt. Für Rohde liegt eine kooperative Lösung dieser Spannungen nun nicht in einem Entweder-oder, sondern in der Überwindung der »basic duality of hospitals« (Smith 1944) begründet. Das »Dilemma des Krankenhauses« ist auch aus seiner Sicht (wie oben unter 3.3.2 mit Rekurs auf Weber und Parsons schon anklang) im gleichzeitigen Vorhandensein mehrerer *funktionaler* Autoritätsregime begründet: das eine Regime ist *professionell-egalitärer* Natur und basiert auf der Autonomie und dem Expertenwissen der Ärzteschaft. Das andere ist bürokratisch-hierarchisch und rekuriert auf die industriellen wie bürokratischen Verfahrensregeln der Verwaltungsleitung. Beide sieht Rohde als funktional für Krankenhäuser an und doch beschwören sie den bereits dargelegten »Generalkonflikt« herauf. Um diesen (auch logischen) Widerspruch zu überwinden, gehe es um die Frage, wie »die *contradiccio in adjecto*: hierarchische Struktur bei prinzipieller Gleichheit praktisch aufgelöst werden kann« (Rohde 1974: 370, Hervorhebung im Original).

Was die *Innenspannungen* innerhalb der Funktionskreise angeht, zeigt Rohde mit Verweis auf mehrere Studien, dass im ärztlichen Kreis »die Ausübung von unvermittelter Autorität in administrativen Dingen den professionellen Normen nicht zuwiderläuft«, solange die untergebenen Ärzt*innen über die Abnahme bürokratischer Aufgaben durch Vorgesetzte (z.B. Chefärzt*innen) froh sind, während professionelle Entscheidungen weiterhin der Autonomie der einzelnen Ärzt*innen

überlassen bleiben und Vorgesetzte hier nur im Modus der Beratung bzw. Konsultation intervenieren. Es sei demnach immer die »konkrete Verarbeitung der formellen Autoritätsstruktur« (ebd.) in Krankenhäusern zu betrachten. Mit Blick auf wesentliche *horizontale Spannungen* zwischen ärztlichem und Verwaltungskreis bringt Rohde die Pflege als ›Pufferzone‹ (ebd.: 349) ins Spiel, die aufgrund ihrer Scharnierfunktion einer janusköpfigen (›gespaltenen‹) Loyalität zuneigen müsse. Auch informelle Gruppenbildungsprozesse können (etwa bei chirurgischen Operationsteams) ausgehend von der formalen Autoritätsstruktur als Brücken dienen, wenn sie »eine über das eigentlich Zweckgerichtete hinausgehende wechselseitige Kommunikation« (ebd.: 391) etablierten. Maßgebliche *vertikale Spannungslagen* erklären sich für Rohde aus dem schon angesprochenen dualistischen (gar triadischen) Autoritätsdilemma des Krankenhauses, das eine »relative Verselbstständigung der Funktionskreise widerspiegelt« (ebd.: 393). Der Tendenz nach käme es zu einer »faktischen Monopolisierung von Autorität, Macht und Entscheidungsgewalt durch einen Funktionskreis« (ebd.), wobei sich Rohde nicht darauf festlegt, welcher Kreis hier im Wettstreit die Nase vorn hat.

Für den Status der Patient*innen, der hier nicht ausgespart werden soll, konstatiert Rohde einen paradoxen Zwiespalt: »Seine legitimen Kranken-Ansprüche paralysieren seine Unterworfenheit. Seine ›Herrschaft‹ über das Krankenhausgefüge ist hingegen ohne ›Herrschawissen‹. Er gebietet, ohne in der Lage zu sein, Gebote erlassen zu können; denn er kennt nicht, was ihm zu Gebote steht.« (ebd.: 404). Die an seinen Leiden orientierte Krankenversorgung impliziert sodann eine vertikale Spannung, die letztlich auch davon abhänge, wie »Entscheidungs- und Kontrollbefugnisse« tatsächlich angewandt und welche kommunikativen Mittel bottom-up wie top-down eingesetzt würden. Auch wenn der ärztliche Kreis sicherlich als der privilegierte Kreis angesehen werden muss, wären für Analysen der faktischen Monopolstellung auch »die Auswirkung von Statusunsicherheit auf die sozialen Beziehungen und auf das Verhalten innerhalb der Handlungsbereiche, die den auf Grund ihrer Fremd- oder/und Selbsteinschätzung verunsicherten Positionsträgern aufgegeben sind« (ebd. 394), zu untersuchen. Das Thema der Unsicherheit kommt auch bei der Frage der faktischen Positionsverhältnisse wieder zum Tragen, nicht nur in der medizinischen Behandlung sowie bei Forschungs-handeln.

Neben den Innenspannungen kommt Rohde auch auf wesentliche *Außenspannungen* des Krankenhauses mit seiner Umwelt zu sprechen. Allen voran nimmt er hier das Verhältnis der Krankenhäuser zu den ambulant tätigen Praxen (Allgemein- und Fachpraxen) sowie zu den Krankenversicherungen in den Blick. Aber auch das *Trägerverhältnis* ist von Bedeutung für die inneren Abläufe der Krankenhäuser. In der Regel kennt das Krankenhauswesen drei Trägerarten: öffentliche, freigemeinnützig-konfessionelle und private Trägerschaften. Die jeweilige Trägergruppe – ob nun ein Landrat (kommunaler Träger), eine Stiftung (freigemeinnützig) oder ein

DAX-Konzern (privat) – bringt sich mehr oder weniger in strategische Entscheidungen der Krankenhausleitung ein und kann durch Ressourcenbereitstellung, Verfahrenskontrollen und das Ausweisen von Zielen Spannungen herbeiführen und die tatsächlichen Aktivitäten der Krankenhausmitglieder beeinflussen. Weiterhin ist das Krankenhaus in verschiedene Kooperations- und Konkurrenzverhältnisse eingebettet. Eine bedeutende kooperative Rolle spielen die *niedergelassenen Praxen*, die als ‚Zulieferbetrieb‘ (ebd.: 438) die Zuweisung von Patient*innen an die umliegenden Krankenhäuser maßgeblich prägen, genauso wie es die Rettungskräfte sind, die Notfälle in die Krankenhäuser bringen. Wohl ist das Verhältnis von Krankenhaus und Praxis auch von Konkurrenz geprägt. Die unbefriedigende Versorgung der Patient*innen durch das Krankenhaus fällt mitunter auch auf den niedergelassenen »Kollegen« zurück. Dieser dürfte sich veranlasst sehen, beim nächsten Mal in ein anderes Krankenhaus zu überweisen, bevor ihm die eigene Klientel abtrünnig wird. Das Verhältnis sei häufig geprägt vom »Moment der wechselseitigen Vorbehalte«: niedergelassene Ärzt*innen würden von Krankenhausärzt*innen oft als medizintechnisch-wissenschaftlich minderbefähigt angesehen, da diesen vor allem eine »Vermittlungsaufgabe« (ebd.: 445) sowie eine eher psychologisch orientierte Behandlungsweise zukomme. Dem »habitualisierten« (ebd.: 446) Mitgefühl der niedergelassenen Ärzt*innen den eigenen Patient*innen gegenüber erscheinen Krankenhausärzt*innen wiederum als »medizin-obsessiv und folglich als zu wenig ärztlich« (ebd.: 446f.). Der Anonymität und Zufälligkeit der Beziehungen zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzt*innen, die vor allem über Arztbriefe, sporadische Telefonate oder vermittelt über Dritte (das weitere Kollegium oder eben Patient*innen und/oder Angehörigen) erzeugt wird, korrespondiert das stärkere »Realitätsbewußtsein« (ebd.: 451) der niedergelassenen Ärzt*innen, die enger mit ihrer zu versorgenden Umgebung, den Patient*innen und ihren Familien, zusammenarbeiteten.

Ihr gemeinsames »Schicksal« (ebd.: 449) hingegen finden Krankenhäuser und Praxen in ihrer »Fesselung« an die *Krankenversicherungen*. Als charakteristisch zeichnet Rohde hier eine Ambivalenz, das von einer »geradezu verschwörerischen Solidarität einerseits und bis zum nun wirklich ökonomischen Konkurrenzstreben andererseits« (ebd.: 450) reichen kann. Dies beruht auf den Zuweisungsregeln, die festlegen, welche medizinische Indikation wo (stationär oder ambulant) zu behandeln ist. Die Ironie des Verhältnisses zeige sich am allseits bekannten »Kassenbetrug«, der darauf hinauslaufe, dass das »Verhältnis zwischen Freier Praxis und Krankenhaus vor allem dann ›stimmt‹, wenn das, was man der Krankenkasse berichtet, nicht stimmt« (ebd.: 451f.). Diesen und ähnlich gelagerten Verhältnissen wird auch in der empirischen Analyse nachgegangen (Kapitel 6). Die sehr aufschlussreichen und umfänglichen Erörterungen von Rohde sollen für eine erste Veranschaulichung des wohlfahrtstaatlichen Krankenhauses genügen. Nun wird sich den Veränderungen im Krankenhaussektor zugewandt, die sich schon in

Rohdes Analysen andeuten und seit den späten 1970ern kontinuierlich an Kontur und Intensität zugenommen haben.

4.2 Der neue gesundheitspolitische Ordnungsrahmen zwischen Rationalisierung und Rationierung

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland überschritten 2017 erstmals den Umfang von einer Milliarde Euro, pro Tag (vgl. Destatis 2018a). Diese Zahl macht deutlich, dass der »Generalkonflikt«, den Rohde zwischen 1960 und 1970 maßgeblich innerhalb der Krankenhausmauern ausgetragen sah, nach wie vor äußerst aktuell ist. Er wird seither durch einen sich wandelnden politischen Diskurs befeuert, der sich einem neuen ordnungspolitischen Leitbild (vgl. Döhler/Manow 1997) in der Gesundheitspolitik verbunden fühlt (vgl. Klinke 2008). Der starke Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Jahrzehnten nach der Gründung der BRD war, wie gezeigt wurde, eine Folge der umfangreichen Modernisierungsmaßnahmen, die kriegsbedingte Schäden und Investitionsversäumnisse beheben sollten. Die normativen Leitplanken⁷ des mit dem KHG von 1972 erzielten föderalen Kompromisses zur dualen Finanzierung wurden allerdings bald auf ihre finanzpolitische Dimension verkürzt und durch die Rede von der »Kostenexplosion« in Frage gestellt.⁸

Darauf folgte ein »Wandel in der Krankenhauspolitik von der ‚Bedarfsdeckung‘ zur ‚Kostendämpfung‘« (Simon 2000a: 90), der die Frage aufwarf, wie Kostendämpfung zu erreichen sei. Der Diskurs verengte sich auf zwei prinzipielle Möglichkeiten, die Gesundheitsausgaben zu begrenzen: *Rationalisierung oder Rationierung*. Entweder sind also die Versorgungsleistungen effizienter und damit kostengünstiger durchzuführen oder aber die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen muss eingeschränkt werden, wobei Ersteres bevorzugt wurde (vgl. Poszolt 1996). Die Kostendämpfungspolitik hatte bereits zu Zeiten der sozial-liberalen Koalition unter Helmut Schmidt zwischen 1977 und 1982 begonnen (vgl. Klinke 2008: 76f.; Simon 2000a: 94f.). Begleitet durch makroökonomische Schocks

7 Wie oben bereits beschrieben, fallen hierunter der »Sicherstellungsauftrag« des Staates, der »Versorgungsauftrag« der Krankenhäuser; die Finanzausstattung der Krankenhäuser« regelmäßig entlang des Bedarfs« sowie das »Selbstkostendeckungsprinzip« sparsam wirtschaftender Krankenhäuser.

8 Die Angemessenheit des Begriffs ergibt sich, wie Simon (2000a: 135) anmerkt, nicht aus absoluten, sondern relativen Ausgabenentwicklungen. Simon bestreitet dort (ebd.: 137) auf Grundlage des Verhältnisses der Gesundheitsausgaben zur Entwicklung des BIP eine derartige Kostenexplosion zwischen 1975 und 1990. Schaut man sich aktuelle Zahlen desselben Verhältnisses an, ist ihm beizupflichten: der Ausgabenanteil am BIP hat sich zwischen 1992 und 2016 nicht explosionsartig entwickelt, sondern lediglich moderat von 9,4 % auf 11,4 % erhöht (vgl. Destatis 2018b).

(Ölkrisen von 1973 und 1979/80, vgl. auch die Ausführungen weiter oben, 2.1.2) sowie einen volkswirtschaftlichen Abschwung Ende der 1970er Jahre, kam es zum Bruch der sozialliberalen Koalition, der maßgeblich auch von wirtschafts- und sozialpolitischen Differenzen getragen war.⁹ In seiner ersten Regierungserklärung rief der neu gewählte Bundeskanzler Helmut Kohl eine »Politik der Erneuerung« aus und skizzierte diese wie folgt:

»Die Ideologien der Macher und Heilsbringer haben den Wirklichkeitssinn im Lande nicht geschärft, die Selbstverantwortung nicht gestärkt und die geistigen Herausforderungen der Zeit verkannt. Wir brauchen wieder die Tugenden der Klugheit, des Mutes und des Maßes für die Zukunft unseres Landes. Die Frage der Zukunft lautet nicht, wieviel mehr der Staat für seine Bürger tun kann. Die Frage der Zukunft lautet, wie sich Freiheit, Dynamik und Selbstverantwortung neu entfalten können.« (BT-Drs. 6/1874 7215)

Diese von ihm als »geistig-politische Wende« bezeichnete Politik sah vor allem eine Haushaltskonsolidierung (u.a. durch ein »haushaltspolitisches Dringlichkeitsprogramm«) vor sowie eine Stärkung des Subsidiaritätsprinzips in den sozialen Sicherungssystemen. In der Gesundheitspolitik klang das so: »Zur Begrenzung des Kostenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Bundesregierung die Eigenbeteiligung beim Krankenhausaufenthalt auf 14 Tage erweitern. [...] Die sozialmedizinische Überprüfung von Krankschreibungen muß zur Stärkung des vertrauensärztlichen Dienstes verbessert werden. Meine Damen und Herren, wer krankfeiert, ohne krank zu sein, handelt unsolidarisch und unsozial. Wer einen anderen krank schreibt, obwohl dieser nicht krank ist, der beteiligt sich an der Ausbeutung des Versicherungssystems. [...] es ist unerlässlich, daß auch Ärzte, Zahnärzte, die pharmazeutische Industrie und Krankenhäuser zusammen mit den Versicherten ihren Beitrag zur Begrenzung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen selbst leisten. [...] Wir werden den Sozialstaat erhalten, indem wir seine wirtschaftlichen Fundamente festigen.« (ebd.: 7219) Wie dies ausgehend von der ausgegebenen Zielsetzung gelingen sollte, wird im nächsten Unterkapitel erläutert.

⁹ Siehe hierzu auch das sog. Lambsdorff-Papier von 1982, mit dem der damalige Wirtschaftsminister Otto Graf Lambsdorff (FDP) eine neue, angebotsorientierte Wirtschaftspolitik forderte und damit die sozialliberale Koalition aus SPD und FPD zu Fall brachte. Kurz darauf kam es zur Regierungsbildung unter Helmut Kohl und einer Koalition aus CDU/CSU und FDP.

4.2.1 Finanzierung: Budgetobergrenzen und leistungsorientierte, pauschalierte Entgelte

»Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und *eigenverantwortlich wirtschaftenden* Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.« (§1, KHG, letzte Fassung vom 17.7.2017, Hervorhebung K. M.)

Waren Kostendämpfungspolitiken noch bis Mitte der 1970er Jahre am Widerstand des Bundesrates bzw. der Länder gescheitert (siehe hierzu ausführlich Simon 2000a: 94-99), wurde 1977 das sog. Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) verabschiedet. Die Reformen dienten insgesamt jedoch zunächst der haushaltspolitischen Entlastung des Bundes und verschoben die Finanzlast auf die Länder, die nun wieder allein für die Investitionsförderung zuständig waren, und Krankenversicherungsträger. Eine wesentliche Weichenstellung für einen Strukturwandel sollte die »Kommission Krankenhausfinanzierung« der Robert-Bosch-Stiftung stellen, die 1983 einen Bericht vorlegte, der ganz im Sinne der Kohl'schen Regierungserklärung für mehr »Eigenverantwortung« in Gesundheitsfragen plädierte. Simon (2016: 32) fasst den Bericht als Vorschlag zusammen, »die staatliche Krankenhausplanung abzuschaffen und die Steuerung des Sektors dem Ergebnis von Preisverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen zu überlassen«. Zur Preisbildung wären »Fallpauschalen« heranzuziehen, deren Berechnung *unabhängig* von der Kostenstruktur eines einzelnen Krankenhauses erfolgen sollte. Die Finanzierung der laufenden Kosten der Krankenhäuser würde so anstelle der bislang rückwirkend gezahlten, tagesgleichen Pflegesätze über »prospektiv wirksame Preise oder Gebühren (Leistungsentgelte)« (Wachtel 1983: 288) gesteuert. Diese eröffneten in der Folge die Möglichkeit wirtschaftlicher Gewinn- und Verlustverhältnisse, was für die Krankenhäuser einen Anreiz zur gesteigerten Wirtschaftlichkeit schaffe.

Es ging dennoch eine weitere Legislaturperiode vorüber, bis die Regierung Kohl 1987 eine »umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen« ausrufen konnte. Zuvor hatte sie 1984 das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz erlassen und dort erstmals das Selbstkostendeckungsprinzip zugunsten eines »Anspruchs auf Deckung der vorauskalkulierten Selbstkosten« (§ 4 Abs. 2 KHG i.d.F. des KHNG 1984, zit.n. Simon 2000a: 113) reformiert, womit sich *höhere Ansprüche an eine betriebswirtschaftli-*

che Kosten- und Leistungsrechnung der Krankenhäuser knüpfte. Auch wurde im Rahmen einer neuen Bundespflegesatzverordnung (1986) die volle Kostenerstattung zugunsten einer »flexiblen Budgetierung« abgelöst, womit Mehr- oder Mindereinnahmen aufgrund einer Über- oder Unterbelegung der Planbetten nur noch zu 75 % kompensiert wurden. Damit wurde erstmals die »Entstehung von Gewinnen und Verlusten im Krankenhaus zugelassen« (ebd.: 114, Hervorhebung im Original). Ein Preissystem wurde hingegen zunächst nur in Form pauschalierter Sonderentgelte etabliert, die Krankenhäuser zusätzlich zu den Pflegesätzen für besonders aufwendige medizinische Eingriffe beantragen konnten. Die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) im Jahr 1993 markiert dann den nächsten Schritt hin zu »eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern« (vgl. Eingangszitat oben). Diese durften von nun an auch ambulante Operationen sowie vor- und poststationäre Behandlungen durchführen. Auch die »Eigenverantwortung« der Versicherten wurde erhöht in dem Sinne, dass sie neben höheren Zuzahlungen von 1996 an die Wahlfreiheit besaßen, ihre Krankenkasse selbst zu wählen.

Die entscheidende Neuerung des GSG war allerdings die Einführung von *Budgetobergrenzen* für Krankausgaben (siehe hierzu ausführlich Simon 2000a: 244-264). Die sog. »Budgetdeckelung« sah einen jährlich festzustellenden Maximalbetrag der Steigerung des Globalbudgets vor, das sich an der »Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied« (Simon 2016: 34) orientierte. Die Entwicklung der Ausgaben wird also strikt an die Entwicklung der Einnahmen gekoppelt (sog. »einnahmenorientierte Ausgabenpolitik«), die sich im Fall der Krankenkassen aus der Grundlohnsumme ergibt, womit die Summe der Pflichtbeiträge der Krankenversicherten gemeint ist, die diese über ihre Löhne und Gehälter abführen. Gesundheitsfinanzierung wird fortan nach dem Prinzip gestaltet, nur das Ausgaben zu können, was zuvor auch erwirtschaftet wurde. Darüber hinaus wurde damit der Forderung der Kommission Krankenhausfinanzierung nachgekommen, das Vergütungssystem von den tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser zu trennen. Wie Simon (2016: 34f.) darlegt, war die Verunsicherung in den Leitungsetagen der Krankenhäuser über das neu entstandene Verlustrisiko groß. Zunächst versuchte man hauswirtschaftliche Dienste per Outsourcing an privatwirtschaftliche Dienstleister abzutreten und dann unter günstigeren Konditionen wieder einzukaufen. Doch das Augenmerk richtete sich alsbald auf den eigentlichen Ausgaben- bzw. Vergütungsfaktor: die medizinischen Leistungen der Ärzt*innen. Die darauffolgende Diskussion läutete die Epoche der »medizinischen Leistungssteuerung« (Simon 1997) ein, denn von nun an hatten die Krankenhäuser es mit einer umgekehrten Anreizstruktur zu tun:

»Nicht mehr auf dem Wege der Mengenexpansion, sondern – bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall – dem der Leistungsminimierung können die Leistungsanbieter ihre Einkommen erhöhen, denn deren Höhe ergibt sich nun aus

der Differenz zwischen der prospektiv fixierten Vergütung und den entstandenen Behandlungskosten.« (Gerlinger 2014: 40)

Bislang konnten Krankenhäuser über die *zeitliche Ausweitung* des Aufenthalts der Patient*innen – der sog. Verweildauer – auf Grundlage tagesgleicher Pflegesätze Mehreinnahmen erzielen. Anders sieht es jedoch aus, wenn Krankenhäuser zunehmend unter der Maßgabe pauschalierter Sonderentgelte bzw. Fallpauschalen wirtschaften müssen. Die Vergütung erfolgt dann auf Grundlage tatsächlich erbrachter medizinischer Leistungen, die pauschal mit einem gewissen *ökonomischen Schlüssel* hinterlegt werden. Zwar beschloss das GSG nur eine teilweise Abkehr vom System der Pflegesätze, die von nun an in Basis- und Abteilungspflegesätze differenziert und als Tagespauschalen per »Divisionskalkulation« (Lachmann 2011: 29) errechnet wurden.¹⁰ Doch die schrittweise Einführung pauschalierter Vergütungsformen¹¹ markiert den Einstieg (vgl. Simon 2000: 280ff.) in ein »für die Bundesrepublik ökonomisches und gesundheitspolitisches ›Neuland‹, das nicht unumstritten war.« Die Fallpauschalierung medizinischer Leistungen traf deshalb auf Skepsis und Kritik, weil vielerorts – nicht zuletzt auch aufgrund der Budgetdeckelung – eine »Überformung patientenbezogener Entscheidungen durch ökonomische Kalküle« (Simon 2016: 35) befürchtet wurde. In der Tagespresse tauchten immer häufiger (siehe Simon 1996 für eine Auswahl) Meldungen über kostenaufwändige Behandlungsfälle auf, die abgewiesen oder verlegt wurden, darüber, dass »Notfallpatienten abgewiesen, Indikationsstellungen aus ökonomischen Gründen ausgeweitet, [...] planbare Operationen aus wirtschaftlichen Gründen verschoben oder Patienten vorzeitig entlassen bzw. verlegt wurden.« (Ebd.) Ob die *Fehlallokation in Form von Über- bzw. Unterversorgung* nun auf die Budgetierung und die teilweise Einführung pauschalierter Entgelte zurückzuführen oder eine Folge der immer größer werdenden Investitionslücke der Krankenhäuser ist (Trend zur monistischen Krankenhausfinanzierung¹²), oder beides, ist zunächst zweitrangig. Der gesund-

10 Die Pflegesätze ergeben sich aus der Division der Tagespauschalen mit den in den Budgetverhandlungen vereinbarten Pflegetagen pro Krankenhaus.

11 Zunächst wurden diese in Form von Pauschalzahlungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Sonderentgelte für medizinische Eingriffe und Prozeduren geleistet, die zusammen genommen aber nur etwa 20 % des Krankenhausbudgets ausmachten.

12 Viele Beobachter*innen sprechen unter den derzeitigen Bedingungen der Krankenhausfinanzierung von einem Trend hin zur monistischen Finanzierung, da etwa nur noch etwa die Hälfte der Investitionsmittel tatsächlich öffentliche Zuschüsse der Länder darstellten, die restlichen Investitionen entweder unterblieben, durch Kreditaufnahme oder letztlich über Leistungssüberschüsse aus der Krankenbehandlung refinanziert würden (vgl. etwa Neubauer et al. 2010: 238ff; BDO 2015). Die öffentlichen Fördermittel der Länder nach §9 KHG fielen in der Höhe höchst unterschiedlich aus und hätten 2017 insgesamt einen »realen Wertverlust von mehr als 50 % gegenüber dem Jahr 1991« verzeichnet (vgl. DKG 2018: 73). Den steigenden Kosten der Krankenhäuser (bereinigt) sowie einem steigenden BIP steht demnach folgendes

heitspolitische Diskurs jedenfalls – nach vielen Jahren grundsätzlicher und später dann technischer Erörterungen – trieb die flächendeckende Einführung einer leistungsorientierten, pauschalierten Finanzarchitektur voran. 2003 wurde das bereits in den USA, Australien und anderen Ländern erprobte Fallpauschalen-System der Diagnose-Related-Groups (DRG) flächendeckend und als Ersatz für das Finanzierungssystem der Pflegesätze in Deutschland durch die erste Bundesregierung aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen letztlich eingeführt. Wie das fallpauschalierte Entgeltsystem der DRG in Deutschland funktioniert, wird im nächsten Unterkapitel dargestellt.

4.2.2 Leistung: Kosten- und Qualitätswettbewerb auf Grundlage von DRG-Fallpauschalen und Pay-for-Performance

»Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen muss der Wettbewerbsgedanke zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen, zwischen den Krankenkassen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern – auch künftig gestärkt werden.« (BMG 2018c)

Die Einführung des flächendeckenden, pauschalierten Vergütungssystems nach DRG im Jahr 2003 stellt ohne Frage *das* einschneidende gesundheitspolitische Reformereignis der letzten beiden Jahrzehnte in Deutschland dar (siehe Rau 2009 für eine Diskussion der Auswirkungen). Es steht mit seiner endgültigen Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips auf Grundlage tagesgleicher Pflegesätze für das Ende eines über 20 Jahre währenden Reformprozesses in der politischen Leistungsbemessung und Vergütung von Krankenhausleistungen.

gegenüber: »So sank das im Bundesdurchschnitt zur Verfügung stehende Investitionsfördervolumen seit 1991 je KHG-Bett preisbereinigt um rund 32 %, je Einwohner um 51 % und je Krankenhausfall um 62 %« (ebd.: 76).

Das Ende markiert zugleich einen Anfang: Mit der Gesundheitsreform von 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz, GKV-GRG) beschloss die erste rot-grüne Regierungskoalition der Republik den endgültigen Einstieg in ein neuartiges System »medizinischer Leistungssteuerung« (Simon 1997), die auf der statistischen Erfassung und vergleichenden Kostenbemessung medizinischer Leistungen beruht. Diese sollten von nun an durch ein »durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem« (§ 17b Abs. 1 KHG) vergütet werden. Es folgte das Fallpauschalengesetz (FPG) von 2002, das die Vergütung von Krankenhausleistungen von 2003 an schrittweise – 2003-2004 zunächst noch ohne Gewinn-/Verlust-Möglichkeit – auf diagnosebezogene Fallgruppen (»diagnose related groups«, kurz DRG) flächendeckend umstellt. Das deutsche System der Fallpauschalen (G-DRG) wurde nach dem australischen Vorbild (AR-DRG) des international bereits etablierten Vergütungssystems konzipiert und baut auf das Prinzip »Das Geld folgt der Leistung«. Anstelle pauschale Pflegesätze für den Aufenthalt der Patient*innen zu vergüten, sollten von nun an die *medizinischen Leistungen* mit Hilfe der DRG vergütet und damit die professionellen Tätigkeiten höchst selbst zum Ankerpunkt der Finanzierung werden.

Allerdings wurden die DRG ursprünglich gar nicht zur Finanzierung medizinischer Leistungen konzipiert, sondern stellten ein *Klassifikationssystem* für Patient*innen dar, das dem Krankenhausmanagement als Instrument der Qualitäts- und Kostenkontrolle (einem »activity based costing«, vgl. Chan 1993; Zeller et al. 1999) dienen sollte. Entwickelt hat die DRG Robert D. Fetter, ein studierter Elektroingenieur und langjähriger Professor für Industrie- und Krankenhausmanagement an der School of Organization and Management der Yale University, gemeinsam John D. Thompson in den späten 1960 und 1970er Jahren (vgl. Thompson et al. 1975; Fetter et al. 1976, 1977). Fetter war seit Mitte der 1960er Jahre in die Entwicklung des »Medicare Program«¹³ involviert, welches 1983 als weltweit erste Krankenversicherung die DRG einführte.¹⁴ Fetter beschrieb die über zwei Dekaden spannenden Arbeiten als Prozess des »measuring hospital production as a means of evaluating what takes place in the hospital« (Fetter 1991: 4). Die Aktivitäten des medizinischen Personals sollten in einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem gebracht werden, was man bei produzierenden Industriebetrieben gemeinhin unter Produktivität bzw. Leistungsergebnis (Output) versteht. Er und seine Kollegen suchten also

13 Medicare ist seit 1965 die öffentliche Krankenversicherung in den USA für Menschen ab 65 Jahren und andere Gruppen.

14 Siehe Preston (1992) für eine Diskussion der Geburtsstunde des »clinical accounting«. Freidson (1976: 287) hatte sich schon wesentlich früher in vorausschauender Art und Weise kritisch zur Nutzung evaluativer Daten in Krankenhäusern geäußert: »I shall argue that the criteria for data relevant to evaluating human services must be very different from those relevant to evaluating the production of goods, but that criteria for the latter are likely to be used to account for health services.«

nach einer Möglichkeit, das *Produkt* von Krankenhäusern aus einer *ingenieurwissenschaftlichen* Perspektive messen und damit numerisch definieren zu können. Da bis dato keine überzeugenden Erklärungsansätze für das »rather strange cost behavior of hospitals« (Fetter 1993: V) vorlagen, näherten sich Fetter und sein Forscherteam den komplexen Vorgängen im Krankenhaus (den unzähligen Erkrankungen, Diagnostiken und Behandlungsmöglichkeiten) zunächst mit einer recht simplen Idee. Sie nahmen an, die Produkte eines Krankenhauses könnten sich aus *vergleichbaren* Versorgungsleistungen ergeben, die Patient*innen zuteilwerden. Ausgehend von Krankheitsbildern und darauf bezogenen Diagnosen sollten Patient*innen in homogene Gruppen von Ressourcenverbräuchen eingeteilt werden, denn man ging davon aus, dass vergleichbare Krankheitsmerkmale auch vergleichbare Behandlungsschritte (Prozeduren) und Eingriffe bzw. Therapien (Diagnostik, Medikation, Operationen) auslösen würden (vgl. Fetter et al. 1977, 1980; Fetter/Freeman 1986).

In einem ersten Schritt legten sie eine formale Definition des »Produkts« von Krankenhäusern vor und formulierten hierzu zwei Produktionsfunktionen (vgl. Fetter et al. 1986: 42, Abb. 1). Die erste besteht zunächst darin, dass Inputfaktoren wie Arbeit, Kapital und technische Ausrüstungen, vermittels effizienzorientierter Aktivitäten in zeitkritische Zwischen-Outputs (»intermediate outputs«) transformiert werden, worunter die Autoren etwa Laboruntersuchungen, Pflegearbeit oder Medikamentengaben fassen. In einem zweiten Schritt werden diese Zwischen-Outputs zum tatsächlichen Endprodukt des Krankenhauses zusammengesetzt, das sich als das auf Effektivität abzielende, am individuellen Patient*innenfall erbrachte »set« ärztlicher Diagnosen und Behandlungsentscheidungen darstellt. Um die formalen Definitionen letztlich auch mit den klinischen Notwendigkeiten zusammenzubringen – für eine »clinical coherence« (ebd.: 44) der formal beschriebenen Krankenhausprodukte zu sorgen – teilten sie die Fälle in 23 Hauptdiagnosegruppen (»Major Diagnostic Categories«) und reduzierten damit die große Zahl unterschiedlicher Krankheiten beträchtlich. Die Klassifikation in 23 Hauptdiagnosegruppen ist entlang des von der jeweiligen Diagnose betroffenen Organsystems konstruiert und unterteilt sich davon ausgehend in Behandlungsschritte (»procedures«), Nebendiagnosen und Komplikationen, die im Verlauf der Behandlung ausgelöst werden. Im Mittelpunkt stehen hier die Ressourcenintensität der Behandlungsschritte, denn die Autoren waren daran interessiert, den »normal output of hospitals in a consistent and exhaustive manner« (Fetter 1993: V) statistisch zu berechnen. Dafür richtete man den Blick auf die *Gemeinsamkeiten* der Patient*innen und nicht auf ihre individuellen Unterschiede. Das Ziel war es, »normale« Mitglieder einer Diagnosegruppe mit dem dazugehörigen »normalen« Ressourcenverbrauch von denjenigen zu unterscheiden, die davon abweichen. Hierdurch würde sich der statistische Durchschnitt der Kostenstruktur eines Krankenhauses *aus den medizinischen Diagnose- und Behandlungsabläufen* selbst bestimmen lassen. Die zu Gruppen zusammengezogenen Krankheitsmerkmale der behandelten Fälle sollten

also vor allem deshalb klassifiziert werden, um die ihnen hinterlegten medizinischen Abläufe stärker miteinander vergleichen und unter Berücksichtigung von systematischen Abweichungen besser auf Qualität und Kosteneffizienz kontrollieren zu können.

Die *Normierung und Normalisierung* der organisierten Krankenversorgung gründet folglich auf der Präparation von *Produktlinien*, die relativ stabile Behandlungskosten aufweisen und es zulassen, den »Output« von Krankenhäusern verlässlich in Form von *Kalkulationen* zu bestimmen (vgl. Samuel et al. 2005). Die DRG liefern damit einen neuartigen Vergleichshorizont, der als »Kombination von *Gleichheitsunterstellung* und *Differenzbeobachtung*« (Heintz 2016: 164, vgl. weiter oben 2.2.3) der Industrialisierung von Krankenhäusern (hin zu »Krankenhausfabriken«, Vera 2009) den Weg ebnet. Dieser Entwicklung unterliegen ferner zwei wichtige Schritte, die das neue Krankenhaus weiter in Richtung eines tayloristischen Unternehmens formen sollten. Um die DRG zu einem Finanzierungssystem auszubauen, mussten die neuartigen Krankenhausprodukte zunächst bepreist werden. Der Gesetzgeber gründete hierzu 2001 gemeinsam mit den Spaltenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das eigenständig-gemeinnützige »Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus« (InEK). Es kalkuliert auf Grundlage der von sog. Kalkulationshäusern (2018 gab es bereinigt 282 Häuser, vgl. InEK 2018: 4) übermittelten Daten die Vergütungen bzw. Preise für die einzelnen DRG, indem es deren »Relativgewichte« sowie Zu- und Abschläge rechnerisch bestimmt. Die Relativgewichte (auch »Kostengewichte« bzw. »cost weight« genannt) geben die Ressourcen- bzw. Kostenintensität der Fälle an, die sich wie oben besehen aus den notwendigen Diagnose- und Behandlungsschritten ergeben und mit einem sog. Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS¹⁵) hinterlegt sind. Die Gewichte werden zu einem »Basisfallwert« addiert, den das InEK ebenfalls berechnet. Dieser setzt sich zusammen aus den auf Landesebene durch die Landeskrankenhausgesellschaften vereinbarten Landesbasisfallwerten, den an das InEK übermittelten jährlichen Landesbudgets und der Summe der dort enthaltenen Kostengewichte.

Die Zu- und Abschläge beziehen sich auf die durchschnittliche Aufenthaltszeit der Patient*innen, die sog. *Verweildauer*, die mit der Einführung des Fallpauschalsystems erheblich reduziert werden sollte. Liegen Patient*innen mit einer spezifischen DRG kürzer als im (ebenfalls vom InEK) errechneten Durchschnitt üblich im Krankenhaus, wird die sog. »untere Grenzverweildauer« unterschritten,

15 Der OPS wird vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlicht. In der aktuellen Version von 2019 werden erfasst: »Diagnostische Massnahmen«, »Bildgebende Diagnostik«, »Operationen«, »Medikamente«, »Nicht operative therapeutische Massnahmen« und »Ergänzende Massnahmen«. Der OPS baut auf der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM) auf.

berechnet die zuständige Krankenkasse dem Krankenhaus einen Abschlag. Umgekehrt wird dem Krankenhaus ein Zuschlag gewährt, wenn sich Patient*innen überdurchschnittlich lange aufhielten und damit die »obere Grenzverweildauer« überschritten. Die Errichtung eines statistischen Korridors für Krankenhausaufenthalte soll sicherstellen, dass Patient*innen weder zu früh (»blutig«) entlassen werden, noch, dass Krankenhäuser durch längere Aufenthalte (etwa bei von der Norm abweichenden, komplizierten Erkrankungen mit hohen Komplikationsraten) allzu große finanzielle Nachteile davontragen.

Die Verknüpfung der DRG mit relativen Kostengewichten und Verweildauer-Raten kulminiert in der Ermittlung einer jährlichen Leistungssumme, die prospektiv zwischen dem Krankenhaus und Krankenkassenvertreten verhandelt und im Rahmen des gültigen Krankenhaus- und Bettenplans festgesetzt wird. Auch wenn Fetter et al. dies zunächst nicht im Sinn gehabt haben (vgl. Samuel et al. 2005), werden die bepreisten Krankenhausprodukte – die spezifischen Operationen und Prozeduren (OPS) pro DRG bzw. Fall – somit zu *warenförmigen Handelsobjekten*, denn Krankenkassen können nun mit den Krankenhäusern vertragliche Abschlüsse über in der Zukunft zu erbringende Leistungen erzielen. Auf Grundlage des errechneten *Case-Mix-Index*, der die durchschnittliche Fallschwere aller behandelten Fälle pro Jahr für ein Krankenhaus angibt, können Krankenkassen Vergleiche zwischen Krankenhäusern ziehen und Versorgungsverträge für das nächste Jahr abschließen. Die Projektionen über ein zu erfüllendes Leistungskontingent sollen gesundheitspolitische Finanzplanungen und die volkswirtschaftliche Bemessung von Versorgungsleistungen zugleich erleichtern.

Diese Entwicklung steht auch in Zusammenhang mit dem Aufkommen der *Gesundheitsökonomie*, die Gesundheitspolitiken verstärkt unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten ökonometrisch analysiert und zusammen mit Teildisziplinen der Public Health Forschung (z.B. Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung) ihre Expertisen als Beratungsleistungen zur Verfügung stellt.¹⁶ Bereits 1963 hatte sich Kenneth Arrow als erster prominenter Ökonom in seinem Artikel »Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care« dem Thema Gesundheit angenommen und auf einige herausfordernde Eigenheiten der Gesundheitsversorgung hingewiesen. Seine Quintessenz: Gesundheitsmärkte sind nicht wie »normale« Märkte zu betrachten, denn »risk and uncertainty are, in fact, significant elements in medical care« (ebd. 946). Er ruft *Unsicherheit* als konstitutives Element der Gesundheitsversorgung aus, wenn er schreibt, dass »virtually all the special features of this industry, in fact, stem from the prevalence of uncertainty« (ebd.). Gesundheitsversorgung verfahre daher nicht unter der Prämisse der

¹⁶ Ein Blick in die Besetzung des Sachverständigenrats (Stand 2019) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen etwa zeigt, dass ein Großteil der Ratsmitglieder einen wirtschaftswissenschaftlichen bzw. gesundheitsökonomischen Hintergrund mitbringt.

»optimality« effizienter Marktkoordination. Zentral für Gesundheitsleistungen sei vielmehr deren »nonmarketability of the bearing of suitable risks and the imperfect marketability of information« (ebd.: 947). Aus Sicht einer axiomatischen Wirtschaftstheorie entstehen Gesundheitsleistungen also unter höchst unsicheren Bedingungen: Medizinische Informationen können nicht ohne Weiteres über den Marktmechanismus gehandelt werden, da eine ausgeprägte Wissensasymmetrie zwischen Anbietern (z.B. den Ärzt*innen) und Nachfragern (z.B. den Patient*innen) besteht und es zudem an Möglichkeiten fehlt, die inhärenten Risiken der individuellen Krankenversorgung angemessen bewerten (sprich: bepreisen) zu können: »the recovery from disease is as unpredictable as is its incidence« (ebd.: 951). Arrow sah den Widerspruch und konstatierte, dass »the social adjustment towards optimality thus puts obstacles in its own path« (ebd.: 947). Der Versuch, die Krankenversorgung nach dem Prinzip eines Kapital- oder Gütermarktes zu konzipieren, erscheint für eben diese Versorgungsleistungen als hinderlich und daher in sich widersinnig. Arrow – als Ökonom – verteidigte daraufhin die nicht-marktisierte Koordination im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung, die für ihn auf »convergent expectations [...] greatly assisted by having clear and prominent signals« beruhte. Diese Signale erzeugten Verhaltensweisen, welche »not in themselves logical necessities for optimality« (ebd.: 966) seien.

Nichts desto trotz hat die Gesundheitsökonomie eine rasante Entwicklung vollzogen und ihre Analysen dabei stets aus den »Kernelementen neoklassischer Wirtschaftstheorie aus mikro- und makroökonomischer Sicht« (Greiner 2011: 329) aufgebaut. Fortan wurde sich darauf konzentriert, wie das Marktversagen bei der Gesundheitsversorgung (Abwesenheit eines Pareto-Optimum bei vollständiger Konkurrenz, Information und freiem Markteintritt) zugunsten eines funktionierenden Marktes korrigiert werden kann. Eine grundlegende Prämisse hierzu lautet: »Erst wenn die Knappheit als Grundprinzip auch für das Gesundheitswesen anerkannt ist, ergibt die Beschäftigung mit gesundheitsökonomischen Konzepten Sinn.« (Ebd.) Um eine Gesundheitsökonomie als Rechendisziplin überhaupt operabel zu machen, muss also zunächst eine politische *Anerkennung* der Existenz von Knappheit im Gesundheitswesen erfolgen. Erst dann macht sie überhaupt »Sinn«. Mit Blick auf das Eingangszitat des Bundesgesundheitsministeriums kann die Anerkennung von oberster Stelle als offiziell erteilt gelten:

»Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen muss der Wettbewerbsgedanke zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen, zwischen den Krankenkassen und im Verhält-

nis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern – auch künftig gestärkt werden.« (BMG 2018c)

Wettbewerb erscheint hier als gesundheitspolitischer Alleskönner, der sämtliche Widersprüche zur Seite schiebt und lang verfochtene Verteilungsprobleme *en passant* auflöst. Er wird hier – um mit Latour (2014: 542) zu sprechen – als »Meta-verteiler« inthronisiert, als übergeordnete, aggregierte Ebene der Rationalität, die angerufen wird, »damit sie endlich Ordnung in die Konfusion der Organisationen bringen« kann. Erst wenn alle Akteur*innen des Gesundheitswesens *so tun, als ob* ein Wettbewerb zwischen ihnen besteht, erst wenn ein Glaube an die Existenz der Knappheit genügend verbreitet und anerkannt ist, erst dann kann die rationalistische »Vorsehungökonomie« (Latour 2014: 616) in Kraft treten und ihren Zauber vollbringen. Die Nähe des Wettbewerbsgedankens zur Idee der Knappheit liegt dabei auf der Hand, wenn man sich erneut die oben bereits bemühte klassische Definition der Ökonomik von Robbins (1932: 15) vor Augen führt: »Economics is the science which studies human behaviour as a relationship between ends and scarce means which have alternative uses«. Ökonomische Verhältnisse ergeben sich aus *knappen* Mitteln und *konkurrierenden* Zielen, über deren Verteilung entschieden werden muss. Diese einfache Formel einer sich selbst einstellenden Rationalität der ökonomistischen Rechendisziplin wird im Zitat des BMG geradezu paradigmatisch auf das Gesundheitssystem übertragen.

Unter dieser Prämisse untersucht die Gesundheitsökonomie einerseits Forschungen zu Versorgungsleistungen sowie die sie erbringen Einrichtungen (Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken) und betreibt andererseits gesundheitsökonomische Evaluationen und Expertisen zu der Frage, wie der Staat als Rahmensetzer in die bereits als etabliert vorgestellten Gesundheitsmärkte sinnvoll eingreifen kann (vgl. Fleßa/Greiner 2013: 151-160). Der Staat kann nach gesundheitsökonomischer Lesart vor allem über die Preisgestaltung sicherstellen, dass sozialpolitische Ziele der Gesundheitspolitik – etwa die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen unabhängig vom Einkommen – gegenüber den negativen Auswirkungen einer Marktpreisbildung erreicht werden. Genau so verhält es sich dann auch im deutschen Gesundheitswesen: die Vergütung von Versorgungsleistungen mittels DRG ist als »administriertes Festpreissystem« (Neubauer et al. 2010: 239) konzipiert, in dem bundesweit festgelegte Kostengewichte mit einem Basisfallwert zusammengenommen ein einheitliches, politisch reguliertes Vergütungssystem ausmachen.¹⁷ Gleichzeitig ist eine solche politische

¹⁷ Neubauer et al. (2010: 241) halten das etablierte System der Festpreise allerdings für volkswirtschaftlich ineffizient, denn der Preis verliere »mit der Einführung eines vorgegebenen Einheitspreises seine Funktion, das Gleichgewicht zwischen Versorgungsbedarf und -angebot herzustellen«. Über-, Unter und Fehlversorgung seien die zwangsläufige Folge und nicht »mehr Wettbewerb«. Sie meinen: »Statt einer weiteren staatlichen Preisvorgabe ist

Preissteuerung nicht unproblematisch, läuft sie doch volkswirtschaftlich auf ein *Nullsummenspiel* hinaus:

»Die einzelnen Fallpauschalen sind bei der gesundheitspolitischen Vorgabe eines Globalbudgets qua Orientierung an einem statistischen Mittelwert so adjustiert, dass *kein Win-win-Spiel* entstehen kann, denn die Konzeption der Mittelwerte impliziert, dass die meisten Fälle *darüber-* oder *darunter* liegen. Die Anlage des Kalküls produziert zwangsläufig ökonomische Verlierer, die mittelfristig gezwungen sind, das Feld zu verlassen, und Gewinner, die Renditen einstreichen können, die sich dann gegebenenfalls profitversprechend reinvestieren lassen, ohne dass die Entscheidung, welche Einrichtung den Markt verlassen muss, an Qualitätskriterien rückgebunden wird – es trifft eben den, den es trifft.« (Bode/Vogd 2016: 4f., Hervorhebungen im Original)

Begrenzt man also die Mittel für Gesundheitsausgaben (mit dem Ziel der Beitragsstabilität) und errichtet gleichzeitig ein System fester Preise, das den (mengenmäßigen) industriellen Produktionsoutput eines Krankenhauses im Durchschnitt vergütet, begründet man eine *Kosten- bzw. Leistungskonkurrenz* zwischen den Krankenhäusern, ohne angeben zu können, *weshalb* Krankenhäuser über- oder unterhalb des Preiskorridors landen. Mit anderen Worten: die Unterstellung einer gesundheitsökonomischen Knappheit, die dann auf ein zu berechnendes Marktgleichgewicht zuläuft, ist mit Blick auf die Leistungserstellung genauso problematisch wie die gesundheitspolitische Leistungssteuerung durch Einheitspreise, die genau wie die Preisbildung am Markt zu nicht-intendierten, evolutionären Anpassungsprozessen führt. Man entlässt Krankenhäuser in beiden Modellen weitestgehend in ihre *Eigenverantwortung*, obwohl das System der administrierten Festpreise seine Tücken hat: Auch wenn die Vergütung durch DRG als lernendes System¹⁸ angelegt ist, erklären die DRG doch nur etwa 75 % der Kostenunterschiede zwischen den Krankenhäusern und weisen auch innerhalb der Fallgruppen eine Kostenvarianz von bis zu 50 % auf (vgl. Neubauer et al. 2010: 241). Krankenhäuser werden damit auf die DRG verpflichtet, obwohl diese sich in Sachen rationaler Berechenbarkeit

vielmehr eine Flexibilisierung des Vertragsrechts notwendig. Kassen und Krankenhäuser sollten mehr Möglichkeiten erhalten, Leistungen und Preise individuell zu vereinbaren.« Siehe zum Verweis auf Gleichgewichtsmodelle und die Normativität wirtschaftswissenschaftlicher Theorebildung die Kapitel 2.1.1 und 2.1.2.

¹⁸ Das InEK entwickelt die DRG kontinuierlich fort. Neben der jüngsten Entwicklung von Investitionskostenpauschalen, werden auch die DRG kontinuierlich weiter differenziert. Mittlerweile existieren (Stand G-DRG System 2019, vgl. InEK 2018: 4) insgesamt 1271 DRG im Fallpauschalen-Katalog. Im Vergleich zum Start der G-DRG mit 664 Fallpauschalen ist dies eine Steigerung um 51 %. Somit hat das Fallpauschalsystem beträchtlich an Komplexität zugenommen, was auch den Aufbau von Rechen- und Controllingkapazitäten in Krankenhäusern miterklärt.

als »leaky black boxes« (Callon/Latour 2006; Lowe 2001), als »undichte« und fragile Technologie erweisen, die in der Praxis unterschiedlich verwendet und interpretiert wird, deren Kongruenz immer wieder auf ein Neues aktiv hergestellt werden muss, was zu Unsicherheiten führen und Widerstand erregen kann (bzw. bereits erregt hat und immer noch regt, wie sich später im empirischen Teil noch zeigen wird).

Der Gesetzgeber hat dies erkannt und das Ziel ausgegeben, die Mengenvergütung durch DRG zukünftig durch das Modell des »Pay-for-Performance« (P4P) (siehe Weigel 2018 für eine überblickhafte Diskussion des Begriffs; Milstein/Schreyögg 2016 für ein Review bereits etablierter P4P-Programme in 14 OECD-Ländern) sowie eine die Pflege in Krankenhäusern stärkende Personalkostenvergütung zu ergänzen.¹⁹ Anhand standardisierter Qualitätsindikatoren sollen Krankenhäuser folglich für den Grad der gemessenen Behandlungsqualität positiv wie negativ sanktioniert werden. Eine passende »Indikatorik« wird seit wenigen Jahren vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet, der Ausgang ist allerdings noch offen, da noch vieles umstritten ist, etwa, ob man sich bei der Bemessung an Prozess- oder Ergebnisindikatoren orientieren sollte.

Welche Variante auch letztlich gewählt wird, unmissverständlich geht damit eine Vertiefung des epistemischen Kurzschlusses [DK] als Ausbau einer politischen Steuerungs- und Kontrollarchitektur einher, die *quantitative Qualitäts- und Leistungsindikatoren für die Realität der medizinischen Behandlung selbst hält*, welche hierüber nicht nur nach guten und schlechten »Performances« differenziert, sondern auch noch über geldwerte Vor- oder Nachteile sanktioniert werden soll. Bis der politische Prozess abgeschlossen ist aber bleiben DRG-System und Globalsteuerung anhand fixierter Preise die zentralen ordnungspolitischen Einrichtungen. Krankenhäuser und die in ihr tätigen Ärzt*innen und Pflegekräfte finden sich daher bis auf Weiteres in einer »Doppelwirklichkeit« (Bode 2010a: 203) wieder: Einerseits sind sie nach wie vor einer »wohlfahrtsstaatlichen Infrastrukturfunktion« (ebd.) verpflichtet, andererseits aber sieht sich die organisierte Krankenbehandlung neuen wettbewerblichen Anreizen und Bewertungskriterien von Seiten der Gesundheitspolitik und -ökonomie gegenüber.

Auch innerhalb der Medizin hat sich mit der *evidenzbasierten Medizin (evidence-based medicine, kurz EBM)* im Laufe der 1980er und 1990er Jahre ein Feld entwickelt, das die medizinische Autonomie der Ärzt*innen herausfordert (vgl. Vogd

¹⁹ Siehe exemplarisch die Rede von Jens Spahn auf dem DRG Forum 2018, die seine erste offizielle Rede als neu ernannter Gesundheitsminister darstellte und in der er seine Unterstützung für das DRG-System und Pay-for-Performance-Modelle zum Ausdruck brachte. Zur Personalkostenvergütung, die Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System herausrechnen und krankenhausindividuell beziffern soll, siehe den Koalitionsvertrag (99f.) zwischen CDU, CSU und SPD der 19. Legislaturperiode.

2002; siehe grundlegend Cochrane 1972). Nicht zuletzt aufgrund der empirischen Feststellung, dass ärztliche Praktiken hinsichtlich Qualität, Effektivität und Effizienz deutliche *statistische* Unterschiede aufweisen (vgl. Corallo et al. 2014 für einen Überblick in OECD-Ländern), sollen medizinische Entscheidungen mit Hilfe experimenteller Erkenntnisse und randomisierter medizinischer Kontrollstudien der EBM standardisiert werden.²⁰ Der Gesetzgeber hat dieser Entwicklung ebenfalls Nachdruck verliehen, als er im Jahr 2000 erstmals evidenzbasierte Leitlinien für Programme zur Behandlung chronisch Erkrankter erließ.

Innerhalb des Krankenhauses hat die »medizinische Leistungssteuerung« (Simon 1997) ebenso starken Auftrieb erhalten. Krankenhausärzt*innen und Pflegekräfte sind Zeugen des Einzugs einer neuartigen Betriebswirtschaft geworden, der daran gelegen ist, medizinische Leistungen als DRG-Produkte auf Effizienz und Profitabilität hin zu steuern und mithilfe von Instrumenten des Controllings, insbesondere der Kostenrechnung (siehe z.B. Brösel et al. 2004), das *optimale Verhältnis* von Zwecken und Mitteln im Krankenhausbetrieb zu definieren. In der Literatur wird grundsätzlich daraufhin gewiesen, dass dies die professionellen Praktiken von Ärzt*innen (Kurunmäki, 2004) und Pflegekräften (Manzei 2009) fundamental herausfordert und mannigfaltige Widerstände mobilisiert (Doolin 1999, 2004; Wahyudi 2009) habe, unter bestimmten Bedingungen aber auch in ein gelingendes politökonomisches Regime überführbar sei (Lehtonen 2007). Für Ökonomisierungsprozesse in Krankenhäusern (für einen Überblick siehe Numerato et al. 2012) bedeutet dies, dass neben der Hypothese einer Kommensurabilität (vgl. Brewer 1996; Hoff 2001) auch häufig vom gegenteiligen Trend zur Deprofessionalisierung infolge einer »Managerialisierung« professioneller Praktiken die Rede ist, was dann auf das weiter oben diskutierte Diktum der »feindlichen Übernahme« (vgl. Schimank/Volkmann 2017, 2.2.1) hinausläuft (vgl. für den Ärztestand Bollinger 2018: 85–101; für das Krankenhaus insgesamt Scott et al. 2000; Wilkesmann et al. 2018; für öffentliche Dienstleistungen allgemein Pollitt 1993; Haug 1988).

Jenseits der Deprofessionalisierungsthese sind aber auch Arbeiten vorgelegt worden, die professionelles Handeln ambivalenter beschreiben, etwa als verhandlungsorientierten »hybrid professionalism« (vgl. Kitchener 2000; Noordgraaf

²⁰ Cochrane (1972: 81f.) faßt dies so zusammen: »At present the medical profession enjoys very considerable freedom in the NHS. [...] I imagine that if the research results [randomisierter klinischer Studien, Anm. K. M.] are implemented there will be a considerable limitation of this freedom. Indications for prescriptions, diagnostic tests, admission, length of stay in hospital etc., will get more and more clearly defined and a sort of ›par for the course‹ associated with each group of signs and symptoms will be established, and those doctors with too many ›strokes‹ above or below ›par‹ will be asked to justify themselves before their peers.« Mittlerweile sieht es so aus, als müssten Ärzt*innen sich vor allem vor Krankenhausmanager*innen und –controller*innen mit Blick auf zu erreichende Leistungsziele für derlei Abweichungen verantworten. Hierzu mehr in den empirischen Analysen, Kapitel 6.

2007; Mo 2008), als Schnittstelle zwischen unterschiedlichen Kontrollkulturen (Abernethy/Stoelwinder 1990), als »strategic adaptation« bzw. »co-optation« (Waring/Currie 2009; Andersson/Liff 2018) oder als komplexe Praxis der Unsicherheitsbewältigung (vgl. Witman et al. 2010; Vogd 2011a; 2018: 55-67). Umgekehrt ist die Praxis des Managements weniger eindeutig, als es in Ökonomisierungsdiskursen oft schematisch angenommen wird (siehe Vogd et al. 2018: 160-218). So können sich Managementinstrumente als ineffektiv und damit ungeeignet für die Steuerung professioneller Akteur*innen herausstellen (Kurunmäki 2004) oder Einflusszonen werden im Sinne einer »soft bureaucracy« (Courpasson 2000) so arrangiert, dass dezentral verortete, professionelle Entscheidungsautonomien mehr oder weniger gewahrt bleiben. Wie das Aufkommen der neuen gesundheitsökonomischen Rechendisziplinen sich auf die Organisationsentwicklung von Krankenhäusern auswirkt, wird im nächsten Unterkapitel etwas genauer dargestellt.

4.2.3 Organisation: »managed care« und Case-Mix-Accounting auf der Suche nach Optimalität

»The disaffection with managed care largely rests on the growing tension of split responsibilities of doctors, who, on the one hand, are often employed by a market-driven company seeking to reduce costs (and increase profits), and, on the other hand, have a relationship with their patients that calls upon a more ancient affiliation, where the cost issue is subordinated, if not moot.« (Tauber 2003: 487)

Die organisierte Krankenversorgung befindet sich angesichts der tiefgreifenden Strukturreformen im Gesundheitswesen in einem Transformationsprozess (vgl. Vogd 2011a). Die Expertenbürokratie unter medizinischer Ägide wird zunehmend zu einem Betrieb der »managed care« (vgl. Scott et al. 2000) umgebaut. Diese neue Form setzt sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammen:

- Krankenhäuser sind heute in aller Regel in einer privatrechtlichen Form (meist als GmbH) aufgestellt (siehe Prütz 2010 für eine Darstellung der unterschiedlichen Rechtsformen in Krankenhäusern). Selbst öffentliche Träger wandeln ihre Krankenhäuser sukzessive in privatrechtliche Formen um und geben damit Einfluss an die Krankenhausleitungen vor Ort ab: Wo zuvor etwa ein Landrat

Entscheidungen eines kommunal getragenen Hauses maßgeblich beeinflussen konnte, ist dies heute in der Regel einer Geschäftsführung vorbehalten, die sich in einem gewissen Rahmen unabhängig von einem Gesellschafterkreis oder Verwaltungsrat betriebswirtschaftlich bewegen kann (man spricht von einer »Organisationsprivatisierung«, was nicht mit einer Privatisierung der Trägerschaft zu verwechseln ist, vgl. Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages 2014: 29). 2017 waren 59,8 % aller öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form, 25,2 % rechtlich selbstständig und 15 % rechtlich unselbstständig organisiert. Seit 2002 (seither wird die Rechtsform der öffentlichen Krankenhäuser erfasst) ist dies für die privatrechtliche Form ein Plus von knapp 50 Prozentpunkten, der Anteil lag hier nur bei 28,3 %. Rechtlich unselbstständig waren 2002 hingegen noch 56,9 % aller öffentlichen Krankenhäuser, was einem Rückgang von knapp 40 Prozentpunkten im Vergleich zu 2017 entspricht (vgl. DeStatis 2018c: 8ff.).

- Was die üblichen Trägerformen (freigemeinnützig-konfessionell, öffentlich und privat) angeht, zeichnet sich ein klarer Trend zur Privatisierung und zu größeren Trägern bzw. Klinikkonzernen mit mehreren Krankenhäusern ab. Während der Anteil privater Träger 1991 noch bei 14,8 % lag, waren 2017 37,1 % aller Krankenhäuser in privater Hand. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil öffentlicher Häuser von 46 % auf 28,8 %. Der Anteil freigemeinnützig-konfessioneller Häuser schwächte sich nur geringfügig von 39,1 % auf 34,1 % ab. Dieser Trend spiegelt sich allerdings in der Verteilung der Bettenkapazitäten noch nicht wider: 2017 hatten private Krankenhäuser lediglich 18,7 %, freigemeinnützige-konfessionelle Häuser 33,2 % und öffentliche Krankenhäuser 48 % aller Planbetten in Deutschland inne (vgl. ebd.: 11).
- Die durchschnittliche Verweildauer hat sich zwischen 1991 und 2017 um knapp 50 % auf 7,3 Tage verkürzt, während die Fallzahlen um über 30 % im Vergleichszeitraum gestiegen sind und zuletzt bei 19,4 Millionen lagen. Die Bettenauslastung hat sich im gleichen Zeitraum um knapp 10 % auf 77,8 % verringert (vgl. ebd.).
- Die alte Krankenhausleitung, bestehend aus Verwaltungs-, Arzt- und Pflegedirektion (siehe 4.1.2) und alle darunter angesiedelten Abteilungsleitungen *unterstehen* angesichts der GmbH-Struktur heute in aller Regel einer Geschäftsführung, die alle Unternehmensangelegenheiten letztlich einer Person überantwortet (sog. »Singularinstanz«) und deren Aufgabe es ist, ein vom ärztlichen Professionalismus unabhängiges *Organisationsinteresse* zu erzeugen und durchzusetzen; für private Träger heißt dies: »primäres Ziel der betrieblichen Betätigung [...] ist die Gewinnerzielung, während die Bedarfsdeckung nur untergeordnete Bedeutung hat.« (Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages 2014: 29) In ihrer erwerbswirtschaftlichen Orientierung liegt insbesondere der Unterschied zu den öffentlich und freigemeinnützig-konfessionellen

Trägern begründet, die »in erster Linie eine unmittelbare Deckung des bestehenden (Gesundheits-)Bedarf erstreben« und als »bedarfswirtschaftliche Unternehmen« zu bezeichnen sind (ebd.).

- Unbenommen der Trägerschaft resultiert aus der DRG Systematik eine Matrix-Organisation, die Ärzte in das Krankenhausmanagement integriert und ihnen zusätzlich zu ärztlichen Leitungsfunktionen auch Managementaufgaben zuweist. Chefärzt*innen (teilweise auch Oberärzt*innen mit Leitungsfunktion) etwa haben heutzutage nicht nur Patient*innen-, sondern auch Budgetverantwortung.
- Diese Budgetverantwortung äußert sich in zweierlei Hinsicht. Es werden einerseits Vereinbarungen zwischen Geschäftsführung und Ärzt*innen mit Budgetverantwortung über das medizinische Leistungsspektrum (Fallmengen, Schweregrade, Leistungsbereiche) der jeweiligen Abteilung geschlossen, die das kommende Geschäftsjahr betreffen. Andererseits werden diese Leistungsvereinbarungen mitunter an variable Teile der individuellen Vergütung gekoppelt. Werden die vereinbarten Leistungsziele erreicht, erhöht sich das individuelle Gehalt. Bonus-/Malus-Systeme sind in deutschen Krankenhäusern unterschiedlich stark verbreitet (siehe hierzu eine Stellungnahme der BÄK 2015 sowie Empfehlungen für Chefärzt*innen bezüglich unterschiedlicher Leistungsvereinbarungen von BÄK/VLK 2013 und der DKG 2014²¹).

In Form des *Case-Mix-Accounting*²² hält die Geschäftsführung nun Instrumente in der Hand, die Leistungsentwicklung numerisch überblicken und planen zu können und zugleich Anreize für Ärzt*innen zu schaffen, die prospektive Leistungsplanung auch einzulösen. Im Sinne eines »New-Public-Management« (vgl. Bogumil 2004) sollen bürokratische Einrichtungen – wie das alte Krankenhaus professionellen Zuschnitts – so nach dem Vorbild effizienz- und erlösorientierter Unternehmen geführt und mit Hilfe interner Märkte, standardisierter Bewertungskriterien und Leistungsanreize organisiert werden. Wie soeben gezeigt wurde, kommt es

21 Die DKG definiert unter Punkt 4 etwa: »Damit die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gewahrt bleibt, dürfen finanzielle Anreize für einzelnen Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden. Dies gilt auch für Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina.«

22 Accounting ist der angelsächsische Sammelbegriff für Buchführungspraktiken, die in der deutschen Betriebswirtschaft dem Rechnungswesens und Controlling zugehören, teilweise aber darüber hinausgehen und in die Unternehmensführung reichen. Anthony (1965: 28) hierzu schon früh: »In practice, people with the title of controller have functions that are, at one extreme, little more than bookkeeping and, at the other extreme, de facto general management.« Um Letzteres zu bezeichnen, ist im englischsprachigen Kontext die Rede von »management accounting«. Siehe weitere Erläuterungen hierzu unter 2.2.4.

bei der Kostenbemessung durch DRG allerdings zu zufälligen oder gar systematischen Verzerrungen, agieren diese als »leaky black boxes« (Callon/Latour 2006; Lowe 2001), die keinem der sie verwendenden Akteur*innen einen adäquaten Einblick in die komplexe Realität medizinischer Behandlungsabläufe gewähren können. Überdies geht die viel beschworene *Kosten-Erlös-Schere* in Folge stagnierender Investitionsmittel (bereitgestellt durch die Länder) und Lohnsteigerungen hinterherhinkenden Basisfallwerten weiter auseinander (vgl. DKG 2018). Das lässt sich auch an der Anzahl der Krankenhäuser ablesen: diese ist seit den 1990er Jahren stetig zurückgegangen, zuletzt gab es 2018 1942 Krankenhäuser (im Vergleich zu 2411 im Jahr 1991 ist das ein Minus von knapp 20 %, vgl. Destatis 2018c).

Um ihr finanzielles Hintertreffen oder gar ihren Konkurs zu verhindern, ist die Wirtschaftlichkeit des Hauses vielerorts zum vorrangigen Ziel geworden, wodurch insbesondere Fragen der internen *Kosten- und Erlösanalyse* starken Auftrieb erhalten haben. Das politische Nullsummenspiel der fixierten Preise vermittels DRG bei gedeckelten Budgets stellt Krankenhäuser vor die schwierige Aufgabe, ihren Resourcenverbrauch auf Grundlage von Kostenvergleichen zu »optimieren«, gleichzeitig ihre Erlöse zu erhöhen und all das unter der Prämisse, die medizinische Behandlungsqualität zu wahren oder mit Blick auf P4P gar zu erhöhen. Eine zentrale krankenhausinterne Rolle nehmen hierfür statistische Analysen der Zusammensetzung der geleisteten DRG, der sog. »case-mix«, ein. Um der »complexity of differing resource consumption by different products« (Thompson et al. 1975: 308) beizukommen, richtet das Casemix-Management bzw. -Accounting sein Augenmerk auf die Analyse der Mischung der erbrachten Fälle bzw. DRG. Anhand von Kostenvergleichen mit anderen Krankenhäusern, zwischen Abteilungen oder medizinischen Fachbereichen (Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie etc.) können Organisationseinheiten ihrer Leistung nach in eine Rangfolge (in Form von »benchmarks«) gebracht werden und auf dieser Grundlage Leistungsbudgets kalkuliert und gar mit den Kostenanteilen zuliefernder Abteilungen (etwa Labor, Radiologie oder Anästhesie) intern verrechnet werden. Krankenhausmanager*innen stellen, um mit Latour zu sprechen, von nun an die immer gleiche, bohrende Frage an die Adresse der Ärzt*innen und Pflegekräfte: »Wieso weißt ihr, daß es sich dabei um eine optimale Kombination handelt?« (Latour 2014: 613, Hervorhebung im Original).

Die Kostenkonkurrenz zwischen den Häusern wird so zu einem Wettbewerb um das möglichst günstige Verhältnis von Leistungsumfang und Fallschwere in der Zukunft, auch mit Konsequenzen für die medizinische Rationalität der Bearbeitung unterschiedlicher Patient*innenklassen (vgl. Vogd 2016a: 285ff). Die Allokation von Ressourcen findet nun nicht mehr allein durch die behandelnden Ärzt*innen statt, sondern liegt potenziell auch im Verantwortungsbereich der Geschäftsführung, die medizinische Leistungen plant und mit den Kostenträgern prospektiv festlegt. Ihre kalkulatorischen Praktiken greifen zu auf das, was Ärzt*innen professionell leisten, und stellen es in einen neuen Wertzusammenhang. Es geht hier

also auch um das Problem der Moralität des Rechnens [MOR] der Krankenhausbetriebswirtschaft, das sich auf Grundlage der mit den Krankenkassen prospektiv vereinbarten Leistungsmengen als Vollzugsproblem ausweist. Wenn die geforderten Leistungen von Ärzt*innen nicht erbracht werden – wessen Schuld ist es dann? Wer schuldet wem eine Erklärung? Ab welchem Leistungsniveau ist man quitt miteinander? Waren die rechnerischen Annahmen plausibel oder haben sich die rechnenden Einheiten verschätzt?

Denn zugleich werden auch medizinische Abteilungsleitungen mit eigener Budgetverantwortung als Managementakteur*innen adressierbar. Sie müssen sich neuen damit verbundenen Aufgaben im Management stellen, was auch Auswirkungen auf die professionelle Leistungserstellung haben kann (vgl. etwa Bode/Märker 2014; Llewellyn 2001; Mo 2008; Vogd et al. 2018: 60-120; für Pflegedienstleitungen siehe Ostermann/Wolf 2016; Vogd et al. 2018: 121-159, 160-218). Die Krankenhausorganisation bewegt sich in der Folge mehr denn je zwischen »ökonomischer und medizinischer Vernunft« (Bär 2011), was sich auch daran ablesen lässt, dass Kostenkontrolle alleine vielerorts nicht mehr ausreicht. Immer häufiger treten Krankenhäuser zusätzlich den Weg von einem »Kosten- zu einem Profitzentrum« (Behar et al. 2016: 17) an, womit insbesondere die Erlösverantwortung der medizinischen Abteilungen verknüpft ist. Diese stellen hierzu mitunter auf »die institutionelle Logik der *Erwerbswirtschaft*« (Bode 2016: 259, Hervorhebung im Original) um, womit sich Befürchtungen um Fehlallokationen im Sinne einer medizinischen Über- oder Unterversorgung verknüpfen. Wie erwerbswirtschaftliche Prinzipien bei einem nach wie vor bedarfswirtschaftlich ausgerichteten Finanzierungssystem (das oben benannte Nullsummenspiel) durchgesetzt werden können, bleibt unklar. Unabhängig von der Frage, ob dies überhaupt der richtige Weg ist, zeichnet sich kein Königsweg ab, wie eine Integration der beiden Prinzipien gelingen kann. Dieser Frage wird sich im empirischen Teil sowie dem abschließenden Kapitel des Buches intensiv gewidmet.

Unbenommen aber haben sich Umfang und Funktion der rechnenden Einheiten im Krankenhaus verändert. Während das Rechnungswesen zuvor hauptsächlich zu Abrechnungszwecken Verwendung fand und eingefasst war in eine objektivistische Krankenhausbetriebslehre (vgl. Eichhorn 1967; 1976; 1987; Habersam 2009: 182-275 für eine ausführliche Rekonstruktion), entwickelt es sich heute zur umfassenden »Rationalitätssicherung des Krankenhaus-Managements« (Lachmann 2011, siehe Weber/Schäffer 2001 für eine korrespondierende Controlling-Theorie). Es übernimmt dabei weitreichende Funktionen: von der Informationsversorgung über Leistungskontrolle und Prozesskoordination bis hin zur operativen wie strategischen Planung der Breite und Tiefe des medizinischen »Leistungsportfolios« (siehe Lachmann 2011: 45-101; Braun von Reinersdorff 2002). Die betriebswirtschaftlichen Rechenvorrichtungen definieren dergestalt sehr unterschiedliche Skripte [ORG], deren Wertbezüge in ganz unterschiedliche Richtungen weisen und

leidenschaftliche Interessen [BIN] berühren und so das Zeug haben, die überlieferten Abläufe der expertokratischen Krankenversorgung weitestgehend zu desorganisieren.

Die Häuser haben seit Einführung der DRG große Anstrengungen unternommen, neues Personal im Bereich des kaufmännischen und medizinischen Controllings sowie Qualitätsmanagement zu rekrutieren. Heute entfallen für den Großteil der deutschen Krankenhäuser (bis zu 300 Betten) schätzungsweise etwa 3 Vollzeitkräfte im kaufmännischen Controlling, 2,5 Vollzeitkräfte im Medizin- bzw. Leistungscontrolling, knapp 6 Vollzeit-Kodierfachkräfte sowie 1,8 Kräfte im MDK-Management auf 1000 Beschäftigte (vgl. Crasselt et al. 2018) Der Kontrolle der Leistungserfassung und -kodierung kommt hierbei eine bedeutende Rolle zu. In aller Regel wird dies durch Kodierfachkräfte (teils mit medizinischer, teils mit ökonomischer bzw. Verwaltungsqualifikation) geleistet, teilweise sind hierfür aber auch die behandelnden Ärzt*innen selbst zuständig. Die am individuellen Fall durchgeführten Behandlungen werden zunächst auf Grundlage der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) verschlüsselt und dann die korrespondierende DRG hierfür kodiert. Die kodierenden Personen stehen – nach Bedarf – in Kontakt mit den jeweiligen Verantwortlichen des Controllings bzw. der Geschäftsführung und erhalten Weiterbildungen zu Fragen der korrekten bzw. »optimalen« Kodierung der DRG, wenn sie nicht ohnehin einen hierfür qualifizierenden Bildungsabschluss mitbringen. In den letzten drei Jahren wurde insbesondere im sog. »MDK-Management« (+36 %) und bei den Kodierfachkräften (+43 %) Personal aufgebaut (vgl. ebd.: 17). Das MDK-Management behandelt Fälle, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) – eine formal unabhängige Prüfungseinrichtung der Krankenkassen – geprüft und beanstandet wurden. Ärztliche Leistungen werden also nicht nur intern von Kodierfachkräften, Controllern und Geschäftsführungen überwacht und gesteuert, sondern stehen auch unter prüfender Beobachtung der organisationalen Umwelt. Hier zeichnet sich ein Trend ab, der auch in der empirischen Analyse Beachtung findet. Neben der Leistungskontrolle ist die Informationsversorgung eine wichtige Funktion des Controllings. Das sog. »Reporting« versorgt nicht nur die Geschäftsführung monatlich mit Gewinn und Verlustrechnungen, Kostenberichten und Medizinischen Leistungskennzahlen, sondern stellt die Daten (teils seltener bzw. selektiver) auch den ärztlichen Klinikleitungen zu, die diese Informationen nicht zuletzt in der eigenen Fachabteilung zirkulieren lassen können (vgl. ebd.: 21). Die gesamte Organisation Krankenhaus wird hierdurch stärker denn je »informatisiert« (vgl. Mohrmann 2013; Brosziewski 2002).

Die differenziertere Darstellung der Leistungen geht Hand in Hand mit der zunehmenden Strukturvielfalt und Komplexität in Krankenhäusern. Die Angaben über die durchschnittliche Fallschwere einer Abteilung, eines Fachbereichs oder ei-

nes ganzen Krankenhauses stellt das Management (Kaufleute wie Chefärzt*innen) vor die Frage, welche Schwerpunkte es im Leitungsspektrum setzen will. Es ist angehalten seine Leistungen – häufig in Widerspruch zu dem durch die Landeskrankenhauspläne festgesetzten Versorgungsauftrag – nicht nur mengenmäßig auszuweiten, sondern auch mit Blick auf den technologisch-medizinischen Fortschritt fachlich zu differenzieren. Hierzu können sie etwa auf die durch den Gesetzgeber ab 2004 verpflichtend eingeführten, öffentlichen Qualitätsberichte aller Krankenhäuser zurückgreifen (sog. Strukturierter Qualitätsbericht nach §136 Sozialgesetzbuch V). Sie finden dort Angaben zur Häufigkeit der nach ICD verschlüsselten Krankheiten und können Rückschlüsse auf die regionale Versorgungslage ziehen und spezifisch darauf zugeschnittene Leistungsprofile erstellen. Die Bewerbung spezifischer Fallgruppen oder Populationen ist vor allem auch eine medizinische Frage, die rückgebunden wird an die materielle Infrastruktur und Prozessorganisation des Krankenhauses. Auch der demographische Wandel spielt hier eine Rolle, da er eine signifikante Zunahme älterer Menschen mit multimorbiden Krankheiten mit sich führt. Er legt eine »individualmedizinische« Perspektive nahe, die sich auch in interprofessionellen Behandlungsteams und darauf angepassten flexiblen Organisationsstrukturen äußert. Hiermit ist wiederum der »operating core« (Mintzberg, siehe oben 3.3.2 bzw. 4.1.3) der alten expertokratischen Krankenhauskonfiguration angesprochen, die nun – nicht zuletzt aus Gründen der Effizienz und Produktivität – der Systematik patient*innenzentrierter Behandlungsabläufe weichen soll. Darunter fallen insbesondere auch klinische Behandlungspfade (»clinical pathways«), die als integrative »Verfahrensanweisung« (Roeder 2003: 1149) dienen sollen:

»Ein klinischer Behandlungspfad ist der im Behandlungsteam selbst gefundene berufsgruppen- und institutionsübergreifende Konsens bezüglich der besten Durchführung der Krankenhausgesamtbehandlung unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität und Berücksichtigung der notwendigen und verfügbaren Ressourcen sowie unter Festlegung der Aufgaben und der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten. Er steuert den Behandlungsprozess; gleichzeitig ist er das behandlungsbegleitende Dokumentationsinstrument und erlaubt die Kommentierung von Normabweichungen zum Zwecke fortgesetzter Evaluation und Verbesserung.« (Roeder et al. 2003: 21f.)

Das althergebrachte »Silo-Denken« (siehe oben 3.3.2) mit seinen ausgeprägten »Sparten- bzw. Abteilungsinteressen« (Schrappe 2009) soll hiermit aufgebrochen werden und der Steuerbarkeit durch das Management bessere Chancen einräumen. Infolge äußerst komplexer akutmedizinischer Behandlungsabläufe ist dieser Versuch mehrheitlich als gescheitert erklärt worden, auch weil die »clinical pathways« als zu »sperrig« und für die »Varianz der Ergebnisse« medizinischer Leistungsprozesse inadäquate Planungsinstrumente erschienen (Behar et al. 2016:

128). Anders sieht es etwa bei der von professionellen Konflikten durchzogenen OP-Planung aus: Hier soll die Planung an »OP-Manager« delegiert werden, die unabhängig (weisungsungebunden) von den medizinischen Fachbereichen agieren und deren Aufgabe es ist, die »OP-Planung und Ressourceneinsatz verantwortlich zu steuern, sowie den Verlauf der einzelnen Operationen, einschließlich Wechselzeiten, laufend zu verfolgen und nachzuhalten. Dazu obliegt es diesen, die entsprechenden Kennzahlen bzw. Leistungsparameter zu erheben, auszuwerten und sich auch mit allen Beteiligten regelmäßig auszutauschen.« (Behar et al. 2016: 147) Doch reicht Prozessmanagement allein aus, um ein gemeinsames *Organisationsinteresse* im Krankenhaus zu erwirken? Schrappe (2009: 198) gibt aus einer governancetheoretischen Perspektive zu Bedenken, dass der »Übergang von der funktionalen zur divisionalen Organisationsstruktur [...] die vertikale wie horizontale Dissoziation der Expertenorganisation« noch weiter vertieft, in einen ›Spartenkannibalismus‹ (Schrappe 2007: 143) führt, wenn es dem Management nicht gelingt, »die Bindung an eine fachübergreifende Steuerung, die nicht nur die abteilungsspezifische Leistungsbilanz, sondern die Evidenz- und Qualitätsorientierung sowie Wirtschaftlichkeit der Gesamtorganisation in den Vordergrund stellt« zu erhöhen. Hiermit sind integrierte Organisationsstrukturen und übergreifende Führungsaufgaben gleichermaßen adressiert, die im Rahmen eines neuen Managementarrangements zwischen Autonomie und Kalkulation in der Praxis erfolgreich in Beziehung gesetzt werden müssen. Ob und ggf. wie dies gelingt, wird in den Kapiteln 6 (empirische Analysen) und 7 (Ergebnisdiskussion und Konklusion) erörtert.

Die interne Vernetzung und Moderation auf numerischer Grundlage zeigt sich, auch angesichts der gestiegenen Wettbewerbsintensität, ebenso in der stärkeren Beschäftigung der Krankenhäuser mit der regionalen Versorgungslandschaft. Die Leistungsebene wird im Zuge ihrer gestiegenen Controlling- und Rechenkapazitäten befähigt, Abgrenzungs- und Kooperationsspiele mit der organisationalen Umwelt einzuüben und ihre Leistungen daraufhin stärker auf den Zugang zu selektiven Versorgungsnetzwerken auszurichten (vgl. Vogd 2007). Dies kann sowohl innerhalb der eigenen Trägerstruktur geschehen als auch durch informelle Kooperation oder Vertragsgestaltung mit anderen Krankenhäusern oder intersektorale mit Akteur*innen der ambulanten Versorgung (siehe Wolf 2018). Ausschlaggebend hierfür sind nicht nur politische Impulse zur »Integrierten Versorgung«. Das Krankenhausmanagement dürfte hier auch aus Gründen der Ressourcenabhängigkeit (siehe oben 3.3.3) handeln. Genauso plausibel erscheinen allerdings auch medizinische Aspekte der Versorgungsqualität (vgl. Iseringhausen/Staender 2012: 195ff.) infolge einer ausgeprägten »Heterogenität der Ergebnisqualität auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser« (Behar et al. 2016: 13). Das lernende System der DRG hat nicht zuletzt einen organisationalen Lernprozess in Gang gesetzt, der darin besteht, im Sinne der »managed care« die »Produkte« differenzierter und gleichzei-

tig die Form der Leistungsproduktion standardisierter aufzustellen. Effizienz und Effektivität sollen so zu einer Einheit finden und gesundheitspolitisch das altgediente Motto »Rationalisierung statt Rationierung« (Porszolt 1996) einlösen helfen. Im empirischen Kapitel wird nachvollzogen, welche Fallstricke dabei auf die Akteur*innen im Krankenhaus zukommen.

4.3 Zwischenfazit: Institutioneller Wandel im Gesundheits- und Krankenhauswesen – Auf dem Weg zu einer ökonomischen Trivialisierung der medizinischen Profession?

Das voranstehende Kapitel hat für die Dimensionen »Finanzierung«, »Leistung« und »Organisation« die zentralen Veränderungen im deutschen Gesundheits- bzw. Krankenhauswesen nachgezeichnet, wie es sich ausgehend von einer auf dem Sozialstaatsgebot basierenden, bedarfsgerichteten und hinsichtlich seiner Reichweite und des Leistungsumfangs expansiven Krankenversorgung fortentwickelt hat. Die durch Kriegsschäden zunächst noch stark dezimierte Infrastruktur der Krankenhäuser wurde im Zuge des *wohlfahrtsstaatlichen Settings* wieder aufgebaut und auf ein für die gesamte Bevölkerung zugängliches, hohes Versorgungsniveau gehoben. Dieses sollte über Landeskrankenhauspläne sichergestellt werden, in denen Versorgungsaufträge an Krankenhäuser in Form zugewiesener Planbetten ausgesprochen wurden. Die Finanzierung der Häuser erfolgt auf Grundlage des Selbstkostendeckungsprinzips, das ihnen unter der Prämisse eines sparsamen, bedarfsgerechten Wirtschaftens die volle Kostenertstattung für Betriebs- als auch Investitionskosten zusicherte. Vor allem zu Lasten der Versicherungsträger konnte auch das Ausbildungs- und Lohnniveau der ärztlich-pflegerischen Berufsgruppen gesteigert und deren Anzahl maßgeblich erhöht werden.

Der politische Wille zur Modernisierung des Krankenhauswesens begünstigte damit auch die Möglichkeiten professioneller Berufsausübung: Ärzte und Pflegekräfte konnten zunehmend auf moderne Medizintechnik und Gebäudeinfrastrukturen zurückgreifen und die Versorgung der Patient*innen nach Maßgabe des ärztlichen Professionalismus gestalten. Dieser schlug sich nicht nur in stark ausdifferenzierten, dezentralen Organisationseinheiten entlang medizinischer Fachgebiete nieder, denen sich die organisationalen Strukturen der Krankenhäuser im Sinne einer Expertenbürokratie anpassten. Darüber hinaus war (und ist) die »occupational control« (Abott 1988; Evers 2013) der Ärzteschaft auch interessenpolitisch bestens organisiert und beruht nicht zuletzt auf einem Wissenskomplex, zum dem nur Expert*innen mittels formaler Bildung und langjährigem praktischen Training der Zugang erlaubt war (vgl. Freidson 1975a). Die freie und zugleich kontrollierte Ausübung des kanonischen und handlungspraktischen Wissens der Mediziner*innen war im Krankenhaus jedoch nie unangefochten, wie mit Blick auf Rohdes Analysen

des modernen Krankenhauses gezeigt wurde. Unter einem »Generalkonflikt« zwischen Verwaltungs- und Professionslogik leidend und zahlreichen Innen- wie Außenspannungen ausgesetzt, war auch das wohlfahrtsstaatliche Krankenhaus keine widerspruchsfreie Einrichtung.

Spiegelbildlich dazu markiert der lang erfochtene gesundheitspolitische Kompromiss von 1972 zur »dualen Finanzierung« zwischen Bund und Spitzenverbänden der Krankenversicherungen auf der einen und Krankenhausträgern, Ländern und Kommunen auf der anderen Seite bereits den langsam Abschied vom wohlfahrtsstaatlichen Setting. Schon bald setzte eine neue *Ordnungspolitik zwischen Rationalisierung und Rationierung* ein, die sich ausgehend von Kostendämpfungspolitiken zwischen 1970-1980 und den sie begleitenden Dramatisierungen um eine »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen entwickelte. Mit dem GSG von 1993 kam es zur Einführung von Budgetobergrenzen sowie leistungsorientierter Entgelte, womit die »Ansprechsinflation im Krankheitssystem« (Luhmann1983) eingedämmt werden sollte. Krankenhäusern konnten nun erstmals betriebswirtschaftliche Verluste entstehen, was sie zu einem sparsamen Mitteleinsatz und einer *vorausschauenden* Mittelplanung bewegen sollte. Eine verbindlichere *Rechenschaftslegung* über die Bedarfsgemäßheit ihrer Versorgungsleistungen wurde nicht zuletzt durch externe Prüfungen im Namen der Versicherungsträger forciert. Ökonomische Unwägbarkeiten für Kliniken erhöhten sich durch *prospektive Leistungsvereinbarungen* zwischen ihnen und den Versicherungsträgern zusätzlich, da nun auf *Selbstkostenschätzungen* beruhende Budgets im Voraus vereinbart wurden, sich aber erst *retrospektiv* mit den tatsächlich entstandenen Kosten abgleichen ließen. Diese Entwicklung gipfelte 2003 in der Einführung eines vollpauschalierten, prospektiven und leistungsorientierten Finanzierungssystems nach DRG, den diagnosebezogenen Fallgruppen. Mit Hilfe der DRG-Systematik sollten ärztliche Behandlungsabläufe und Therapieentscheidungen an Transparenz gewinnen, Verweildauern verkürzt und die finanzielle Eigenverantwortung der Krankenhäuser weiter gestärkt werden. Die Vergütung von Krankenhausleistungen orientiert sich seither an statistisch errechneten Durchschnittskosten und weist Einheitspreise für Krankenhausleistungen aus. Medizinische Leistungen werden als DRG zu fix bepreisten *Handelsobjekten*, über die Krankenkassen und Krankenhäusern miteinander *prospektiv* verhandeln.

Das hiermit eingeführte »administrierte Festpreissystem« (Neubauer et al. 2010) stellt auf eine Steuerung durch Vergleichbarkeit von Leistungen auf Grundlage durchschnittlicher Kosten ab. Die neue Ära der »medizinischen Leistungssteuerung« (Simon 1997) kennzeichnet, dass nun nicht mehr Kosten, sondern Leistungen vergütet werden, während die nun sichtbar werdenden Kostenunterschiede im Rahmen der DRG Aufschluss über Effizienz- und Qualitätsabweichungen geben sollen. Ordnungspolitisch sollen so zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen werden: Einerseits müssen Kosten infolge der Fallpauschalierung, der die Anreizsetzung zu einer effizienteren Mittelbewirtschaftung zugeschrieben wird,

reduziert werden (Rationalisierung). Andererseits muss die Qualität der Leistungen gesteigert werden, da die DRG als Benchmarking-Instrumente fungieren und eine »Leistungstransparenz« erzeugen, die einer schlechenden Sondierung qua Leistungsunterschieden dienen soll (sog. »Marktbereinigung«). Die stetig abnehmende Anzahl deutscher Krankenhäuser zeugt von dieser Strategie.

Gesundheitspolitisch bleibt aber unklar, *weshalb* Krankenhäuser über- oder unterhalb des veranschlagten Durchschnittskorridors landen. Die Steuerungslogik der DRG und fixierter Durchschnittspreise legt dies gleichermaßen nahe, da die gesundheitspolitische Aufgabe einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung sukzessive an *quantitative Qualitäts- und Leistungsindikatoren* überantwortet wird. Der sich damit abzeichnende epistemische Kurzschluss [DK] konzipiert Krankenhäuser als eigenverantwortliche, rationale Marktakteure, die um knappe Gesundheitsmittel konkurrieren und hierüber günstigere und medizinisch bessere Leistungen gleichermaßen erstellen. Damit jedoch alle Patient*innen gleichermaßen von den Weihen der »Vorsehungökonomie« (Latour 2014: 616) profitieren können, muss diese zunächst einmal *funktionstüchtig* gemacht werden. Es ist erforderlich, dass die Bedingungen einer neoklassischen Ökonomik herrschen, allen voran muss die *Idee der »Knappheit«* Anerkennung finden sowie eine freie Preisgestaltung existieren. Unter Führung einer Gesundheitsökonomie, die Krankenhausleistungen unter Kosten-/Nutzen-Gesichtspunkten evaluiert und zur Berechnung eines Pareto-Optimums darauf abstellt, das »Gleichgewicht zwischen Versorgungsbedarf und -angebot« (Neubauer et al. 2010: 241) rechnerisch bestimmen zu können, bewegt sich die derzeitige Gesundheitspolitik zweifelsohne in diese Richtung.

Zwar garantiert das Festpreissystem der Fallpauschalierung derzeit noch, dass Preisdifferenzen, die eine vollständige Liberalisierung der Preisgestaltung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur Folge hätte, beim Zugang zu medizinischen Leistungen nicht effektiv werden. Jedoch weisen insbesondere das vorangetriebene Pay-for-Performance-Modell (P4P) der Vergütung medizinischer Leistungen auf Grundlage quantitativ-statistischer Surrogatparameter in Richtung des epistemischen Kurzschlusses [DK], wenn *quantitative Qualitäts- und Leistungsindikatoren mit der Realität der medizinischen Behandlung verwechselt werden*. Wenn so getan wird, als wäre eine möglichst *gerechte* Gesundheitspolitik als Pareto-Optimum mit Hilfe der volks- und betriebswirtschaftlichen Rechendisziplinen vom Reißbrett aus zu erreichen und daher auch gar nicht weiter diskussionsbedürftig, sobald die »richtigen« Indikatoren gefunden sind. Das Schreckgespenst der Rationierung erscheint aus dieser Warte – zumindest auf politischer Ebene – einstweilig vom Tisch. Doch zu welchem Preis?

Für Krankenhäuser verheißt die Entlassung in die wirtschaftliche Eigenverantwortung vor dem Hintergrund der derzeitigen Ordnungspolitik des Nullsummenspiels (Bode/Vogd 2016) gepaart mit dem bereits thematisierten »Investitionsstau« (siehe DKG 2018) infolge einer stetig abnehmenden Investitionsquote der Länder

vor allem eines: *ökonomischen Druck*. Immer häufiger stellen Krankenhäuser daher auf eine erwerbswirtschaftliche Logik um, die durch ingenieurwissenschaftliche Prozesskostenanalysen, controllingbasierte Standardisierungen von Behandlungsabläufen und nach der Errechnung von Optimalität [MOR] strebenden Managementinstrumenten realisiert werden soll. Da die DRG der Produktionslogik von Industriebetrieben nachempfundenen sind, werden medizinische Leistungen ausgehend von Hauptdiagnosegruppen nunmehr als Produktlinien konzipiert, die von Produktverantwortlichen – den Chef- und Oberärzt*innen – mit eigenen Budgets überwacht und nach ihren entsprechenden Outputs differenziert betriebswirtschaftlich bewertet und medizinisch bearbeitet werden. Tatsächlich aber erweisen sich die DRG im klinischen Alltag trotz ihrer Stabilität im Sinne einer un hinterfragten Relevanz für die Krankenhausfinanzierung als »leaky black boxes« (Callon/Latour 2006; Lowe 2001). Sie »erklären« einen signifikanten Teil der leistungsbezogenen Kostenunterschiede zwischen Krankenhäusern sowie innerhalb der jeweiligen Diagnosegruppen nur unzureichend, weisen eine erhebliche statistische Varianz auf, die für das einzelne Krankenhaus nicht ohne Weiteres – von einzelnen Ärzt*innen erst recht nicht – kalkuliert werden kann. Damit sie als Skripte [ORG] »funktionieren« können, müssen sie von den mit ihnen umgehenden Personen (betriebswirtschaftliches wie ärztlich-pflegerisches Personal) ständig begutachtet, kontrolliert und aktiv in eine Korrespondenz mit der klinischen Realität gebracht werden. Sie erweisen sich daher als fragile sozio-technische Gebilde, die unterschiedlichen Verwendungsformen und -interessen unterliegen und Kontroversen innerhalb der organisierten Krankenbehandlung auslösen.

Sie geben dem Krankenhausmanagement nichts desto trotz einen Hebel an die Hand, die einstige Expertenbürokratie in eine »managed care organization« (Scott et al. 2000) zu transformieren, auch wenn Ärzt*innen und Pflegekräfte nach wie vor der beschädigten Autonomie der zu behandelnden Patient*innen, den professionellen Kodizes und Praktiken ihrer Berufsgruppen sowie den eigenen Abteilungsinteressen verpflichtet sind. Ob und wie das Zusammenspiel zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen, Hierarchieebenen, Werthaltungen, mikropolitischen Interessen und Rechenpraktiken gelingt, ist nicht zuletzt eine empirische Frage des gelingenden Arrangements innerhalb der Leitungsebene, der sich im empirischen Kapitel (6) sowie im Fazit (7) ausgiebig gewidmet wird.

