

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

6.2 Vergleich und Konkurrenz

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

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

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

abbildet, sondern auch *Vergleiche* zwischen diesen erlaubt und so mehr Möglichkeiten zur *Disposition* im Sinne einer Verrechnung von Zu- bzw. Abschlägen ermöglicht. Denn die Leistung lässt sich nun wie besehen in höheren Detailgraden nachvollziehbar machen (relative Kostengewichte) und damit auch, wer *anteilig* am Prozess beteiligt gewesen ist, woran sich die Frage anschließt, wem denn nun der *Fall* (Kasuistik), der nach wie vor die basale Einheit der Berechnungen darstellt, zufällt. Die rechnerische *Distribution* der medizinischen Leistungen erhält so eine brisante Aufmerksamkeit und stellt etablierte Kooperations- als auch Konkurrenzverhältnisse in den Krankenhäusern in Frage.

»Gemeinsame Abrechnung« – Ärztliche Kooperation in Zeiten numerischer Konkurrenzverhältnisse Beleuchtet wird nachfolgend ein Prozess, der sich am großstädtischen Krankenhaus »Akinovis«, das Teil eines öffentlich getragenen Klinikzentrums ist, abgespielt hat. Es werden drei dort tätige Chefärzte miteinander verglichen. Das Krankenhaus ist als Standort gemeinsam mit einem weiteren Haus des Konzerns vor einigen Jahren zu einer städtischen Region zusammengezogen worden und wird seither nur noch von einer Regionalgeschäftsführung geleitet, die der Konzernzentrale wiederum formal unterstellt ist. Im Zuge der Regionalisierung kommt es zu einem Strategieprozess, den die Pflegedirektorin⁹ Frau Schwerdtfeger, die als Teil der Krankenhausleitung daran beteiligt ist, wie folgt beschreibt:

»Frau Schwerdtfeger: Wir haben einen Strategieprozess aufgelegt, die Krankenhausleitung gemeinsam mit der Chefarztkonferenz, wo wir auch alle drei drin vertreten sind, auch ich als Pflegedirektorin. Einmal im Monat ist Chefarztkonferenz und da sind wir eben auch drin. Wir haben dann richtige Strategietage festgelegt außerhalb des Krankenhauses mit externer Begleitung und haben so Portfolioarbeit als Schwerpunkt begonnen, sodass Fachabteilungen auch regionsübergreifend zusammengeführt werden sollten. Dass also die Orthopädie und die Unfallchirurgie zusammengeführt werden sollen aus beiden Bereichen, die Viszeralchirurgen stärker zusammenarbeiten, diese ganzen Dinge (...) Was können wir vor allem selbst tun – das war so der Ansatz in der Region –, ohne dass wir ständig auf Mittel aus der Zentrale angewiesen sind? Was können wir selbst bewegen? Das stand im Vordergrund. (...) Und dann, wie gesagt, gemeinsam mit den Chefärzten festgelegt, Vereinbarungen getroffen, dass wir auch wirklich da gemeinsam an einem Strang ziehen und das läuft jetzt. Also da hängen ja richtige vertragliche Veränderungen dran und so. Gerade, wenn man regionsübergreifend Abteilungen stärker zusammenführt und das läuft. Es braucht eben einfach

⁹ Hier wird auf die Beschreibungen von Frau Schwerdtfeger als Teil der Geschäftsführung zurückgegriffen, da weder die regionale, noch die zentrale Geschäftsführung für Gespräche zur Verfügung standen.

auch Zeit, aber da sind wir dran, stärker OP-Kapazitäten auszunutzen regionsübergreifend, solche Sachen halt. Weil wir hier sehr begrenzt sind durch einen dezentralen OP. (...) In einem Haus ein paar Säle, im anderen Haus ein paar Säle, eine Etage darüber, eine Etage darunter. Das behindert uns hier sehr. Das können wir aber kurzfristig/Da haben wir auch ein Projekt in der Geschäftsführung beantragt natürlich, Zentral-OP, aber das kostet Unsummen [Name zweites Krankenhaus] war nicht so stark ausgelastet wie hier und da haben wir jetzt so Sachen da herüber verlagert, solche Dinge halt optimiert so.«

Sie berichtet von einem intensiven und breit aufgestellten Strategieprozess zwischen regionaler Geschäftsführung und Chefarztkonferenz, den sie als »Portfolioarbeit« bezeichnet. Um nicht von Mitteln der Konzernführung (»Zentrale«) abhängig zu sein, wurde eine engere Zusammenarbeit zwischen den beiden Häusern der Region anvisiert. Insbesondere Fachabteilungen – z.B. Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie – sollten »regionsbergreifend zusammengeführt« werden, um freie Kapazitäten bzw. Ressourcen (z.B. die Bettenauslastung) besser zu verteilen. Insbesondere das Problem einer *dezentralen OP-Organisation* sollte kurzfristig entschärft werden, da der Neubau eines zentralen OP als sehr kostspieliger »Antrag« bei der Konzernleitung abhängig und (noch) nicht beschieden war. Der Prozess zielte nicht nur auf die Produktion von Absichtserklärungen, sondern sollte offensichtlich verbindliche »Vereinbarungen« beinhalten, die auch vertraglich fixiert wurden.

Welche Interessenkonflikte mit diesem Prozess einhergehen, lässt sich zunächst an den Ausführungen von Herrn Gondorf, gleichzeitig Ärztlicher Direktor¹⁰ und Chefarzt für Innere Medizin (Gastroenterologie und Infektiologie) an einem der beiden Standorte, ablesen.

¹⁰ Zu Beginn des Gesprächs wurde Herr Gondorf gebeten, seine Rolle als Ärztlicher Direktor zu beschreiben. Er bringt hier eine für den Ökonomisierungsdiskurs geradezu paradigmatische Beschreibung an: »Und der ärztliche Direktor ist eigentlich eine Funktion, die eigentlich, glaube ich, eine wichtige Funktion hat, bei der Ökonomisierung und Industrialisierung des Medizinbetriebs oft einfach nur stört, weil das eigentlich keine wirkliche Wertschätzung erfährt. Also der ärztliche Standpunkt ist insofern interessant, da er ökonomischen Output her vorbringt, aber die Fragen, wie man was macht, welche ethischen Grundsätze da eigentlich gelten sollen und schon die Vertragsgestaltung von Chefärzten ist ja eine große Diskussion, wo dann der ökonomische Faktor bis zu 100 Prozent das Gehalt des Kollegen dann bestimmt. Das sind so Wirren und Verwirrungen, die am Ende eigentlich dazu führen, dass man dringend wie nie einen ärztlichen Direktor braucht, der versucht zumindestens, den Patienten im Auge zu behalten, denn der ist nicht im Mittelpunkt. Das stimmt nicht. Der ist am Rande. Er ist ein Wirtschaftsfaktor wie andere Wirtschaftsfaktoren auch und die Vorgabe, also den Arzt, den Patienten im Mittelpunkt zu sehen, ist eher ein frommer Wunsch, als dass er wirklich in irgendeiner Weise eine Implikation in Abläufe, in Prozesse hat.«

»Herr Gondorf: Deswegen habe ich die Vorstellung gehabt, dass das eine großartige Idee ist, wenn die beiden Krankenhäuser, wenn die sich sozusagen in den verschiedenen Bereichen zusammen organisieren wollen in Zukunft, dass das eine Herkulesaufgabe ist und dass man externe professionelle Hilfe gut gebrauchen kann. Das hat auch zum Teil eben funktioniert, aber bis zu dem Teil, wo man selber jetzt was machen muss. (...) an der Stelle muss das dann auch irgendwann opera/also man muss zum Beispiel sagen ›okay, wir verteilen jetzt die chirurgischen Aufgaben innerhalb der beiden Häuser und dann müssen wir dann auch Taten folgen lassen.‹ Und dann kriegen viele Leute Schmerzen und diese Schmerzen kann mir nicht die Supervisionsprofessorin da abnehmen, sondern die muss dann eben mit Gesprächen, die dann auch geführt worden sind mit Kollegen, die sagen ›nein, ich will aber meine Stellung hier behalten, auch wenn ich sie nicht ausfüllen kann, ist mir egal.‹ Und da muss man dann Tacheles reden und dann wird es auch böse. Und das ist dann keine lustige Aufgabe.«

Die organisationale Integration beider Krankenhäuser zu einem gemeinsamen Regionalkrankenhaus bezeichnet Herr Gondorf als »großartige Idee« und »Herkulesaufgabe« zugleich. Dabei stellt sich als eigentliche Herausforderung weniger die strategische Übereinkunft zur Regionalisierung¹¹ dar, als vielmehr der »Teil, wo man selber jetzt was machen muss«. Beispielhaft führt Herr Gondorf eine neue Verteilung der »chirurgischen Aufgaben« zwischen den beiden Häusern an. Dies erscheint hier allerdings nicht als bloße ablauforganisatorische Aufgabe, entscheidender ist für ihn als Ärztlicher Direktor die Behandlung von »Schmerzen« derjenigen »Leute«, die durch die Reorganisation ihre »Stellung« nicht gefährdet sehen wollen. Auffällig ist, dass die relevante Gruppe zunächst lapidar mit »Leute« umschrieben wird und erst im zweiten Anlauf dahingehend personalisiert wird, dass es sich um »Kollegen« handelt. Es deutet sich im Zuge der Regionalisierung ein erster Riss an, nämlich der zwischen einer neuen Symbolik, derjenigen der »Region« bzw. des regionalen Verbundkrankenhauses, und der praktischen Einsetzung dieser Symbolik inmitten der Gemengelage eines Klinikzentrums mitsamt partikularer (chef-)ärztlicher Interessen. Die Struktur- und Prozessreformen der Regionalisierung stoßen demnach auf ein geteiltes Echo in den beiden Häusern und offenbaren, wie weit die jeweiligen Krankenhäuser trotz (oder: gerade aufgrund) der bereits seit vielen Jahren bestehenden Konzernstruktur auseinanderliegen. Herr Gondorf macht es sich, in Personalunion von Chefarzt und Ärztlicher Direktor, nun zur Aufgabe innerhalb der Ärzteschaft zu vermitteln. Denn offensichtlich führen weder die Beratungsleistungen einer »Supervisionsprofessorin«, noch das blo-

¹¹ Unklar ist an diesem Punkt, ob die Regionalisierung überhaupt zur Debatte stand, oder ob dies nicht von der Konzernzentrale bzw. dem Krankenhausträger so beschlossen wurde. Hierzu später mehr bei Herrn Peters sowie bei den abschließenden Rekonstruktionen unter 7.2.3.

ße Werben für den Wandel zur erwünschten Wirkung seitens der Ärzt*innen, die ihre Partikularinteressen berührt sehen und den Reformprozess blockieren.

Herr Gondorf spricht in seiner Rolle als Ärztlicher Direktor dann auch davon, dass man in diesem Fall »Tacheles« reden müsse und es auch »böse« werde. Der Rückgriff auf eine Form der Kommunikation, die offen und unverblümt die eigene Meinung äußert und dabei das Trennende – im ursprünglichen Sinne das *Diabolische* – betont, obwohl ein neuer *symbolischer Zusammenhang* (das »Regionalkrankenhaus«) geknüpft werden soll, zeugt dann auch von seinem Dilemma als Ärztlicher Direktor.¹² Es stellt sich die Frage, ob die anderen Chefärzt*innen Herrn Gondorf gegenüber formal weisungsgebunden sind oder nicht. Es scheint hier zunächst nicht so, als könnte Herr Gondorf bei der Durchsetzung der Reformen auf *Macht als Medium* abstellen, da er seine Bemühungen darauf richtet, das Problem offen, aber ohne Anordnungen, anzusprechen. Jedenfalls versichert er zweifellos, sich in seiner Rolle als Chefarzt *und* Teil der Klinikleitung den Stellungskämpfen und Verteilungskonflikten, die mit der regionalen Fusion beider Standorte einhergehen, angenommen zu haben. Er ist in die Konfrontation gegangen und hat die »Schmerzen«, die die Reform bei seinen Kollegen hervorruft, selbst auf sich genommen. Doch welchem praktischen Sinn folgt diese Auseinandersetzung, die »keine lustige Aufgabe« ist? Was unterfüttert das neue Symbol des fusionierten Regionalkrankenhauses, über das offenbar so leidenschaftlich wie interessenpolitisch kontrovers zwischen Ärzt*innen wie mit der Geschäftsführung gerungen wird?

»*Interviewer:* Wie bringen Sie das dann in die Praxis, also tatsächlich Tag für Tag, dass es so auch dann gelebt wird?

Herr Gondorf: Das ist eben das Problem. Indem man, ich glaube, das ist wichtig, da mit Taten auch voranzugehen, ja. Zum Beispiel also was wir gemacht haben, ist jetzt massiv Patientenströme aus der Inneren Medizin aus dem [Name erstes Krankenhaus] ins [Name zweites Krankenhaus] weiterzuleiten. Das ist sozusagen schon ein guter Brauch. Die, das, was wir eigentlich uns ausgebeten haben, nämlich, dass wir dann auch eine gemeinsame Abrechnung haben und dass wir nicht vereinzelt da irgendwie zur Abrechnung kommen, das ist nicht, natürlich nicht eingehalten worden. Trotzdem laufen die Patientenströme weiter von [Name erstes Krankenhaus], wenn die in die Rettungsstelle kommen, ob das jetzt die Pflegepauschale ist, ob das, also da geht es darum/«

Mit »Taten auch voranzugehen« ist für Herrn Gondorf – gefragt nach der Versteigerung der begonnenen Umleitung von Patient*innen im Rahmen der Regionalisierung – von herausgehobener Bedeutung, denn es zeigt praktisch, dass man

¹² Vgl. Luhmann (1996: 230-271) zur notwendigen Einheit symbolisch-verbindender und diabolisch-trennender Anteile von generalisierten Kommunikationsmedien am Beispiel des Geldes.

trotz aller fortdauernder Widerstände einen gemeinsamen Anfang als Regionalkrankenhaus gemacht hat: Die Weiterleitung der »Patientenströme« der *Inneren Medizin* von Haus 1 in Haus 2 wird sodann als bereits institutionalisierte (»guter Brauch«) Praxis der Regionalisierung reklamiert. Diese zeigt sich als *Entgrenzung* im Sinne einer zwischen beiden Standorten erfolgenden Weiterleitung von Patient*innen, die offenbar innerhalb der chirurgischen Fächer (noch) nicht gelungen ist. Da die von Herrn Gondorf als Chefarzt verantwortete Klinik zur Inneren Medizin zählt, wird klar, dass auch Herr Gondorf selbst (von den oben beschriebenen »Schmerzen«) betroffen war und doch im Konzert mit seinen internistischen Kollegen »mit Taten« vorangeschritten ist und eine Lösung gefunden hat. Allerdings erscheint der Reformprozess auch dort noch nicht abgeschlossen: einer (von den internistischen Ärzt*innen?) erbetenen *Kollektivierung der Abrechnungsmodalitäten* (»gemeinsame Abrechnung«) ist nicht entsprochen worden. Offensichtlich hat die Weiterleitung von Patient*innen zwischen den internistischen Fachbereichen beider Häuser auch eine finanzielle Dimension (»Pflegepauschale«), die eine Anpassung der bisherigen Abrechnungspraxis nahelegt. Herr Gondorf scheint über die fehlende Anpassung der Rechenpraxis nicht überrascht (»natürlich nicht eingehalten worden«), auch wenn noch nicht ganz klar ist, von wem und an wessen Adresse die Bitte gerichtet war.

Zusammenfassend lässt sich an der Darstellung aber bereits ablesen, dass die Organisationsreform »Regionalkrankenhaus« einen weiteren Riss bekommt. Denn offensichtlich hängt der Erfolg dieser für Herrn Gondorf und sein internistisches Kollektiv auch davon ab, »dass wir nicht vereinzelt da irgendwie zur Abrechnung kommen«. Die Weiterleitungspraxis entgegen finanzieller Einbuße dennoch weiterzuführen, signalisiert einen *normativen Zusammenhang* zwischen Ablauforganisation, Patient*innenversorgung und organisiertem Rechnen. Es stellt sich dennoch die Frage, weshalb eine Verkopplung von ablauforganisatorisch-medizinischen und kalkulatorischen Praktiken im Rahmen des neuen Regionalkrankenhauses partout nicht gelingen will?

»Interviewer: Ist das eine Abre/ist das dann eine Controlling-Problematik letztlich oder woran liegt das, dass sich dann die gemeinsame Abrechnung nicht realisieren lässt, also?

Herr Gondorf: Weil der [Name Krankenhauskonzern]-Verein behäbig, dumm und faul ist. Ganz einfach (lacht).

Interviewer: Also Sie konnten selber intern keine Mechanismen-Prozesse einführen, die das bewerkstelligen?

Herr Gondorf: Dazu müsste ja dann der geschäftsführende Direktor da richtig kämpfen. Der müsste dann sagen »wir machen das jetzt so.« Entschuldigung. Also hat er aber so nicht gemacht. Die Versprechungen sind nicht eingehalten worden. (seufzt) (...) Ja, das ist/wir treffen uns hier zwar, alle vier internistischen

Chefs der beiden Abteilungen, aber das ist, diese Frage ist schon (pfeift) disappeared und Mensch, eigentlich wollen wir auch den Lohn unserer Arbeit abholen und den kriegen wir aber nicht, also den vergessen wir dann auch, weil wir zu blöd sind, weil wir einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet für uns. Das ist ein Fehler, aber natürlich auch ein Vorteil, aber/
Interviewer: Inwiefern rechnen, wenn ich da nochmal nachhaken darf, also/
Herr Gondorf: Naja, diese Vershiftung von eben DRG-Leistungen in die anderen Abteilungen gehen uns ja am Ende verloren. Sinnvoll ist ja aber nicht »meine Schublade, deine Schublade«, sondern unsere gemeinsamen Schubladen. Und interessant ist, dass unsere gemeinsamen Schubladen leuchten, ja. Ob meine dabei scheinbar weniger leuchtet oder mehr leuchtet, ist völlig wurst. Wichtig ist, dass der Standort, dass die beiden Häuser zusammen leuchten.

Interviewer: Als Region [Himmelsrichtung] dann.

Herr Gondorf: Ja, und diese Geschichte, die macht sich im Controlling eben noch nicht bemerkbar und eine strikte Verweigerung, das zu machen, trotz Anmahnung, aber ich glaube, die letzte Anmahnung ist schon wieder ein halbes Jahr her. (...) Von mir. (...) In Richtung Controlling und Richtung geschäftsführenden Direktor. Der ist ja derjenige, der das am Ende machen muss und umsetzen muss und durchsetzen muss an der Stelle. Das schreibe ich mir gleich auf. Morgen ist Chefarztsitzung. Das werde ich den nochmal fragen. (...) Soweit ich verstanden habe, ist das eigentlich auch mit der Geschäftsführung konzertiert und wenn nicht, dann würde ich es gerne wissen und selber den Kampf aufnehmen. Ja, so ist immer so eine Hinaltegeschichte.«

Nach den Ursachen gefragt, gibt Herr Gondorf mit der diabolisch-zynischen Antwort, der Konzern sei »behäbig, dumm und faul«, sein Managementerleben im Krankenhauskonzern preis: Er und seine internistischen Kollegen sind machtlos angesichts einer regionalen Geschäftsführung, die gegebene Versprechen bezüglich einer gemeinsamen Abrechnung nicht einhält und den Reformprozess dahingehend seit vielen Monaten verschleppt. Die Einschätzung von Herrn Gondorf, der Regionalgeschäftsführer müsse für eine Anpassung der Rechenpraxis »richtig kämpfen« zeugt von einer komplexen Problematik auf mehreren Ebenen, wovon eine das Wechselspiel zwischen regionaler Geschäftsführung und Konzernzentrale darstellt. Seine forschende Handlungspraxis (»Mit Taten auch voranzugehen«) als internistischer Chefarzt stößt an Grenzen, wo er in seiner Rolle des Ärztlichen Direktors an den vorgesetzten Geschäftsführer gebunden ist, welchen er in seinem vehementen Festhalten an einer ökonomischen Fusion der Standorte noch übertrifft!

Die eigene Gruppe der internistischen Chefärzte wiederum rügt Herr Gondorf nicht minder für fehlende Voraussicht und einen naiven Umgang mit der *eigenen* ökonomischen Leistung (»weil wir zu blöd sind«). Seine aus dieser Warte

formulierte Selbstkritik an der internistischen Praxis eröffnet zugleich die kollektive Dimension des Problems: die konjunktive Praxis der Internisten verweist auf einen ärztlichen Habitus, der darauf gerichtet ist, *akute* Probleme der Krankenversorgung zu lösen und weniger darauf, welche ökonomischen Konsequenzen sich aus gegenwärtigen Problemlösungen *in Zukunft ergeben könnten* (»weil wir einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet für uns«). Gleichwohl ist es erklärtes Ziel der Internist*innen beider Standorte, den »Lohn« der kooperativen Arbeit, der hier tatsächlich als ökonomischer Wert in Form von »DRG-Leistungen« firmiert, einzustreichen.

Die Klage über die eigene Nachlässigkeit sekundiert genau jenen »Schmerz« des finanziellen Aderlasses in Folge der Regionalisierung, den Herr Gondorf zuvor noch bei seinen chirurgischen Kollegen*innen erkennen und ihnen nehmen wollte. Was dort noch als Starrköpfigkeit und realitätsfernes Eigeninteresse kritisiert wurde (»ich will aber meine Stellung hier behalten, auch wenn ich sie nicht ausfüllen kann«), gerät hier zur ökonomischen Blindheit infolge einer *geteilten* professionalen Verantwortung (vgl. auch die Ausführungen zum »Priorisierungskonflikt« in Kapitel 6.1). Bei ihm wird folglich eine ausgeprägte *habituelle Spannung* zwischen ökonomischer Zielverfolgung (in der Rolle des Ärztlichen Direktors *und* Chefarzt) und akuter Krankenversorgung (als Chefarzt) sichtbar. Besonders eklatant ist dieser in der obigen Sequenz durch sein Oszillieren zwischen einer kämpferischen Haltung im Reformprozess (»Das schreibe ich mir gleich auf. Morgen ist Chefarzsitzung. Das werde ich den nochmal fragen«) einerseits und dem resignativ bis zynisch begleiteten Aufgeben-Wollen als Konsequenz seiner verkörperten professionalen Praxis andererseits (»weil wir zu blöd sind [...]. Das ist ein Fehler, aber natürlich auch ein Vorteil«).

Der Reformprozess stellt an dieser Stelle den Gang der Rekonstruktionen vor eine entscheidende Frage: Warum verweigert der geschäftsführende Direktor, respektive der Krankenhauskonzern, eine »gemeinsame Abrechnung« ebenso sehr wie sich andere Chefarzte dem Reformprozess versperren? Wenn die geteilte professionelle Praxis der Internist*innen der Erreichung ihres kollektiven ökonomischen Erfolgs abträglich war, war sie es dann auch individuell? Ein Ansatz zur Beantwortung dieser Frage befindet sich in folgender, oben bereits zitiert Sequenz von Herrn Gondorf:

»Naja, diese Vershiftung von eben DRG-Leistungen in die anderen Abteilungen gehen uns ja am Ende verloren. Sinnvoll ist ja aber nicht »meine Schublade, deine Schublade«, sondern unsere gemeinsamen Schubladen. Und interessant ist, dass unsere gemeinsamen Schubladen leuchten, ja. Ob meine dabei scheinbar weniger leuchtet oder mehr leuchtet, ist völlig wurst. Wichtig ist, dass der Standort, dass die beiden Häuser zusammen leuchten.«

Das Leuchten – verstanden als *ökonomischer Erfolg* – legt die Fährte in Richtung der Anreizstruktur der DRG, die bereits viele Jahre vor der Regionalisierungs- und Fusionsstrategie eingeführt wurde und mittlerweile zum professionellen Alltag der Krankenhausärzte gehört. Aus der soeben geleisteten Rekonstruktion des Orientierungsrahmens von Herrn Gondorf ergibt sich also die Notwendigkeit, den Blick zunächst auf die Kontextvariablen und Orientierungsschemata zu legen, die in Zusammenhang mit seinem spannungsreichen Habitus stehen. Das letzte Zitat zu den Schubladen legt die These nahe, dass die von Herrn Gondorf an die Adresse der Internist*innen (und damit sich selbst) gerichtete, emotional vorgetragene Indifferenz gegenüber dem *gemeinsamen wirtschaftlichen Saldo*, in *ökonomischer Hinsicht* einen »Fehler« und einen »Vorteil« zugleich darstellt. Denn der Verzicht auf eine ökonomische Kooperation könnte doch auch mit der Existenz eines etablierten *Konkurrenzmodus* zu tun haben, der insbesondere auf individuelle Leistungsparameter abstellt und hier seine Anreize setzt. Getreu dem Motto: Wenn jeder an sich denkt, ist an alle gedacht!

Wie oben bei Herrn Falter rekonstruiert wurde, scheint genau dies den DRG eingeschrieben zu sein. Sie werden als System vergleichender Erfolgsmessung präpariert, in dem eine »Vershiftung von DRG-Leistungen in die anderen Abteilungen« eben zu *schmerhaften Verlusten* in der jeweils *eigenen Abteilung* führt. Wenn man nun eine »gemeinsame Abrechnung« – ein *ökonomisches Wir* – fordert, wird dadurch nämlich zunächst weniger das *professionelle Wir* der Ärzte herausgefordert, als vielmehr das ökonomische *Ich* einzelner Abteilungsleiter*innen bzw. Chefärzt*innen (»meine Schublade, deine Schublade«). Es deutet sich hier an, dass die »neue Sichtbarkeit« (vgl. Kapitel 6.1) medizinischer Leistungen durch DRG tatsächlich eine ausgeprägte Form *ökonomischer Konkurrenz* zwischen den einzelnen Kliniken, Fachbereichen und Standorten hat entstehen lassen und ein solidarisches Verhalten im Sinne einer Abkehr von eigenen ökonomischen Interessen als »Fehler« ausweist und bestraft. Wie oben (vgl. 4.2.1 und 4.2.2) mit Blick auf die Einführung von Budgetobergrenzen und die DRG ausgeführt wurde, stehen diese gesundheitspolitischen Maßnahmen unter dem Verdacht, einen Anreiz zum »Spartenkannibalismus« (Schrappe 2007: 143) zu setzen, der sich darin äußert, dass leitende Ärzt*innen vor allem bestrebt sind, die Fallzahlen und Indikationen der eigenen Klinik auszuweiten, wenig lukrative Fälle abzuweisen oder »Problemfälle« intern an andere Abteilungen weiterzureichen.

Die »großartige Idee« einer Fusion zweier Standorte desselben Krankenhauskonzerns erweist sich vor allem deshalb als »Herkulesaufgabe«, da das DRG-System hier als *Problemverursacher und Problemlöser zugleich* fungiert. Im Reformprozess soll es professionellen Akteur*innen, die durch dessen vergleichende Metriken bislang vor allem als ökonomische Konkurrenten zueinander in Beziehung standen, nun Rechenentitäten zur Verfügung stellen, die als Brücken einer neuen Kooperation, gar organisationalen Einheit, fungieren. Die Zahlen der

DRG sollen also jene Konkurrenz abmildern, die sie erst ermöglicht hatten. Dieser vagen Hoffnung steht jedoch die von Herrn Gondorf kolportierte Erfahrung des Hinhaltens entgegen: Dem Regionalkrankenhaus als Symbol für den integrierten »Standort« werden *Rechenkompetenzen* und -*befugnisse* von der Konzernzentrale in Richtung der regionalen Geschäftsstelle partout nicht übertragen. Der Wechsel der Ebenen von regionaler zu zentraler Krankenhausführung deutet auf divergente Steuerungsinteressen hin, die wiederum mit den DRG zusammenhängen könnten.¹³ Mit anderen Worten: der neue *identitäre* Zusammenhang, der durch die Einführung des Regionalkrankenhauses konstruiert und sicherlich auch durch ökonomische Kalküle¹⁴ inspiriert wurde, trifft auf handlungspraktische Probleme, da mit der Weiterleitung auch eine »Vershiftung von DRG-Leistungen« einhergeht und hier nicht bloß Zahlen verschoben, sondern etablierte Bindungen in der Organisation (Funktionen, Zuständigkeiten, Interessen, Ressourcen, Positionen etc.) in Frage gestellt werden. Es zeigt sich die paradoxe Lage, dass mit einer ablauforganisatorischen *Entgrenzung* bzw. professionellen *Kooperation* zugleich *neue Brüche* im modus operandi der organisierten Krankenversorgung hergestellt werden.

Das Problem der *kalkulatoriven Repräsentation von Gemeinsamkeit, von ökonomischer Solidarität* (die »gemeinsame Abrechnung«, wo dann die »gemeinsamen Schubladen« leuchten können) trifft ferner – wie sich hier schon andeutet – auf eine chefärztliche Orientierung, die in dezentralen Organisationsstrukturen gewachsen ist und für die es selbstverständlich ist, dass die eigene »Stellung« nicht zur Disposition steht (das Eingangszitat erneut: ›nein, ich will aber meine Stellung hier behalten, auch wenn ich sie nicht ausfüllen kann, ist mir egal.‹). Die wohlfahrtsstaatliche Struktur der Expertenbürokratie in Form dezentraler »Silos« (siehe 3.3.2) fördert seit jeher eine *Binnenorientierung* der jeweiligen Chefärzte, die es gewohnt sind, als oberste Herren im eigenen »Königreich« (Zitat einer Pflegedienstleitung) zu agieren.¹⁵ Dies fördert informale Ordnungen, die eine formal geregelte, kommuni-

¹³ Leider stand die geschäftsführende Direktion für ein Expert*innen-Interview nicht zur Verfügung. Es konnten lediglich alle anderen Akteure der regionalen Krankenhausleitung (Ärztlicher Direktor und Pflegedirektion) sowie Stellen aus der Konzernleitung (Budgetmanagement) befragt werden. Insofern können diesbezügliche Annahmen nur mittelbar aus Zuschreibungen und Schilderungen gezogen werden. Weitere Einsichten hierzu folgenden in den nächsten Unterkapiteln sowie unter 7.2.3.

¹⁴ Denkbar sind der Abbau von Leitungsstrukturen, weniger Schnittstellen und Kompetenzgranger, schnellere, zielgerechtere Behandlung und damit Entlassung von Patienten etc.

¹⁵ Im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung einer Chefärztkonferenz wurde folgendes zu Herrn Gondorf protokolliert, der als Ärztlicher Direktor die Konferenz leitete. Zum Abschluss der Sitzung, nach einem flammenden Appell an das Kollegium, bei einer strategisch wichtigen Entscheidung zusammenzustehen und gegen die Konzernleitung vorzugehen, sagte er mit einem Augenzwinkern an das Kollegium gerichtet: »le team, c'est moi«.

nikative Vernetzung erschweren und nicht zuletzt *professionelle Rivalitäten* zwischen Kliniken und Fachbereichen zementieren.

Der Leistungsvergleich durch DRG fördert nun – so eine erste These – »mimetische Krisen« (Girard 1997) bei den untersuchten Chefärzten zutage, da deren tradierte Form der Aushandlung professioneller Rivalitäten gestört wird. So ist es kein Zufall, dass Herr Gondorf als Internist im obigen Beispiel die »chirurgischen Aufgaben« und deren Verantwortliche anführt, die bei der neuen Ablauforganisation mauern, und nicht die internistischen Abteilungen. Doch gehört es ebenso zur tradierten Form professioneller Konkurrenz unter Internist*innen, nach dem Prinzip »meine Schublade, deine Schublade« zu verfahren. Wenn die Internisten »einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet für uns [Hervor., K. M.]« bedeutet dies, dass jeder einzelne Chefarzt zunächst einmal darauf achtet, dass es sich für ihn rechnet, auch wenn die Gruppe im Rahmen der geteilten Praxis eine »gemeinsame Abrechnung« gefordert hat und ökonomische Einbußen im Rahmen der Weiterleitung in Kauf nimmt. Es bleibt also in den folgenden Rekonstruktionen zweier Chefärzte aus dem gleichen Regionalkrankenhaus durch Kontrastierung zu klären, wie das Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz mit der jeweiligen *Basis der Bezugnahme*, den professionellen einerseits und den kalkulatorischen *Vergleichswerten* andererseits, zusammenhängt und sich im Rahmen des Klinikkonzerns praktisch ausgestaltet.

Fachspezifische Mikropolitik mit Zahlen Die Rekonstruktion beginnt mit Herrn Peters, einem Chefarzt für Chirurgie (Orthopädie und Unfallchirurgie) am gleichen Standort, der seit einigen Jahren auf der Position arbeitet.

»*Interviewer:* Gibt es da eine gemeinsame Position, vielleicht auch über den ärztlichen Direktor hergestellt, wie man sich mit diesen, wie Sie sagen, utopischen Steigerungsraten dann auch verhält, wie man sich als Ärzteschaft dazu verhält gegenüber der Geschäftsführung oder ist da jeder ein Stück weit auch Einzelkämpfer oder/

Herr Peters: Naja, also ich sage mal so, die Politik der Geschäftsführung oder insbesondere hier des, auf der regionalen Ebene ist, erscheint mir schon so, wie das alte österreichische Kaiserhaus sagte, divide et impera, ja. Also nicht jube et impera, sondern divide et impera. Ich denke, dass da schon eine gewisse, wir tauschen uns ja auch untereinander aus, Solidarität da untereinander da ist und dass unter uns auch eigentlich allen klar ist, dass diese Ziele teilweise utopisch sind. Führt aber meistens dazu, dass der eine dem anderen, also so genau gesagt, die Regionaldirektorenebene sagt »okay, das sind die Vorgaben von der Geschäftsführung und/« also wird so ein bisschen Verschiebebahnhof gespielt. Ich glaube, dass es deutlich motivierender und am Ende auch nachhaltiger (...) wäre, wenn man durchaus Wachstumszahlen, die realistisch sind, auch kommuniziert

und bei dieser Kommunikation von Wachstumszahlen auch frühzeitig diese gemeinsam bestimmt. Wir hatten hier auch Jahre, wo wir uns verpflichtet haben, innerhalb des Klinikums bestimmte Wachstumszahlen gemeinsam zu erreichen, und haben dann auch immer geguckt, dass der eine vielleicht mal den einen oder dem anderen da unter die Arme greift, und das hat eigentlich immer ganz gut geklappt. Mein Eindruck ist, dass das zur Zeit eher alles so ein bisschen, ja, wie gesagt, Top-Down läuft und/«

Herr Peters stellt mit Blick auf die Frage nach dem Zusammenspiel von »Ärzteschaft« und »Geschäftsführung« interessanterweise fest, dass eine »Politik der Geschäftsführung oder insbesondere hier auf der regionalen Ebene« des »divide et impera« (teile und herrsche) und nicht des »jube et impera« (befehle und herrsche) vorliege. Anstelle also der Ärzteschaft befehle zu erteilen¹⁶, wird sie organisational in viele Untergruppen, sprich Fachabteilungen und Kliniken mit widerstreitenden Interessen geteilt und so gespalten. Die Herrschaft der Krankenhausleitung entpuppt sich daraufhin als ein ständiger »Verschiebebahnhof« der Verantwortung und Zuständigkeit. Denn auch in der eigenständig gestellten Regionalgeschäftsführung des »Standortes« bieten sich im zentralisierten Konzern Chancen zur Verschiebung: Die Regionaldirektion des Hauses weiß sich beispielsweise als eine weitere Untereinheit der Konzernstruktur darzustellen und so die Ausdifferenzierung von Leitungsstrukturen für sich mikropolitisch zu nutzen, etwa, wenn sie sich bei der Diskussion um von Seiten der Ärzteschaft als utopisch empfundene Leistungsvorgaben darauf zurückzieht, die Zahlen kämen nicht von ihr selbst, sondern von weiter oben bzw. außen (»okay, das sind die Vorgaben von der Geschäftsführung«).

Die Metapher des »Verschiebebahnhof« drückt ein Management-Erleben von Herrn Peters aus, in dem zwar Managementinstrumente zur Anwendung kommen (Zielvereinbarungen in Form vorgegebener »Wachstumszahlen«), die Steuerung selbst sich jedoch *geräuschlos, ohne Befehlston* (»jube«) vollzieht, womit diese sich zunächst als technokratische Managementpraxis von oben (»top-down«) ausweist. Herr Peters als Chefarzt einer Klinik spricht hier aus einer mittleren Managementposition, an die zu erfüllende Ziele gerichtet werden, ohne dass diese Ziele selbst Gegenstand einer Verständigung gewesen wären. Um im Bild zu bleiben: die *Weichenstellung* ist Herrn Peters Aufgabe nicht, die Richtung wird durch das Signalsystem der Trasse vorgegeben und so bleibt nur noch, den Zug möglichst den Vorgaben gemäß zum Ziel zu führen. Aus der hierarchischen Arbeitsteilung ergeht keine Lastenteilung, eher *weichen* direkt übergeordnete Leitungspersonen

¹⁶ Dies wäre mit Bezug auf die Patientenversorgung in rechtlicher Hinsicht auch gar nicht möglich.

den Diskussionen aus und verschieben die Verantwortung auf die nächst höhere Ebene, die abstrakt erscheint und unerreichbare Vorgaben macht.

Die Folge dieser Nicht-Adressierbarkeit scheint durchaus auch auf die Ärzt*innen abzufärben: Die Beschreibung der professionellen Solidarität wirkt bei Herrn Peters zunächst eher verlegen, wenn er eine »gewisse« Solidarität sieht, die im gemeinsamen Austausch begründet liegt (»Ich denke, dass da schon eine gewisse, wir tauschen uns ja auch untereinander aus, Solidarität da untereinander da ist«). Dies zeigt sich auch am *positiven Gegenhorizont* zur aktuellen Lage, die Herrn Peters' Erfahrung der wachstumsgetriebenen Top-Down-Steuerung Ausdruck verleiht. Vormals wurden Fallzahlen noch »gemeinsam« bestimmt und kommuniziert, was aus seiner retrospektiven Sicht weitaus produktiver und auch in professioneller Hinsicht wertvoller (»deutlich motivierender und am Ende auch nachhaltiger«) gewesen ist, als die momentane Führungspraxis des Top-Down. Es war »innerhalb des Klinikums« üblich, dass man sich »unter die Arme greift« und Wachstumsziele gemeinsam erreicht, ohne auf die individuellen Leistungsdifferenzen zu achten.

Das neue Dilemma liegt nun in der Feststellung, dass eigentlich allen Chefärzt*innen klar ist, dass »diese Ziele teilweise utopisch sind«, aber man über die gemeinsame Feststellung hinaus keine *praktische Solidarität* mehr leisten kann, insofern die Wachstumszahlen als rein äußerliche, *individuell* zu bearbeitende Vorgaben fungieren.¹⁷ Das scheint die eben geäußerte These zum Spartenkannibalismus zunächst zu bestätigen: Die Vorgabe individuell zu erreichender Wachstumsziele gerinnt im Zuge der Etablierung eines Top-Down-System der Konzernführung zu einer »divisionalen« Form (den Sparten) organisationaler Steuerung, die individuelle Kooperation erschwert, da sie nicht mehr »verrichtungsorientiert« (Schrappe 2007: 142) am komplexen und abteilungsübergreifenden medizinischen Fall arbeitet, sondern die Notwendigkeit pointiert, das eigene Abteilungsergebnis zu Lasten anderer Abteilungen zu optimieren. Gleichzeitig stellt es aus Sicht von Herrn Peters ein durchsichtiges Manöver der Geschäftsführung dar, wenn die Forderung, »utopische Steigerungsraten«¹⁸ zu erreichen, sich an alle Chefärzt*innen gleichermaßen richtet. Hier kündigt sich unter Umständen eine *vages Enaktierungspotenzial* unter den diesen an, die nicht in professionellen Aspekten begründet liegt, sondern

17 Siehe hierzu auch die diese Analyse unterstützenden Bemerkungen von Herrn Gelmann im nachfolgenden Unterkapitel.

18 Der Term »utopische Steigerungsraten« wurde im oben Zitat zwar vom Interviewer genutzt, war aber nur eine Paraphrasierung dessen, was Herr Peters zuvor so wortwörtlich geäußert hatte. Der genaue Wortlaut von Herrn Peters lautete: »[...] wobei aber natürlich das Unternehmen den Fehler macht meiner Meinung nach, und wahrscheinlich nicht nur unseres, [...] dass sie zumindest in meiner Abteilung jedes Jahr so Steigerungsraten von 30 bis 40 Prozent vorgibt, was natürlich vollkommen utopisch ist.« Eine genauere Analyse der Aussagen wird unter 6.4 geleistet.

darin, sich gegenseitig mit expliziten Wissensbestandteilen (ökonomischen Informationen) zu versorgen. Welche praktischen Konsequenzen dies hat, zeigt sich an folgender Sequenz:

»*Interviewer*: Wie greifen Sie in solchen, also wenn es jetzt auch beispielsweise um Personalfragen geht, insofern greifen Sie dort selbst auch auf Controlling-Ex/also Informationen zurück?

Herr Peters: Ständig.

Interviewer: Wie kann/Können Sie die Mitarbeiter einfach anfragen oder/

Herr Peters: Naja, es ist also schon so, dass ich da sehr eng mit der Personalabteilung in Kontakt stehe und eigentlich/also ich habe bei mir auf dem Rechner alle Monatsberichte immer gespeichert aktuell, sei es jetzt die Monatsberichte zu Sachkosten, Personalkosten unterteilt in eigene Personalkosten und Fremdkosten. Dann die kompletten Bilanzierungen der Abteilungen mit also so einer Entwicklung des Deckungsbeitrages und auch, was auch ganz interessant ist, die, der Überblick, das Benchmarking innerhalb des Unternehmens, Benchmarking zwischen den Klinikstandorten, aber zwischen den einzelnen Kliniken in den jeweiligen Fachbereichen. Also ich weiß schon immer sehr genau, wie meine unfallchirurgischen Kollegen stehen oder orthopädischen Kollegen stehen und so weiter und so sofort. Und wir haben uns auch gegenseitig sozusagen verpflichtet, wir Chefärzte im Medical Board, Medical Board ist so eine Institution, in der alle Chefärzte des gleichen Fachbereichs sitzen, uns die Controlling-Berichte von den einzelnen Kliniken gegenseitig zuzuschicken, damit wir wissen, ob zum Beispiel die Vorgaben bei allen gleich utopisch sind und wie die Entwicklungen sind und so, um sich da besser auszutauschen.«

Herr Peters offenbart hier zunächst eine außerordentlich informationsbasierte Wissensorientierung. Stets »alle Monatsberichte« und »komplette Bilanzierungen der Abteilungen« monatsaktuell vorliegen zu haben und auch »immer sehr genau« im Bilde über die Leistungen seiner Fachkolleg*innen zu sein, spricht für eine hohe Zahlenaffinität und ein reges strategisches Interesse an Fragen der wirtschaftlichen Entwicklung der unterschiedlichen medizinischen Domänen und des Konzerns im Abgleich mit der eigenen Klinik. Die praktische Solidarität entpuppt sich in diesem Zusammenhang als *fachspezifische*: In einem Gremium, dem Medical Board, tauscht sich Herr Peters mit Kolleg*innen des gleichen Fachbereichs aus. Interessanterweise stellt man sich dort »Controlling-Berichte« gegenseitig zur Verfügung, was impliziert, dass nicht alle Kolleg*innen von Herrn Peters einen so breiten Zugang zu diesen Daten haben, wie er selbst (»die kompletten Bilanzierungen der Abteilungen«). Die Informationsasymmetrien innerhalb des Fachbereichs werden nun aber dadurch bearbeitet, dass man sich »gegenseitig sozusagen verpflichtet« hat diese Informationen auszutauschen, um oben schon beklagte »utopische« Steigerungsraten fachintern miteinander zu vergleichen.

Das Benchmarking-System des Konzerns wird hier nicht nur als Quelle herangezogen, die Aufschluss über die wirtschaftliche Entwicklung der Kliniken und Fachbereiche gibt, sondern auch und vor allem, inwiefern innerhalb des Fachbereichs unterschiedliche Steigerungsraten gefordert sind, oder ob diese vielmehr »bei allen gleich utopisch sind«.

Mikropolitisch formiert sich hier – ganz im Gegensatz zu Herrn Gondorfs Schilderungen¹⁹ seines wenig strategisch agierenden internistischen Fachkollegiums – im Medical Board also eine Gegenmacht, die als *Surrogat* einer vormals stärker *gelebten professionellen Solidarität*, die sich auch auf die Erreichung wirtschaftlicher Ziele bezog, erscheint. Man verpflichtete sich vor der Top-Down-Steuerung zwar auch schon *explizit* zur gemeinsamen Erreichung von Wachstumszielen, achtete jedoch *implizit* darauf, sich »unter die Arme« zu greifen.²⁰ Der Austausch der individuellen Zielvorgaben formiert nun ein solidarisches Rechenkollektiv von Ärzt*innen des gleichen Fachs, das nicht auf dieser impliziten, praktischen Unterstützung und »organischen Solidarität« unter Professionellen beruht, sich aber intern zum Austausch *expliziter Wissensbestandteile* (Controlling-Daten) verpflichtet, mit denen eine fachspezifische, ökonomische Reflexion entgegen der Konzern- und Regionalgeschäftsführung aufgebaut werden soll. Zwar können sich die einzelnen Chefärzte nicht erwehren als Leistungsstellen adressiert und mit Zielvorgaben konfrontiert zu werden, wohl aber können sie sich als ein Kollektiv organisieren, dass den ökonomischen Druck gemeinsam *komunikativ reflektiert* und so besser verstehen lernt, was *jenseits* der Zahlen – stets jedoch vermittels Zahlen – im Gefüge des konzernweiten Mehrebenen-Managements vor sich geht und was für kommende numerische Spiele zu antizipieren ist.

Im Medical Board wird also an der fachspezifischen Kontextualisierung der durch die Top-Down Strategie des Konzerns erzeugten *Intransparenz* gearbeitet. Auch wenn die Praxis des Zahlentausches eine Reaktion auf eine Strategiänderung des Konzerns sein mag, leistet die Architektur der DRG doch auch ihren eigenen Beitrag zu einer *fachspezifischen Orientierung*. Denn Herr Peters verkörpert die eigene Position im Management tendenziell eher aus der Warte derjenigen fachspezifischen Vergütungstrends und Produktivitätserwartungen heraus, die am

19 Herr Gondorf: »Ja, das ist/wir treffen uns hier zwar, alle vier internistischen Chefs der beiden Abteilungen, aber das ist, diese Frage ist schon (pfeift) disappeared und Mensch, eigentlich wollen wir auch den Lohn unserer Arbeit abholen und den kriegen wir aber nicht, also den vergessen wir dann auch, weil wir zu blöd sind, weil wir einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet für uns.«

20 Herr Peters: »Wir hatten hier auch Jahre, wo wir uns verpflichtet haben, innerhalb des Klinikums bestimmte Wachstumszahlen gemeinsam zu erreichen, und haben dann auch immer geguckt, dass der eine vielleicht mal den einen oder dem anderen da unter die Arme greift, und das hat eigentlich immer ganz gut geklappt. Mein Eindruck ist, dass das zur Zeit eher alles so ein bisschen, ja, wie gesagt, Top-Down läuft.«

ehesten vergleichbar mit den seinen sind (unfallchirurgische/orthopädische Kosten und Leistungen haben laut DRG-Katalog andere Entgelte und Verweildauern als etwa intensivmedizinische oder onkologische). Dies verstärkt die Tendenz, auch auf expliziter Ebene auf Abstand zum fachfremden Kollegium zu gehen, und sich prima facie gemeinschaftlich mit seinen Fachkolleg*innen auszutauschen und mit diesen dem Top-Down-System zu begegnen. Es wird nun weiterverfolgt, wie sich das Verhältnis innerhalb der Ärzteschaft aus Sicht von Herrn Peters darstellt:

»*Interviewer*: Gleichwohl sind Sie ja als Chefarzt hier auch in diesen Chefarztrunden eingebunden und eben mit anderen Chefärzten. Können Sie ein bisschen beschreiben, wie dort die Zusammenarbeit funktioniert oder worüber tauschen Sie sich für gewöhnlich aus?

Herr Peters: Ich denke, man muss da mal unterscheiden zwischen den sogenannten Chefarztrunden unter Anwesenheit des kaufmännischen Leiters und jedenfalls auch der Pflegeleitung und den Chefarztrunden, die sozusagen unabhängig vom kaufmännischen Leiter und dem Pflegeleiter. Ich glaube, dass es nach wie vor ein recht kollegiales und gutes Verhältnis ist, das wir hier in einem vergleichsweise kleinen bis mittelgroßen Klinikum haben. Also da kenne ich auch aus Universitätskliniken teilweise ganz andere Situationen mit sehr viel mehr Wettbewerb und teilweise auch recht unfairen Methoden, sich gegenseitig sozusagen Drittmittel oder Ressourcen abzuwerben. Das würde ich sagen ist bei uns noch vergleichsweise gut, wobei man schon merkt, dass natürlich auch hier es für die Entscheider an der einen oder anderen Stelle – ich will es mal ganz euphemistisch ausdrücken – schwierig ist, ihre Rolle z.B. als ärztlicher Direktor so neutral zu leben, dass da nicht eigene Vorteile damit entstehen. Also insofern ist es schon so eine Gemengelage, wo ich sagen würde ja, wir Chefärzte verstehen uns gut. Natürlich gibt es dann auch mal hier und da Strömungen.«

Herr Peters zeichnet – vom Interviewer nach der Form der Zusammenarbeit mit den anderen Chefärzt*innen gefragt – das Bild einer »Gemengelage«. Es zeigt sich, dass das chefärztliche Kollegium als einheitlicher strategischer Akteur eine gewisse Relevanz besitzt, dessen Einheit aber stets fragil erscheint, wie hier anhand der personellen Besetzung einschlägiger Leitungsgremien implizit zum Ausdruck kommt. Die eingeführte Differenzierung macht klar, dass unter *Anwesenheit* der kaufmännischen Leitung in den »sogenannten Chefarztrunden« die Zusammenarbeit der Ärzt*innen infolge des geteilten praktischen Wissens darin besteht, über gemeinsame Belange nicht offen zu sprechen.²¹ Diese Konstellation stellt den negativen Gegenhorizont zur Gremienarbeit unter Abwesenheit der Geschäftsführung

21 Dieser Schluss konnte insbesondere unter teilnehmender Beobachtung einer Chefarztrunde erhärtet werden, in der ein gemeinschaftlicher Ton und inhaltliche Solidarisierungen erst im inoffiziellen zweiten Teil der Sitzung begannen, nachdem der Geschäftsführer im ersten Teil

dar. Herr Peters glaubt, dort herrsche dann ein »Verhältnis« im Kollegium vor, das als »recht kollegiales und gutes« bezeichnet werden könne, wohl wissend, dass die Methoden in den großen Universitätskliniken *noch* unfairer, die Ressourcenaneignung *noch* umkämpfter, die Konkurrenz auf Grundlage der DRG-Zahlenkonstrukte *noch* intensiver ausfällt.

Gleichzeitig ist der geäußerte *Glaube* an eine relativ intakte Kollegialität ein gutes Indiz für die *Abwesenheit* einer tatsächlich *gelebten, fächerübergreifenden* Kollegialität unter den Chefärzt*innen. Wie soeben gezeigt wurde, verlagert sich die *explizit* geäußerte Solidarität zunehmend in Richtung einer fachspezifischen Formation (z.B. in einem Medical Board). Dies illustriert auch die Einschätzung von Herrn Peters, dass es für »die Entscheider« da oben schwierig sei, ihre eigenen Partikularinteressen (»eigene Vorteile«) hintanzustellen und adressiert hier ganz explizit und zum ersten Mal den Ärztlichen Direktor, Herrn Gondorf. Aus Herrn Peters' Sicht sollte das Management und vor allem die Ärztliche Direktion eine nivellierende Kraft sein, die die eigene Rolle »neutral zu leben« und in den Dienst der allgemeinen Sache der Chefärzte zu stellen hat, auch wenn diese Allgemeinheit in der Beschreibung vage bleibt. In der Akzentuierung der Sonderrolle des Ärztlichen Direktors zeigt sich erneut die Kritik an der zersetzenen Top-Down-Steuerung des Konzerns.

Eine Kritik, die implizit an der dezentralen Tradition der Silos aufsetzt: Aus der Kennzeichnung der Situation aller Chefärzte als »Gemengelage«, die trotz einer solidarischen Atmosphäre (»wir Chefärzte verstehen uns gut«) »hier und da Strömungen« kennt, tritt als praktische Gewissheit zutage, dass Chefärzt*innen, unbenommen ihres gemeinsamen Wirkens im Dienste der Medizin, auf dem mikropolitischen Parkett gegeneinander antreten und über das Verhältnis von und Ausmaß an Konkurrenz und Kooperation selbst entscheiden. Die Frage ist also weiterhin, ob das Verhältnis aus Sicht der Beteiligten *maßvoll* ist und anhand welchen Maßstabs dies zu bestimmen ist.

Professionelle Mimesis vs. numerische Konkurrenz Welche Perspektive entwickelt nun Herr Gelmann, langjähriger Chefarzt für Innere Medizin (Kardiologie, konservative Intensivmedizin) im gleichen Haus, hierauf?

»*Interviewer:* Ja, wir beschäftigen uns in dem Projekt ja vor allen Dingen damit, wie die einzelnen Leitungsfunktionen innerhalb der Krankenhausleitung zusammenarbeiten. Jetzt würde es mich bei Ihrer Person besonders interessieren, wie Sie die Zusammenarbeit als Chefarzt für diese große Klinik mit der Krankenhausleitung, mit der klassischen trialen Krankenhausleitung hier wahrnehmen.

der Sitzung Leistungszahlen präsentierte und später den Raum verlassen hatte. Siehe hierzu auch die Ausführungen von Herrn Falter unter 6.1 und Herrn Schlenk unter 6.4.

Herr Gelmann: Also als solches haben wir sie ja nicht mehr, weil wir ja Teil eines Konzerns sind. Also wir haben vor Ort ein Triumvirat. Da ist jetzt/wir haben ärztlichen Direktor, der kaufmännische Direktor und das ist die Pflegedirektorin, die also hier existieren, aber das ist natürlich, die hat bestimmte Leitungsfunktionen und auch gewisse Weisungsbefugnis mir gegenüber, aber im Endeffekt ist mein Dienstherr ist hier der kaufmännische Leiter, der selbst auch Arzt ist, ja. (...) Und wir sind einfach ein Team von Chefärzten und müssen/jeder von uns hat eine gewisse Verantwortung für seine Klinik, eine wirtschaftliche Verantwortung für seine Klinik. Gemeinsam natürlich auch mit meinen Chefarztkollegen haben wir eine Verantwortung für diesen Standort, für dieses Klinikum. Und natürlich sind wir alle Teil des Konzerns und sind da auch, haben da auch die gewisse Verantwortung, das also auch. Ich befasse mich schon mit, direkt natürlich mit dem Ergebnis meiner Klinik, eben auch dem Ergebnis des Klinikums und habe natürlich wenig Einfluss, aber für mich relevant ist natürlich auch das Ergebnis des Konzerns.«

Interessanterweise nimmt Herr Gelmann zu der Frage nach der »Zusammenarbeit als Chefarzt für diese große Klinik mit der Krankenhausleitung« nicht explizit Stellung, sondern bezieht sich vor allem auf die veränderten Leistungsstrukturen innerhalb eines Konzerns. Er findet sich dort unterhalb seines »Dienstherr«, dem kaufmännischen Direktor des Regionalverbundes, wider. Dem Ärztlichen Direktor, Herrn Gondorf, wird in seinen Befugnissen qua Rolle eine nachrangige Bedeutung beigemessen. Ferner verlegt sich Herr Gelmann dann auf die jeweilige wirtschaftliche Verantwortung, die er in einem »Team von Chefärzten« der Reihenfolge nach in abnehmendem Maße für a) seine Klinik, b) seinen Standort und c) seinen Konzern trägt. Die Relevanzordnung, die er hier präsentiert, zeigt eine klare Einteilung der Verantwortungs- und Kompetenzbereiche, die Fragen nach der Zusammenarbeit beinahe schon obsolet erscheinen lässt, da der Fokus klar darauf gerichtet zu sein scheint, sich »direkt natürlich mit dem Ergebnis« der *eigenen* Klinik zu befassen, nicht zuletzt, weil der Einfluss mit steigenden Hierarchieebenen zwangsläufig geringer wird (»habe natürlich wenig Einfluss«).

»*Interviewer:* Wie darf man sich das organisatorisch vorstellen? Also haben Sie, also sicherlich Chefarztrunden, wo Sie sich, ja, wöchentlich oder/

Herr Gelmann: Also Chefarztrunden ist einmal im Monat, geht es jetzt weniger um wirtschaftliche Entscheidungen. Wir reden ja hier von wirtschaftlichen Problemen. Wirtschaftlichen Entscheidungen ist im Wesentlichen schon auf die Kliniken runtergebrochen. Also wenn in der Gynäkologie eine wirtschaftliche Entscheidung zu treffen ist, habe ich damit nichts zu tun. Und ich habe für meine Klinik eine gewisse Planung, da ist ein gewisses Budget vorgesehen. (...)

Interviewer: Und wo ist dann gewissermaßen das Forum, wo Ihre Abteilung/

Herr Gelmann: Die Krankenhausleitung, also mit dem Direktor des Klinikums.

Wenn ich jetzt, wenn es darum geht, dass ich, dass ich, dass/man setzt sich monatlich zusammen und guckt die wirtschaftliche Entwicklung an. Da ist ein Controllerin auch noch mit dabei und da guckt man da auch die Zahlen an und sieht, ob man ein praktisch das, was man sich vorgenommen hat, auch erreicht hat. Da kann man sich immer wieder trefflich drüber streiten über alle möglichen Details, weil es immer vorläufige Zahlen sind, die man da anguckt und dann gibt es hier praktisch dann auch bezüglich dann der Sachkosten eine Sachkostenrunde, wo man einfach schaut, wie viel haben wir denn ausgegeben für Medikamente, wie viel haben wir ausgegeben für andere Materialien oder wie sind die Personalkosten? Also die, ich habe ein Kostenbudget.«

Folgerichtig werden die Chefärztrunden als unwesentlich für wirtschaftliche Problemstellungen benannt, da diese »im Wesentlichen schon auf die Kliniken runtergebrochen« sind. Der Prozess der Regionalisierung trifft hier, so wird nun klar, auf eine Struktur, in der wirtschaftliche Fragen aus den *übergreifenden Diskussions- und Repräsentationsforen* herausgelöst sind und klinik- bzw. abteilungsspezifisch in der direkten Aushandlung der *individuellen Budgetverantwortung* zwischen Chefärzt*innen und kaufmännischer Leitung (sowie einer Controlling-Fachkraft) bestimmt wird. Die von Herrn Gondorf geforderte »gemeinsame Abrechnung« von Standorten bzw. dort tätigen Abteilungen des Regionalkrankenhauses trifft auf eine Relevanzordnung, in der »ein Team von Chefärzten« agiert, wo »jeder [...] eine gewisse Verantwortung für seine Klinik, eine wirtschaftliche Verantwortung für seine Klinik hat« und demzufolge individuell vereinbarte Kostenbudgets und Leistungspläne gegenüber gemeinsamen Zielen priorisiert werden. Die These von der divisionalen Struktur der organisierten Krankenversorgung sowie dem »divide et impera« (Herr Peters) nimmt also weiter an Plausibilität zu. Nun stellt sich die Frage, wie Herr Gelmann die Zusammenarbeit mit den anderen Chefärzt*innen in wirtschaftlicher Hinsicht in Kontrast zu Herrn Peters und Herrn Gondorf einschätzt. Hierzu eine erste Passage:

»**Interviewer:** Gibt es zwischen den Chefärzten gewisse Foren, wo Sie sich zu diesen Behandlungskosten und zu diesen Projektionen austauschen? Also sind Sie da auch bestrebt, da Allianzen zu schmieden oder wie stellt sich das intern dar?

Herr Gelmann: Also wir haben uns schon paar mal einfach zusammengetan, wo wir einfach auch Forderungen, es muss jetzt nicht unbedingt Controlling betreffen, aber in anderen Dingen, wo man sich natürlich gemeinsam formiert oder sagt, okay, wir wollen hier, dass das und das entsteht und wir wollen, dass jetzt endlich die Nachbesetzung/« Oder wie auch immer, also man muss sich da ja zusammentun. Wir kriegen zum Beispiel oder haben wir auch, dadurch dass wir jetzt, wir sind in dieser Region [Himmelsrichtung] sind wir [Zahl] innere Kliniken. Also meine, dann ist noch hier noch im Gelände noch eine zweite und das [Name zweites Klinikum Regionalkrankenhaus], was auch zu uns gehört, sind es

auch [Zahl] (...). Und wir haben dann einfach gewünscht, dass, um das besser abzubilden, dass wir immer mal wieder Patienten einfach irgendwo hinschicken, damit sie dort besser versorgt sind, zum Beispiel geriatrische Patienten, die dann bei uns nicht sind natürlich. Zum, man gibt Erlöse ab, aber dafür bekommt eben die Region etwas höhere Erlöse für den Patienten, weil diese geriatrische Komplexpauschale dabei ist. Haben wir gefordert, dass wir gemeinsam auch mal berechnet werden irgendwann, ja.

Interviewer: Als Region [Himmelsrichtung]?

Herr Gelmann: Als innere Kliniken der Region [Himmelsrichtung] und, weil wir einfach, also es kann nicht sein, dass wir strampeln sollen, dass wir mehr machen, wenn es besser ist für [Name Krankenhauskonzern], wenn wir hier und da noch jemanden weggeben. Und solche Dinge, da muss man dann sich schon natürlich schon auch positionieren, weil viel Lob wird nicht verteilt. Also wenn was gut ist, ist es selbstverständlich, und wenn was schlecht ist, wird das kritisiert, ja. Also da ist weniger, dass wir uns da gegenseitig jetzt, also so groß helfen können. Verstehen Sie, wenn ich meine Sach/wenn ich zu viel ausgegeben habe an Medikamente, dann gehe ich nicht zum Nachbarn und hole bei dem mal ein paar Schachteln oder sowas. Funktioniert auch nicht. Aber das, so können wir uns nicht helfen gegenseitig, ja.

(...) letzten Endes kriegt jeder vorgerechnet, wo er eigentlich ist. DRG hat ja mittlere Verweildauern und Sequenzen, die da immer mit drin, Grenzverweildauern, wie sie alle so heißen. Das sind ja Zahlen, die pro DRG festgelegt sind, und da kann man Statistik damit treiben, dass man einfach, wo sitzt, wo ist man denn? Ist man im Durchschnitt, ist man schneller oder ist man, braucht man länger für den gleichen DRG? Und das ist ja dann der deutsche Durchschnitt zumindest von den Krankenhäusern, die das DRG-System definieren.«

Herr Gelmann greift die Frage des Interviewers, ob »zwischen den Chefärzten gewisse Foren wo Sie sich zu diesen Behandlungskosten und zu diesen Projektionen austauschen« bestehen, nicht direkt auf, sondern antwortet unmittelbar auf die anhängige Frage, ob er versuche »Allianzen zu schmieden«. Die gegebene Antwort zeugt davon, dass es vor allem um die differenzierte, anlassbezogene Wahl der Mittel geht, die Kooperationen im chefärztliche Kollegium ausmachen (»gemeinsam formiert«) und weniger um eine unverbrüchliche organische Verbindung oder das Surrogat formaler Verabredungen und Organisationsstrukturen (»gewisse Foren«, wie z.B. die Medical Boards).

Zunächst gilt Herrn Gelmann – wie Herrn Peters – Verbundenheit vor allem entlang medizinfachlicher Linien als bedeutsam, die er im Zuge der Regionalisierung vor dem gleichen Hintergrund diskutiert, wie es bereits weiter oben bei Herrn Gondorf zu lesen war. Sich verstärkende fachspezifische Allianzen fallen zusammen mit der Forderung, »gemeinsam auch mal berechnet [zu] werden

irgendwann«. Das schon bei Herrn Gondorf angesprochene betriebswirtschaftliche Kalkül erfährt hier nun eine vertiefte Darstellung, wonach infolge der DRG-Vergütungssystematik Leistungssteigerungen und Mehrerlöse durch die Steigerung der Fallschwere erreicht werden sollen – etwa multimorbide geriatrische »Fälle« mithilfe einer höher bewerteten geriatrischen Komplexbehandlung durch die fallbezogene Bündelung und Verzahnung unterschiedlicher Leistungsbzw. Fachbereiche bedienen zu können. Die Vergütungslogik der DRG zeigt sich hier als *janusköpfig*: Einerseits eignet sie sich als divisionales Steuerungsinstrument einer zentralistischen Konzernführung, andererseits liegt sie aber auch quer zur nach innen gewendeten Silo-Struktur der dezentral organisierten Leistungsbereiche, den Kliniken. Die Reorganisation der Behandlungs- und damit Leistungsprozesse führt, wie bei Herrn Gondorf schon anklang und nun besser ersichtlich wird, zur Modifikation des tradierten Verhältnisses von *Kooperation und Konkurrenz* und den damit verbundenen Praktiken innerhalb des Krankenhauses. Als Folge dessen entstehen Begehrlichkeiten in Richtung des Controllings, die gleichsam durch das Controlling überhaupt erst sicht- und artikulierbar geworden sind.

Herr Gelmann verbindet mit der Reorganisation eine Verbesserung der medizinischen Behandlung, die durch die Weiterleitung im Rahmen des regionalen Standorts entsteht. Doch gleichzeitig schlägt diese Praxis aus seiner Binnensicht als Klinikleiter – analog zur Sicht von Herrn Gondorf und dem internistischen Kollegium – *ökonomisch negativ zu Buche* und trägt zur Verschärfung der eigenen wirtschaftlichen Situation bei (»man gibt Erlöse ab«). Überdies stellt sich der Konzern, wie hier ersichtlich wird, in der Konsequenz als *Einheit* der neuen Behandlungs- und Überleitungspraxis als alleiniger Nutznießer dar, da er höhere Einnahmen (Zuschlag von Komplexpauschalen) verzeichnet, während die bereits in Kapitel 6.1 ausgewiesene *Orientierung am Mangel* (»viel Lob wird nicht verteilt. Also wenn was gut ist, ist es selbstverständlich, und wenn was schlecht ist, wird das kritisiert«), hier bei Herrn Gelmann erneut zum Vorschein kommt und zur weiteren Intensivierung des Konflikts führt. Es klingt damit einerseits der negative Gegenhorizont der von Herrn Peters kritisierten individuellen Top-Down-Steuerung durch den Konzern (samt regionaler Geschäftsführung) an, der die praktische Erfahrung einer kollektiv verbindlichen ökonomischen Zielsetzung, gemeinsam »Wachstumszahlen« (Herr Peters) als Standort zu erreichen, unterminiert. Gleichzeitig gerät aber auch die Bereitschaft, eine gewisse *Indifferenz* gegenüber individuellen Leistungsunterschieden walten zu lassen und sich auf diese Weise solidarisch zu erklären, unter Druck.²²

²² Herr Peters: »Wir hatten hier auch Jahre, wo wir uns verpflichtet haben, innerhalb des Klinikums bestimmte Wachstumszahlen gemeinsam zu erreichen, und haben dann auch immer geguckt, dass der eine vielleicht mal den einen oder dem anderen da unter die Arme greift,

Zu dieser Komplexität tritt ein Aspekt hinzu, der noch etwas tiefer liegt und auf dem praktischen Wissen ruht, dass professionelle Solidarität auch auf basaler Ebene nicht (mehr) funktioniert: »wenn ich zu viel ausgegeben habe an Medikamente, dann gehe ich nicht zum Nachbarn und hole bei dem mal ein paar Schachteln oder sowas«. Nur eine Rahmung des Problems auf der Ebene des Managements mit den dazugehörigen Werkzeugen der adäquaten *Rechenlegung* scheint hierfür in Frage zu kommen. So wird exemplarisch ein Engpass an Medikamenten nicht als situativer Missstand, der kollegial behoben werden kann, gerahmt, sondern als fehlkalkulierter *Minderbestand* an Sachmitteln (z.B. Medikamenten) verstanden, dem der Chefärzt als Klinikleiter allein in Form neuer Budgetverhandlungen oder Sachmittelbestellungen Rechnung tragen kann. Praktische Solidarität unter Kolleg*innen wird unter den neuen Bedingungen demnach auf der *Interaktionsebene* weiter erschwert. In Relation hierzu hat sich auch die Form der Konkurrenz unter Ärzt*innen gewandelt. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt, wie schon bei Herrn Gondorf weiter oben rekonstruiert wurde, in der Nutzung des DRG-Systems als Instrument zur Erzeugung von *ökonomischen Konkurrenzverhältnissen auf Grundlage von Leistungsvergleichen* zwischen Kliniken bzw. Abteilungen (»letzten Endes kriegt jeder vorge rechnet, wo er eigentlich ist. [...] Ist man im Durchschnitt, ist man schneller oder ist man, braucht man länger für den gleichen DRG?«). Kliniken bzw. Abteilungen und insbesondere die für sie verantwortlichen Chefärzt*innen sind angehalten, sich im Rahmen des politökonomischen Nullsummenspiels²³ auf Grundlage von Zahlenkonstrukten *miteinander zu messen*, damit *voneinander abzugrenzen* und ihre eigenen Fallzahlen *zulasten* des Gesamterfolgs sowie der Konkurrenz aus den anderen Kliniken bzw. Abteilungen zu optimieren. Offen bleibt, worauf die vormals etablierten Verhältnisse zwischen Konkurrenz und Kooperation verweisen.

Aber zurück zur Vorstellung des Regionalstandortes als rechnerischer Ort für eine »gemeinsame Abrechnung«, die aus Sicht von Herrn Gondorf dem Problem der ökonomischen Konkurrenz eine ökonomische Kooperation zur Seite stellen und dadurch abfedern würde. Wie verhält sich Herr Gelmann hierzu?

»*Interviewer*: Aber das wäre ja dann schon, also sozusagen die Forderung, dass man die Abteilungen auf Region-[Himmelsrichtung]-Perspektive zieht, schon eine Sache, die dann auch, ja, also der gesamten/

Herr Gelmann: Wir haben schon so ein bisschen das Ziel gehabt, und das kam aus der Chefärztrunde, dass wir die Region auch als wichtige, die Stärkung der Region insgesamt als wichtiges Ziel haben. Nicht nur immer alle gegen alle anderen, sondern dass wir da auch ein gemeinsames Ziel haben.

und das hat eigentlich immer ganz gut geklappt. Mein Eindruck ist, dass das zur Zeit eher alles so ein bisschen, ja, wie gesagt, Top-Down läuft.«

²³ Siehe zur Erläuterung die Ausführungen von Bode/Vogd (2016) sowie weiter oben unter 4.2.2.

Interviewer: Also alle gegen alle meinen Sie, Klinik gegen Klinik oder Fachabteilung gegen Fachabteilung oder?

Herr Gelmann: Nein, so, Sie können sich ja vorstellen, wenn der Orthopäde einen Patienten mit einem Knochenbruch versorgen kann und der Chirurg, beide haben sie freie Betten, dann können sie sich doch schlagen um den Patienten, oder? (4) Und dann ist die Frage, wer soll es denn machen? Und das ist in der inneren Medizin ist das ja auch oft so. Kann man immer, immer wieder kann man schöne gerade Grenzen ziehen, aber manchmal ist es ja dann schon/

Interviewer: Gibt immer Grenzfälle.

Herr Gelmann: Ja. Es ist wichtig, dass die Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht.«

Herrn Gelman deutet mit der Benennung der Schwierigkeit, zwischen den Fachbereichen »schöne gerade Grenzen ziehen« zu können, sein praktisches Wissen an, dass Zuständigkeiten entlang fachlicher Grenzen zwar stets gezogen, in der Behandlungspraxis jedoch nicht strikt gewahrt werden können und auch nicht mussten, solange das ökonomische Überleben der Abteilungen *nicht grundsätzlich* zur Disposition stand. Die von Herrn Gelmann bejahte Proposition des Interviewers, dass es immer »Grenzfälle« gäbe, verweist auf das fundamentale Dilemma fachlicher Differenzierung, wonach Patient*innen mit gewissen Indikationen von mehr als nur einem Fach oder einer Klinik (weiter-)behandelt werden können und dies Fragen der Zuständigkeit nach sich zieht. Doch dies ist weniger problematisch, als der von *medizinischen Aspekten* losgelöste ökonomische Verteilungskonflikt zwischen Chefärzt*innen und deren Bedürfnis, alle Patient*innen, die man potenziell behandeln könnte, auch stets in die eigenen Betten leiten und damit abrechnen zu dürfen.²⁴

In dieser widersprüchlichen Situation läuft Herr Gelmann die in Kapitel I (6.1) erläuterte *Verkehrung des Gewöhnlichen* an, wenn er die vermeintliche Trivialität festhält, wonach es wichtig ist, »dass die Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht«. Zur Rehabilitation des Gewöhnlichen erwächst – tatsächlich innerhalb der »Chefärztrunde« – daraufhin der Wunsch, das Regionalkrankenhaus als »gemeinsames Ziel« aller Chefärzt*innen zu entwickeln. Doch hierüber schwebt das Damoklesschwert einer Top-Down Führungspraxis des Konzernmanagements, das mit seiner Anstachelung eines ökonomischen Wettbewerbs

24 Bleiben Betten unterhalb einer spezifischen Vorhaltungsquote über längere Zeit leer, besteht die Gefahr, dass diese Kapazitäten umgewidmet bzw. anderen Abteilungen zugebilligt oder von der Landesplanbehörde im Rahmen des Landeskrankenhausplans gestrichen werden. Neben einer höheren Durchlaufquote, die durch eine Verringerung der Verweildauer erreicht werden kann und soll, ist es also unbedingtes ökonomisches Ziel der Kliniken, die Bettenauslastungsquoten auf einem möglichst hohen Niveau zu stabilisieren.

(Herrn Gelmann: »immer alle gegen alle anderen«) den Wunsch nach der kooperativen Erreichung eines übergreifenden Ziels konterkariert. Dies erscheint vor allem deshalb so bedeutend, weil der *Maßstab des Erfolgs* von den Ärzt*innen als Angehörige einer Profession autonom, d.h. selbstbestimmt erzeugt und praktiziert werden will im Rahmen einer auskömmlichen »mimetischen Rivalität« (Girard 1997) im Kollegium. Die in dezentralen Silo-Kulturen sozialisierten Chefärzt*innen wissen implizit, dass eine fach- bzw. abteilungsspezifische Distinktion nichts Schlechtes sein muss, dass alle individuell nach professioneller Distinktion *und* Anerkennung streben, diese aber immer und nur *durch* andere Professionelle erteilt wird. Obwohl »schöne gerade Grenzen« in der Behandlungspraxis nicht gezogen werden können, wissen alle Chefärzt*innen, dass es im Rahmen einer gesunden Mimesis eine Triebfeder professionellen Handelns darstellt und Abteilungsegoismen bis zu einem kollektiv bemessenen Grad akzeptabel sind. Und doch ist das gemeinsame Wohl der Patient*innen, das konjunktive Handeln im Dienste der Medizin stets impliziert, vor allem dann, wenn das medizinische Notwendige bedeutet, die abteilungsspezifischen Grenzen (»Grenzfälle«) zu überschreiten, denn letztlich ist es »wichtig, dass die Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht.«.

Liegen der Erfolgsmaßstab und das Ziel des »mimetischen Begehrrens« (ebd.) für den Professionellen jedoch außerhalb der selbst gesteckten Autonomiezone, sind sie Teil extern definierter Zahlenkonstrukte, die Rivalität und Kooperation rein ökonomisch ausbuchstabieren, lässt das Begehrnen nach und werden rivalisierende Kolleg*innen mehr und mehr zu *Anderen*, mit denen man weder wünscht zu konkurrieren, noch zu kooperieren, mit dem man sich schlicht und ergreifend nicht mehr auseinandersetzen möchte. Mit anderen Worten: Herr Gelmann und seine Kollegen, so lässt sich hier festhalten, melden zwar die Bereitschaft an, gemeinsam zum Wohle des gesamten Standortes auch ökonomisch zu kooperieren, doch zugleich ist ihnen implizit klar, dass der wirtschaftliche Erfolg der Zusammenarbeit *nicht* auf einer mimetischen Rivalität unter *ihresgleichen* beruht, sondern auf einem durch das Management des Konzerns forcierten *Verdrängungswettbewerbs* mittels DRG-Arihmetik, der die professionelle Identität noch weiter beschädigen dürfte. Genau hier projiziert sich der Wunsch einer Stärkung der Region als organisationaler *Einheit* auf die Wiedereinsetzung des Gewöhnlichen, nämlich, dass die »Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht«. Gelingt Herrn Gelmann und seinen Fachkolleg*innen, wie bei Herrn Peters zu sehen war, dennoch ein Surrogat im Rahmen einer fachspezifischen Konjugation?

»*Interviewer:* Ich habe noch gelesen, dass Sie sich auch im Rahmen von [Name Krankenhauskonzern] über Medical Boards mit anderen Chefärzten austauschen?«

Herr Gelmann: Ja.

Interviewer: Ist das auch ein Forum, wo solche Dinge besprochen werden? Was spielt das für eine Rolle, dieses Medical Board?

Herr Gelmann: Also es nimmt mir keine Verantwortung ab bezüglich der Leitung meiner Klinik. Medical Board kümmert sich um allgemeine Dinge, die alle betreffen. Wir diskutieren da zum Beispiel über Strategie, Zusammenarbeit mit dem herzchirurgischen Zentrum, wir reden da darüber über gemeinsame Fortbildung, die wir da mal machen, dann natürlich Einkauf von bestimmten Materialien, die ja zentral gemacht wird, wo man sich dann einfach diskutieren muss. (...) Also auf der Ebene gibt es dann einfach bestimmte Gesprächsrunden das Medical Board, aber im Endeffekt ist man dann teilweise auch Konkurrent in diesem Land [Bundesland]. Man ist schon nahe genug beieinander, dass man auch, dass man nicht komplett an einem Strang zieht.

Interviewer: Also ist schon auch immer eine Frage von, was gebe ich preis und was/

Herr Gelmann: Nein, das, ja, das, klar, das kommt mit dazu, aber man/verstehen Sie, wenn ich Controllingzahlen bekomme, dann bekomme ich die Controllingzahlen auch nicht in der gesamten Tiefe, aber in einer gewissen Tiefe, vom gesamten Konzern. Ich kann die, ich kann gucken, wie mein Konkurrent in Klinikum X gerade da steht. Sehe ich dann, das geplant oder im Vergleich zum Vorjahr. Kann ich nachgucken. Das machen wir aber nicht im Medical Board.

Interviewer: Sondern das wird Ihnen eben von der Geschäftsführung zugespielt?

Herr Gelmann: Das, die Daten kriege ich. Das sind einfach Tabellen, die ich kriege.«

Interessanterweise stellt sich das Medical Board bei Herrn Gelmann anders dar als noch bei Herrn Peters. Insbesondere die Frage des Austauschs von Controlling-Daten wird ab- und ausweichend beantwortet. Während Herr Peters offen preisgibt, dass im Kreise seines Medical Boards betriebswirtschaftliche Kennziffern ausgetauscht und zur gemeinsamen Reflexions- und Strategieentwicklung verwendet werden, gibt sich Herr Gelmann eher zugeknöpft auf die Frage hin, woher er seine »in einer gewissen Tiefe« aufbereiteten Controlling-Daten erhält: »Das, die Daten kriege ich. Das sind einfach Tabellen, die ich kriege«. Jedenfalls wird klar, dass diese *nicht* im Medical Board zirkulieren und zur gemeinsamen Arbeitsgrundlage gemacht werden, auch wenn es durchaus möglich ist, dass Herr Gelmann seine Daten von Mitgliedern des Medical Boards direkt bezieht. Wie er gleich zu Beginn bemerkt, entlastet das Medical Board ihn folglich auch nicht von seiner individuellen Klinikverantwortung, sondern fungiert aus seiner Sicht eher als Ort, wo man sich um »allgemeine Dinge« kümmert.

Überdies zeigt sich im Gegensatz zu Herrn Peters eine gewisse Skepsis gegenüber dem Board, wenn er von einer gewissen Konkurrenzsituation im Bundesland spricht, denn man sei schon »nahe genug beieinander« um »nicht komplett an

einem Strang« zu ziehen. Die Formulierung mutet zunächst paradox an: Die ohnehin gegebene fachliche Nähe des Boards gepaart mit einer räumlichen Nähe der Kliniken führt *nicht* zu konzertierten Aktionen, sondern vielmehr zu Konkurrenzverhältnissen mitsamt strategischer Kommunikation und Mikropolitik. Der Verteilungskampf in der Versorgungslandschaft, so lässt sich hier herauslesen, zeigt fachspezifische Unterschiede im Umgang mit dem konzernweiten Konkurrenzregime zwischen internistischen und chirurgischen Disziplinen auf. Gleichwohl besteht kein Zweifel darüber, dass innerhalb der regionalen Auseinandersetzungen alle Beteiligten zuvorderst als individuelle Rechensubjekte konstruiert und adressiert werden. Ärztliche Kooperation adressiert aus Sicht von Herrn Gelmann oftmals nur noch »allgemeine Dinge«, »wo man sich dann einfach diskutieren muss«.

Wie wird die numerische Konkurrenz nun intern auf Ebene der Chefärzt*innen organisiert und mit welchen Folgen? Eine letzte Sequenz von Herrn Gelmann hierzu:

»Das ist jetzt nicht meine Entscheidung, das ist auch nicht Entscheidung von hier auf lokaler Ebene dieser Region [Himmelsrichtung], sondern eigentlich von [Name Klinikkonzern], dass man eigentlich wieder in die Bereiche rein geht der ärztlichen Versorgung und macht gemeinsam mit diesen Kodierkräften einfach so ein, 2 Mal in der Woche eine Besprechung, wo man Fälle durchgeht und einfach sagt, was war, Fall, also praktisch DRG-Fallbesprechung. Und bekommt dann vielleicht einfach auch noch Informationen, wie vielleicht das verbessert werden kann, ja. Oder eben auch, dass man Verweildauern im Auge behält. Da ist man für eine Erkrankung, wo es, wo man maximal eigentlich für eine Woche bezahlt wird, dass man sie nicht 14 Tage da lassen darf. Das diktiert uns doch das DRG-System dann und das muss man natürlich auch wissen. Also so sind zum Beispiel Dia/Patienten mit Diabetes, ja, die, ab einer Woche ist nichts mehr an denen verdient, auch wenn man noch so tolle Sachen macht. Man kriegt dann keinen, nichts mehr. Und das ist ein zynisches System und das, dem kann man ja auch nur mit einem gewissen Zynismus entgegnen, sonst geht man unter. Das ist leider so.«

Der praktische Austausch über Controlling-Daten vollzieht sich bei Herrn Gelmann insbesondere bei der regelmäßig stattfindenden, vom Konzern eingesetzten »DRG-Fallbesprechung« zwischen ihm und den Kodierkräften, wo er Informationen zur Optimierung der *eigenen* Fallabrechnungen einholt. Das als Beispiel genannte Mikromanagement der Verweildauern, die die zeitlichen (nicht: die fachlichen) Grenzen der Behandlung und damit der Erlösgenerierung definieren, wird als »zynisches System« gebrandmarkt, dem er »ja auch nur mit einem gewissen Zynismus entgegnen« kann, wie er klagend feststellt. Standortverbundenheit und organische Solidarität unter Professionellen schlagen in Wachsamkeit gegenüber Opportunitäten und Risiken mit Blick auf die eigene Optimierung der Erlöse um. Die

Kolleg*innen dienen in dieser Praxis nur als Vergleichshorizonte der eigenen Leistungsschau. Als Menge weisen sie dem einzelnen Chefarzt seinen Platz im Gefüge der Leistungsdifferenziale zu, welches Kooperation nur dann nötig macht, wenn es einen *rationalen Zwang* entlang der Leitlinien von Kostenoptimierung und Standortpolitik des Konzerns (zentraler Einkauf; Kooperation mit anderen Zentren, gemeinsame Fortbildungen) gibt. Das ist die zynische Anpassungsleistung, die hier präsentiert wird.

Doch dahinter blitzt die implizite Kränkung auf, dass das Ziel des Professionellen, das Objekt, worauf sich sein rivalisierendes Begehrten richtet, beschnitten wird: etwa bei »Patienten mit Diabetes, ja, die, ab einer Woche ist nichts mehr an denen verdient, auch wenn man noch so tolle Sachen macht«. Dabei ist das Problem nicht, dass an diesen Fällen nach einer Behandlungswöche nichts mehr verdient werden kann, sondern vor allem, dass *ärztliche Kunstgriffe* ab einem im DRG-System definierten Punkt, also *professionsextern*, für das Krankenhaus *keinen Unterschied mehr* machen, sie wertlos werden oder gar ökonomische Defizite produzieren. Professionelle Expertise gerät hier an Grenzen, die ihre Hüter selbst nicht erlassen haben und unter professionellen Gesichtspunkten auch nicht zulassen würden, denn jede weitere, professionell abgewogene, Behandlung birgt, so wird hier impliziert klar, die Chance einer weiteren Krankheitslinderung und somit auch die Chance zur professionellen Distinktion im Konzert der um Anerkennung und Behandlungserfolg rivalisierenden Kollegenschaft.

Zusammenfassung: »double bind« – Die Widersprüchlichkeit von numerischer Konkurrenz und professioneller Kollegialität Die voranstehenden Ausführungen haben einen für das Krankenhauswesen typischen Reorganisationsprozess zum Gegenstand gehabt, die im Rahmen eines Klinikkonzerns davon handeln, welche Rolle das DRG-System und die durch es erzeugten Leistungsvergleiche für die Organisationsentwicklung zweier Standorte spielen, die zu einem »Regionalkrankenhaus« zusammengefasst wurden. Als neue symbolische *Einheit* soll das Haus die bislang getrennt aufgesetzten operativen Kapazitäten und medizinischen Behandlungsabläufe zusammenführen und neue Kooperationsformen zwischen den bislang getrennt arbeitenden Fachbereichen entstehen lassen. Die in Teilen erfolgreich vollzogene Kooperation (in Form der Überleitung von Patient*innen zwischen beiden Standorten bzw. Abteilungen der internistischen Abteilungen) wird vor dem Hintergrund der von den Chefärzt*innen erbetenen Konstruktion einer gemeinsamen, inklusiven *Rechenentität* (»gemeinsame Abrechnung«) und damit numerischen *Repräsentation* der neu entstandenen *Leistungsgemeinschaft* jedoch in Frage gestellt, da dieser Forderung bislang vom Konzern- wie Regionalmanagement nicht entsprochen wurde. Der unvollendete, konfliktreiche Reformprozess beruht, so konnten die Rekonstruktionen der Chefärzte zeigen, auf einem »double bind« (Bateson 1985), einer widersprüchlichen (»schizophrenen«) Konstellation, in

der sich die Ärzte wiederfinden und welche unmittelbar mit dem Wesen der DRG, deren Leistungsvergleiche und der Art und Weise ihrer Verwendung durch das Konzernmanagement und die Chefärzt*innen zusammenhängt.

Zum einen konnte gezeigt werden, dass die Leistungsvergleiche der DRG seit ihrer Einführung einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung ökonomischer Konkurrenzverhältnisse zwischen Chefärzt*innen und ihren Abteilungen geleistet haben. Chefärzt*innen sind – wie auch schon in Kapitel 6.1 rekonstruiert wurde – im Rahmen von Leistungsvereinbarungen und angesichts des anhaltenden wirtschaftlichen Drucks angehalten, ihre eigenen Behandlungszahlen und Erlöse kontinuierlich und *in Konkurrenz zum ärztlichen Kollegium und deren Abteilungen zu steigern*. Andererseits sind sie im Rahmen der Regionalisierung aufgefordert, Fälle und damit Erlöse an nun als »intern« zu betrachtende Abteilungen der jeweils anderen Regionalklinik abzugeben, um zur Steigerung Wohls der Patient*innen und des ökonomischen Ergebnisses des Standortes, respektive des Konzernergebnisses, beizutragen. Problematisch ist dabei die fehlende Reziprozität in dem Sinne, dass die ökonomischen Zugeständnisse durch die abgebenden Abteilungen nicht zu Zugeständnissen seitens der Geschäftsführung führen, sondern geradewegs zur Vertiefung der ökonomischen Anforderungen. Die komplexe Situation lehrt, dass ärztliche Kooperation zum Wohle der Behandlungsqualität und ökonomischer Komplexpauschalen, sowie eine loyale Haltung gegenüber dem Standort, respektive Konzern, nicht durch ein Entgegenkommen bei der individuellen ökonomischen Zielerreichung aufgewogen werden. Während der Konzern als Ganzes durch die Weiterleitung höhere Erlöse generiert, wirkt sich dies negativ auf die individuelle Fallzahlentwicklung der Abteilungen aus, womit ein steigender Druck trotz Wachstum einhergeht (Herr Gelmann: »es kann nicht sein, dass wir strampeln sollen, dass wir mehr machen, wenn es besser ist für [Name Krankenhauskonzern], wenn wir hier und da noch jemanden weggeben«).

Abhilfe schaffen soll nach dem Wunsch der Ärzte (Herr Gondorf, Herr Gelmann) die Einrichtung fachspezifisch-kollektiver Rechenentitäten, die der numerischen Konkurrenz eine numerische Kooperation zwischen Ärzt*innen der gleichen Fachrichtung mittels DRG zur Seite stellen. Doch selbst wenn dieser Forderung von Seiten der Geschäftsführung entsprochen würde, bliebe der Erfolg äußerst fragwürdig. Dies konnte am Beispiel von Herrn Gondorf stellvertretend für seine internistischen Kollegen rekonstruiert werden. Die geteilte Praxis der Internisten, akute Probleme der organisierten Krankenbehandlung gegenüber ökonomischen Erwägungen zu priorisieren, entwirft ein professionelles Wir, das sich trotz erschwerter Rahmenbedingungen eine praktische Indifferenz gegenüber ökonomischen Faktoren leistet. Diese führt allerdings zu habituellen Spannungen, da die Indifferenz ein (ökonomischer) »Fehler« und ein (professioneller) »Vorteil« zugleich ist (»weil wir einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet für uns«). Die Anmahnung der zugesicherten Kollektivabrechnung

in Richtung Geschäftsführung geht bei Herrn Gondorf und seinen internistischen Kolleg*innen Hand in Hand mit der distanzierten, ironischen Selbstermahnung, die numerische Kooperation anzunehmen und sich so als fachspezifisches Kollektiv auch ökonomisch zu belohnen.

Es wird an diesem Fall offenbar, dass die geäußerte Bereitschaft der Ärzte, zum Wohle des wirtschaftlichen Erfolgs des ganzen Standortes auf Grundlage numerischer Rechenentitäten zu kooperieren, tatsächlich einige Ambivalenz in sich trägt, da dies einen Wechsel des *Maßstabs* impliziert, der für die angestellten Analysen entscheidend ist: Die Bereitschaft in die Tat umzusetzen, würde bedeuten, von einem professionellen auf ein numerisches Kontinuum zwischen Konkurrenz und Kooperation zu wechseln. Mithilfe einer gemeinsamen numerischen *Repräsentation* soll eine neue professionelle *Kollegialität* eingeübt werden, die doch eigentlich, so wurde implizit klar, auf dem Wir einer *nicht-repräsentierbaren, organischen, implizit geteilten Praxis* unter Professionellen fußt. Diese professionelle Praxis bringt das Kontinuum zwischen Konkurrenz und Kooperation *selbst* hervor und reproduziert es in praktischen Auseinandersetzungen zwischen Fachbereichen und/oder Abteilungen.²⁵ Der in der Krankenhauskonferenz unter allen Chefärzt*innen entwickelte Wunsch, die Regionalisierung als neue symbolische Einheit ein- und dem ›Spartenkannibalismus‹ (Schrappe 2007: 143) hierdurch etwas entgegenzusetzen, zeugt vom geteilten Wissen, dass hier etwas aus dem Ruder läuft (»Nicht nur immer alle gegen alle anderen, sondern dass wir da auch ein gemeinsames Ziel haben«).

Dieser Spur wurde am Beispiel des unterschiedlichen Umgangs mit fachspezifischen Gremien (den sog. »Medical Boards«) weiter nachgegangen. Es konnte dort gezeigt werden, dass für die ausbleibende numerische Kooperation nicht nur Managementstrategien der Geschäftsführung (Herr Gondorf: »Hinhaltegeschichte« sowie Herr Peters: »divide et impera«) verantwortlich sind, sondern auch der

25 Ein gegenteiliges Beispiel kolportiert Herr Schlenk, der mit seinem Kollegen Herrn Falter im Rahmen eines »Bauchzentrums« eine gemeinsame Station betreibt: »Also ich habe vor ungefähr, oh, das ist ja zehn Jahre her, habe ich angeregt, dass wir mit den Chirurgen zusammen eine Station führen, dass wir die gemeinsam belegen, und das haben wir dann auch gemacht. Das ist jetzt, unsere Stationen sind sowieso nicht streng fachbezogen. [...] Und das heißt einfach, es sind dort Teams, sowohl internistischer als auch chirurgischer auf dieser Station und Patienten auch. Und der Vorteil ist halt, es ist schneller, dass man sagt, schau mal rasch mit auf den Bauch, wir gucken uns den Patienten mal zusammen an, ja. Und es geht einfach schneller, als wenn Sie auf einer anderen Station sind und dann konsil bestellen müssen und so weiter. Also es ist einfach eine Verbesserung der kollegialen Zusammenarbeit, davon profitiert der Patient, und wenn jetzt ein Patient zwischen den Abteilungen hin und her geschoben wird, zur Operation, oder weil er nicht operiert werden muss oder so, dann bleibt er halt in seinem Bett liegen und wird nicht verlegt. Das ist schon Patientenvorteil. Da kennen sie eine Bezugsperson, seine Pflegeperson und so weiter. [...] Und die Effizienz steigt dadurch auch.« Unklar blieb an dieser Stelle leider, wie die Kooperation rechnerisch gehandhabt wird.

spezifische ärztliche Habitus, der auf eine traditionell in Form von Silos organisierten Krankenbehandlung aufbaut und der daran gewöhnt ist, Abteilungen bzw. Kliniken mit großen Machtbefugnissen dezentral zu leiten (die oben schon zitierten »Königreiche«). Die Silo-Struktur hat Konkurrenzverhältnisse in Form einer gelebten *mimetischen Rivalität* zwischen Chefärzt*innen, ihren Abteilungen und Fachbereichen geprägt, die jedoch Kooperation zum Wohle der Patient*innen und dem gemeinsamen Dienst an der Medizin nicht ausschließen. So ließ Herr Gelmann stellvertretend mit Bezug auf die *professionelle Zusammenarbeit* im Medical Board wissen: »im Endeffekt ist man dann teilweise auch Konkurrent in diesem Land [Bundesland]. Man ist schon nahe genug beieinander, dass man auch, dass man nicht komplett an einem Strang zieht«). Die gedämpfte Kooperation im Gremium vor dem Hintergrund einer mimetischen Rivalität zwischen Angehörigen des gleichen Fachs bildet das typische *professionelle Kontinuum* von Konkurrenz und Kooperation ab.

Ausgehend von der Frage, welche Rolle Controlling-Daten und Leistungsvergleiche in den Fachgremien spielen, stand dann aber insbesondere das *numerische Kontinuum* von Konkurrenz und Kooperation im Fokus der Rekonstruktionen. Hier zeigten sich fachspezifische Unterschiede: Während bei Herrn Gondorf, dem Internisten (Gastroenterologie/Infektiologie) und seinem Fachkollegium eine ironisch bis zynisch konnotierte Indifferenz (trotz angemahnter »gemeinsamer Abrechnung«) gegenüber ökonomischen Kooperationsformen vorherrscht, zeigte sich im Fall des Internisten (Kardiologie) Gelmann eine anders gelagerte Ambivalenz in Bezug auf die Nutzung von Controlling-Daten zum Zwecke der ärztlichen Kooperation. Herr Gelmann und seine Fachkolleg*innen haben ebenfalls gefordert, »gemeinsam auch mal berechnet [zu] werden irgendwann«, und doch zeigte sich, dass Zahlen bei Herr Gelmann vor allem einer numerischen Konkurrenzorientierung Vorschub leisten. Er weist sich zugleich als zynischer wie affiner Nutzer numerischer Leistungsdaten und somit als strategisch versierter Managementakteur in *eigener Sache* aus, während sich im Fachgremium kein numerisches Wir, keine Kooperation auf Grundlage von Zahlen herausgebildet hat. Die Handhabe der »Tabellen«, die im von anonymer Seite zugespielt werden (»Das sind einfach Tabellen, die ich kriege«) dienen allein zur Sondierung seines *eigenen* Konkurrenzumfeldes, das er überhaupt erst durch die Controlling-Daten ermessen kann. Controlling-Ziffern erscheinen in seinen Händen also in erster Linie als mikropolitische Ressource, als Mittel für den einsamen Kampf mit dem »Dienstherr«, dem kaufmännischen Geschäftsführer, und den anderen Internist*innen in der Versorgungsregion. Dahinter steht der ultimative Wunsch, die »Verkehrung des Gewöhnlichen« (Kapitel 6.1) rückgängig zu machen: »Es ist wichtig, dass die Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht.«

Für Herrn Peters und sein unfallchirurgisches Kollegium konnte eine davon abweichende Praxis rekonstruiert werden: hier erscheinen Zahlen durchaus mit

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

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

6.3 Verantwortung und Aktivierung

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

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