

Gesundheit und Gesellschaft

Ingo Bode · Werner Vogd *Hrsg.*

Mutationen des Krankenhauses

Soziologische Diagnosen in
organisations- und gesellschafts-
theoretischer Perspektive



Springer VS

Gesundheit und Gesellschaft

Herausgegeben von

U. Bauer, Bielefeld, Deutschland

M. Richter, Halle, Deutschland

U. H. Bittlingmayer, Freiburg, Deutschland

Der Forschungsgegenstand Gesundheit ist trotz reichhaltiger Anknüpfungspunkte zu einer Vielzahl sozialwissenschaftlicher Forschungsfelder – z. B. Sozialstrukturanalyse, Lebensverlaufsforschung, Alterssoziologie, Sozialisationsforschung, politische Soziologie, Kindheits- und Jugendforschung – in den Referenzprofessionen bisher kaum präsent. Komplementär dazu schöpfen die Gesundheitswissenschaften und Public Health, die eher anwendungsbezogen arbeiten, die verfügbare sozialwissenschaftliche Expertise kaum ernsthaft ab.

Die Reihe „Gesundheit und Gesellschaft“ setzt an diesem Vermittlungsdefizit an und systematisiert eine sozialwissenschaftliche Perspektive auf Gesundheit. Die Beiträge der Buchreihe umfassen theoretische und empirische Zugänge, die sich in der Schnittmenge sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Forschung befinden. Inhaltliche Schwerpunkte sind die detaillierte Analyse u. a. von Gesundheitskonzepten, gesundheitlicher Ungleichheit und Gesundheitspolitik.

Herausgegeben von

Ullrich Bauer
Universität Bielefeld
Deutschland

Uwe H. Bittlingmayer
PH Freiburg,
Deutschland

Matthias Richter
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg,
Deutschland

Ingo Bode · Werner Vogd
(Hrsg.)

Mutationen des Krankenhauses

Soziologische Diagnosen in
organisations- und gesellschafts-
theoretischer Perspektive

 Springer VS

Herausgeber
Ingo Bode
Kassel, Deutschland

Werner Vogd
Witten, Deutschland

Gesundheit und Gesellschaft
ISBN 978-3-658-11852-5 ISBN 978-3-658-11853-2 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-11853-2

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

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Lektorat: Katrin Emmerich, Kerstin Hoffmann

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
<i>Mutationen des Krankenhauses</i> Ingo Bode und Werner Vogd	
Teil I Veränderte gesellschaftliche Umwelten des Krankenhauses: Ökonomie, Politik und Diskurs	
Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren	29
Michael Simon	
Alles nur Illusion?	47
<i>Problematische Steuerungsrationitäten im zeitgenössischen Krankenhauswesen</i> Johannes Lange	
Die Veränderung ärztlicher Professionsnarrationen	67
<i>Ansatzpunkte zur Entwicklung einer komplexitätssensiblen Krankenhausforschung</i> Gina Atzeni und Victoria von Groddeck	

Teil II Lösungsansätze:**Ausdifferenzierung, Entkoppelung, Informalität**

Zur Anatomie medizinischer Prozesse im zeitgenössischen Krankenhauswesen	87
Christof Schmitz und Peter Berchtold	
Dekompensation der Klinik?	103
<i>Beobachtungen von Prozessen zwischen Medizin und Management</i>	
Olaf Iseringhausen	
Die Praxis der Zahlen im Krankenhausmanagement	119
<i>Fakt oder Fetisch?</i>	
Martin Feißt und Kaspar Molzberger	
Informalität in Krankenhausorganisationen – Motor oder Hindernis? ..	143
<i>Ergebnisse von neun Krankenhäusern in Nordostdeutschland</i>	
Thomas Elkeles und María Crojethovic	

Teil III Professionelle Identitäten und Kulturen:**Aushöhlung, Rekonsolidierung, Neuerfindung**

Von der Organisation der Pflege zur Pflege der Organisation	165
<i>Ein neuer Typus der Pflegedienstleitung im Krankenhausmanagement</i>	
Julian Wolf und Anne Ostermann	
„Pyrrhussieg“ einer Grenzstellenprofession?	185
<i>Sozialarbeit im Krankenhaus unter Wettbewerbsbedingungen</i>	
Markus Märker und Hannu Turba	
Von Fürsten zu Knechten?	207
<i>Aktuelle Transformationsprozesse in der Organisation Krankenhaus am Beispiel der Ärzteschaft</i>	
Maximiliane Wilkesmann	
Kurswechsel im Krankenhaus	229
<i>Auf dem Weg zu einer markt- und profitorientierten Dienstleistungsorganisation?</i>	
Stefan Bär und Markus Pohlmann	

**Teil IV Mutationen des Krankenhauses:
mögliche Lesarten und ihre Konsequenzen**

Stress durch rekursive Ambivalenz 253
Oder: Wie und warum das Krankenhauswesen mutiert
Ingo Bode

Das Missverstehen des Ökonomischen 281
Oder vom Sündenfall falsch verstandener Rationalitäten im Krankenhaus
Werner Vogd

Verzeichnis der AutorInnen 309

Einleitung

Mutationen des Krankenhauses

Ingo Bode und Werner Vogd

Das deutsche Krankenhauswesen befindet sich seit längerem im Umbruch. Viele Häuser bewegen sich in einer prekären Konstellation: Sie stehen wirtschaftlich unter Druck und spüren Unsicherheit hinsichtlich ihrer Zukunft.¹ Überdies mehren sich in den Medien, aber auch in der gesundheitswissenschaftlichen Reflexion Zweifel, ob die Kliniken in ihrer strategischen Profilierung wie auch in ihrer Arbeitsorganisation sich tatsächlich primär auf das ausrichten, was im Interesse der Patienten ist: nämlich mit möglichst wenig Aufwand und Eingriffen in den Körper das Bestmögliche zur Gesundheit der Patienten beizutragen. Vielmehr lautet eine gängige Diagnose, der stationäre Sektor in Deutschland neige systembedingt zu Unter-, Fehl- oder Überversorgung. Verbreitet herrscht der Eindruck, ökonomische Anreize sowie das Bestreben zur Distinktion auf einem „Quasi-Markt“² wirtschaftlich eigenständiger Leistungsanbieter führten dazu, dass die in Deutschland recht eindeutigen ethischen Erwartungen an das Krankenhauswesen nicht mehr die alleinige Referenz für das Handeln in den Kliniken darstellt. All dies spiegelt sich in der aktuellen Medienberichterstattung zum Krankenhaus wider, die vermehrt nicht nur organisatorische Mängel, sondern auch moralisches

1 Nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts haben im Jahre 2013 gut zwei Fünftel der Allgemeinkrankenhäuser Verluste geschrieben (Blum et al. 2014: 107).

2 Mehr zu diesem Begriff weiter unten.

Fehlverhalten skandalisieren.³ Wie auch immer, das Krankenhaus ist nicht nur ökonomischem Druck ausgesetzt, sondern auch moralischem Stress. Es scheint, dass man der Institution Krankenhaus unter den gegebenen Verhältnissen nicht mehr so recht trauen kann, was wiederum die Belastungen für alle Beteiligten noch zu erhöhen scheint (Vogd 2014a).

Mit dem vorliegenden Band möchten wir diese Gemengelage näher ausleuchten. Den verschiedenen Beiträgen geht es vor allem darum, die Entwicklungsdynamik des Krankenhauswesens in ihrer Vielseitigkeit, Eigendynamik und Widersprüchlichkeit zu rekonstruieren. Wie immer, wenn sich gesellschaftliche Rahmenbedingungen und hiermit einhergehend auch die gesellschaftlichen Semantiken verändern, vollziehen sich die hieran anschließenden Veränderungen nicht in einer einzigen Dimension oder in einer einzigen Richtung. Vielmehr zeigen sich solche Veränderungen in der Regel als *Mutationen*, nämlich als mehr oder weniger chaotische und in verschiedener Hinsicht unbestimmte Suchbewegungen. Im Fall der Krankenhäuser geht es bei diesen Suchbewegungen auch und nicht zuletzt darum, wie der o.g. Stress bewältigt wird bzw. werden kann.

Die Rede von Mutationen ist in soziologischen Diskursen bislang nicht üblich, hat aber in unserem Kontext einen besonderen Aufklärungswert. Sie zeigt eine fruchtbare theoretische Perspektive auf, welche dabei hilft, die krisenhaften Dynamiken von Organisationen zu verstehen, die permanentem Stress ausgesetzt sind. Der Biologe⁴ bezeichnet mit dem Begriff der Mutation die dauerhafte Veränderung eines Organismus. Stress, so zeigt die neuere Evolutionsforschung, führt bei einer Vielzahl von Organismen besonders häufig zu Mutationen. Diese können durchaus unterschiedlich verlaufen. Bei manchen Arten beginnen sich größere Genabschnitte, sozusagen als größere semantische Einheiten, spontan zu rekombinieren. Auf diese Weise erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass produktive Formen der Umwelthanpassung hervorgebracht werden. Viele dieser Veränderungen sind tödlich, aber für einige Organismen ergibt sich die Chance, sich hierdurch an den Druck einer sich veränderten Umwelt anpassen zu können. Gleichzeitig können Mutationen aber auch zur Veränderung des Charakters, der Natur, der Funktionalität eines Organismus führen.

3 Die gängigen Schlagworte in der Presse sind gute Indizien für diese Vermutung, wie eine Momentaufnahme aus dem Winter 2015 schnell vor Augen führt – die Themen lauten: „Notfall Krankenhaus“ (Handelsblatt 4.2.2015), „Hygieneskandal“ (TAZ 12.2.2015), „Retter in Not“ (SZ 18.2.2015, zu unterfinanzierten Notaufnahmen), „in besten Händen?“ (Der STERN 26.2.2015, zu angeblichen Falschbehandlungen).

4 Der Einfachheit halber nutzen wir in dieser Einleitung die männliche Form zur Bezeichnung beider Geschlechter.

Die umweltbedingte Erhöhung der Mutationsrate ist nicht selten ein Krisensymptom. Für den Organismus erscheint sie als ein Notschalter, der betätigt werden muss, um die Geschwindigkeit der evolutionären Lösungssuche zu erhöhen, wenngleich dies mit unkontrollierbaren Folgen einhergeht. Niemand kann letztlich vorhersehen, welche Mutanten entstehen und welche Formen sich letztlich durchsetzen. Eine Reihe neutraler Mutationen können sich so rekombinieren, dass eine angepasste Organisationsform heranreift; im Guten kann das bedeuten, dass eine komplexere im Sinne von flexiblerer, den ursprünglichen Funktionen adäquater entsprechende Erhöhung der Leistungsfähigkeit des Organismus stattfindet, ohne dass die Funktionen selber angegriffen werden. Im Schlechten, man denke etwa an die Entstehung von Resistenzen im Tumorwachstum, können sich aber auch maligne Tendenzen durchsetzen, welche die ursprüngliche Charakteristik des Organismus kaum noch wiedererkennen lassen.

Übertragen auf das Thema unseres Buches, verweist die Metapher von den Mutationen im Krankenhaus auf eine Homologie: Das Krankenhaus – in dieser Einschätzung sich nahezu alle Beteiligten und Beobachter einig – steht unter großem Druck (Rau et al. 2009). Die Kombination aus der Einführung eines fallpauschalisierten Abrechnungssystems (den so genannten DRGs), der Deckelung der im Spiel befindlichen Gesamtfinanzierung und der besonderen Berechnungssystematik zur Bestimmung der Basisfallwerte führt verbunden mit einer schwachen Angebotsplanung und partiellem Anbieterwettbewerb zur Situation, dass nicht wenige Kliniken ernsthaft von Konkurs und Schließung bedroht und auch die vermeintlich rentablen Häuser permanent einer Neubewertung ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit ausgesetzt sind.

Dies führt unvermeidlich zu Stress, wobei wir noch nicht wissen, welche Krankenhauslandschaft aus diesem Prozess hervorgehen wird. Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass die Gesundheitsversorgung nach wie vor durch das politische System, also administrativ-institutionell, gesteuert wird, wenngleich sich die ökonomischen und technischen Referenzen politischer Steuerung in den letzten Jahrzehnten markant verändert haben. Im Zuge der seit den 1980er Jahren beobachtbaren Anstrengungen, den (sozialisierten) gesellschaftlichen Aufwand für die Gesundheitsversorgung in Grenzen zu halten bzw. nicht stärker als die gesamtwirtschaftliche Leistungskraft steigen zu lassen⁵, ist ein Instrumentarium geschaffen worden, welches sich partiell an der Logik marktvermittelter Ressourcenallokation orientiert. Eine wesentliche Bezugsgrundlage waren dabei die Semantiken des New Public Managements – also die Idee, wohlfahrtsstaatliche Dienstleistungen dadurch zu modernisieren, dass auf Managementmethoden aus dem Bereich

5 Vgl. Herder-Dorneich/Schuller (1983).

der gewerblichen Wirtschaft rekurriert und die wohlfahrtsstaatliche Infrastruktur durch eine punktuelle Privatisierung einzelner Leistungsbereiche neu aufgestellt wird. In viele Sektoren dieser Infrastruktur wurden gezielt wettbewerbsorientierte Steuerungsmechanismen eingebaut, wenn auch in Verbindung mit gleichzeitiger (externer) Qualitätskontrolle (Bode 2013: 234ff.).

An die Stelle administrativer Steuerung ist also teilweise ein „*Quasi-Markt*“ getreten. Mit diesem Begriff, der dem angelsächsischen Verwaltungskontext entstammt (Le Grand & Bartlett 1993), wird klassischer Weise eine Konstellation beschrieben, in der ein öffentliches Monopol bzw. Oligopol administrativ vordefinierte Leistungen bei konkurrierenden Anbietern „bestellt“ und die Leistungskonditionen in Verträgen im Sinne von „Optionen“ fixiert werden, entsprechend denen dann Kostenträger, Leistungspakete bei einzelnen dieser Anbieter einkaufen können.⁶ Bezieht man den Begriff des Quasi-Marktes auf jedwede Form einer mit Wettbewerbsmechanismen durchsetzten Steuerung der öffentlichen, sozialen oder gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorge, so kann er indes auch zur Beschreibung einer wohlfahrtsstaatlichen Infrastruktur verwendet werden, in der wirtschaftlich selbstständige Anbieter in Konkurrenz mit anderen tätig werden und Leistungen auf der Basis einheitlicher Preise, einer nur begrenzt frei zirkulierenden Nachfrage sowie extensiver öffentlicher Kontrollen erbringen – genau dies ist die Situation im deutschen Krankenhaussektor.

Gewiss kann man die dort weit verbreitete Rede von „Markt“ und „Wettbewerb“⁷ angesichts der genannten Umstände hinterfragen. Aus einer einzel- bzw. volkswirtschaftlichen Perspektive wäre nämlich *ein* Kriterium für das Vorliegen einer Marktordnung, dass auf Basis feststellbarer Qualitätskriterien eine Ausdehnung des Leistungs- und Entgeltvolumens erfolgen kann. Gesamtwirtschaftlich ist das DRG-System in der Bundesrepublik jedoch als *Nullsummenspiel* angelegt. Die einzelnen Fallpauschalen sind bei der gesundheitspolitischen Vorgabe eines Globalbudgets qua Orientierung an einem statistischen Mittelwert so adjustiert, dass

6 Dies entspricht dem auch bei deutschen Experten sowie Kostenträgern beliebten Modell des sog. selektiven Kontrahierens, welches allerdings hierzulande nur für einen Bruchteil der medizinischen Versorgungsleistungen relevant ist (v.a. im Bereich der integrierten Versorgung). Vgl. dazu etwa Nebling (2006).

7 Dies v.a. bei den Akteuren selbst sowie in der auf Krankenhäuser bezogenen Managementliteratur: Hier kann man z.B. nachlesen, dass Krankenhäuser auf „Wettbewerbsdruck reagieren“, „in dem sie sich als Systemführer zu etablieren versuchen, um derart Alleinstellungsmerkmale im Markt zu erreichen“ und dass sie Strategien entwickeln (sollen), um sich „einerseits untereinander andererseits aber auch gegenüber vor- und/oder nachgelagerten Versorgungsstufen im Wettbewerb (zu) behaupten“ (Hartweg et al. 2015: 13).

kein Win-win-Spiel entstehen kann, denn die Konzeption der Mittelwerte impliziert, dass die meisten Fälle *darüber-* oder *darunter* liegen. Die Anlage des Kaliküls produziert zwangsläufig ökonomische Verlierer, die mittelfristig gezwungen sind, das Feld zu verlassen, und Gewinner, die Renditen einstreichen können, die sich dann gegebenenfalls profitversprechend reinvestieren lassen, ohne dass die Entscheidung, welche Einrichtung den Markt verlassen muss, an Qualitätskriterien rückgebunden wird – es trifft eben den, den es trifft.⁸

Abstrahiert hat man von dieser Beobachtung, so erscheint es für den Fall Deutschlands allerdings offensichtlich, dass hier ein „Quasi-Markt“ im o.g. Sinne bewusst politisch konstituiert worden ist, auch weil in verschiedenen politischen Lagern davon ausgegangen wurde, dass dadurch bestehende Strukturen und Mechanismen der stationären Krankenversorgung aufgebrochen werden. Für diese Entscheidung gab es gewiss mehrere Gründe.⁹ Nicht zuletzt aber ging es um die gezielte Anregung und Motivation durch Stress. Hierin bestand offenbar der Minimalkonsens, auf den sich Sozialdemokraten sowie liberale und konservative Vertreter des politischen Systems einigen konnten – und zwar im Kontext einer gesamtgesellschaftlich hegemonial werdenden Deutung dessen, was „modernes Management“ und „vernünftige Steuerung“ auch im Bereich der wohlfahrtsstaatlichen Infrastruktur ausmache.

Interessanterweise war dieser Ansatz auch aus „linker“ bzw. gewerkschaftlicher Seite nicht unattraktiv, zumal das entsprechende Lager nicht über die Macht verfügte, alternative Reformprogramme durchzusetzen. Wie Rolf Rosenbrock,

8 Die Abweichungsverstärkung mag als Anreizsystem gewünscht sein, doch auch aus gesundheitsökonomischer Sicht muss sich hier mit Sauerland der Verdacht aufdrängen, dass auf diesem Wege nur eine Pseudo-Konkurrenz induziert wird, die letztlich weder zu einer Ausdehnung der Kreisläufe innerhalb der Gesundheitswirtschaft noch zu einer Erhöhung der Qualität von diesbezüglichen Versorgungsdienstleistungen führen dürfte. Das „Ziel der Beitragsstabilität kann als gesundheitspolitisches Ziel nicht legitimiert werden. Darüber hinaus führt die Verfolgung dieses ›Ziels‹ mit dem Instrument der Budgetierung der GKV-Ausgaben dazu, daß das legitime Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung sicherzustellen, in den Hintergrund gedrängt wird. Damit wird letztlich aber auch das Ziel der Wirtschaftlichkeit, das sinnvoll nur über eine gegebene Qualität definiert werden kann, verfehlt und es wird allein eine Politik der Ausgabenbegrenzung in der Gesetzlichen Krankenversicherung betrieben.“ (Sauerland 2002: 412).

9 Auch unausgesprochene: Denn durch den neuen Steuerungsmodus waren brisante Entscheidungen, z.B. die, *welche* Krankenhäuser denn im „Bedarfsfall“ nun geschlossen werden sollten, nicht mehr *politisch* zu treffen; vielmehr konnten sie an die vermeintliche neutralere Rationalität des Wettbewerbs ausgelagert werden. Ein Interesse an „entpolitisierter“ Steuerung hatten zudem private Konzerne, die sich in der Angebotslandschaft etablieren wollten (vgl. Klenk 2011).

2005 noch Vertreter im Sachverständigenrat, anmerkt, ging es vielen Akteuren darum, die aus ihrer Sicht trügen und verkrusteten, oftmals feudal anmutenden Strukturen eines als überbürokratisiert empfundenen Krankenhauses aufzubrechen. Durch die Einführung von spezifischen ökonomischen Anreizen, und perspektivisch durch die Schaffung von Möglichkeiten für selektives Kontrahieren, sollte aus den Krankenhäusern mehr Effizienz herausgekitzelt werden, ohne dabei jedoch ihre Gemeinwohlorientierung aufzuheben. Im Vordergrund stand das Bild vom „Hecht im Karpfenteich“, mit dem man das System munter machen wollte, ohne dabei jedoch seine gutartige Charakteristik aufzuheben.¹⁰ Ökonomische Anreize, die auf Gewinnerzielung abstellen, sollten also nicht die Gesundheitsversorgung dominieren, sondern nur die Karpfen in Bewegung halten. Gleichzeitig hegte man die Hoffnung, über die mit dem neuen Abrechnungssystemen und dem Qualitätsmanagement anfallenden Daten hinreichend Informationen zu gewinnen, um gleichsam vom grünen Tisch aus ein besseres Gesundheitssystem planen und gestalten zu können. Hier konnten die fraglichen politischen Akteure offenbar ein Zweckbündnis mit jenen Protagonisten marktförmiger Steuerungsmodelle eingehen, die bis heute auf eine umfassende Liberalisierung des Gesundheitssystems setzen. Jedenfalls sah man in dem gesteigerten ökonomischen Druck ein Mittel, um neue, zugleich effizientere wie qualitativ hochwertigere Organisationsformen hervorzubringen. Schlecht angepasste Organisationen – wie auch „schwarze Schafe“, welche mit moralisch zweifelhaften Methoden agieren – würden gleichsam automatisch vom Markt verschwinden. Dem Vulgärverständnis der Darwin'schen Selektion folgend, sollten langfristig nur die guten Häuser überleben, denn letztlich würde die Umwelt bei der Krankenbehandlung nur Qualität zu einem angemessenen Preis honorieren.

Hiermit ist das gesamte Krankenhauswesen freilich in einen Strudel komplexer evolutionärer Prozesse geraten. Recht schnell hat sich gezeigt, dass die hierdurch evozierten Dynamiken nicht mehr vollständig eingefangen werden können – weder durch politisch-administrative Kontextsteuerung qua Qualitätssicherung oder Verfeinerung des DRG-Regimes, noch durch ausgefeiltere Kontrahierungskonzepte und dergleichen. Dabei erweist sich das mit diesem Regime etablierte Steuerungsmodell als zählebig. Die im Sommer 2015 auf den Weg gebrachte Krankenhausreform hält jedenfalls weitgehend an ihm fest und erweitert dabei quasi-marktliche Steuerungen sogar in einigen Aspekten: In Aussicht gestellt wird der Einstieg in Selektivverträge bei der Regelversorgung sowie in Vergütungsoptionen nach dem

10 Ein Karpfenteich mit Hecht drin – so die Hoffnung – bleibe im Kern immer noch ein Karpfenteich, insofern es gelänge, die Macht der Hechte unter politische Kontrolle zu stellen (siehe Rosenbrock im Interview, Vogd 2011: 107)

Prinzip des „Pay-for-performance“ (in Orientierung an standardisierten Qualitätsparametern).¹¹ Das Gesamtarrangement bleibt staatlich hochgradig reguliert und normativ am Ziel der Bedarfsbefriedigung ausgerichtet; die o.g. Hechte im Karpenteich bekommen aber zusätzliche Nahrung.

Teilweise fungieren die marktförmigen Steuerungsmechanismen zwar nur als „boundary objects“ (Fujimura 1992), mittels der sich die vielfach erratischen Prozesse eines hybriden Versorgungssystems binden und steuern lassen. Unter den geschilderten Rahmenbedingungen verhalten sich allerdings wesentliche Akteure vielfach so, wie es die etablierten Anreizmechanismen implizieren. Akteure, die ihre Aufmerksamkeit auf „Quasi-Markt“-Erfolge fixieren, gewinnen nun allein schon deshalb an Diskursmacht, weil sich die ökonomische Rationalität im zu steuernden Organisations- und Institutionengefüge nun selbst plausibilisiert. Der Steuerungsansatz ermunterte sie zu Versuchen, Normen und Prozesse nach der gängigen Rezeptur erwerbswirtschaftlicher Unternehmen auszugestalten – konkret: Gratifikationsschemata zu modifizieren, das Angebotsverhalten zu verändern und Allokationsentscheidungen mit Erlöszielen zu verbinden. Mithin sind auch die Sinnhorizonte des Krankenhausmanagements sukzessive mutiert, wenngleich sich die stationäre Versorgung – und dies ist für das Weitere sehr wesentlich – weiterhin in einer „Doppelwirklichkeit“ (Bode 2010) zu bewegen hat: Denn während die Ärzteschaft sich irgendwie zu medizinfremden Reflexionen verhalten und Medizin „anders betreiben“ muss (Vogd 2006; Vogd 2014b)¹², kann die medizinische Rationalität der Gesundheitsversorgung vom Krankenhausmanagement nicht einfach übergangen werden.

Was lässt sich darüber hinaus nun aus dem Bild der Mutation in Hinblick auf die Dynamik der beschriebenen Entwicklungsdynamiken lernen? Richtet man den

11 Das sog. Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verändert die Modalitäten des Vergütungssystems, indem Zu- und Abschläge zu DRG-Fixpreisen neu geregelt werden. Durch Fixkostendegressionsabschläge sollen (3 Jahre lang) Anreize zur Mengenausweitung gedämpft werden; zugleich sind forcierte Basisfallwertkürzungen vorgesehen. Mittelfristig geplant sind gleichzeitig „Belohnungen“ für nachgewiesene Qualität sowie Möglichkeiten für Krankenkassen, für bestimmte Behandlungen bei einzelnen Anbietern Leistungspakete einzukaufen (nach dem klassischen Quasi-Markt-Konzept). Vorgesehen sind zugleich finanzielle Zuwendungen, die in den Bilanzen der Häuser für Entspannung sorgen sollen, so etwa ein „Pflegezuschlag“ bzw. Pflegeförderprogramm. Ob die Reform unter dem Strich einen höheren Ressourcentransfer in den Sektor in Gang setzt, ist umstritten.

12 Studien zeigen, dass die Reaktion von Ärzten auf neue institutionelle Rahmungen sogar innerhalb ein und desselben Settings *unterschiedlich* ausfallen können: hier im als-ob-Modus, dort unmittelbarer orientiert an ökonomischen Vorgaben (siehe etwa Tonkens, et al. 2013).

Blick auf Organisationen wie die des Krankenhauswesens, so kann angenommen werden, dass stark veränderte institutionelle Umwelten hier einen dreistufigen evolutionären Prozess in Gang setzen, der mit den drei Phasen Variation, Selektion und ökologischer Restabilisierung aus zwei kausal entkoppelten Prozessen besteht. Es bildet sich eine Eigendynamik, welche sich im Hinblick auf ihre Konsequenzen *volens nolens* auch von den oben beschriebenen politischen Steuerungsabsichten löst. Da es hier um die Evolution von Institutionen geht und wir es mit Sinnprozessen zu tun bekommen, empfiehlt es sich, andere als biologische Begrifflichkeiten zu verwenden. Wir folgen deshalb dem Vorschlag von Weick (1998) und sprechen anstelle von Variation von *Gestaltung*. Es sind nämlich keine Moleküle, sondern Menschen, die hier sinnmotiviert Änderungen hinsichtlich ihrer Arbeits- und Organisationsabläufe vorbringen. Wir folgen Weick auch darin, dass man den dritten Selektionsschritt als *Retention* begreifen kann; denn im Bereich der sozialen Phänomene erscheinen die beständigen, sich selbst erhaltenden institutionellen Muster als Kultur. Der Stress in der Umwelt einer Organisation führt also zu neuen Gestaltungsversuchen seitens der Betroffenen. Diese können dann durch andere Akteure aufgegriffen werden und sich teilweise auch in veränderten formellen Strukturen manifestieren, die sich dann wiederum kulturell bewähren müssen. Auf dieser Ebene stellt sich dann die Frage, welche Lösungen sich sozial und gesellschaftlich auf Dauer stellen lassen.

Übertragen auf das Krankenhaus gilt also: Stress führt zu Variationsdruck, welcher neue Formen der Bewältigung entwickeln lässt. Dabei können als problematisch empfundene Zustände durch diese Bewältigungsformen durchaus entschärft werden: So mag der Druck, die Relation zwischen Aufwand und Ertrag zu optimieren, eine Rückbesinnung auf die eigentlichen Aufgaben von Medizin und Pflege herbeiführen, etwa indem er Abteilungen zwingt, mikropolitische Grabenkämpfe zu überwinden. Möglicherweise werden im Hinblick auf effektive Arbeitsteilungsprozesse auch kontraproduktive Formen der Machtallokation durchbrochen, konkret etwa die viel beschworene Selbstherrlichkeit von Chefärzten. Zugleich kann dieser Druck allerdings auch zu Mutationen führen, welche den dem Krankenhauswesen zugeschriebenen gesellschaftlichen Aufgaben abträglich sind. Es erscheint denkbar, dass destruktive Fehlanpassungen dominieren, z.B. Scheinlösungen, die kurzfristig Erfolge mit sich bringen, aber auf die Dauer mehr Schaden als Nutzen erwarten lassen. Nicht zuletzt lässt der Druck möglicherweise auch Häuser sterben, die bislang gute Arbeit geleistet haben, sich jedoch nicht schnell genug den neuen Umweltverhältnissen anpassen konnten. Anders gewendet: (Um-)Gestaltung bringt im Guten wie im Schlechten neue Formen der Organisation hervor.

In Hinblick auf die Selektion als zweite Stufe evolutionärer Wandlungsprozesse wird häufig übersehen, dass es in evolutionären Prozessen keine „Durchgriffskausalität“ gibt: Die mit bestimmten Selektionskriterien verbundenen Ziele und die in Hinblick auf die Variation bzw. Gestaltung ausgebildeten Prozesse sind vielfach locker miteinander verknüpft. Es besteht also keine lineare Beziehung zwischen extern gesetzten Selektionsparametern und den Merkmalen, welche das unter evolutionärem Stress stehende System ausbildet.

Dies gilt selbstredend auch für die von der Gesundheitspolitik gesetzten Parameter *Qualität* und *ökonomische Effizienz*. So kann kein Verfahren der Qualitätssicherung direkt auf die Prozesse zugreifen, die es steuern und bewerten möchte. Letztlich lässt sich auch hier immer nur an Surrogatparametern orientieren, wobei dann aber gilt: die Landkarte ist nicht das Gebiet. Die Dokumentation von Leistungen etwa darf nicht mit dem verwechselt werden, was dokumentiert werden soll. Im Sinne einer „*Audit Society*“ (Power 1997) mag zwar alles Mögliche ausgewiesen, evaluiert und zertifiziert werden, doch da sich die „*Rituals of Verification*“ immer nur auf die Dokumentation, nicht jedoch auf die eigentliche Praxis beziehen, erscheint der zu evaluierende Prozess weiterhin als *black box*. Was eine solchermaßen informierte, externe Qualitätssicherung dann leisten kann, ist bestenfalls eine Anpassung der Dokumentation an die von außen angesetzten Kriterien. Ob dies jedoch zu einer Erhöhung der medizinischen und pflegerischen Qualität, oder nur zu einer Bearbeitung im Modus des Als-Ob führt, lässt sich durch diese Steuerungsinstrumente nicht verlässlich abbilden. Zudem ist hier auch mit paradoxen Effekten zu rechnen: So wie es – folgt man Garfinkel (1974) – „gute organisatorische Gründe“ für eine „schlechte Aktenführung“ gibt – etwa indem ein Arzt es für wichtiger hält mit dem Patienten zu sprechen oder mit den Kollegen den Fall zu beraten, als durch aufwendige Aktenprosa Sicherheit vorzutauschen – bestehen auch, wie Heath und Luff (1996) zeigen, „schlechte organisationale Gründe, die „guten Akten“ zu produzieren. Der gegenwärtige Selektionsdruck führt dann zu einer Inversion der Verhältnisse in Richtung von Letzterem. Oftmals besteht die eigentliche Herausforderung darin, viel Zeit dafür aufzuwenden, die Akten und Berichte aufzupeppen (und entsprechende Stellen dafür vorzuhalten), um juristisch abgesichert die höchstmöglichen Erträge aus einem Fall herauszuholen; es geht dann sehr viel weniger darum, sich dem medizinischen Fallgeschehen selbst zuzuwenden.

Gleiches gilt für die ökonomischen Zielparameter. Die abrechnungstechnischen Abbildungen des DRG-Systems sollten zu einem „vernünftigen“, also zugleich gerechterem wie auch ökonomisch effizienterem Medizinsystem beitragen; nur die der Sache angemessenen Behandlungsprozesse sollten sich durchsetzen. Es ging also darum, Rationalisierungsprozesse in Gang zu setzen und nicht eine gezielte

oder versteckte Rationierung, die immer wieder als alternativer Lösungsansatz für den Umgang mit Ressourcenknappheit ins Spiel gebracht wird (Porzolt 1996). In der Praxis erweisen sich allerdings gerade die DRGs als *leaky black boxes* (Lowe 2001), welche je nach Perspektive unterschiedlich genutzt und beschrieben werden: sei es im *upcoding* von Diagnosen, mit der Zersplitterung einer Behandlung in mehrere, getrennt abzurechnenden Teilprozesse, oder einfach über die Ausdehnung nutzloser medizinischer Interventionen. Sobald die Fallpauschale das Selektionskriterium darstellt, können in der Grauzone von Recht und Unrecht eine Vielzahl kreativer Erfindungen entstehen, mittels derer sich der Krankenhausbetrieb dem wirtschaftlichen Druck stellen kann. Das gesundheitspolitische Ansinnen, mittels der ökonomischen Zurichtung des Krankenhauses eine Kostendämpfung zu erreichen, kann entsprechend schnell – wie zuvor schon in den USA erfahrbar – mit einer weiteren Kostenexplosion einhergehen, ohne dass sich dabei die Qualität der Krankenbehandlung verbessert.¹³ Wer diese Dynamik nicht „auf dem Schirm“ hat, verwechselt Variation und Selektion, was im Bereich der Ökonomik der Verknennung der fundamentalen Differenz von betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Perspektiven entspricht.¹⁴

Aber selbst wenn „Einspareffekte“ (pro Fall) erzielt werden, bleibt unklar, inwieweit sie nicht an die Krankenbehandlung gerichtete Nachhaltigkeitserwartungen enttäuschen bzw. die dem Krankenhauswesen zugeschriebene gesellschaftliche Funktion beeinträchtigen. Die spärlichen Daten zu den weiteren Implikationen des DRG-Regimes verweisen v.a. auf die Vernachlässigung weicher, einer „Erfolgsmessung“ nicht unmittelbar zugänglicher Versorgungsqualitäten. Nicht zuletzt hat auch der für den Gesamtprozess der Krankenbehandlung bedeutsame Pflegebereich stark zu leiden (Bartholomeyczik 2015).¹⁵ Die Folgen machen sich erst verspätet (nicht zuletzt auch innerhalb des Arbeitskörpers des Krankenhauses) oder in ganz anderen Segmenten des Gesundheitswesens bemerkbar (z.B. bei der Rehabilitation). Organisationsstress kann hier also Nebenwirkungen zeitigen, die für geraume Zeit latent bleiben. Anders gewendet: Was aus der Perspektive der

13 Siehe zu einer grundsätzlichen Kritik der bisherigen ökonomischen Anreizsysteme Porter & Teisberg (2006).

14 Die mit den global gesetzten ökonomischen Anreizparametern verbundenen Ziele dürfen also nicht mit den Surrogatparametern der ökonomischen Abbildungsinstrumente verwechselt werden.

15 Während die offizielle DRG-Begleitforschung bezüglich etwaiger die Qualität beeinträchtigender Wirkungen des gegenwärtigen Steuerungsmodus regelmäßig Entwarnung gibt, weisen neuere Studien daraufhin, dass Stress im Krankenhauswesen dessen Strukturqualität auf der Personaleinsatzseite durchaus mindert (siehe etwa Braun 2014, Bräutigam et al. 2014; Grosser 2014; Roeder & Franz 2014).

Kostenträger „ökonomischer“ ist, muss es mit Blick auf die Volksgesundheit noch lange nicht sein.

Kommen wir hiermit zur dritten Stufe evolutionären Wandels, der ökologischen Restabilisierung bzw. der Retention. Hiermit ist zunächst gemeint, dass Lösungen, die durch die Verkettung der ersten beiden Schritte (Gestaltung und Selektion) entstanden sind, ihrerseits in Auseinandersetzung mit internen oder externen Systemdynamiken einem übergreifenden Selektionsprozess ausgesetzt sind. Erst in diesem Prozess entscheidet sich, welche Formen nachhaltig Bestand haben, also die Kultur der Krankenbehandlung nachhaltig prägen. Wir begegnen hier also übergreifenden Arrangements, die dann entweder als Anpassung an übergreifende kulturelle Muster erscheinen oder aber im Extremfall mit einem irreversiblen Kulturwechsel einhergehen.

Dies kann exemplarisch für den Fall durchgespielt werden, dass in Folge entsprechender ökonomischer Anreize beim Patienten vermehrt nicht medizinisch indizierte Eingriffe vorgenommen werden, weil dies zusätzlichen Profit bzw. erhöhte Erlöse verspricht. Diese Maßnahmen werden dann zunächst (inersystemisch) auf den Widerstand von Ärzten treffen, die ein solches Vorgehen nicht mit ihren professionsethischen Maximen in Einklang bringen können. Flankiert durch Berichte aus den Massenmedien, die von entsprechenden Leidensgeschichten berichten (vgl. Bode & Lange 2014), sowie in Verbindung mit vermehrter zivil- und strafrechtlicher Verfolgung könnte dies mittelfristig dazu führen, dass sich solch moralisch zweifelhafte Formen nicht als organisationaler Standard etablieren.¹⁶ Die ökonomischen Anreizsysteme würden dann also zwar mit Änderungen in den Arbeitsprozessen, jedoch nicht mit einem grundsätzlichen Wechsel in der professionellen Kultur einhergehen – wobei offen bleibt, welches alternative Ventil für den aufgebauten „Stress im System“ dann verfügbar ist.

Auf der anderen Seite könnten sich die Mutationen des Krankenhauses so verketteten, dass ein veritabler Kulturwechsel stattfindet. „Erfahrungen in anderen Branchen zeigen“, so Rüegg-Stürm im Deutschen Ärzteblatt, „dass sich komplexe Systeme auf längere Sicht nicht ungestraft ‚trivialisieren‘ lassen. Das Unheimliche besteht darin, dass es zu Umkippeffekten kommen kann. Das Unheil kündigt sich nicht graduell an, sondern tritt überraschend, schlagartig und weitgehend irreversibel ein. Wenn die hohe intrinsische Motivation vieler Mitarbeiter im Gesundheitswesen einmal verheizt und die entsprechenden Organisationskulturen ‚traumatisiert‘ sind, könnten sich fatale Einbrüche in der Behandlungsqualität

16 Vielmehr würden die Akteure eine ihnen aufgedrängte institutionelle Logik verwerfen und ihr Heil z.B. in Schulterschlüssen mit Patienten, anderen Professionen und ihnen wohl gesinnten politischen Akteuren suchen (ähnlich Pouthier et al. 2013).

und Patientensicherheit ergeben“ (Rüegg-Stürm 2007: 3464f.). Man denke etwa an Konstellationen, bei denen Häuser aus Kostengründen an der Ausbildung von Fachkräften sparen, erfahrenen Mitarbeitern, die noch den alten Ethos verkörpern, vermehrt kündigen und eine neue, in Hinblick auf professionsethische Standards noch nicht gefestigte, Generation von Krankenhauspersonal heranreift, so dass letztlich das Wissen um die angemessene Balance ökonomischer, medizinischer, pflegerischer und sozialer Belange mehr und mehr verblasst. In Koevolution mit den ihrerseits unter Druck stehenden bzw. von modischen Steuerungsansätzen „beseelten“ Krankenkassen können sich hier Fehlanreizsysteme wechselseitig stabilisieren. Sobald dann auch die Patienten das derzeit noch vorhandene Vertrauen in die medizinischen Professionen verlieren und ihrerseits durch juristische Kontrollversuche gegenzusteuern versuchen, erscheint der Kulturwechsel endgültig vollzogen.

Kehren wir an dieser Stelle nochmals zum eingangs gezeichneten Bild vom Hecht im Karpfenteich zurück. Die von wohlmeinender Seite gedachte Intervention in das System Krankenhaus generiert zwar hinreichend Stress, welcher dann auch neue Gestaltungen und Selektionen initiiert. Da aber sowohl in Hinsicht auf die gefundenen Lösungen als auch mit Blick auf die langfristigen Konsequenzen der Ausgang eines solchen Experiments offen bleibt, bleibt der Einsatz des Druckmittels „existenzieller Stress“ steuerungspolitisch riskant, jedenfalls solange an den heute kulturell vorherrschenden Erwartungen bezüglich der Ziele der Krankenversorgung festgehalten werden soll. Selbst wenn sich einige der oben angedeuteten funktionsfördernden (salutogenen) Wirkungen (z.B. im Bereich der Prozessqualität) zeigen, kann dieses Druckmittel – insofern es nicht nur im Ausnahmefall bzw. nur für kurze Zeit zum Einsatz kommt – irreversible Langzeitwirkungen hervorrufen, die sich in Hinblick auf das normative Ziel einer guten Krankenbehandlung als dysfunktional erweisen.

Um hier wieder mit einer biologischen Metapher zu sprechen: Man muss die Unterscheidung von Eustress und Disstress ernst nehmen. Ersterer bringt den Organismus auf ein höheres Aktivitätsniveau, ohne ihm zu schaden, letzterer führt letztlich zur Suppression der eigenen Immunabwehr, also zur Schädigung der Fähigkeit, *Selbst* und *Fremd* unterscheiden zu können. Andauernder Disstress kann mit letalen Folgen einhergehen. Auf das Krankenhaus übertragen bedeutet dies: Gelähmt durch Dauerstress verlieren die ärztlichen und pflegerischen Akteure immer mehr die Fähigkeit, Mittel und Zweck unterscheiden zu können.¹⁷ Zunehmend werden also die Parameter der ökonomischen Anreizsysteme mit dem eigentlichen

17 Zum problematisch werdenden Zweck-Mittel-Verhältnis im Krankenhauswesen unter Bedingungen des neuen Steuerungsregimes vgl. auch Bode (2010).

Ziel der Krankenbehandlung verwechselt. Insofern der Stress chronisch wird und mit entsprechenden Pathologien einhergeht, können sich auch Patienten, Pflegekräfte und Mitarbeiter des Sinns dieser Veranstaltung nicht mehr sicher sein. Als Konsequenz droht bei allen Beteiligten notorische Arbeitsüberlastung, ein hiermit einhergehendes inneres Unbehagen und in der Folge ein tiefgreifender Verlust des Vertrauens in die Institutionen der Krankenbehandlung.

Das DRG-Regime sowie seine quasi-marktliche Rahmung sollte von den Intentionen des Gesetzgebers her als *produktiver* (d.h. funktionsfördernder, salutogener) Stressor wirken – aber das, was letzterer auslöst, scheint oftmals kontraproduktiv. Vieles hängt davon ab, wie sich der Übergang von Selektion zur Retention, also zur kulturellen Restabilisierung oder Neuausrichtung, ausgestaltet, und zwar auch aus ethischer Sicht. Nicht zuletzt ist hier die zeitliche Verzahnung der Gestaltungs-, Selektions- und Retentionsprozesse von Bedeutung. Ein System unter Stress zu setzen, solange es sich seine Mitarbeiter als Verkörperung des kulturellen Gedächtnisses, seiner funktionalen Identität noch sicher sein kann, ist etwas anderes, als den Stress in Phasen der Verunsicherung und Erodierung professionsethischer Standards weiterhin aufrechtzuerhalten. Zudem erscheint Stress vor allem dann produktiv, wenn er mit Selbstwirklichkeitserwartungen, also dem Glauben, etwas im positiven Sinne gestalten und bewirken zu können, einhergeht. In diesem Sinne sind also für eine produktive Bearbeitung wieder längere Entspannungsphasen nötig, um der professionellen Selbstvergewisserung wieder Raum zu geben und den betroffenen Organisationen Raum zu geben, sich hinsichtlich ihrer zentralen Wertbezüge wieder rekonsolidieren zu können.

Auch die wissenschaftlichen Experten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen waren sich – wenngleich aus unterschiedlichen Motiven – darin einig, dass die durch Stress hervorgerufenen Anomalien des Gesundheitssystems nicht auf Dauer gestellt werden dürfen, um schädliche Auswüchse zu vermeiden. So hatte etwa Schrappe (2007) das DRG-System nur als einen Zwischenschritt zu einer integrierten Versorgung betrachtet, in dem Anbieter im Verbund komplexe Behandlungslösungen – einschließlich Vor- und Nachsorge – entwickeln sollten. Der derzeitige Abrechnungsmodus, so seine Beobachtung, setzt einen Fehlanreiz zum Spartenkannibalismus. Anstatt dass Internisten, Hausärzte und Chirurgen fallbezogen zusammenarbeiten, um den bestmöglichen Behandlungsweg zu erörtern, stehe nun vor allem das Primat im Vordergrund, die eigenen Leistungsvollzüge auszudehnen bzw. selbst die Gewinne abzuschöpfen und Probleme dann anderen zu überlassen. Moniert wurde zudem, dass das derzeitige DRG-Regime nur die Erbringung von Einzelleistungen honoriere, ohne nach dem Sinn dieser Leistungen für den Patienten zu fragen. Man müsse vielmehr mittelfristig zu einem Abrechnungssystem gelangen, das den

eigentlichen gesundheitlichen Wert für den Patienten honoriere und Qualitätsergebnisse „leistungsorientiert“ vergütet.¹⁸

Allerdings stoßen solche Alternativen, die ihrerseits darauf hinauslaufen, in die Medizin „hinein“ zu steuern, schnell an Grenzen. Auch in Zukunft werden die Behandlungsprozesse, wie auch die Organisationen, welche sie vollziehen, eine black box darstellen. Allein schon weil die Dokumentation von der Praxis entkoppelt ist und ein unüberbrückbares Komplexitätsgefälle hinsichtlich der abstrakten Abbildung gesundheitsbezogener Daten und der Eigendynamik konkreter Behandlungsprozesse besteht, wird eine brauchbare Form der Abbildung, welche Gesundheitsdienstleistungen nicht auf Basis globaler statischer Parameter, sondern auf den Einzelfall bezogen bewerten lässt, nicht zu realisieren sein. Zudem wird jeder Versuch, diesbezügliche Lösungen durchsetzen zu wollen, nolens volens gesundheitspolitische Grabenkämpfe provozieren.¹⁹

Wie auch immer, allein schon die Diskussion dieser und angrenzender Fragen würde die Büchse der Pandora öffnen. Bereits die unterschiedlichen Interessenlagen von Bund und Ländern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausgesellschaft, den privaten und gesetzlichen Krankenkassen und anderen wichtigen Akteuren lassen nachhaltige Lösungen eher unwahrscheinlich erscheinen; vielmehr drohen entsprechende Vorschläge sofort auf dem Seziertisch mikropolitischen Spiele filetiert zu werden. In dem Wissen, dass Dauerstress mit unvorhersehbaren Folgen in der Organisations- und Professionskultur einhergeht,

18 Ins Spiel gebracht wurde hier z.B. eine regional ausgehandelte Gesamtvergütung, entsprechend der sich die Anbieter von Behandlungsleistungen dann komplett für die Gesundheit ihrer anvertrauten Patienten verantwortlich zeichnen. Entsprechend könnte dann ein „Konsortium“ aus einer „präventiv tätigen Krankenschwester“ über den „Primärarzt“ unter Begleitung anderer „Spezialärzte“ nur dem „Interesse folgen“, „den Patienten so gesund wie möglich zu machen und dies mit dem geringstmöglichen und notwendigen Aufwand.“ Eine solche Medizin würde nicht auf Basis von (unnötigen) Leistungsausweitungen verdienen, sondern nur dann, wenn sie mit wenig Aufwand viel zur Gesundheit des Patienten beiträgt (Scriba in: Vogd 2011: 240f.). Eine solche Lösung würde allerdings eine „wirklich funktionierende Qualitätskontrolle und -sicherung“ voraussetzen. An dieser Stelle muss Scriba aber eingestehen, dass die Fragen, wie sich solche Prozesse messen und abbilden lassen, bislang nicht einmal ansatzweise „methodisch“ gelöst sind und auch nicht zu erwarten ist, dass die hiermit einhergehenden Anforderungen mittelfristig „in Griff“ zu bekommen seien (ebd.).

19 Beispielsweise wäre eine Antwort zu finden auf die Frage nach der Trägerschaft solcher Komplettlösungen (die Kommune, das Land, die Krankenkassen, Netzwerkverbände aus niedergelassenen Ärzten oder überregionale Konzerne, die Komplettlösungen anbieten?) und *politisch* zu entscheiden, wem die Macht bzw. Kompetenz zugeschrieben wird, die Qualitätskriterien und den Preis festzulegen (dem Staat, den Selbstverwaltungen, den Anbietern oder den Krankenkassen?).

eine weitergehende Strukturreform des bundesdeutschen Gesundheitssystems als Ganzem aber derzeit nicht in Sicht ist, erscheint es mithin kurzfristig angezeigt, den Stress aus dem System wieder hinauszunehmen.

Dass genau dies geschieht, ist freilich bislang überhaupt nicht abzusehen. Mehr als ein Jahrzehnt nach der Einführung der DRGs stehen die Kliniken weiterhin unter massiven Druck. Da das DRG-System als Nullsummenspiel konzipiert bleibt (aufgrund der statischen Konstruktion der Basisfallwerte), wird sich an ihrer prekären Situation in nächster Zeit wohl wenig ändern. Insofern der gesellschaftliche Auftrag des Allgemeinkrankenhauses weiterhin ernst genommen wird, also etwa auch finanziell wenig lukrative Versorgungsfunktionen sichergestellt werden sollen (man denke hier z.B. an die Geburtshilfe), erscheint die Lage also weiterhin kritisch.

Somit ist die heutige Wirklichkeit der Krankenhäuser eine, in der Akteure – die Krankenhäuser, die Krankenkassen, die Gesundheitspolitik und nicht zuletzt der Patient „genötigt“ werden, sich im Dauerstress einzurichten. Die Verarbeitung dieser „Zumutung“ und ihre Implikationen stehen mithin auf der Tagesordnung der wissenschaftlichen Befassung mit dem gegenwärtigen Krankenhauswesen. Bestimmte Fragen stehen dabei im Vordergrund: Welche Lösungen finden Krankenhäuser, um dem nicht nachlassenden ökonomischen Druck zu begegnen? Wie stark ist ihre Resilienz? Auf welchen Ebenen können Werte und Identitäten behauptet werden, wo sind übergreifende Mutationen der Sinnstrukturen zu beobachten? Da wir es hier mit kollektiven und sozialen Phänomenen zu tun haben, ist hier vor allem die *Soziologie* gefragt. Soziologische Stimmen waren in der Diskussion um die Zukunft des Krankenhauses zuletzt allerdings eher selten zu vernehmen – es dominieren die Verdächtigungssemantiken des Feuilletons oder aber eher simple Aufklärungsangebote gesundheitsökonomischer Provenienz.

Gewiss: Krankenhäuser sind schon seit geraumer Zeit ein Gegenstand der organisations- bzw. medizinsoziologischen Forschung, so wie auch allgemeine Entwicklungen im Gesundheitswesen hier und da in sozialwissenschaftlichen Foren diskutiert werden (siehe etwa Badura, et al. 1993; Rohde 1974; Saake & Vogd 2008; Vogd 2011). International liegen zunehmend Studien vor, die sich mit den Umbrüchen im Krankenhauswesen auch empirisch auseinandersetzen, z.B. bezüglich der veränderten institutionellen Steuerungsmechanismen in diesem Sektor oder im Hinblick auf den Wandel der Gesundheitsprofessionen (siehe bereits Scott 1992; Tonkens et al. 2013, Reich 2014, van der Pennen et al. 2015). Und doch scheint eine dezidiert soziologisch ausgerichtete und auch den gesellschaftlichen Kontext mit einbeziehende Krankenhausforschung wenigstens in Deutschland eher schwach entwickelt und zudem stark fragmentiert. In der Medizinsoziologie werden zwar wichtige Themen verhandelt, z.B. der Wandel von Patientenrollen oder die Ver-

unsicherung der Professionen. Ebenso geraten auch in Arbeiten zur politischen Soziologie des Gesundheitswesens relevante Fragestellungen in den Blick, z.B. veränderte Machtkonstellationen in der Gesundheitspolitik. Eine dezidiert auf den sozialen Organisationszusammenhang des zeitgenössischen Krankenhauses bezogene und gleichzeitig für dessen komplexe Transformationsdynamik sensible Forschungsorientierung ist derzeit jedoch eher selten anzutreffen.

Dies überrascht insofern, als dass das gegenwärtige Krankenhaus allein schon aufgrund der hierin zum Ausdruck kommenden Steuerungs- und Wertproblematiken einen Gegenstand verkörpert, der weder leichtfertig der Gesundheitsökonomie überlassen werden sollte noch einer Versorgungsforschung, die dem szientistischen Selbstmissverständnis aufsitzt, komplexe Prozesse alleine auf Basis statistischer Daten steuern zu können. Vielmehr begegnen wir in der gegenwärtigen Konstellation einem sozialen Experiment mit ungewissem Ausgang, was *per se* Bedarf nach einer sozialwissenschaftlich informierten Begleitung signalisiert. Soziologische Perspektiven sind besonders dort instruktiv, wo unterschiedlichste, oftmals untereinander nicht kompatible Rationalitäten bzw. institutionelle Logiken aufeinanderstoßen und im „Treffraum“ der Organisation Krankenhaus arrangiert werden (Reay & Hinings 2009). Vieles gerät dadurch in Bewegung – etwa in Hinblick auf die Art und Weise, wie Patienten behandelt bzw. versorgt werden und wie sich zentrale Organisationen und (Semi-)Professionen innerhalb des Sektors neu aufstellen. Die AutorInnen dieses Sammelbands stimmen jedenfalls darin überein, dass die Befassung mit der (im weitesten Sinne) sozialen und kulturellen (Re-)Konstitution der stationären Krankenversorgung im Kontext der in den Beiträgen detailliert analysierten Entwicklungsdynamiken unabdingbar ist, um die Wirklichkeit des zeitgenössischen Krankenhauses besser verstehen zu können und von diesem Verständnis aus für die Fallstricke, aber auch Entwicklungspotenziale der heute vorherrschenden Strukturen und Prozesse in diesem Sektor besser gewappnet zu sein.

So viel steht fest: Das deutsche Krankenhauswesen ist heute ein ganz anderes als noch in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts. Es verkörpert eine „mixed economy“, die zwar nach wie vor institutionell bzw. politisch reguliert ist, aber gleichzeitig vermehrt als Feld für unternehmerisches Handeln begriffen wird. Erkennbar ist zudem, dass die veränderte institutionelle Steuerung im DRG-Regime – zusammen mit den o.g. manageriellen Innovationen – zu ganz neuen Formen der Prozesskontrolle im Kontext der Organisationen, aber auch im Rahmen ihrer intermediären Steuerung durch Gremien, Verbände und Verträge geführt hat. Dabei setzen neue formale Regulierungen auf beiden Ebenen ganz offensichtlich auch Dynamiken in der informellen Praxis der Organisationen bzw. des Feldes frei (z.B. die o.g. Tendenzen kreativer Fallkodierung bzw. medizinischer Indika-

tionen). Gleichsam quer dazu zeigen sich Veränderungen in der Aufgabenumwelt des Krankensektors, so etwa ein ständig wachsender Patientendurchlauf mit kürzeren Liegezeiten sowie eine Steigerung des durchschnittlichen Aufwands pro Behandlungsfall. Auffällig erscheinen zugleich grundsätzlichere Diskussionen über die Leistungsfähigkeit der traditionellen Kernakteure des Sektors – sprich: der medizinischen Profession. Beobachtet wird hier die Infragestellung (medizin-) professioneller Autonomie bzw. Autorität sowie eine (wenigstens inkrementelle) Rollenverschiebung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus – einerseits in Richtung Industrialisierung bzw. Taylorisierung, andererseits in Richtung Spezialisierung.²⁰ Beobachtet werden überdies nachhaltige Verschiebungen in der Personalstruktur (mehr Ärzte, weniger nicht-medizinisches Personal, neue Berufsgruppen), sodass die Organisationswelt des Krankenhauses heute eine ganz andere ist als am Beginn seiner Karriere als industrialisierte Praxis der Gesundheitsversorgung. Wohin all dies führt, erscheint unklar. Tendenzen der Hybridisierung (Noordegraaf 2007) sind nur eine von vielen denkbaren Entwicklungsdynamiken. Möglicherweise werden, wie der späte Freidson (2001) vermutete, die unterschiedlichen Logiken „bureaucratism“, „economism“ und „professionalism“ zunächst gleichzeitig auf die Spitze getrieben. Die Logiken von Verwaltung und Markt sowie die weiterhin stabil bleibenden professionellen Kulturen würden sich dann wechselseitig in ihren Effekten begrenzen. Ob es dann allerdings unter Dauerstress zu Ermüdungs- und Zerfallserscheinungen kommt und entsprechend die den jeweiligen Eigenlogiken zugrunde liegenden Fachkulturen zu erodieren beginnen, ist eine andere Frage.

Dieser Band hat zum Ziel, Formen und Konsequenzen solcher Veränderungsdynamiken auf verschiedenen Ebenen in den soziologischen Blick zu nehmen. Betrachtet werden einerseits Entwicklungsprozesse im Bereich von Organisationen sowie bei einzelnen (Semi-)Professionen, andererseits aber auch ihr Zusammenhang mit organisationsübergreifenden Bewegungen im Kontext gesellschaftlicher Transformationen. Die zusammengestellten Aufsätze verweisen dabei einerseits auf Vielfalt: Das gilt für die Untersuchungsgegenstände, die beobachteten Entwicklungsprozesse, und auch die theoretischen Perspektiven auf diese Gegenstände und Prozesse. Andererseits lässt sich in einer Zusammenschau der Befunde ein grobes Gesamtprofil jener Mutationsprozesse zeichnen, in dem sich das Feld bzw. die Kliniken und ihre Akteure gegenwärtig befinden. Die soziologischen Einzeldiagnosen, die in den Beiträgen versammelt werden, bilden Elemente eines bunten Mosaiks, das bei distanzierter Betrachtung aber doch so etwas wie ein Strukturmuster erkennen lässt.

20 für den Fall der Ärzte: Kälble (2014).

Die Beiträge in diesem Band

Vorliegender Sammelband ist – nach der Einleitung – in vier Blöcke gegliedert: *Teil I* befasst sich, sozusagen aus der Vogelperspektive, mit allgemeinen Entwicklungen im Krankenhauswesen in deren Bezug zu gesellschaftlichen Dynamiken auf der wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Ebene. Der Fokus liegt hier auf den Beobachtungsebenen Ökonomie, Politik und Diskurs.

Michael Simon rekonstruiert dabei zunächst die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhauswesens seit den 1970er Jahren. Sein Beitrag mündet in eine Kritik an der Dominanz einer ausschließlich nach wirtschaftswissenschaftlichen Paradigmen ausgerichteten Politikberatung.

Johannes Lange lenkt die Aufmerksamkeit demgegenüber auf die Steuerungspraxis der im intermediären Bereich agierenden politischen Akteure und macht deutlich, dass keine Durchgriffskausalität von Seiten der Gesundheitspolitik auf die Leistungen des Krankenhauses besteht. Die derzeitigen Probleme des Kliniksektors – und die hiermit einhergehenden Fehlsteuerungen – erscheinen entsprechend immer auch als eine Folgewirkung einer Eigendynamik des politischen Systems, welches geneigt ist, sich auf eine dezentrale Kontextsteuerung zurückzuziehen, um nicht für die Probleme des Krankenhauses verantwortlich gemacht werden zu können. Es stellt sich die Frage, ob unter diesen Bedingungen eine Gesundheitspolitik denkbar wird, die bereit ist, politische Verantwortung für die nicht intendierten Folgewirkungen ihrer administrativen Entscheidungen zu übernehmen.

Gina Atzeni und *Victoria von Groddeck* nehmen die Veränderungen in den ärztlichen Professionsnarrationen als Ausgangspunkt, um die Beziehungsmuster der Krankenbehandlung aus einer gesellschaftstheoretischen Perspektive zu reflektieren. Deutlich wird hier einerseits die wachsende Bedeutung des Patienten als ein „Subjekt“, dessen Gefühle und Ansprüche nun immer mehr artikuliert werden. Andererseits scheinen hier aber die Eigendynamiken moderner Organisationen auf, welche den Arzt immer weniger in die Lage versetzen, diese gesteigerten Bedürfnisse zu erfüllen. Mit Hilfe dieser Narrative gelangen wir zu einer komplexitätssensitiven Medizinsoziologie, die nicht nur die Erzählung des Ökonomischen kennt.

Teil II analysiert Krankenhäuser als Organisationswelt(en), innerhalb derer Akteure (Gestaltungs-)Lösungen für angetroffene Probleme bzw. Anpassungszwänge suchen. Betrachtet werden Restrukturierungsprozesse quer zu einzelnen Akteursgruppen, Trägerformen oder auch nationalen Gegebenheiten. Dabei geraten Prozesse der Ausdifferenzierung, Entkoppelung und „Informalisierung“ in den Blick.

Christoph Schmitz und *Peter Berchtold* weisen zum einen auf die zunehmende fachliche und disziplinäre Komplexität medizinischer Prozesse im zeitgenössischen Krankenhauswesen hin. Zum anderen wird das Augenmerk auf die unterschiedlichen Anforderungen in Hinblick auf die organisationale Bearbeitung der verschiedenen Krankheitsbilder gelenkt. Es wird deutlich, dass die Organisationen der modernen Krankenbehandlung bislang unzureichend in der Lage sind, der Pluralität der diesbezüglichen Anforderungen angemessen zu begegnen. Unabhängig von der ökonomischen Formatierung medizinischer Praxis rückt damit die Frage des Organisationsdesigns in den Vordergrund.

Olaf Iseringhausen befasst sich mit dysfunktionalen Organisationsprozessen am Beispiel des Qualitätsmanagements. Mit letzterem wird, seiner Beobachtung zu Folge, in der Regel keineswegs eine höhere Rationalität von Prozessabläufen erreicht. Es kommt hier vielmehr oftmals zu einer Entkoppelung von Steuerung und Praxis, was den Graben zwischen professionellen Eigenlogiken folgenden Operationen einerseits und dem betriebswirtschaftlich ausgerichteten Management andererseits eher vertieft, als dass es zu einer sinnvollen Integration der verschiedenen Funktionskreise beiträgt.

Kaspar Molzberger und *Martin Feißt* lenken demgegenüber den Blick auf die Praxis des Krankenhaus-Controlling. Das hiermit verbundene Spiel der Zahlen erscheint weitaus weniger eindeutig als es der Common Sense vermuten ließe. Zahlen erscheinen manchmal als Fakt, manchmal als Fetisch, manchmal beides und manchmal weder das eine noch das andere. Somit rückt die soziale Funktion des Controllings in den Vordergrund. Es bindet nämlich zugleich soziale Prozesse, indem inkommensurable Sphären und institutionelle Logiken situativ voneinander entkoppelt werden.

Thomas Elkeles und *Maria Crojethovic* beleuchten die Rolle informaler Prozesse im Krankenhausalltag. Informalität zeigt sich dabei als ein ebenso produktiver wie notwendiger Modus, um organisationale Spannungen zu bewältigen. Es zeigt sich auch die Problematik mancher informaler Lösungen, insbesondere wenn diese in die Grauzone zum illegalen Handeln hineinreichen.

Der Übergang zu *Teil III* verläuft fließend: Dieser betrachtet die Akteure der verschiedenen Funktionskreise im Hinblick auf ihre Identität und kulturelle (Re-)Konstitution, u.a. in Bezug auf Dynamiken der Aushöhlung bestehender Identitäten oder aber ihrer etwaigen Rekonsolidierung bzw. Neuerfindung. Untersucht wird u.a. die Frage, wie sich Rollenprofile im Konzert der bestehenden Funktionskreise, aber auch vor den Hintergrund organisationsexterner Veränderungen entwickeln.

Julian Wolf und *Anne Ostermann* zeigen auf, wie sich das Pflegemanagement systematisch von den Problemen, aber auch der professionellen Eigenlogik des

Stationspersonals, also der arbeitenden Pflegekräfte, entkoppelt. Statt eine weitere Professionalisierung der Pflege zu unterstützen, geht der Aufstieg in die Pflegedienstleitung derzeit überwiegend mit der Übernahme technokratischer managerialer Haltungen einher. Aus einer feldtheoretischen Perspektive wird deutlich, dass sich mit den originären Themen der Pflege unter den gegebenen Verhältnissen kaum mehr Relevanz einfordern lässt. Während die Ärzte im Rückzug auf ihre professionelle Identität weiterhin Achtungsgewinne verbuchen und niemand ihnen die medizinische Expertise streitig macht, gelingt der Pflege die Ausbildung eigener, hinreichend stabiler Kompetenzbereiche letztlich nicht.

Markus Märker und *Hannu Turba* untersuchen, inwieweit es der Sozialarbeit im Krankenhaus gegenwärtig gelingen kann, eine eigenständige professionelle Identität aufzubauen. Einerseits ergeben sich für sie als „Grenzstellenprofession“ Chancen, mehr Verantwortung einzufordern. Andererseits zeigen sich hier aber deutliche institutionelle Grenzen. Ob hier im Sinne eines elaborierten Klientelbezugs Sozialarbeit im Sinne eines professionellen Klientelbezugs geleistet werden kann, bleibt unsicher. Ein diesbezügliches Engagement gehört jedenfalls aufgrund der hochverdichteten Arbeitsvollzüge und des Primats effizienter Prozessorganisation de facto nicht (mehr) zur Rollenbeschreibung eines Krankenhaussozialarbeiters.

Stefan Bär und *Markus Pohlmann* fragen nach der veränderten Rolle von bzw. Beziehung zwischen Chefärzten und Krankenhausmanagern. Sie zeigen auf, dass die Chefärzte sich weiterhin ihrer klassischen professionellen Identität verpflichtet fühlen, wenngleich diese in einen durch die Logik des „New Public Management“ geprägten Steuerungskontext eingebettet ist. Allerdings rekurrieren die Führungskräfte in großen öffentlichen Krankenhäusern nicht auf ein Organisationskonzept, wie es für großindustrielle For-Profit-Unternehmen typisch ist. Vielmehr soll der Gesamtbetrieb so „durchgesteuert“ werden, dass er mit externen Versorgungserwartungen kompatibel bleibt.

Maximiliane Wilkesmann klammert demgegenüber die ärztlich-professionelle Eigenlogik von Chefärzten methodologisch ein und untersucht – im Rekurs auf die Principal-Agent-Theorie – Entwicklungen in den ökonomischen Machtbeziehungen zwischen ihnen und ihren Arbeitgebern. Deutlich werden paradoxe Effekte: Der Versuch, die Chefärzte ökonomisch (u.a. durch die Einschränkung der Privatliquidation) zu disziplinieren, enacted diese nämlich erneut zu ökonomischen Akteuren, die – etwa indem sie die Flucht in den Honorararztstatus antreten – das Spiel wieder zu ihren Gunsten wenden könnten.

Im *Schlussteil (IV)* werden die in den verschiedenen Beiträgen versammelten Beobachtungen in zwei übergreifenden Aufsätzen gebündelt, um mögliche Lesarten dieser Beobachtungen zu diskutieren. Es wird danach Ausschau gehalten,

(in)wie(weit) sich, ungeachtet der verschiedenen theoretischen Perspektiven und Vielfalt der empirischen Phänomene, ein Gesamtbild des Wandels im zeitgenössischen Krankenhauswesen zeichnen lässt. Für beide Herausgeber dieses Bandes stehen die zusammengetragenen Analysen für einen Umbruchprozess, durch den wesentliche Akteure des Sektors in Bewegung geraten und der Zweckertrag des Krankenhauses (nämlich Diagnose, Therapie, Pflege und die Bahnung einer angemessenen Weiterbehandlung) zwar nicht aufgehoben, aber merklich „gestresst“ wird. Bezüglich der Ursachen dieser Entwicklung argumentieren sie allerdings unterschiedlich.

Ingo Bode beschreibt den beobachtbaren Wandel als Ergebnis widersprüchlicher gesellschaftlicher Transformationsprozesse: Diese führten nicht zur Infragestellung des Versorgungsauftrags bzw. des Bedarfsprinzips; letzteres werde im kulturellen Wandel spätmoderner Gesellschaften eher noch bestätigt. Allerdings drängen Referenzen der – gesamtgesellschaftlich an Einfluss gewinnenden – Erwerbswirtschaft verstärkt in für die Infrastruktur der Daseinsvorsorge und damit auch die Krankenversorgung zentralen, nicht-wirtschaftlichen Sektoren ein (konkret: die Politik und das soziale Gemeinwesen). Diese Sektoren setzten einer solchen Penetrationsdynamik weniger entgegen als zu Hochzeiten des Wohlfahrtsstaats. Deshalb müssten sich die Stakeholder der stationären Krankenversorgung also permanent mit ambivalenten Umwelterwartungen auseinandersetzen: Bodes Wahrnehmung zu Folge lässt sich das Gros der von den anderen Autoren präsentierten Befunde als Ausdruck des permanenten Versuchs deuten, die unter diesen Vorzeichen bestehenden Spannungen lediglich provisorisch bzw. problemverschiebend zu bearbeiten.

Werner Vogd beschreibt ebenfalls den Einzug betriebswirtschaftlicher Kalküle in das Krankenhaus, wobei er allerdings nicht unterstellt, dass dies zwingend problematisch ist. Vielmehr sieht er – gewissermaßen im Gegenteil – die Ursache der aktuell bestehenden „Stressprobleme“ im Missverstehen der eigentlichen Funktion ökonomischer Kalküle, nämlich in der Verwechslung ihrer sozialen Funktion mit der irreführenden Idee, Gesundheitsdienstleistungen in ihrem Wert objektiv beurteilen zu können. Die im heutigen Krankenhausesektor vorherrschende spezifische Referenz auf ökonomische Prozesssteuerung scheitere an den mit ihr verbundenen Rationalitätsansprüchen und sei in volkswirtschaftlicher Hinsicht nicht rational. Wenn neue Regulierungen dennoch dem Prinzip des „Mehr des Selben“ folgten, dann läge dies an einer wachsenden Neigung auch im Gesundheitswesen, soziale Prozesse durch rechnerische Operationen und darauf fixierte Kalküle so zu vereinfachen, dass sie sich bequem organisieren lassen.

Wie auch immer die Ursachenanalyse ausfällt und der aktuelle Wandel im Krankenhausesektor beschrieben bzw. interpretiert wird: Mit den nachfolgenden

Beiträgen wird ein Gemeinschaftsprojekt vorgelegt, welches den soziologischen Beitrag zur aktuellen Debatte zu Problemen und Entwicklungspotenzialen im deutschen Krankenhauswesen profiliert und gegen die Botschaften anderer Disziplinen in Stellung bringt – nicht zuletzt auch um Suchbewegungen zu inspirieren, die nachhaltige Lösungen zum Stressabbau in diesem Kernsektor der wohlfahrtsstaatlichen Infrastruktur befördern.

Literatur

- Badura, B., G. Feuerstein, & T. Schott (Hrsg.) (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, München: Juventa.
- Bartholomeyczik, S. (2015): Es geht um ethische, humanitäre Prioritäten. *Monitor Pflege*. Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege 1, 23.
- Blum, K., S. Löffert & M. Offermanns et al. (2014): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2014. Düsseldorf.
- Bode, I. (2010): Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhausesektor. In: M. Endress, T. Matys & G. Wachtler (Hrsg.), *Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie*. Wiesbaden: VS-Verlag, 63-92.
- Bode, I. (2013): *Die Infrastruktur des postindustriellen Wohlfahrtsstaats. Organisation – Wandel – Hintergründe*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bode, I. & J. Lange (2014): Zerredete Eindeutigkeit. „Unseriöse Operationen“ im Krankenhauswesen als Gegenstand von Diskursambivalenz. *Sozialer Sinn* 15, 271-290.
- Braun, B. (2014): Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: A. Manzei & R. Schmiede (Hrsg.), *Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*. Wiesbaden: Springer VS, 91-114.
- Bräutigam, C., M. Evans, & J. Hilbert et al. (2014): *Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser*. HBS Arbeitspaper 306. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Freidson, E. (2001): *Professionalism. The third logic*. Cambridge, Mass.: Polity Press.
- Fujimura, M. (1992): *Crafting Science: Standardized Packages, Boundary Objects, and 'Translation'*. In: A. Pickering (Hrsg.), *Science as Practice and Culture*. Chicago, London: University of Chicago Press, 168-214.
- Garfinkel, H. (1974): "Good" Organizational Reasons for "Bad" Clinical Records. In: R. Turner (Hrsg.), *Ethnomethodology. Selected Readings*. Harmondsworth: Penguin, 109-127.
- Grosser, M. (2014): *Burnout im Krankenhaus: Ursachen, Folgen und Prävention. Die auszehrende Organisation*. In: D. Oelsnitz, F. Schirmer & K. Wüstner (Hrsg.), *Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt*. Wiesbaden: Springer VS, 209-237.
- Hartweg, H.-R., R. Kaestner & H. Lohmann et al. (2015): *Verbesserung der Performance durch Open Innovation-Ansätze. Von neuartigen Verfahren zur Suche nach Differenzierungsvorteilen im Krankenhaus*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Heath, C. & P. Luff (1996): *Documents and Professional Practice: 'bad' organisational reasons for 'good' clinical records*. *Proceedings of the Conference on Computer Supported Cooperative Work*. Boston: ACM Press 354-363.
- Herder-Dorneich, P. & A. Schuller, (Hrsg.) (1983): *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt?* Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Kälble, K. (2014): *Die ärztliche Profession und ärztliches Handeln im Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie: Wird der Arzt zum Gesundheitsmanager?* *G&G Wissenschaft* 14, 16-25.
- Klenk, T. (2011): *Ownership change and the rise of a for-profit hospital industry in Germany*. *Policy Studies* 32, 263-275.