



Management im Krankenhaus – Eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter den Bedingungen des deutschen DRG-Systems

Werner Vogd

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2017

Zusammenfassung Der Beitrag lenkt den Blick auf das Management eines städtischen Krankenhauses unter dem Blickwinkel seiner derzeit typischen Innen- und Außenspannungen. Auf Basis einer rekonstruktiven Studie wird untersucht, wie die hiermit einhergehenden Reflexionsperspektiven durch die Akteure bearbeitet und zueinander in Beziehung gesetzt werden. Dadurch werden übergreifende Einsichten in die dominanten Bezugsprobleme des zeitgenössischen Krankenhauses möglich. Neben der theoretischen Einbettung in die Managementsoziologie werden methodologische und metatheoretische Anforderungen an eine Forschung diskutiert, die nicht nur sensibel ist für die empirische Kopräsenz multipler institutioneller Logiken und Perspektiven, sondern darüber hinaus zu fragen erlaubt, wie diese in konkreten Praxen zueinander in Beziehung gesetzt werden.

Schlüsselwörter Krankenhaus · Management · Polykontextualität · Qualitative Sozialforschung · Systemtheorie

Hospital management – A case study on the processing of internal and external tensions under the conditions of the German DRG-system

Abstract The article discusses the management of a municipal hospital from the standpoint of its currently typical internal and external tensions. Based on the results of a reconstructive study, the paper investigates how the associated perspectives of reflection are processed and related to one another by actors. This provides insight into the main problems experienced by a contemporary hospital. In addition to the theoretical background of management sociology, the discussion draws attention to

W. Vogd (✉)

Lehrstuhl für Soziologie, Fakultät für Kulturreflexion, Universität Witten/Herdecke,
Alfred-Herrhausen Str. 50, 58448 Witten, Deutschland
E-Mail: Werner.Vogd@uni-wh.de

what research needs, both methodologically and metatheoretically, to be able to be sensitive not only to the empirical co-presence of multiple institutional logics and perspectives, but also to permit the question as to how these logics and perspectives are related to each other in concrete practice.

Keywords Hospital · Management · Polycontextuality · Qualitative social research · Systems theory

La gestion de l'hôpital – Une étude de cas sur le traitement des tensions internes et externes dans le contexte du système allemand des DRG

Résumé Cet article porte un regard sur la gestion d'un hôpital municipal sous l'angle des tensions internes et externes typiques qui y règnent actuellement. S'appuyant sur une étude reconstructive, il analyse la façon dont les perspectives de réflexion liées à ces tensions sont traitées par les acteurs et mises en relation les unes avec les autres. Ce faisant, cet article permet de tirer des conclusions d'ordre plus général sur les problèmes dominants de l'hôpital contemporain. La discussion porte sur l'intégration de cette approche à la sociologie de la gestion ainsi que sur les exigences méthodologiques et métathéoriques à satisfaire pour que la recherche ne soit pas seulement sensible à la coprésence empirique de multiples logiques et perspectives institutionnelles mais permette également de soulever la question de leur mise en relation dans des praxis concrètes.

Mots-clés Hôpital · Gestion · Polycontextualité · Recherche qualitative en sciences sociales · Théorie des systèmes

1 Einleitung

Die Managementforschung im Allgemeinen und zum Krankenhaus im Besonderen ist bislang weitgehend die Domäne der Betriebswirtschaftslehre geblieben.¹ Eine gegenstandstheoretisch fundierte soziologische Managementforschung ist dementsprechend immer noch ein Desiderat.² Aus einer übergreifenden soziologischen Perspektive lässt sich dennoch einiges zu den Bezugsproblemen des Managements moderner wissenschaftlicher Organisationen sagen.³

Zunächst gilt, dass „Organisationen keine Trivialmaschinen sind“, also keinem linearen Input-Output-Verhältnis folgen, und dass das, „was sie an Sinn produzieren“, weder „einfach kalkulierbar noch erzwingbar“ ist (Pohlmann 2002, S. 232). Zudem werden die „Strukturen“ der zu steuernden Organisationen „partiell, ‚von unten‘ und ‚von oben‘ desorganisiert“ (ebd., S. 234). Letzteres geschieht allein schon

¹ Siehe immer noch maßgeblich Glouberman und Mintzberg (2001).

² Siehe als Ausnahme Bär (2011).

³ Siehe aus deutschsprachiger Perspektive zur Managementsoziologie Buß (2011), Schmidt et al. (2002), Pohlmann (2007) sowie Baecker (2003, 2011b). Zum Verhältnis von Profession und Organisation siehe Klatetzki und Tacke (2005).

aufgrund der immer komplexer werdenden Regularien und institutionellen Verflechtungen der Organisation, die in Verbindung mit den ebenso komplexer werdenden Marktlagen ihrerseits nicht auf Basis einfacher Kalküle bewältigt werden können. Entsprechend sind Konflikte in Bezug auf die Umweltbeziehungen der Organisationen vorprogrammiert – man denke hier allein an die unterschiedlichen Interessen der Krankenhäuser und Krankenkassen in Hinblick auf die Frage der Entwicklung der Behandlungskosten und die hieraus resultierenden Rechtsstreitigkeiten. Ersteres ergibt sich allein schon aus der Tatsache, dass Mitarbeiter oder Berufsgruppen ihre eigenen Agenden verfolgen, sich also nicht ohne Weiteres den Vorgaben, Anordnungen oder Wünschen der Führung fügen und sich zudem auch untereinander in einer problematischen Beziehung befinden können – man denke etwa an das Verhältnis zwischen Pflegekräften und Ärzten oder aber auch an die unterschiedlichen Handlungsorientierungen von Internisten und Chirurgen. Entsprechend ist auch hier mit Störung, Missverstehen oder gar Widerstand zu rechnen, und sei es nur in Form der Drohung, „Dienst nach Vorschrift“ zu leisten.

Um es mit Johann Jürgen Rohde (1974, S. VIII) in einer Begrifflichkeit auszudrücken, die an institutionentheoretische Überlegungen anschließt: Krankenhäuser haben eine Reihe von *Innen- und Außenspannungen* auszuhalten, und entsprechend steht die Führung nolens volens in einer Zwischenposition, aus der sich die Aufgabe ergibt, die mit ihr in Verbindung stehenden Konflikte aufzugreifen und zu moderieren. Der Spannungsbegriff erscheint insbesondere deshalb als heuristische Klammer hilfreich, weil damit sowohl unterschiedliche Interessenlagen als auch divergierende Handlungsorientierungen oder inkommensurable institutionelle Logiken in ein Verhältnis gesetzt werden können, ohne dabei eine theoretische Vorentscheidung darüber treffen zu müssen, ob es sich bei diesen Spannungen um Gruppenphänomene, strukturelle Konfliktlagen oder Machtprozesse handelt.

Insbesondere in Organisationen, deren Leistungsvollzüge in hohem Maße von gut ausgebildeten Wissensarbeitern und professionellen Akteuren abhängen, erscheint der moderne Manager nicht (mehr) als eine allmächtige Figur, die unmittelbar in die Betriebsabläufe ein- und durchgreifen kann. Er „kümmert sich“ entsprechend oftmals nur noch „um die Verfahrensregeln für den ‚flow‘ von Entscheidungen“ und „stellt in Form von Fiktionen ‚Kanäle‘ und ‚Brücken‘ zur Verfügung“. Ebenso werden die hierdurch gebahnten Entscheidungsprozesse in der Regel erst „im Nachhinein“ mit „Rationalität“ aufgeladen (Pohlmann 2002, S. 233).⁴

Dennoch: Trotz allen Driftens durch Opportunitäten und Problemlagen generiert das Management einer Organisation einen Unterschied, denn es setzt – um es in systemtheoretischen Begriffen zu formulieren – eine spezifische Differenz zu den immer schon bereits koordinierten und strukturierten Abläufen der Organisation (vgl. Baecker 2003, S. 273 f.). Es doppelt die Organisation, indem es sich auf der Grundlage selbstgewählter Parameter und Konzepte als signifikante Position innerhalb der Organisation hervorbringt, um auf der Basis des hierdurch gewonnenen Bildes Ist-/Soll-Differenzen zu generieren, die dann wiederum vom Management als Entscheidungsprämissen in die Organisation zurückgespiegelt werden. Durch seine spezifische, von den unmittelbaren Prozessen der Organisation abstrahierende Beobachter-

⁴ Zum Prozess des „sense making“ siehe auch Weick (1998).

position gewinnt das Management Freiheitsgrade, wodurch es in eine Organisation zwar steuernd eingreifen, sie aufgrund der Komplexität ihrer Eigendynamiken aber nicht in trivialer Weise steuern kann. Es besteht zwar seitens des Managements keine Durchgriffskausalität auf die operativen Prozesse der Organisation. Doch die im Regelfall durch die Artefakte der entsprechenden Abbildungstechnologien (Controlling) materialisierte Differenz des Managements erzeugt in Verbindung mit seinen operativen und strategischen Entscheidungen und den hiermit verbundenen Anweisungen eine weitere Spannung – nennen wir sie im Folgenden *Führungsspannung* –, welche – neben den bereits bestehenden vielfältigen *Innen-* und *Außenspannungen* – die Organisation gezielt unter Stress setzt. Die Einführung dieser Spannung geschieht reflexiv, d. h. in Referenz auf antizipierte und aktuelle 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 in der Innen- und Außenwelt ebendieser Organisation zu behaupten.

Das Management findet seine Aufgabe also einerseits darin, diese unterschiedlichen Spannungen aufzugreifen und produktiv werden zu lassen und neue Spannungen zu generieren, indem anhand ausgewählter Parameter Sollwerte für die Organisation formuliert und die 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, sodass die Einheit und Funktionsfähigkeit der Organisation nicht gefährdet wird. So kann mit Blick auf innerbetriebliche Problemlagen ggf. befriedend zugunsten eines mikropolitischen Arrangements entschieden werden (etwa im Sinne „fauler Kompromisse“), auch wenn dies dem betriebswirtschaftlichen Effizienzgedanken widersprechen mag. Zudem bleibt immer noch die Möglichkeit, überfordernden Zumutungen aus der organisationalen Umwelt im Zweifelsfall den Modus des Als-ob entgegenzusetzen.⁵

Um es knapp in einer kybernetischen Terminologie zu formulieren: Das *Management führt eine Spannung ein, um Spannungen zu bearbeiten und zu moderieren*, d.h. zu dämpfen oder auch zu verstärken, um auf diese Weise Strukturveränderungen in der Organisation zu forcieren. Und genau dies erscheint notwendig, weil moderne Organisationen per se von vielfältigen strukturellen Spannungen durchsetzt sind – etwa aufgrund von Hierarchie und Arbeitsteilung, den damit einhergehenden Machtverhältnissen und der Existenz inkommensurabler institutioneller Logiken.⁶

In Hinblick auf seine Position und die damit verbundenen perspektivischen Inkongruenzen oszilliert das Management, so eine weitere systemtheoretische Einsicht, ständig zwischen einer Innen- und einer Außenperspektive, da es sich sowohl als

⁵ Insbesondere das Topmanagement verfügt damit nach innen und außen dauerhaft über 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. 347 f.). 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.).

⁶ Siehe zum Institutional-Logics-Ansatz Thornton et al. (2012) sowie bereits Friedland und Alford (1991).

Teil der Organisation wie auch als außerhalb der Organisation stehend zu begreifen hat (vgl. Baecker 2009). Es gewinnt hierdurch Freiheitsgrade als Führung, indem es situativ und ebenso kreativ Ziele, Konflikte, Macht und Gesellschaft – etwa in Hinblick auf Effizienz, Rationalität, die vermeintliche Einheit der Organisation oder übergreifende Werte – in Beziehung setzen kann, um auf diese Weise seine Interventionen in die Organisation hinein plausibilisieren und legitimieren zu können.

Zugleich ist jedoch zu betonen, dass die damit verbundenen Problembezüge und Freiheitsgrade einzelne Personen überfordern würden⁷ und dementsprechend im Managementalltag so institutionalisiert werden müssen, dass das Augenmerk nur temporär und selektiv auf bestimmte Spannungslagen gelegt zu werden braucht. So lässt sich die Problembehandlung und -thematisierung selbst wiederum in Form von Routineprozeduren bearbeiten (siehe Baecker 2011a, S. 106 ff.). Mit Blick auf die in den Routinen zum Ausdruck kommenden selektiven Zugriffe auf die Wirklichkeit lässt sich Führung demnach nach Typus und Stil empirisch rekonstruieren und beschreiben.

Resümieren wir kurz: Sowohl in Bezug auf die Führung als auch auf die Organisation selbst ist auf der einen Seite also mit im Einzelfall hoch unterschiedlichen Lösungsformen des Managements für anfallende Probleme zu rechnen, die sich evolutionär im Sinne eines spezifischen Selektions- und Retentionsmusters bewähren – oder auch nicht.⁸ Auf der anderen Seite zeigen sich jedoch im Managementalltag gemeinsame Bezugsprobleme, nämlich die Arbeit an den Innen- und Außenspannungen der Organisation.

Der vorliegende Beitrag richtet das Augenmerk auf das Management eines bundesdeutschen Krankenhauses der Regelversorgung. Zunächst werden unter Berücksichtigung des Standes der Forschung die typischen Innen- und Außenspannungen des heutigen Krankenhauses zusammengefasst (Abschnitt 2). Im Anschluss wird mit der Kontexturanalyse kurz eine methodologische Perspektive vorgestellt, mittels der sich die komplexen Reflexionsprozesse im Krankenhausmanagement rekonstruieren lassen. Die zuvor heuristisch unter dem Begriff „Spannungen“ subsumierten Phänomene (Innen-, Außen- und Führungsspannung) können so differenzierter aufgeschlossen werden: nämlich als ein Arrangement spezifischer, positionsabhängiger Reflexionsperspektiven, sprich: Kontexturen, die im Management jeweils auf eine typische Weise in Beziehung gesetzt werden. Die Systemik und die Besonderheiten des Arrangements des Krankenhausmanagements kommen hier in den Blick (Abschn. 3). Es folgt am Beispiel eines konkreten Krankenhauses die eigentliche Fallstudie (Abschn. 4). Abschließend werden die Ergebnisse der empirischen Fallstudie im Kontext der übergreifenden Bezugsprobleme des Krankenhauses vertiefend diskutiert (Abschn. 5).

⁷ An dieser Stelle lässt sich aus soziologischer Perspektive nach den Bedingungen der Rekrutierung der jeweiligen Akteure und nach den hierfür notwendigen habituellen Haltungen fragen. Im Rahmen dieses Beitrages kann jedoch nicht auf die Habitus- und Felddynamiken der Rekrutierung des Managementpersonals eingegangen werden. Siehe zur allgemeinen Einführung in die Bereiche der Managementsoziologie Buß (2011).

⁸ Zur Selektion und Retention in Organisationen siehe insbesondere Weick (1998).

2 Innen- und Außenspannungen des Krankenhauses

Was sind aber nun die spezifischen Spannungen der Organisation Krankenhaus? Einen guten Startpunkt bietet Johann Jürgen Rohdes im Jahre 1962 in der ersten Auflage erschienene Monografie *Soziologie des Krankenhauses*. Diese Arbeit ist 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 hinwies, die heute allzu schnell dem Einzug betriebswirtschaftlicher Instrumente in die Krankenhaussteuerung zugerechnet werden. Rohdes Studie erinnert daran, dass das Krankenhaus auch früher keinesfalls ein spannungsfreier Hort menschlicher Fürsorge war. Zudem wird deutlich, dass die einfache Unterscheidung zwischen einer bedarfs- und einer erwerbswirtschaftlichen Orientierung analytisch allein schon deshalb in die Irre führt, weil sich selbst die unterschiedlichen Stakeholder des Gesundheitswesens 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 Vordergrund rücken hier zunächst die problematische Beziehung zwischen den Pflegekräften und den Ärzten als auch das durchaus konfliktbeladene Verhältnis der unterschiedlichen medizinischen Disziplinen zueinander. Da etwa – wie Rohde zutreffend feststellt – „freundlich zu sein“ nicht unbedingt zur Rollenbeschreibung eines Krankenhausarztes gehört (Rohde 1974, S. 107), wird die Kunst, emotionale Zustände geschickt zu balancieren, im Sinne einer funktionalen Arbeitsteilung überwiegend dem pflegerischen Bereich überantwortet, was zu Belastungen in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen führt. Ebenso ergeben sich Unterschiede in der Frage, ob bis an die Grenze des Möglichen Medizin betrieben wird (das entspricht in der Regel der Position der Ärzte) oder ob eher die Würde und die Lebensqualität der Patienten im Vordergrund stehen (wofür 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 (ebd., S. 111). Gleiches gilt für die organisatorischen Primate funktionaler Routinen, in denen der Patient zwar einerseits den „Ausgangs- und Zielpunkt der Veranstaltung“ Krankenhaus darstellt, andererseits aber im Handlungsgefüge tendenziell nur „ephemer“ vorkommt (ebd., S. 345 ff.). Im Krankenhausmanagement tauchen diese Spannungen jedoch nicht unmittelbar, sondern – wenn überhaupt – nur indirekt vermittelt auf – etwa in Form von Beschwerden oder Patientenzufriedenheitsstatistiken.

In unserem Zusammenhang ist mit Blick auf Rohdes Arbeiten zudem auf drei Außenspannungen hinzuweisen: das Verhältnis der unterschiedlichen klinisch und nicht klinisch tätigen medizinischen Akteure untereinander, ihr Verhältnis zu den Krankenkassen sowie die Spannung zwischen den tendenziell überfordernden gesellschaftlichen Ansprüchen an die Medizin und dem de facto medizinisch Leistbaren. So erscheinen im Krankenhaus tätige Ärzte und Ärzte aus der freien Praxis als Kontrahenten eines Spiels, in dem versucht wird, dem jeweils anderen den Schwarzen Peter in Bezug auf Arbeitslasten und Kosten zuzuschieben. Zudem wird oft, wenn auch hinter vorgehaltener Hand, Kritik an der fachlichen Kompetenz der Kollegen

geäußert. Wenngleich solche Vorwürfe dem jeweils anderen gegenüber vielfach zu hören sind, verschwinden die Konflikte, 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 freier Praxis und Krankenhaus mündet der Charakter der professionellen Kooperation also in dem Befund, dass „das Verhältnis“ unter den Ärzten „vor allem dann ‚stimmt‘, wenn das, was der Krankenkasse berichtet wird, nicht stimmt“ (ebd., S. 345 f.).

Die dritte 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 damit implizierte „Bedarf“ steht in 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 (ebd., S. 474 f.).

Im Krankenhaus der 2010er-Jahre ist darüber hinaus eine Reihe von weiteren institutionellen Spannungslagen zu bewältigen,⁹ die noch nicht von Rohde beschrieben worden sind:

- Die Einführung EDV-basierter Techniken der Dokumentation und des Controllings, die in Schrift und Zahl Bilder des Geschehens konstruieren, die zugleich für vielfältige Steuerungsprozesse instruktiv sind, dabei jedoch in problematischer Weise mit der Realität verwechselt werden können. Da die Landkarte nicht das Gebiet ist und die Abbildungen immer auch im Modus des Als-ob generiert werden können, ist diesen also zugleich zu trauen wie auch zu misstrauen (vgl. Berg 1996; Heath und Luff 1996).
- Die Haftpflichtrisiken, insbesondere in kritischen Bereichen (etwa der Gynäkologie), können dazu führen, dass es Krankenhäusern strategisch sinnvoller erscheint, diese Leistungen nicht mehr anzubieten (Petry und Grabow 2013; Vogd 2011, S. 122 ff.). Oder aber sie stellen ärztlicherseits eine rechtlich defensive Medizin als opportun dar (etwa im Sinne apparativer Symptomabklärung), wenngleich diese oftmals mit mehr Aufwand sowie mit gesundheitlich negativen Nebenwirkungen für den Patienten einhergehen kann (Pauker und Pauker 1998).
- Eine duale Finanzierung kann zu dem Problem führen, dass sich die Investitionsmittel nur bedingt mit den Leistungsangeboten im Sinne einer strategischen Krankenhausplanung verzahnen lassen.
- Der massenmediale Diskurs stellt Ärzte im Allgemeinen und Krankenhäuser im Besonderen unter Verdacht, medizinische Leistungen teilweise nicht zum Nutzen der Patienten, sondern allein aus Gewinnmotiven zu platzieren.
- Zum System der sogenannten „Diagnosis Related Groups“ (DRGs), deren statistische Konstrukte als virtuelle Produkte erscheinen, müssen sich die Anbieter

⁹ Die Spannung zwischen dem Primat des autonomen, aufgeklärten und am Behandlungsgeschehen partizipierenden Patienten und der de facto weiterhin bestehenden Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung (vgl. Saake 2003) ist erstaunlicherweise bisher noch kein Thema des Managements.

marktförmig verhalten, obwohl de facto kein Gesundheitsmarkt existiert.¹⁰ Die DRGs wurden ursprünglich von Fetter et al. (1991) als Mittel zur Qualitätssicherung konzipiert, nämlich als ein Mittel des Vergleichs, das jedoch nur funktioniert, wenn alle Beteiligten die DRGs ausschließlich für den Gewinn von Informationen nutzen. Seitdem aber den DRGs von der Politik qua Gesetz ein Preis angeheftet wurde und sie entsprechend zu Waren wurden (Samuel et al. 2005), sind sie weniger als Kennzahlen für sinnvolle oder bedarfsgerechte Behandlungsmaßnahmen zu sehen, denn als „leaky black boxes“, die je nach Interessen unterschiedlich beschrieben werden können (Lowe 2001). Entsprechend sind Krankenhäuser aus ökonomischen Gründen gut beraten, ihren Case-Mix-Index in Richtung der (vermeintlich) lukrativeren DRGs anzupassen. Hierdurch kommt es zu Anreizen für eine Über-, Fehl- oder Unterversorgung. Die unterschiedlichen Stakeholder des Gesundheitssystems beobachten dies und versuchen entsprechend gegenzusteuern, was in Form von externen Kontrollen weitere Spannungen generiert.

- Da aufgrund der besonderen Berechnungssystematik zur Bestimmung der Basisfallwerte die antizipierten DRG-Gewinne durch veränderte Mittelwerte im folgenden Jahr wieder wegbrechen können, stehen Krankenhäuser permanent unter einem existenziellen ökonomischen Druck. Dass seit vielen Jahren um die 40 % aller bundesdeutschen Krankenhäuser Defizite schreiben und hier auch keine Besserung zu erwarten ist (siehe Blum et al. 2014, S. 109 f.), kann vor diesem Hintergrund als Konsequenz der Rahmenbedingungen einer Politik gesehen werden, die Krankenhäuser – durchaus intendiert¹¹ – unter Stress setzt, um so einen Kapazitätsrückgang und eine Schließung von Häusern zu erwirken.

Im Rahmen dieses Artikels können wir weder den Implikationen dieser Lagerungen für die Qualität der Krankenversorgung nachspüren,¹² noch sind wir in der Lage, die Diskussion um die gesellschaftlichen Ursachen der oben benannten Entwicklung angemessen zu erörtern. Unbestritten in der soziologischen Diskussion ist der Befund, dass ein allgemeiner Trend zur Verbetriebswirtschaftlichung wohlfahrtsstaatlicher Prozesse festgestellt werden kann (vgl. Bode 2013). Ob die Ursachen hierfür primär in der Durchsetzung einer marktliberalen Ideologie zu sehen sind (so etwa Simon 2000) oder einer Verzahnung unterschiedlicher Systemdynamiken und dem technologischen Wandel geschuldet sind (so Baecker 2008 und tendenziell Vogd 2011), braucht hier nicht verhandelt zu werden. Im Fokus des vorliegenden Beitrages steht allein die Frage, ob und wie das Krankenhausmanagement die genannten Innen- und Außenspannungen aufgreift und bearbeitet.

¹⁰ Der existiert in Deutschland allein schon deshalb nicht, weil die Gesamterlösstruktur im Sinne eines Nullsummenspiels gedeckelt wird. Wir können daher bestenfalls von einem „Quasi-Markt“ sprechen (Le Grand und Bartlett 1993). Siehe zur Begründung ausführlicher Bode und Vogd (2016).

¹¹ Siehe in offener Form etwa Mihm (2013).

¹² Zu einer grundsätzlichen Kritik aus gesundheitsökonomischer Perspektive siehe Porter und Teisberg (2006), die zu dem Schluss kommen, dass weder das derzeitige DRG-System noch ein auf Tagessätzen basierendes Abrechnungssystem geeignet ist, den gesundheitlichen Nutzen des Patienten in den Vordergrund zu stellen.

3 Methodologische Überlegungen

Es stellt sich zunächst die Frage, auf Basis welcher metatheoretischen Konzeption sich die zu rekonstruierenden Praxen des Managements fassen und aufschließen lassen. Die Konzeption unterschiedlicher institutioneller Logiken als getrennte Wertosphären (Friedland und Alford 1991) erscheint für unsere Zwecke zu starr, da wir mit ihr die Vermittlung oder Beziehung zwischen unterschiedlichen Logiken nicht selbst als Operationen fassen können, die ihrerseits einer beschreibbaren Logik folgen. Wir würden tendenziell bei einem Konfliktmodell stehen bleiben müssen, das Ambivalenz nur als Widerspruch denken kann.¹³ Insofern wir es mit klar definierten Berufsgruppen zu tun haben, ergibt eine solche Perspektive zunächst zwar heuristisch Sinn.¹⁴ Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass das damit weiterhin mitgeführte Hegemonie-Widerstand-Modell in Hinblick auf die empirisch zu beobachtende Komplexität nicht trägt, denn wir entdecken in der Wirklichkeit auch gleichsam fraktal ineinander verschränkte Perspektiven (Numerato et al. 2012). Es kann entsprechend also nicht einfach von einem Mehr des einen zu Lasten des anderen ausgegangen werden.¹⁵

Wenngleich sich nicht abstreiten lässt, dass ein Teil der Krankenhäuser so massiv unter Druck gerät, dass die ökonomische Anpassung für sie zur Existenzfrage wird, ist nicht ausgemacht, dass damit ein Managementstil einhergehen muss, der ärztliche und medizinische Belange ökonomischen Denkfiguren subordiniert.¹⁶ Dass beispielsweise Knappheit auch dazu führen kann, eine Engführung der Prozesse auf die medizinischen Kernaufgaben der Krankenbehandlung zu erreichen, um damit zugleich zweckfremde mikropolitische Lagerungen auszuhebeln, oder Mikropolitik genutzt werden kann, um ökonomische Erwartungen bestimmter Stakeholder zu unterlaufen, lässt sich aus der Perspektive eines binären Modells kaum denken.

Auf welche Weise lassen sich solche Verhältnisse nun methodologisch fassen? Mit Blick auf die rekonstruktive Sozialforschung bietet Ralf Bohnsacks „Dokumentarische Methode“ einen guten Ausgangspunkt, da sie empirische Interaktionssituationen immer schon als multiple, sich überlagernde Erfahrungsräume begreift (Bohnsack 2010). Dabei tritt das Arrangement der hier zum Ausdruck kommenden unterschiedlichen Formationen seinerseits als eigenständiger Erfahrungsraum in Erscheinung (Bohnsack 2014).¹⁷ Was sich mit der Dokumentarischen Methode jedoch

¹³ So stellenweise bei Bode (siehe etwa Bode 2010).

¹⁴ So etwa Reay und Hinings (2009).

¹⁵ Auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive gehört es zunehmend zu den Kernaufgaben des Krankenhausmanagements, eine produktive (Macht-)Balance zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen mit ihren jeweils unterschiedlichen professionellen Orientierungen zu finden (Berchtold et al. 2007; Habersam 2009).

¹⁶ Mit Bär (2011, S. 255) spricht einiges dafür, die „Ökonomisierungsthese als Erklärungsansatz kritisch“ zu hinterfragen, da empirisch „nämlich keine Entdifferenzierung – als erwartbare Konsequenz –, sondern eine fortschreitende Binnendifferenzierung zu konstatieren ist“.

¹⁷ Die Dokumentarische Methode schließt das Material systematisch in den drei Schritten formulierende Interpretation, reflektierende Interpretation und komparative Analyse auf. Siehe zur Nutzbarmachung dieser Methodologie in der Organisationsforschung Amling und Vogd (2017). Siehe zur Interviewauswertung auch Nohl (2006).

nicht so recht fassen lässt, sind die *Reflexionsverhältnisse*, in denen die unterschiedlichen Erfahrungsräume im Rahmen einer konkreten Praxis in Beziehung gesetzt werden. Deshalb greifen wir den Vorschlag von Till Jansen et al. (2015) auf, die dokumentarische Organisationsforschung um eine *Kontexturanalyse* zu erweitern.

Die Kontexturanalyse ermöglicht es, verschiedene, auch divergierende Erfahrungsräume und Reflexionsperspektiven systematisch zueinander in Beziehung zu setzen. (Berufs-)Gruppen, Stakeholder, hierarchische Positionierungen, mikropolitische Konstellationen, Patienten oder auch einzelne menschliche Akteure im Management werden als eigenständige und logisch gleichberechtigte Reflexionsperspektiven – sprich: Kontexturen – beschrieben. Gleiches gilt für die typischen Außenspannungen eines Hauses (z. B. Gesetze, Machtverhältnisse, Märkte, Wahrheiten, Medienresonanz, konkurrierende Organisationen). Alle diese Reflexionsperspektiven können wiederum – insofern sie kommunikativ etabliert (d. h. sozial enacted) worden sind – das Verhältnis anderer Kontexturen zueinander moderieren. An dieser Stelle ist jedoch mit Blick auf die zuvor eingeführte Begrifflichkeit der Innen- und Außenspannungen zu betonen, dass im Rahmen der Kontexturanalyse die Innen-Außen-Unterscheidung wiederum selbst als Konstruktions- und Vermittlungsleistung begriffen wird. Denn auch diese Unterscheidung entsteht erst in Koproduktion mit anderen Reflexionsverhältnissen, wird in ihnen aufgebaut und stabilisiert – man denke beispielsweise an die Freund-Feind-Schemata, deren Etablierung dann erst den äußeren Gegner, das zu verteidigende Eigene und damit den Zwang, innerhalb der eigenen Gruppe zusammenzuhalten, sowie die hiermit einhergehende politische Semantik hervorbringt.

Die Kontexturanalyse erlaubt es, zwischen drei verschiedenen Formen der *Vermittlung* bzw. des *In-Beziehung-Setzens* von unterschiedlichen Reflexionsperspektiven zu differenzieren: Die Existenz anderer Perspektiven kann (1) negiert werden (*partielle Rejektion*),¹⁸ (2) andere Perspektiven als fremde anerkannt, aber zurückgewiesen, oder nur im Modus des Als-ob bearbeitet werden (*totale undifferenzierte Rejektion*) oder aber (3) als relevante eigene Perspektiven integriert und als fremde rezipiert, aber dennoch als ernst zu nehmend berücksichtigt werden (*totale differenzierte Rejektion*).¹⁹

¹⁸ Die partielle Rejektion – um einen Hinweis von Martin Feißt aufzugreifen – setzt strenggenommen keine Kontexturen in Beziehung bzw. stellt – zumindest aus ihrer Perspektive – die Operation des Nicht-in-Beziehung-Setzens dar. Sie verbleibt innerhalb ihrer eigenen Selbstreferenz und kennt nur die eigenen Wertigkeiten. Eine partielle Negation ist daher die Negation innerhalb einer Kontextur, sie ist intrakontextural. Genau hierin liegt der Unterschied zur totalen Rejektion. Diese erkennt an, dass es andere Logiken gibt und ist damit eine interkontexturale Operation, die mit anderen Wertigkeiten umgehen kann. Siehe ausführlicher Marotzki (1990, S. 212 ff.).

¹⁹ Um es stärker an die Begrifflichkeiten von Gotthard Günther (1976) angelehnt auszudrücken, der mit der Konzeption seiner polykontexturalen Logik die Grundlage für die hier entfaltete methodologische Perspektive geschaffen hat: „Die *partiellen Rejektionen* stabilisieren die Binnengrenzen einer Kontextur. Hier wird ein vorgeschlagener Wert als Wert abgelehnt. Dies geschieht beispielsweise, wenn ein Geschäftsführer eine bestimmte strategische Idee mit Hinweis auf wirtschaftliche Implikationen zurückweist. Eine mögliche andere Perspektive oder ein Akteur, der einen anderen Welthorizont hat, wird hierbei nicht artikuliert. Die partielle Rejektion ist in dieser Form die einfachste Form der transjunktionalen Operation [gemeint sind logische und semantische Prozeduren, die unterschiedliche Kontexturen zueinander in Beziehung setzen], da sie keine zweite Kontextur als Reflexionshorizont aufbaut, sondern einfach nur zur

Die Kontexturanalyse kann dementsprechend mit dem gleichen empirischen Material arbeiten, das in der Dokumentarischen Methode zur Rekonstruktion der Orientierungsrahmen genutzt wird. Der Fokus der Auswertung ist jedoch ein anderer. Nicht mehr die Orientierungen eines einzelnen Akteurs als Repräsentant eines bestimmten Erfahrungsraums oder einer bestimmten Gruppe stehen im Vordergrund, sondern die Ordnungsverhältnisse unterschiedlicher Perspektiven zueinander. Diese lassen sich über die Art und Weise erschließen, wie verschiedene Positionen und Reflexionsperspektiven in der Praxis zueinander in Beziehung gesetzt werden. Jedes mögliche wie auch empirisch vorfindliche Arrangement entspricht dann einem Typus.

Mithilfe der um die Kontexturanalyse erweiterten Dokumentarischen Methode verfügen wir über einen metatheoretisch wie auch methodologisch fundierten Rahmen, um uns nun den komplexen Reflexionsverhältnissen im gegenwärtigen Krankenhausmanagement aus empirischer Perspektive zu nähern.

4 Krankenhausmanagement als dynamisches Arrangement inkommensurabler Perspektiven

Die im Folgenden dargestellten Beispiele und Analysen sind Teilergebnisse der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Studie „Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement“.²⁰ Das Datenmaterial entstammt Experteninterviews mit Vertretern des Krankenhausmanagements (in der Regel bestehend aus kaufmännischer Leitung, ärztlichen Direktoren und einem Vertreter aus der Pflege), die – wenn möglich – durch teilnehmende Beobachtungen aus Leitungssitzungen ergänzt wurden.

Das Sample bestand aus zwölf Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung, wobei sich jeweils vier Häuser in privater, in öffentlicher und in konfessioneller bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft befanden. Ein weiterer Vergleichshorizont war der Standort der Krankenhäuser entweder im Zentrum oder der

Grenzsicherung zwischen einem ‚Wir‘ und einem unbestimmten Fremden dient‘ (Jansen et al. 2015, Abs. 27).“

Demgegenüber sind jetzt logisch zwei Formen denkbar, wie die Perspektive einer bestimmten Alterität integriert wird: „Die *totale undifferenzierte Rejektion* nimmt nun eine solche Artikulation vor. Ein ‚Anderer‘ im Sinne einer alternativen Reflexivität wird benannt. Jedoch wird auf diese Perspektive nicht als zu verstehende und zu berücksichtigende Bezug genommen. Sie wird vielmehr als illegitim, korrupt, krank oder mit ähnlicher Begründung abgelehnt. Betrachtet etwa ein Chefarzt den kaufmännischen Leiter nur als ‚Feind guter medizinischer Praxis‘, ohne seine Sprecherposition zu akzeptieren, so kann man von einer totalen undifferenzierten Rejektion reden.

Eine *totale differenzierte Rejektion* führt die Perspektive des fremden Raums mit, indem sie diese zu verstehen sucht und sich zu ihr in Beziehung setzt. Sie benennt ein signifikantes Anderes, das es zu verstehen und zu beachten gilt. Dies ist etwa der Fall, wenn ein kaufmännischer Leiter sich der Tatsache bewusst wird, dass die Kennzahlen des Controllings nur bedingt eine gute medizinische Praxis abbilden, bzw. dass der wirtschaftliche Erfolg seines Hauses letztlich aber von den Ärzten abhängt. Gutes Management hieße dann, die Grenzen der Kennzahlen und ihre spezifischen blinden Flecken zu erkennen, um mittels dieses Wissens wieder bessere Zahlen zu schreiben, indem man die Eigenreferenz der ärztlichen Profession anerkennt.“ (Jansen und Vogd 2017, S. 268)

²⁰ Die Laufzeit war 10/2013 bis 12/2016. Siehe auch die Abschlusspublikation Vogd et al. (2017).

Peripherie einer Stadt, da sich die Krankenhäuser diesbezüglich sowohl mit Blick auf unmittelbare Konkurrenten als auch den in peripheren Lagen zunehmend anzutreffenden Personalmangel deutlich unterscheiden.

In der nachfolgend dargestellten Analyse beschränken wir uns auf ein Fallbeispiel, um die innerhalb des Managements aufscheinenden Reflexionsdynamiken als Gesamtheit fassen zu können. Das untersuchte Haus²¹ hatte, bevor es zwei Jahre vor der Untersuchung von einem privaten Träger übernommen wurde, massive Defizite geschrieben und befand sich nun auf einem „Konsolidierungskurs“, sodass in Aussicht stand, im folgenden Jahr schwarze Zahlen zu schreiben. Das Krankenhaus befindet sich am Rande eines Ballungsgebiets, weshalb in Hinblick auf die stationären Versorgungsangebote mit einer erheblichen Konkurrenz zu rechnen ist. Zugleich ist das Haus aber in die Gemeinde eingebunden, sodass auch lokalen Ansprüchen gerecht zu werden ist. Im Kontext des gesamten Samples steht der dargestellte Fall für Problemkonstellationen, die viele der bundesdeutschen Krankenhäuser teilen. In diesem Untersuchungsfall zeigt sich jedoch eine spezifische Form, wie diese durch das Management aufgegriffen und bearbeitet werden.

4.1 Außenspannungen: Politische Planung und Konkurrenz

Im Interview mit dem kaufmännischen Leiter, der im Auftrag eines privaten Trägers die Geschäfte des Hauses führt, erscheint zunächst die (Landes-)Politik als eine für das Krankenhaus zentrale Reflexionsperspektive. Die Politik wird als derjenige Ort markiert, von dem aus der eigentliche Druck auf das Krankenhaus ausgeht. Die Krankenhausplanung erzwingt eine gewisse strategische Ausrichtung, die zu den Eigeninteressen des Hauses in Widerspruch treten könnte:

Kaufmännischer Leiter (KL): Ja, ich habe sehr viel damit zu tun. Wir haben hier in [Name des Bundeslandes], ab 2015 haben wir einen Landeskrankenhausplan, der neu strukturiert wird, und da wie gesagt/ entweder Ziel ist es, Abteilungen oder ganze Häuser zu schließen, von daher haben wir natürlich mit zu tun, weil als kleineres Haus ist man durchaus von den Bestrebungen natürlich betroffen und es gibt halt gewisse Ziele und die möglicherweise auch nicht im Einklang mit unserer Strategie und unserer Ausrichtung stehen, natürlich müssen wir da informiert sein. Wir haben aber auch/ auf Kreisebene haben wir auch einen Austausch unter den Geschäftsführern und den Leitern der einzelnen Häuser, und da bin ich halt auch vertreten, und wir stimmen uns da auch durchaus ab. Also, das sind zwar Wettbewerber, aber die haben auch/ zum Beispiel im Bereich Geriatrie wird gefordert, es gibt/ wenn es zusätzliche Betten gibt im Bereich Geriatrie, und da haben sich jetzt viele angemeldet, dass sie das gerne haben möchten, diese Betten, und da muss man halt auch ein Versorgungsnetzwerk abbilden.

²¹ Alle Namen und inhaltlichen Details, die zur Identifizierung der befragten Akteure oder Kliniken führen könnten, sind verfremdet worden.

Interviewer (I): Heißt?

KL: Dass man halt Kooperation mit anderen Häusern darstellen muss, versichern muss, dass es diese Kooperation gibt.

I: Ja. Also kooperiert ihr alle, um/ (lacht)

KL: Also wenn wir alle hochrüsten oder so, dann verlieren wir am Ende genauso.

I: Klar.

KL: Ja, das gibt es ja in der Wirtschaft, in anderen Branchen gibt es das ja auch [...].

Bemerkenswert an dieser Passage ist die Thematisierung der existenziellen Abhängigkeit von einer Politik, die einerseits eine weitere Reduktion der Krankenhauskapazitäten anstrebt, andererseits aber auch strategische Korridore definiert, in denen medizinische Kapazitäten ausgebaut werden können. Hierdurch ergibt sich für die Geschäftsführung eine prekäre Wettbewerbssituation, denn wenn „alle hochrüsten“ würden, würde das eigene Haus „am Ende verlieren“. In diesem Sinne erscheint es wichtig (wenngleich an dieser Stelle nur angedeutet), die seitens der Politik induzierte Konkurrenz zu unterlaufen, indem man sich mit den Leitern der anderen Häuser abspricht oder sich komplementär zu deren strategischen Entscheidungen orientiert. Zudem wird deutlich, dass auf die Vorgaben der Politik allein im Medium der Schrift geantwortet zu werden braucht und dass sie allein dadurch bedient werden können, dass man sie formal im Modus des Als-ob abbildet. Es kommt auf die *Darstellung* des „Versorgungsnetzwerkes“ an, nicht jedoch darauf, ob dieses im Sinne einer belastbaren Form als reale medizinische oder pflegerische Kooperation verwirklicht wird.

Um es in den Begriffen der Kontexturanalyse zu reformulieren: Im Sinne einer totalen differenzierten Rejektion wird hier also die Reflexionsperspektive der Politik aufgegriffen (sie will Marktberreinigung durch Konkurrenz bei Nachweis von medizinischer Kooperation), woraufhin sie jedoch in der Praxis so modifiziert wird, dass die Konkurrenz minimiert und die Kooperation zunächst nur formal dargestellt wird, sodass die eigenen Handlungsoptionen nicht zu sehr eingeschränkt werden.

Eine weitere in unserem Zusammenhang interessante Verschränkung von Reflexionsperspektiven ist die Verbindung von Recht und strategischer Planung. Die Politik wie auch die Krankenkassen arbeiten daran, medizinische Kapazitäten auf der Angebotsseite zu verknappen. Dies gilt insbesondere für die Vorhaltung der kostenaufwändigen Spezialkapazitäten in der Chirurgie. Vor diesem Hintergrund kann ein Krankenhaus in solch einem Feld ein Alleinstellungsmerkmal gegenüber konkurrierenden Häusern gewinnen. Damit ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen der Bedarfsplanung der Kassen und der strategischen Aufstellung eines Krankenhauses. Im dargestellten exemplarischen Fall geht das Krankenhausmanagement in der Frage der Einrichtung einer Wirbelsäulenchirurgie in einen offenen Konflikt mit den Krankenkassen, um die Sachlage mithilfe des Rechts zugunsten der Klinik entscheiden zu lassen:

KL: Und da haben die Kassen lange Zeit gesagt: ja, aber Wirbelsäulenchirurgie oder so, ihr habt keine Wirbelsäulenchirurgie, dann sind Leistungen nicht

gezahlt worden. So, und dann muss man halt vor das Gericht oder vor die Schiedsstelle gehen, sich das Ganze dann einklagen.

I: Gibt es da eine Vereinbarung zwischen Kasse und/ also Kostenträger und Haus [...]?

KL: Nein, es funktioniert, dass man diese Leistung dann einfach, dass man die Leistung dann anbietet. Weil wir davon ausgehen, dass wir das machen dürfen und diese Leistung, diese Ziffer, diese DRG dann abrechnen dürfen. Und ab und zu passiert es, dass die Kassen dann sagen: nein, das ist nicht in eurem Versorgungsauftrag. Es gibt da so gewisse Punkte, so Klassiker [...]. Wir haben extra einen Juristen. Wir haben da Spezialisten. Gibt da auf Medizinrecht oder Krankenhausrecht spezialisierte Juristen. [...] Ja, das sind natürlich Kontakte, die schon mal genutzt worden sind [...].

I: Und welche/ worum ging es da?

KL: Um die Wirbelsäule ging es da.

I: Und/ also, die habt ihr aufgezoogen und dann?

KL: Sind Rechnungen nicht bezahlt worden.

I: Sind Rechnungen nicht bezahlt worden. Und/ also das/ ich meine, wahrscheinlich war das/ wart ihr euch dieses Risikos und aber auch dem Ausgang/ also war das ein Risiko oder war das eigentlich klar, dass das durchkommt oder wie?

KL: Sind Rechnungen nicht bezahlt worden. [...] Die Rechtsprechung hatte/ ich sage mal, die Rechtsprechung hatte in zehn Fällen schon positiv dafür entschieden, dass es eben keine/ wenn man chirurgische Betten hat, das ist keine Ausdifferenzierung oder dass man keine spezifischen wirbelsäulenchirurgischen Betten hat, das gibt es auch nicht. Das war relativ eindeutig, und deswegen haben wir das gemacht.

Dieses Beispiel ist in Bezug auf die hier verschränkten Kontexturen hochinteressant. Mit Blick auf die Reflexionsperspektive der Krankenkassen begegnen wir einer *totalen undifferenzierten Rejektion*, denn die Systemreferenz der Krankenkasse (Kostendämpfung, Reduktion des Angebots) wird vollkommen ausgeblendet oder übergangen, ohne auch nur symbolisch als legitime Perspektive aufgegriffen zu werden. Man spielt mit dem Recht gegen die Kassen, um gegenüber anderen Krankenhäusern einen strategischen Vorteil zu gewinnen, den nur diejenigen Akteure nutzen können, die hinreichend in die rechtlichen Verfahrensweisen eingearbeitet sind, um zu wissen, dass damit kein Risiko verbunden ist. Man muss nicht theoretisch, sondern praktisch um das Recht wissen (nämlich, dass es in einer Reihe anderer Fälle bereits gut gegangen ist), um genügend Sicherheit zu haben, entsprechende Vorinvestitionen zu leisten (in diesem Fall den Aufbau einer entsprechenden chirurgischen Abteilung). Insgesamt wird an dieser Stelle die Raffinesse deutlich, mit der die Referenzen der unterschiedlichen Funktionssysteme zueinander in Beziehung gebracht werden.

4.2 Netzwerke: Organisationsgrenzen unterlaufen und überschreiten

Eine weitere Reflexionsperspektive, die für das Krankenhausmanagement von hoher Bedeutung ist, ist das Verhältnis zu den Zuweisern, darunter insbesondere zu den ambulanten Fachärzten, die ihre Patienten bei Bedarf in ein Krankenhaus überweisen. Die kaufmännische Leitung gibt an, diesbezügliche Aufgaben den ärztlichen Direktoren zu überantworten, und betont als übergreifende abstrakte Reflexionsfigur, dass gute medizinische Qualität und Leistung zähle, man dies aber auch den Zuweisern gegenüber darstellen müsse.

Darüber hinaus erklärt der kaufmännische Leiter, dass die Geschäftsführung ihrerseits aktiv Gespräche mit den Zuweisern in Hinblick auf die „Qualität“ der Fachabteilungen führe (KL: die „stehen halt für gute Medizin“). Zudem gehe jede Patientenbeschwerde über den Tisch des kaufmännischen Leiters, der dann mit dem Patienten Kontakt aufnehme, um persönlich auszudrücken, dass man sich seines Problems annehme. Auf diese Weise versuche die Geschäftsführung auch, Einblicke in interne Abläufe und Problemlagen des Krankenhauses zu gewinnen (KL: „Man erfährt viel über das Haus natürlich, wo es gut läuft, wo es nicht gut läuft“).

Betrachten wir diesbezüglich aus einer komplementären Perspektive den Bericht des Chefarztes der Kardiologie, der ebenfalls im Leitungsteam vertreten ist. Dieser erzählt, dass er zunächst ohne Erfolg versucht habe, durch Kontaktpflege mit den ambulanten Fachärzten ihr Verhalten gegenüber Krankenhauseinweisungen zu verändern. Der eigentliche Durchbruch habe sich jedoch erst bei einem Gartenfest ergeben, wodurch er in den lokalen „Insiderkreis“ aufgestiegen sei. Die vermeintlichen Qualitätsindikatoren (z. B. Arztbriefe) seien demgegenüber ebenso bedeutungslos wie die Routinebefragung des Einweisers. Deutlich werde dies beispielsweise anhand einer Begebenheit, als sich ein kaufmännisches Mitglied der Geschäftsführung bei einem ambulanten Facharzt über die Leistungen des interviewten Krankenhausarztes erkundigte. Dieser berichtet, der „Kumpel“ habe „die eiskalt abtropfen lassen“ und ihn zudem abends noch angerufen, um ihn über den Vorfall zu informieren:

Chefarzt Kardiologie (CA1): So, und jetzt werde ich mal sagen, was die Geschäftsführung nie erfährt und was auch ich selber bis dahin nicht erfahren habe, und zwar: Ich bin auch zu Niedergelassenen gegangen, nett, freundlich, ne, finden alles toll – und haben trotzdem nicht einen überwiesen, ne. So. Und ich kenne jemanden, der ist hier seit drei Generationen in der ganzen Inzest-Mafia tief verwurzelt. [...] Und den kannte ich hervorragend. Ich habe dem Vater zweimal das Leben gerettet und der Mutter und waren immer nett beieinander. Einmal hat der mich eingeladen. Und komischerweise bei dieser Einladung saß dann der dritte Bürgermeister der Stadt da, zwei Einweiser saßen da – von denen ich jetzt auch regelmäßig auf Gartenfest und so eingeladen werde –, und auf einmal war ich in dem Insiderkreis drin. Und der Gleiche, der mich nett, freundlich hat abtropfen lassen – ja, beim Praxisbesuch, dass ja alles toll ist, und trotzdem nicht eingewiesen hat –, hat mir dann Sachen erzählt, wo ich ja beinahe rückwärts umgefallen bin. Ne, so funktioniert Dorf. [...] Aber das fand ich so ganz interessant, was man da wirklich lernen musste.

[...] und wo ich dachte, so: Ja, du klapperst hier eine Praxis nach der anderen ab.

I: Sie gehen zu den Praxen?

CA1: Ja, ja klar. Habe ich schon gemacht, habe ich schon mehrere Praxenrunden gemacht, ja. So, schon mehrere Praxenrunden gemacht, und die erzählen dir eigentlich immer so: Ja, da war der Arzt mal nicht gut, ja. Also nichtssagende Sachen. [...] Worauf die Geschäftsführung zwar anspringt, die nichtssagend ist, ja. Das heißt: Jedes Krankenhaus, ja, macht fünf Prozent Schrottbriefe. Entweder ich sage: 95 % waren gut, oder ich sage: Zeige mal dem Geschäftsführer oder dem [Name], der da hinkommt – hier Schrottbrief. Ja, okay?

I: Ja.

CA1: So. Aber ansonsten ist alles gut, und ich weise trotzdem nicht ein oder so. Das Schöne war: Die Geschäftsführung war ja auch mal bei einem Kumpel von mir, ne, und hat sich nach mir erkundigt, die ist dann Internisten-Chefin. Ja, und der hat die ganz eiskalt abtropfen lassen (lachend) und denen so ungefähr gesagt, ne: „Der [Name]? Kann ich nicht viel sagen, arbeitet unauffällig“, dies, das. (lacht) Ruft mich dann am Abend an: „Hörma, die machen da“. (lacht)

Diese Interviewpassage ist aus verschiedenen Gründen aufschlussreich. Es wird deutlich, dass der Chefarzt – seinerseits als leitender Angestellter mit Managementaufgaben vertraut – aktiv an den für das Krankenhaus wichtigen Netzwerken arbeitet. Entgegen dem abstrakten betriebswirtschaftlichen Schema „Leistung und Qualität rentiert sich, man muss sie nur kommunizieren“ (etwa in routinemäßig durchgeführten Praxisrunden), kommt es hierbei jedoch weniger auf die vermeintlich harten Leistungsindikatoren an, sondern vielmehr darauf, in das Netzwerk der „Inzest-Mafia“ aufgenommen zu werden. In Bezug auf das Ergebnis für das Krankenhaus erscheinen beide Perspektiven allerdings komplementär. In der formalen Außen- darstellung geht es um Leistung und Qualität, in der Praxis um eine erfolgreiche Vernetzung, die weitere Anschlüsse in Form von Patienteneinweisungen sichert. Das Einweisermanagement führt hier gerade deshalb zum Erfolg, weil der Chefarzt als autonom agierender Akteur in Differenz zur betriebswirtschaftlichen Orientierung gehen kann, um auf diese Weise etwas zum Erhalt des Hauses beizutragen.

Die Kontexturanalyse kann darüber hinaus auf weitere Dynamiken hinweisen. Mit Blick auf das Konstitutionsproblem der Kommunikation (der andere bleibt immer intransparent, man kann nur Absichten, Zwecke und Motive zurechnen und versuchen, dies durch weitere Kommunikation zu kontrollieren) wird deutlich, dass:

- a) die Geschäftsführung nicht unmittelbar, sondern nur mittelbar auf das Handeln der leitenden Ärzte durchgreifen kann;
- b) das Verhalten der Einweiser nicht bzw. nur bedingt durch kommunikative Manipulation beeinflussbar ist;
- c) aus der Beziehung zwischen Krankenhausärzten und ambulanten Ärzten ein Eigenwert entstehen kann, dessen Werthorizonte nicht unbedingt den ursprünglichen Steuerungsintentionen (hier: Qualität und Effizienz durch Konkurrenz) entspricht. Das Netzwerk erscheint jetzt selbst als Kontextur, die einerseits vermittelnd in den Prozess eintritt und andererseits nun andere Referenzen rejizieren lässt.

Infolgedessen ergibt sich ein Arrangement, das der jeweils übergeordneten Stelle intransparent bleiben muss („was die Geschäftsführung nie erfährt“) und dem die beteiligten Akteure mit einer gewissen Ambivalenz begegnen, da sich das Unterlaufen von durchaus rational erscheinenden Werthorizonten (Qualität, Leistung, Effizienz) im Sinne einer nützlichen, aber zugleich unlauter erscheinenden Kumpanei („Inzest-Mafia“) nicht kohärent als „gut“ darstellen lässt. Die Kommunikation von Werten entspricht per se nicht der Praxis der Werte – Leistungen können performativ immer auch im Modus des Als-ob postuliert werden –, weshalb der Umweg, diesbezügliche Unsicherheitslagen durch Interaktionsnetzwerke zu bearbeiten, in der Praxis als das kleinere Übel angesehen wird.

Dadurch entsteht zumindest eine Gruppe, die zusammenhält, deren Mitglieder sich über drohende „externe“ Gefahren informieren (und seien es die Nachfragen des Geschäftsführers) und sich im Zweifelsfall helfen, Fehler (die immer passieren können) zu kaschieren. Zudem informieren sie sich gegenseitig – etwa in Form von Tratsch –, wem man seine Patienten bei bestimmten Problemen nicht anvertrauen sollte. Nicht zuletzt werden dadurch auf einer niederschweligen Ebene kritische Rückmeldungen zu Problemen im eigenen Haus möglich.²² An dieser Stelle wird auch verständlich, warum die Eintrittsschwelle für einen solchen „Insiderkreis“ hoch gehalten werden muss, denn einerseits muss erst das hierfür notwendige Vertrauen gewonnen werden, andererseits liegt es in der Natur der Sache, dass diese Kreise klein gehalten werden müssen, da die für diesen Modus der Sozialität notwendige Kommunikation unter Anwesenden nicht auf beliebig viele Partner ausgedehnt werden kann. Es geht vielmehr darum, verlässliche Knotenpunkte zu gewinnen, die über eine gewisse Dauer hinweg konstant adressiert werden können.

Im Sinne des bereits von Freidson (1975) beschriebenen „doctoring together“ gewinnen Ärztenetzwerke eine zentrale Funktion in der Rückbindung abstrakter Konzepte an die Logik der Praxis in ihrer vielfältigen Komplexität. Hierzu ein weiterer Gesprächsausschnitt mit dem Chefarzt für Kardiologie, in dem er die Sinnhaftigkeit des Aufbaus eines weiteren Herzkatheterlabors thematisiert:

CA1: Nein. Also ich meine: Die [gemeint ist die Geschäftsführung] ackern wirklich relativ viel, aber ich glaube – jetzt kommt es – ich komme ja aus der Praxis, ne, [...]. Aber deswegen packe ich ja die Punkte an und erkenne die auch, was halt nicht in Büchern so steht, [...] Krankenhausmanagement-Bücher – ich habe da auch so eins rumfliegen, ne – aber, glaube ich, dass die noch nie richtig im Krankenhaus gearbeitet haben oder noch nie mit Niedergelassenen richtig, beim Bierchen mal geredet haben [...], da gibt es inzwischen auch ganz nette Geschichten, ne. Und hier [Name des Krankenhausträgers] wollte ja auch mal ein Herzkatheter-Labor hierhermachen. Dann sagt mein Kumpel zu mir: „Hör mal [Name CA1], ob du nun Herzkatheter machst oder nicht, das ist so was von scheißegal, ja. Wenn ich wirklich eine High-End-Intervention haben will, dann schicke ich den eh nach [Name Nachbarstadt].“

²² Im diesen Sinne äußert der gleiche Chefarzt im Interview: „Letzte Woche? – War ich auch mit einem Kollegen mal ein Bierchen trinken, da sagte er auch: ‚[Name CA], ärztlicherseits ist das wirklich gut geworden, hier. Ja. Aber meine Patienten kommen wieder und sagen: Scheiß Service, unfreundliche Schwestern, und es ist überall dreckig hier.‘“

Die haben vier Herzkatheter-Labore und eine Herzchirurgie [...]. Ich möchte, dass du ah Gatekeeper bist, hier in dem Haus, und [...] diese Entscheidung für mich abklärst. Und ich möchte glückliche, zufriedene Patienten haben und zurückhaben. Punkt. Und dabei ist es mir scheißegal, ob du nun selber den Katheter machst, ob [Name Träger 2] den Katheter macht oder das [Name Träger 3] den Katheter macht.“

An dieser Stelle wird deutlich, welche Vorteile aus dem Vertrauensverhältnis innerhalb eines Netzwerkes gezogen werden können und dass dieses nicht mechanisch vorausgesetzt werden kann, sondern erst erarbeitet werden muss. Zudem zeigt sich auch hier, dass die divergierende Perspektive des Chefarztes ein notwendiges Komplement zu den Überlegungen der kaufmännischen Leitung ist, damit das Management zu einer praxistauglichen strategischen Entscheidung gelangen kann. Damit wird auch offensichtlich, dass das Krankenhausmanagement gut beraten ist, insbesondere die Chefarzte als autonome Akteure zu adressieren und sie in die Managementverantwortung mit einzubinden.

Um es wieder aus der Perspektive der Kontexturanalyse zu reformulieren: Das Netzwerk bringt eine weitere, eigenständige Reflexionsperspektive hervor, der zufolge der Chefarzt zugleich als Teil seiner Organisation wie auch außerhalb dieser stehend erscheint. Im Sinne einer totalen differenzierten Rejektion kann die jeweils ausgeschlossene Seite situativ wieder in die Organisation bzw. das Netzwerk eingeführt werden.²³ Es entstehen Freiheitsgrade, die zur Stabilisierung des Gesamtarrangements genutzt werden können, da sowohl das Netzwerk als auch die Organisation die jeweils andere Seite zum Strukturaufbau nutzen kann.

4.3 Innenspannungen

Im zeitgenössischen Krankenhaus ist insbesondere eine Innenspannung hochvirulent: die Erwartung an große Fallzahlen und Leistungsmengen bei hohem Einsatz für die Belange des Patienten, obgleich nur begrenzte Personalressourcen zur Verfügung stehen. Dadurch stellt sich dem Krankenhausmanagement die Frage, wie die Mitarbeiter des entsprechenden Hauses beständig zu hoher Leistung motiviert werden können, obwohl nicht direkt auf die ärztliche und pflegerische Leistungsbereitschaft durchgriffen werden kann.

In Hinblick auf den Umgang des Managements mit diesem Bezugsproblem zeigen sich unterschiedliche Modi. In manchen Kliniken werden beispielsweise auf der Basis von Ampelsystemen ökonomische Zielparameter für die einzelnen Abteilungen festgelegt und zudem wöchentlich Berichte veröffentlicht, in denen die diesbezüglichen Erfolge der Stationen miteinander verglichen werden. Die Geschäftsführung des hier vorgestellten Krankenhauses wählte einen anderen Weg. Die Daten zur Kosten- und Erlösstruktur werden zwar erhoben, jedoch im Regelfall nicht unmittelbar an die betroffenen Akteure zurückgespiegelt. Stattdessen wird darauf gesetzt, dass insbesondere das ärztliche Spitzenpersonal sein Potenzial selbstständig ausschöpft.

²³ Zu solch hybriden Arrangements siehe auch Teubner (2006).

Dies schließt allerdings nicht aus, dass die Geschäftsführung problematische Bereiche identifiziert und dort ggf. interveniert:

Kaufmännischer Leiter (KL): (Seufzt) Also wir sind jetzt gar nicht so ein, wie soll ich das sagen, also nicht so durchanalytisch, dass wir dann sagen, man guckt sich jetzt jede einzelne Abteilung an. Also wir sind zum Beispiel schon mal gar nicht so ein Verfechter von Kostenstellenrechnungen, also wir gucken uns natürlich/ wir gucken uns monatlich dann die Leistungsmenge an, und wir gucken uns die CM-Punkt-Entwicklung an. [...] Also die Case-Mix-Punkte.

I: Okay, ja.

KL: Also das heißt, die Erlöse gucken wir uns an, die Kosten gucken wir uns ab und an an, aber letzten Endes, ja also das fängt/ bei den Allgemeinkosten fängt das schon an, wo man sich dann fragen kann, okay, wie schlagen wir die Verwaltung jetzt auf die einzelnen Abteilungen um. Und selbst wenn das so ist, was sagt uns das, wenn eine Innere irgendwie so und so viel Erlöse gebracht hat und ein anderer Bereich bringt so und so viel. Also die müssen das Gefühl haben irgendwie, dass jeder das macht so gut, wie er kann, dass er das Potenzial hier ausschöpft, und dann geht das eigentlich für uns in Ordnung. Dann geht das auch in die richtige Richtung. Und ich glaube, das ist auch das, was durchaus das Arbeiten hier auch, will nicht unbedingt sagen angenehm, wäre das falsche Wort, aber ich glaube, es ist durchaus ein fairer Weg, miteinander umzugehen, dass man sagt, okay, natürlich wollen wir die Leistung irgendwie oder das Potenzial oder dafür, was die Versorgung, für die wir hier nun mal stehen, dass wir da ein optimales Leistungsangebot dann schaffen und uns personell aufstellen. Und wenn wir das Gefühl haben ja, das macht jemand in dem Rahmen, dann ist das auch erst mal/ grundlegend ist das erst mal okay.

I: Okay, also kommt hier eher Gesamt/ Gesamtlage an als die einzelnen/ die Leistungen der einzelnen Abteilungen?

KL: Ja, wir schauen die uns schon an, klar, aber es gibt/ es geht darum, wenn jemand, wie soll ich sagen, die Leistung steigert oder wenn jemand ein gutes Angebot macht, gute/ die stehen halt für gute Medizin, und wenn wir sagen, da wird gute Medizin gemacht, und das Patientenfeedback, das spielt halt auch eine große Rolle. Wenn das Patientenfeedback gut ist, dann sagen wir okay, dann kommt das auch von alleine, als wenn man da irgendwie jetzt nur irgendwelche Berechnungen machen, die ohnehin dann umstritten sind, wie viele Gemeinkosten auf die einzelnen Bereiche. Also der Deckungsbeitrag per se bei den Kosten ist positiv. [...]

I: Ja. Und wie/ also, ich habe das mal so gesehen, dass da manchmal mit so Cockpits gearbeitet wird, mit so einem Ampelprinzip, macht ihr das auch so?

KL: Also es gibt jetzt in dem Sinne nicht unbedingt so Regelkreise. Also natürlich haben wir unsere Daten, die wir planmäßig dann erheben, aber es ist jetzt nicht so, dass wir uns in Zahlen jetzt irgendwie so ergehen und dann irgendwie erst mal zehn Analysen machen, sondern dass wir sagen, okay, der Bereich läuft oder der Bereich läuft nicht. Und wenn er nicht läuft, dann müssen wir halt was tun.

Vor dem Hintergrund, dass es im Rahmen einer Umstrukturierung der Klinik infolge einer finanziellen Krise und der Übernahme durch einen privaten Träger auch im Bereich der Chefärzte zu Entlassungen gekommen ist und das Ziel, schwarze Zahlen zu schreiben, noch nicht vollständig erreicht wurde, ist der ökonomische Druck auf alle beteiligten Akteure weiterhin präsent. Die Ablenkung der hiermit verbundenen Zwänge (also der Verzicht auf Ampelsysteme, welche die ökonomischen Kriterien den Ärzten unmittelbar präsentieren) erlaubt es den Ärzten jedoch, sich mit der ärztlichen Seite ihrer Arbeit zu identifizieren („gute Medizin“ und „Patientenfeedback“), um in diesem Bereich eine außergewöhnliche Leistungsbereitschaft zu zeigen und zudem eigenständig Managementaufgaben zu übernehmen, etwa in Form von Einweiser- und Patientenakquise.

Mit der Kontexturanalyse lässt sich hier ein raffiniertes Arrangement identifizieren, das auf der „Sei spontan!“-Paradoxie (Watzlawick et al. 1990) reitet. Der Anspruch, dass autonom Leistungen erbracht werden, darf nämlich nicht allzu explizit eingefordert werden, sonst verschwimmt die Grenze zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation. In diesem Sinne nimmt der kaufmännische Leiter eine Reflexionsperspektive ein, die sehr wohl auf betriebswirtschaftliche Effizienz zielt („ein optimales Leistungsangebot“), dabei aber zugleich um die Dilemmata der sozialen Konstruktion von Controllingparametern sowie die hierin eingelagerte Machtdynamik weiß²⁴ („Berechnungen machen, die ohnehin dann umstritten sind“). Als Lösung ergibt sich dementsprechend ein Arrangement, das die faktische Fremdbestimmung durch die ökonomischen Zwänge ausblenden lässt, um auf professioneller Ebene so viel Freiraum zu lassen, dass die betreffenden Ärzte selbst entscheiden, wie sie für sich die jeweils prekäre Balance zwischen Medizin, Selbstausbeutung und dem ökonomischen Primat des Überlebens ihres Hauses oder ihrer Abteilung definieren. Aus dieser Perspektive erscheint das Arbeiten zwar nicht „unbedingt angenehm“, kann aber – sofern man das Reflexionsangebot aufgreift – als „fair“ empfunden werden, wengleich dies wohl nur zu dem Preis zu haben ist, dass die persönlichen Leistungsziele mit den Organisationszielen verschmelzen. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass der kaufmännische Leiter dieses Arrangement nicht strategisch im Sinne einer besonders raffinierten Steuerungstechnik einbringt, sondern dass er es – durchaus mit einem authentischen Mitgefühl für die Betroffenen – spontan artikuliert. Im Sinne der Bourdieu'schen „illusio“ ist er gleichsam selbst Teil des hier gelebten Arrangements bzw. Spiels (Bourdieu 2001, S. 360 f.).

Alltagspraktisch wird diese autonomisierende Aktivierung nicht vollständig funktionieren können, weshalb sich die kaufmännische Leitung vorbehält, im Problemfall zu intervenieren, indem sie eine weitere Differenz setzt, die die betroffenen Akteure daran erinnert, sich auf der „richtigen“ Seite zu verorten – nämlich in der Gruppe der Leistungswilligen. Die diesbezügliche Positionierung in den Ausführungen eines chirurgischen Chefarztes lässt diese Dynamik deutlich werden:

Chefarzt Chirurgie (CA2): Da hängen entscheidende Hindernisse immer, zu hundert Prozent an Personen, da sind immer Personen, die, wenn es Probleme gibt, offensichtlich da nicht mitziehen. [...] Also es gibt keine, es gibt

²⁴ Siehe diesbezüglich zum Controlling aus strukturationstheoretischer Sicht Becker (2003).

keine Abteilung in einem Krankenhaus, die den Ablauf so effektiv behindern kann wie die Anästhesie. Weil die Anästhesie, ja, die sozusagen [...], die macht die OP-Planung, und die Anästhesie kann natürlich jederzeit hingehen und kann auch Operationen nicht durchführen. Kann sagen, ja, da fehlt uns noch was. Das können wir jetzt nicht machen, ist zu gefährlich. Also die können den ganzen Betrieb komplett lahmlegen. [...]

I: Und wurde mittlerweile aber gelöst?

CA2: Durch Personalentscheidungen.

I: Wo werden die getroffen?

CA2: Die werden letztlich in einem kleinen Gremium getroffen. In dem Fall mussten sie letztlich getroffen werden von der Geschäfts- beziehungsweise Konzernleitung. Und dann muss man eben halt diesen Schritt halt machen. Muss man auch mal relativ/ man kann jetzt nicht sagen, dass es eine unpopuläre Entscheidung war, weil nämlich letztlich alle chirurgischen Disziplinen da natürlich voll dahinterstanden. Es gibt natürlich immer Leute, die, sagen wir mal so, den gewissen Geist des Verhinderns sehr gut finden, weil sie selbst dann auch weniger arbeiten müssen. Das sind so diese unheilvollen Kaskaden von Nutznießertum, die sich dann da nachschalten.

Als Orientierungsrahmen zeigt sich bei diesem Sprecher – wie auch bei anderen interviewten Akteuren – eindeutig die Selbstverortung in einer Leistungselite, die Faulheit oder Bequemlichkeit nicht zu dulden bereit ist und dementsprechend den Durchgriff der Führung auf die Abteilung ohne Lamento begrüßt. Unter dem ökonomischen Druck, der als organisationaler Zwang zugleich ausgeblendet wird, doch de facto weiterhin präsent bleibt, entsteht ein recht stabiles Arrangement: Die medizinische Elite trägt die Ziele des Krankenhausmanagements mit, da die Ergebnisse begrüßt werden (nämlich die Optimierung der Arbeitsflüsse). Diejenigen Ärzte, die nicht alles geben, die nicht zur Problemlösung beitragen, erscheinen demgegenüber nicht mehr als (gleichberechtigte) Partner, für die man sich einsetzt oder deren Reflexionsperspektiven man überhaupt als legitim in Betracht zu ziehen hat. Sie können also im Sinne einer *totalen undifferenzierten Rejektion* zurückgewiesen werden. Organisatorisch balanciert wird dies wiederum durch eine immer noch mindestens dreistufige Hierarchie aus Chefarzt, Oberarzt und Assistenzärzten, wobei Erstere als Mittler den Druck dämpfen können, dem Letztere in nahezu existenzieller Abhängigkeit ausgeliefert sind, denn für sie geht es immer auch um die Erlangung des Facharztstatus (vgl. Vogd 2004, S. 227 ff.).

Um das Bild des hier aufscheinenden Arrangements zu vervollständigen, ist noch eine weitere Perspektive zu beleuchten und zu schauen, wie sich die Pflegedienstleitung in diesen Prozess verzahnt. In Hinblick auf die benannte Position hat in dem untersuchten Krankenhaus ein Personalwechsel stattgefunden. Die befragte Akteurin hat zum Zeitpunkt des Interviews erst hundert Tage in besagtem Haus gearbeitet. Nichtsdestotrotz erlebte sie diese kurze Zeit bereits als produktiv, da sie mit Unterstützung der Geschäftsführung wie auch der Stationsleitungen schon einige Prozessabläufe umgestalten konnte, so z. B. das Bettenmanagement („Habe ich dann auch mit dem Herrn [Name] gesprochen. Ist der kaufmännische Leiter. Und dann haben wir das wirklich Station für Station angefangen“). In ihrer täglichen

Arbeit sucht sie die Nähe zu den betreuenden Stationen und hält dort täglich eine Visite ab („Kann schnell gehen, aber so eine Runde kann auch schon einmal bei mir fünf Stunden dauern“). Unter Berücksichtigung des in Hinblick auf die Führung der Chefärzte bereits rekonstruierten Managementstils scheint sich auch hier das Prinzip der Enaktierung durch hohe Eigenverantwortung mit starker Nähe zur Logik der jeweiligen Praxis des eigenen Feldes durchzusetzen.

Die folgende Interviewsequenz lässt deutlich werden, was dies im Fall der Pflegedienstleitung bedeutet: Aufgrund von Überlastung und Krankheit kommt es häufig zu massiven Personalausfällen in der Notaufnahme. Die Befragte Managerin des Pflegedienstes füllt selbst gelegentlich die Lücke und übernimmt Dienste:

Pflegedienstleiterin (PDL): Kommt auch vor. Ich habe auch häufig, in der Notaufnahme hatte ich sehr häufig in der letzten Zeit personelle Engpässe. Ja, da habe ich auch sehr oft ausgeholfen. Letzten Freitag.

I: Ach, tatsächlich am Bett mit oder wie? [...]

PDL: Ja. In verschiedenen Abteilungen schon hier mitgearbeitet. Letzten Freitag, ein Beispiel jetzt von letzter Woche Freitag, komme ich hier zum Dienst, werde angerufen von den Mitarbeitern von der Notaufnahme: „Frau [Name], haben Sie mal ein paar Minuten Zeit?“ Ich komm da hin, beide krank, Brechdurchfall, wirklich, die sahen so schlecht aus. Ja, und somit war mein komplettes Team in der Notaufnahme ausgefallen. Ja. Da habe ich natürlich klar, wo, Dienstkleidung, alle meine Bürotermine über so mein Sekretariat absagen lassen.

I: So eng ist das? Ja, Personal, die Personaldecke?

PDL: Ja, mhm (bejahend). Und wenn dann, und Sie kriegen ja auch nicht jemanden, es ist ja nicht so, dass jemand zu Hause nur.

I: Da mussten, da haben Sie den ganzen Tag da?

PDL: Ja, genau. Hab da den ganzen Tag mitgearbeitet. Es wartet ja keiner zu Hause, dass ich anrufe (lacht), und ja. War natürlich ganz unglücklich, dass beide krank waren und. Die haben sich bemüht, denen ging's schon zu Hause schlecht. Haben schon was eingenommen. Es macht, die Pflege macht's sehr oft, irgendwie sich dopen, um bloß irgendwie im Dienst zu sein.

Gerade wenn es um die wirtschaftliche Konsolidierung eines Krankenhauses geht, wirkt es zunächst so, als ob im Bereich der Pflege am leichtesten gespart werden kann. Zudem erscheint die pflegerische Arbeit durch die im Zusammenhang mit dem DRG-System erzwungene Leistungsausweitung extrem verdichtet. Die Pflegedienstleiterin als Managementspitze der Pflege ist hier so nah dran, dass sie das Leiden der Pflegekräfte an der Basis nicht nur mitbekommt, sondern sich sowohl im Sinne eines mitfühlenden Verstehens berühren lässt wie auch durch die Personalnot auf der Station veranlasst fühlt, selbst tätig zu werden, um zu versuchen, die Lücke zu schließen. In der Erzählung werden die Bürotermine nachgelagert und können entsprechend von der Sekretärin abgesagt werden. Als Folge entsteht eine starke Rückbindung an diejenigen Akteure des Krankenhauses, die unter den widrigen Bedingungen der Praxis Alltagsprobleme zu bewältigen haben. Dadurch wird aber zugleich Führung im Sinne einer Vorbildfunktion möglich:

I: Gibt's irgendwas, wo Sie sagen würden, das ist total wichtig in meiner Tätigkeit, was ich jetzt gar nicht gefragt hab? [...]

PDL: Meine Tätigkeit ist, bei meinen Mitarbeitern immer gut gelaunt zu sein, immer mich so präsentieren, als hätte ich gar keine Probleme. (lacht)

I: (lacht)

PDL: Das ist so der eigentliche Trick. (lacht) Immer so tun, als wäre alles bestens. (lacht) Also die Unruhe nicht verbreiten.

I: Ja.

PDL: Egal, was es jetzt für ein Problem gibt.

I: Ja.

PDL: Ich darf jetzt nicht irgendwie hektisch irgendwo ankommen, oder wenn Probleme auftreten, och Gott, jetzt, also das ist total wichtig.

I: Ja. Ist denn dieser Personal-, also diese dünne Personaldecke, ist das ein Problem, oder sagen Sie, es ist einfach 'ne, muss man mit klarkommen?

PDL: Ein Problem ist das schon.

Diese Interviewsequenzen sind in verschiedener Hinsicht bemerkenswert, denn hier wird darüber reflektiert, wie die Kommunikation im Modus des Als-ob als Führungsinstrument genutzt werden kann, um zu vermitteln, dass alles gut ist, obwohl nichts gut ist. Es zeigt sich ein subtiles Kontexturmanagement, das darauf beruht, das Skandalon der Ausbeutung der Pflege (und damit einhergehend Überlastung und Burn-out) im Rahmen der Tugend einer befriedigenden Selbstaufopferung darzustellen. Dies wiederum setzt Reflexion voraus, also eine dritte Perspektive, unter der eine solche Selbstpräsentation erst gewählt und generiert werden kann. Eine Führung, die im Kontakt und nahe an der Interaktion mit den Geführten arbeitet, also nicht aus der Distanz heraus operiert, setzt ein entsprechendes emotionales Selbstmanagement voraus.²⁵ Die Innenspannung in der Organisation (Behandlung bedürftiger Patienten vs. Flucht Tendenzen aufgrund von Überforderung) wird in diesem Prozess in das eigene Selbst kopiert, das dann wiederum eine Form generieren kann, die nach außen die Macherin präsentiert („gut gelaunt sein“; „immer so tun, als wäre alles bestens“), wobei sie innerlich sehr wohl um die Schwierigkeit – man ist fast geneigt zu sagen: Aussichtslosigkeit – der Lage weiß.

Dennoch – oder besser gesagt: gerade deshalb – gelingt auf diese Weise die Rekonstitution der Pflegedienstleitung als Managerin. Denn aufgrund der von ihr geleisteten emotionalen Kontrolle wirkt sie nicht einfach nur als Lückenbüßerin, sondern vielmehr als Managerin, wobei ihr Stil darin liegt, die verlangte Praxis vorzuleben, um die anderen, untergeordneten Akteure zu homologen Formen des Selbstmanagements zu enactieren. Als Problemlösung erscheint vor diesem Hintergrund die internalisierte Negation des Problems, um auf diese Weise im Sinne einer totalen differenzierten Rejektion das Problem der Personalknappheit zu bearbeiten. Erst aus dieser Perspektive erklärt sich auch, warum am Ende des Interviews – wenngleich nicht danach gefragt wurde – genau dies noch gesagt werden muss.

²⁵ Die Aufgabe, für „gute Stimmung“ zu sorgen, wird schon lange als Aufgabe der Pflege angesehen, wie bereits zuvor mit Verweis auf Rohde (1974, S. 107) geschildert wurde. Der Übergang zum Emotionsmanagement in Leitungspositionen erscheint somit fließend.

Denn erst dadurch wird deutlich, *wer* die Sprecherin ist: nämlich jemand, der *führt*, auch wenn es zunächst nicht so aussehen mag. Entsprechend dem hier aufscheinenden Orientierungsrahmen wird auch in der Reaktion auf die immanente Nachfrage der Interviewerin nochmals performativ gezeigt, dass man zwar um das Problemhafte weiß, nahe daran aber nicht zu verzweifeln scheint („ein Problem ist das schon“), da man die Sache eben (noch) zu managen in der Lage ist.

An dieser Stelle schließt sich der Kreis, und wir können den Blick auf das übergreifende Arrangement lenken, durch das sich das Management dieses Krankenhauses auszeichnet. Wir können sehen, dass sich die unterschiedlichen Positionen (kaufmännische Leitung, Chefärzte, Pflegedienstleitung) in ihrer Gesamtorientierung darin einig sind, den ökonomischen Druck und dessen unmittelbare Repräsentation (etwa in Form von Leistungszahlen) abzublenden. Damit wird eine intrinsische Motivation instauriert, den Stab der Verantwortung des in seiner Existenz bedrohten Hauses nicht nur zu übernehmen, sondern dies auch implizit (denn genau dies lässt sich aufgrund der „Sei spontan!“-Paradoxie nicht explizit sagen) von den Kollegen einzufordern, die die benannte Orientierung nicht teilen. Ein Nur-Dienst-nach-Vorschrift-Verhalten widerspricht den vermittelten wie auch gelebten Werten, weshalb es legitim erscheint, bei Bedarf auch mit entsprechenden Personalmaßnahmen durchzugreifen.

5 Diskussion

Führung, so Dirk Baecker (2003, S. 284), ist „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.“ Die immer auch mitlaufenden alternativen Lesarten sind damit nicht einfach verschwunden, sondern nur temporär ruhiggestellt. Engagement kann auch Ausbeutung bedeuten, die Erfahrung von Autonomie kann auch als raffinierte Form der Fremdbestimmung gelesen werden (etwa als Subordination im Sinne der Foucault'schen Selbsttechnologien, siehe etwa Bröckling 2007). Ebenso kann ein Zuviel an Verständnis seitens der Geschäftsführung oder des Managements mit dem Verlust der eigenen Referenzen einhergehen oder gar als Manipulation wahrgenommen werden. Die Unschuld des Einfach-nur-naiv-mitmachen-Könnens kann entsprechend leicht wieder verloren gehen, da die mit der Führungsspannung einhergehende Machtbeziehung zwar kommunikativ abgeblendet werden kann, damit jedoch nicht aufgehoben ist.

Es wird dadurch auch deutlich, wie voraussetzungs-voll die in diesem Beitrag vorgestellte Form des Managements eines Krankenhauses ist. Wir treffen dort – wie oben ausgeführt – auf ein raffiniertes Spiel von totalen differenzierten und totalen undifferenzierten Rejektionen. Dementsprechend verlangt dieses Spiel den beteiligten Akteuren auch in psychischer Hinsicht viel ab, denn die Grenzen der Innenspannungen sind von den leitenden Akteuren vor allem innerpsychisch zu

ziehen. Der Druck muss ausgehalten und in Richtung einer hohen Selbstmotivation und Leistungsbereitschaft gewendet werden.

Konditioniert und erleichtert wird ein solches Arrangement allerdings durch die vorhandenen Außenspannungen. Die Gesetzgebung und Regelungen einer Politik, die offensichtlich weitere Krankenhausschließungen anstrebt, sich aber mit solchen Entscheidungen nicht die Finger schmutzig machen möchte, erleichtert die Konstruktion eines Feindbildes, wonach der eigentliche Gegner außerhalb der Organisation zu verorten ist. Die Managementakteure können sich entsprechend selbst als Opfer der Verhältnisse inszenieren und sind es in gewisser Weise auch. Insofern sich diese Problembeschreibung plausibilisieren lässt, entsteht zugleich für das Management in Hinblick auf die Innenbeziehungen die Legitimation, jene schwachen Elemente zu identifizieren und zu eliminieren, welche die Organisation daran hindern, sich dem nun unvermeidbar erscheinenden Kampf zu stellen. Selbstredend rechtfertigt sich dadurch gleichsam wie von selbst eine Haltung, dass man der Politik und den Krankenkassen – die auf der Feindseite stehen – im Modus der totalen undifferenzierten Rejektion mit Tricksereien und Täuschungsmanövern begegnen darf. Um es einfacher zu sagen: Man respektiert sie nicht und unterläuft stattdessen ihre Vorgaben.

Da dieses Arrangement des Managements von Innen- und Außenspannungen hochgradig voraussetzungsvoll ist, wundert es kaum, dass es in unserem Sample nicht als Regelfall anzutreffen ist. Stattdessen begegnen wir einer Reihe anderer, einfacher erscheinender Arrangements (siehe ausführlich Vogd et al. 2017). Hinsichtlich der Bearbeitung der Innenspannungen ist eine Form des Managements stark vertreten, das über ein entsprechendes Controlling Zahlenvorgaben platziert, wobei es sich jedoch nicht darum kümmert, was dies für die in Medizin und Pflege tätigen Akteure im Alltag bedeutet. Paradigmatisch hierfür ist eine Pflegedienstleitung, die als handlungsleitende Orientierung die betriebswirtschaftliche Managementlehre aufgreift und sich faktisch kaum mehr auf den Stationen blicken lässt. Ebenso ist das Arrangement der Kopräsenz unterschiedlicher Sphären vertreten, die nebeneinander koexistieren und deren Akteure sich wechselseitig irritieren, ohne dass die Perspektiven der anderen im Sinne einer totalen differenzierten Rejektion aufgegriffen werden. Darüber hinaus ist in unserem Sample (trotz der durch den hohen Druck der Außenspannungen erhöhten Reflexionsanforderungen) immer noch ein Modus möglich, in dem auch die partielle Rejektion vorkommt, also Innenspannungen nicht gesehen werden, da das Management im Sinne eines szientistischen Selbstmissverständnisses nur eine epistemische Perspektive einnimmt – nämlich die der vermeintlichen Einheit von ökonomischer Rationalität, Effizienz und Qualität. Im Sinne Baeckers ließe sich in diesem Fall allerdings kaum noch von Führung sprechen, da die leitenden Akteure nicht mehr reflexiv zwischen unterschiedlichen Positionen oszillieren können, sondern gleichsam in einem starren, eindimensionalen Schema gefangen blieben.

Was die Außenspannungen angeht, zeigen sich in unserem Sample ebenfalls verschiedene Modi der reflexiven Bearbeitung durch das Management, was wiederum als durch bestimmte Kontextfaktoren moderiert einzuschätzen ist. Die Politik und die Krankenkassen können beispielsweise als Partner gesehen werden, die ein Kran-

kenhaus innerhalb einer strukturschwachen Region auch dann am Leben erhalten, wenn das Ziel, schwarze Zahlen zu schreiben, nicht erreicht wird.

Nicht zuletzt ergeben sich aus der Studie einige übergreifende managementsoziologische Einsichten. Zunächst gewinnt das eingangs angedeutete Komplexitätstheoretische Argument an Substanz. Ein Management, das handlungs- und arbeitsfähig bleiben will, kann nicht – und schon gar nicht zur gleichen Zeit – alle theoretisch relevanten Reflexionsperspektiven berücksichtigen. Die überfordernde Komplexität muss auf eine „einfache Komplexität“ reduziert werden (Baecker 1997), was heißt, dass nur eine bestimmte, aber begrenzte Zahl von Reflexionsperspektiven thematisiert und in ein Arrangement gebracht werden kann. In diesem Arrangement ist dann (zumindest temporär) klar, was als Gegenstand gilt, was kommunikativ adressiert und was ab- oder ausgeblendet wird. In Koproduktion mit seiner Umwelt und der organisationsinternen Innenwelt generiert das Management eine jeweils eigenständige und originäre Form der Selbstkonditionierung, die als Steuerung sowohl in die Umwelt (siehe das Beispiel der Wirbelsäulenchirurgie) als auch in die betrieblichen Abläufe hineinreicht (etwa in Form von Umstrukturierungen und Entlassungen).

Im Vokabular der Kontexturanalyse formuliert: Es werden die in der Fachliteratur beschriebenen typischen Innen- und Außenspannungen des Krankenhauses von den Akteuren des Krankenhausmanagements selektiv aufgegriffen und/oder im Sinne einer partiellen Rejektion negiert (die Überkomplexität der Situation verlangt, immer auch Letzteres zu tun). Umwelтанforderungen können – insofern sie aufgegriffen werden – im Sinne einer totalen differenzierten oder einer totalen undifferenzierten Rejektion bearbeitet werden. Gleiches gilt für die Steuerung der Mitarbeiter. Das Management kann hier primär auf intrinsische Motivation setzen, was eine Anerkennung der Differenz der Perspektive des anderen voraussetzt, oder Parameter vorgeben, deren Erfüllung erwartet wird. Im ersteren Fall wird die Spannung gleichsam als Stress präsent gehalten, ohne jedoch eine Trivialisierung des Verhaltens einzufordern. Auf diese Weise können Machtverhältnisse produktiv werden, nämlich indem es über ein subtiles Spiel der Führungsspannung möglich wird, Spannungslagen so zu arrangieren, dass sich die Mitarbeiter trotz des Drucks als „autonom“ erleben können. Im zweiten Fall wird die Spannung technokratisch in eine Sphäre eingebaut, die nun als „Umwelt“ der Organisation markiert werden kann. Dies invisibilisiert zwar die Machtverhältnisse, kann aber gerade deshalb das Gefühl des Ausgeliefertseins an die Verhältnisse verstärken und zu einem Abfall der Leistungsbereitschaft führen.

In diesen Arrangements wird nicht zuletzt auch die jeweils typische Verschränkung von Innen- und Außenspannungen deutlich. Erst auf diese Weise lässt sich die aktuelle Diskussion um die ökonomische Zurichtung des Krankenhauses sowohl aufgreifen – nämlich als unhintergebar existenzieller Druck, der im Guten wie im Schlechten bestimmte Arrangements des Managements hervorbringt – als auch in ihrer Wirkung differenzieren: Die Form der entstehenden Arrangements ist nämlich nicht determiniert.²⁶ All die im Sinne der vorangehenden Ausführungen bestehenden Kontingenzen lassen das Management von Organisationen – insbesondere wenn

²⁶ An dieser Stelle lässt sich auch an Whites (2004) Einsicht anknüpfen, dass der Schlüssel zum Verständnis ökonomischen Handelns weniger in einem Marktverhalten liegt, das beste Leistungen zum günstigsten Preis hervorbringt, sondern in der Suche nach Nischen, welche die Konkurrenz minimieren. In diesem

diese unter Druck stehen – hoch bedeutsam erscheinen, denn es führt entscheidende Unterschiede in die Organisation, hier: das Krankenhaus, ein.

Literatur

- Amling, S., & Vogd, W.H. (2017). *Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven einer praxeologischen Wissenssoziologie*. Opladen: Barbara Budrich.
- Baecker, D. (1997). Einfache Komplexität. In H.W. Ahlemeier & R. Königswieser (Hrsg.), *Komplexität managen. Strategien, Konzepte und Fallbeispiele* (S. 17–50). Wiesbaden: Gabler.
- Baecker, D. (2003). *Organisation und Management*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Baecker, D. (2008). Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus. In I. Saake & W. Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zu Problemen der organisierten Medizin* (S. 32–62). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baecker, D. (2009). *Die Sache mit der Führung*. Wien: Picus.
- Baecker, D. (2011a). Management als Störung im System. In D. Baecker, *Organisation und Störung. Aufsätze* (S. 76–117). Berlin: Suhrkamp.
- Baecker, D. (2011b). *Organisation und Störung. Aufsätze*. Berlin: Suhrkamp.
- Bär, S. (2011). *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, A. (2003). *Controlling als reflexive Steuerung von Organisationen*. Stuttgart: Schäffer-Pöschel.
- Berchtold, P., Endrissat, N., Müller, W.R., & Schmitz, C. (2007). *Managing Professionals – Führung in Spitälern*. Projektbericht. Basel: Universität Basel.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: The constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, 18, 499–524.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., & Steffens, P. (2014). *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2014*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Bode, I. (2010). Die Malaise der Krankenhäuser. *Leviathan*, 38, 189–211.
- Bode, I. (2013). *Die Infrastruktur des postindustriellen Wohlfahrtsstaats. Organisation, gesellschaftlicher Wandel, Hintergründe*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bode, I., & Vogd, W. (2016). Einleitung. In I. Bode & W. Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive* (S. 1–25). Wiesbaden: Springer VS.
- Bohnsack, R. (2010). Dokumentarische Methode und Typenbildung – Bezüge zur Systemtheorie. In R. John, A. Henkel & J. Rückert-John (Hrsg.), *Die Methodologien des Systems. Wie kommt man zum Fall und wie dahinter?* (S. 291–320). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohnsack, R. (2014). Habitus, Norm und Identität. In W. Helsper, R.-T. Kramer & S. Thiersch (Hrsg.), *Schülerhabitus* (S. 33–42). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bourdieu, P. (2001). *Die Regeln der Kunst*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bröckling, U. (2007). *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Buß, E. (2011). *Managementsoziologie. Grundlagen, Praxiskonzepte, Fallstudien*. München: Oldenbourg.
- Fetter, R.B., Brand, D.A., & Gamache, D.E. (1991). *DRGs: Their design and development*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Freidson, E. (1975). *Doctoring together. A study of professional social control*. New York: Elsevier.
- Friedland, R., & Alford, R.R. (1991). Bringing society back in: Symbols, practices, and institutional contradictions. In W.W. Powell & P.J. DiMaggio (Hrsg.), *The new institutionalism in organizational analysis* (S. 232–266). Chicago: University of Chicago Press.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation. *Health Care Manage Review*, 26, 56–69.
- Günther, G. (1976). Cybernetic ontology and transjunctional operations. In G. Günther, *Beiträge zur Grundlegung einer operationsfähigen Dialektik* (Bd. 1, S. 249–328). Hamburg: Meiner.
- Habersam, M. (2009). *Management öffentlicher Krankenhäuser. Eine Rekonstruktion der theoretischen Grundlagen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sinne erscheinen für das Krankenhaus gerade auch die das eigene Haus übergreifenden Netzwerke von zentraler Bedeutung. Doch vor allem hier gilt: Steuerung darf nicht mit Durchgriffskausalität verwechselt werden.

- Heath, C., & Luff, P. (1996). Documents and professional practise: „Bad“ organisational reasons for „good“ clinical records. In G.M. Olson, J.S. Olson, M.S. Ackerman & S. Mark (Hrsg.), *Proceedings of the 1996 ACM conference on computer supported cooperative work* (S. 354–363). Boston: ACM Press.
- Jansen, T., & Vogd, W. (2017). Reflexivität in der Dokumentarischen Methode – metatheoretische Herausforderungen durch die Organisationsforschung. In S. Amling & W. Vogd (Hrsg.), *Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven einer praxeologischen Wissenssoziologie* (S. 260–278). Opladen: Barbara Budrich.
- Jansen, T., von Schlippe, A., & Vogd, W. (2015). Kontexturanalyse – ein Vorschlag für rekonstruktive Sozialforschung in organisationalen Zusammenhängen. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 16(1), Art. 4.
- Klatetzki, T., & Tacke, V. (2005). *Organisation und Profession*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Le Grand, J., & Bartlett, W. (1993). The theory of quasi-markets. In J. Le Grand & W. Bartlett (Hrsg.), *Quasi-markets and social policy* (S. 13–34). London: Macmillan.
- Lowe, A. (2001). Casemix accounting systems and medical coding – organisational actors balanced on „leaky black boxes“. *Journal of Organizational Change Management*, 14, 79–100.
- Marotzki, W. (1990). *Entwurf einer strukturalen Bildungstheorie. Biographietheoretische Auslegung von Bildungsprozessen in hochkomplexen Gesellschaften*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Mihm, A. (2013). Gesundheitspolitik: CDU-Experte hält Hunderte Kliniken für überflüssig. *FAZ*, 04.02.2013.
- Nohl, A.-M. (2006). *Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: A review. *Sociology of Health & Illness*, 34, 626–644.
- Ortmann, G., Sydow, J., & Windeler, A. (2000). Organisation als reflexive Strukturierung. In G. Ortmann, J. Sydow & J. Türk (Hrsg.), *Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft* (S. 315–354). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Pauker, S.G., & Pauker, S.P. (1998). Expected-utility perspectives on defensive testing. Torts, tradeoffs, and thresholds – is defensive medicine defensible? *Medical Decision Making*, 18, 29–31.
- Petry, M., & Grabow, J. (2013). Haftpflichtversicherung im Krankenhaus – quo vadis? *Das Krankenhaus*, 6/2013, 601–604.
- Pohlmann, M. (2002). Management, Organisation und Sozialstruktur – Zu neuen Fragestellungen und Konturen der Managementsoziologie. In R. Schmidt, H.-J. Gergs & M. Pohlmann (Hrsg.), *Managementsoziologie. Perspektiven, Theorien, Forschungsdesiderate* (S. 227–244). München: Rainer Hampp.
- Pohlmann, M. (2007). Management und Führung: Eine managementsoziologische Perspektive. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 30, 5–20.
- Porter, E.M., & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care*. Boston: Harvard Business School Press.
- Reay, T., & Hinings, C.R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies*, 30, 629–652.
- Rohde, J.J. (1974). *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Saake, I. (2003). Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion. *Soziale Welt*, 54, 429–446.
- Samuel, S., Dirsmith, M.W., & McElroy, B. (2005). Monetized medicine: From physical to the fiscal. *Accounting Organizations and Society*, 30, 249–278.
- Schmidt, R., Gergs, H.-J., & Pohlmann, M. (2002). *Managementsoziologie. Perspektiven, Theorien, Forschungsdesiderate*. München: Rainer Hampp.
- Simon, M. (2000). *Krankenhauspoltik in der Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Teubner, G. (2006). Coincidentia oppositorum: Hybrid networks beyond contract and organization. In M. Armstutz & G. Teubner (Hrsg.), *Networks as connected contracts* (S. 3–30). Oxford: Hart.
- Thornton, P.H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure and process*. Oxford: Oxford University Press.
- Vogd, W. (2004). *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ-rekonstruktive Studie*. Berlin: VWF.
- Vogd, W. (2011). *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. Weilerswist: Velbrück.

- Vogd, W., Feißt, M., Molzberger, K., Ostermann, A., & Slotta, J. (2017). *Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement: Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten*. Wiesbaden: Springer VS.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1990). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- Weick, K.E. (1998). *Der Prozeß des Organisierens*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- White, H.C. (2004). *Markets from networks: Socioeconomic models of production*. Princeton: Princeton University Press.

Werner Vogd geb. 1963. Prof. Dr., Lehrstuhl für Soziologie an der Universität Witten/Herdecke. Forschungsschwerpunkte: Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung, Leiblichkeit und Polykontextualität, Religionssoziologie, Organisationssoziologie, Medizinsoziologie. Ausgewählte Veröffentlichungen: (mit J. Harth) *Die Praxis der Leere. Zur Verkörperung buddhistischer Lehren in Erleben, Reflexion und Lehrer-Schüler-Beziehung*, 2015; *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*, 2011; *Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung – Versuch einer Brücke*, 2011.