Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft

Werner Vogd · Martin Feißt · Kaspar Molzberger
Anne Ostermann · Juliane Slotta

Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement

Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten

Springer VS

Gesundheit

Politik – Gesellschaft – Wirtschaft

Herausgegeben von
E.-W. Luthe, Wolfenbüttel/Oldenburg, Deutschland
J. N. Weatherly, Berlin, Deutschland

Der Gesundheitssektor ist in politischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Hinsicht eine einzige Herausforderung. In entwickelten Gesellschaften wird er zunehmend zum eigentlichen Motor für wirtschaftliches Wachstum, enthält er als Kostentreiber gleichzeitig viel politischen Sprengstoff und ist er für die Zukunft einer alternden Gesellschaft schlechthin konstitutiv. Vor allem aber ist der Gesundheitssektor viel mehr als bloße Krankenbehandlung: als *Prävention, Rehabilitation* und *Pflege* verweist er auf den gesamten ihn umgebenden sozialen Kontext, als *Organisation* auf ein in steter Veränderung begriffenes System der Koordination und Vernetzung von Behandlungsleistungen und als *medizinisches Experimentierfeld* auf die Grenzen dessen, was von Politik und Gesellschaft noch verantwortet werden kann. Der Gesundheitssektor ist nach allem ein Thema, das nicht nur Medizinern vorbehalten sein kann und zweifellos auch Politiker, Juristen, Betriebs- und Volkswirte, Sozialwissenschaftler sowie zahlreiche weitere Disziplinen betrifft. Mit wachsender Einsicht in die Komplexität des Gegenstandes aber ist mittlerweile deutlich geworden, dass auch dies nicht reicht. Wer den Gesundheitssektor verstehen und hier wirksam handeln will, für den ist der isolierte Blickwinkel einer einzigen Fachdisziplin grundsätzlich unzureichend. Mehr denn je ist der kombinierte Sachverstand gefragt. Dies ist für die neue Buchreihe tonangebend. Leitbild ist der *interdisziplinäre Diskurs* auf der Suche nach Lösungen für einen in der Gesamtheit seiner Strukturen und Prozesse nur noch schwer zu durchdringenden Gesellschaftsbereich. In dieser Hinsicht wäre bereits viel gewonnen, wenn es gelänge, einen Blick über den eigenen Tellerrand zu werfen und divergierende Perspektiven zusammenzuführen.
Ein Dankesgruß in die Zukunft sei bereits jetzt an alle Leser und Autoren gerichtet, die mit konstruktiver Kritik, Anregungen, Verbesserungsvorschlägen und natürlich eigenen Publikationen einen persönlichen Beitrag zum Gelingen der Buchreihe und damit letztlich zur Fortentwicklung des Gesundheitssektors leisten wollen.

Herausgegeben von
Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe
Institut für angewandte Rechts- und Sozialforschung (IRS)
Ostfalia Hochschule und Universität Oldenburg
Wolfenbüttel/Oldenburg, Deutschland

Dr. John N. Weatherly
NEWSTAND Management Akademie
Berlin, Deutschland

Weitere Bände in der Reihe http://www.springer.com/series/11770

Werner Vogd · Martin Feißt
Kaspar Molzberger · Anne Ostermann
Juliane Slotta

Entscheidungsfindung im Krankenhaus-management

Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten

Springer VS

Werner Vogd
Witten, Deutschland

Martin Feißt
Witten, Deutschland

Kaspar Molzberger
Berlin, Deutschland

Anne Ostermann
Hannover, Deutschland

Juliane Slotta
Berlin, Deutschland

Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft
ISBN 978-3-658-17000-4 ISBN 978-3-658-17001-1 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-658-17001-1

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Springer VS
© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Lektorat: Katrin Emmerich

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Inhalt

Vorwort 9

I Problemaufriss: Das Krankenhaus unter Druck 1
1 Management und Führung 7
2 Außen- und Innenspannungen des Krankenhauses 13
Außenspannungen 16
Innenspannungen 19
Außen- und Innenspannungen managen 22

II Die Studie: Management in 15 Krankenhäusern 25
1 Sampling 26
2 Spezifizierung der Fragestellung 28

III Methodologie: Arrangements des Managements verstehen lernen 33
1 Funktionale Methode: Bezugsproblem und Lösung 34
2 Praxeologische Wissenssoziologie: Spannungsfeld von Identifikation und Habitus 38
3 Arrangements: Das Muster, das verbindet 41
4 Experteninterviews: Dokumente komplexer Reflexionsverhältnisse 45
5 Polykontexturale Arrangements: Vermittlung, Rejektion und Integration von Reflexionsperspektiven 49
6 Analyseschritte: Dokumentarische Methode mit anschließender Kontexturanalyse 55

IV Berufsgruppen ... 59
1 Ärztliche Direktoren zwischen Organisationsrationalität und professioneller Selbstbestimmung. Ein Managementakteur in Statu Nascendi? ... 60
Einleitung ... 60
Typ 1: Führung ohne Macht ... 63
Typ 2: Management aus Distanz ... 86
Typ 3: Vermittlung ... 101
Zusammenfassung ... 116
2 Pflegedienstleitung in Organisationsverantwortung: Überforderung und Entfremdung von der Basis? ... 121
Einleitung ... 121
Typ 1: Betriebswirtschaftliche Assimilierung ... 125
Typ 2: Eigenständigkeit und ‚Blick aufs Ganze' ... 131
Typ 3: Spannungsmanagement durch persönlichen Einsatz ... 140
Typ 4: Machtlosigkeit und Resignation ... 148
Typ 5: Management durch Understatement ... 152
Zusammenfassung ... 157
3 Kaufmännische Direktoren unter Zugzwang – bürokratische Kontrolle und unternehmerische Freiheit in einem Quasimarkt ... 160
Einleitung ... 160
Typ 1: Klassisches Unternehmertum ... 163
Typ 2: Notstandsverwaltung auf Zeit ... 179
Typ 3: Vertrauensmanagement im Verbund des Konzernnetzwerks ... 192
Zusammenfassung ... 208

V Arrangements: Außen- und Innenspannungen ins Verhältnis setzen ... 219
1 Einleitung ... 219
2 Westgroup-Klinikum Mitte: Unternehmerischer Erfolg ... 225
Hintergrund und Formalstruktur des Hauses ... 225
Selbstverständnis des Managements ... 226
Außenspannungen ... 243
Innenspannungen ... 263
Zusammenfassung und Diskussion ... 282

3 Katharinenstift GmbH: Leistungswille und Autonomie 284
Hintergrund und Formalstruktur des Hauses 284
Selbstverständnis des Managements 286
Außenspannungen 306
Innenspannungen 316
Zusammenfassung und Diskussion 323
4 St.-Joseph-Krankenhaus: Verantwortung für das Ganze 326
Hintergrund und Formalstruktur des Hauses 326
Selbstverständnis des Managements 327
Außenspannungen 340
Innenspannungen 368
Zusammenfassung und Diskussion 382
5 Klinikum Bergstadt: Experiment Heterarchie 385
Hintergrund und Formalstruktur des Hauses 385
Selbstverständnis des Managements 387
Innenspannungen 398
Außenspannungen 413
Zusammenfassung und Diskussion 423
6 Zusammenfassung Arrangements 428
Typologie und Kontraste 432

VI Diskussion: Verantwortung für soziale Systeme 447
1 Welches Management ist erfolgreich?
Normative Implikationen und Kriterien 448
2 Intransparenz, Nichtwissen und die Systemiken
des Vertrauens 458
3 Gesellschaftliche Ansprüche und politische Rahmensetzung:
Rationalisierung und Transparenz als Allheilmittel? 474

Literatur 491

Vorwort

Mehr als drei Jahre lang haben wir uns mit den Problemen des Krankenhauses aus einer managementsoziologischen Perspektive beschäftigt und dabei insbesondere gefragt, wodurch die Entscheidungsprozesse im Krankenhausmanagement konditioniert werden. Wir haben mit Geschäftsführern, Chefärzten, ärztlichen Direktoren, Pflegedirektoren und anderen Akteuren aus der Verwaltung gesprochen. Wir haben an Leitungssitzungen teilgenommen und die einschlägigen Debatten zur Reform des Gesundheitswesens verfolgt. Nicht zuletzt haben wir eine erhebliche Zeit mit ‚Theoriearbeit' verbracht, denn um eine so komplexe Tätigkeit wie die des Managements aufschließen zu können, bedarf es theoretischer und methodologischer Ressourcen, die uns hinreichend differenzierte Begrifflichkeiten zur Verfügung stellen.

In unserem Projekt folgen wir einem praxistheoretischen (genauer: praxeologischen) Zugang, der jedoch nicht blind für die politischen und ökonomischen Dimensionen ist, die traditioneller Weise zur Domäne der Gesellschaftstheorie gehören. Allerdings begreifen wir die Art und Weise, wie diese innerhalb der Organisation aufgegriffen werden und in konkreten Reflexionsverhältnissen zum Ausdruck kommen, ihrerseits wiederum als eine Praxis, die vom Forscher zu rekonstruieren ist. In den von uns untersuchten Entscheidungsprozessen verzahnen sich Psyche, Interaktion, Organisation und Gesellschaft in einer jeweils spezifischen, jedoch nicht beliebigen Weise.

In der synoptischen Zusammenschau von Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft und der Betrachtung der spezifischen Probleme der unterschiedlichen am Management beteiligten Berufsgruppen entsteht deshalb ein umfassendes Bild des zeitgenössischen Krankenhausmanagements, das weitaus mehr ist als nur eine Momentaufnahme. Es verweist vielmehr einerseits auf die übergreifenden strukturellen Probleme des Krankenhauses, die wohl auch im nächsten Jahrzehnt das bundesdeutsche Gesundheitswesen prägen werden. Anderseits lassen sich übergreifende Einsichten für eine Managementsoziologie gewinnen, die in

Hinblick auf die Verzahnung von Theorie und Empirie wie auch in Bezug auf eine gegenstandstheoretische Theoriebildung einiges nachzuholen hat.

Zudem können wir im Anschluss an unsere Studie die spezifischen Bezugsprobleme der unterschiedlichen Managementakteure nachzeichnen. Es wird deutlich, inwiefern sich die Perspektiven von Pflegedienstleitung, ärztlicher Direktion und kaufmännischer Leitung unterscheiden und dass entsprechende Spannungen und Inkommensurabilitäten in den Handlungsorientierungen und professionellen Werten weniger als Problem zu sehen sind denn als Ressource, um überhaupt den Steuerungsanforderungen eines komplexen, multiprofessionellen Betriebs begegnen zu können.

Um den unterschiedlichen Berufsgruppen wie auch den typologischen Ausprägungen unterschiedlicher Managementarrangements gerecht zu werden und dabei die Ergebnisse unserer empirischen Rekonstruktionen nachvollziehbar und überprüfbar zu machen, braucht es Raum zur Darstellung. Aus diesem Grunde ist ein Buch mit einem gewissen Umfang entstanden, wobei für den Leser das Angebot besteht, nicht jeden Schritt der Rekonstruktion im Einzelfall nachzuvollziehen, sondern stattdessen von Schlussfolgerung zu Schlussfolgerung zu springen, wobei er jederzeit bei Interesse tiefer in die Interpretationen einsteigen kann.

Ebenso haben wir bewusst den Originalzitaten aus den Interviews eine prominente Stellung eingeräumt, denn nur darin offenbaren sich die Strukturen des Denkens und Erlebens der befragten Akteure in ihrer spezifischen Typik und Eigendynamik. Gerade hier wird deutlich, worin professionelle Identitäten und entsprechende Habitus bestehen und weshalb sie unhintergehbar sind, an welcher Stelle Brüche und Spannungen auftreten und was dies für den Prozess des Managements eines Krankenhauses bedeutet. Ebenso lässt sich vor allem in Gesprächen erahnen, wie subtil und prekär die jeweilige Balance zwischen Medizinischem und Ökonomischem, zwischen Innen und Außen, zwischen Authentizität und Unredlichkeit, zwischen Oben und Unten im Einzelfall sind. In der oft tastenden und gebrochenen Rede der befragten Akteure wird die Gratwanderung zwischen technokratischer Routine und unternehmerischer Produktivität, zwischen dem Passiven, dem den Verhältnissen ausgeliefert Sein und einem souveränen Umgang mit Spannungen und Unsicherheiten besonders deutlich.

Dieses Buch ist ein Gemeinschaftswerk der fünf Autoren.[1] Darüber hinaus sind an dieser Stelle noch eine Reihe weiterer Personen zu nennen, die zum Erfolg dieses

1 Ausnahmen stellen die Rekonstruktion der Managementarrangements des St.-Joseph-Krankenhauses und des Klinikums Bergstadt in Kapitel V.4 und V.5 dar. Die in Kapitel V.4 vorgelegten Analysen beruhen auf der M.A.-Arbeit von Martin Feißt, die dieser im September 2016 der Fakultät für Kulturreflexion an der Universität Witten/

Projektes beigetragen haben. Sarah Becker (geb. Poranzke) und Julian Wolf sind als wissenschaftliche Mitarbeiter in der ersten Hälfte des Projekts an der Erhebung und Dateninterpretation beteiligt gewesen.[2] Die studentischen Mitarbeiter Franca Kneier, Maximilian Locher, Isabell Bosbach und Ruth Kania haben uns bei der Auswertung wie auch bei der Literaturrecherche unterstützt. Darüber hinaus ist den Teilnehmern der Forschungswerkstatt am Lehrstuhl für Soziologie für die kritische Diskussion unserer Rekonstruktionen zu danken. Nicht zuletzt möchten wir der Deutschen Forschungsgemeinschaft unsere Dankbarkeit ausdrücken, die dieses Projekt durch ihre Finanzierung erst ermöglicht hat.

Vor allem aber gebührt unser Dank den Interviewpartnern, die uns gestattet haben, in dieser offenen Form an ihren Alltagsproblemen, Aufgaben, Herausforderungen – und oftmals auch an ihrem Leiden an den Verhältnissen – teilzuhaben. Wir bedanken uns für das Vertrauen, das uns als Interview- und Gesprächspartnern entgegengebracht wurde. Zum Schutz der Akteure wurden die Namen wie auch weitere Hinweise, die zur Identifizierung der Personen und der Krankenhäuser führen könnten (etwa Ortsnamen und Datumsangaben), verfremdet.

Witten, den 22.4.2017

Die Autoren dieses Buches

Herdecke vorgelegt hat. Die teilnehmenden Beobachtungen und Fallrekonstruktionen zum Klinikum Bergstadt wurden von Anne Ostermann durchgeführt und sind zugleich Bestandteile ihrer Doktorarbeit, die an der Universität Witten/Herdecke voraussichtlich Ende 2017 eingereicht werden wird.

2 Im Sinne der Lesefreundlichkeit nutzen wir in diesem Buch das generische Maskulinum zur Bezeichnung beider Geschlechter.

Problemaufriss: Das Krankenhaus unter Druck

Ein Krankenhaus zu managen ist eine schwierige Aufgabe. Von unterschiedlichen Seiten wird Druck ausgeübt und es ist mit kritischer Gegenbeobachtung zu rechnen. In Folge einer kaum zu bremsenden „Anspruchsspirale“[1] steigen kontinuierlich die Erwartungen der Patienten und der Gesellschaft an die Leistungen der Medizin. Parallel ist der Anteil des Bruttosozialprodukts, der für Diagnose, Therapie und Pflege aufzuwenden ist, in den letzten 60 Jahren ständig gewachsen.

Der technische und wissenschaftliche Fortschritt (Bodenheimer 2005), die Entdeckung bzw. Erfindung neuer, behandlungsbedürftiger Krankheitsbilder[2] und die Folgewirkungen einer erfolgreichen Akutmedizin, die zugleich die Zahl der Patienten mit chronischen Krankheitsbilden (Kerson und Kerson 1985) stetig anwachsen ließ, treffen allerdings auf volkswirtschaftliche Dynamiken, die ihrerseits nur noch mit minderem Wachstum rechnen lassen.

Wie der Flug der Hummel, der nur durch den Verbrauch der Energiereserven zu bremsen ist – so Luhmanns (1983) schönes Bild für die auf unbegrenztes Wachstum ausgerichtete Dynamik des Gesundheitssystems –, scheint die Eigendynamik medizinischer Leistungsausweitung nur durch Erschöpfung der Ressourcen gebremst zu werden. Da die Ansprüche an die Krankenbehandlung hiermit jedoch nicht abreißen, sind die Mittel unweigerlich immer zu knapp. Entsprechend stehen all die Akteure, welche in die unmittelbaren Leistungsvollzüge verwickelt sind, unter Dauerstress. Hoch verdichtete Arbeitsprozesse, Überstunden und konstanter Zeitmangel für Patienten- und Angehörigengespräche bilden den Regelfall.

Während sich diese Dynamik in den 1950er Jahren noch vorrangig durch Mangel an ärztlichem Personal äußerte, wird die Grenze seit den späten 1970er Jahren verstärkt von ökonomischer Seite bestimmt. Mit Versuchen der volkswirtschaftlichen

1 Bereits Herder-Dorneich und Schuller (1983).

2 Siehe zur Kritik an der zunehmenden Vereinnahmung der Bereiche Geburt, Tod und Leben durch die Medizin nicht zuletzt Illich (1995).

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018
W. Vogd et al., *Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement*, Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft, https://doi.org/10.1007/978-3-658-17001-1_1

Gegensteuerung wurde in den USA, Großbritannien, Australien und später auch in den kontinentaleuropäischen Ländern jedoch zunehmend auch finanzieller Druck auf die Einrichtungen wohlfahrtsstaatlicher medizinischer Dienstleistungen ausgeübt (Bode 2013; Pollitt und Bouckaert 2011; Pollitt et al. 2007; Scott 1992).[3] Pate stand hierfür die zunächst im angloamerikanischen Raum, dann aber auch in Kontinentaleuropa zunehmend attraktiver erscheinende Semantik des *New Public Management* (NPM). Das NPM trat mit dem Reformversprechen an, wohlfahrtsstaatliche Dienstleistungen zu modernisieren, indem gezielt Marktelemente, etwa in Form der Privatisierung von Leistungsbereichen, eingeführt sowie moderne Managementmethoden bei gleichzeitiger (externer) Qualitätskontrolle implementiert werden. Es steht im Kontext einer bestimmten gesellschaftlichen Doktrin, die – so attraktiv und unbezweifelbar sie bislang auch schien[4] – einer Programmatik folgt, deren gesamtgesellschaftliche Rationalität im strengen wissenschaftlichen Sinne bislang nicht bewiesen ist und vermutlich auch nicht bewiesen werden kann (zumal hier mit einer Reihe von paradoxen Effekten zu rechnen ist, die mit den Programmzielen des NPM in Konflikt stehen[5]).

Darüber hinaus wurden die medizinischen Leistungen der Krankenhäuser zunehmend einer kritischen Zweitbeobachtung unterzogen. ‚Evidenzbasierung' (Vogd 2002; Sackett et al. 1997), ‚Standardisierung' (Timmermans und Berg 2003) sowie

3 Ab 1977 wurden Krankenkassen und Leistungserbringer in der Bundesrepublik dazu verpflichtet, einer Politik der Kostendämpfung mit dem Ziel der Beitragsstabilität zu folgen. Mit den Gesundheitsreformgesetzen (1989 „Erste Stufe", 1993 „Zweite Stufe", 1997 „Dritte Stufe") wurden schrittweise die Möglichkeiten der Krankenkassen erhöht, Druck auf Krankenhäuser und ambulante Ärzte auszuüben. Infolge wurden externe Kontrollen hinsichtlich von Plausibilität und Begründung der ärztlichen Leistung ausgeweitet. Zudem wurden Einzelverträge mit Krankenhäusern jenseits der globalen Landesbedarfsplanung möglich (Observatory 2000, S. 119ff.).

4 Siehe zum nun wohl offensichtlichen Scheitern in der Gesundheitspolitik Vogd (2016).

5 Das NPM lässt aus organisationssoziologischer Sicht insbesondere zwei Klassen von Folgeproblemen erwarten, die in der Literatur unter den Begriffen *colonization* und *decoupling* diskutiert werden (Power 1997, S. 94ff.): Im ersten Fall kommt es zu paradoxen Effekten, wenn die ‚reformierten' Organisationen nun Leistungskriterien folgen, die der Qualität der eigentlichen Dienstleistung widersprechen. Beispielsweise kommt es zur Entwertung des professionellen Kernbereichs zugunsten der Surrogatparameter, die dem Controlling unterliegen. Im zweiten Fall bearbeiten die Zielakteure die vorgegebenen Kriterien im Modus des ‚Als-ob'. Es entsteht ein zusätzlicher bürokratischer Mehraufwand, der inhaltlich wie auch funktional vom eigentlichen Kerngeschäft abgekoppelt ist.

Versuche, die Qualitätssicherung zu formalisieren[6] – etwa durch Akkreditierungen[7] –, sind hier die Stichworte. Dabei ließ sich für gut ein Jahrzehnt noch hoffen, die hiermit einhergehenden Spannungen zwischen einer am Einzelfall orientierten Medizin, den eher an großen Zahlen und statistischen Mittelwerten orientierten Gesundheitswissenschaften, einer an Knappheitskalküle gebundenen Gesundheitsökonomie und den alltagspraktischen Anforderungen der organisationalen Prozesse – und nicht zuletzt der Patientenbedürfnisse – in Richtung einer übergreifenden Rationalität bändigen zu können. Unter dem Leitspruch „Rationalisierung statt Rationierung im Gesundheitssystem" (Porzsolt 1996) schien es zunächst möglich, innerhalb der Versorgungsprozesse sogenannte ‚Effizienzreserven' zu mobilisieren, ohne damit den Druck auf die Akteure zu erhöhen oder den Patienten (und sei es nur in Hinblick auf psychosoziale Bedürfnisse) hintenan stellen zu müssen. Der programmatische Anspruch, die Bereiche der „Unter-, Über- und Fehlversorgung" (so der Sachverständigenrat im Gutachten von 2000/2001) zu identifizieren und entsprechend der Erkenntnisse wissenschaftlicher Expertise Überflüssiges und Nicht-Bewiesenes aus den Katalogen herauszustreichen, entsprach einem volkswirtschaftlichen Primat, das parteipolitisch übergreifend geteilt wurde.

Wie auch immer man diese Initiativen zur Reformation der wohlfahrtsstaatlichen Krankenversorgung einschätzt – Fakt ist, dass auch in der Bundesrepublik Deutschland in diesem Sinne seit Beginn der 1990er Jahre mit unterschiedlichen Gesundheitsreformen Initiativen zur Kostensenkung auf Basis einer stärkeren Marktorientierung formuliert wurden, die zugleich durch Maßnahmen der Qualitätssicherung flankiert werden sollten (Manzei und Schmiede 2014; Klinke 2008; Simon 2000).[8] Hier wird also auf die Rationalität eines vermeintlichen ‚Marktes' gesetzt, über den konkurrierende Akteure wechselseitig ihre Effizienzreserven herausfordern sollen. Da jedoch dem Markt in seinen entscheidenden Momenten – nämlich in der Aushandlung der Preise für die Leistungsentgelte sowie in der

6 Siehe aus einer anspruchsvolleren, reflexiveren Perspektive Ortmann und Schnelle (1999), Badura und Siegrist (1999) und Rüegg-Stürm (2007) und aus kritischer Diskussion der Ärzteschaft Eberlein-Gonska (2015).

7 Siehe zu einer Fallstudie, welche die Fallstricke der Akkreditierung offenbart, Iding (2000), sowie zu einer übergreifenden Akkreditierungsforschung, die bislang eins nicht zeigen kann: dass eine Akkreditierung die Versorgungsqualität verbessert, Greenfield (2008).

8 Zu nennen sind hier etwa das im Januar 2000 in Kraft getretene ‚GKV-Gesundheitsreformgesetz', mit dem eine sektorale Budgetierung zeitlich unbefristet fortgesetzt wurde, das ‚GKV-Modernisierungsgesetz' von 2003 sowie das 2007 in Kraft getretene ‚Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung' als auch das ‚Krankenhausstrukturgesetz' vom 10. Dezember 2015.

Sicherstellung einer angemessenen Leistungsqualität – misstraut wird, setzt man gerade in diesem Bereich ökonomischen Handelns auf eine zentrale Steuerung, die bürokratisch bis in die einzelne Fallabrechnung hineinreicht und zudem durch die ebenfalls bürokratisch organisierten Qualitätssicherungsinstrumente begleitet wird.[9]

Aufgrund der weiterhin fortbestehenden administrativ-politischen Steuerung des Krankenhauswesens kann und darf deshalb nur von einem „Quasimarkt" gesprochen werden (Le Grand und Bartlett 1993), denn ein öffentliches Monopol „bestellt" hier „vordefinierte Leistungen bei konkurrierenden Anbietern", wobei die Leistungskonditionen in Verträgen im Sinne von „Optionen" fixiert werden (Bode und Vogd 2016a, S. 8).[10]

Das gesundheitsökonomische Medium, mittels dessen die oben genannten Prozesse überhaupt erst möglich wurden, ist das sogenannte Fallpauschalensystem der *Diagnosis Related Groups (DRGs).* Während das alte Krankenhaus[11] unter dem Abrechnungsparameter ‚Liegezeit' weitgehend resistent gegenüber dem von außen angetragenen Veränderungsdruck blieb, erlauben die Fallpauschalen der DRGs dem Krankenhaus nun eine differenzierte, auf den Einzelfall bezogene Kalkulation der Gewinn- und Verlustchancen (s. weiter unten und zur Darstellung aus soziologischer Perspektive ausführlicher Vogd 2011b, S. 92ff.).

In einer Krankenhauswelt, die zuvor rein von einer Logik der Verwaltung und der medizinischen Profession geprägt war, wurden so zunehmend ökonomische

---

9 Die hiermit verbundenen gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Initiativen lassen sich somit zunächst als ein Versuch der Politik verstehen, Steuerungslasten in Bezug auf die moderne Krankenversorgung auszulagern. Die Gesundheitspolitik vertritt in Hinblick auf ihre wohlfahrtsstaatlichen Aufgaben zwar weiterhin die unstrittigen Werte ‚Wirtschaftlichkeit' und ‚Qualität für alle', ordiniert aber als politischer Agent dieser Werte die hiermit verbundenen Steuerungsaufgaben wiederum an Organisationen und Akteure, welche strukturell (zunächst) außerhalb des Politischen zu verorten sind. In Bezug auf die moderne Gesundheitspolitik begegnen wir auch hier dem Befund, dass Politik in einer funktional differenzierten Gesellschaft vor allem dann gut operieren kann, wenn es ihr gelingt, ihre Macht- und Wissensgrenzen dadurch zu kompensieren, dass sie die hiermit verbundenen Bezugsprobleme in Richtung einer Lösung wendet und ihren Rückzug aus diesbezüglichen Verantwortlichkeiten als politisch motivierte Intervention plausibilisiert. Siehe zu einer theoretischen Konzeptualisierung Willke (1992; 1997).

10 Aufgrund der hierdurch eingeschränkten Freiheitsgrade auf Anbieterseite erscheint für Sauerland auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive das eigentliche „Ziel der Wirtschaftlichkeit" verfehlt, da unter den jetzigen Konstellationen „allein eine Politik der Ausgabenbegrenzung in der Gesetzlichen Krankenversicherung betrieben" werde (Sauerland 2002, S. 412).

11 Hier ist Mintzbergs Bezeichnung „professional bureaucracy" treffend (Mintzberg 1983b).

Fragen und betriebswirtschaftliche Kompetenzen relevant. Hiermit einhergehend wurden Krankenhäuser zunehmend attraktiver für private Träger (vgl. Bähr 2008).

Nolens volens verändert sich hiermit auch die Rolle der Krankenhausleitung. Diese kann sich nicht mehr nur auf Verwaltungsfunktionen beschränken. Vielmehr wird an ihrer Spitze ein Management verlangt, das strategische Optionen reflektiert und entsprechend steuernd in die Organisation Krankenhaus einzugreifen versucht.[12]

Experten aus Krankenhausmanagement, Gesundheitsökonomie und medizinischer Soziologie stimmen dahingehend überein, dass die DRG-Einführung wie kaum ein anderes ordnungspolitisches Instrument zuvor die Krankenhausprozesse verändert hat. Jedoch liegen bislang weder überzeugende Kriterien zur Bewertung der hiermit einhergehenden Wandlungsprozesse vor, noch gibt es eindeutige empirische Befunde, die eine allgemeingültige Beurteilung der Konsequenzen des DRG-Systems erlauben würden (s. für die bundesdeutsche Expertendiskussion Rau et al. 2009).[13] Einerseits lässt sich nicht abstreiten, dass ein großer Teil der Krankenhäuser so massiv unter Druck steht, dass die ökonomische Anpassung für sie zur Existenzfrage wird (s. Blum et al. 2014). Andererseits ist damit nicht ausgemacht, dass hiermit ein Managementstil einhergehen muss, der ärztliche und medizinische Belange ökonomischen Denkfiguren subordiniert. Vielmehr spricht mit Bär auch einiges dafür, die „Ökonomisierungsthese als Erklärungsansatz kritisch" zu hinterfragen, und zwar deshalb, da empirisch „nämlich keine Entdifferenzierung – als erwartbare Konsequenz –, sondern eine fortschreitende Binnendifferenzierung zu konstatieren ist" (Bär 2011, S. 255).[14]

---

12 Auch die Betriebswirtschaftslehre hat diese Problematik, die sich schon im Spannungsfeld zwischen operationalem und strategischem Management abzeichnet, erkannt (siehe etwa Debatin et al. 2010; Braun von Reinersdorff 2002). Mit Sibbel (2004) wird zudem deutlich, dass personenbezogene medizinische Dienstleistungen in der Regel indeterminierte Leistungsprozesse darstellen, die wesentlich durch die organisationalen Prozessstrukturen und das Verhalten der ärztlichen und pflegerischen Leistungsträger geprägt sind.

13 An dieser Stelle ist zu beachten, dass wir hier nicht von einem DRG-System ‚an sich' sprechen können, sondern jeweils nur von verschiedenen, beobachterabhängigen Anwendungskontexten desselben. Wir treffen beispielsweise auf eine Politik, die sich vor der unliebsamen Aufgabe scheut, Krankenhäuser autoritär zu schließen – und damit eben jene „Mutationen" (Bode und Vogd 2016b) zu Tage treten lässt, die Krankenhäuser in einem quasimarktwirtschaftlichen Überlebenskampf zeitigen. Denn bevor ein Krankenhaus schließt, fällt einem Management, dessen Aufgabe ja darin besteht genau dies zu verhindern (!), allerhand ein.

14 Auch wenn die alten Selbstverständlichkeiten der ärztlichen Profession durch die mit den DRGs ermöglichten ökonomischen Reflexionsformen in Frage gestellt wurden und infolge der sich hiermit verändernden Managementaufgaben Verschiebungen in

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie das Krankenhausmanagement die hiermit aufgeworfenen Spannungslagen und Komplexitäten bewältigen kann, wobei selbstredend in nicht unerheblichem Maße mit Scheitern und Krisen zu rechnen ist. Nicht ohne Grund zählen Meyer und Zucker (1989) Krankenhäuser lakonisch zur Kategorie der permanently failing organizations, um auszudrücken, dass hier bei genauerem Hinschauen immer Krisenphänomene der einen oder anderen Art zu erwarten sind. Zudem weist die immer mitschwingende existenzielle Dynamik von Krankheit und Tod auf kaum zu hintergehende Wertprobleme hin. Trotz Knappheit und Druck darf nämlich nicht der Eindruck entstehen, dass im Krankenhaus an entscheidender Stelle – nämlich in der Patientenbehandlung – Mangel herrscht. Nicht zuletzt steht die medizinische und pflegerische Arbeit zunehmend unter kritischer Beobachtung der Massenmedien, die hier bekanntlich zu Skandalisierung und Moralisierung neigen (s. etwa Bode und Lange 2014).

Mit Blick auf seine gewichtigen Aufgaben und die immer knappen Mittel kommt das Krankenhaus also nicht umhin, sich in einer „*routinization of emergency*" einzurichten (Rohde 1974, S. 345ff.), jener zunächst kaum erfüllbar scheinenden Aufgabe, qua Organisation das Unmögliche zu leisten und den immensen Druck – auf unterschiedliche Weise verteilt und fokussiert – an die Mitarbeiter der Organisation Krankenhaus weiterzuleiten. Wie auch immer die Lösungen im Einzelfall aussehen mögen, in den betroffenen Einrichtungen hat der ökonomische Alltagsdruck erheblich zugenommen. Daher wird auch auf Ebene der Organisation allenthalben nach neuen Wegen gesucht (vgl. Amelung 2007; Scott et al. 2000).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Rolle das Krankenhausmanagement in diesem Prozess spielt, denn wir haben nun nicht nur davon auszugehen, dass auch die Organisation Krankenhaus „ein Produkt von Selektionsprozessen in ihrer Umwelt ist, der sie sich trotz oder dank ihres Managements mehr oder minder erfolgreich anzupassen versteht". Sondern wir haben darüber hinaus davon auszugehen, dass das Krankenhaus seine „eigene Evolution organisiert" und

---

den Machtgefügen medizinischer Organisationen zu beobachten sind, bedeutet dies also keineswegs automatisch, dass medizinische Rationalitäten durch ökonomische Rationalitäten aufgehoben werden oder gar entsprechend harter Kriterien eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung festgestellt werden kann. So kommen etwa Crilly und Le Grand (2004) sowie Prosser und Walley (2005) zu dem Ergebnis, dass medizinische Kriterien nicht durch eine Verwaltung, die primär ökonomischen Zielen folgt, ausgehebelt werden. Denselben Schluss legen für den Fall deutscher Krankenhäuser unsere eigenen qualitativ-rekonstruktiven Studien nahe (Vogd 2007b; 2006a). Selbst Buhr und Klinke (2006), die ihre Forschung durch die Kritik an der Ökonomisierung des Krankenhauses leiten ließen, kommen in der WAMP-Studie zu einer differenzierten Einschätzung, entsprechend der die Folgen des DRGs-Systems vermutlich stark durch die Spezifika der einzelnen Organisationen geprägt sind.

dass es „einen Weg“ finden muss, sein „eigenes Management dementsprechend einzusetzen“ (Baecker 2003b, S. 276).

1 Management und Führung

Wenngleich eine gegenstandstheoretisch fundierte soziologische Managementforschung nach wie vor ein Desiderat ist,[15] lässt sich aus einer übergreifenden soziologischen Perspektive dennoch einiges zu den Bezugsproblemen des Managements moderner wissensbasierter Institutionen sagen.

Zum einen gilt, dass Organisationen keine trivialen Maschinen[16] sind – also keinen linearen Input-Output-Relationen folgen und entsprechend das, „was sie an Sinn produzieren“, weder „einfach kalkulierbar noch erzwingbar“ ist (Pohlmann 2002, S. 232). Auch wenn an Managemententscheidungen die Erwartungen der klassischen Moderne herangetragen werden, dass sie einer rationalen Zweck-Mittel-Abwägung folgen und entsprechend begründet werden sollen, werden die „Strukturen“ der zu steuernden Organisationen „partiell, ‚von unten‘ und ‚von oben‘ desorganisiert“ (a. a. O., S. 234). Ersteres ergibt sich nicht zuletzt aus der zunehmenden Bedeutung von gut ausgebildeten Wissensarbeitern und professionellen Akteuren, wie sie Ärzte aber auch zunehmend Pflegekräfte darstellen, da die Professionsgruppen ihre jeweils eigene Agenda verfolgen. Letzteres geschieht allein schon aufgrund der immer komplexer werdenden Regularien, die in Verbindung mit den ebenso komplexer werdenden Marktlagen nicht mehr auf Basis einfacher Angebot-Nachfrage-Kalküle bewältigt werden können. Der moderne Manager erscheint entsprechend nicht (mehr) als eine allmächtige Figur, die unmittelbar in die Betriebsabläufe durchgreifen kann, sondern „kümmert sich“ vorrangig nur noch „um die Verfahrensregeln für den ‚flow‘ von Entscheidungen“ und „stellt in Form von Fiktionen ‚Kanäle‘ und ‚Brücken‘ zur Verfügung“. Die hierdurch gebahnten Entscheidungsprozesse werden in der Regel erst „im Nachhinein“ mit „Rationalität“ aufgeladen (a. a. O., S. 233). Der Blick auf die Praxis lässt damit vermeintliche Unternehmensziele vielfach als nachgelagerte Sinn-Rekonstruktionen

15 Die Managementforschung im Allgemeinen und in Bezug auf das Krankenhaus im Besonderen ist bislang weitgehend die Domäne der Betriebswirtschaftslehre geblieben. Siehe hierzu immer noch maßgeblich Glouberman und Mintzberg (2001). Für einen Überblick über die soziologische Managementforschung s. Buß (2011) sowie Schmidt et al. (2002).

16 Siehe zu trivialen und nicht-trivialen Maschinen v. Foerster (1994, S. 247ff.) sowie konkret im Kontext von Unternehmen und Organisation Baecker (1999a, S. 41ff.).

erscheinen, da zunächst die vorhandenen Mittel und die als gegeben angesehenen Opportunitäten das Handeln der entscheidenden Akteure prägen (Weick 1998).

Dennoch: trotz allen Driftens durch Opportunitäten und Problemlagen generiert das Management einer Organisation einen spezifischen Unterschied für ebendiese. Der Begriff „Unterschied" meint hier im Sinne Spencer-Browns (2005) eine Operation, die zugleich eine spezifische Beobachterperspektive hervorbringt – nämlich die des Managers, der aufgrund der mit der Operation einhergehenden Selektivität ‚Markierungen' setzt, die von anderen Mitgliedern der Organisation als ‚steuernde Interventionen' beobachtet werden können. Die Organisation erscheint damit einerseits als die komplexe Vielfalt koordinierter und verschränkter Handlungsabläufe als auch als die Einfachheit einer selektiven Beobachtung durch die Führung, um auf Basis abstrahierender, vereinfachender Modelle Entscheidungen treffen zu können.

Das Management doppelt damit gleichsam die Organisation, um eine Differenz zu setzen, an der sich die Organisation abarbeiten kann (Baecker 2003b, S. 273).[17] Indem es auf diese Weise Ist-/Soll-Bilder als neue Beobachtungsperspektiven generiert, gewinnt das Management Freiheitsgrade, durch die es in eine Organisation steuernd eingreifen kann, die aufgrund der Komplexität ihrer Eigendynamiken nicht in trivialer Weise gesteuert werden kann. Es besteht zwar keine Durchgriffskausalität auf die operativen Prozesse der Organisation, doch die im Regelfall durch entsprechende Abbildungstechnologien (Controlling) materialisierte Differenz des Managements erzeugt eine weitere *Spannung*, welche – neben den bereits bestehenden vielfältigen *Innen-* und *Außenspannungen* – die Organisation unter Stress setzt. Die Einführung dieser Spannung geschieht reflexiv, d. h. in Referenz auf antizipierte Problemlagen. Und genau hierdurch legitimiert sich das Management, denn es scheint geboten, dass zumindest an einer Stelle darauf geachtet wird, die zweckrationale Architektur der Organisation gegenüber den vielfältigen anderen desorganisierenden sozialen Kräften zu behaupten.

Das Management findet seine Aufgabe also darin, diese Spannungen aufzugreifen und produktiv werden zu lassen bzw. neue Spannungen zu generieren, indem anhand ausgewählter Parameter Sollwerte für die Organisation formuliert und die

17 Dirk Baecker formuliert diesbezüglich die „kurzmöglichste Definition des Managements einer Organisation: Wiedereinführung der Organisation in die Organisation mit dem Ziel und mit der Aussicht, die Organisation in der Organisation doppelt und damit wählbar präsent zu haben: als das, was sie ist, und als das, was sie nicht ist, beziehungsweise nicht mehr ist oder noch nicht ist. Alle weiteren Managementmaßnahmen ergeben sich daraus, daß diese Wahl zwischen zwei Versionen desselben zum einen möglich ist, zum anderen jedoch nur um den Preis der Oszillation zwischen den Alternativen und der Invisibilisierung der Art und Weise, wie die Alternative zustande kommt, möglich ist." (Baecker 2003b, S. 273)

Mitarbeiter entsprechend zu Anstrengungen aufgefordert werden, die formulierten Zielvorstellungen zu erreichen. Andererseits hat das Management dafür Sorge zu tragen, zu starke Innen- und Außenspannungen auszugleichen, damit die Einheit der Organisation nicht gefährdet wird. So kann mit Blick auf innerbetriebliche Problemlagen ggf. immer befriedend zugunsten eines mikropolitischen Arrangements entschieden werden, auch wenn dies dem betriebswirtschaftlichen Effizienzgedanken widersprechen mag. Zudem lässt sich überfordernden Zumutungen aus der organisationalen Umwelt im Zweifelsfall immer noch im Modus des Als-ob begegnen.

Um es knapp in einer regelungstechnischen Sprache auszudrücken: *Das Management führt in die Organisation eine Spannung ein, um Spannungen zu bearbeiten und zu moderieren* (zu dämpfen oder auch zu verstärken, um Strukturveränderungen in der Organisation zu forcieren).[18] Und genau dies erscheint notwendig, weil moderne Organisationen per se von vielfältigen strukturellen Spannungen durchsetzt sind – etwa aufgrund von Hierarchie und Arbeitsteilung und der Existenz inkommensurabler institutioneller Logiken[19] und berufsbezogener Wertsphären innerhalb der Organisation.

Insbesondere das Topmanagement verfügt und behält damit nach innen und außen Freiheitsgrade, und zwar selbst dann, wenn „übergeordnete Sozialstrukturen", wie die „der kapitalistischen Marktwirtschaft" den Betrieb oder die Einrichtung zu „erwerbswirtschaftlichen Prinzipien zu verpflichten scheinen" (Ortmann et al. 2000, S. 347f.). Letzteres ergibt sich allein schon in Hinblick auf die Bedeutung strategischer Entscheidungen, denn „dauerhafte Wettbewerbsvorteile werden Unternehmungen weniger von Marktstrukturen ermöglicht als durch eigene nutzenstiftende und schwer imitierbare, auf jeden Fall organisationsinterne Fähigkeiten zur Ressourcenkombination" (ebd.). Darüber hinaus lenkt ein solcher Blick die Aufmerksamkeit auf strategische Entscheidungen, in denen Märkte durch „Versuche strategischer Institutionalisierung und rekursiver Regulation" einerseits erst geschaffen werden,

18 Um es wiederum mit Baecker zu formulieren: „Strukturelle Spannungen sichern die Lebensfähigkeit eines Systems. Das gilt auch für Organisationen. Strukturelle Spannungen schaffen Probleme, in die sich interne Veränderungen ebenso wie Umweltvorgänge einzeichnen können, um Aufmerksamkeit zu finden und in Entscheidungen überführt werden zu können. Unter dieser Voraussetzung kann man annehmen, daß die Funktion des Managements einer Organisation darin besteht, solche Spannungen sicherzustellen und auszugleichen. Da das Management einer Organisation mit dieser Funktion personell überfordert wäre, werden Spannungen nicht nur personell, sondern auch strukturell in jenem doppelten Sinne institutionalisiert, daß sie sowohl dauernde Berücksichtigung als auch routinierte Behandlung erfahren." (Baecker 2003b, S. 256)

19 Siehe zum institutional logics-Ansatz Thornton et al. (2012) sowie bereits Friedland und Alford (1991).

um dann die Konkurrenzdynamik des Marktes durch die selben Prozesse wieder unterlaufen zu können (etwa wenn eine Quasimonopolstellung erreicht worden ist oder über Netzwerke Preisabsprachen getroffen werden können). In diesem Sinne können also auch Außenspannungen nicht nur selektiv aufgegriffen oder zurückgewiesen, sondern auch durch entsprechende Interventionen des Managements moderiert werden (vgl. ebd.).[20]

In Hinblick auf seine Position und die hiermit verbundenen perspektivischen Inkongruenzen oszilliert das Management ständig zwischen einer Innen- und einer Außenperspektive, da es sich sowohl als Teil wie auch außerhalb der Organisation stehend begreift. Es gewinnt hierdurch Freiheitsgrade auf Ebene der Führung, indem es situativ Ziele, Konflikte, Macht und Gesellschaft zu Effizienz, Rationalität und Einheit in Beziehung setzten kann, um auf diese Weise Interventionen in der Organisation platzieren und plausibilisieren zu können.

Hiermit ergibt sich aus einer soziologischen Perspektive nochmals eine Differenz zwischen Management und Führung. Während ersteres (u. a. durch ein Controlling) Ist- und Sollwerte generiert, um die Organisation in ein reflexives Verhältnis zu sich selbst zu setzen, bringt Führung explizit und implizit Machtressourcen für ihre Entscheidungen in Stellung. Im Sinne Baeckers erscheint die „Führung" daher als die „Wiedereinführung der Organisation in die vom Management bereits wiedereingeführte Organisation. Sie stellt die evolutionäre Oszillation zwischen den einzelnen Dimensionen einer inkonsistenten Organisation in einer oder in einigen wenigen dieser Dimensionen für einen mehr oder minder begrenzten Zeitraum und unter Rückgriff auf einen mehr oder minder großen sozialen Rückhalt still, indem sie der einen oder anderen Dimension Prominenz verleiht. Und ‚Prominenz' heißt hier, daß nicht etwa blind auf eine Karte gesetzt wird, sondern daß alle anderen Karten, wenngleich mit geringerer Prominenz, mitgeführt werden, so daß auch der Wechsel zwischen den Dimensionen und damit die Kontingenz der Prominenz mitgeführt wird" (Baecker 2003b, S. 284).

Führung führt daher immer mit, dass man sich gegebenenfalls auch anders entscheiden kann, wenn es opportun ist bzw. die Chancen zur Durchsetzung schwinden. Aus einer soziologischen Perspektive gesprochen ist Führung allerdings nicht einer einzelnen Person zuzurechnen. Führung ist „keine Fähigkeit der Manager, sondern Resultat einer Führungsbeziehung. Sie beruht nicht auf Eigenschaften von Personen, sondern auf der Art einer sozialen Beziehung. Der Führungsstil ergibt sich aus dieser Beziehung, nicht aus dem Führungsanspruch der Manager. Er bildet

20 Aus einer netzwerktheoretischen Perspektive diskutieren Amelung et al. (2009) auch für das Gesundheitswesen die möglichen Konsequenzen solcher Arrangements aus gleichzeitig kooperativen und konkurrierenden Beziehungen.

sich erst aus der Form der Wechselwirkung in der Führungsbeziehung, also aus dem ‚Aufeinander-Eingestellt-Sein'." Entsprechend ist vor diesem „Hintergrund zu erwarten, dass auch die Vorgesetzten in einer Führungsbeziehung ‚geführt' werden, also auch ‚Führung von unten' erwartbar ist" (Pohlmann 2007, S. 16f.). Zudem lässt sich fragen, ob Manager in ihren Entscheidungen wirklich so autonom sind, wie es ihrer Selbstbeschreibung oftmals entspricht, oder um es in Form eines Bildes auszudrücken: „Manager surfen oft auf einem Meer von Entscheidungen, nutzen große Wellen und führen ihre Kunststücke vor, ohne dass sie den Wellengang wirklich beeinflussen können" (a. a. O., S. 15f.).

Hiermit deutet sich bereits eine gesellschaftstheoretische wie auch eine herrschaftssoziologische Perspektive auf Management und Führung an.[21] Denn die Akteure des Managements ‚surfen' gleichsam auf überindividuellen gesellschaftlichen, organisationalen *und* interaktionalen Dynamiken, die ihre Entscheidungen plausibel erscheinen lassen (oder nicht) und die hiermit einhergehenden Autoritäten als legitim (oder als illegitim) qualifizieren. Da diese Dynamiken auf komplexen Referenzen aufreiten, lassen sie sich nicht im Sinne eines Mikro-Makro-Schemas in eine eindeutige Kausalität überführen. Weder gilt hier eine Top-Down-Kausalität, entsprechend der Anweisungen der Politik, ökonomische Zwänge oder gesellschaftliche Diskurse einfach in die Organisation eindringen, noch eine Bottom-up-Kausalität, entsprechend der im Sinne einer *negotiated order* (Strauss et al. 1963) interaktiv unter den Organisationsmitgliedern ausgehandelt wird, was unter Führung zu verstehen ist.

---

21 Insbesondere Pohlmann weist darauf hin, wie wichtig es „für die Managementsoziologie ist, die traditionelle herrschaftssoziologische Konturierung ihrer Perspektiven aufrechtzuerhalten und mit ihrer Hilfe den gesellschaftlichen Wandel im Verhältnis von Management und Beschäftigten einzufangen. Auch hier kann und muss sie sich von einer in der Managementlehre gängigen Verengung von Führung als einseitig von den Vorgesetzten beeinflussbares Geschehen lösen und ihre Theorien von Dependenz auf Interdependenz umstellen. Anders als beim mikropolitischen Machtkonzept ist es hier die Betonung von freiwilliger Anerkennung und der Möglichkeit ihres Entzugs, die den Zugang zu einer kulturell fundierten Wechselwirkung eröffnet, deren organisationale Veränderung gleichsam als Seismograph für die gesellschaftliche dienen kann. Die in der Managementlehre sich häufig einschleichende herrschaftssoziologische Abstinenz erscheint deswegen ungerechtfertigt. Im Mittelpunkt einer solchen managementsoziologischen Perspektive stehen dann keineswegs nur die Einstellungen der Manager, sondern ebenso die Anerkennungsformen der Mitarbeiter und ihre immer auch organisational geprägte Wechselwirkung. Erst die im organisationalen Kontext validierte Dynamik der Wechselwirkung, die nicht nur Einstellungen, sondern auch konkrete Entscheidungs- und Handlungsweisen mit in den Blick nimmt, eröffnet m. E. einen sinnvollen managementsoziologischen Zugang zu Autorität und Herrschaft im gesellschaftlichen Wandel." (Pohlmann 2002, S. 242)

Führung beruht vielmehr immer schon auf der komplexen Verschränkung unterschiedlicher Ebenen, die ein jeweils spezifisches Arrangement (er-)finden lässt, das Machtchancen bündelt und rearrangiert, sodass sich Lösungen performativ als Notwendigkeiten präsentieren können. „Keine Führungstechnik ist daher erfolgreicher" – so Dirk Baecker – „als diejenige, die jene Dritten zugleich als glaubhafte Bedrohung und als beherrschbaren Gegner aufbaut", denn: „Beides zusammen gibt dem Ziel seine überzeugende Form. Und nur beides zusammen kann dazu motivieren, sich der Macht zu unterwerfen, die man ausübt" (Baecker 2003a, S. 284).[22]

Die hier zum Ausdruck kommenden Formen der Machtausübung lassen sich deshalb nicht allein durch institutionentheoretische Konzepte wie Legitimation, Norm, Autorität, bürokratische Herrschaft, Vertragsverhältnis etc. erklären. Sie erschließen sich erst aus Perspektive einer komplexen Systemik, die ein bestimmtes Arrangement als ein Wechselspiel sich gegenseitig bestätigender Dynamiken begreift, die ihrerseits performativ durch eben dieses Arrangement erst als prominent gesetzt werden. Jedes empirisch gefundene Arrangement muss damit von außen betrachtet als kontingent erscheinen, nämlich als eine Lösung unter anderen, von innen her jedoch als nahezu zwingend, wenn die beteiligten Akteure erst einmal in die proponierte Sichtweise eingerastet sind und auch auf die hiermit einhergehenden Emotionen eingestimmt sind.

Auch in dieser Hinsicht überschreiten die Dynamiken von Führungsprozessen das Bewusstsein und die Intentionen eines einzelnen Akteurs. Wir finden zwar an der Spitze Personen, denen qua Rollenzuschreibung Entscheidungsbefugnisse mit entsprechenden Freiheitsgraden zugestanden werden, und die von dem Charisma ihrer Rolle profitieren können. Zugleich ist jedoch zu betonen, dass die hiermit verbunden Freiheitsgrade einzelne Personen überfordern würden und dementsprechend im Managementalltag so institutionalisiert werden müssen, dass das Augenmerk nur temporär und selektiv auf bestimmte Spannungslagen gelegt zu werden braucht, dass also selbst die Problembehandlung und -thematisierung wiederum in Form von Routineprozeduren bearbeitet werden kann (s. Baecker 2011a, S. 106ff). Die Akteure des Managements können also nur dann auf den genannten ‚Wellen' reiten und sich als ‚entscheidende' Akteure produzieren, die ansagen, wie

22 Eine andere wirksame Führungstechnik besteht darin, dort Zweifel zu sähen, wo zuvor lebenspraktisch Gewissheit und Selbstverständlichkeit bestand: „Und auch das ist ein Trick, den der Manager bei Intellektuellen abgeschaut haben könnte, der es seinerseits vom Priester gelernt hat: Stelle bei deinem Gegenüber genau die Selbstverständlichkeiten der inneren Glaubensgewissheit, der Antwort auf die Frage nach dem Sinn des Lebens oder eben der eigenen Arbeitsgestaltung in Frage, zu denen dein Gegenüber keine Alternativen kennt und deswegen keine guten Gründe gesammelt hat: und liefere ihm dann die Antwort, die deinem Spiel in die Hände arbeitet." (Baecker 2011b, S. 22)

das Segel zu stellen ist, wenn im Hintergrund der Organisation (fast) alles andere stillschweigend weiter funktioniert und die Voraussetzungen für die getroffenen Entscheidungen bereits nahezu gegeben sind bzw. wenn auf die hierfür notwendigen Ressourcen ohne größeren Aufwand rekurriert werden kann.[23]

Sowohl in Bezug auf Führung als auch auf Organisationen – so der Befund unterschiedlicher managementsoziologischer Perspektiven – ist auf der einen Seite also mit jeweils spezifischen, im Einzelfall hoch unterschiedlichen Lösungsformen zu rechnen, die sich evolutionär im Sinne eines spezifischen Selektions- und Retentionsmusters bewähren – oder auch nicht. Auf der anderen Seite zeigt sich aus soziologischer Perspektive ein typisches Bezugsproblem des Managements, nämlich die Arbeit an und mit Spannungen,[24] die der Organisation oder ihrer Umwelt zugerechnet werden können und entsprechend vom Management (selektiv) aufgegriffen, genutzt und in die Organisation gespiegelt werden können.

Hiermit gelangen wir zu den typischen Innen- und Außenspannungen der gegenwärtigen Organisation Krankenhaus, die dem Management das diesbezügliche Spielmaterial zur Verfügung stellen.

2 Außen- und Innenspannungen des Krankenhauses

Einer der zentralen Meilensteine der Krankenhausforschung bleibt Johann Jürgen Rohdes „Soziologie des Krankenhauses", das 1962 in der ersten Auflage erschienen ist.[25] Aus einer institutionentheoretischen Perspektive in Anschluss an Arnold

23 An dieser Stelle lässt sich aus soziologischer Perspektive nach den Bedingungen der Rekrutierung der jeweiligen Akteure und den hierfür notwendigen habituellen Haltungen fragen. Im Rahmen dieses Beitrags kann jedoch nicht auf die diesbezüglichen Habitus- und Felddynamiken der Rekrutierung eingegangen werden. Siehe zur allgemeinen Einführung in die Bereiche der Managementsoziologie Buß (2011).

24 Siehe hierzu nochmals Baecker mit Blick auf Funktion und Bedeutung der Hierarchie: „Deshalb ist auch die ‚managerial hierarchy', die Chandler der ‚managerial revolution' gegenüberstellt, unverzichtbar. Sie ist nicht unverzichtbar, weil sie Ineffizienzen heilt, auf die man sich mit der ‚multi-unit firm' zwangsläufig einlässt, sondern weil sie Adressen der Zurechnung bereit stellt, an die man sich halten kann, wenn man wegen der Ineffizienzen umorganisiert. Nicht die Einheit des Unternehmens ist der Angelpunkt einer Organisation, sondern die Spannung der Positionen, die innerhalb des Arbeitsflusses und zwischen den Abteilungen und Ebenen des Unternehmens aufeinander bezogen werden können, so unmöglich dieser Angelpunkt auch als Prinzip zu formulieren sein mag." (Baecker 2016, S. 96)

25 Vgl. zur zweiten, erweiterten Auflage Rohde (1974).

Gehlen und Talcott Parsons [26] gelang es Rohde, ein differenziertes Bild der modernen Krankenbehandlung zu zeichnen. Medizin erscheint demnach vor allem als eine *organisierte* Medizin, die durch zahlreiche ‚Innenspannungen' wie auch ‚Außenspannungen' geprägt ist. Diese beiden Lagerungen sind, so die Einsicht Rohdes, hinsichtlich ihrer jeweiligen Dynamik klar auseinanderzuhalten, sofern man die gängigen Konfliktsphären der Medizin in Hinblick auf ihre Bezugsprobleme und funktionalen Einbindungen verstehen möchte.

Rohdes Arbeiten sind an dieser Stelle nicht zuletzt deshalb von Interesse, weil sie bereits 50 Jahre vor der aktuellen Diskussion um die ökonomische Zurichtung des Krankenhauses auf Entfremdungsphänomene hinwiesen, die heute allzu schnell dem Einzug betriebswirtschaftlicher Instrumente in die Krankenhaussteuerung zugerechnet werden. Rohde lässt deutlich werden, dass das Krankenhaus auch früher keinesfalls als spannungsfreier Hort menschlicher Fürsorge zu betrachten war, aber genau hierin – in der Aufrechterhaltung der Ambivalenz – eine der wesentlichen, jedoch üblicherweise verkannten Leistungen der Institution Krankenhaus besteht.[27] Zudem zeigt sich, dass die einfache Unterscheidung von bedarfs- und erwerbswirtschaftlicher Orientierung analytisch allein schon deshalb in die Irre führt, weil sich bereits die unterschiedlichen Stakeholder des Gesundheitswesens, wie auch die verschiedenen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen, keineswegs darüber einig sind, was unter einer angemessenen Krankenbehandlung zu verstehen ist.

Gehen wir – zuerst mit Blick auf die *innerinstitutionellen Spannungslagen* – auf einige in unserem Zusammenhang interessante Befunde Rohdes ein: In den

---

26 Siehe etwa Gehlen (1963) und Parsons (1951).

27 Hier in Rohdes Worten und nicht nur für das Krankenhaus zutreffend: „In der Bestürzung und Entrüstung, im Aufbegehren gegen derartige Verhältnisse zeigt sich ein naives und dennoch für die Reflexion Wesentliches zugleich: die Idee der absoluten Harmonie, die Idee der reibungslosen Prozesse, die Idee eines von Schwierigkeiten freien Daseins, die sich wohl letzten Endes in allen gesellschaftlichen und zwischenmenschlichen Verhältnissen als Norm setzt und dem naiven Bewußtsein so lange wenigstens als Norm gilt, wie dieses selbst sich als das denken läßt, das den Störungen nur ausgeliefert ist, nicht aber selbst sie bewirkt. Das Ganze ist Sehnsucht nach dem (wie und wann immer) ‚verlorenen Paradies' und der (unbewußte) Versuch, die normative Kraft des Verlorenen aufrechtzuerhalten, in einem." Beziehungsweise, „daß schließlich jene Machtverhältnisse als Ordnungsmittel Quellen permanenten Ärgernisses sind, indem sie aus sich heraus noch bestätigen, was sie zumeist vergessen lassen, wenn nicht beseitigen wollen: die Abwesenheit letzter gesellschaftlicher Harmonie. Von daher erklärt sich dann auch die ambivalente Haltung gegenüber Institutionen; die Entrüstung dort, wo deren Idee, Behelfs-Paradies mit Harmonie-Garantie zu sein, durch die Vorfälle zwischenmenschlicher Konflikte und Spannungen in Frage gestellt wird, die Auflehnung dort, wo sich dem einzelnen verdeutlicht, wie sehr er sich an dem reibt, was der Aufhebung von Reibungen zugedacht war." (Rohde 1974, S. 359f.)

Vordergrund rücken hier zunächst die problematische Beziehung zwischen den Pflegekräften und den Ärzten als auch das durchaus konfliktbeladene Verhältnis der unterschiedlichen medizinischen Disziplinen. Da beispielsweise – wie Rohde treffend feststellt – „freundlich zu sein" nicht unbedingt zur Rollenbeschreibung eines Krankenhausarztes gehört (a. a. O., S. 107), wird die Kunst, emotionale Zustände geschickt zu balancieren, im Sinne einer funktionalen Arbeitsteilung überwiegend dem pflegerischen Bereich überantwortet, was in Folge zu Belastungen in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen führt. Ebenso ergeben sich hier Unterschiede in der Frage, ob bis an die Grenze des Möglichen Medizin betrieben wird (was in der Regel der Position der Ärzte entspricht) oder ob eher die Würde und Lebensqualität des Patienten im Vordergrund steht (wofür eher die Pflege einsteht).

Typischerweise ergibt sich auf Stationen eine Spannung zwischen den Bedürfnissen der Patienten und denen der Ärzte. Denn letztere zeigen sich oftmals mehr am medizinischen Fall interessiert als am Wohl der Patienten, was wiederum weniger durch „Geldgier" motiviert zu sehen ist denn durch die Faszination der Ärzte für komplexe und komplizierte Eingriffe (a. a. O., S. 111). Gleiches gilt für organisatorische Primate funktionaler Routinen, in denen der Patient zwar einerseits den „Ausgangs- und Zielpunkt der Veranstaltung" Krankenhaus darstellt, doch andererseits im Handlungsgefüge tendenziell nur „ephemer" vorkommt (a. a. O., S. 345ff.). Im Krankenhausmanagement taucht diese Spannung jedoch nicht unmittelbar auf, sondern – wenn überhaupt – nur vermittelt (etwa in Form von Beschwerden oder Patientenzufriedenheitsstatistiken).

In unserem Zusammenhang ist mit Blick auf Rohdes Arbeiten zudem auf drei weitere *Außenspannungen* hinzuweisen: das Verhältnis der unterschiedlichen medizinischen Akteure untereinander und ihr Verhältnis zu den Krankenkassen sowie die Spannung zwischen den tendenziell überfordernden gesellschaftlichen Ansprüchen an die Medizin und dem de facto Leistbaren. So erscheinen im Krankenhaus tätige Ärzte und niedergelassene Ärzte als Kontrahenten eines Spiels, in dem versucht wird, dem jeweils anderen den Schwarzen Peter in Bezug auf Arbeitslasten und Kosten zuzuschieben. Zudem lässt sich oft Kritik an der fachlichen Kompetenz der Kollegen finden. Wenngleich solche wechselseitigen Vorwürfe hinter vorgehaltener Hand oft zu hören sind, verschwinden diese Konflikte jedoch, wenn es um das Verhältnis zu den Kostenträgern geht. Hier zeigt sich nach außen hin eine nahezu unzerstörbare Loyalität unter den unterschiedlichen Ärzten und Ärztegruppen, auch wenn sie für verschiedene Institutionen arbeiten. In Bezug auf die Beziehung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus mündet der Charakter der professionellen Kooperation mit Rohde also in den Befund, dass „das Verhältnis" unter den Ärzten „vor allem dann ‚stimmt', wenn das, was der Krankenkasse berichtet wird, nicht stimmt" (a. a. O., S. 345f.).

Eine weitere, in unserem Kontext bedeutsame Außenspannung tritt in Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Erwartung an Krankenhäuser auf, in Hinblick auf das Ideal des „risikolosen Lebens" universelle Problemlösungen anbieten zu können. Der hiermit implizierte „Bedarf" steht im Kontrast zu den weiterhin vorhandenen biologischen Grenzen des Menschen sowie zu den begrenzten Ressourcen der Organisation Krankenhaus, zumal diese von außen geregelt und gedrosselt werden, so bereits Rohde vor mehr als 40 Jahren (a. a. O., S. 474f.).

Schauen wir nun systematischer auf die Außen- und Innenspannungen, die das gegenwärtige Krankenhaus prägen und teilweise in Ausprägung und Charakteristik über die von Rohde genannten Aspekte hinausgehen.

Außenspannungen

Als wohl wichtigster ökonomischer Kontext der bundesdeutschen Krankenhäuser kann das 2003 eingeführte DRG-System (Diagnosis Related Groups) genannt werden, welches den vorherigen (primär auf Basis von Liegezeiten beruhenden) Finanzierungsmodus ablöste. Eine DRG stellt zunächst ein statistisches Konstrukt dar, das eine Gruppe von Patienten mit einer ähnlichen Diagnosestellung abbilden soll. Diese Gruppe fungiert als virtuelles Produkt, zu dem sich die Anbieter marktförmig verhalten müssen (wobei die Gesamterlösstruktur im Sinne eines Nullsummenspiels gedeckelt wird). Die DRGs wurden ursprünglich von Fetter (1991) als Instrument zur Qualitätssicherung konzipiert, das jedoch nur funktionieren kann, wenn alle Beteiligten die DRGs ausschließlich für die Erhebung medizinischer Informationen nutzen. Indem den DRGs aber von der Politik qua Gesetz ein Preis angeheftet wurde, wurden sie entsprechend zu Produkten (Samuel et al. 2005). Dadurch erscheinen sie weniger als Kennzahlen für sinnvolle oder bedarfsgerechte Behandlungsmaßnahmen, sondern mutieren zu *leaky black boxes*, die je nach Interessen unterschiedlich beschrieben werden können (Lowe 2001). So sind Krankenhäuser aus ökonomischen Gründen gut beraten, ihren Case Mix Index in Richtung der (vermeintlich) lukrativen DRGs anzupassen. Hierdurch kommt es unweigerlich zu neuen Anreizen für Über-, Fehl- und Unterversorgung (s. Porter und Teisberg 2006 und für die bundesdeutsche Diskussion etwa Schrappe 2007 sowie Scriba in Vogd 2011b, S. 240f.).

Insbesondere die Krankenkassen formulieren den Verdacht medizinisch nicht indizierter Mengenausweitung und versuchen dem gegenzusteuern (s. etwa Neu-

mann et al. 2013), was wiederum von den Krankenhäusern kritisch gegenbeobachtet wird (s. etwa Blum und Offermans 2013).[28]

Das DRG-System kann vor diesem Hintergrund von Anbeginn an als Hybrid bezeichnet werden, dessen Konstitution von Politik, innermedizinischen Verteilungskämpfen, Gesetzgebung und gesundheitsökonomischen Anreizsystemen bestimmt wird. Da aufgrund der besonderen Berechnungssystematik zur Bestimmung der Basisfallwerte[29] die antizipierten DRG-Gewinne durch veränderte Mittelwerte im folgenden Jahr wegbrechen können, stehen Krankenhäuser permanent vor einer existenziellen ökonomischen Bedrohung (Simon 2013), wobei dem einzelnen Haus nicht per se die mit den DRGs verbundene Abrechnungsmodalität problematisch erscheint, sondern vielmehr der Druck, der durch die Deckelung der Gesamtbeträge aufgebaut wird.

Dass seit vielen Jahren etwa 40% aller bundesdeutschen Krankenhäuser Defizite schreiben und hier mittelfristig auch keine Besserung zu erwarten ist (s. Blum, Löffert, Offermanns und Steffens 2014, S. 109f.), kann vor diesem Hintergrund als Konsequenz einer Politik gesehen werden, die Krankenhäuser über marktähnliche Strukturen unter Stress setzt,[30] um einen deutlichen Kapazitätsrückgang zu bewirken.[31] Dennoch konnte die angestrebte globale Reduktion der Krankenhausausgaben nicht zuletzt aufgrund der deutlichen Mengenausweitung bislang nicht erreicht werden.[32] Vielmehr zeigt sich eine deutliche Verdichtung der Arbeitsprozesse, die

28 Siehe zur Diskussion der komplexen Ursachengeflechte medizinischer Leistungsausweitung Klauber et al. (2013).

29 Siehe für ein kritisches Resümee und Plädoyer für einen „empirischen Zugang" auf Basis von Algorithmen Klein-Hitpaß und Scheller-Kreinsen (2015).

30 Siehe in offener Form etwa Mihm (2013).

31 Siehe zum Kontext wie auch für eine Reflexion der Auswirkungen des DRG-Systems Rau et al. (2009).

32 Gemäß der Datenlage des statistischen Bundesamtes kann im Zeitraum von 2003 bis 2013 zwar eine Reduktion der Krankenhäuser um etwa 10% (von 2.197 auf 1.996 Häuser) festgestellt werden, zugleich erhöhte sich aber die Fallzahl um etwa ein Viertel. Da zudem die Zahl der ambulant durchgeführten Eingriffe massiv angestiegen ist (von 575.613 Operationen im Jahr 2002 auf 1.854.125 Operationen in 2010), darüber hinaus vermehrt kompliziertere und aufwendigere Eingriffe durchgeführt werden und nicht zuletzt der Verwaltungsaufwand in den Krankenhäusern deutlich gestiegen ist, verwundert es nicht, dass sich die bereinigten Kosten pro Fall seit 1991 von € 15.521 auf € 33.746 mehr als verdoppelt haben. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass die Minderung der Bettenzahl in den Akutkrankenhäusern durch einen starken Anstieg der Betten in den vorsorgenden und nachsorgenden Einrichtungen kompensiert worden ist (von 144.172 im Jahr 1991 auf 171.724 in 2010). (https://www.destatis.de/DE/Startseite.html; Abfrage am 20.04.2014, bzw. Zitation entsprechend Bölt und Graf (2012))

infolge abrechnungsbedingter Kontrolltätigkeiten zusätzlich durch die Aufblähung medizinfremder Verwaltungstätigkeiten belastet werden.[33] Wenngleich es schwierig ist, unmittelbare Auswirkungen auf die patientenbezogene Versorgungsqualität nachzuweisen, berichten alle einschlägigen Studien von einer stark zunehmenden Arbeitsbelastung des in der Patientenversorgung tätigen Personals (Braun 2014; Bräutigam et al. 2014; Grosser 2014; Roeder 2014).[34]

Neben dem ökonomischen Druck sind insbesondere folgende Außenspannungen für das Krankenhaus bedeutsam:

- Die weiterhin fortbestehende Abhängigkeit von der Landeskrankenhausplanung, man denke etwa an den Investitionsstau infolge des dualen Finanzierungssystems und die Bedeutung von politischen Vorgaben zur Bildung von Schwerpunktzentren.[35]
- Zwänge zur Standardisierung, Qualitätssicherung und Akkreditierung (Timmermans und Berg 2003; Power 1997), wodurch Anreize entstehen, eben diese Modalitäten nur im Modus des Als-ob zu bedienen (s. Heath und Luff 1996; Iding 2000).[36] Zu nennen ist in diesem Zusammenhang auch das Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015, durch das die Krankenhausfinanzierung an Qualitätsindikatoren gebunden werden soll, was zusätzlichen Druck auf das einzelne Krankenhaus ausübt.
- Zunehmende Haftpflichtrisiken, die insbesondere in kritischen Bereichen (etwa der Gynäkologie) dazu führen können, dass es dem Träger sinnvoller erscheint,

33 So kommen etwa Scheel et al. (2011, S. 16) zu dem Schluss, dass im Jahr 2010 ca. 22% der Krankenhausausgaben Deutschlands auf den Verwaltungsbereich fielen, wovon mehr als die Hälfte den Abrechnungsmodalitäten und den hiermit verbundenen zunehmenden Kontrolltätigkeiten der Krankenkassen geschuldet sind.

34 Die Erfahrungen von Ländern, die schon länger mit dem DRG-System arbeiten, zeigen auf, dass die DRG-Einführung bislang weder zur Kostensenkung der Krankenhausausgaben noch zu einem unmittelbaren Durchgriff auf die Praxis der medizinischen Entscheidungsfindung geführt hat. Sie geht jedoch einher mit einem symbolischen Gewinn für die Protagonisten der Liberalisierung der Gesundheitsmärkte (Samuel et al. 2005).

35 Siehe zur Diskussion zur „monistischen" Krankenhausfinanzierung etwa Rürup (2008).

36 Die bisherigen Forschungen zu den Wirkungen von Akkreditierungsmaßnahmen zeigen, dass die Parameter der zertifizierenden Akkreditierungsbehörden zwar bedient werden, wobei jedoch nicht unbedingt die Behandlungsprozesse oder die Behandlungsqualität im positiven Sinne verändert werden (Greenfield und Braithwaite 2008).

diese Leistungen nicht mehr anzubieten (Petry und Grabow 2013; Vogd 2011b, S. 122ff.).[37]

- Der kritische Blick einer massenmedialen Berichterstattung, der dazu neigt, Skandale aufzugreifen und ökonomisches Verhalten von Ärzten zu moralisieren, ohne dabei jedoch die Akteure und Systemdynamiken zu thematisieren, welche diese Fehlanreize evozieren (s. etwa Bode und Lange 2014).
- Die erhöhte Anforderung, die nun vermehrt gleichzeitig kooperativen wie auch kompetitiven Beziehungen zu anderen Anbietern von Versorgungsdienstleistungen zu balancieren (Amelung et al. 2009; Scott et al. 2000).
- Asymmetrien und unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen von öffentlichen und gemeinnützigen Trägern sowie privaten Trägern, die auf marktwirtschaftliche Konkurrenzlagen ‚spezialisiert' sind.

Innenspannungen

Als typische, weiterhin fortbestehende „Innenspannungen" des Krankenhauses, wie sie bereits Rohde (1974) vor dem Einzug betriebswirtschaftlicher Managementmethoden ins Krankenhaus beschrieben hat, sind zunächst die unterschiedlichen Haltungen und Orientierungen der Berufsgruppen der Ärzte, der Pflege und der Verwaltung, wie auch die spannungsreichen Dynamiken innerhalb der weithin üblichen steilen Hierarchien zu nennen. Zudem besteht per se eine Spannung zwischen dem organisatorischen Primat funktionaler Routinen, in dessen Handlungsgefüge der Patient tendenziell nur „ephemer" vorkommt (a. a. O., S. 345ff.), und der am konkreten Einzelfall ausgerichteten Behandlung.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob und inwieweit die jeweiligen professionellen Identitäten durch eine ihnen fremde Wertreferenz korrumpiert werden können.[38] Insbesondere Freidson (2001) sieht in der Balance der drei „Logiken" *bureaucratism*, *economism* und *professionalism* den Garant für eine produktive wie auch im Sinne des Patienten agierende Krankenbehandlung (was allerdings

37 Als weitere Nebenfolge erscheint eine rechtlich defensive Medizin opportun, wenngleich diese oftmals mit mehr Aufwand sowie mit negativen gesundheitlichen Nebenwirkungen für den Patienten einhergehen kann (Pauker und Pauker 1998).

38 Auch in Hinblick auf die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern (Bähr 2008) entstehen Unsicherheiten bezüglich der Konsequenzen für die Wertbezüge des Krankenhauses (s. zur Diskussion etwa Frewer et al. 2011; Kettner und Koslowski 2011).