
Die Studie: Management in 15 Krankenhäusern



Kommen wir nun zu unserer empirischen Studie, in deren Rahmen wir untersucht haben, auf welche Weisen das Krankenhausmanagement mit den oben genannten Spannungs- und Problemlagen umgehen kann.⁴⁷ Die methodologische Umsetzung der hiermit verbundenen Fragen erfolgte im Rahmen eines wissenssoziologisch-qualitativen Forschungsdesigns, das den systematischen Vergleich von Managementformen verschiedener Krankenhäuser ermöglichte. Mit Hilfe eines theoretisch ausgewogenen *Samplings* konnten dabei einerseits typische Arrangements des Managements identifiziert werden, andererseits wurden Einsichten in Bezug auf die wesentlichen Einflussfaktoren gewonnen, welche die Entscheidungen der Krankenhausleitung prägen.

So wurden Häuser in *privater* mit solchen in öffentlicher und *freigemeinnütziger/konfessioneller* Trägerschaft sowie Standorte der *Peripherie* mit solchen in *Ballungsräumen* systematisch in einer komparativen Analyse zueinander in Beziehung gesetzt. Ebenso wurden die Perspektiven und Standortgebundenheit der unterschiedlichen am Topmanagement beteiligten Akteure rekonstruiert (Geschäftsführer, Chefarzte, leitender ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung, Verwaltungsleiter, etc.).

Dies gestattete schließlich, im Sinne einer Mehrebenenanalyse (Nohl 2013) verschiedene Formen der Praxis zu rekonstruieren sowie einige der Rahmenbedingungen herauszuarbeiten, die jeweils einen bestimmten Typus eines Arrangements wahrscheinlich werden lassen. Darüber hinaus wurden sogenannte ‚erfolgreiche Formen‘ des Krankenhausmanagements identifiziert. Ein solches wurde dann als erfolgreich begriffen, wenn mit ihm ein möglichst enttäuschungsfreies Arrangement medizinischer, wirtschaftlicher und politisch/rechtlicher Erwartungen zu gelingen scheint.

47 Die empirische Studie entstand im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekts „Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement“ (Laufzeit: 01.10.2013-31.12.2016)

1 Sampling

Die komparative Analyse stellt gleichsam den Schlüssel rekonstruktiver Forschung dar, denn nur im systematischen Vergleich verschiedener Fälle kann es gelingen, die eigenen, standortgebundenen Vorurteile zu relativieren und hierüber zu einer validen und generalisierbaren Typik der beobachteten Phänomene zu gelangen (s. zur Erläuterung der Methodologie ausführlich Kapitel III). Da jedoch aus forschungsökonomischen Gründen immer nur eine begrenzte Zahl von Einrichtungen untersucht werden kann, kommt der Fallauswahl eine wichtige Bedeutung zu, denn hierdurch werden die Vergleichshorizonte bestimmt. Im Idealfall sollten deshalb nur „solche Fälle aufgenommen“ werden, „anhand derer theoretische Kategorien oder Typen entwickelt, spezifiziert oder erweitert werden können.“ Eine Rekonstruktion des Fallspezifischen „um seiner selbst willen ist nicht Ziel des Vergleichs“ (Nohl 2001a, S. 255). Die weiteren Fälle sollten im Hinblick auf ihren Nutzen für die weitere Theoriegenerierung ausgewählt werden. Darüber hinaus muss eine gewisse Dichte und Redundanz im Material sichergestellt werden. Dies gilt nicht nur für den Fall, dass sich einzelne Interviews letztlich als wenig brauchbar erweisen. Vielmehr muss eine gewisse Sättigung erreicht werden, damit valide Aussagen möglich sind.⁴⁸

Für die Ausgangsuntersuchung der vorliegenden Studie wurden als Vergleichshorizonte die Kategorien *Zentrum/Peripherie* sowie *private/öffentliche/konfessionelle (bzw. freigemeinnützige) Trägerschaft* gewählt. Pro Gruppe wurden mindestens zwei Häuser gewählt (insgesamt wurden in fünfzehn Häusern Untersuchungen durchgeführt), die in unsere Untersuchung eingeschlossen wurden. Dabei wurde die Studie auf große Häuser der Regel- und Schwerpunktversorgung beschränkt, die – über die Grundversorgung hinausgehend – zunehmend für die Versorgungssicherheit an Relevanz gewonnen haben. Als Richtwert für die Größe wurde dabei der auch im Krankenhausreport verwendete Wert von 300 Betten gewählt.⁴⁹

48 Dieses Vorgehen entspricht dem *theoretical sampling* der *grounded theory*, wie es Glaser und Strauss (1967) entwickelt haben.

49 Interessant wäre auch ein Vergleich von Häusern der Maximal-, Schwerpunkt- sowie Regelversorgung. Ein solcher Vergleich hätte jedoch zum einen den Umfang unserer Studie gesprengt. Zum anderen ist die Unterscheidung der verschiedenen Versorgungsstufen von Bundesland zu Bundesland etwas unterschiedlich geregelt. Darüber hinaus können sich etwa Häuser der Schwerpunktversorgung sehr unterschiedlich gestalten – abhängig vom Schwerpunkt. So bedeutet beispielsweise ein Schwerpunkt im Bereich Neurologie etwas völlig anderes als ein Schwerpunkt im Bereich Gynäkologie oder ästhetische Chirurgie.

Der Zentrum/Peripherie-Vergleich erschien aufgrund der wachsenden strukturellen Probleme in ländlichen Regionen von Bedeutung.⁵⁰ Krankenhäuser in peripheren Lagen stehen nicht nur zunehmend vor Problemen bezüglich der Rekrutierung qualifizierten Personals, auch die zunehmende Landflucht sowie die Überalterung, die in ländlichen Regionen stärker ist, zeigen hier ihre Auswirkungen. Wenngleich sich zwei der untersuchten Häuser in den neuen Bundesländern befinden, wurde auf einen expliziten Ost-West-Vergleich verzichtet, da mittlerweile viele Studien auf eine Angleichung der Managementkulturen in Ost und West hindeuten⁵¹ und die bestehenden Unterschiede vielmehr verschiedenen Trägerstrukturen und Standortbedingungen zuzurechnen sind.

Für einen Überblick das Sampling in tabellarischer Form:

Tab. 1 eigene Darstellung

Trägerschaft / Lage	Privat	Öffentlich	Freigemeinnützig / Konfessionell	Total
Zentrum	2	2	4	8
Peripherie	3	2	2	7

Neben dem *sampling* der einzelnen Häuser, die im Rahmen des Projekts den jeweils zu untersuchenden *Fall* darstellen, spielt die Auswahl der Interviewpartner eine nicht unbeträchtliche Rolle. Dabei stellt sich das Problem, dass die Krankenhausleitung keineswegs in jedem Haus gleichermaßen aufgebaut ist. In manchen Häusern setzt sie sich aus Geschäftsführern, ärztlichem Leiter und Pflegedienstleitung zusammen. In anderen Häusern kommt die Verwaltungsleitung hinzu. Dann wieder sind medizinische Leitung und Geschäftsleitung identisch und die Pflegedienstleitung wird nicht der Geschäftsleitung zugerechnet. In einzelnen Häusern besteht die Geschäftsführung nur aus einer Person. Daneben bestehen weitere Gremien, vor allem die Leitungs- bzw. Krankenhauskonferenz, in der vor allem die Chefarzte vertreten sind. Daher wurde von uns der Begriff ‚Krankenhausleitung‘ zunächst flexibel angelegt bzw. als das gefasst, woran sich die jeweils befragten Akteure beteiligt sehen. Befragt wurden jedoch standardmäßig: die Geschäftsführung (in der Regel 1 Person), die Pflegedienstleitung (1 Person), die Verwaltungsleitung (1 Person), die ärztliche Leitung (1 Person) sowie mindestens zwei Chefarzte der bedeutenden Abteilungen Chirurgie und Innere Medizin. Je nach Fall wurde diese Auswahl

50 Vgl. Augurzky et al. (2002).

51 Vgl. Clade (2010) und Buscher (2008).

spezifiziert und erweitert, etwa indem zusätzlich Akteure aus der übergreifenden Trägerschaft interviewt wurden. Insgesamt wurden 71 Experteninterviews geführt und transkribiert.⁵² Die Interviewdauer lag dabei zwischen 30 und 120 Minuten, durchschnittlich jedoch bei 50 Minuten.

In vier Häusern konnten *teilnehmende Beobachtungen*⁵³ in den Leitungssitzungen durchgeführt werden. Zudem wurden zwei Interviews und zwei *teilnehmende Beobachtungen* mit *Controllern* durchgeführt, da die Aufbereitung und Aggregation von Zahlen in den Managementprozessen eine prominente Rolle spielt.

2 Spezifizierung der Fragestellung

Wie bereits zuvor aufgeführt, sind wir davon ausgegangen, dass sich die Organisation Krankenhaus mit ihrem Management nicht auf eine einzelne Funktionslogik reduzieren lässt, sondern immer einer Vielzahl unterschiedlicher Referenzen gerecht zu werden hat. So sind Krankenhäuser mit den Ansprüchen einer medizinischen Logik, mit Fragen ökonomischer Knappheit, rechtlichen Fragen sowie den politischen Handlungslogiken, die aus der dualen Finanzierung resultieren, konfrontiert. Dazu kommen die Binnenspannungen, die sich aus dem Zusammenspiel der unterschiedlichen Gruppen aus Verwaltung, Medizin und Pflege ergeben. Hier stehen verschiedene Handlungsreferenzen einander gegenüber und sind in Formen sozialer Praxis stets in ein mehr oder weniger praktikables Verhältnis zu setzen.

Wie dies in der Praxis der Krankenbehandlung selbst geschieht und welche Faktoren wesentlichen Einfluss auf die Form der jeweiligen Praxis haben, konnte bereits in zurückliegenden Studien gezeigt werden (Vogd 2004a; 2004d; 2006a; 2006b; 2007b). Offen blieb dabei unter anderem die Frage, wie die Leitung der Häuser mit den unterschiedlichen Innen- und Außenspannungen bzw. Systemrationalitäten umgeht, mit denen sie konfrontiert ist. Mit Blick auf die Komplexität der Anforderungen und zu vereinbarenden Wertsphären scheinen sich auf den ersten Blick einige Parallelen zur Situation in der Krankenbehandlung zu zeigen.

Unterdessen steht das Krankenhausmanagement jedoch in einer anderen Position als die Ärzte oder die Pflegekräfte, die auf den Stationen arbeiten. Während letztere im je einzelnen Fall eine primär medizinische oder pflegerische Entscheidung

52 Die Transkription erfolgte nach Dresing/Pehl (2013, S. 20ff., einschließlich der Erweiterungen S. 23).

53 In der teilnehmenden Beobachtung partizipiert der Forscher an den Alltagshandlungen der beforschten Akteure und erstellt Beobachtungsprotokolle (vgl. Vogd 2005c).

treffen müssen, dabei aber auf andere Wertsphären Rücksicht zu nehmen haben (wirtschaftliche, rechtliche, organisationale, mikropolitische etc.), ist das Krankenhausmanagement zunächst vor allem dem Erhalt der Organisation verpflichtet. Dabei ist es mit Ansprüchen der medizinischen und pflegerischen Profession, den jeweiligen Trägern, den Krankenkassen und den zuständigen Ministerien konfrontiert. Es muss Fragen der Versorgungssicherheit, der Bezahlbarkeit, einer guten medizinischen und pflegerischen Behandlung und zunehmend auch Themen wie Personalmangel und Infrastrukturproblemen begegnen. Diese unterschiedlichen Dimensionen und die hieraus resultierenden Spannungen müssen stets aufs Neue arrangiert und verhandelt werden, da sie doch nie restlos befriedet bzw. ineinander überführ- oder auflösbar sind. Geht man mit Luhmann (2000b) zudem davon aus, dass sich Organisationen wesentlich über Entscheidungen reproduzieren, die in Form von Entscheidungsprogrammen und Entscheidungsprämissen eine eigene Pfadabhängigkeit generieren, so kann man die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung gestellten Fragen konkretisieren. Denn es ist zu erwarten, dass sich die für das Arrangement der jeweils prominenten Innen- und Außenspannungen relevanten Praxisformen insbesondere anhand von Entscheidungspraxen aufzeigen lassen.

Indizien für die diesbezügliche Rekonstruktion der Praxisformen und der damit verbundenen Arrangements sowie der hiermit einhergehenden handlungsleitenden Orientierungen der beforschten Akteure geben insbesondere die folgenden Themenkomplexe, die auch in den verwendeten Interviewleitfäden zum Ausdruck kamen:

1. Formale Strukturen des Krankenhausmanagements

- Wer gehört zum Management?
- Wie wird der ärztliche und wie der pflegerische Bereich in das Krankenhausmanagement integriert? Welche Formen der Partizipation an den Steuerungsaufgaben werden entwickelt? Wie gestalten sich die Einflussmöglichkeiten der unterschiedlichen Sphären? Sind beispielsweise die Chefarzte aktiv in Managementaufgaben involviert?

2. Selbstbeschreibung

- Was ist das offizielle Selbstverständnis des Managements?
- Welche Semantik wird zur Selbstbeschreibung verwendet und wie wird an der Corporate Identity des Unternehmens gearbeitet?
- Wie wird die aktuelle Situation des Krankenhauses (einschließlich seiner strategischen Position in der regionalen Versorgungslandschaft) gesehen?

3. Deutungsmuster und kognitive Landkarten

- Wie werden seitens des Krankenhausmanagements die organisatorischen Umwelten des Krankenhauses wahrgenommen (etwa die Krankenkassen, gesundheitspolitische Entscheidungen und Pläne der Länder und Kommunen)?

- Wie werden die ärztliche und die pflegerische Arbeitskraft abgebildet? Erscheinen sie sowohl als Kostenfaktor als auch als Produktionsfaktor im Sinne von expertiseabhängigen Dienstleistungen, die auf Wissensarbeit beruhen? Wie wird die Gefahr der Abwanderung von Spezialisten reflektiert?
 - Wie wird die Zusammenarbeit zwischen den Gruppen im Krankenhausmanagement gesehen? Wie werden dabei die Haltungen und Orientierungen der am Management beteiligten professionellen Gruppen jeweils eingeschätzt?
 - Wie werden Profilierung und strategische Ausrichtung der Häuser thematisiert? Was sind die Kriterien und Orientierungsmarken, nach denen hier Entscheidungen getroffen werden?
 - Welche Metaphern und Bilder werden zur Beschreibung und Charakterisierung der Problem- und Spannungslagen des Krankenhauses bzw. in Hinblick auf die Modalitäten ihrer Bearbeitung genannt?
4. Controlling
- Welches sind die zentralen Parameter im Ist-Soll-Vergleich der ökonomischen Steuerung medizinischer Prozesse? Wie werden Behandlungskosten in Bezug auf Zeit- und Sachdimension operationalisiert? Wie werden Liegezeiten sowie technischer und personeller Aufwand einer Krankenbehandlung ökonomisch in Beziehung zueinander gesetzt?
 - Wie werden die Zeitverhältnisse in Bezug auf Produktions- und Investitionskosten integriert? Auf Basis welcher Kriterien wird in die Ausbildung von Mitarbeitern investiert bzw. wie stellt sich das Verhältnis von Mitarbeitern als Kostenfaktor und als Humankapital dar?

Neben den genannten Fokussierungen wurde den befragten Akteuren im Interview großzügig Raum gegeben, eigene Schwerpunkte zu setzen und eigene Relevanzen zu offenbaren, denn im Rahmen eines rekonstruktiven Forschungszugangs ist sicherzustellen, dass auch „unerwartete Phänomene“ eingefangen werden können, was eine gewisse Offenheit in Hinblick auf die „Vorentscheidungen hinsichtlich Design und Methode“ voraussetzt (Strodtz und Kühl 2002, S. 16).

Abschließend ist nochmals darauf hinzuweisen, dass sich die vorliegende Studie nicht nur darauf beschränkt, allein in deskriptiver Manier die Orientierungen der befragten Akteure zu rekonstruieren. Darüber hinaus ging es zum einen darum, die wichtigen Einflussfaktoren zu identifizieren, welche bestimmte Lösungen und Arrangements plausibilisieren und stabilisieren. Zum anderen stellte sich uns die Frage, welche Praxis als erfolgreich und welche als weniger erfolgreich angesehen werden kann. Dabei soll eine Entscheidungspraxis insbesondere dann als erfolgreich gelten, wenn es ihr gelingt, die Ansprüche der verschiedenen beteiligten Stakeholder und Referenzen so zu arrangieren, dass die Erwartungsenttäuschungen innerhalb

der verschiedenen Räume möglichst gering sind, also wenn etwa empfunden wird, dass man sowohl medizinischen als auch wirtschaftlichen Belangen in einer Weise gerecht wird, die den professionellen Selbstverständnissen der unterschiedlichen beteiligten Akteure einigermaßen entspricht. Als Indikatoren für solche Prozesse eignen sich etwa die Personaldrift von ärztlichem Führungspersonal sowie das Ausmaß der Identifikation der befragten Akteure mit ihrem Krankenhaus und der dort geleisteten Arbeit.

Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement
Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen
Kalkülen und professionellen Rationalitäten

Vogd, W.; Feißt, M.; Molzberger, K.; Ostermann, A.;
Slotta, J.

2018, XI, 504 S. 4 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-17000-4