

Führung und Machtspiele in Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern

Julia Spieß

Working Papers OPAL

Die Autorin:

Julia Spieß beschreibt und erklärt in ihrer Dissertation, wie sich das komplexe Geflecht aus Strukturen und multiplen Akteuren mit ihren Interessen, Strategien und Rationalitäten auf die Umsetzung von Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern auswirkt. Frau Spieß ist Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologin (M.Sc.). Als Organisationsberaterin, Trainerin und Coach begleitet sie seit vielen Jahren gemeinwohlorientierte Organisationen und Personen in Veränderungsprozessen.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Forschungsclusters OPAL unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© **Forschungscluster OPAL**
Hamburg 2021

Working Papers des Forschungsclusters OPAL der Helmut-Schmidt-Universität

Working Papers No. 6, Hamburg 2021

ISSN 2512-8019 (online)

ISSN 2512-7950 (print)

Kontakt

Rebekka Hensen
Helmut-Schmidt-Universität / Universität der Bundeswehr
Holstenhofweg 85, Gebäude H1, Raum 2505
22043 Hamburg
Tel.: 040 / 6541 2232
Fax: 040 / 6541 3522

rebekka.hensen@hsu-hh.de
www.hsu-hh.de/opal

Redaktion

Prof. Dr. Wenzel Matiaske
Prof. Dr. Katharina Liebsch
Dr. Katharina Klug

Führung und Machtspiele in Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades einer Doktorin bzw. eines Doktors der Philosophie der Fakultät für
Geistes- und Sozialwissenschaften der Helmut-Schmidt-Universität / Universität der
Bundeswehr Hamburg

vorgelegt von

Julia Spieß, M.Sc.

aus Uslar

Hamburg

2020

Danksagung

Viele Menschen haben mich in diesem Vorhaben unterstützt, und einige ganz besonders.

Mein erster Dank gilt meiner Doktormutter und Erstgutachterin Prof. Dr. Barbara Sieben für ihre Offenheit gegenüber meiner Idee, das Heranführen an die politikorientierte Perspektive, ihr Vertrauen und ihre wertvollen Hinweise im Verlauf.

Prof. Dr. Sven Hauff danke ich für seine wertvollen Hinweise im Rahmen von Kolloquien und die Übernahme des Zweitgutachtens.

Mein besonderer Dank gilt allen interviewten Personen für ihre Bereitschaft, mir großzügige Einblicke in ihr Denken und Handeln zu gewähren. Diese Begegnungen haben mir nicht nur sehr viel Freude bereitet, sondern durch das Kennenlernen unterschiedlicher Perspektiven auch meinen Horizont in Bezug auf den Sachverhalt erweitert. Da ich den interviewten Personen Anonymität zugesichert habe, entfällt hier leider die Möglichkeit der namentlichen Nennung.

Meiner Freundin Dr. Angela Kornau danke ich dafür, den Kontakt zu Prof. Dr. Barbara Sieben hergestellt zu haben und für ihre wertvollen Hinweise zu dieser Arbeit.

Meinen Eltern danke ich für ihre immerwährende Unterstützung und vollstes Vertrauen in alles, was ich tue.

Mein größter Dank gilt meinem Mann und meinem Sohn für ihr Dasein und meinem Mann für seine Liebe, seine Unterstützung in unterschiedlichsten Formen und das Leben einer wahrhaft partnerschaftlichen Erziehung unseres Sohnes – nur so war diese Arbeit möglich.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis.....	X
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Bezugsrahmen: Betrachtung von Veränderungsprozessen aus politikorientierter Perspektive.....	7
2.1 Strategische Organisationsanalyse.....	9
2.1.1 Akteure, ihre Interessen und Strategien.....	10
2.1.2 Rationalitäten.....	12
2.1.3 Macht als Grundlage interaktionalen Handelns.....	14
2.1.4 Strukturelle Bedingungen.....	16
2.1.5 Das Spiel als Metapher organisationalen Handelns.....	22
2.2 Wandel – das Erlernen neuer Spiele.....	24
2.3 Bisherige Forschung und forschungsleitende Unterfragen.....	27
3 Analysegegenstand: Veränderungsprozesse in öffentlichen Organisationen.....	29
3.1 Kontext, Inhalt und Wirkung von Veränderungsprozessen.....	30
3.2 Führung in Veränderungsprozessen.....	33
3.3 Prozesse von Veränderungen.....	42
3.4 Widerstand in Veränderungsprozessen.....	45
4 Methode: theoriegeleitete Fallstudienforschung.....	50
4.1 Forschungsdesign: politikorientierte und interpretative Fallstudie.....	50
4.2 Kommunale Krankenhäuser als Beispiel öffentlicher Unternehmen.....	53
4.3 Datensammlung: Dokumentenanalyse und Interviews.....	58
4.4 Analyse und Auswertung.....	63

4.5	Darstellung	66
5	Ergebnisse	68
5.1	Akteure und ihre Interessen.....	70
5.2	Spielfelder, Spiele und Rationalitäten	76
5.3	Spielfeld I: Bundes- und Landesebene	79
5.3.1	Strukturelle Bedingungen.....	80
5.3.2	Wettbewerbs-Spiel der Gesundheitspolitik	88
5.3.3	Wählermaximierungs-Spiel der Bundes- und Landespolitik	94
5.3.4	Daumenschrauben-Spiel des Ministeriums und der Krankenkassen	96
5.3.5	Widerstands-Spiel der Gewerkschaft	101
5.3.6	Mitgliedermaximierungs-Spiel der Gewerkschaft	115
5.3.7	Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel der Gewerkschaft.....	117
5.3.8	Gewinnmaximierungs-Spiel der Ärzt_innen.....	119
5.4	Spielfeld II: Kommunale Ebene	122
5.4.1	Strukturelle Bedingungen.....	123
5.4.2	Wählermaximierungs-Spiel der Kommunalpolitik	135
5.4.3	Rationale-Politik-Spiel der Kommunalpolitik	145
5.4.4	Konflikte zwischen ökonomischer und kommunalpolitischer Rationalität	148
5.4.5	Strategische-Kandidaten-Spiel der Geschäftsführung.....	150
5.4.6	Partizipations-Spiel des Managements.....	157
5.5	Spielfeld III: Organisationsebene	165
5.5.1	Geschäftsführung	166
5.5.1.1	Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel	166
5.5.1.2	Budget-Spiel der Geschäftsführung mit den Krankenkassen.....	179
5.5.2	Betriebsrat	181
5.5.2.1	Bargaining- und Widerstands-Spiel	183
5.5.2.2	Co-Management-Spiel	192
5.5.2.3	Strömungen und Interessenkonflikte.....	197

5.5.2.4	Wählermaximierungs-Spiel des Betriebsrats	200
5.5.3	Konflikte zwischen ökonomischer und medizinischer Rationalität	203
5.5.4	(Chef-)Ärzt_innen	209
5.5.4.1	Expertise-Spiel	211
5.5.4.2	Einflüster-Spiel.....	213
5.5.4.3	Spiel der rivalisierenden Lager	216
5.5.4.4	Integrations-Spiel des Managements (Medizin und Ökonomie).....	223
5.5.5	Patientennahe Berufsgruppen.....	227
5.5.5.1	Budget-Spiele zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst	227
5.5.5.2	Abgrenzungs-Spiele zwischen patientennahen Berufsgruppen sowie Fachrichtungen	242
5.5.5.3	Integrations-Spiel des Managements bezogen auf Berufsgruppen und Fachrichtungen	246
5.5.6	Integrations- und Abgrenzungs-Spiele auf überbetrieblicher Ebene	253
5.5.6.1	Integrationsspiel des Ministeriums.....	253
5.5.6.2	Abgrenzungs-Spiele zwischen Krankenhäusern und Kommunen	255
6	Zusammenfassung und Diskussion.....	260
6.1	Spiele im Rahmen von Veränderungsprozessen	260
6.2	Führung in Veränderungsprozessen	284
6.3	Theoretischer Beitrag	291
6.4	Limitationen der Studie und Implikationen für die Forschung	299
6.5	Implikationen für die Praxis.....	302
7	Schlusswort	310
	Literaturverzeichnis.....	312
	Anhang	332

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Vorgehen und Aufbau der Arbeit.....	6
Abb. 2: Rekursiver Zusammenhang von Freiheit und Zwang bzw. von Handlung und Struktur	16
Abb. 3: Zusammenhang der Strukturierungsdimensionen.....	18
Abb. 4: Zusammenhang von Spielregeln, Spielstrategien und Spiel.....	22
Abb. 5: Rahmenmodell Change Management.....	29
Abb. 6: Management- und Leitungsebenen im kommunalen Krankenhaus.....	36
Abb. 7: Stufen der Partizipation.....	38
Abb. 8: Entwicklung der Trägerschaften von 1991 bis 2017.....	55
Abb. 9: Verteilung der Rechtsformen in öffentlichen Einrichtungen von 2002 bis 2017.....	56
Abb. 10: Analyse aus Akteursperspektive von Strukturen, Strategien und Spielen.....	64
Abb. 11: Einflussreiche Akteure auf unterschiedlichen Ebenen.....	70
Abb. 12: Interessenpluralismus in kommunalen Krankenhäusern.....	73
Abb. 13: Zentrale Kommunikationskanäle im Kontext von Veränderungsprozessen.....	75
Abb. 14: Gesamtmodell Spiele.....	76
Abb. 15: Saliente Rationalitäten im kommunalen Krankenhaus.....	79
Abb. 16: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Millionen € 2018 nach Art der Leistung..	82
Abb. 17: Gesundheitsausgaben 2018 in Millionen € nach Art der Einrichtung.....	82
Abb. 18: Duale Krankenhausfinanzierung.....	86
Abb. 19: Produktivitätsdruck (in Vollkräften) durch induzierte Mittelknappheit im Kontext des Daumenschrauben-Spiels für ein kommunales Krankenhaus mit 426 Betten im Jahr 2017	98
Abb. 20: Tarifsteigerungen gegenüber LBFW Hessen.....	100
Abb. 21: Zusammenhang von kommunalpolitischen Gremien und Aufsichtsgremien im kommunalen Krankenhausunternehmen.....	125
Abb. 22: Konflikt zwischen politischer und ökonomischer Rationalität.....	149
Abb. 23: Konflikt zwischen medizinischer und ökonomischer Rationalität.....	208

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Synonyme Verwendung von Begriffen	10
Tab. 2: Machtquellen.....	15
Tab. 3: Dimensionen der Struktur und ihre Bedeutung	19
Tab. 4: Dimensionen von Struktur, Modalität und Handlung.....	21
Tab. 5: Spiele in Organisationen	24
Tab. 6: Wandlungsfördernde Strategien.....	25
Tab. 7: Eine Auswahl wichtiger Beiträge aus der politikorientierten Forschung im deutschsprachigen Raum.....	28
Tab. 8: Ausmaß von Veränderungsprozessen	31
Tab. 9: Wirkungen von Veränderungsprozessen	32
Tab. 10: Akteure, Interessen, Ressourcen und Strategien im kommunalen Modernisierungsprozess.....	40
Tab. 11: Interessen und Strategien der Sozialpartner im Krankenhaus	41
Tab. 12: 8 Phasen in Veränderungsprozessen	42
Tab. 13: Erfolgsfaktoren in Veränderungsprozessen im öffentlichen Sektor	44
Tab. 14: Allgemeine Symptome für Widerstand.....	47
Tab. 15: Betrachtete Fälle – 23 kommunale Krankenhäuser	57
Tab. 16: Übersicht der Datenarten und -quellen der Dokumentenanalyse	59
Tab. 17: Übersicht interviewte Personen nach Akteursgruppen	62
Tab. 18: Interviewleitfaden – Übersicht.....	63
Tab. 19: Interviewte Personen – Abkürzungsverzeichnis der Akteursgruppen.....	67
Tab. 20: Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern	69
Tab. 21: Interesse an unterschiedlichen Auffassungen von Gerechtigkeit	74
Tab. 22: Zentrale strukturelle Bedingungen auf Bundes- und Landesebene	80
Tab. 23: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Bundesministeriums für Gesundheit im Wettbewerbs-Spiel (#1).....	89
Tab. 24: Strukturelle Bedingungen und Strategien von Bundes- und Landespolitik im Wählermaximierungs-Spiel (#2)	94
Tab. 25: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Landesministeriums für Gesundheit und der Krankenkassen im Daumenschrauben-Spiel (#3)	97
Tab. 26: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Gewerkschaft im Widerstands-Spiel (#4)	103

Tab. 27: Argumente der Kritiker_innen des Widerstands-Spiels	112
Tab. 28: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Gewerkschaft im Mitgliedermaximierungs-Spiel (#5).....	116
Tab. 29: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Gewerkschaft im Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel (#6).....	118
Tab. 30: Strukturelle Bedingungen und Strategien der (Chef-)Ärzt_innen im Gewinnmaximierungs-Spiel (#7)	120
Tab. 31: Zentrale strukturelle Bedingungen auf Kommunalebene und damit einhergehende Strategien der Kommunalpolitik	124
Tab. 32: Interessen der Kommunalpolitik.....	130
Tab. 33: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Kommunalpolitik im Wählermaximierungs-Spiel (#8)	137
Tab. 34: Strukturelle Bedingungen, die zur Politisierbarkeit eines kommunalen Krankenhauses beitragen.....	139
Tab. 35: Strategien der Geschäftsführung in Interaktion mit der Kommunalpolitik	145
Tab. 36: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Kommunalpolitik im Rationale-Politik- Spiel (#9).....	146
Tab. 37: Faktoren, die Wirtschaftlichkeit in kommunalen Krankenhäusern erschweren und aus der kommunalen Eigentümerschaft resultieren (können)	149
Tab. 38: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung im Strategische- Kandidaten-Spiel (#10)	151
Tab. 39: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung und nachgeordneter Führungskräfte im Partizipations-Spiel (#11)	159
Tab. 40: Beteiligungsformate im Partizipations-Spiel	165
Tab. 41: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung und nachgeordneter Führungskräfte im Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel (#12).....	168
Tab. 42: Facetten der Personalentwicklung im Rahmen des Verbetriebswirtschaftlichungs- Spiels	174
Tab. 43: Grundprinzipien des Betriebsverfassungsrechts	182
Tab. 44: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Betriebsrats im Bargaining- und Widerstands-Spiel (#14).....	184
Tab. 45: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Betriebsrats im Co-Management-Spiel (#15)	192

Tab. 46: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Betriebsrates im Wählermaximierungs-Spiel (#16).....	201
Tab. 47: Medizinische versus gesundheitsökonomische Rationalität.....	204
Tab. 48: Strukturelle Bedingungen und Strategien der (Chef-)Ärzt_innen im Expertise-Spiel (#17)	212
Tab. 49: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführungen im Expertise-Spiel (#17)	213
Tab. 50: Strukturelle Bedingungen und Strategien der (Chef-)Ärzt_innen im Einflüster-Spiel (#18)	214
Tab. 51: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführungen im Einflüster-Spiel (#18)	216
Tab. 52: Strukturelle Bedingungen und Strategien der (Chef-)Ärzt_innen im Spiel der rivalisierenden Lager (#19).....	218
Tab. 53: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung im Spiel der rivalisierenden Lager (#19).....	222
Tab. 54: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung und nachgeordneter Führungskräfte im Integrations-Spiel (bezogen auf Medizin und Ökonomie, #20)	224
Tab. 55: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Ärzt_innen im Budget-Spiel (#21) ..	229
Tab. 56: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Pflegekräfte im Budget-Spiel (#21)	235
Tab. 57: Strukturelle Bedingungen und Strategien der patientennahen Berufsgruppen und fachlichen Abteilungen im Abgrenzungs-Spiel (#22).....	242
Tab. 58: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung und nachgeordneter Führungskräfte im Integrations-Spiel (bezogen auf patientennahe Berufsgruppen und fachliche Abteilungen, #23)	248
Tab. 59: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Landesministeriums im Integrations-Spiel (bezogen auf Krankenhäuser, #24)	255
Tab. 60: Strukturelle Bedingungen und Strategien von Kommunalpolitik, Geschäftsführung, Gewerkschaft im Abgrenzungs-Spiel zwischen Krankenhäusern (#25).....	256
Tab. 61: Liste der Spiele	262

Abkürzungsverzeichnis

ÄAppO	Approbationsordnung für Ärzte
Abt.	Abteilung
Abschn.	Abschnitt
ÄD	Ärztlicher Dienst
ÄDir	Ärztliche_r Direktor_in
(g)AG	(gemeinnützige) Aktiengesellschaft
AGs	Arbeitsgruppen
AktG	Aktiengesetz
AL	Abteilungsleitung
AR	Aufsichtsrat
B	Berater_in
BÄO	Bundesärzteordnung
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BG	Berufsgruppe(n)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BR	Betriebsrat / Betriebsräte
BV	Betriebsvereinbarung
CMI	Case-Mix-Index
CA	Chefärzt_in
Dip	Deutsches Pflegeinstitut
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnoses-related groups (Fallpauschalensystem)
E	Expert_in
FDA	Fixkostendegressionsabschlag
GF / GFs	Geschäftsführung / Geschäftsführungen
GKV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen
(g)GmbH	(gemeinnützige) Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbHG	Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung
FD	Funktionsdienst
FDA	Fixkostendegressionsabschlag
FK	Führungskraft

GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GS	Gewerkschaft
HMSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
HGO	Hessische Gemeindeordnung
HKG	Hessische Krankenhausgesellschaft
HKHG	Hessisches Krankenhausgesetz
IP / IPs	interviewte Person/en
IVKK	Interessenverband kommunaler Krankenhäuser
JIL	jährliche Investitionsförderlücke
KH	Krankenhaus
kKH	Kommunale(s) Krankenhaus/Krankenhäuser
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung (Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern)
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KK	Krankenkassen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MBO-Ä	Musterberufsordnung der Ärzte
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MitbestG	Mitbestimmungsgesetz
MTD	Medizinisch-technischer Dienst
NPM	New Public Management
NSM	Neues Steuerungsmodell
OCL	Organizational Change Leadership
o. S.	ohne Seitenangabe
PD	Pflegedienst
PDir	Pflegedirektor_in
PDL	Pflegedienstleitung
PflBG	Pflegeberufsgesetz
PK	Pflegekraft
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PpUGV	Personaluntergrenzen-Verordnung
PR	Personalrat

SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SOA	Strategische Organisationsanalyse
TVöD	Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes
Ver.di	Vereinte Dienstleistungsgesellschaft
VD	Verwaltungsdienst
VDÄÄ	Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
VK	Vollkraft
VKA	Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände
ZVK	Zusatzversorgungskasse

1 Einleitung

Die Gesundheitsreformen der letzten 20 Jahre, insbesondere die Einführung der Vergütung nach Fallpauschalen bzw. Diagnosis Related Groups (DRG) im Jahr 2004, fordern von Krankenhäusern, wirtschaftlicher und qualitativ hochwertiger zu arbeiten. Als Folge der verschiedenen Reformen wurde ein ordnungspolitischer Wandel eingeleitet, der zu einem zunehmenden Wettbewerb zwischen den Leistungserbringenden und zu mehr finanziellen Risiken in der Wirtschaftsführung geführt hat (Siess, 2003). Der Zwang zur Wirtschaftlichkeit wird durch Finanzierungsprobleme verstärkt, v. a. durch den kumulierten Investitionsstau von bundesweit 27,8 Milliarden € im Jahr 2014 (Augurzky et al., 2016, S. 76) und eine jährliche Investitionsförderlücke von rund drei Milliarden € (Augurzky et al., 2018, S. 190). Die resultierende wirtschaftliche Lage unterscheidet sich nach Trägerschaft der Krankenhäuser: 2014 befanden sich 21 % der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser ‚im roten Bereich‘, während es bei den freigemeinnützigen 9,8 % und bei den privaten¹ 3,2 % waren (Augurzky et al., 2016). Auch hinsichtlich der Ertragslage schneiden öffentliche Krankenhäuser deutlich schlechter ab als private und freigemeinnützige Krankenhäuser: Nur rund 4 % der öffentlichen Krankenhäuser erzielten 2015 einen Jahresüberschuss, dagegen 80 % der freigemeinnützigen und 94 % der privaten (Augurzky et al., 2017, S. 122). Aufgrund der wirtschaftlichen Schwierigkeiten sind viele öffentliche Krankenhäuser von Privatisierung, Schließung und massivem Abbau ihres Leistungsspektrums bedroht (Schwaerzel, 2017). Eigentümer_innen der öffentlichen Krankenhäuser betrachten diese vermehrt als finanzielle Belastung und veräußern sie an private Gesellschaften, sodass aus einer Versorgungsstruktur der öffentlichen Daseinsvorsorge zunehmend ein ‚Krankenhausmarkt‘ wird (ebd.) bzw. bereits geworden ist. So hat die Privatisierung vieler Krankenhäuser dazu geführt, dass der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft seit Jahren kontinuierlich angestiegen ist: 2017 war bundesweit bereits jedes dritte Krankenhaus in privater Trägerschaft (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 8). Entsprechend groß ist der Veränderungsdruck für öffentliche Krankenhäuser, wenn sie im Wettbewerb mit Krankenhäusern anderer Trägerschaften bestehen und weiterhin den staatlichen Versorgungsauftrag erfüllen wollen (vgl. Albrecht & Töpfer, 2017). Auch in der Rechtsform zeigen sich Privatisierungstendenzen, sodass bundesweit von den öffentlichen Krankenhäusern im Jahr 2017 fast 60 % in privatrechtlicher Form (z. B. GmbH) geführt wurden (Statistisches Bundesamt, 2018a).

¹ Hier und im Folgenden sind mit ‚privaten Krankenhäusern‘ Krankenhäuser in privater Trägerschaft gemeint.

Dieser Paradigmenwechsel in öffentlichen Krankenhäusern kann analog zu anderen öffentlichen Organisationen gesehen werden, die im Sinne des New Public Managements (NPM) bzw. des Neuen Steuerungsmodells (NSM)² agieren (sollen). NPM ist der Oberbegriff einer weltweiten Gesamtbewegung von Verwaltungsreformen, die v. a. durch eine Veränderung der Steuerung von einer Input- zu einer Outputorientierung charakterisiert sind (Schedler & Proeller, 2011, S. 5). Facetten des NSM sind in der Außendimension z. B. Vermarktlichung, Wettbewerb und Privatisierungen, und in der Innendimension Verfahrens-, Organisations- und Personalinnovationen sowie eine Rollentrennung von Politik und Verwaltung (Bogumil, 2017). Damit ist die Umsetzung des NSM-Konzeptes selbst ein prominentes Beispiel für einen Veränderungsprozess, der weitere Veränderungsprozesse unterschiedlichen Ausmaßes auf Organisationsebene auslöst oder mit diesen einhergeht, z. B. Fusionen, Prozessoptimierungen, Restrukturierungen oder die Einführung eines Personalcontrollings.

Mit Blick auf die Umsetzung des NSM in Deutschland attestiert die bisherige Forschung der Praxis Herausforderungen im Allgemeinen (Bogumil, 2017) und eine fragmentarische Umsetzung in der Reorganisation des Personalbereichs im Speziellen (Oechsler, 2011, S. 259). Die Implementationsprobleme werden v. a. auf zwei Ursachen zurückgeführt: erstens auf unzureichendes Projekt- und Changemanagement³, die Rahmenbedingungen des öffentlichen Sektors⁴ und damit einhergehend umfangreiche Möglichkeiten zur mikropolitischen Einflussnahme, sowie zweitens auf ein ausschließlich wirtschaftlich ausgerichtetes Konzept, welches die politische Rationalität nicht berücksichtigt (Bogumil, 2017; vgl. auch Reichel, 2010). Solche Probleme sollen in dieser Arbeit adressiert und praktische Implikationen für die involvierten Akteure herausgearbeitet werden, um dazu beizutragen, dass eine öffentlich getragene stationäre Gesundheitsversorgung auf Dauer gewährleistet werden kann. Damit handelt es sich in dieser Arbeit um problemzentrierte Forschung. Diese resultiert aus einem Problem im „echten Leben“ und nicht primär aus Lücken in ein oder zwei Theorien (Pratt, 2008, S. 489). Dennoch ist diese Forschung auch theoretisch begründet, da sich auch hier Forschungslücken zeigen.

² Das Konzept des NSM wurde von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement (KGSt) auf Basis des NPM vorgelegt (Bogumil, 2017). NSM ist ein anderer Name für das NPM, ebenso wie „wirkungsorientierte Verwaltungsführung“ (Brüning, 2017, S. 11), sodass ich diese Begriffe im Folgenden synonym verwende.

³ Zum Beispiel „keine Kompetenzen, falsche organisationsinterne Ansiedlung“ (Bogumil, 2017, S. 29).

⁴ Zum Beispiel Konsolidierungen, Strukturkonservatismus und Rückzugsmöglichkeiten (Bogumil, 2017, S. 29).

Mit Blick auf die Forschung sind gemeinwohlorientierte, öffentliche Organisationen ein bisher weniger beforschter Bereich (Bamberger & Pratt, 2010), obwohl eine Betrachtung solcher unkonventioneller Kontexte in der vergangenen Forschung zu einigen der wichtigsten Beiträge zu Management-Theorien geführt hat (Bamberger & Pratt, 2010, S. 665). Auch heben verschiedene Autor_innen hervor, dass die Andersartigkeit des öffentlichen Kontextes möglicherweise eine vom privaten Sektor abweichende Herangehensweise in Bezug auf Führung (van Wart, 2013; Vogel & Masal, 2015) und Change Management (McNulty & Ferlie, 2004; Van der Voet et al., 2014) erfordert.

Überdies ist das untersuchte Thema – (die Umsetzung von) Veränderungsprozesse(n) in öffentlichen Organisationen – nicht nur durch Besonderheiten des Sektors geprägt (privat vs. öffentlich), sondern es wird auch in unterschiedlichen Forschungsfeldern (z. B. Leadership, Public Management, Change Management) und akademischen Disziplinen (z. B. Psychologie, Verwaltungswissenschaften, Soziologie) betrachtet, die wiederum durch verschiedene Paradigmen, Philosophien und Perspektiven geprägt sind, was in konkurrierenden und teils widersprüchlichen Erklärungen resultiert (vgl. ähnlich auch Hughes, 2018). Diese diversen Zugänge bringen zum einen eine teils verwirrende Vielfalt und Verwendung von Begriffen bzw. Konzepten mit sich. Wichtige Konzepte sind bspw. (Public) Leadership, ((New) Public) Management, Organizational Change Leadership und (Public) Change Management. Zum anderen bringen die diversen Zugänge mit sich, dass die bisherige Forschung zu Führung und der Umsetzung von Veränderungsprozessen im öffentlichen Sektor nicht immer verbunden sind – obwohl Führung und organisationale Veränderungsprozesse „inextricably intertwined“ sind (Parry, 2011, S. 57). Erstens ist die Literatur zur Verwaltungsreform im öffentlichen Sektor (NPM) weitestgehend von der Literatur zu Change Management getrennt (Van der Voet et al., 2014). Zweitens schaut die bisherige Forschung zu Change Management tendenziell eher auf die Rahmenbedingungen *oder* auf den Change innerhalb der Organisation anstatt auf beides im Zusammenspiel (Kuipers et al., 2014). Verwendete theoretische Ansätze sind laut Kuipers et al. (2014) vor allem die Institutional Theory (v. a. in Public Administration Journals) sowie die Change-Management- und Leadership-Theorien (v. a. in Management Journals). Institutionelle Ansätze erklären Veränderung eher deterministisch als von außen induziert und fokussieren entsprechend stark den Kontext. Change-Management-Ansätze schauen hingegen eher auf den Prozess, wie die Veränderung intentional durch die Akteure gestaltet wird (Fernandez & Rainey, 2006; Kuipers et al., 2014), bzw. im Speziellen auf die Rolle der Führungskraft. Drittens verlaufen auch die Leadership- und die Change-Management-Forschung weitgehend getrennt voneinander, wobei die Change-Management-Forschung zudem noch aufgrund ihrer

Praxisorientierung unter einer schlechten Reputation leidet (Hughes, 2018). Folglich existieren letztlich in unterschiedlichsten Theorien, Forschungsfeldern, Disziplinen und Perspektiven der aktuellen Forschung zu dem untersuchten Phänomen Puzzleteile oder Teilrealitäten, die einzelne Sichtachsen ermöglichen, aber Lücken lassen und nicht das große Bild widerspiegeln.

Ferner wird in der bisherigen Forschung der Prozess, *wie* die Veränderung in öffentlichen Organisationen vonstatten geht, wenig betrachtet, insbesondere bezogen auf die Umsetzung von Sektor-Reformen in der Organisation (Kickert, 2010; Kuipers et al., 2014). Um das Verständnis für die Umsetzung von Veränderungen weiterzuentwickeln, ist auch die gängige Forschungspraxis mit ihren Annahmen bzw. „akzeptierten Wahrheiten“ zu hinterfragen. Solche Annahmen sind z. B., dass es einer formellen Führungsrolle bedarf, um zu führen, dass Führungskräfte Veränderungspromotoren sind und nicht führende Mitarbeitende Widerstand ausüben und dass die Anzahl an Führungskräften begrenzt ist (By et al., 2016).

Um den genannten Defiziten zu begegnen, regen verschiedene Forschende eine integrierende Sichtweise an: Innerhalb der Leadership-Forschung wird laut Ospina (2017) die Betrachtung von Kontext und Komplexität (van Wart, 2013; Vogel & Masal, 2015), von mehr Akteuren (van Slyke & Alexander, 2006) sowie mehr Arenen und Analyseebenen (Getha-Taylor et al., 2011) gefordert. Kuipers et al. (2014) empfehlen, in Bezug auf Change Management die Stärken der institutionellen Ansätze *und* der Change-Management-Ansätze zu nutzen, indem sowohl auf die Rahmenbedingungen als auch auf den Change innerhalb der Organisation geschaut wird.

In dieser Arbeit möchte ich den skizzierten Empfehlungen folgen und die genannten Forschungsdefizite adressieren. Konkrete Zielsetzung der Arbeit ist, Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern als Beispiel öffentlicher Organisationen mit komplexen Stakeholder-Strukturen besser zu verstehen, und die bei der Steuerung und Umsetzung von Veränderungen auftretenden Dynamiken zu erklären. Da Führung und Change Management eine zentrale Rolle in Veränderungsprozessen spielen (Fernandez & Rainey, 2006; Kuipers et al., 2014; Kotter, 2007 [1995]) stehen diese im Fokus, *nicht* Veränderungskonzepte oder -prozesse *an sich*. Der Führungsfokus ist zudem sehr breit zu verstehen, weil ich Führung als eine Frage von Handlung und Einfluss und nicht zwangsläufig als an eine formale Führungsrolle gebunden verstehe (vgl. By et al., 2016). Zudem liegt der Fokus nicht nur auf Personen, sondern auch auf dem Kontext und den strukturellen Bedingungen des öffentlichen Sektors, da Führung auch durch diese erfolgt (Vogel & Masal, 2015).

Vor diesem Hintergrund wähle ich als forschungsparadigmatischen Zugang die politikorientierte Perspektive. In dieser werden Veränderungsprozesse in kommunalen

Krankenhäusern als politische Arena verstanden und die Akteure, ihre Interessen und Strategien einerseits sowie die ermöglichenden und restringierenden strukturellen Bedingungen andererseits beleuchtet. Dabei werden die aus dem Zusammenspiel von Strategien und strukturellen Bedingungen entstehenden Dynamiken in „Machtspielen“⁵ rekonstruiert.

Als theoretischer Bezugsrahmen dient die mikropolitische Analyse nach Ortmann et al. (1990), die die strategische Organisationsanalyse (Crozier & Friedberg, 1993) als Ausgangsbasis genommen und um die Strukturtheorie (Giddens, 1988) erweitert haben. Die politikorientierte Perspektive wird ausführlicher in Kapitel 2 betrachtet. Im Rahmen der Analyse werden die für die Umsetzung von Veränderungen relevanten Strukturen auf Bundes- und Landesebene, auf kommunaler Ebene und auf Organisationsebene sowie verschiedene Akteursgruppen, ihre Interessen und Strategien betrachtet und in Spielen verbunden. Somit wird durch die politikorientierte Perspektive eine integrative, komplexe Betrachtung von verschiedenen Ebenen, Akteuren und Strukturen, wie von vielen Forschenden gefordert (s. o.), ermöglicht. In der politikorientierten Betrachtung werden unterschiedliche Akteursperspektiven und ihr Verhalten nachvollzogen, um zum Verständnis der im Kontext von Veränderungsprozessen stattfindenden Dynamiken beizutragen. Dem unterliegt die ontologische Annahme, dass es nicht nur eine Wahrheit gibt (Sieben, 2007), und dass soziale Phänomene durch eine integrierte Betrachtung umfassender erklärt bzw. verstanden werden und somit wissenschaftlicher Fortschritt generiert werden kann (z. B. Ortlieb, 2010).

Der Forschungsstand zum Analysegegenstand – Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern bzw. die Umsetzung von Inhalten oder Konzepten wie NPM mittels Change Management – wird in Kapitel 3 näher beleuchtet. Dabei beziehe ich mich auf verschiedene Theorien, auch über konkurrierende Paradigmen hinweg, und betrachte diese aus politikorientierter Perspektive. Zudem werden bestehende wissenschaftliche Stränge thematisiert, die zum Verständnis der Umsetzungsprobleme in Veränderungsprozessen hilfreich sind. Der eigene methodische Zugang wird ausführlich in Kapitel 4 dargestellt. Die empirische Erhebung erfolgt mittels eines qualitativen Fallstudienansatzes und vor dem Hintergrund einer interpretativen Herangehensweise. Die Daten speisen sich aus Dokumentenanalysen und 34 Expert_inneninterviews mit Akteuren aus dem Umfeld von verschiedenen kommunalen Krankenhäusern in Hessen. Die interviewten Personen (IPs)

⁵ Dabei meint „Spiel“ nicht das „selbstvergessene, phantasievolle und zweckfrei genossene“ Spiel im Sinne des englischen Begriffs *play*, sondern „die regelgebundene und zielbewusste *Auseinandersetzung* mit Aufgaben oder Menschen“ im Sinne von *game* (Neuberger, 1995, S. 192). Diese Erläuterung soll verdeutlichen, dass im Rahmen dieser Analyse der Ernst der Lage, der subjektiv häufig empfunden wird, trotz des Begriffes des „Spiels“ nicht verkannt wird (vgl. ebd.).

entstammen verschiedenen Akteursgruppen und umfassen v. a. Kommunalpolitiker_innen, Geschäftsführende, Arbeitnehmervertretungen, medizinisches Personal unterschiedlicher Hierarchieebenen und Beratende. Im Ergebnisteil (Kap. 5) werden zunächst die relevanten Akteure und ihre Interessen sowie Spielfelder, Spiele und Rationalitäten, die sich in der Arena zeigen, im Überblick präsentiert. Anschließend werden ausführlich die Spiele dargestellt, d. h. die Dynamiken, die sich aus der Interaktion der Akteure und Strukturen auf unterschiedlichen Ebenen ergeben. In der Diskussion (Kap. 6) werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst vorgestellt und reflektiert, ein Fazit gezogen und Implikationen für Forschung und Praxis abgeleitet. Die Arbeit endet mit einem Schlusswort (Kap. 7). Das Vorgehen und der Aufbau der Arbeit sind übersichtsartig in Abbildung 1 dargestellt.

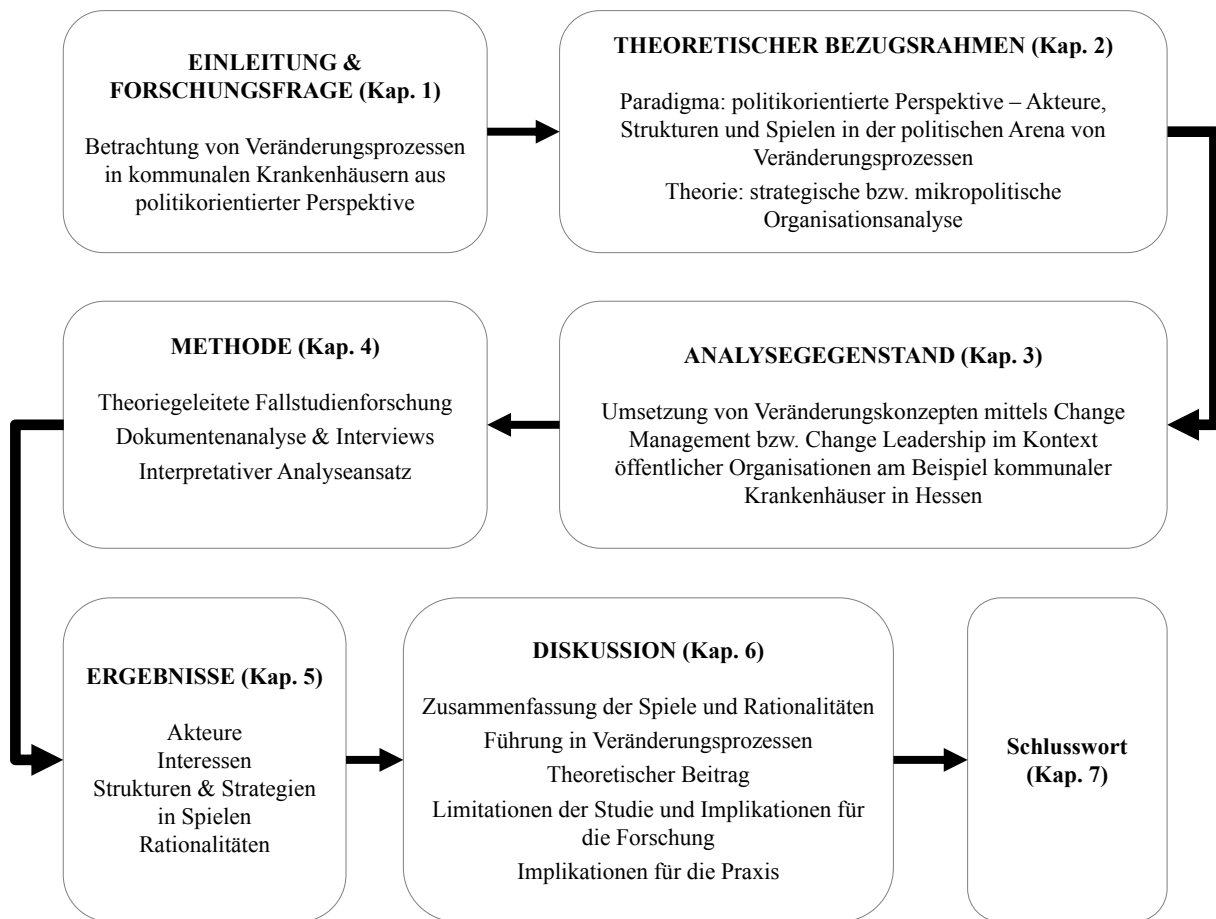


Abb. 1: Vorgehen und Aufbau der Arbeit (eigene Darstellung)

2 Theoretischer Bezugsrahmen: Betrachtung von Veränderungsprozessen aus politikorientierter Perspektive

Der theoretische bzw. forschungsparadigmatische Zugang in der Betrachtung von Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern erfolgt über die politikorientierte Perspektive. Politikorientiert heißt, den betrachteten Sachverhalt als politische Arena mit ihren Akteuren, Strukturen und Dynamiken differenziert zu betrachten und zu erklären (Sieben, 2007). In der politikorientierten Perspektive werden aus einer politisierenden Intention heraus bestehende Strukturen, Prozesse und Praktiken kritisiert (Nienhüser, 2004, S. 1672) mit der primären Zielsetzung, bestehende soziale Ordnungen zu hinterfragen und zu politisieren (Sieben, 2007). Zu diesem Zweck nehme ich eine kritische, d. h. differenzierte Analyse von Macht und Herrschaft vor und, Sieben (2007) folgend, in Abgrenzung zu anderen Forschungsperspektiven eine ideologiekritische Perspektive ein.

Die bisherige Forschung zu Führung und Veränderungsprozessen im öffentlichen Sektor ist weitgehend durch funktionalistische Forschungsperspektiven geprägt, wie bspw. Vogel und Masal (2015) in ihrer systematischen Literaturanalyse zu Public Leadership unterstreichen. In funktionalistischen Ansätzen wird ausgeblendet, dass die Organisationen und ihre Umwelt nicht vollständig planbar sind und dass immer Spielraum für mikropolitisch Handeln besteht (Alt, 2005; Laloux, 2017). Organisationen und Umwelt sind zunehmend von Veränderung, Unsicherheit, Komplexität, Ambiguität und Verteilungskämpfen geprägt, sodass bisherige Lösungsmuster und Routinen weniger funktionieren (Alt, 2005). Die entstehenden Lücken und Suchprozesse schaffen Spielraum für mikropolitisch Handeln, werden mit Aushandlungs- und Machtprozessen zwischen Akteuren gefüllt, sind durch Interessenvielfalt und Konflikte geprägt und stehen in starker Wechselwirkung mit internen und externen Strukturen (Alt, 2005). Insbesondere in Veränderungsprozessen kommt es zu Veränderungen von Macht- und Ressourcenverteilungen und damit zusammenhängenden Auseinandersetzungen (Alt, 2005; Crozier & Friedberg, 1993). Aus politikorientierter Perspektive werden Störungen aber nicht als „irrational“ stigmatisiert, sondern ebenso wahrgenommen wie ernst genommen (Neuberger, 1995, S. 204). Die Leitfrage lautet eher, warum es z. B. Widerstand, nicht intendierte Wirkungen, Tauschgeschäfte und gegeneinander gerichtetes Handeln gibt (ebd.). Hier wird deutlich, dass Organisationen aus politikorientierter Perspektive nicht als „zweckrationale, wohl geordnete und strikt an ökonomischen Effizienzkriterien orientierte Gebilde, sondern eher als Arenen mikropolitischer Aushandlungsprozesse und Kämpfe“ angesehen werden (Ortmann et al., 1990, S. 8). Folglich

ist die Klärung mikropolitische Fragen für die Gestaltung von Veränderungsprozessen in der betrieblichen Praxis und für ein tieferes theoretisches Verständnis von Veränderungsprozessen von entscheidender Bedeutung.

Der Politikbegriff umfasst unterschiedliche Bedeutungsfacetten. Ich verwende den Politikbegriff in Anlehnung an Schneider und Toyka-Seid (2017) und subsumiere unter Politik alles, was mit der Durchsetzung von Interessen und Zielen sowie Einflussnahme und Gestaltung im persönlichen und öffentlichen Bereich zu tun hat. Rohe (1994) folgend, differenziere ich den Politikbegriff als Trias von Strukturen (polity), Prozessen (politics) und Inhalten (policy), wie dies auch Ortlieb (2003) sowie Ortlieb und Stein (2008) getan haben.

Die Strukturen (polity) umfassen den Handlungsrahmen, innerhalb dessen Politik im Sinne von politics und policy stattfindet (Rohe, 1994). Dieser Handlungsrahmen ist veränderbar, aber nicht beliebig und jederzeit. Die Verfassung, rechtliche Normen und kulturelle Orientierungs- und Verhaltensmuster stellen Strukturen dar, die politisches Handeln zum einen begrenzen und sich zum anderen auf einen begrenzten Bereich beziehen. Das heißt, es gibt rechtliche und institutionelle, aber auch kulturelle und psychologische Strukturen und Grenzen, die politisches Handeln bedingen bzw. erklären (ebd.).

Die Inhalte (policy) umfassen sowohl die inhaltlichen Programme, Werte und Interessen, die von Akteuren verfolgt werden, als auch die Ergebnisse von politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen (Rohe, 1994). Das heißt, es zählen sowohl die Motive als auch die Ergebnisse der Handlungen der Akteure. In diesem Sinne ist wichtig, wessen Interessen erfüllt werden bzw. wer durch die Ergebnisse begünstigt oder belastet wird; folglich können Inhalte von Personen positiv oder negativ bewertet werden (ebd.).

Die Prozesse (politics) umfassen die Art und Weise, wie die Inhalte entstehen, wie Zustimmung zu den Inhalten beschafft wird und wer beteiligt ist (Rohe, 1994). Politische Prozesse sind eher ein konflikthafter Kampf um Macht und Einfluss zwischen verschiedenen Gruppen und Personen. Andere Akteure und ihre potenziellen Reaktionen müssen in Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen einkalkuliert und bei der Erarbeitung und Umsetzung der Inhalte berücksichtigt werden. Für das Formulieren und Umsetzen von Inhalten ist Macht erforderlich, die besorgt und ausgebaut bzw. erhalten werden muss. Inhalte und Prozesse sind nur theoretische Trennungen und in Realität verwoben, da nicht sequenziell erst Inhalte erstellt werden und dann Zustimmung erworben wird. Um Inhalte zu realisieren, ist Zustimmung erforderlich; ebenso können Inhalte erstellt werden, um politische Macht und Ansehen zu gewinnen bzw. zu bewahren. Parteien, die Macht anstreben, definieren auch Inhalte, an denen ihnen wenig liegt, die aber notwendig sind, um gewählt zu werden (ebd.).

Wie Ortlieb (2003) folge ich Krell (1996), die sich auf Sandners Konzept von Politik in Organisationen bezieht. Sandner (1989, S. 63 ff.) zufolge sind Organisationen „interessenpluralistische Herrschaftsgebilde“, und Politik in Organisationen ist sowohl „Interessenrealisierung“ als auch „Herrschaftsausübung“: Ausgangspunkt für Politik als Interessenrealisierung ist die Betrachtung von Organisationen als soziale Gebilde, in denen und mit denen Akteure ihre spezifischen Einzel- und Gruppeninteressen zu realisieren versuchen. Interessenpluralismus heißt, dass verschiedene Akteure unterschiedliche Wünsche, Forderungen, Bedürfnisse und/oder Zielvorstellungen haben. Das „Herrschaftsgebilde“ beschreibt den Rahmen, in dem Akteure ihre Interessen verfolgen und durchsetzen, d. h. die organisationsinternen und -externen Strukturen, die die Aushandlungsprozesse beeinflussen und die von diesen beeinflusst werden. Sandner (1989) zufolge entwickelt sich Herrschaft aus der dauerhaften Institutionalisierung von Interessen: Im Rahmen der Institutionalisierung der Interessen lösen diese sich von ihren Interessenten, werden Teil des Organisationssystems und von Organisationsmitgliedern als legitimer Teil der bestehenden Ordnung anerkannt (ebd., S. 71). Mit dem Eintritt in eine Organisation „unterwerfen“ sich Personen den Strukturen bzw. der „Herrschaftsordnung“ der Organisation (ebd., S. 69). Indem die Mitglieder ihren Arbeitsvertrag unterschreiben sowie durch gesellschaftliche Akzeptanz wird die Herrschaftsordnung legitimiert. Zudem reduzieren Herrschaftsordnungen Komplexität, da sie Akteure in ihren Handlungsoptionen einschränken und einen Rahmen abstecken, innerhalb dessen Akteure ihre individuellen Interessen verfolgen können (ebd.).

2.1 Strategische Organisationsanalyse

Eine Analyse aus politikorientierter Perspektive erfolgt theoriegeleitet (Ortlieb, 2010). Sandner (1989) verweist in seinen Ausführungen auf die Nähe zu Croziers und Friedbergs (1993)⁶ Spielekonzept: Der politische Prozess der Interessenrealisierung und die Akzeptanz der stabilisierenden Herrschaft bzw. Strukturen werden in Croziers und Friedbergs Spielekonzept, konkret den Spielstrategien (Prozess der Interessenrealisierung) und Spielregeln (Herrschaftsstrukturen/Rahmen), betrachtet.

Aufgrund der bisher verwendeten und in der Folge noch stärker werdenden begrifflichen Vielfalt möchte ich bereits hier verdeutlichen, welche Begriffe ich weitestgehend synonym verstehe und verwende. In Tabelle 1 sind die begrifflichen Synonyme zur oben dargestellten Trias – polity, policy und politics – überblicksartig dargestellt.

⁶ Das Original erschien 1977 auf Französisch unter dem Titel „L'Acteur et le Système“ und 1979 auf Deutsch; das Exemplar aus dem Jahr 1993 ist eine Neuauflage.

Tab. 1: Synonyme Verwendung von Begriffen

<i>Ebenen</i>			<i>Autor</i>
Polity (Struktur)	Policy (Inhalt)	Politics (Prozess)	(Rohe, 1994)
Herrschaft	Interessen (Wünsche, Forderungen, Bedürfnisse, Zielvorstellungen)	Prozess der Interessenrealisierung	(Sandner, 1989)
Struktur / strukturelle Bedingungen (umfasst: Spielregeln; Zwänge und Ressourcen; Trümpfe; Mittel)	Interessen	(Spiel-)Strategien, Spielweisen in Handlungssystemen, Verhalten	(Crozier & Friedberg, 1993)
Soziale Strukturiertheit			
Struktur (umfasst: Regeln und Ressourcen) ⁷	Interessen, Ziele	Handlung ⁸	(Giddens, 1988)
Strukturiertheit		Strukturierung	

Um die Forschungsfrage zu beantworten und Veränderungsprozesse und Führung in kommunalen Krankenhäusern als Machtspiel zu rekonstruieren, nutze ich die strategische Organisationsanalyse (SOA) (Crozier & Friedberg, 1993) bzw. ihre Weiterentwicklung durch Ortman et al. (1990) zur „mikropolitischen Organisationsanalyse“, welche Elemente aus Giddens Strukturierungstheorie (Giddens, 1988) aufweist. Die SOA stellt

„Prozesse der Machtausübung in den Mittelpunkt [...], den Kampf um Positionen und Besitzstände, Ressourcen und Karrieren, Einfluss und Macht; [] [und sucht] systematisch nach rationalen, rekonstruierbaren und verstehbaren Gründen für das Handeln der Akteure [], [rekonstruiert] ihre Strategien [] und [arbeitet] von da aus Spiele und Lösungen in der Organisation heraus[]“ (Bogumil & Schmid, 2001, S. 31).

Der SOA liegt die Auffassung zugrunde, dass organisatorische Prozesse auch politische Prozesse sind, dass „Organisationen bei Dienst nach Vorschrift nie optimal funktionieren, dass nichts so bürokratisch abläuft, wie es auf dem Papier steht [und] dass die Hierarchie längst nicht alles festlegt, was in Organisationen geschieht oder geschehen kann“ (ebd., S. 31). Zentrale Konzepte des Ansatzes werden im Folgenden näher erläutert.

2.1.1 Akteure, ihre Interessen und Strategien

Ausgangspunkt der SOA sind Akteure. Crozier und Friedberg (1993) zufolge sind alle Akteure Zwängen unterworfen, aber nie vollständig determiniert in ihrem Verhalten, da jeder Struktur kollektiven Handelns *Zwänge* und *Freiheit* inhärent sind. Die Freiheit liegt darin, dass Akteure zwischen verschiedenen Verhaltensweisen wählen können (ebd., S. 25). Anders formuliert:

⁷ Strukturen werden als Modalitäten bzw. Machtmittel im Handeln verwendet und reproduzieren so Strukturen (ebd.).

⁸ Giddens verwendet bewusst den Begriff Handlung, und nicht Verhalten, da der Mensch als aktiv und strategisch handelndes Wesen verstanden wird (ebd.).

Wenn Zwänge als gegeben akzeptiert werden, führt das zu einer Wahrnehmung von „Determinismus [...], wo nur Zwänge herrschen“, oder dazu, „von Konditionierung [] zu sprechen, wo es in Wirklichkeit Wahlmöglichkeiten gibt“ (ebd., S. 67). Zudem können Akteure die Mittel und die Konstrukte ändern und müssen dies auch tun, wenn sie eine nachhaltige Veränderung der Ergebnisse kollektiven Handelns erwirken wollen (ebd., S. 10). Das heißt: Die Organisation ist letztlich „Ergebnis von Kon-Struktions-Arbeit“ im Sinne von gemeinsamer Aufbauarbeit durch Menschen, und die „Konstrukte“ sind Regeln und Strategien, die sich als *Spiele* reformulieren lassen“ (Neuberger, 1995, S. 215). Weil Strukturen, Spiele und Organisationen sozial konstruiert und das Ergebnis früherer Verhandlungen – und folglich auch anders möglich – sind, sind sie durch Akteure veränderbar. Das Erkennen von Zwängen und Grenzen innerhalb eines Systems zerstört einerseits die Illusion von vollständiger Freiheit des Akteurs, ermöglicht aber andererseits auch, neue Ressourcen zu entdecken und Spielräume zu erweitern (Crozier & Friedberg, 1993). Zudem legt die SOA den Akteuren nahe, die Verantwortung anzunehmen, die mit der Entdeckung der Freiheit einhergeht. Damit wird dem soziologischen Determinismus, der es Akteuren ermöglicht, im System eine Entschuldigung für ihre Fehler zu finden, widersprochen⁹ (ebd., S. 286).

Die Grundannahme der SOA ist, dass Akteure interessengeleitet handeln und ihre Interessen mittels ihrer Handlungen in Interaktion mit anderen Akteuren umsetzen wollen, d. h., sie handeln strategisch (Crozier & Friedberg, 1993, S. 33). Eine Strategie ist „die ex post gefolgerte Grundlage der empirisch beobachteten Verhaltensregelmäßigkeiten“ (Crozier & Friedberg, 1993, S. 34). Der Begriff der Strategie verdeutlicht auch, dass das Verhalten von Akteuren in Abhängigkeit von ihren Kontexten betrachtet wird, aus denen sie ihre Rationalitäten beziehen (ebd., S. 34). Bogumil und Schmid (2001) erläutern den Strategiebegriff dahingehend, dass Akteure abwägen, welches Verhalten im Rahmen des Systems am wahrscheinlichsten zur Erreichung ihrer Interessen führt, und weisen darauf hin, dass Strategien nicht notwendigerweise intentional oder bewusst sind. Dies ist gemäß der SOA allerdings wenig relevant, da Strategien primär dazu dienen, Strukturzwänge aufzudecken und nicht Motivationen (ebd., S. 57).

⁹ Ebenso ist die Sicht auf die Akteure in der Strukturierungstheorie von Giddens (1988), wie Neuberger (1995, S. 329) aufzeigt: Die Akteure tragen Verantwortung, da sie durch ihr Handeln Strukturen erzeugen und sich so nicht länger auf die Position beschränken können, dass sie Opfer übermächtiger Verhältnisse wären. Vielmehr können sie auch anders handeln (ebd.).

2.1.2 Rationalitäten

Der SOA liegt die Annahme zugrunde, dass Akteure begrenzt rational handeln (Crozier & Friedberg, 1993, S. 33). Dabei beziehen sich Crozier und Friedberg in ihrem Verständnis von Rationalität zunächst auf March und Simon (1958) mit den Begriffen der *bounded rationality* und der *satisfying rationality*, wonach Personen nicht alle Wahlmöglichkeiten gleichzeitig erfassen können und daher sequenziell vorgehen. Sie erweitern dieses Konzept aber dahingehend, dass die Rationalität durch den jeweiligen Kontext bedingt bzw. aus ihm abzuleiten ist. Beispielsweise haben Entscheidungsträger_innen eine Rationalität, die in Beziehung steht zu der Rationalität des Systems, auf das sie sich beziehen müssen (ebd., S. 195). Allgemein formuliert, ist das rational, was im jeweiligen Handlungssystem als zielführend gilt. Das heißt, es gibt kein irrationales Handeln, weil das, was Akteure als rational und zufriedenstellend bewerten, durch ihre Zugehörigkeit zu einem bestimmten Handlungssystem bedingt ist (S. 198).

In Organisationen herrscht ein „Kampf der Rationalitäten“ (Crozier & Friedberg, 1993, S. 226), bzw. es herrschen Kämpfe zwischen Akteuren, die ihre Rationalitäten aus verschiedenen Systemen beziehen, bspw. zwischen Personen aus der Produktion, dem Vertrieb, der Forschung und dem Finanzwesen. Dieser Kampf „ist sehr komplex, hat strukturelle Gründe und entwickelt sich [...] in streng organisierten Spielen“ (ebd., S. 226). Häufig ist es ein Kampf um die Definition eines Problems und damit um die Rationalität, die letztlich handlungsleitend sein soll, weil die Definition eines Problems die Entscheidungsrichtung stark vorstrukturiert – dies erklärt auch das Kämpfen der Akteure um die Wortwahl (ebd., S. 227). Das Aufzeigen der „widersprüchlichen, sich in vielfältigen [] Spielen konkretisierenden und integrierenden Rationalitäten, als auch der sie tragenden Mikromilieus“ beschreiben die Autoren selbst als einer der fruchtbarsten Beiträge der SOA (ebd., S. 226). Dabei ist die Integration der Rationalitäten umso schwerer, je dominanter eine Rationalität ist, wobei die Dominanz einer Rationalität vielfach eher auf „strukturelle Arrangements“ als auf „offene Verhandlungen“ (ebd., S. 227) zurückzuführen ist. Dies begründet auch den Widerstand der Mächtigen, die bspw. aufgrund von Beziehungen und Expertenwissen ein „Monopol über ein Handlungsfeld oder eine bestimmte Kategorie von Problemen zu errichten wussten“ (ebd., S. 227).

Rationalitäten sind die „guten Gründe“ für die Handlungen der Akteure (Fitsch, 2007, S. 35; vgl. Friedberg, 1995). Akteure sind in Handlungssystemen (Crozier & Friedberg, 1993, S. 250) bzw. ihren eigenen Wahrnehmungen, Werten und Normen gefangen, und ihre Perspektiven auf andere Perspektiven und Handlungslogiken sind häufig aufgrund der sie

umgebenden Strukturen verstellt (Ortmann & Becker, 1995). Schedler und Rüegg-Sturm (2013b) beschreiben dies folgendermaßen:

„Wenn beispielweise Akteure aus der Wirtschaft sagen: ‚Jetzt wird es politisch‘, dann meinen sie damit oft: ‚Jetzt wird es irrational‘. Mit anderen Worten: Nun kann nicht mehr vernünftig nachvollzogen werden, wie Entscheidungen ausgehen“ (Schedler & Rüegg-Sturm, 2013b, S. 33).

Crozier und Friedberg (1993) zufolge gibt es allgemeine Rationalitätskriterien, d. h. allgemeine Zwänge, auf denen soziale Systeme beruhen, z. B. „Vertrauen auf ein gegebenes Wort, Genauigkeit in der Ausführung von Verpflichtungen, Gegenseitigkeit, ein Minimum an Schnelligkeit und Effizienz“ (ebd., S. 198). Darüber hinaus gibt es Zwänge, die sich aus der Zugehörigkeit zu einem spezialisierten System mit spezifischer Rationalität ergeben, wie der technischen, administrativen, finanziellen (ebd.) und juristischen (ebd., S. 226) Rationalität.

Andere Autor_innen haben sich weiter mit dem Konzept der Rationalität bzw. dem verwandten Konzept institutioneller Logiken befasst. Weil diese theoretischen Beiträge wertvoll für die empirische Analyse sind, skizziere ich sie im Folgenden kurz. Schedler und Rüegg-Sturm (2013b) zufolge sind Rationalitäten „Handlungs-, Begründungs- und Konstruktionslogiken von Sinngemeinschaften“ (ebd., S. 33). Sinngemeinschaften sind vergleichbar mit sozialen Gruppen in der Social Identity Theory (Tajfel, 1972) und bilden sich in der Regel durch gemeinsame Aufgaben oder Funktionen, sie arbeiten zusammen oder stehen zumindest in einem kommunikativen Austausch, teilen Werte und Normen, haben gemeinsame Denkmuster und nutzen oft gemeinsame Argumente und eine gemeinsame Sprache (Schedler & Rüegg-Sturm, 2013b). Rationalitäten sind bspw. dann relevant, wenn die Geschäftsführung eine Entscheidung erläutert, oder wenn der Betriebsrat bei einem Antrag die Zustimmung verweigert. Diese Entscheidungen für andere nachvollziehbar zu fällen, Handlungen gegenüber anderen sachlich zu begründen, aber auch Entscheidungen und Handlungen von anderen zu verstehen, sind Aspekte, die die Rationalität betreffen (ebd.).

Der Begriff der Rationalität orientiert sich Schedler und Rüegg-Sturm (2013b, S. 44) zufolge an Friedlands und Alford's (1991) Begriff der institutionellen Logiken¹⁰: Institutionelle Logiken sind übergeordnete gesellschaftliche Institutionen wie Regierungen oder Berufsgruppen, die beeinflussen, wie die Welt wahrgenommen und interpretiert wird (ebd.). Dabei können institutionelle Logiken als sozial konstruierte, historische Muster verstanden werden, die aus Praktiken, Annahmen, Werten, Überzeugungen und Regeln bestehen, und durch die Personen ihr Dasein reproduzieren, Zeit und Raum organisieren; auch verleihen sie

¹⁰ Crozier und Friedberg (1993, S. 195) verwenden hingegen ausschließlich den Begriff der Rationalität, wenn sie ein Referenzsystem ausserhalb oder innerhalb der Organisation beschreiben: Entscheidungsträger_innen haben eine Rationalität, die in Beziehung steht zu der Rationalität des Systems, auf das sie sich beziehen müssen.

der sozialen Realität Bedeutung, indem sie Akteuren Worte für ihre Motive und ihr Selbstempfinden geben (Friedland & Alford, 1991; Thornton & Ocasio, 1999, 2008). Institutionelle Logiken beziehen sich auf Individuen, Gruppen und Organisationen (Thornton & Ocasio, 2008) und haben drei Eigenschaften (Schedler & Rüegg-Sturm, 2013b): Erstens haben sie einen spezifischen Anspruch an die Rationalität von Akteuren, die sich an ihnen orientieren wollen. Zweitens sind sie für die Organisation (oder Teile davon) relevant und erfordern ihr gegenüber Legitimation. Drittens können sie konfliktieren, müssen dies aber nicht (ebd., S. 44). Zwar existieren Rationalitäten in der Realität nicht in Reinform, aber ein System idealtypischer Rationalitäten kann als Orientierung dienen, um zu analysieren, wie stark Organisationen beispielsweise einer politischen oder einer ökonomischen Rationalität folgen (Schedler & Rüegg-Sturm, 2013b, S. 47). Schedler und Rüegg-Sturm nennen für die Typisierung von Rationalitäten bzw. institutionellen Ordnungen beispielhaft die Arbeiten von Diesing (1962) sowie Thornton, Ocasio und Lounsbury (2012). In meiner Analyse nutze ich diese idealtypischen Logiken als Analyseanker, um die Denk- und Handlungsweisen der betrachteten Akteure besser nachvollziehen zu können. Aufgrund der Schwierigkeit der Abgrenzung verwende ich die Begriffe bzw. Konzepte der institutionellen Logik und Rationalität in dieser Arbeit synonym.

2.1.3 Macht als Grundlage interaktionalen Handelns

Crozier und Friedberg (1993) zufolge sind menschliches Handeln und Machtbeziehungen wesensgleich. Macht wird in der SOA nicht als „rein negativ“ und „repressiv“, sondern als Basis jeder Beziehung verstanden (ebd., S. 17). Macht ist der ‚Rohstoff‘ für das kollektive Handeln, und kollektives Handeln „im Grunde nichts Anderes, als tagtägliche Politik“ (ebd., S. 14). Das heißt, Macht wird nicht als ein Attribut von Akteuren, sondern als eine Tausch- und Verhandlungsbeziehung definiert, an der mindestens zwei Akteure beteiligt sind und die immer an eine Spielstruktur gebunden ist. Darum muss „jede [] Analyse kollektiven Handelns [...] Macht in das Zentrum ihrer Überlegungen“ stellen (ebd., S. 14). Damit ist Machtausübung kein „Top-Down-Prozess der Hierarchie [], sondern [...] kontingentes Verhalten in der Organisation“, was „grundlegend der klassischen Politikwissenschaft und auch der marxistischen Gesellschaftstheorie, in der Macht als Besitz aufgefasst wird und von oben nach unten ausstrahlt“, widerspricht (Bogumil & Schmid, 2001, S. 59). Bogumil und Schmid (2001) erläutern, dass zwar manche Akteure mehr Möglichkeiten haben als andere, dass aber niemand dem oder der anderen völlig ausgeliefert ist. Auch Mächtige können ohnmächtig sein und auch Strategien und Strategen können ohne Einfluss sein (ebd.). Vor allem „konsensgestützter

Macht“ kommt eine große Bedeutung zu, da diese zur „Verstetigung und Stabilität von Machtstrukturen“ beiträgt (Ortmann et al., 1990, S. 13; vgl. Bogumil & Schmid, 2001, S. 59).

Um Machtbeziehungen zu analysieren, müssen zwei Fragen beantwortet werden (Crozier & Friedberg, 1993, S. 44). Erstens: Über welche Mittel verfügen Akteure in einer Beziehung, d. h., welche *Trümpfe* erlauben es ihnen, ihren Freiraum zu erweitern? Zweitens: Welche Mittel sind in der Beziehung relevant und mobilisierbar? Diese Ressourcen können individueller, kultureller, ökonomischer und sozialer Art sein und bilden den zeitlichen, räumlichen und sozialen Rahmen, in den sich ihre Handlungsstrategie einfügen muss (ebd.).

Crozier und Friedberg (1993, S. 50 f.) unterscheiden vier Machtquellen (siehe Tab. 2).

Tab. 2: Machtquellen (in Anlehnung an Crozier & Friedberg, 1993, S. 50 ff.)

<i>Machtquelle</i>	<i>Erläuterung</i>
<i>Expertise</i>	Besitz praktischer Fähigkeiten, von Kenntnissen und Kontexterfahrungen, die bei der Lösung relevanter organisationaler Probleme dienlich sind. Expertise im eigentlichen Sinne ist relativ selten, aber viele besitzen „ein Monopol, weil es zu schwierig und kostspielig ist sie zu ersetzen, und weil es ihnen im Allgemeinen durch die Organisierung ihrer Gruppeninteressen gelungen ist, die spezifischen Kenntnisse und Erfahrungen, die sie besitzen, unverständlich oder unzugänglich zu machen und zu erhalten“ (Crozier & Friedberg, 1993, S. 51).
<i>Beziehungen zwischen der Organisation und ihrer Umwelt</i>	Besitz von Kenntnissen und Kontakten zur Umwelt. Dies ermöglicht, dass Beziehungen zur Umwelt kontrolliert werden und eine Vermittlung von relevanten Informationen und Ressourcen wechselseitig im Sinne der Organisation erfolgen kann. Diese Macht obliegt Akteuren, die mehreren, in Beziehung zueinander stehenden Handlungssystemen angehören, und die daher eine vermittelnde oder übersetzende Rolle zwischen verschiedenen Handlungslogiken spielen können, z. B. Vertrauensleute, die nicht nur Beschäftigte der Organisation sind, sondern auch Mitglieder einer Gewerkschaft, und deren Verhalten für den Ausbruch eines Streiks entscheidend sein kann (Crozier & Friedberg, 1993, S. 52).
<i>Kommunikation und Informationsflüsse</i>	Kontrolle von Kommunikations- und Informationsflüssen, die für andere Akteure von zentraler Bedeutung zur Ausübung ihrer Tätigkeiten sein können. Personen mit zentralen Stellungen bezogen auf die Kommunikation üben durch diese Stellung und die Art und Weise der Informationsweitergabe Macht aus, da dies verzögert, gefiltert oder geschminkt erfolgen kann, was die Handlungsfähigkeit der Adressat_innen beeinflusst (Crozier & Friedberg, 1993, S. 52).
<i>Benutzung organisationaler Regeln</i>	Vorschriften und Verfahren als Antwort der Organisationsleitung auf das durch die drei anderen Machtquellen ausgelöste Problem. Diese Regeln sollen Ungewissheit abstellen, schaffen aber ihrerseits neue Ungewissheitszonen. Eine Eigenschaft von Regeln ist, dass sie Freiräume einschränken, aber gleichzeitig vor Willkür schützen (Crozier & Friedberg, 1993, S. 53).

Mithilfe der Machtquellen können Akteure, unabhängig von ihrer Stellung in der Organisation, andere zu etwas bewegen, wenn sie für andere Akteure relevante Unsicherheitsquellen kontrollieren (Fitsch, 2007), da die Quelle von Macht Ungewissheit ist:

„Ungewißheit im Allgemeinen und die jeweils spezifischen Ungewißheiten eines Problems [...] stellen die grundlegende Ressource in jeder Verhandlungsbeziehung dar. [...] Ungewissheit vom Blickpunkt der Probleme ist Macht vom Blickpunkt der Akteure“ (Crozier & Friedberg, 1993, S. 13).

Darum wird Macht als die Kontrolle von Ungewissheitszonen beschrieben, als „Funktion der Größe der Ungewissheitszone, die ein sozialer Akteur durch sein Verhalten gegenüber einem anderen sozialen Akteur kontrollieren kann“ (ebd., S. 43). Die Untersuchung der

Machtbeziehungen führt letztlich zu einer informellen Machtstruktur, die das offizielle Organigramm ergänzt, berichtigt oder sogar beseitigt und somit das wahre Organigramm der Organisation darstellt (Crozier & Friedberg, 1993, S. 55).

2.1.4 Strukturelle Bedingungen

Auch wenn der SOA die Annahme zugrunde liegt, dass Akteure immer ein Minimum an Freiheit haben, werden ihre Handlungen durch Strukturen beeinflusst, da jedes Handlungsfeld durch die „Eigenschaften und Merkmale einer Organisation und/oder der organisierten Handlungssysteme“ sozial strukturiert ist (Crozier & Friedberg, 1993, S. 9). Spielstrategien und Spielregeln bzw. Freiheit und Zwang sind *rekursiv verknüpft*, d. h., sie beeinflussen sich gegenseitig bzw. sind zwei Seiten einer Medaille. Die Wechselwirkung von Freiheit und Zwang beschreibt Giddens (1988)¹¹ in seiner Theorie der Strukturierung als Dualität von Struktur. „Handlung und Struktur“ sind demnach „zwei Momente desselben Geschehens, denn Strukturen sind Ergebnis und Medium des Handelns, Handeln ist verwirklichte Struktur“ (Neuberger, 1995, S. 285). Die Verknüpfungen sind in Abbildung 2 dargestellt.



Abb. 2: Rekursiver Zusammenhang von Freiheit und Zwang bzw. von Handlung und Struktur (eigene Darstellung in Anlehnung an Crozier & Friedberg, 1993 bzw. an Giddens, 1988)

Giddens (1988) nutzt eine mediierende Ebene, die der *Modalitäten*¹², in denen durch Handlungen Strukturen reproduziert werden. Strukturen spiegeln sich demzufolge in der Ebene der Modalitäten und in der Ebene der Handlung bzw. der Interaktion wider. Die Dualität von Struktur bedeutet auch, dass Struktur als Ergebnis vom Handeln zu lösen ist, während sie als Medium eine Qualität des Handelns darstellt – „darum heißt es Strukturierung, weil es um Strukturproduktion und -reproduktion (durch Verwendung von Praktiken im Handeln) als Prozess geht“ (Neuberger, 1995, S. 306; vgl. auch Bogumil & Schmid, 2001, S. 64).

Strukturen und (Spiel-)Regeln sind „Produkt früherer Kräfteverhältnisse“, damit immer provisorisch und kontingent – und somit durch die Handlungen der Akteure veränderbar (Crozier & Friedberg, 1993, S. 65). Das heißt, Strategien bzw. Handlungen reproduzieren nicht nur Strukturen, sondern kritische Situationen können genutzt oder erzeugt werden, um

¹¹ Das Original erschien 1984 mit dem Titel „The Constitution of Society“; das Exemplar aus dem Jahr 1988 ist die deutsche Ausgabe.

¹² Die Modalitäten umfassen Deutungsschemata, Normen sowie politische und ökonomische Machtmittel.

Spielregeln und Trümpfe dauerhaft, d. h. institutionell zu verändern (Neuberger, 1995, S. 324). Die Spielregeln bedingen die Strategien der Akteure, werden aber auch von ihnen „gesetzt, definiert und zur Interessenwahrnehmung eingesetzt“ (Bogumil & Schmid, 2001, S. 113).

In der SOA und in der Strukturtheorie sind Strukturen unterschiedlich benannt, im Kern verbirgt sich hinter den Begriffen aber dasselbe. Während Crozier und Friedberg (1993) v. a. die Termini ‚Zwänge‘ und ‚Ressourcen‘ verwenden, nutzt Giddens (1988) v. a. ‚Regeln‘ und ‚Ressourcen‘ (siehe auch Tabelle 1). Strukturen bzw. strukturelle Bedingungen haben Crozier und Friedberg (1993) zufolge zwei Seiten: Sie können einschränkend oder ermöglichend wirken bzw. von den Akteuren als Zwang wahrgenommen oder als Ressource genutzt werden. Kollektivem Handeln sind Zwänge inhärent (Crozier & Friedberg, 1993, S. 67), die sich in Spielregeln äußern (ebd., S. 65). Somit bilden Strukturen einen „zwingenden Rahmen für das Handeln und die Erfahrungen“ von Menschen (ebd., S. 121), weil sie das Handlungsfeld strukturieren. Zwänge können, wie auch Fitsch (2007, S. 38) herausstellt, „materieller, struktureller oder sozialer“ Art sein (Crozier & Friedberg, 1993, S. 121), und Zwang kann sowohl durch Situationen als auch durch Positionen in Organisationen (ebd., S. 67) erfolgen. Da Strukturen und Spielregeln die einen Akteure gegenüber anderen Akteuren privilegieren (ebd., S. 65), kann dasselbe Strukturmerkmal bzw. dieselbe Regel von den einen Akteuren restringierend, d. h. als Zwang erlebt werden, während es/sie von anderen Akteuren ermöglichend, d. h. als Ressource wahrgenommen wird (vgl. Bogumil & Schmid, 2001, S. 65). Menschen verfügen über „individuelle, kulturelle, ökonomische und soziale *Ressourcen*“, die den „zeitlichen, räumlichen und sozialen Rahmen“ bilden, in den sich ihre Strategie einfügen muss, und die als „Mittel“ bzw. „*Trümpfe*“ genutzt werden, um den eigenen Freiraum auszudehnen (Crozier & Friedberg, 1993, S. 44), d. h., die für die Realisierung eigener Interessen eingesetzt werden können (vgl. auch Bogumil & Schmid, 2001, S. 65).

In der SOA wird die Strukturdimension nicht weiter ausdifferenziert, was u. a. von Ortmann et al. (1990) kritisiert wurde. Die Kritik bezieht sich darauf, dass Aushandlungen und Machtkämpfe eben in diesen Strukturaspekten stattfinden, und dass Crozier und Friedberg (1993) vor allem die Machtquellen Wissen, Information und Organisation betonen und damit einem unvollständigen Verständnis von Macht folgen, da ihr Fokus auf den organisatorischen Machtquellen liegt, während sie materielle und strukturelle Machtquellen vernachlässigen. Rechtsordnung, Ökonomie, Technik und die Autoritäts- und Administrationsstruktur sind in der SOA somit zwar thematisierbar, bleiben aber im Hintergrund (Ortmann et al., 1990, S. 29). Besonders kritisch wird gesehen, dass in der SOA die zentrale Macht von Beschäftigten versus

Management unzureichend berücksichtigt wird. Die Macht der Beschäftigten besteht darin, ihre Arbeit zu erledigen (ebd.).

„Dazu müssen sie bereit sein. Sie müssen nicht nur: Sachverstand einbringen, die Beziehungen zur Umwelt bewältigen, kommunizieren, Regeln einhalten, sondern vor allem: die Arbeit tun. (Und wenn sie das verweigern, dann pokern sie eben nicht nur mit ihrem Sachverstand, ihren Umweltbeziehungen etc., sondern letztlich mit dem Bestand der Organisation – und ihren eigenen Existenzbedingungen.) So trivial das ist, so schwierig ist es, diese in letzter Instanz so maßgebliche Machtquelle der Arbeitenden in Croziers und Friedbergs vier Machtquellen unterzubringen“ (Ortmann et al., 1990, S. 18).

Die zentrale Macht des Managements „kulminiert zuletzt in seinen Möglichkeiten zur Entlassung, Beförderung, Entlohnung“ (Ortmann et al., 1990, S. 18). Um diesen Aspekten deutlicher Rechnung zu tragen, differenzieren Ortmann et al. (1990) den Ansatz der SOA mittels Giddens' (1988) Konzept der Dualität von Struktur aus.

Struktur im Giddens'schen Sinne besteht aus Regeln und Ressourcen. Wie Crozier und Friedberg (1993) betont auch Giddens (1988) den sowohl einschränkenden als auch ermöglichenden Charakter von Strukturen (vgl. Neuberger, 1995, S. 328; Ortmann & Becker, 1995). Regeln und Ressourcen werden weiter differenziert in die drei Dimensionen Signifikation (Bedeutung), Legitimation und Herrschaft (Abb. 3).

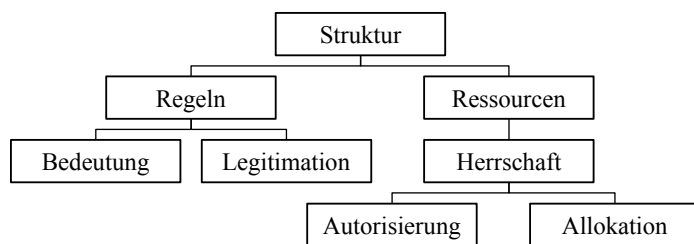


Abb. 3: Zusammenhang der Strukturierungsdimensionen (Neuberger, 1995, S. 306)

Werden die in Abbildung 3 unter „Herrschaft“ zusammengefassten Dimensionen „Autorisierung“ und „Allokation“ auf gleicher Ebene wie „Bedeutung“ und „Legitimation“ dargestellt, sind es letztlich vier Dimensionen, wie in Tabelle 3 dargestellt.

Laut Neuberger (1995) nutzen Ortmann et al. (1990) Giddens' Theorie undogmatisch als „Materiallager“ (Neuberger, 1995, S. 327) bzw. sie passen den Ansatz der SOA ihren Auffassungen entsprechend an. Erstens wandeln sie den Ansatz dahingehend ab, dass sie *alle* Strukturdimension (und nicht nur autoritative und allokativen Ressourcen) als Ausdrucksformen von Macht bzw. Herrschaft betrachten, da Macht und Herrschaft sowohl auf „der Kontrolle von Ressourcenverteilungen“ basiert als auch ihren Ausdruck „in kognitiven und normativen Ordnungen“ hat (Ortmann & Becker, 1995, S. 56; vgl. Ortmann et al., 1990, S. 26 f.). Folglich sehen Ortmann und Becker (1995) „Regeln und Ressourcen gemeinsam, [...] als die Machtmittel [an], mit denen Machtstrukturen reproduziert und die zugleich von ihnen zur Verfügung gestellt werden“ (Bogumil und Schmid, 2001, S. 65). Die autoritativen Ressourcen

Tab. 3: Dimensionen der Struktur und ihre Bedeutung (nach Giddens, 1988, in Anlehnung an Bogumil & Schmidt, 2001, S. 65; Ortmann & Becker, 1995, S. 55)

<i>Regeln der Sinnkonstitution</i>	<i>Regeln der Sanktionierung sozialen Handelns</i>	<i>Autoritative Ressourcen</i>	<i>Allokative Ressourcen</i>
(Signifikation)	(Legitimation)	(Herrschaft)	
kognitive Ordnung eines sozialen Systems / einer Organisation	normative Ordnung einer Organisation	Mittel der Organisation von Raum und Zeit sowie der Koordination von Menschen	materielle Aspekte sozialer Situationen
interaktiv ausgehandelt	z. B. rechtliche Normen, organisationale Regeln; sowohl praktizierte als auch formulierte Regeln	z. B. Arbeitsorganisation, Verwaltungsapparat, Planungsinstrumente, organisationale Hierarchie, funktionale Arbeitsteilung, aktEURSSPEZIFISCHE Qualifikationen	z. B. Produktionsmittel, Geld, Rohstoffe, Technik, Investitionsbudgets
umfasst alle Aspekte, die mit der Interpretation der Welt als Grundlage von Handeln zusammenhängen	zugleich Koordinierungsinstrument (legt Handlungskorridore fest) und Berufungsinstanz (liefert Rechtfertigung, begründet Legitimation, begrenzt Machtansprüche)		
z. B. Interpretationsschemata, Wahrnehmungsmuster, Organisationsvokabular, Leitbilder, Symbole, Mythen etc.			

ergänzen sie inhaltlich und sprachlich um den Begriff „administrativ“ in Anlehnung an den bürokratischen Mechanismus struktureller Machtausübung (Zündorf, 1982), um diesen administrativen Herrschaftsaspekt zu integrieren. Im Ergebnis nutzen sie den Begriff autoritativ-administrative Ressourcen. Zweitens ergänzen Ortmann et al. (1990, S. 30) die Strukturierungsdimensionen von Giddens (1988) um zwei weitere Strukturierungsdimensionen – die sinnlich-ästhetische Dimension und die technische Dimension (vgl. auch Neuberger, 1995, S. 327) – und benennen die Dimensionen teilweise um, sodass sie im Ergebnis die sinnlich-ästhetische, kognitive, normative, autoritativ-administrative, ökonomische und technische, d. h. insgesamt sechs Dimensionen vorschlagen (Ortmann et al., 1990, S. 30) und folglich in Teilen sprachlich und inhaltlich von Giddens (1988) abweichen. Die Ressourcen bzw. Machtquellen sensu Crozier und Friedberg (1993) sehen Ortmann et al. (1990) gedanklich querliegend zu diesen Dimensionen, ordnen aber Expertenwissen, Sachwissen bezüglich der Umwelt bzw. Beziehungen und die Kontrolle von Kommunikations- und Informationskanälen letztlich der kognitiven Dimension zu. Die Nutzung organisatorischer Regeln ordnen sie der autoritativ-administrativen Dimension zu (ebd., S. 29). An späterer Stelle verweist Ortmann gemeinsam mit Becker (1995, S. 55) darauf, dass „sinnlich-ästhetische Aspekte von Organisationen“ Teil der Regeln der Sinnkonstitution (sensu Giddens, 1988) bzw. der kognitiven Dimension (sensu Ortmann et al., 1990) seien, d. h., Ortmann und Becker (1995) führen die in Ortmann et al. (1990) formulierten zwei Dimensionen wieder in eine Dimension zusammen. Analog verfahren Ortmann und Becker (1995) mit den in Ortmann et al. (1990) formulierten technischen und wirtschaftlichen Dimensionen, die sie

ebenfalls wieder in eine Strukturdimension – in Herrschaft bzw. allokativen Ressourcen – zusammenfassen.

Giddens (1988) weist – wie auch andere Autoren – darauf hin, dass die Trennung in einzelne Strukturdimensionen nur eine konzeptionelle Hilfestellung ist, da sich Handeln verschiedener Modalitäten aus verschiedenen Dimensionen bedient (vgl. auch Neuberger, 1995; Ortmann et al., 1990). Neuberger (1995) beschreibt, dass Giddens (1989) selbst die Strukturierungstheorie „nicht als Forschungsmethode“ und „auch nicht als methodologischen Ansatz“ (Giddens, 1989, S. 295; zit. in Neuberger 1995, S. 325) sieht und Giddens selbst vorschlägt, „die Begriffe als sensibilisierende Vorgaben“ zu betrachten, „die man in einer selektiven Art nutzen kann, um über Forschungsfragen und die Interpretation von Befunden“ nachzudenken (Giddens, 1991, S. 213; zit. in Neuberger, S. 325 f.). Dieses Vorgehen erachte ich auch deshalb als hilfreich, weil Giddens’ Schrift (1988) häufig nicht eindeutig ist und ich Neuberger (1995) zustimme, dass „relativ simple Sachverhalte in möglichst grundsätzlicher und abstrakter Form“ verdeutlicht werden (ebd., S. 212). Beispielsweise unterscheidet Giddens

„zwischen Struktur und Strukturen, er kennt Strukturmomente, Strukturprinzipien, Strukturreihen, er arbeitet den Unterschied zwischen Struktur und System, Struktur und Gesellschaft heraus, für ihn ist ‚agency‘ nicht Handlung, nicht Individuum, nicht einmal Akteur“ (Neuberger, 1995, S. 313).

Im Folgenden bediene ich mich der Inspiration Giddens’ (s. o.), aber auch, Neuberger (1995, S. 335) im Sinne Kants folgend, meines eigenen Verstandes, und wähle einen „undogmatischen Umgang“ mit Elementen der Giddens’schen (1988) Strukturierungstheorie, um einen konzeptionellen Bezugsrahmen für die Analyse der Daten zu schaffen. In einer undogmatischen Herangehensweise sind, wie weiter oben auch bei Ortmann et al. (1990) deutlich geworden ist, die Kategorisierung von Struktur, Modalitäten und Handeln in eine bestimmte Anzahl von Dimensionen, die Zuordnung von Merkmalen in diese Dimensionen sowie die Benennung der Dimensionen durchaus variierbar. Ich unterscheidet in Anlehnung an Giddens (1988) sowie an Ortmann und Becker (1995) vier Strukturdimensionen und benenne diese in einer Art und Weise, die mir sinnvoll und verständlich erscheint. Erstens ändere ich die Strukturdimension „Signifikation“ bzw. Regeln der Konstitution von Sinn (sensu Giddens) inhaltlich dahingehend, dass ich diese um Emotion und Soziales anreichere, sodass diese Dimension letztlich nicht nur Kognition und Wahrnehmung, sondern auch Emotion in sozialer Interaktion umfasst, und somit die in Giddens’ „kognitivistischem“ Modell fehlende „emotionale und soziale Perspektive“ (Neuberger, S. 322) integriert. Zweitens passe ich die Benennung der Dimension dem Inhalt an und wähle dafür die Benennung ‚psycho-soziale‘ Dimension. Analog nenne ich die Handlungsebene nicht kommunikatives Handeln, sondern

psycho-soziales Handeln. Drittens benenne ich die Dimension Herrschaft – allokativen Ressourcen (sensu Giddens, 1988, sowie Ortmann & Becker, 1995, S. 60), nach Ortmann et al. (1990) die „ökonomische“ Dimension und die „technische“ Dimension (ebd., S. 30) – in ‚wirtschaftlich-technische‘ Dimension um, da ich die Formulierung von Ortmann et al. (1990) eindeutiger als Giddens’ Benennung finde, aber meiner Arbeit ein über Wirtschaftlichkeit hinausgehendes Verständnis von Ökonomie im Sinne einer Verbundstruktur zugrunde liegt.¹³ Viertens ordne ich Expertenwissen (sensu Crozier und Friedberg, 1993), der autoritativ-administrativen Dimension (sensu Ortmann et al., 1990) zu.

Im Ergebnis verwende ich, wie in Tabelle 4 dargestellt, in Anlehnung an Giddens (1988), Ortmann et al. (1990) sowie Ortmann und Becker (1995) vier Strukturdimensionen als konzeptionelle Basis für die Analyse, die sich aufgrund der Dualität von Handlung und Struktur, d. h. dem rekursiven Zusammenhang, auch in den Modalitäten und Handlungen zeigen.

Tab. 4: Dimensionen von Struktur, Modalität und Handlung (in Anlehnung an Giddens, 1988, Ortmann et al. 1990 sowie Ortmann und Becker, 1995)

<i>Strukturdimension</i>	Psycho-sozial	Normativ	Autoritativ-administrativ	Wirtschaftlich-technisch
<i>Beispiele für Formen von Modalitäten bzw. Machtmittel</i>	Interpretationsschemata und Wahrnehmungsmuster, Organisationsvokabular, Leitbilder, Mythen, Symbole, Informations- und Kommunikationskanäle, Sachwissen bzw. Beziehungen zur Umwelt	Rechtliche Normen, organisatorische formelle und informelle Regeln	Organisationale Hierarchie, funktionale Arbeitsteilung, Qualifikationen, Expert_innenwissen, Planungsinstrumente	Geld und geldwerte Güter, Investitionen und Budgets, Rohstoffe, Produktionstechnik, Informations-, Kommunikations- und Medizintechnik
<i>Handeln</i>	Psycho-sozial	Normativ-sanktionierend	Autoritativ-administrativ	Wirtschaftlich-technisch

Die jeweilige Strukturdimension wird über Modalitäten bzw. Machtmittel durch entsprechendes Handeln (re)produziert. Beispielsweise wird die normative Strukturdimension über das Machtmittel rechtliche Normen durch normativ-sanktionierendes Handeln (re)produziert. Da ich, in Anlehnung an Ortmann et al. (1990) und Ortmann und Becker (1995), alle Strukturdimensionen als Ausdrucksformen von Macht und Herrschaft betrachte, sehe ich auf der Ebene der Modalitäten nicht nur die autoritativ-administrativen und allokativen Ressourcen als Machtmittel, sondern alle vier Dimensionen: Akteure bedienen sich psychosozialer, normativer, autoritativ-administrativer sowie wirtschaftlich-technischer Machtmittel,

¹³ Ökonomie kommt von Oikos und behandelt im originären Sinne die Frage, „wie unter einem Dach ein ökologischer Verbund generiert werden kann, indem alle Beteiligten [...] angemessen zur Geltung kommen“ (Vogt, 2016, S. 304).

um ihre Interessen zu realisieren, was sich in entsprechenden Handlungsstrategien zeigt und zur (Re-)Produktion entsprechender Strukturen beiträgt. Weiter nutze ich sprachlich in Anlehnung an Crozier und Friedberg (1993) das Wort Ressource in einer weiteren Bedeutung, als es bei Giddens (1988) definiert ist, indem ich formuliere, dass eine Struktur bzw. strukturelle Bedingung für den einen Akteur eine Einschränkung oder einen Zwang bedeutet, während sie von einem anderen Akteur als Ressource bzw. Machtmittel genutzt werden kann.

2.1.5 Das Spiel als Metapher organisationalen Handelns

Mittels Spielemetapher wird der wechselseitige Einfluss von Freiheit und Zwang, d. h. Spielstrategien und Spielregeln (Crozier & Friedberg, 1993, S. 68) – bzw. in Giddens' (1988) Formulierung: Handlung und Struktur – verknüpft (Abb. 4). Die Gesamtheit aller Spiele bilden soziale Systeme bzw. bildet eine Organisation (Crozier & Friedberg, 1993, S. 68).

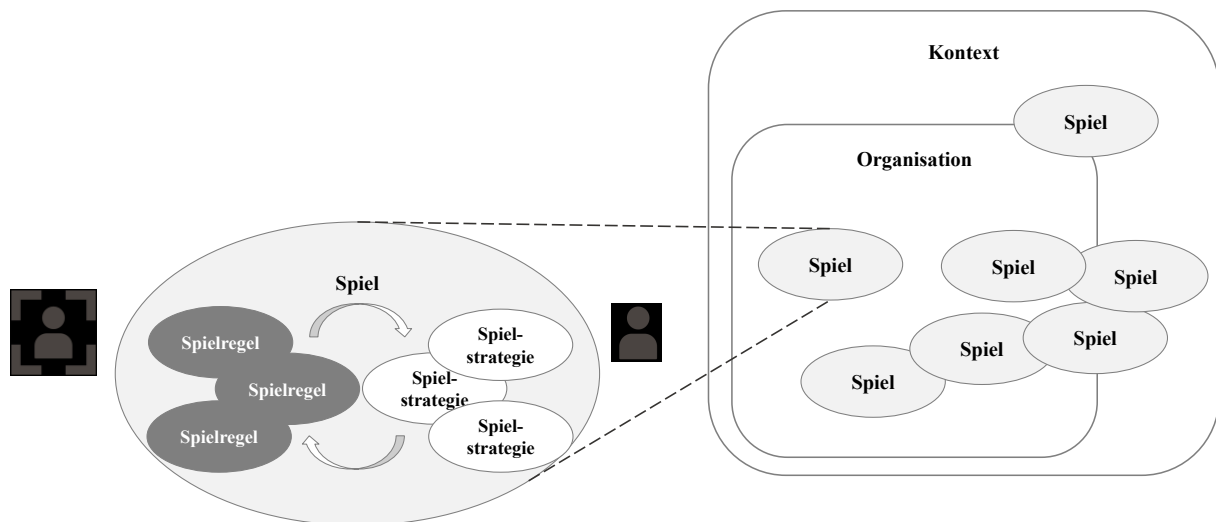


Abb. 4: Zusammenhang von Spielregeln, Spielstrategien und Spiel (in Anlehnung an Fitsch, 2007, S. 41)

Crozier und Friedberg (1993) beschreiben das Spiel als einen „indirekten sozialen Integrationsmechanismus divergierender und/oder widersprüchlicher Verhaltensweisen von relativ autonomen Akteuren“ und als „Instrument kollektiven Handelns“ (ebd., S. 4), „mit dessen Hilfe Menschen ihre Machtbeziehungen strukturieren und regulieren und sich doch dabei Freiheit lassen“ (ebd., S. 68). Das Spiel setzt „eine dualistische, nicht mehr integrierte Sicht des Feldes sozialer Beziehungen“ (ebd., S. 138) voraus und hält Akteur und System zusammen, ohne sie zu vereinen. Spiele eröffnen aufgrund ihrer Regeln und ihrer Beschaffenheit, d. h. ihrer Rationalität, eine begrenzte Anzahl an erfolgversprechenden Strategien (ebd., S. 138), sodass Akteure zur Durchsetzung ihrer Interessen die ihnen „auferlegten Zwänge zumindest zeitweilig akzeptieren“ müssen (ebd., S. 68). Die Freiheit der Akteure liegt in der Wahl zwischen unterschiedlichen Strategien (ebd., S. 138). Dabei müssen

Akteure den Erwartungen und Normen ihrer Rolle nicht entsprechen, vielmehr haben sie die Möglichkeit, sich rollenkonform oder rollenwidrig zu verhalten und verfügen somit über einen Trumpf durch die Kontrolle von Unsicherheit (ebd., S. 60).

Damit folgt die strategische Organisationsanalyse zwei komplementären, zugleich einander widersprechenden und konvergenten Denkweisen: dem strategischen und dem systemischen Denken (Crozier & Friedberg, 1993, S. 133 ff.). Im Rahmen des strategischen Denkens werden Organisationsmitglieder als Akteure mit eigener Strategie angesehen. Mittels der Strategien und der objektiven Zwänge eines Akteurs lässt sich das Spiel rekonstruieren. Das Spiel verdeutlicht wiederum, dass die jeweiligen Strategien rational erscheinen, da die Akteure gezwungen sind, sich in einer Manier zu verhalten, die ihre Gewinnchancen erhöht bzw. ihre Verluste möglichst geringhält (ebd., S. 133). Das systemische Denken zeichnet sich hingegen durch eine Systemdiagnose aus, „die es zu verstehen ermöglicht, worin und warum die beanstandeten Verhaltensweisen oder Mechanismen in diesem System eigentlich rational sind“, „anstatt nach dem oder der Schuldigen zu suchen“ und „anstatt den Struktur- oder Funktionsfehler lokalisieren zu wollen“ (ebd., S. 135). Um zu gleichen Ergebnissen zu gelangen, müssen beide Denkweisen mittels des Spielebegriffs, der beide Logiken verbindet, verbunden werden (Crozier & Friedberg, 1993).

Anknüpfend an Croziers und Friedbergs (1993) Spielebegriff unterscheiden Ortmann et al. (1990) zwei Klassen von Spielen: sogenannte „Routinespiele“ und „Innovationsspiele“ (ebd., S. 58), die, militärisch ausgedrückt, „Stellungskriege“ darstellen (ebd., S. 59). Ortmann (2012, S. 127) nennt die monatliche Gehaltsabrechnung als Beispiel für Erstere und Reorganisationen als Beispiel für Letztere. Bogumil und Kißler (1998a; vgl. 1998b) unterscheiden als Routinespiele das *Wählermaximierungs-Spiel*, das *Bargaining-Spiel* und das *Hierarchie-Spiel* (ebd., S. 305), und als Innovationsspiele das *rationale Politik-Spiel*, das *Co-Management-Spiel* und das *Teamarbeits-Spiel* (ebd., S. 317). Innovationsspiele sind dabei als „Metaspiele“ zu verstehen, die die Regeln und damit die Erfolgchancen der Routinespiele neu definieren (Ortmann et al., 1990, S. 59), d. h., ihr mikropolitische Witz besteht gerade darin, die Routinespiele zu verändern und zu reorganisieren (Ortmann, 2012, S. 128). Innovationsspiele sind erstens erreichbar über die Entwicklung neuer Erfolgchancen, zweitens über die Einsicht, dass die Veränderung der Routinen erforderlich ist, um den Fortbestand der Organisation zu sichern, oder drittens durch Macht und Druck (Bogumil & Kißler, 1998a, S. 317) bspw. durch Koalitionen von Meinungsführenden in Politik, Personalrat und Modernisierungsmanagement und mögliche Modernisierungsgewinner_innen oder auch ökonomischen Druck (Bogumil & Kißler, 1998b, S. 145). Mintzberg (1983, 1985)

unterscheidet fünf Spielgruppen mit insgesamt dreizehn Spielen, die sich teilweise überschneiden und teilweise wenig differenziert dargestellt sind (Neuberger, 1995, S. 197); diese werden in Tabelle 5 gezeigt. Alternativ zum Begriff des Spiels könnten auch andere Metaphern, wie etwa Kampf, (Tausch-)Handel, Tanz u. a., das Phänomen beschreiben (Neuberger, 1995, S. 213).

Tab. 5: Spiele in Organisationen (nach Mintzberg, 1983, S. 188, übersetzt in Neuberger, 1995, S. 195 ff.)

<i>Spielgruppe</i>	<i>Spiel</i>
Spiele, in denen Widerstand gegen Autorität geleistet wird	Widerstands-Spiele (Insurgency)
Spiele gegen die Widerstands-Spiele	Konterrevolutionäre Spiele (Counter insurgency)
Spiele zum Aufbau von Macht	Sponsor-Protégé-Spiel (Sponsorship) Bündnis-Spiel (Alliance Building) Reichsgründungs-Spiel (Empire Building) Budget-Spiel (Budgeting) Expertise-Spiel (Expertise) Dominanz-Spiel (Lording)
Spiele zur Bekämpfung von Rivalen	Linie-gegen-Stab-Spiel (Line vs. Staff)
Spiele zur Realisierung organisationalen Wandels	Das Strategische-Kandidaten-Spiel (Strategic Candidates) Das Verpfeifen-Spiel (Whistle Blowing) Das Jungtürken-Spiel (Young Turks)

2.2 Wandel – das Erlernen neuer Spiele

Crozier und Friedberg (1993) verstehen unter Wandel die Veränderung des Handlungssystems (ebd., S. 240), d. h., sie verstehen Wandel als Systemphänomen. Somit ist nicht eine Veränderung der Regeln ausreichend, sondern eine Veränderung der „Beschaffenheit des Spiels selbst“¹⁴ muss erfolgen. Bedingungen für diesen sozialen Wandel sind, neben „günstigen Kraftverhältnissen“, vor allem „genügend Fähigkeiten“, konkret „kognitive Fähigkeiten, Bezugsfähigkeiten, Steuerungs- und Regulierungsfähigkeiten“ (ebd., S. 241). Individuelles Lernen reicht den Autoren zufolge aber nicht aus, vielmehr ist kollektives Lernen – affektiv, kognitiv und relational – für den Erfolg eines neuen Spiels erforderlich, sodass durch eine veränderte soziale Praxis bzw. kollektives Handeln „eine neue Strukturierung des oder der Handlungsfelder“ ermöglicht wird (Crozier & Friedberg, 1993, S. 248 f.). Das heißt, die Menschen müssen sich in ihren Beziehungen zueinander und in ihrer sozialen Organisation verändern (ebd., S. 237), sie müssen „mit ihren Interessen und Machtverhältnissen“, ihren „affektiven Schutzmechanismen“ und „intellektuellen Modellen“ brechen (ebd., S. 249).

¹⁴ Hier nennen Crozier und Friedberg (1993) den Übergang vom Feudalsystem zum kapitalistischen System. Dieser vollzog sich nicht durch die Änderung der Regeln des feudalen Spiels, die den Vasallen gegenüber ihren Herren mehr Freiheit gegeben oder die Rollen umgekehrt hätte, sondern durch die Erfindung eines Spiels anderer Art.

Veränderung fällt den Akteuren schwer, weil sie „Gefangene von Handlungssystemen“ sind und Veränderung den Bruch mit alten „circuli virtuosi“ voraussetzt (Crozier & Friedberg, 1993, S. 250). Menschen sind aber nicht per se gegen Veränderung – vielmehr schätzen sie die Risiken, die eine Veränderung mit sich bringen kann, real ein: Eine Veränderung bzw. Reduktion der Unsicherheitszonen stellt die Machtquellen der Menschen und den damit einhergehenden eigenen Handlungsspielraum infrage. Akteure sind dennoch veränderungsbereit, nämlich dann, wenn die Veränderungen ihnen ermöglichen, eigene Interessen zu realisieren (Crozier & Friedberg 1993, S. 242). Dabei sind sechs Strategien bzw. Schritte wandlungsfördernd in Veränderungsprozessen. Diese sind in Tabelle 6 dargestellt und werden im Folgenden in Anlehnung an Crozier & Friedberg (1993, S. 254–280) erläutert.

Tab. 6: Wandlungsfördernde Strategien

1.	Selbstreflexion und -erkenntnis
2.	Konvergente Entwicklung von Strukturen und Personen
3.	Entwickeln spezifischer, anschlussfähiger Lösungen statt Rückgriff auf Rezeptwissen
4.	Beteiligung der betroffenen Akteure
5.	Entwickeln konsensualler Lösungen durch die Basis
6.	Veränderung bestehender Machtstrukturen

Erstens werden Veränderungen durch Akteure initiiert (Crozier & Friedberg, 1993, S. 254 ff.). Der erste Schritt des Wandels liegt in der Reflexion des eigenen Handlungssystems, dessen Teil Akteure sind, im Verständnis der Zwänge sowie im Erkennen der eigenen Freiheiten und Ressourcen innerhalb der Zwänge. Diese Erkenntnis bedingt den ersten Bruch mit diesem System und mit allen folgenden und ermöglicht die Entwicklung einer Strategie zur Überwindung der Zwänge. Weil das Erkennen von Zwängen den Akteuren ermöglicht, die Schuld auf das System zu attribuieren, erhöht dies ihre Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Gleichzeitig ist für das Erlernen neuer Spiele erforderlich, dass Akteure ihren Freiraum und ihre Fähigkeiten, anders zu spielen als nach den gewohnten Routinen, anerkennen. Die individuellen Akteure können schließlich aus ihrer eigenen Erkenntnis heraus einen Prozess in die Wege leiten, in dessen Verlauf kollektive Fähigkeiten erlernt werden (ebd.).

Zweitens ist der Wandel der Akteure notwendig, aber nicht hinreichend für Wandel (Crozier & Friedberg, 1993). Folglich muss eine Veränderungsstrategie konvergent auf Handlung *und* Struktur bezogen sein und personalpolitische (z. B. Einstellungskriterien, Personalentwicklung) und strukturelle Veränderungen umfassen (ebd., S. 263).

Drittens ist eine Passung (und, wenn erforderlich, eine Anpassung) von bestehenden Mitteln und Politiken mit den anvisierten Zielen entscheidend (Crozier & Friedberg, 1993, S. 264 f.). Eine „universell anwendbare[] Sammlung von Rezepten“ der Organisationsentwicklung (ebd., S. 266) ist nicht angeraten, vielmehr sollten Veränderungsschritte aus einem Verständnis des spezifischen Kontextes und der Akteure hergeleitet werden sowie Machtstrukturen und Konflikte beachtet bzw. „Machtprobleme und Krisengefahren in die Analyse und Entscheidungsvorbereitung“ einbezogen werden (ebd., S. 266). Die entwickelten organisationsspezifischen Veränderungsstrategien sollen Brüche hervorrufen, ohne in „regressive Krisen“ auszuarten, das Erproben und Erlernen neuer Spiele ermöglichen sowie neue Steuerungs- und Regulierungsweisen hervorbringen (ebd.).

Viertens erfordern Veränderungen die Partizipation der betroffenen Akteure (Crozier & Friedberg, 1993, S. 267 f.). Diese Partizipation erfolgt in einem systemischen Kreislauf von Aktion und Reaktion und stellt eine „implizite Verhandlung“ (ebd., S. 268) dar, in der die Betroffenen durch die Beteiligung zu Akteuren werden: Im Rahmen des Partizipationsprozesses unterbreitet die Person, die die Veränderungen initiiert, aufgrund ihrer Systemkenntnis eine Veränderung der Regeln, um die Entwicklung neuer Spiele zu ermöglichen. Die betroffenen Akteure reagieren auf diesen Veränderungsvorschlag, indem sie entsprechende Gelegenheiten ergreifen, diese aber auch gemäß ihren eigenen Interessen verändern. Aufgrund dieser Antwort passt die Person, die die Veränderungen initiiert, den ursprünglichen Vorschlag an, d. h., sie interpretiert das Verhalten der betroffenen Akteure und achtet deren Freiheit. So wird aus dem Partizipationsprozess ein Lernprozess, der zu einem späteren Zeitpunkt offenere Verhandlungen ermöglicht (ebd.).

Fünftens sollten konsensuale Lösungen an der Basis, d. h. von den vom Wandel betroffenen bzw. an ihm beteiligten Personen, entwickelt werden, da dort am ehesten Widersprüche integriert werden können (Crozier & Friedberg, 1993). Veränderungsprozesse bergen plurale und konfligierende Zielsetzungen, und an der Spitze von Organisationen finden oft „ideologische Auseinandersetzungen“ und „Interessenfronten“ (ebd., S. 279) statt.¹⁵ Da Wandel auf der Ebene konkreter Machtbeziehungen erfolgt, sind an der Basis und im Bereich direkt erlebter Probleme bzw. Zielsetzungen am ehesten befriedigende Lösungen von Widersprüchen zu finden (ebd., S. 278), wenn diese den Handlungsspielraum der Akteure auf

¹⁵ Diese können bspw. dem politischen, gewerkschaftlichen und unternehmerischen Wortschatz entnommen werden und zeigen sich zwischen Idealen wie „Mitbestimmung“, „Arbeitser selbstverwaltung“, „Management by objectives“ (Crozier & Friedberg, 1993, S. 279) und „Delegierung von Verantwortung“ (ebd., S. 280). Die Übersetzung dieser Begriffe in konkrete Vorhaben, die an der Basis entwickelt werden, zeigt, dass die Zielsetzung im Kern gleich ist: Es ist wünschenswert, die Mitmenschen zu emanzipieren, sie autonomer werden zu lassen und sie fähiger zu machen, für sich selbst zu entscheiden (ebd.).

den verschiedenen Ebenen und die Zwänge, die ihr Handeln strukturieren, berücksichtigen. Das Beteiligen der Akteure und das Ausloten möglicher Lösungen an der Basis haben einen vielfältigen Nutzen. Sie können 1.) einen zumindest impliziten Konsens erwirken, der das Veränderungsvorhaben stützt; es können 2.) Probleme entdeckt werden, die ohne ein basisorientiertes Vorgehen nicht entdeckt worden wären; es werden 3.) Kompromisse und eine praxisbezogene Neuformulierung von Zielen ermöglicht und es kann 4.) durch die Beteiligung der Wandel im Alltäglichen bereits geschehen – durch die Möglichkeit, neue Beziehungsmuster zu entdecken und zu erlernen, die den Widerspruch verändern oder zum Erliegen bringen, was den eigentlichen Mehrwert darstellt (ebd., S. 280).

Sechstens ist Handlungsfähigkeit – d. h. Macht, zu mobilisieren – erforderlich, um die Ziele der Veränderung zu erreichen, weil Veränderung auch immer eine Veränderung der herrschenden Machtstruktur bedeutet (Crozier & Friedberg, 1993, S. 275). Das heißt, dass Machtbeziehungen, die Veränderungen behindern, zunächst verändert werden müssen (ebd., S. 278). Macht kann aber nicht begrenzt werden, indem man versucht sie auszumerzen, sie nicht anerkennt oder sie zurückweist. Man bekämpft sie, indem man sie demaskiert, d. h. als Phänomen anerkennt und es einer immer größer werdenden Anzahl von Personen ermöglicht, in das Spiel der Machtbeziehungen mit mehr Autonomie, Freiheit und Entscheidungsmöglichkeiten einzutreten (ebd., S. 276). Veränderungsförderlich ist es demnach, Macht stärker zu verteilen, indem z. B. Führungsfunktionen offener gestaltet werden (ebd., S. 277).

2.3 Bisherige Forschung und forschungsleitende Unterfragen

Forschung mit dem Zugang der politikorientierten Perspektive ist nach wie vor nicht „Mainstream“ (vgl. Bogumil & Schmid, 2001, S. 70), wird aber in verschiedenen empirischen Arbeiten genutzt. In Tabelle 7 ist eine Auswahl einiger politikorientierter Analysen – hauptsächlich Dissertationen – aus dem deutschsprachigen Raum aufgeführt. Der Fokus lag primär auf dem öffentlichen Kontext und dem Krankenhauskontext. In den folgenden Kapiteln, insbesondere in Kapitel 3, gehe ich auf einzelne Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten ein.

Vor dem Hintergrund der Zielsetzung der Arbeit, zum besseren Verständnis von Führung im Kontext von Veränderungen in kommunalen Krankenhäusern beizutragen und praxisrelevante Erklärungen herauszuarbeiten und spezifisch vor dem Hintergrund des theoretischen Bezugsrahmens und des empirischen Zugangs der politikorientierten Perspektive ergeben sich konkrete forschungsleitende Unterfragen, die sich aus dem Instrumentarium der politikorientierten Perspektive ableiten (vgl. ähnlich auch Bogumil & Kißler, 1998b;

Bogumil & Schmid, 2001, S. 114; Neuberger, 1995, S. 22 ff.; Ortlieb & Stein, 2008, S. 394; Reichel, 2010, S. 115):

- Wer sind die zentralen Akteure im Rahmen von Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern?
- Welche Interessen verfolgen diese Akteure?
- Welche (organisationsexternen und -internen) Strukturen bzw. Spielregeln definieren das Spielfeld? Welche werden von wem als dienlich empfunden und als Ressourcen (Machtmittel) zur Realisierung eigener Interessen eingesetzt? Wie werden Handlungen oder Verhältnisse legitimiert? Welche Strukturen werden als Zwang empfunden bzw. als hinderlich in der Verfolgung eigener Interessen wahrgenommen?
- Welche Machtbeziehungen bestehen zwischen den Akteuren?
- Welche Strategien werden verfolgt, um Interessen durchzusetzen?
- Welche Strategien machen die Umsetzung von Veränderungen wahrscheinlich?

Tab. 7: Eine Auswahl wichtiger Beiträge aus der politikorientierten Forschung im deutschsprachigen Raum

<i>Organisationsform</i>	<i>Thema</i>	<i>Autor_innen</i>
Öffentlich-rechtlich	Reformen in kommunalen Verwaltungen	(Bogumil & Kißler, 1998a, 1998b)
	Reorganisation im Botanischen Garten	(Reichel, 2010)
	Einführung eines IT-Systems in der Ministerialverwaltung	(Löcher, 2014)
	Reform der Neuen Steuerung im Bereich der Inneren Sicherheit des Landes Baden-Württemberg	(Reiners, 2012)
	Personalentwicklung in einer Universität	(Rehling, 2008)
	Strategien und Machtressourcen der mittleren Führungsebene in größeren Kreisverwaltungen	(Göbel, 1999)
	Mikropolitik im Ortsbeirat	(Kurz, 2012)
Privat-wirtschaftlich	Betrieblicher Krankenstand	(Ortlieb, 2003)
	Betriebliches Vorschlagswesen	(Ortlieb & Stein, 2008)
	Reorganisationen am Beispiel von 6 Organisationen	(Ortmann et al., 1990)
	Organisationsberatung am Beispiel eines mittelständischen Maschinenbauunternehmens	(Muhr, 2004)
	Reorganisationen und Mikropolitik am Beispiel eines Baukonzerns	(Maruschke, 2006)
	Restrukturierung und Macht am Beispiel eines Dax-Konzerns	(Willich, 2010)
Krankenhaus	Beratung und Veränderung am Beispiel eines Automobilkonzerns	(Fitsch, 2007)
	Organisationsgestaltung und strategische Organisationsanalyse am Beispiel der Krankenhausorganisation	(Schulze, 1989)
	Handlungsspielräume des Krankenhausmanagements	(Sachs, 1994)
	Mikropolitische Spiele zwischen Ärzt_innenschaft und Pflegeschafft	(Grandy, 2014)
	Beratung und Partizipation	(Brückner-Bozetti, 2015)
	Beratung	(Iding, 2000)
	Eine strukturationstheoretische Analyse der Schnittstelle Controller–Arzt	(Riehl, 2011)

3 Analysegegenstand: Veränderungsprozesse in öffentlichen Organisationen

In diesem Kapitel wird der Gegenstand der Analyse – Veränderungsprozesse in öffentlichen Organisationen – bezogen auf seinen Kontext genauer betrachtet und aus politikorientierter Perspektive beleuchtet. Darüber hinaus leite ich mein Verständnis zu Führung in Veränderungsprozessen, d. h. Change Management ab. Hierzu nutze ich politikbewusste Literatur bzw. nehme auch immer wieder Bezug auf die im vorherigen Kapitel dargestellte politikorientierte Perspektive und lege ein Augenmerk auf die politisch relevanten Aspekte, um zu verdeutlichen, dass diesen Aspekten im öffentlichen Sektor eine besondere Bedeutung zukommt.

Als Strukturierungshilfe für dieses Kapitel nutze ich ein Rahmenmodell aus der Forschung zu Change Management in öffentlichen Organisationen (Schmidt et al., 2017). Demnach können fünf Faktoren unterschieden werden, die für die Analyse von Veränderungsprozessen wichtig sind: Kontext, Inhalte, Prozess, Wirkung (Pettigrew, 1985) und Führung (Kuipers et al., 2014). Weil Widerstand gegen Veränderungen ein populäres Thema in der Change-Management-Forschung ist (Doppler et al., 2011; Fernandez & Rainey, 2006; Kuipers et al., 2014), füge ich dem Rahmenmodell den Faktor Widerstand hinzu. Damit erfolgt die Strukturierung des Kapitels letztlich entlang von sechs Faktoren, wie in Abbildung 5 illustriert. Im Folgenden gehe ich zunächst kürzer auf Kontext, Inhalt und Wirkung ein (Abschn. 3.1) und anschließend ausführlicher auf Führung (Abschn. 3.2), Prozesse (Abschn. 3.3) und Widerstand (Abschn. 3.4). Dabei beziehe ich mich vielfach auf einen Literatur-Review, in dem 133 Artikel bezogen auf Change Management im öffentlichen Sektor analysiert wurden (Kuipers et al., 2014).

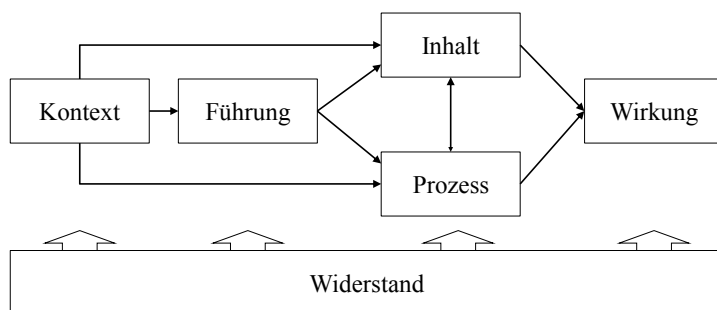


Abb. 5: Rahmenmodell Change Management (in Anlehnung an Schmidt et al., 2017, S. 1542)

3.1 Kontext, Inhalt und Wirkung von Veränderungsprozessen

Kontext. Der Kontext beschreibt die externe und interne Umwelt der Organisation, bspw. ein sich veränderndes politisches Umfeld oder die Institutionalisierung einer öffentlichen Organisation (Kuipers et al., 2014, in Anlehnung an Philippidou et al., 2008). Der Kontext umfasst 1.) Treiber von Veränderungen (z. B. finanzielle Krisen, Veränderung in der Finanzierung, neue staatliche Regulationen), 2.) kontextuelle Charakteristika, 3.) die direkte Interaktion zwischen Organisation und Umwelt, die den Kontext beeinflusst, sowie 4.) den theoretischen Rahmen, innerhalb dessen Forschungsarbeiten entstehen (z. B. Change-Management-Theorie vs. institutionelle Ansätze) (Kuipers et al., 2014). Auf die Punkte 2.) und 3.) gehe ich im Folgenden etwas genauer ein.

Zentrale kontextuelle Charakteristika öffentlicher Organisationen – und ein Unterschied zu privaten Unternehmen – sind der politische Kontext und der Rechtsstaat; diese umfassen das Parlament, die politischen Prozesse (politics) und die Politiker_innen, die Gesetzgebung, Gesetze, Regeln und Bürokratie (Kuipers et al., 2014). Folglich nehmen vielfältige Akteure mit unterschiedlichen Interessen Einfluss auf die Strukturen, Prozesse und Entscheidungen in öffentlichen Organisationen; neben Politiker_innen und Rechtsstaat z. B. auch Interessenverbände und die öffentliche Meinung (Ritz et al., 2016). Für alle öffentlichen Organisationen gilt überdies: Da an der Führungsspitze Politiker_innen – und nicht Manager_innen – stehen und weil im demokratischen System „der kurzfristige Minimalkonsens und nicht die langfristige Vision oder Strategie“ handlungsleitend sind, wird die Formulierung von Zielen auf allen Ebenen und zu allen Zeiten beeinflusst (ebd., S. 230). Finanziell betrachtet, ist zudem stets wichtig, die öffentlichen Güter im Fokus zu haben (Rybnikova & Lang, 2016).

Die Interaktion zwischen Organisation und Umwelt kann sich z. B. auf komplexe Stakeholdernetzwerke beziehen (Kuipers et al., 2014) und zu Rationalitäten bzw. institutionellen Logiken (siehe Abschn. 2.1.2) in Bezug gesetzt werden. Bezogen auf den Kontext öffentlicher Krankenhäuser müssen sich die Akteure verschiedene Systeme, die sich durch unterschiedliche institutionelle Logiken auszeichnen, erschließen, sich an diesen orientieren und Legitimation in ihnen sicherstellen: das Gesundheitssystem, das Politiksystem, das Wirtschaftssystem, das Rechtssystem und die Berufsgruppen (Rüegg-Sturm et al., 2015; Schedler & Eicher, 2013). Dies zeigt sich daran, dass sich Krankenhäuser heute an den Erwartungen von Politik und Öffentlichkeit, an ökonomischen Erwartungen sowie am Fortschritt in Medizin und Pflege orientieren müssen (Rüegg-Sturm et al., 2015, S. 2). So sind in vielen Ländern Krankenhäuser gefordert, gleichzeitig die Kosten zu senken und die Qualität

zu steigern, sodass im Krankenhaus eine „professionelle“ und eine „Business“-Logik nebeneinander bestehen (van den Broek et al., 2014) bzw. eine Prägung durch die medizinische Profession, den Staat und den Markt vorliegt und organisatorisch zunehmend eine „manageriale“ Logik dominiert (Scott et al., 2000).

Die Ausführungen verdeutlichen auch, dass der Kontext veränderbar ist und sich verändert, z. B. durch NPM und den Einfluss unterschiedlicher institutioneller Logiken (van den Broek et al., 2014).

Inhalte. Der Faktor Inhalte beschreibt, worum es in der Veränderung geht bzw. was verändert wird (Kuipers et al., 2014), oder, anders formuliert, um welche Art von Veränderung es sich handelt. Inhalte von Veränderungen umfassen die Strategien, Strukturen und Systeme der Organisation (Kuipers et al., 2014, in Anlehnung an Armenakis & Bedeian, 1999) oder Sektoren bei Veränderungen größeren Ausmaßes. Bei der Strukturierung der unterschiedlichen Inhalte ist eine Orientierung am Ausmaß der Veränderung hilfreich. Hier können im öffentlichen Sektor drei Ebenen unterschieden werden: Wandel erster, zweiter und dritter Ordnung (Kuipers et al., 2014). Tabelle 8 verdeutlicht die Unterschiede zwischen den drei Ebenen.

Tab. 8: Ausmaß von Veränderungsprozessen (in Anlehnung an Krüger, 1994; Kuipers et al., 2014; Scherm & Pietsch, 2007; Staehle, 2014; Vahs & Weiland, 2013)

	<i>Bezug und Beispiel</i>	<i>Fokus (Inhalt)</i>	<i>Art</i>
1. Ordnung	Sub-Systeme oder ein Teil einer Organisation z. B. Einführung eines neuen Abrechnungssystems, Leistungsmessung, e-government	Oberflächenstruktur (Strukturen, Prozesse, Technik, formalisierte organisatorische Regeln, Managementsysteme, Pläne, Leitbilder)	Inkrementeller und permanenter Wandel Erhalt des dominanten Bezugsrahmens und Interpretationsschemas quantitativ und evolutionär
2. Ordnung	gesamte Organisation z. B. Reorganisationen, Turnarounds, Umwandlung einer bürokratischen in eine unternehmerische Organisation im Rahmen von NPM	Tiefenstruktur (Werte, Überzeugungen, Verhalten, Kultur, strategische Grundausrichtung, Machtverteilung, informelle Regelungen, Kontrollsystem, Fähigkeiten und Wissen der Beschäftigten)	Systemwandel und begrenzte Phasen Einschneidend und paradigmatisch; Änderung des Bezugsrahmens Qualitativ (Veränderung folgt einer anderen Rationalität) und revolutionär
3. Ordnung	zieht sich über verschiedene Organisationen hinweg z. B. New Public Management, Einführung DRGs (Sektorreformen)	Sektorweiter Wandel	Paradigmenwechsel

In Weiterentwicklung der Modelle der ersten und zweiten Ordnung wurden Schichtenmodelle entwickelt (Scherer & Pietsch, 2007), z. B. von Krüger (1994), die eine differenziertere Betrachtung ermöglichen. Demnach nimmt die Komplexität der Veränderung von außen nach innen zu: von 1.) der materiellen Ebene der Strukturen, Prozesse und Systeme über 2.) Strategie, 3.) Fähigkeiten und Verhalten hin zu 4.) Denken, Fühlen und Einstellungen. Den Schichten sind analog drei Dimensionen des Veränderungsprozesses zugeordnet, von der sach-rationalen Dimension (Lösung von Sachproblemen) über die politisch-verhaltensorientierte (Schaffung von Veränderungsbereitschaft) zur wertmäßig-kulturellen Dimension (Veränderung mentaler Modelle) (ebd., S. 358 f.).

Wirkung. Aus einer politikorientierten Perspektive ist es auch relevant, die Wirkungen von Veränderungsprozessen zu beleuchten bzw. kritisch zu reflektieren, *welche* Wirkung *von wem* intendiert ist, um zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Akteure unterschiedliche Interessen haben (können). Tabelle 9 zeigt unterschiedliche Wirkungen auf, zusammengefasst nach Kuipers et al. (2014) und Stock-Homburg (2007)¹⁶.

Tab. 9: Wirkungen von Veränderungsprozessen

<i>Wirkung</i>	<i>Beispiel</i>
Unternehmerisch	Überleben der Organisation, Innovationen, Arbeitsorganisation, Arbeitsumfeld
Ökonomisch	ROI (Return on Investment), Profitabilität, Kostenreduktion
Psycho-sozial	Einstellungen, Verhalten, Erleben und Emotionen der Involvierten, Verantwortungsübernahme, Vertrauen in die Organisation, Commitment, Arbeitszufriedenheit, Kündigungsabsichten
Werte	Erhöhte Effizienz, Transparenz, Gleichheit
Extern	Dienstleistungsqualität, Beschwerdehäufigkeit, Kund_innenzufriedenheit

Insbesondere die Wirkung von Veränderungsprozessen auf Werte steht in einem engen Zusammenhang mit Reformen im öffentlichen Sektor (Kuipers et al., 2014). Während Gerechtigkeit, Legitimität, Gleichheit, Fairness, Verlässlichkeit, Sicherheit und ordentliche Verfahren traditionelle Werte im öffentlichen Dienst sind, bringt NPM stärker unternehmerische Werte mit sich. Die meisten Veränderungen im öffentlichen Sektor zielen auf NPM-Werte ab, insbesondere auf eine erhöhte organisationale Effizienz, aber auch auf Transparenz, Effektivität und Kund_innenzufriedenheit. Eine Besonderheit stellen Krankenhäuser dar, in denen weiterhin traditionelle Werte wie Sicherheit und Gerechtigkeit

¹⁶ Stock-Homburg (2007) hat 137 empirische, 84 konzeptionelle und 22 theoretische Arbeiten bezogen auf Change Management im privaten und öffentlichen Sektor analysiert.

wichtig sind – hier kann Patient_innensicherheit im Gegensatz zu anderen Bereichen im öffentlichen Sektor als Leistungsindikator betrachtet werden (ebd.). Aus politikorientierter Perspektive ist eine Fokussierung auf NPM-Werte nicht hinreichend, da diese anvisierten Wirkungen v. a. die Interessen der Veränderungspromotoren spiegeln, aber andere Akteursgruppen und ihre Interessen außen vor lassen. Überdies wird eine erhöhte organisationale Effizienz im NPM implizit mit wirtschaftlichem Erfolg gleichgesetzt. Im Kontext öffentlicher Organisationen ist aber eine klare Definition von Effizienz erforderlich, da hier sowohl die betriebswirtschaftliche als auch die volkswirtschaftliche oder die soziale Effizienz gemeint sein kann (Dietrich, 2012, S. 2).

3.2 Führung in Veränderungsprozessen

Da Führung ein weites Feld ist, gehe ich im Folgenden näher auf die Aspekte in der Führungs- und (Change-)Management-Forschung ein, die für ein Verständnis der Umsetzung von Veränderungen in kommunalen Krankenhäusern (kKH) aus politikorientierter Perspektive wichtig zu betrachten sind. Der Facettenreichtum, mit dem Führung hier betrachtet wird, zeigt ferner auf, wie Führung aus einer politikorientierten Perspektive verstanden werden kann, und insbesondere, dass das Führungsverständnis über ein personen- und positionszentriertes Verständnis hinausgeht. Konkret gehe ich 1.) auf Führung in öffentlichen Kontexten (Public Leadership), 2.) Führungs- bzw. Managementstrukturen in Krankenhäusern, 3.) Arten von Führungssystemen, 4.) die Prozessperspektive auf Führung sowie 5.) auf relevante Akteure, ihre Interessen und Strategien ein. Dabei verwende ich die Begriffe Führung (in Veränderungsprozessen), Change Management und Organizational Change Leadership weitestgehend synonym.¹⁷

Führung in öffentlichen Kontexten. Erstens gibt es bei der Betrachtung und Konzeptualisierung von Führung zahlreiche verschiedene Fokusse, z. B. Eigenschaften von Führungskräften, Führungsaufgaben, Führungsverhalten, Führungsstile (wie transformationale oder authentische Führung), den Einfluss von Situationen auf Führung, Delegation und Empowerment, Macht und Einfluss, Attributionen und Followership sowie Führung von Veränderungen (Yukl, 2011). Letzterer Fokus d.h. Führung von Veränderungen bzw. Organizational Change Leadership (OCL) ist in quantitativen Analysen zwar nicht als Teilfeld

¹⁷ Für einen Überblick zu unterschiedlichen Forschungsverständnissen der beiden Begriffe Führung und Management und ihrer Relation zueinander siehe z. B. Yukl (2011).

der Führungsforschung identifiziert (Hughes, 2018)¹⁸, gilt aber bei der Betrachtung von Veränderungsprozessen als zentraler Motor für organisationale Veränderungsprozesse (Kotter, 2007 [1995]) – auch in öffentlichen Organisationen (Fernandez & Rainey, 2006; Kuipers et al., 2014).

Ein anderer Teilbereich der Führungsforschung bezieht sich auf Führung in öffentlichen Organisationen (Public Leadership). Führung wird hier breiter verstanden als im privatwirtschaftlichen Bereich: in Führung von Gemeinschaften (Community Leadership), politische (Political Leadership) und administrative Führung (Administrative Leadership) (Vogel, 2017). Die Führung von Gemeinschaften umfasst die Führung und Gestaltung von Gemeinwesen und die (sektorenübergreifende) Kooperation verschiedener Akteure. Hierzu gehört insbesondere auch die Führung von Netzwerken. Politische Führung beschreibt die Führung durch direkt oder indirekt gewählte Führungskräfte, z. B. Minister_innen und Bürgermeister_innen, und hat einen Bezug über die eigentliche Verwaltung hinaus. Dazu zählt auch Führung im Rahmen von Politikgestaltung. Administrative Führung beschreibt die Führung von Organisationen und Organisationseinheiten des öffentlichen Sektors durch ernannte Führungskräfte (das ist der Bereich, der in der Regel auch dann betrachtet wird, wenn von Führung in der Privatwirtschaft gesprochen wird) (ebd.).

Da sich der Kontext und die Rahmenbedingungen, innerhalb derer Führung stattfindet, stark von denen in der Privatwirtschaft unterscheiden (van Wart, 2013; Vogel & Masal, 2015), sind die grundlegenden Verantwortlichkeiten in beiden Sektoren zwar ähnlich, aber accountability, rechtliche Vorgaben, politische Interessen und Stakeholder spielen eine wesentlich größere Rolle und stellen besondere Anforderungen an Führungskräfte des öffentlichen Sektors (Vogel, 2017). Für den öffentlichen Sektor spezifische Führungsaufgaben sind folglich die Ermutigung von Geführten, ihre Arbeit gegenüber Stakeholdern zu erläutern und zu rechtfertigen, regel- und rechtssicheres Handeln, das In-Einklang-Bringen der eigenen Arbeit mit den Interessen politischer Leitungskräfte, auch wenn dies für sie zusätzlichen Aufwand verursacht, sowie das aktive Vernetzen relevanter Stakeholder (Tummers & Knies, 2016). Dies verdeutlicht den stärkeren politischen Charakter von Führung in öffentlichen Organisationen in Abgrenzung zu Führung in der Privatwirtschaft.

Dies verdeutlicht auch, dass Führung im Allgemeinen nach Ebenen, konkret nach 1.) Führung von Systemen, 2.) Führung von Organisationen, 3.) Führung von Führungskräften, 4.)

¹⁸ Hughes (2018) verweist unter anderem auf eine bibliometrische Studie (Batistič et al., 2017) zu „unsichtbaren Schulen“ im Rahmen der Führungsforschung, die zeigt, dass zwischen 1980 und 2013 transformationale Führung die wichtigste Schule war, wohingegen OCL nicht als Schule identifiziert wurde. Er sieht als mögliche Erklärung die Praxisorientierung von OCL und mangelnde Quantifizierbarkeit durch Co-Zitation (ebd.).

Teamführung und 5.) Selbstführung (Charan et al., 2001) unterschieden werden kann. Die jeweilige Führungsebene bringt spezifische Anforderungen und Zeitfenster für Arbeitsinhalte mit sich und erfordert spezifische Fertigkeiten und Arbeitswerte (ebd.).

Führungs- bzw. Managementstrukturen in Krankenhäusern. Zweitens ist, um zu verstehen, welche formalen Führungskräfte es im kommunalen Krankenhaus gibt, eine Veranschaulichung der Führungsebenen bzw. der Management- und Leitungsorganisation hilfreich. Dabei ist der Begriff „Führung“ nicht zwangsläufig an eine formale Führungsrolle gebunden (By et al., 2016), die Begriffe „Management“ und „Leitung“ hingegen schon. Das Management gilt im Allgemeinen als Ausdruck der Unternehmensverfassung und umfasst als Institution alle Instanzen, die die formale Befugnis haben, Entscheidungen zu treffen und durchzusetzen (Schmidt-Rettig, 2017, S. 254). In der Krankenhausmanagementlehre werden grundsätzlich drei (bzw. bei Verbundkrankenhäusern vier) Managementebenen unterschieden (1. Krankenhausträger/Eigentümer, 2. Krankenhausleitung, 3. Fachabteilung/Zentren) (ebd.)¹⁹. Bei der Organisation der Leitung des Krankenhauses gibt es unterschiedlichste Modelle (für eine ausführliche Darstellung der Modelle siehe Schmidt-Rettig, 2017, S. 267 ff.). In Abbildung 6 sind in Anlehnung an Schmidt-Rettig (2017) Management- und Leitungsstrukturen dargestellt. Dabei ist in der Abbildung auch das Direktorium als Managementebene aufgeführt, da dies, sofern die Satzung der Organisation das vorsieht, über Entscheidungskompetenzen verfügen kann. Zudem ist die Abbildung ergänzt um weitere hierarchische Ebenen ohne formelle Führungsfunktion, beispielhaft für ein kommunales Krankenhaus in privater Rechtsform (hier: GmbH). Setzt man die in der Abbildung dargestellten Management- und Leitungsebenen in Beziehung zu den o. g. Führungskonzepten im öffentlichen Sektor (Vogel, 2017), so handelt es sich bei der 1. Managementebene (Eigentümerin) um politische Führung und bei der 2. Managementebene (Krankenhausleitung) sowie den folgenden Managementebenen um administrative Führung.

¹⁹ Bezogen auf die Kompetenzabgrenzung obliegen der Eigentümerin normative Management- und strategische Grundsatzentscheidungen, der Krankenhausleitung strategische Entscheidungen und der Fachabteilungs-/Zentrenleitung Entscheidungen für die Rahmenbedingungen der operativen Tätigkeiten und Entscheidungen bezüglich der Prozessgestaltung. Im täglichen Arbeits- und Handlungsablauf fallen die operativen Entscheidungen an (für eine ausführliche Darstellung der Kompetenzen siehe Schmidt-Rettig, 2017, S. 265 f.).

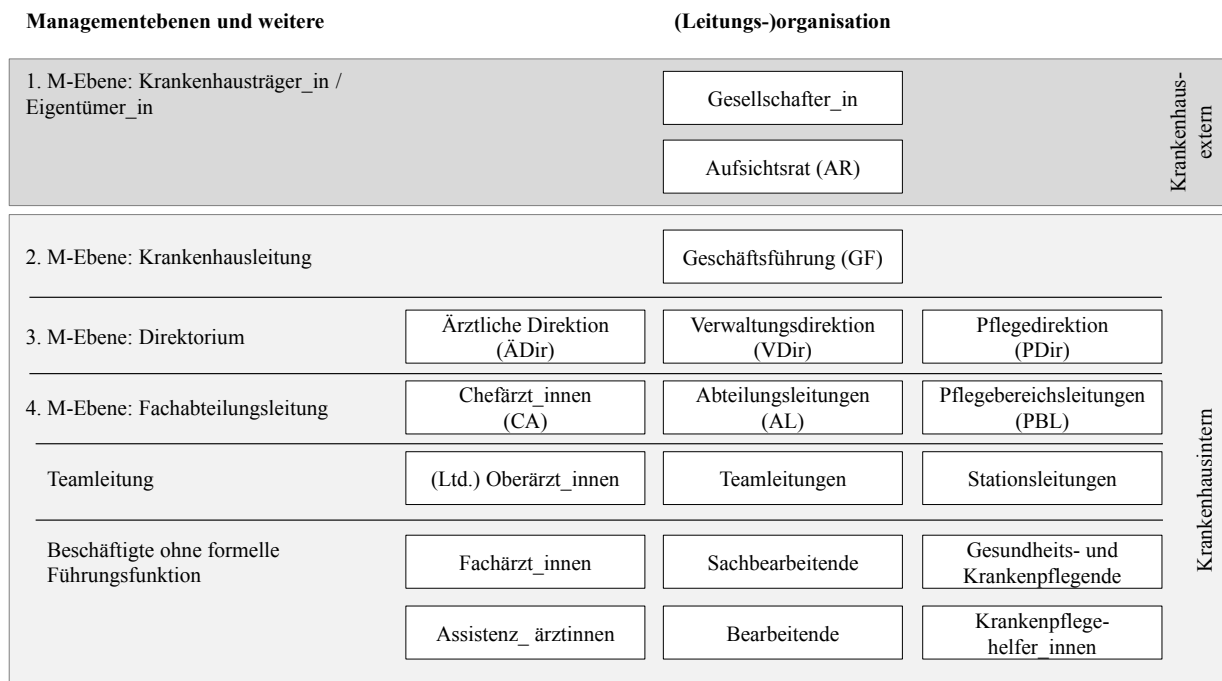


Abb. 6: Management- und Leitungsebenen im kommunalen Krankenhaus (erweitert in Anlehnung an Schmidt-Rettig, 2017)

Arten von Führungssystemen. Drittens ermöglicht eine politik- bzw. machtorientierte Perspektive auf Führungssysteme ein „erweitertes Verständnis von Entscheidungs- und Willensbildungsprozessen“ (Reihlen & Lesner, 2012, S. 113), bzw. sie illustriert die Verteilung von Entscheidungsmacht und ist folglich ebenfalls hilfreich für das Verständnis von Führung. Unterschieden werden können ein „elitäres“, ein „ideologisches“, ein „pluralistisches“ (ebd., S. 101) und ein „politisiertes“ Führungssystem (ebd., S. 107). Diese Systeme haben unterschiedliche Machtgrundlagen: Autorität, Ideologie, Expertenwissen und mikropolitische Kompetenz (ebd., S. 102)²⁰.

Ein elitäres Führungssystem vereint die Entscheidungsmacht auf wenige Personen bzw. im Extremfall auf eine Person (Reihlen & Lesner, 2012). Die Entscheidungsmacht kann generalisiert oder nach Funktions- und Kompetenzbereichen aufgeteilt sein und an Führungskräfte mit entsprechendem Expert_innenwissen und ebensolcher Kompetenz delegiert werden; die ultimative Verantwortung und Macht verbleiben aber bei der Führungsspitze (ebd., S. 100). Das elitäre Führungssystem zeigt sich in tayloristischen Strukturen, in denen die Arbeit streng vertikal und horizontal geteilt ist (ebd.), wie in bürokratischen, pyramidenförmig strukturierten Organisationen (ebd., S. 109). Kernaspekte solcher Führungssysteme sind die

²⁰ Hiermit beziehen sich die Autor_innen auf Mintzberg (1983) und strukturieren Machtquellen/-mittel folglich etwas anders als Giddens (1988) oder Crozier und Friedberg (1993).

Gestaltung formaler Strukturen, Kontrolle und zentralisierte Entscheidungskompetenz – eine Vielzahl der Organisationsmitglieder verfügt damit über wenig Handlungsspielraum (ebd., S. 109). Aus politikorientierter Perspektive ist wichtig, dass sich diese Ausführungen auf das *formale* System beziehen, da es, wie ausführlich in Kapitel 2 betrachtet, immer Spielräume gibt und alle Akteure im System über Macht bzw. Ressourcen verfügen. In der Führungsforschung wird bis auf wenige Ausnahmen von solch einem traditionellen, vertikalen Führungsmodell ausgegangen (Kuipers et al., 2014; vgl. Van der Voet et al., 2014). Bezogen auf den öffentlichen Sektor sprechen einige Charakteristika für ein elitäres Führungssystem bzw. traditionelle Führung, z. B. die organisationale Struktur, die Hierarchie, die eingeschränkte Autonomie und die Betonung von Top-Down-Management (Van der Voet et al., 2014). Abbildung 6 zeigte diese elitäre Leitungsstruktur im Krankenhaus.

Ähnlich stabil wie das elitäre Führungssystem ist das ideologische Führungssystem, das aber nicht auf formaler Macht, sondern auf geteilten Überzeugungen und Normen der Organisationsmitglieder basiert und auf Kooperation ausgerichtet ist (Reihlen & Lesner, 2012, S. 109). Beide Führungssysteme eint, dass sie integrierend wirken.

Ein pluralistisches Führungssystem (Reihlen & Lesner, 2012) ist im Gegensatz zum elitären System demokratisch statt autokratisch organisiert – im Extremfall verfügen alle Organisationsmitglieder über Entscheidungsmacht und Verantwortung. Dieses System zeichnet sich durch weitreichende Partizipation und die Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven, Werte und Überzeugungen der Organisationsmitglieder in den Führungsentscheidungen aus. In pluralistischen Systemen sind unterschiedliche Positionen existent: Meinungsvielfalt wird gepflegt, erzeugt Spannungen und beinhaltet kreatives Potenzial für die Organisation (ebd., S. 101). Für Entscheidungen sind überzeugende Argumente erforderlich, was effiziente Lösungen statt Dogmatismus ermöglicht. Eine Organisationsform, in der das formelle Führungssystem pluralistisch ausgestaltet ist, ist die Netzwerkorganisation (ebd.). Elitäre Führungssysteme gründen auf der Macht formaler Autorität, pluralistische Führungssysteme auf der Macht des Expert_innenwissens, das die Machtposition der Einzelnen in der Organisation bestimmt (ebd., S. 111). Diese Beschreibung erinnert an Experten- bzw. professionelle Organisationen (Mintzberg, 2016), in denen die strategische Spitze und das mittlere Management signifikant weniger Einflussmöglichkeiten haben als in anderen Organisationstypen (Iseringhausen & Staender, 2012, S. 187).

Wenn das Führungssystem partizipativ ausgestaltet ist, aber die Unterschiedlichkeit in den Perspektiven, Werten und Überzeugungen der Organisationsmitglieder nicht mehr konstruktiv, sondern destruktiv ist (Reihlen & Lesner, 2012, S. 111), liegt ein „politisiertes“

Führungssystem (ebd., S. 110) vor. Dieses zeichnet sich durch Konkurrenz und Konflikte zwischen den Akteuren aus. Durch die Rivalitäten besteht eine Streitkultur, die einerseits Veränderungen anregt. Andererseits führt die Streitkultur auch zu einer Institutionalisierung von Konflikt und Widerspruch und erschwert so konsistente, längerfristige Strategien sowie das Überleben unter Wettbewerbsdruck (ebd., S. 110). Sowohl das pluralistische als auch das politisierte Führungssystem zeichnen sich durch geteilte Macht bzw. Führung aus (ebd.). In der Public-Management-Forschung ist eine Betrachtung von geteilter Führung aufgrund der ambigen und politischen Art öffentlicher Organisationen eher vertreten als in der Forschung, die sich auf den privaten Sektor bezieht (Van der Voet et al., 2014).

Da Partizipation in diesen Konzepten eine wichtige Rolle spielt, ist hier ein Denkmodell hilfreich, das verdeutlicht, dass Partizipation als Stufenmodell verstanden werden kann, wie in Abbildung 7 ersichtlich (in Anlehnung an Wright et al., 2010, S. 42) und basierend auf der Ladder of citizen participation nach Arnstein (1969)). Dabei gilt: Je fortgeschrittener die Partizipation, desto demokratischer ist die Macht verteilt. Im Gegensatz zu Reihlen und Lesner (2012) verstehen andere Autoren (Bethmann et al., 2019, S. 3; Wright et al., 2010, S. 42 ff.) Selbstorganisation als über Partizipation hinausreichend.

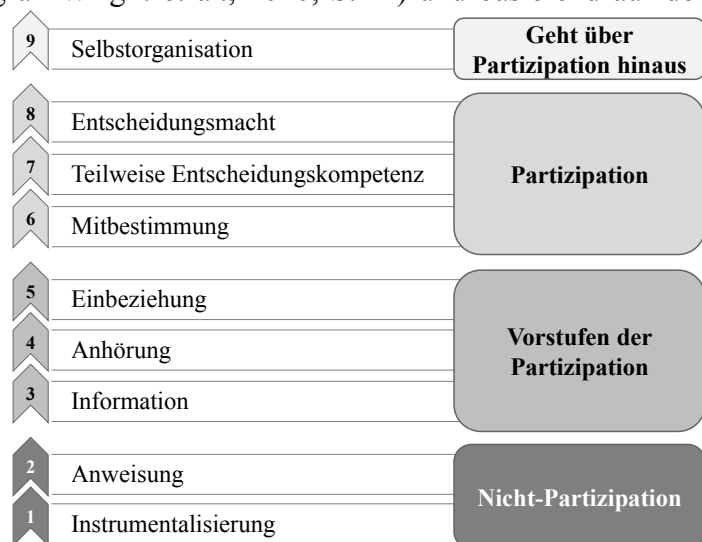


Abb. 7: Stufen der Partizipation

Prozessperspektive auf Führung. Viertens kann Führung, wie zu Beginn des Abschnitts angeklungen, sehr unterschiedlich betrachtet und folglich unterschiedlich definiert werden. Die meisten Definitionen reflektieren aber die Annahme, dass Führung ein Prozess ist, durch den eine Person intentionalen Einfluss auf andere ausübt, um Handlungen und Beziehungen in einer Gruppe oder Organisation zu steuern, zu strukturieren und zu fördern (Yukl, 2011). Gegenstand der Einflussnahme können z. B. die Handlungen, Überzeugungen, Erwartungen, Einstellungen, Werte und Emotionen der Adressat_innen sein (Diekmann & Blickle, 2012). Da die Essenz von Führung Einflussnahme ist, die wiederum auf Macht bzw. Machtressourcen basiert (Yukl, 2011), ist Führung per se ein politischer Prozess und sind Führung, Einfluss, Macht und Politik untrennbar miteinander verbunden. Da Führung und Politik untrennbar verbunden sind, wie

auch die bisherigen Ausführungen zeigen, steht aus politikorientierter Perspektive der politische Charakter von Führung im Fokus. In der Führungsforschung geht hiermit der Blick auf Führung als Prozess einher. Führung ist folglich nicht als ausgehend von einzelnen Führungspersonen und ihrem Denken und Handeln zu betrachten, wie es in der (psychologischen) Leadership-Forschung üblich ist, sondern als ein Prozess inmitten der Unberechenbarkeit von Entscheidungsprozessen in pluralistischen Organisationen (Schedler & Rüegg-Sturm, 2013a). Damit ist im öffentlichen Sektor ein Blick auf Führung erforderlich, der über die Betrachtung der Führungsperson und ihren Stil hinausgeht und vielmehr die Prozesse untersucht, die mit dem Erwerb und der Nutzung von Macht, Legitimität und Wissen verbunden sind (Denis et al., 2005; vgl. auch Schedler & Rüegg-Sturm, 2013a). Dies erfordert eine bestimmte Einstellung und bestimmte Führungsstrategien seitens formeller Führungskräfte: Erstens muss sich die Führungskraft in öffentlichen Organisationen als Teil eines laufenden und mit anderen geteilten Prozesses sehen, und nicht als eine externe Autorität, die ihren Willen durchsetzen kann (Denis et al., 2005). Darum muss sie auf die Interessen und Möglichkeiten der Unterstützung interner und externer Akteure achten, Projekte anpassen und in Zeitfenstern, in denen die Interessen konvergieren, durchbringen (Netzwerkperspektive). Zweitens muss die Führungskraft die sozialen Werte, die im Spiel sind, beachten und sich selbst und die Organisation als beste Repräsentation dieser Werte positionieren. Um mit konkurrierenden Werten umzugehen, muss die Führungskraft zwischen diesen eine Brücke schlagen (Werte-Perspektive). Drittens müssen Entscheidungspraktiken in bestehende Praktiken und Routinen eingebettet sein und von Führungskräften zielführend genutzt werden (Soziale-Praxis-Perspektive) (ebd.). Auch das Ergebnis einer Metaanalyse (Robertson & Seneviratne, 1995), der zufolge Veränderungsprozesse im öffentlichen Sektor nicht einfach von der administrativen Führung angeordnet werden können, sondern verschiedene soziale Gruppen berücksichtigen müssen, da diese den Prozess beeinflussen können, spricht für die Prozessperspektive. Überdies berücksichtigt die Betrachtung von Führung als Prozess, dass Führung eine Frage von Handlung und Einfluss ist, und nicht von Titeln (By et al., 2016), dass Führung auch von unten (Emmerich, 2001), von der Seite im Sinne von lateraler Führung (Kühl, 2017) und informell, bspw. in politischen Kontexten (Bröchler & Grunden, 2014; Grasselt & Korte, 2008; Treibel, 2014) erfolgt bzw. erfolgen kann – was wiederum im Sinne einer politikorientierten Betrachtung ist.

Akteure, ihre Interessen und Strategien. Fünftens geben mikropolitische Studien ersten Aufschluss zu relevanten – d. h. einflussreichen, und damit führenden – Akteuren, ihren

Interessen, Machtmitteln und Strategien in Veränderungsprozessen in öffentlichen Organisationen und in Krankenhäusern.

Bezogen auf den öffentlichen Kontext und in Anlehnung an die strategische Organisationsanalyse haben Bogumil und Kißler (1998a, 1998b) richtungsweisend Veränderungs- bzw. Modernisierungsprozesse im Sinne des NPM in Kommunen als Machtspiel mit relevanten Akteuren, ihren Interessen, Machtmitteln und Strategien rekonstruiert (Bogumil & Kißler, 1998a; 1998b, S. 138f.). Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse, ergänzt um die Ergebnisse zweier weiterer mikropolitischen Studien (Fitsch, 2007, S. 256 f.; Göbel, 1999, S. 184 f.).

Tab. 10: Akteure, Interessen, Ressourcen und Strategien im kommunalen Modernisierungsprozess (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998a, 1998b; erweitert um Fitsch 2007; Göbel, 1999)

<i>Akteure</i>	<i>Interessen</i>	<i>Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>	<i>Quelle</i>
Mehrheitsfraktion	Funktionierende Verwaltung zur Durchsetzung eigener Ziele, Sicherung von Einflussmöglichkeiten, Wählerwirksamkeit	Richtlinienkompetenz über die Beschlüsse des Kommunal-parlamentes, Nutzung von „Parteiwegen“	Parteiinterne Entscheidung und Auseinandersetzung über den Modernisierungsweg, Kooperation mit Stadtverwaltungsspitze, Profilierung mit bürgerfreundlicher Verwaltung	(Bogumil & Kißler, 1998b)
	Politische Verwertbarkeit des Modernisierungsprozesses		Öffentlichkeitswirksame Inszenierungen mit Medienresonanz	(Göbel, 1999)
Oppositionsfraktion	mehr Transparenz und Kontrolle, Wählerwirksamkeit	Kontrollrechte nach der Gemeindeordnung, kommunale Öffentlichkeit	Profilierung mit dem Veränderungsthema in der Öffentlichkeit	(Bogumil & Kißler, 1998b)
Kund_innen	Gute Service- und Dienstleistungsqualität der Verwaltung	Voice-Option, Öffentlichkeit	Staatsbürger_innen-Rolle	(Bogumil & Kißler, 1998b)
Verwaltungsspitze	Erhöhung der Steuerungsfähigkeit der Verwaltung, Kostenreduzierung, persönliche Profilierung, Wiederwahl	Organisationshoheit, Expertenwissen, Informationsvorsprung, personelle Besetzung wichtiger Funktionen, Sanktionierung, Gratifikation	Politische Absicherung durch Bündnissuche, Versprechen, Ankündigungen, Drohungen, Aufbau von verwaltungsinternen Bündnispartnern, Kooperation mit dem Personalrat, Ausschaltung der Politik	(Bogumil & Kißler, 1998b)
Mittleres Management (Befürworter)	Machterhalt bzw. -ausbau	Organisationsregeln (Sanktionierung, Gratifikation), Informationskanäle, Expertenwissen	Profilierung als „Modernisierer“, Sicherung der neuen Führungsstellen, Sicherung zentraler Kontrollkompetenzen	(Bogumil & Kißler, 1998b)
Mittleres Management (Gegner)	Statussicherung, Erhalt alter Zuständigkeiten und Machtsphären		Blockade, Sabotage, Verzögerung, Dienst nach Vorschrift	(Bogumil & Kißler, 1998b)

Mittleres Management	Statussicherung, Erhalt von Macht und Einfluss, Wahrung des professionellen Selbstverständnisses, Erhalt traditioneller und erwarteter Karrierewege	Direkter Zugang und Kontrolle des Informationsflusses zu Mitarbeitenden, Arbeitskraft	Selektive Informationspolitik, bekennde Bedenkenträger_innen, Problemverleugner_innen, Stimmungsmache, aktive Modernisierungsverweigerung, motivierte und loyale Mitarbeit, Kooperation	(Göbel, 1999)
	Handlungsspielraum/-autonomie und somit Machtpotenziale erhalten		Zugesagte Unterstützung nicht leisten, Delegation von Verantwortung und Durchführung von Maßnahmen an Berater	(Fitsch, 2007)
Personalrat	Beschäftigtenschutz, Einflusswahl, Wiederwahl	Umfassende Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte	Co-Management, Blockadedrohung, Verzögerungstaktik, Rückzug auf Bargainingprozesse	(Bogumil & Kißler, 1998b)
Beschäftigte (Befürworter)	Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsplatzsicherung, verbesserte Arbeitsbedingungen	Mobilisierung von Fähigkeiten, Wissen und Fertigkeiten	Beteiligung am Modernisierungsprozess, Sicherung von Karrierechancen	
Beschäftigte (Gegner)	Erhalt des Arbeitsplatzes und Arbeitsbereiches, Aufstiegsmöglichkeiten	Verweigerung von Fähigkeiten, Wissen und Fertigkeiten	Blockade, Verzögerung, Dienst nach Vorschrift	

Bezogen auf den Krankenhauskontext und speziell die Interaktion von Arbeitgebenden- und Arbeitnehmendenseite gibt eine Untersuchung zu Partizipation in Beratungsprozessen (Brückner-Bozetti, 2015) Aufschluss über die Interessen und Strategien beider Seiten, wie in Tabelle 11 ersichtlich.

Tab. 11: Interessen und Strategien der Sozialpartner im Krankenhaus (in Anlehnung an Brückner-Bozetti, 2015, S. 112, 255 u. 257)

	<i>Arbeitnehmerseite</i>	<i>Gemeinsam</i>	<i>Arbeitgeberseite</i>
Interessen	Beschäftigungssicherung, Perspektiven, Arbeitsbedingungen, Transparenz und Sicherheit, Mitbestimmung	Sicherung der Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau sowie die Zukunftssicherung	Wettbewerbsfähigkeit erhöhen, Finanzierung für die Zukunft sichern, neue Strukturen und Rechtsform, Modernisierungspotenziale
Strategien	Konflikte zuspitzen, im Gespräch bleiben, rechtlich eskalieren, überzeugen, Facharbeit leisten, zurückkoppeln und mobilisieren, Netzwerke flechten, Bündnisse, Beauftragung eines eigenen Beraters, Suche nach Bündnispartner_innen, Mobilisierung der Arbeitnehmer_innen, Nutzung rechtlicher Möglichkeiten, intensive Formen der Rückkopplung an Beschäftigte	Partizipative Strategien, argumentieren und überzeugen, intensive Formen der Rückkopplung an Beschäftigte, Konflikte von der Beziehungs- auf die Sachebene bringen, Konflikte in Prozessstrukturen einbringen, Entwicklung von konsensualen Lösungen Ziel: mittels Kommunikation und Konfliktlösungsstrategien gemeinsame Lösungen finden	Gespräche, überzeugen und argumentieren, Partizipation, Kommunikation und Transparenz, als Vorbild im Sinne eines Promoters agieren, Entscheidung im Konfliktfall durch den Auftraggeber, Suche nach Bündnispartner, Beauftragung eines Beraters zur Legitimation, direkte Einflussnahme auf den Berater, Rückkopplung der Ergebnisse an Führungskräfte

Diese werden um mikropolitischen Handeln ergänzt, z. B. Mitarbeit im Projekt, um persönliche Interessen zu verfolgen, Hintergrundgespräche mit wichtigen Schlüsselpersonen oder die Suche nach internen und externen Bündnispartnern (Brückner-Bozetti, 2015).

3.3 Prozesse von Veränderungen

Der Faktor Prozesse bezieht sich erstens darauf, ob Veränderungsprozesse emergent oder geplant verlaufen, und zweitens darauf, wie Veränderungen implementiert werden sowie auf Faktoren, die zum Scheitern oder zur erfolgreichen Implementation der Veränderungen beitragen (Kuipers et al., 2014)²¹.

Da im öffentlichen Sektor ein Großteil der Veränderungen extern bedingt ist (Van der Voet, 2016) und damit geplant verlaufen (soll) und der Fokus meiner Arbeit auf geplanten Veränderungsprozessen liegt, gehe ich im Folgenden nicht auf emergente, sondern ausschließlich auf geplante Veränderungen ein: Geplante Veränderungsprozesse folgen üblicherweise normativen Anleitungen, wie diese zu gestalten sind, und mehr oder weniger den Phasen Zieldefinition, Analyse, Konzept, Umsetzung und Evaluation (Fitsch, 2007). Solche Phasenmodelle sind nicht empirisch fundiert und wurden selten empirisch untersucht (Scherer & Pietsch, 2007). Hughes (2016) zufolge stammt das am häufigsten zitierte Phasenmodell von Kotter (1996). Trotz Praktikerorientierung, Mangel an akademischen Referenzen und empirischer Evidenz (Hughes, 2016) gehören Kotters Schriften (1996, 2007 [1995]) neben Bass' „transformational leadership“ (Bass & Riggio, 2006) zu den zwischen 1978 und 2014 am häufigsten zitierten Publikationen, bezogen auf das Thema Veränderung und Führung (By et al., 2016). Kotter (2007 [1995]) unterscheidet acht aufeinanderfolgende Phasen (Tab. 12), die gleichzeitig als Nennung normativer Erfolgsfaktoren verstanden werden können und aus politikorientierter Perspektive Strategien zur Umsetzung von Veränderungen darstellen.

Tab. 12: 8 Phasen in Veränderungsprozessen (in Anlehnung an Kotter, 2007 [1995], S. 99)

<i>Phase</i>	<i>Inhalt</i>
1	Dringlichkeit aufbauen
2	Aufbau einer machtvollen Führungskoalition
3	Eine Vision aufbauen
4	Vision kommunizieren
5	Andere ermächtigen, die Vision zu leben
6	Planen für und Kreieren von kurzfristigen Erfolgen
7	Verbesserungen konsolidieren und weitere Veränderungen gestalten
8	Neue Ansätze institutionalisieren

²¹ Kuipers et al. (2014) betrachten unter diesem Punkt auch Widerstand gegen Veränderung. Ich betrachte Widerstand hingegen als eigenen Faktor im nächsten Abschnitt.

Hughes (2016) kritisiert, ganz im Sinne einer politikorientierten Betrachtung, dass in Kotters Denken und in dessen Modell Mitarbeitende als Widerständler_innen dargestellt, Ethik, Macht und Politik heruntergespielt und lineare Phasen bzw. Schritte überbetont werden. Er kritisiert weiterhin Kotters abfällige Haltung gegenüber inkrementellem, kultursensitivem Wandel und das Höherstellen radikaler, d. h. klassischer und systematischer Ansätze, obwohl organisationale Veränderungsprozesse in der Realität sehr viel subtiler und von evolutionären Schritten geprägt sind. Zudem werden Führende und ihre Kommunikation überbetont und der spezifische kulturelle Kontext unzureichend berücksichtigt. Zuletzt kritisiert er, dass Kotters Erklärungen zu Erfolgen bzw. zum Scheitern sehr einseitig sind, da das Scheitern auf internale bzw. personale Faktoren attribuiert und weitere mögliche erklärende Faktoren, wie technologischer oder politischer Wandel, Wettbewerb oder der Reifegrad eines Produktes, völlig außen vor gelassen werden (ebd.). Damit nimmt Hughes implizit Bezug auf die in der politikorientierten Analyse zentralen Aspekte Macht, Akteure und Strukturen.

Eine Weiterentwicklung von Kotters (2007 [1995]) Modell stellt, wenngleich nur teilweise die wichtige Kritik Hughes (2016) entkräftend, das Modell von Krüger (2014, S. 40) dar, welches sich auf tiefgreifende Veränderungsprozesse, d. h. Veränderungen zweiter Ordnung, bezieht. In diesem Modell geht der Veränderungsprozess nach Durchlaufen von fünf Phasen (Initialisierung, Konzipierung, Mobilisierung, Umsetzung, Verstetigung) in einen stetigen evolutionären Veränderungsprozess (1. Ordnung) über. Das Vorgehen erfordert erstens den Umgang mit Sachfragen. Zweitens gilt es Emotionen wie Unsicherheit, Angst und Misstrauen, die sich in Widerständen äußern können, zu erkennen und zu berücksichtigen. Drittens muss Mikropolitik adressiert werden, da plurale Stakeholderinteressen und -positionen betroffen sind. Analog ist die Erstellung eines Sach- und Akzeptanzkonzeptes und eines mit der Interessenvertretung abgestimmten Gesamtkonzeptes erforderlich (ebd.). Das Modell ist im Rahmen einer politikorientierten Betrachtung insofern interessant, als es nicht nur die sachliche, sondern auch die emotionale und v. a. die politische Dimension von Veränderungsprozessen thematisiert.

Teilweise vergleichbar mit den in Kotters (2007 [1995]) Phasenmodell formulierten Strategien sind die auf Basis einer umfangreichen Literaturanalyse identifizierten acht Annahmen und Erfolgsfaktoren (Fernandez & Rainey, 2006) – aus politikorientierter Perspektive ebenfalls Strategien –, die die Wirkung der Veränderungsinitiativen im öffentlichen Sektor zu verschiedenen Zeiten im Prozess beeinflussen können (Tab. 13).

Tab. 13: Erfolgsfaktoren in Veränderungsprozessen im öffentlichen Sektor (Fernandez & Rainey, 2006, S. 169 ff.)

<i>Strategie</i>	<i>Erläuterung</i>
<i>Ensure the Need</i>	Führungskräfte (FK) müssen die Notwendigkeit des Wandels verifizieren und an relevante interne und externe Stakeholder kommunizieren. Dies beginnt mit der Formulierung und Kommunikation einer Vision; zu nutzen sind Mandate, politische „windows of opportunity“ und externer Einfluss.
<i>Provide a Plan</i>	FK müssen auf Basis der Vision einen Handlungsplan und eine Strategie der Implementierung aufstellen. Die Umsetzungsstrategie muss klar und spezifisch sein und die Verbindung zu den erwünschten Ergebnissen aufzeigen.
<i>Build Internal Support and Overcome Resistance</i>	FK müssen in einem politischen Prozess interne Unterstützung für die Veränderung aufbauen und Widerstand reduzieren durch breite Partizipation und andere Mittel.
<i>Ensure Top-Management Support and Commitment</i>	Das Commitment und die Unterstützung des Top-Managements – sei es ein einzelner Akteur oder eine führende Koalition – muss sichergestellt sein. Im öffentlichen Sektor erfordert dies die Kooperation von Staats-/Verwaltungsbeamten und politisch Verantwortlichen. Eine besondere Herausforderung besteht durch den regelmäßigen und häufigen Wechsel von politisch Verantwortlichen.
<i>Build External Support</i>	FK müssen Unterstützung von politischen Aufsichtsbehörden (overseers) und zentralen externen Stakeholdern aufbauen. Der Einfluss dieser Akteure basiert z. T. auf ihrer Fähigkeit zu gesetzlichen Änderungen und der Kontrolle von Organisationsressourcen.
<i>Provide Resources</i>	Als Unterstützung für den Prozess sind ausreichende Ressourcen erforderlich für eine Handlungsstrategie, die Kommunikation der Notwendigkeit des Wandels, das Training der Belegschaft, die Entwicklung neuer Prozesse und Praktiken, die Restrukturierung und Reorganisation der Organisation sowie das Testen und Experimentieren mit Innovationen.
<i>Institutionalize Change</i>	FK und Mitarbeitende müssen Veränderungen durch die Integration neuer Inhalte/Innovationen in die täglichen Routinen und das Erlernen neuer Verhaltensweisen institutionalisieren.
<i>Pursue Comprehensive Change</i>	FK müssen einen integrativen, umfassenden Ansatz entwickeln, damit die Veränderungen in der Organisation und in Subsystemen kongruent zueinander sind.

Diese Faktoren finden sich in einer Vielzahl von Theorien und Modellen wieder. Interessant für die politikorientierte Analyse sind aber insbesondere die Faktoren, bei denen Unterschiede zu Modellen wie dem von Kotter festzustellen sind. Beispielsweise muss in einem internen politischen Prozess Unterstützung aufgebaut werden, ist die Kooperation der administrativen Führungskräfte mit politisch Verantwortlichen erforderlich, muss der regelmäßige Wandel der politischen Agenda beachtet und müssen externale einflussreiche Stakeholder als Unterstützung gewonnen werden (Fernandez & Rainey, 2006). Die Autoren folgern, dass in öffentlichen Kontexten die Kooperation zwischen politischer und administrativer Führung für das Voranbringen des Veränderungsprozesses zentral ist (ebd.).

Die genannten Faktoren können letztlich alle als Strategien verstanden werden, die bei der Umsetzung von Veränderungen unterstützen können, d. h. als Change-Management-Strategien. Auch bezogen auf die vielfach zitierte (By et al., 2016) „transformational leadership“ (Bass & Riggio, 2006) zeigen Van der Voet et al. (2015), dass in öffentlichen Organisationen in Zeiten von Veränderungsprozessen klassische (transformationale)

Führungsaktivitäten, wie die Kommunikation der Notwendigkeit des Wandels, Vorbildverhalten und Motivation, für die Umsetzung der Veränderung nicht ausreichen. Vielmehr muss die Führungskraft auch politische bzw. netzwerkorientierte Führungsaktivitäten zeigen, d. h. Informationen sammeln, verhandeln und Kompromisse finden, um den Veränderungsprozess am Laufen zu halten; dies trifft insbesondere dann zu, wenn die Umwelt komplex ist und es darum geht, die Abhängigkeit der Organisation von der Umwelt und von Oppositionen zu überwinden (ebd.). Van der Voet et al. (2015) bauen damit auf anderen Studien auf, denen zufolge es erforderlich ist, politischen Konsens zu erwirken (Haveri, 2006), komplexe Netzwerke (Kickert, 2010), auch außerhalb der Organisation (Moore & Hartley, 2008), sowie Koalitionen (Denis et al., 2001) zu bilden, in Verbindung zu bleiben sowie Lobbyarbeit und Kollaboration, Schulterschluss und Zusammenarbeit zu betreiben (Crosby & Bryson, 2005).

3.4 Widerstand in Veränderungsprozessen

Ein Faktor, dem Kuipers et al. (2014) und Schmidt et al. (2017) in ihrer Reflexion von Veränderungsprozessen bzw. Change Management keinen eigenen Platz zuweisen, ist Widerstand. Da Widerstand gegen Veränderungen ein populäres Thema in der Change-Management-Forschung ist (Doppler et al., 2011; Fernandez & Rainey, 2006; Kuipers et al., 2014) und in der politikorientierten Perspektive einen wichtigen Part einnimmt²², behandle ich diesen als eigenen Faktor mit einem entsprechenden Platz in dem angepassten Rahmenmodell (siehe Abb. 5). Im Folgenden gehe ich 1.) auf Gründe für Widerstand, 2.) auf Widerstands-Strategien und 3.) auf den Umgang mit Widerstand, d. h. auf Change-Management-Strategien ein. Die intensivere Betrachtung von personellem Widerstand gegenüber strukturellem Widerstand ist aus einer politikorientierten Perspektive aus verschiedenen Gründen wichtig: Erstens zeigt der personelle Widerstand das Spektrum von Strategien der Akteure, die gegen eine Veränderung opponieren. Zweitens verweist personeller Widerstand auch auf strukturellen Widerstand, der so entdeckt werden kann. Drittens kann der Widerstand auf eine Rationalität verweisen, die von der Rationalität der Promotoren der Veränderung abweicht, und damit auf Kämpfe zwischen Rationalitäten.

Gründe für Widerstand. Erstens gibt es in der aktuellen Literatur keinen Konsens dazu, was Gründe für Widerstand (Kuipers et al., 2014) und damit für Defizite in der Umsetzung von

²² Widerstand wird nicht be- bzw. verurteilt, sondern es wird untersucht, warum dieser erfolgt (Crozier & Friedberg, 1993; Neuberger, 1995); vgl. Abschnitte 2.1 und 2.2.

Veränderungsprozessen sind. Organisatorischer Wandel findet in einem Spannungsfeld von Veränderungs- und Beharrungskräften statt; Letztere bringen das Bedürfnis nach Kontinuität, Identität und Sicherheit zum Ausdruck und können sich in Strukturen, Abläufen, Strategien, Leitbildern und Verhaltensweisen spiegeln (Scherm & Pietsch, 2007, S. 240). Es kann zwischen organisationsexternen, organisationalem und personellem Widerstand unterschieden werden (ebd.). Diese Unterscheidung unterstreicht, dass die Ursachen sowohl in den Strukturen als auch in den Personen liegen können, auch wenn, wie von Hughes (2016) kritisiert, struktureller Widerstand in konventionellen Theorien nicht berücksichtigt wird und stattdessen ein Fokus auf personellem Widerstand liegt.

Strukturelle Widerstände auf organisationsexterner Ebene können z. B. geltendes Recht, Technik, Finanzierung, der Markt²³ (Scherm & Pietsch, 2007) und, bezogen auf öffentliche Organisationen, z. B. der Kontext und der Clash zwischen der Logik von Bürokratie- und privaten Instrumenten (Kuipers et al., 2014) sein. Strukturelle Widerstände auf Organisationsebene können z. B. fehlende Investitionen, das Führungs-, Management- und Informationssystem, das Alltagsgeschäft (Scherm & Pietsch, 2007) und, bezogen auf öffentliche Organisationen, eine unzureichende Beteiligung (Bogumil, 2017; Kuipers et al., 2014), fehlende Freistellungen, fehlende Kompetenzen und eine falsche organisationsinterne Ansiedlung, d. h. eine unzulängliche Implementation von Veränderungen z. B. bei der Umsetzung des NPM-Konzeptes (Bogumil, 2017, S. 29) sein. Dies zeigt, dass eine Betrachtung von Widerstand als strukturell und personell bedingt sinnvoll ist.

Mikropolitische Studien (z. B. Reichel, 2010) zeigen, dass personeller Widerstand von Veränderungspromotoren als „irrational“ und „Störfaktor“ (ebd., S. 302), den es zu beseitigen gilt²⁴, bewertet wird. Aus politikorientierter Perspektive hängt die Bewertung, ob Widerstand rational oder irrational ist, aber zunächst von dem Standpunkt der Akteure ab. Wenn bspw. Mitarbeitende den Verlust ihres Arbeitsplatzes fürchten und aus diesem Grund den Veränderungsprozess nach Möglichkeit bremsen, so ist die Verzögerung aus personeller Sicht rational. Das heißt, es gibt gute Gründe für Widerstand (Crozier & Friedberg, 1993, S. 242). Und auch aus unternehmerischer Perspektive muss Widerstand nicht zwangsläufig irrational oder dysfunktional sein, sondern kann Spielraum für weitergehende Analysen schaffen und die Gefahr, Modeerscheinungen nachzulaufen, reduzieren (Scherm & Pietsch, 2007). Personeller

²³ Für eine ausführliche Darstellung siehe Scherm und Pietsch (2007, S. 240).

²⁴ Reichel (2010) zeigt in ihrer mikropolitischen Analyse eines Reorganisationsprozesses, dass die alten Mächtigen unterschiedliche Interessen und Interessenkonflikte zunächst ignorieren und die anvisierten Veränderungen auf sachlicher Ebene mithilfe organisatorischer und wirtschaftlicher Machtmittel umsetzen. Die Macht der ignorierten Interessenten wird daraufhin in der Umsetzungsphase deutlich, indem das neue Organisationskonzept „aufgeweicht“ und um die Realisierung ihrer bisher ignorierten Interessen angereichert wurde (ebd., S. 302).

Widerstand kann neben der Angst um den Arbeitsplatz z. B. auch auf Angst um die Position, die Karrieremöglichkeiten, den Status und das Ansehen, die Privilegien, den Besitzstand, die sozialen Beziehungen und die Autonomie (Scherer & Pietsch, 2007, S. 240) bezogen sein. Weil Veränderungen mit Machtverschiebungen assoziiert sind (Crozier & Friedberg, 1993), kann die Angst vor Machtverlust handlungsleitend sein. Die Formalisierung und Standardisierung, die häufig in Veränderungsprozessen anvisiert wird, bedroht Beschäftigte, weil ihr Erfahrungswissen so zu Allgemeingut wird und nicht mehr als Machtmittel genutzt werden kann: Wenn Beschäftigte ihr Erfahrungswissen, ihr informales Arbeitsverhalten, ihre verdeckten Spielräume und leistungsrelevanten Reserven aufdecken, vergeben sie ihre Trümpfe für organisatorische Machtkämpfe (Kühl, 2015). Weitere Gründe für Widerstand können die Präferenz für Bekanntes und Bewährtes (Scherer & Pietsch, 2007, S. 240), persönliche Erfahrungen, tradierte Vorstellungen über das richtige Handeln und eingeschlossene Denkweisen (Löcher, 2014) oder, wenn Akteure sich mit der Organisation identifizieren, auch die persönliche Identitätswahrung (Van der Voet et al., 2014) sein.

Widerstands-Strategien. Zweitens zeigt sich personeller Widerstand in vielfältigen Formen bzw. Strategien. Diese Widerstands-Strategien verstehe ich, meinen breitem Verständnis von Führung folgend, als *Führungs*-Strategien, da durch sie Einfluss auf Veränderungsprozesse genommen wird, nicht aber als *Change-Management*-Strategien, da diese Strategien Veränderungen behindern.²⁵ Potenzielle Macht-Verlierer_innen wehren sich, indem sie zu Veränderungsgegner_innen bzw. „Bremsen“ werden, während potenzielle Macht-Gewinner_innen als Veränderungspromotor_innen agieren (Ortmann et al., 1990; Reichel, 2010). Widerstand zeigt sich weiter z. B. in der Mobilisierung Dritter, der Suche nach Bündnispartner_innen, der Munitionierung von Politiker_innen sowie in offener Konfrontation und passivem Widerstand (Brückner-Bozetti, 2015, S. 263); für Beispiele zu den beiden Letzteren siehe Tabelle 14.

Tab. 14: Allgemeine Symptome für Widerstand (Doppler & Lauterberg, 2014, S. 357)

	<i>Verbal</i>	<i>Nonverbal</i>
<i>aktiv (Angriff)</i>	Widerspruch: Gegenargumentation, Vorwürfe, Drohungen, Polemik, sturer Formalismus	Aufregung: Unruhe, Streit, Intrigen, Gerüchte, Cliquesbildung
<i>passiv (Flucht)</i>	Ausweichen: Schweigen, Bagatellisieren, Blödeln, ins Lächerliche ziehen, Unwichtiges debattieren	Lustlosigkeit: Unaufmerksamkeit, Müdigkeit, Fernbleiben, innere Emigration, Krankheit

²⁵ Insofern nehme ich nunmehr – und auch im Ergebnisteil – eine gewisse Differenzierung von Führung und Change Management vor. Bezogen auf Erkenntnisse aus der bisherigen Forschung verstehe ich die Begriffe weitestgehend synonym, wie unter 3.2 formuliert, wenn sie in ihrem *eigentlichen* Sinne Ähnliches meinen.

Das folgende Zitat aus Sicht von Veränderungspromotoren illustriert beispielhaft den politischen Charakter von Veränderungsprozessen, konkrete (Widerstands-)Strategien (Regelkonformität, Sabotage, Nicht-Handeln) und Ressourcen (Organisationsregeln):

„Ganz beliebt [...] ist das so genannte Widerstandsspiel: auf subtile Art werden die Entscheidungen in der Organisation unterlaufen, z. B. durch übertriebene Regelkonformität. [...] Zum ‚Schutz‘ der Organisation und insbesondere ihrer Leitung wird jede Regel ganz genau betrachtet, sodass sich Prozesse, in denen es auf Schnelligkeit ankommt, extrem verlangsamten [...]. Wirklich bedrohlich sind tatsächliche Sabotage oder schlicht das Nicht-Handeln als Form des Widerstandes“ (Machnig, 2012, S. 330).

Aus politikorientierter Perspektive ist auch wichtig zu adressieren, dass Widerstand auf allen hierarchischen Ebenen stattfinden kann. Eine stillschweigende Annahme in der Forschung zu Change Management ist, dass Führungskräfte automatisch Veränderungspromotoren und Mitarbeitende automatisch Widerständler_innen sind (By et al., 2016). Dies ist zu kurz gedacht, wie mikropolitische Studien zeigen: Widerstands-Strategien von Führungskräften sind z. B. nicht explizite Koalitionen, diffuse Stimmungsmache und aktive Verweigerung durch selektive Informationspolitik gegenüber Mitarbeitenden, verbale Zustimmung ohne entsprechendes Handeln, Eröffnen von Nebenschauplätzen und das Hochstilisieren temporärer Herausforderungen zu Grundsatzdebatten (Göbel, 1999, S. 184 f.). Bezug nehmend auf Bäumer (1997) nennt Göbel (1999) zudem sachliche Begründungen gegen eine Veränderung aus einem traditionellen Verständnis von Berufsgruppen und Arbeitsweisen von Abteilungen heraus (bekennende Bedenken-träger_innen) sowie die generelle Unterstützung der Veränderung, jedoch ohne die Notwendigkeit im eigenen Bereich zu sehen (Problemverleugner_innen).

Die strukturellen und personellen Widerstände verdeutlichen das Dilemma von Veränderungsprozessen, da diese zum einen auf den etablierten (Macht-)Strukturen aufbauen müssen, um die notwendige Anschlussfähigkeit und damit Akzeptanz herzustellen, aber zum anderen darauf ausgerichtet sind, Regeln und die Verteilung der Ressourcen – also die bestehende Ordnung – zu verändern (Löcher, 2014).

Umgang mit Widerstand. Drittens gibt es auch über den Umgang mit Widerstand in der aktuellen Literatur keinen Konsens (Kuipers et al., 2014). Literatur zum Umgang mit Widerstand illustriert wiederum Strategien der Akteure, die an der Umsetzung einer Veränderung interessiert sind, d. h. Veränderungspromotoren; solche Strategien verstehe ich als Change-Management-Strategien²⁶. Fernandez und Rainey (2006) nennen z. B. den Verweis auf Krisen oder externe Herausforderungen sowie, in Anlehnung an Judson (1991), Belohnungen, Kompromisse, Besitzstandsgarantien, Anerkennung der Angemessenheit und

²⁶ Diese Strategien sind teilweise deckungsgleich mit den in Abschnitt 3.3 vorgestellten Erfolgsfaktoren bzw. Strategien.

Legitimität bisheriger Praktiken sowie eine graduelle und flexible Implementierung von Veränderungen als Strategien. Weitere Strategien für den Umgang mit Widerstand sind die Qualifikation der Beschäftigten, klare Ziel- und Zeitvorgaben und sichtbares Vorleben der Veränderung (Vahs, 2003). Eine zentrale Strategie im Umgang mit Widerstand, insbesondere im öffentlichen Sektor, ist breite Partizipation (Fernandez & Rainey, 2006) – eine Strategie, die auch aus mikropolitischen Sicht zentral ist (Crozier & Friedberg, 1993²⁷).

Die Wirksamkeit von Partizipation wird u. a. auf die Erhöhung der Identifikation mit dem Veränderungsprozess sowie des Informationsflusses und des Feedbacks zur Umsetzung zurückgeführt (Fernandez & Rainey, 2006; vgl. ähnlich Crozier & Friedberg, 1993). Dennoch muss Partizipation im öffentlichen Sektor nicht immer angemessen sein, da Veränderungen oft extern bedingt sind, z. B. durch Reformen oder Veränderungen in der Politik, sodass einzelne Organisationen und einzelne Mitarbeitende nur wenig gestaltend tätig sein können (Van der Voet, 2016). Diese Veränderungsprozesse bergen das Risiko, dass Betroffene das Gefühl haben, dass bereits alle wichtigen Entscheidungen getroffen sind und die Partizipation bloße Augenwischerei ist (ebd.).

Die in diesem Kapitel aufgezeigten unterschiedlichen Aspekte illustrieren, warum eine politikorientierte Betrachtung einen interessanten und differenzierten Blick auf Führung in Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern ermöglicht. Somit kann Führung und die Umsetzung von Veränderungsprozessen umfänglicher begriffen werden und, bezogen auf die Praxis, eine realistischere Ziel- und Umsetzungsplanung erfolgen.

²⁷ Siehe Abschnitt 2.2, die Strategien 4.) Beteiligung der betroffenen Akteure sowie 5.) Entwickeln konsensueller Lösungen durch die Basis.

4 Methode: theoriegeleitete Fallstudienforschung

Die methodische Umsetzung der politikorientierten Analyse von Veränderungsprozessen und Führung in kommunalen Krankenhäusern erfolgt im Rahmen dieser Arbeit mittels qualitativer und interpretativer Herangehensweise. Unter Abschnitt 4.1 werden die Gründe hierfür dargelegt und es wird auf das Forschungsdesign und Qualitätskriterien der Fallstudienforschung eingegangen. Anschließend stelle ich unter 4.2 den Fall vor: kommunale Krankenhäuser in Hessen. Unter 4.3 erläutere ich die Datensammlung von Interviews und Dokumenten und unter 4.4 die Analyse- und Auswertungsstrategie. Zuletzt erläutere ich unter 4.5, gewissermaßen als Überleitung, die Darstellung im Ergebnisteil.

4.1 Forschungsdesign: politikorientierte und interpretative Fallstudie

Der empirische Zugang erfolgte mittels Fallstudienforschung, weil sich erstens die Forschungsfragen hauptsächlich auf das „Wie“ aktueller Ereignisse beziehen und die Ereignisse nicht oder nur wenig kontrolliert werden können (Yin, 2014, S. 14). Zweitens ist die Fragestellung komplex und sensibel: Sie fragt gleichzeitig nach dem großen Bild wie nach einzelnen Strategien (ebd.). So erfordert eine Analyse der Akteure, ihrer Interessen und Strategien, der restringierenden bzw. ermöglichenden Strukturen und der sich aus diesem Zusammenhang ergebenden Interaktionen im Sinne einer politischen Arena eine ganzheitliche Herangehensweise, die die Problemstellung in ihrer Komplexität zu erfassen vermag. Drittens stammt die Fragestellung nicht aus Lücken in Theorien, sondern aus einem Phänomen im echten Leben, d. h., die Forschung ist problemzentriert (Pratt, 2008). Die politikorientierte Forschung in dieser Arbeit erfolgt theoriegeleitet – als theoretischer Bezugsrahmen dient die strategische Organisationsanalyse nach Crozier und Friedberg (1993) bzw. ihre Erweiterung zur mikropolitischen Analyse nach Ortmann et al. (1990).

Mein Zugang hat eine interpretative (Welch & Piekkari, 2017; Yin, 2014) bzw. „naturalistische“ Orientierung (Lincoln & Guba, 1985). Das heißt, ich gehe davon aus, dass es nicht eine absolute oder „wahre“ Realität gibt, sondern dass Realitäten und ihre Bedeutungen abhängig von Personen, d. h. sozial konstruiert sind. Das heißt auch, dass meine Untersuchung und meine Forschungsergebnisse abhängig von mir als Beobachterin sind und Wissen immer zeitlich und kontextual gebunden ist (vgl. ähnlich auch Welch & Piekkari, 2017). Folglich verstehe ich mich als Forscherin als Teil des Geschehens und damit nicht losgelöst von dem Kontext, den ich untersuche. Meine Person, das Forschungsparadigma und die Theorie, die ich gewählt habe, d. h. der Zugang der politikorientierten Perspektive und die Theorie der

mikropolitischen Organisationsanalyse, beeinflussen die Art und Weise, wie ich die subjektiven Realitäten der Personen erfasst und analysiert habe. Das heißt, durch meine Werte, Annahmen und Interessen, meine Interaktionen im Feld und meinen paradigmatischen und theoretischen Zugang gestalte ich die Forschungsergebnisse gewissermaßen mit.

Gütekriterien interpretativer Forschungsansätze. Um eine hohe Qualität der Datenerhebung und -analyse zu gewährleisten, habe ich mich an anerkannten Gütekriterien für interpretative Forschungsansätze orientiert, konkret an Glaubwürdigkeit bzw. profundem Engagement, Übertragbarkeit (nicht: Generalisierbarkeit), Nachvollziehbarkeit bzw. Transparenz sowie Authentizität und Reflexivität (Bansal & Corley, 2011; Welch & Piekkari, 2017).

Bezogen auf Glaubwürdigkeit und profundes Engagement gehe ich, wie weiter oben dargestellt, davon aus, dass Forschungsergebnisse nicht die eine Realität abbilden können. Vielmehr ist mein Anliegen, die subjektiven Wahrnehmungen der Akteure nachzuvollziehen und darzulegen. Ich habe Wert darauf gelegt, die Perspektiven der Akteure nachzuvollziehen, insbesondere dann, wenn mir dies zunächst nicht unmittelbar gelungen ist und/oder sie mit meinem eigenen Wertesystem kollidierten. Ich habe mich darauf konzentriert, eine wertschätzende Grundhaltung einzunehmen und ohne Bewertung offen zuzuhören in dem Bestreben, die Interessen und Strategien nachvollziehen zu können – sei es im Dialog mit Interviewpartner_innen oder im Dialog mit der akteurspezifischen Literatur. Wie weiter unten ausführlicher dargelegt, habe ich unterschiedliche Datenquellen genutzt und dabei Wert auf die Herkunft der Daten gelegt bzw. diese einer Akteursgruppe zugeordnet, um die unterschiedlichen Perspektiven zu erfassen. Im Ergebnisteil habe ich vielfach nicht meine Interpretationen des Gesagten formuliert, sondern habe vor allem O-Töne der Interviewpartner_innen und Paraphrasierungen verwendet, auch wenn dies einen längeren Ergebnisteil und teilweise eine schwierigere Lesbarkeit bedingt. Zudem trägt auch die in diesem Kapitel differenzierte Beschreibung des Vorgehens zur Glaubwürdigkeit bei.

Bezogen auf das Kriterium Übertragbarkeit gehe ich davon aus, dass ein Teil der Ergebnisse auch auf andere öffentliche, gemeinwohlorientierte und politische Organisationen, die ähnliche Charakteristika aufweisen, übertragen werden kann, wie z. B. andere kommunale Krankenhäuser, öffentliche Verwaltungen, kirchliche Organisationen, Gewerkschaften oder Vereine. Die umfangreiche Deskription der Strukturen und Akteure gibt Lesenden die Möglichkeit nachzuvollziehen, ob strukturelle Ähnlichkeiten vorliegen, z. B. die kommunale Eigentümerstruktur und die private Rechtsform einer Organisation, oder ein Wahl- bzw. Mitgliedersystem, was für die Übertragbarkeit bestimmter Erkenntnisse sprechen kann. Die

Ergebnisse sind demnach eingeschränkt naturalistisch generalisierbar (Stake, 2000), d. h., dass externe Validität durch das Erkennen, dass Fälle einander ähnlich sind, entsteht – oder, wie Pratt (2008, S. 496) es formuliert, „one can recognize an oak as a tree after seeing a maple tree“.

Bezogen auf das Kriterium Nachvollziehbarkeit und Transparenz ist Objektivität nicht erreichbar, aber die interne Konsistenz der Schlussfolgerungen und die Deckung durch die Daten kann transparent gemacht werden. Um die Nachvollziehbarkeit zu erhöhen, verdeutliche ich in Anlehnung an Pratt (2008, S. 503) das gewählte Design und meine Analysestrategie durch Aufzeigen der einzelnen Schritte und die Erklärung, wie die Daten mit den Ergebnissen in Beziehung stehen. Alle Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und nummeriert. Einige Informationen haben die Interviewten nur „off the records“ gegeben, diese Informationen wurden nicht verwendet. Bei jedem Zitat sind die Interviewnummer, der Akteur und die Paragraphennummer im Transkript angegeben.

Die Kriterien Authentizität und Reflexivität deuten darauf hin, dass Forschung nicht frei von Interessen ist. Daten sind nie objektiv, wie Manzei et al. (2014) trefflich beschreiben:

„[...] auch methodisch korrekt durchgeführte Studien [sind] selbstverständlich nicht frei von Interessen []. Bei der anfänglichen Auswahl des Untersuchungsthemas und der genauen Formulierung der Forschungsfrage sowie auch im weiteren Verlauf einer Untersuchung, bei der Festlegung des Untersuchungsdesigns, der Erhebung und Auswertung der Daten und nicht zuletzt bei der Publikation der Ergebnisse, spielen Interessen – notwendig – eine wesentliche Rolle“ (Manzei et al., 2014, S. 12).

Darum ist es sinnvoll, die eigenen forschungsleitenden Interessen und die methodische Vorgehensweise offenzulegen und damit die Grenzen der Aussagekraft der eigenen Studien zu reflektieren und nachvollziehbar zu machen (ebd., S. 13). Damit diese Studie besser eingeordnet werden kann, verdeutliche ich meine Interessen im Folgenden. Mein Forschungsinteresse war es, Veränderungsprozesse und Führung in politischen Organisationen mit komplexen Stakeholderstrukturen besser zu verstehen, sie erklären und Handlungsempfehlungen formulieren zu können. Mein Interesse rührt aus meiner Profession als Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologin sowie aus meiner beruflichen Tätigkeit in der Strategie- und Managementberatung für öffentliche und Non-Profit-Organisationen. In dieser Tätigkeit habe ich, zunächst überraschend für mich, erfahren, wie wichtig der politische Kontext und die Gremienarbeit in politischen Organisationen sind, welche Relevanz organisationsexterne und -interne Strukturen in Veränderungsprozessen haben, und dass die ‚klassischen‘, d. h. funktionalistisch geprägten Personal- und Führungspraktiken, -instrumente und -theorien aufgrund der Struktur des Feldes oft nicht bzw. nur bedingt anwendbar sind. Meine berufliche Erfahrung im Kontext politischer Organisationen wie öffentlichen Krankenhäusern und Gewerkschaften und meine Interaktionen mit Führungskräften verschiedener Ebenen, mit Betriebsräten, Mitarbeitenden sowie

unterschiedlichen Berufsgruppen hat mir geholfen, Einblicke in die teils gleichen, teils unterschiedlichen Sprachen und Welten der Akteure zu erhalten; und diese Perspektiven bzw. diese Erkenntnisse haben sich durch die wissenschaftliche Betrachtung erweitert und geschärft. Ich habe mich bemüht, Verzerrungen zu begegnen, indem ich mich in regelmäßigen Dialogen (sowohl internal als auch mit anderen Personen) in die Rolle verschiedener Akteure versetzt, bewusst und explizit deren Perspektiven nachvollzogen und mich intensiv mit der akteursnahen Literatur auseinandergesetzt habe. Das Rollenspiel, also das Einnehmen anderer Perspektiven, und die Diskussion mit anderen Personen waren hilfreich für ein vertieftes Verständnis der Dynamiken, der Rollen der Akteure im System und ihrer Art, diese Rollen auszufüllen. Mein Ziel ist es zu keinem Zeitpunkt, Verhalten zu bewerten, sondern Verhalten nachvollziehen zu können und Dynamiken im Feld zu erfassen zu verstehen – um letztlich konkrete Gestaltungsempfehlungen zu entwickeln und Veränderungen erfolgreich begleiten zu können. Meine dahinterliegende Motivation ist es, zu verstehen, wie eine öffentliche Gesundheitsversorgung zumindest in Teilen des stationären Sektors aufrechterhalten und ein achtsamer Umgang mit Menschen und mit öffentlichen Ressourcen unterstützt werden kann.

4.2 Kommunale Krankenhäuser als Beispiel öffentlicher Unternehmen

Für die Fallstudie habe ich kommunale Krankenhäuser als Beispiel öffentlicher bzw. politischer Organisationen²⁸ (Bogumil & Schmid, 2001, S. 27) gewählt und mich dabei auf das Bundesland Hessen beschränkt, da die das Geschehen im Krankenhaus stark prägende Gesetzgebung durch die Bundesländer dominiert ist (Wabnitz, 2013, S. 337). Kommunale Krankenhäuser sind Teile der öffentlichen Hand bzw. staatliche Organisationen, da eine oder mehrere kommunale Gebietskörperschaft(en) Eigentümer_innen sind.²⁹ Bundesweit wird mehr als die Hälfte der öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form als (g)GmbH oder (g)AG geführt (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 8); sie gelten somit als öffentliche Unternehmen. Merkmale öffentlicher Unternehmen sind: Sie sind aus der Kernverwaltung ausgegliedert, führen „ihre Finanzwirtschaft in einem separaten Rechnungswesen außerhalb der Kernhaushalte“ und „sind dadurch gekennzeichnet, dass die Kernhaushalte mit mehr als 50 % der Kapital- oder Stimmrechte [...] beteiligt sind“ (Statistisches Bundesamt, 2016, S. 8). Sie haben einen öffentlichen Versorgungsauftrag, erbringen die erforderlichen Leistungen und

²⁸ Politische Organisationen sind im Staatssektor bzw. im staatsnahen Bereich angesiedelte Organisationen (Bogumil & Schmid, 2001, S. 27).

²⁹ Diese weitere Einschränkung habe ich vorgenommen, da sich andere öffentliche Krankenhäuser, wie Unikliniken, in der Trägerschaft des Landes befinden und folglich z. T. unterschiedliche Rahmenbedingungen vorliegen.

finanzieren sie inklusive entstehender Defizite (Dietrich, 2012, S. 8). Zudem sind sie eigenwirtschaftlich ausgerichtet und müssen kostendeckend arbeiten bzw. Gewinne erzielen (ebd.).

Einordnung kommunaler Krankenhäuser in die Krankenhauslandschaft. Krankenhäuser sind „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ (§ 2 Nr. 1 KHG). An dieser Definition orientiert sich auch die Krankenhausstatistik (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 3) und bezieht in ihre Auswertungen fast 2.000 (2017: 1.942) Krankenhäuser in Deutschland ein (ebd., S. 8). Die Krankenhauslandschaft ist recht komplex. Zur ihrer Systematisierung erläutere ich im Folgenden in Anlehnung an Schulze (1989) die Kategorien: 1.) Art der Zulassung, 2.) Trägerschaft und Zielsetzung, 3.) Rechtsform, 4.) Versorgungsstufe, 5.) Betten und Leistungsmenge. Im Anschluss an die Erläuterung ordne ich die untersuchten Fälle in diese Kategorien ein.

Erstens können Krankenhäuser nach Art der Zulassung gegliedert werden, dies richtet sich nach § 108 SGB V, in Hochschulkliniken (nach landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau geförderte Krankenhäuser), Plankrankenhäuser (Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind) und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V (Krankenhäuser, die aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen sind) sowie sonstige Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 3).

Zweitens können Krankenhäuser nach Trägerschaft gegliedert werden. Bezogen auf die Trägerschaft werden öffentliche (z. B. Gemeinden, Gemeindeverbände, Bundesländer, Sozialversicherungsträger), frei-gemeinnützige (z. B. Kirchen, Wohlfahrtsverbände) und private Krankenhausträger (Einzelunternehmen bis Konzerne) unterschieden (Goepfert, 2013). 2017 waren von insgesamt 1.942 Krankenhäusern in Deutschland 28,8% in öffentlicher Trägerschaft, 34,1% in freigemeinnütziger Trägerschaft und 37,1% in privater Trägerschaft (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 8). Seit 1991 weist die Krankenhausstatistik einen stetigen Anstieg des Anteils von Krankenhäusern in privater Trägerschaft aus (vgl. Abb. 8) (ebd.). Öffentliche Krankenhausträger sind Gebietskörperschaften wie der Bund (Bundeswehrkrankenhäuser), die Bundesländer (Universitätskliniken) und die Kommunen (kommunale Krankenhäuser) mit mehr als 50% Eigenkapital bzw. Stimmrecht sowie die

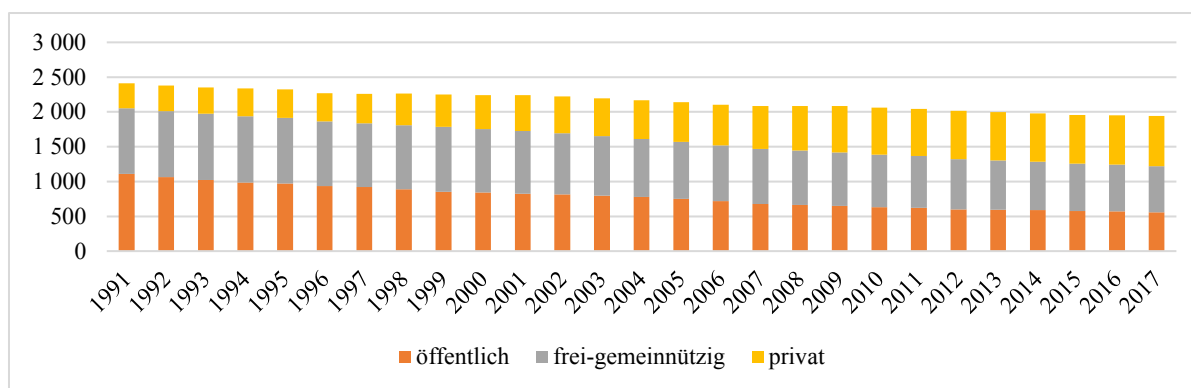


Abb. 8: Entwicklung der Trägerschaften von 1991 bis 2017 (eigene Darstellung anhand der Daten des Statistischen Bundesamts, 2018)

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhäuser) (Goepfert, 2013). Die Trägerschaft gibt Aufschluss über die Motive und Wirtschaftsprinzipien, die Entscheidungen im Krankenhausbetrieb zugrunde liegen (Sonntag, 2017). Es kann zwischen privat- und gemeinwirtschaftlichen sowie zwischen erwerbs- und bedarfswirtschaftlichen Krankenhäusern unterschieden werden. Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser verfolgen gemein- und bedarfswirtschaftliche Prinzipien, sie verfolgen die Interessen der Öffentlichkeit und arbeiten bedarfsdeckend, Formalziel ist die Daseinsvorsorge. Freigemeinnützige Krankenhausträger sind üblicherweise kirchliche Einrichtungen unterschiedlicher Konfessionen, aber auch Vereine und Stiftungen; diese verfolgen ideelle Interessen und arbeiten bedarfsdeckend, Formalziel ist Humanitas bzw. Caritas. Aufgrund ihrer Motive schließen konfessionelle Träger bestimmte Leistungen aus, z. B. medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche, und zumindest die Führungskräfte sollten der krankenhauseigenen Konfession angehören (ebd.). Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind vor allem in großen Klinikkonzernen und -ketten wie Helios, Rhön, Asklepios, Sana und Paracelsus organisiert (Wabnitz, 2013, S. 344). Sie folgen privat- und erwerbswirtschaftlichen Prinzipien, d. h., sie verfolgen die Interessen des privaten Trägers bzw. der Anteilseigner und arbeiten gewinnorientiert. Formalziel ist die Gewinnerzielung, wobei das Krankenhaus als Mittel zum Zweck dient (Sonntag, 2017).

Drittens können Krankenhäuser nach Rechtsform gegliedert werden. Wesentliche Rechtsformen sind privat-rechtliche (z. B. GmbH und AG) und öffentlich-rechtliche Formen, die wiederum rechtlich unselbstständig (z. B. Eigen- und Regiebetriebe) oder rechtlich selbstständig (z. B. Stiftungen) sein können (Sonntag, 2017; Statistisches Bundesamt, 2018a). Öffentlich-rechtliche Rechtsformen sind nur bei öffentlich-rechtlichen Trägern zu finden (Sonntag, 2017). Die (gemeinnützige) Gesellschaft mit beschränkter Haftung ((g)GmbH) ist die am häufigsten gewählte Rechtsform. Das „g“ dient der Verdeutlichung im

Außen- und Innenverhältnis, dass keine erwerbswirtschaftlichen Interessen verfolgt werden. Die (gemeinnützige) Aktiengesellschaft ((g)AG) ist vergleichsweise selten. Die Holding ist keine Rechtsform, sondern eine Zusammenfassung mehrerer eigenständiger Gesellschaften in einer übergeordneten, steuernden Holding-Gesellschaft, häufig anzutreffen in Form mehrerer GmbHs. Die Holding GmbH hält dabei einen Großteil der Anteile der jeweiligen, auch in Form der GmbH geführten Krankenhäuser. Ein geringer Gesellschaftsanteil bleibt oft bei den Altgeschaftern (ebd.). Auch bezogen auf die Rechtsform zeigt die Krankenhausstatistik, dass die Privatisierung weiter voranschreitet (Abb. 9). Während 2002 bundesweit nur knapp 30% der öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form (z. B. GmbH) geführt wurden, waren es 2017 mit fast 60% doppelt so viele (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 8).

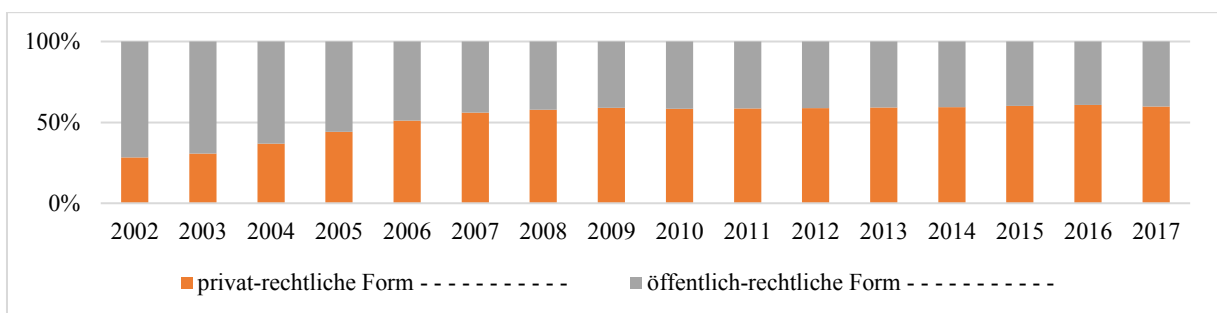


Abb. 9: Verteilung der Rechtsformen in öffentlichen Einrichtungen von 2002 bis 2017 (eigene Darstellung anhand der Daten des Statistischen Bundesamts, 2018)

Viertens können Krankenhäuser nach Versorgungsstufen gegliedert werden. Die Versorgungsstruktur dient als Richtschnur für die vom Bundesland verfasste Krankenhausplanung, wobei sich die Leistungserbringung überschneidet. Es gibt Krankenhäuser der regionalen Grund- und/oder Regelversorgung, der regionalen Schwerpunktversorgung und der (über-)regionalen Maximalversorgung (Goedereis, 2017). Die Gliederung der Versorgungsstufen ist bundeslandspezifisch. In Hessen wurde mit der Einführung des Hessischen Krankenhausgesetzes im Jahr 2002 die Unterscheidung faktisch abgeschafft (siehe KHG, § 17) (DKG, 2017), sie existiert in der Praxis, d. h. im Sprachgebrauch, aber weiterhin.

Fünftens gibt die Bettenanzahl Aufschluss über die Größe des Krankenhauses. Da Krankenhäuser in privater Trägerschaft über durchschnittlich 129 Betten verfügen und folglich zu den kleinen Krankenhäusern zählen und öffentliche Krankenhäuser mit durchschnittlich 426 Betten mehr als dreimal so groß sind, stand 2017 von insgesamt rund 497 200 Betten fast jedes zweite Bett (48%) in öffentlichen Krankenhäusern, ein Drittel (33,2%) der Betten in freigemeinnützigen und gut ein Sechstel (18,7%) in privaten Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 8). Überdies wird heute als Indikator für Größe vermehrt die

Leistungsmenge genutzt, gemessen am sogenannten Case-Mix (CM). Der Case-Mix und die Entwicklung der Fallzahlen dienen als Kennzahlen für die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses (Blum et al., 2017, S. 30). Der CM entspricht dem gesamten bewerteten Leistungsgeschehen bzw. dem Ressourceneinsatz innerhalb des Diagnoses-Related-Groups-(DRG)-Entgeltsystems (Gbe-bund, 2018). Die Gesamtleistung kann sich auf eine Fachabteilung, ein Krankenhaus oder eine Region, z. B. das Land Hessen, innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, z. B. ein Berichtsjahr, beziehen. Ergänzt wird der CM durch den Case Mix Index (CMI), der die durchschnittliche Schwere der Behandlungsfälle und den damit verbundenen relativen ökonomischen Ressourcenaufwand beschreibt (ebd.)

Betrachtete Fälle. Für diese Arbeit wurden Akteure aus insgesamt 12 Krankenhäusern bzw. Krankenhausverbänden in Hessen betrachtet. 8 von 12 Krankenhäusern waren Krankenhausverbände und verfügten damit de facto über mehrere Krankenhäuser, sodass aus dieser Perspektive 23 Krankenhäuser betrachtet wurden (vgl. Tab. 15)³⁰.

Bezug nehmend auf die oben erfolgte Systematisierung von Krankenhäusern fallen alle betrachteten Krankenhäuser unter die Anwendung des Krankenhausgesetzes (KHG). Alle betrachteten Krankenhäuser eint, dass diese Plankrankenhäuser mit Versorgungsvertrag sind, sich in kommunaler Trägerschaft befinden, gemeinwohlorientiert sind und in privatrechtlicher Form geführt werden; überwiegend als (g)GmbHs und 2 (von 12) als (g)AG. Die Versorgungsstufen und die Größenklassen waren unterschiedlich. Die betrachteten Krankenhäuser bzw. Krankenhausverbände stammten aus allen Versorgungsstufen und verfügen im Mittel über 742 (Verbundbetrachtung) bzw. 387 (Einzelbetrachtung) Betten, was mit unterschiedlichen mittleren Fallzahlen und Beschäftigtenzahlen im ärztlichen Dienst (ÄD) und im Pflegedienst (PD) einhergeht (siehe Tab. 15).

Tab. 15: Betrachtete Fälle – 23 kommunale Krankenhäuser

Anzahl der Krankenhäuser	Größe der Krankenhäuser nach Betten									Fälle im Mittel	Beschäftigte im Mittel*	
	1-49	50-99	100-149	150-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-799		800+	ÄD
12 (Verbund)					1	1	3	2	5	34.021	242	671
23 (einzeln)	2	1	6	3	2	2	2	2	3	17.750	126	350

*bezogen auf patientennahe Berufsgruppen; ÄD = Ärztlicher Dienst, PD = Pflegedienst

³⁰ Die Strukturdaten der Krankenhäuser für Tabelle 15 wurden bezogen über www.deutsches-krankenhausverzeichnis.de.

4.3 Datensammlung: Dokumentenanalyse und Interviews

Dokumentenanalyse. Die Dokumentenanalyse diente zunächst dazu, Crozier und Friedberg folgend, einen „ersten Rahmen für die Untersuchung“ (Crozier & Friedberg, 1993, S. 290) zu bilden, um zu Beginn eine Übersicht zu den relevanten krankenhausernen und -internen Strukturen zu erhalten. Die Dokumentenanalyse wurde parallel zu der Interviewphase fortgeführt, da die interviewten Personen (IPs) Hinweise auf (weitere) relevante Strukturen und Akteure gaben. Im Verlauf der Dokumentenanalyse habe ich zum einen verstärkt Quellen genutzt, die die Perspektive relevanter Akteure widerspiegeln, insbesondere dann, wenn die Akteure nicht interviewt wurden, z. B. Positionsschriften vom Spitzenverband gesetzlicher Krankenkassen (GKV) und der deutschen Krankenhausgesellschaft (DGK) zur Finanzierung von Krankenhausleistungen. Zum anderen habe ich Dokumente verwendet, um ein umfassenderes Bild bzw. zusätzliche Informationen zu erhalten, da manche Aspekte in den Interviews nur angedeutet, aber nicht ausgeführt wurden. Solche Dokumente dienen also dazu, die Ergebnisse aus den Interviews zu detaillieren und um für den Sachverhalt relevante Fakten und Beispiele zu ergänzen. Eine Übersicht der Informationsquellen ist in Tabelle 16 dargestellt.

Bei der Dokumentenanalyse habe ich, wie von Yin (2014) empfohlen, beachtet, dass diese Informationen von Personen bzw. Institutionen mit eigenen Interessen (z. B. Erhöhung der Verkaufszahlen) und für einen bestimmten Zweck (z. B. Meinungsbildung) und eine bestimmte Zielgruppe (z. B. Bevölkerung, Politik, Management Gesundheitswirtschaft, Betriebsräte, Gewerkschaftsmitglieder, ärztliches Personal) geschrieben wurden. Aus diesem Grund dienen z. B. Presseartikel auch nicht zum Beleg von Argumenten, sondern nur als Illustration möglicher Spiele. Unterschiedliche soziale und politische Interessen können auch in der Forschung eine Rolle spielen, bzw. ideologisch motivierte Untersuchungen können dazu führen, dass ein Sachverhalt sehr unterschiedlich eingeschätzt oder bewertet wird (Manzei et al., 2014). Im Sinne einer möglichst erschöpfenden Erfassung des Feldes und der Darstellung unterschiedlicher Perspektiven verwende ich Quellen unterschiedlicher Akteursgruppen, z. B. den „Krankenhaus Rating Report“ (Augurzky et al., 2018), der von dem eher managementnahen Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) und dem Beratungsunternehmen Deloitte jährlich erstellt wird, oder den „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam et al., 2014), der von der gewerkschaftsnahen Böckler-Stiftung erstellt wurde.

Tab. 16: Übersicht der Datenarten und -quellen der Dokumentenanalyse

<i>Datenart</i>	<i>Inhalte (Beispiel-Quellen)</i>
<i>Öffentliche statistische Strukturdaten (z. B. Zahlen zu Personal, Kosten, Gehalt)</i>	Krankenhausübergreifend, z. B. zu Grunddaten und Kostennachweis der Krankenhäuser, Verdiensten und Arbeitskosten (Publikationen des Statistischen Bundesamts unter www.destatis.de); Verteilung und Entwicklung von finanziellen Ressourcen und Personal (Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de), Tariftabellen und Gehaltsrechner (Öffentlicher Dienst Info unter www.oeffentlichen-dienst.de) Krankenhausspezifisch, z. B. Jahresabschlüsse der untersuchten Krankenhäuser (Bundesanzeiger / www.bundesanzeiger.de), Struktur- und Leistungsdaten (Offizielles Verzeichnis der deutschen Krankenhäuser und deren Leistungen / www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de)
<i>Websites der Akteure, Positionspapiere und Pressemitteilungen</i>	Informationen zu/von ... untersuchten Fall-Krankenhäusern (Websites der besuchten Krankenhäuser); kommunalen Krankenhäusern (z. B. www.klinikverbund-hessen.de , www.ivkk.de) und Krankenhäusern (www.dkg.de , www.hkg.de) im Allgemeinen einzelnen Akteuren, z. B. Bundesministerium für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de), Landesministerium für Gesundheit (www.soziales.hessen.de/gesundheits), Krankenkassen (www.vdek.de , www.gkv.de) kommunale Arbeitgeber (www.vka.de), Management in der Gesundheitswirtschaft (www.kma-online.de , www.medinfoweb.de), Ärzteschaft (www.aerzteblatt.de , www.marburger-bund.de , www.arzt-wirtschaft.de , www.praktischerarzt.de , www.vdaee.de), Pflegeschäft (www.dip.de , www.dbfk.de), Gewerkschaft (www.verdi.de , www.g-d-g.org) als Arbeitgeber (www.labournet.de/category/branchen/gewerkschaften), Betriebsrat (www.ifb.de)
<i>Soziologische Perspektiven</i>	Medizinsoziologie (Begenau et al., 2005), Soziale Medizin (Helmerts, 2018), Soziologische Betrachtung des Krankenhauses (Bär & Pohlmann, 2016)
<i>Presseartikel (lokale und Fachpresse, bundesweit und regional)</i>	Reaktionen auf Veränderungsprozessen, z. B. bundesweite Presse zu vollzogenen (Stern, 2019) oder anvisierten (Becker & Schrörs, 2019) bundesweiten Reformen Zu Akteuren und Akteurskonstellationen, z. B. zu ver.di (Döhle, 2013; Dowideit, 2016; Lessat, 2016; SPON, 2016), Status Chefärzte (Schneider & Kölbl, 2016) oder der Beziehung von Krankenhäusern und Krankenkassen (Wirtschaft Regional, 2015)
<i>Studien und Berichte sowie weitere Dokumente von unterschiedlichen Akteursgruppen</i>	Strukturen im Krankenhaus / Gesundheitsbranche v. a. aus staatlicher und Management-Perspektive, z. B. Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen (Offermanns, 2011), Bericht vom Rechnungshof zu Kliniken (Eibelshäuser, 2013), Krankenhaus Rating Report (Augurzky et al., 2018, 2019), OECD-Studien für internationale Vergleiche (OECD & EU, 2017; OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2017), Kapazitäten (Busse, 2017; Busse et al., 2016), Strategieentwicklung in kommunalen Krankenhäusern (Blum et al., 2017), Kommunale Krankenhäuser (Hanneken et al., 2010), Pflegesituation (Zander et al., 2017), zukunftsfähige Krankenhausversorgung (Böcken, 2019; Loos et al., 2019), Konzept zum Erhalt öffentlicher Kliniken (Luther & TKM GmbH, 2012, 2013), Vortrag Personalarbeit in kommunalen Gesundheitskonzernen (Dilchert, 2012) ... aus Arbeitnehmer-Perspektive, z. B. Arbeitsreport Krankenhaus (Bräutigam et al., 2014), Nachtdienst-Report (Stumpfögger et al., 2017), Personalcheck (Ver.di, 2013b), Flugblätter, z. B. zu Personalcheck (Ver.di, 2013a), Broschüren, z. B. Krankenhaus statt Fabrik (Rakowitz, 2019), Dokumentation Ver.di-Workshop (Genster et al., 2016) Bürgerbefragungen (forsa & dbb, 2016; Heinemann et al., 2012; IfD, 2013); Gehaltsreports (Iwd, 2018; Step Stone, 2018)
<i>Fachliteratur zu Akteuren, Strukturen und Themen</i>	Politik: Gesundheitspolitik (Gerlinger & Noweski, 2012a, 2012b, 2012c, 2014a, 2014b; Simon, 2015); Kommunalpolitik (Egner, 2013a; Krapp & Egner, 2013) Arbeitnehmervertretung: Betriebsratshandeln (Ahlene et al., 2014; Greifenstein et al., 2017; Greifenstein & Kißler, 2014), Gewerkschaften (Brinkmann & Nachtwey, 2010; Seibring, 2010), Arbeitsbeziehungen (Glassner et al., 2015) Krankenhausexterne rechtliche Strukturen: Gesetze (z. B. SGB V, GmbHG, AktG, KHG, HKHG 2011, HGO, BetrVG); Ausführungen zu Krankenhausrecht (Wabnitz, 2013), Gesellschaftsrecht vs. Kommunalrecht (Jasper, 2017; Köchling et al., 2014), Arbeitsrecht (Brümmer, 2014; Krapohl, 2018; Spreizer, 2017) Krankenhausinterne Strukturen (insbesondere Organisation): Trägerstrukturen (Goepfert, 2013; Sonnentag, 2017), Krankenhausorganisation (Iseringhausen & Staender, 2012), Management- und Leitungsstrukturen im KH (Bijkerk, 2014; Schmidt-Rettig, 2017), Personalstrukturen (Zander & Busse, 2017), Organisation des Pflege-Leistungsprozesses (Moers & Schiemann, 2017; Schiemann & Büscher, 2017) Change Management aus Praktikersicht im Krankenhaus (Grossmann & Scala, 2002; Hoppe, 2014) und in kommunalen Organisationen (Schäfer, 2011)

Interviews. Die Interviews fanden im Zeitraum von September 2017 bis Februar 2018 statt, persönlich und meistens in den Besprechungszimmern am Arbeitsplatz der IPs. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 60 und 190 Minuten mit einem Durchschnitt von 100 Minuten. Mit 3 der insgesamt 34 IPs wurde das Interview auf zwei Tage aufgeteilt. Als Interviewform habe ich leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews gewählt. Diese ermöglichen, Informationen zu den Ressourcen von Akteuren und ihren individuellen Freiräumen zu erhalten und zu erfahren, „in welcher Weise, unter welchen Bedingungen und in welchen Grenzen“ die Akteure all dies nutzen können (Crozier & Friedberg, 1993, S. 294). Halbstrukturierte Interviews erlauben zudem eine Vergleichbarkeit zwischen Interviews und gleichzeitig auch Tiefe, Detaillierung und Flexibilität in den Gesprächen und begrenzen so Missverständnisse (Döring & Bortz, 2016). Zudem wird den IPs durch das offene Antwortformat ermöglicht, ihre Antworten frei zu formulieren (Ortlieb & Stein, 2008, S. 400) bzw. „von ihrer Arbeit zu sprechen, ihre Schwierigkeiten und Erfolge zu schildern, ihre Situation aus ihrer Sicht zu beschreiben usw.“, wobei die Befragten „qua Definition immer ‚Recht‘ haben“ (Crozier & Friedberg, 1993, S. 294). In Anlehnung an Gioia et al. (2013) habe ich die IPs als „knowledgeable agents“ (S. 17) betrachtet, als Expert_innen, die wissen, was sie tun, und ihre Gedanken, Intentionen und Handlungen erklären können. Meine Rolle sehe ich darin, Muster in den Daten zu finden und Zusammenhänge herzustellen, die möglicherweise nicht alle Interviewten gleichermaßen sehen (Gioia et al., 2013).

Um die politische Arena mit ihren Spielen möglichst umfassend darzustellen, habe ich unterschiedliche Akteure aus dem Umfeld kommunaler Krankenhäuser befragt: Repräsentant_innen der Eigentümerin, z. B. Landrät_innen (1. Managementebene), Geschäftsführende (2. Managementebene), Führungskräfte nachgeordneter Ebenen v. a. aus den patientennahen Berufsgruppen, d. h. ärztliche Direktion und Pflegedirektion (3. Managementebene), sowie Chefärzt_innen und Pflegedienstleitungen (4. Managementebene). Überdies wurden Betriebsratsvorsitzende und Gewerkschafter_innen auf Bundes- und Landesebene, das für Krankenhäuser zuständige Landesministerium sowie Berater_innen bzw. Expert_innen befragt. Bei der Auswahl der IPs habe ich darauf geachtet, dass jeweils mehrere Personen aus einer Akteursgruppe vertreten waren (vgl. Ortlieb & Stein, 2008, S. 400), mit Ausnahme des Ministeriums. Die Berater_innenperspektive nutze ich als Metaperspektive, weil es Beratenden, wie auch Wissenschaftler_innen, leichter fällt, eine externe Perspektive einzunehmen und die Politikhaltigkeit organisationaler Entscheidungsprozesse zu sehen, als Personen, die sich innerhalb eines Systems befinden (Ortmann & Becker, 1995).

Durch berufliche und private Kontakte habe ich den ersten Zugang zu IPs bekommen. Der weitere Zugang erfolgte im Schneeballsystem, indem ich am Ende jedes Interviews nach potenziellen weiteren Gesprächspartner_innen und einer Kontaktherstellung gefragt habe. In die Analyse fließen Interviews mit insgesamt 34 Akteuren ein, bis eine theoretische Sättigung (Gioia et al., 2013) eintrat. Tabelle 17 zeigt eine Übersicht der IPs bzw. die Verteilung der IPs nach Akteursgruppen, strukturiert nach aktueller bzw. bei Rentner_innen nach letzter Position.³¹ Wenn eine IP verschiedenen Akteursgruppen zugeordnet werden kann (zeitlich parallel und/oder im Verlauf ihres Berufslebens, z. B. zu der Gruppe Betriebsrat, Gewerkschaft, Pflegedienstleitung), ist dies in der Spalte ‚Zugehörigkeit zu weiteren Akteursgruppen‘ angegeben.

Um die Anonymität der IPs zu wahren, verzichte ich im Ergebnisteil auf eine Darstellung des Geschlechtes und der korrekten Bezeichnung der Position, stelle es aber hier dar: Unter den IPs waren 6 Frauen und 28 Männer. Im Kontext von Zitaten verwende ich die maskulin-feminine Doppelform auch dann, wenn nur eine Person zitiert wird und trotz der Irritation, die diese Grammatik auslösen mag („Einem/r Landrät_in zufolge ...“ etc.). Unter den 34 IPs waren 8 Geschäftsführungen und 2 Vorstände – diese 10 IPs tragen alle das Kürzel GF.

Der Verlauf der einzelnen Interviews war wie folgt: In Vorbereitung der Interviews habe ich Informationen über die zu interviewende Person und die jeweilige Organisation gesucht, v. a. auf der Website der Organisation sowie in Presse- oder Fachartikeln. Die IP erhielt zu Beginn des Interviews eine Datenschutzvereinbarung; diese enthielt eine Kurzbeschreibung des Forschungsprojektes sowie Informationen zum Interview und dem Umgang mit den Daten (u. a. zur Freiwilligkeit der Teilnahme, der Möglichkeit des Abbruchs und des Widerrufs der Informationen sowie der Zusicherung der Anonymisierung der Person und der Organisation³²). Die Datenschutzvereinbarung wurde von der IP und der Autorin unterschrieben, jede/r erhielt eine Ausfertigung. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, die IP erhielt für das Interview keine Gegenleistung von der Autorin.

³¹ Eine alternative Strukturierung nach Berufsgruppen sowie Sozialpartner_innen sieht unter Einbezug multipler Zugehörigkeiten der IPs zu Akteursgruppen wie folgt aus: 11 IPs aus VD, 5 IPs aus ÄD, 7 IPs aus PD sowie 12 IPs der Arbeitgeber_innenseite und 7 IPs der Arbeitnehmer_innenseite.

³² Mit der Ausnahme von Organisationen auf Bundes- bzw. Landesebene (ver.di, Ministerium) – hier wurde darauf hingewiesen, dass nur die Person anonymisiert würde.

Tab. 17: Übersicht interviewte Personen nach Akteursgruppen

<i>Akteursgruppe</i>	<i>Funktion</i>	<i>Zugehörigkeit zu weiteren Akteursgruppen</i>	<i>Interview Nummer</i>
Externe Expert_innen	Berater_in		1
	Berater_in		2
	Berater_in		3
	Berater_in		4
	Berater_in		5
	Expert_in, IR	GF Gesundheitsorganisation, Funktionär_in ver.di, PD, PR-Vorsitz, AR-Mitglied	6
Landespolitik	Fachperson aus dem Fachbereich Gesundheit im Landesministerium für Gesundheit und Soziales		8
1. Managementebene / Kommunalpolitik	Landrät_in und Aufsichtsratsvorsitz		12
	Oberbürgermeister_in und Aufsichtsratsvorsitz		30
	Landrät_in und Aufsichtsratsvorsitz		32
	Landrät_in und Aufsichtsratsvorsitz		33
Führungskräfte im Krankenhaus:			
2. Managementebene	Kfm. GF / Vorstand ¹	VD, Politik	7
	Kfm. GF / Vorstand	VD	11
	Kfm. GF / Vorstand	VD	13
	Kfm. GF / Vorstand	VD	20
	Kfm. GF / Vorstand	VD	22
	Kfm. GF / Vorstand	VD, Verband	24
	Kfm. GF / Vorstand	VD, Verband	27
	Kfm. GF / Vorstand	VD	28
	Kfm. GF / Vorstand	VD, Politik	31
	Med. GF / Vorstand	VD, ÄD	14
Med. GF / Vorstand	VD, ÄD	29	
3. Managementebene	Pflegedirektion	PD	18
	Pflegedirektion	PD	21
	Ärztliche Direktion	ÄD	25
	Pflegedirektion	PD, ver.di, AR, BR	26
4. Managementebene	Chefärzt_in	ÄD	15
	Pflegedienstleitung	PD, BR	17
	Chefärzt_in	ÄD	23
	Med. Abteilungsleitung	PD	34
Arbeitnehmendenvertretung:			
Betriebsrat	Betriebsratvorsitzende_r	ver.di, Politik	16
	Betriebsratvorsitzende_r	AR, ver.di	19
Gewerkschaft, FB	Funktionär_in ver.di Bundesebene		10
Gesundheit	Funktionär_in ver.di Landesebene	PD	9

iR = in Rente, AR = Aufsichtsrat, ÄD = Ärztlicher Dienst, BR = Betriebsrat, FB = Fachbereich, PD = Pflegedienst, PR = Personalrat, VD = Verwaltungsdienst

Als Gesprächsgrundlage wurde ein theoriegeleitet entwickelter und halbstandardisierter Leitfaden verwendet. Die Interviews zeichneten sich durch einen dialogischen bzw. narrativen

Gesprächscharakter aus. Alle Interviews begannen mit breiten und offenen Fragen, gefolgt von Unterfragen und Nachfragen. Der Gesprächsleitfaden wurde an den Kontext der jeweiligen Akteure angepasst (vgl. auch Ortlieb & Stein, 2008, S. 400). Da die interviewende Person die Dynamik des Gesprächs für ihre eigenen Ziele und Fragen nutzen muss, um die Handlungsmöglichkeiten und -fähigkeiten der Akteure in dem untersuchten Feld kennenzulernen (Crozier & Friedberg, 1993, S. 294f.), habe ich die Auswahl der Schwerpunktsetzung (z. B. Interaktion mit Politik, Führungskräften oder Betriebsrat) und der Fragestellungen je nach Rolle des Akteurs, verfügbarer Zeit und jeweiligem Antwortverhalten variiert. Durch die zunehmende Kenntnis des Feldes im Laufe der Interviewphase habe ich den Gesprächsleitfaden weiterentwickelt (vgl. Castel & Friedberg, 2010), sodass sich die Interviewfragen im Prozess, basierend auf den Antworten der Interviewten, etwas geändert haben, was im Rahmen interpretativer Forschung sinnvoll ist (Gioia et al., 2013, S. 22). Eine Übersicht über die Gesprächsstruktur ist in Tabelle 18 dargestellt. Ein Gesprächsleitfaden mit einer Darstellung aller in den Interviews verwendeten Fragen befindet sich im Anhang.

Tab. 18: Interviewleitfaden – Übersicht

<i>Phase</i>	<i>Inhalt</i>
A	Gesprächseinstieg Kennenlernen, Vorstellung der Arbeit und Ablauf der Interviews
B	Hintergrund der interviewten Person Fragen zu bisherigen beruflichen Stationen und zur Erfahrung mit unterschiedlichen Eigentümerstrukturen
C	Veränderungsprozesse Fragen zu Relevanz von und Erfahrung mit Veränderungsprozessen, Unterschiede nach Trägerschaften, Herausforderungen, wirksame Handlungsstrategien
D	Krankenhausexterne und -interne Strukturen Fragen zu krankenhausexternen bzw. -internen Faktoren, die Veränderungsprozesse begünstigen bzw. behindern
E	Akteure (Fremdwahrnehmung) Fragen zu einflussreichen Akteuren, Koalitionen, Rollen, Interessen, Machtmitteln, förderlichen bzw. hinderlichen Handlungsstrategien bezogen auf den Veränderungsprozess
F	Akteur (Selbstwahrnehmung) Eigene Rolle, Interessen, Machtmittel, förderliche bzw. hinderliche Handlungsstrategien bezogen auf den Veränderungsprozess
G	Diskussion zu dominanten Themen, z. B. Investitionen und Wirtschaftlichkeit, strukturelle Bereinigung der Krankenhauslandschaft, Organizing
H	Gesprächsabschluss

4.4 Analyse und Auswertung

Alle Interviews wurden aufgezeichnet und das insgesamt 3.380 Minuten umfassende Tonmaterial nach vereinfachten Regeln (Dresing & Pehl, 2011) transkribiert. Die Transkripte dienten als schriftliche Basis für die Auswertung und Analyse der Interviews. Alle Interviews

wurden in MAXQDA (1989–2019) kodiert. Die Dokumente wurden zwar nicht systematisch ausgewertet, aber die Informationen daraus sind in den oben beschriebenen Prozess der Interviewdurchführung und -analyse eingeflossen.

Die Analyse der Daten erfolgte zunächst deduktiv bzw. theoriegeleitet auf Basis der strategischen Organisationsanalyse (Crozier & Friedberg, 1993) bzw. ihrer Erweiterung zur mikropolitischen Analyse (Ortmann et al., 1990), d. h., ich habe theoriegeleitet Überkategorien gebildet, um die Daten zu strukturieren. Übergreifende, aus den forschungsleitenden Unterfragen abgeleitete Kategorien waren: *Akteure*, *Interessen*, *Strukturen* bzw. *strukturelle Bedingungen* i. S. v. *Zwänge/Ressourcen* und *Strategien*. Die Subkategorisierung von *Strukturen* und *Strategien* erfolgte in Anlehnung an Ortmann et al. (1990), die sich auf Giddens (1988) beziehen, in *psycho-soziale, normative, autoritativ-administrative* sowie *wirtschaftlich-technische Strukturen* (Erläuterung siehe Abschnitt 2.1.4). Analysiert wurden die Struktur- und die Handlungsebene und letztlich das Spiel, das beide Analyseebenen verbindet (Abb. 10).

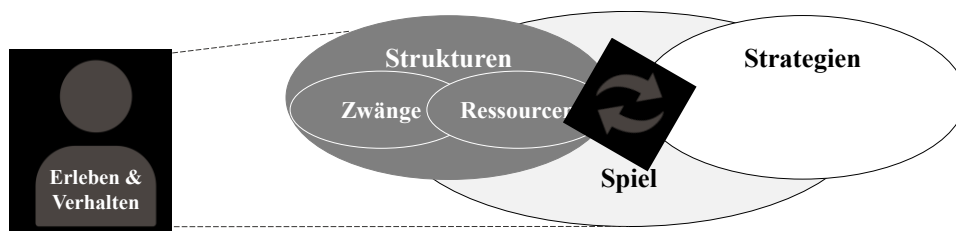


Abb. 10: Analyse aus Akteursperspektive von Strukturen, Strategien und Spielen (eigene Darstellung)

Weil Freiheit und Zwang, oder, mit Giddens' (1988) Termini, Handlung und Struktur letztlich „zwei Momente desselben Geschehens“ sind (Neuberger, 1995, S. 285), kann die Handlungsanalyse nicht die Strukturanalyse ersetzen (bzw. umgekehrt), sondern die eine klammert die jeweils andere ein (ebd.). Zum einen habe ich im Rahmen der Handlungsanalyse aus den subjektiven Wahrnehmungen der IPs die Interessen und Handlungen bzw. Strategien unterschiedlicher Akteursgruppen analysiert. Zum anderen habe ich die „strukturellen Zwänge³³“ und die „Ressourcen“ im Sinne von „Mitteln“ bzw. „*Trümpfe[n]*“ (Crozier & Friedberg, 1993, S. 44) analysiert. Dies erfolgte, indem ich die strukturellen Bedingungen, unter denen Führung und Veränderungsprozesse stattfinden, betrachtet und zudem nachvollzogen habe, für welche Akteure diese Bedingungen restringierend oder aber ermöglichend in der Verfolgung ihrer Interessen sind. Die Betrachtung der strukturellen Bedingungen erfolgte auf Bundes- und Landesebene sowie auf kommunaler und organisationaler Ebene.

³³ Giddens spricht hier von „Regeln“.

In der weiteren Analyse habe ich die Überkategorien inhaltlich gefüllt und bin damit der Logik der Induktion gefolgt (Crozier & Friedberg, 1993, S. 289). Dabei habe ich das Erleben der Akteure, „die gegeneinander und miteinander verfolgten Strategien“, die Spiele und die Strukturierung der Machtbeziehungen, d. h. die wahrgenommenen Zwänge und Ressourcen rekonstruiert und interpretiert (ebd., S. 307). Bezogen auf den Umfang und die stilistische Darstellung bin ich sprachlich nah an der Ausdrucksweise der IPs geblieben, um die Information nicht (unbewusst) durch meine (möglicherweise inkorrekte) Interpretation zu verfälschen. Aus diesem Grund erfolgte auch die Benennung der induktiv abgeleiteten Ressourcen bzw. Zwänge und Strategien möglichst nah an den Formulierungen der IPs.

Bezogen auf meine innere Haltung folgte der Analyseprozess einem Wechselspiel von Distanz und Nähe, wie von Crozier und Friedberg (1993, S. 292 ff.) beschrieben. Zunächst habe ich die distanzierte Position einer Beobachterin eingenommen, um aus kritischem Abstand die Daten zu betrachten und ihnen die „Selbstverständlichkeit“ zu nehmen, die sie zumeist in den Augen der Akteure haben (ebd., S. 292). Im nächsten Schritt bin ich in die Erlebniswelt der Akteure eingetaucht, um „von innen her“ die „Logik der Situation zu rekonstruieren“ und die Gegebenheiten zu entdecken, die dem jeweiligen Verhalten Sinn geben (ebd., S. 292). Dies ist der Anspruch, verstehen zu wollen, statt zu bewerten und zu kritisieren. Verstehenwollen erfordert, selbst Abstand zu nehmen von einer „dem Feld äußerlichen Rationalität“ und nicht in den „Ethnozentrismus“ zu verfallen (ebd., S. 292). Das Vorgehen basiert auf der Grundannahme, dass alle beobachteten Phänomene einen Sinn haben und einer Rationalität entsprechen – unabhängig davon, wie unsinnig oder widersprüchlich die Praktiken zunächst erscheinen mögen. Ziel ist es, den Sinn hinter diesem unsinnig wirkenden Verhalten zu entdecken, indem die Zwänge entdeckt werden, die bestimmten Verhaltensweisen ihre Rationalität wiedergeben. Im dritten Schritt bin ich wieder auf Distanz gegangen, um die vielfältigen Rationalitäten oder Strategien miteinander zu konfrontieren und zu vergleichen, um zu den Merkmalen und Regeln der impliziten, das Feld strukturierenden Spiele zu gelangen und die Wirklichkeit der Machtbeziehungen zwischen Akteuren und der ihre Interaktion steuernden Regeln zu entdecken (ebd.).

Insgesamt war die Analyse der Daten durch einen iterativen Prozess charakterisiert, in dessen Rahmen ich in den ‚Dialog‘ mit unterschiedlichen Studien bzw. Theorien gegangen bin, z. B. zu Typen von Betriebsräten (z. B. Schwarz-Kocher et al., 2011) oder prozessorientierten Führungstheorien (Denis et al., 2010). Dieses abduktive Vorgehen, bei dem Daten und bestehende Theorien als Tandem fungieren (Alvesson & Kärreman, 2007; Gioia et al., 2013), diente dazu, die Aussagen der IPs und die Spiele in der Arena besser zu verstehen, nichts zu

übersehen und Hinweise darauf zu erhalten, was in der Literatur bereits in welcher Form abgebildet ist und was nicht.

4.5 Darstellung

Die Darstellung der Ergebnisse im nachfolgenden Kapitel erfolgt weitestgehend im Fließtext, dieser ist mit „Power Quotes“ angereichert, d. h., „those where the informant is so poetic, concise or insightful, that the author could not do a better job of making the same point“ (Pratt, 2008, S. 501). Ergänzend kommen Tabellen, bspw. mit „bundles“ of „proof quotes“ (ebd.) in Form von Kurzzitaten bzw. illustrativen Zitaten zum Einsatz, um die Diversität der Nennungen aufzuzeigen. Grafische Abbildungen fassen die Inhalte zusammen und haben zum Ziel, einen visuellen Zugang zu schaffen. Durch den umfangreichen Zugang zu den Daten möchte ich, inspiriert durch Pratt (2008, S. 501), den Lesenden die Möglichkeit geben, mich auf meiner Forschungs- und Lernreise zu begleiten, mit den Daten zu interagieren und auch eigene Schlüsse zu ziehen.

Die Aussagen der Interviewpartner_innen sind jeweils mit einer Quelle bzw. einem Code zitiert (z. B. I3, B, 373), in der/dem die Nummer des Interviews (z. B. I3 für Interview Nummer 3), die Akteursgruppe, die die IP in der jeweiligen Aussage repräsentiert (z. B. B für Beratende), sowie die Absatznummer im Transkript (z. B. 373 für Absatz 373) angegeben sind. Die Abkürzungen für die Akteursgruppen sind in Tabelle 19 dargestellt. In manchen Fällen wurden zwei Interviews mit derselben Person durchgeführt, dies ist durch „a“ und „b“ nach der Interviewnummer indiziert (z. B. I1a und I1b). Inhalte, die durch die Interviewten sprachlich hervorgehoben wurden, sind in GROSSBUCHSTABEN dargestellt. Da eine interviewte Person verschiedene Akteursgruppen repräsentieren kann, wenn sie selbst verschiedenen Gruppen angehört hat oder angehört (z. B. Betriebsrat, Gewerkschaft, Pflegedienstleitung), ist jeweils die Akteursgruppe bzw. Perspektive angegeben, aus der die IP berichtet.³⁴ Die Anzahl der zitierten Interviews in der Darstellung gibt keinen Aufschluss über die Häufigkeit der Nennung in den Interviews. Da das Thema sehr komplex ist und ich mich auf das Nachvollziehen von Zusammenhängen konzentriert habe, war es mein Mindestziel, Aussagen mit wenigstens einer Zitation zu belegen. Auch habe ich in der Kodierung der Transkripte keine quantitative Erhebung von Aussagen in den Interviews vollzogen, weil dies aufgrund der Vielfalt der Akteure, der mangelnden Vergleichbarkeit der Inhalte in den Interviews und der variierenden Fragen nicht sinnvoll war.

³⁴ Eine Übersicht aller Interviews bzw. IPs und ihrer Akteursgruppenzugehörigkeiten war in Tabelle 17 dargestellt.

Tab. 19: Interviewte Personen – Abkürzungsverzeichnis der Akteursgruppen

<i>Kürzel</i>	<i>Bedeutung</i>
ÄDir	Ärztliche Direktion
AR	Aufsichtsratsmitglied
B	Berater_in
BR	Betriebsratmitglied / -vorsitzende_r
CA	Chefärzt_in
E	Expert_in
GF	Kaufmännische Geschäftsführung / Vorstand
GS	Gewerkschaft (ver.di)
LR	Landrät_in
M	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
med. GF	Medizinische Geschäftsführung / Vorstand
OB	Oberbürgermeister_in
PDir	Pflegedirektion
PDL	Pflegedienstleitung
PR	Personalrat

5 Ergebnisse

Im Folgenden sind die Ergebnisse dargestellt, die auf Basis der politikorientierten Analyse der Daten entstanden sind. Analysegegenstand dieser Arbeit ist *Führung* im Kontext von Veränderungsprozessen. Das breite Verständnis des Strategie-Begriffes in der strategischen Organisationsanalyse (siehe Abschn. 2.1) und ein Verständnis von Führung, welches Führung als Einflussnahme und Prozess versteht und sie nicht zwangsläufig auf die formale Führungsposition begrenzt (siehe Abschn. 3.2) bringt mit sich, dass die Strategien aller Akteure, die Einfluss auf Personen oder Veränderungsprozesse nehmen, letztlich *Führungs-Strategien* sind (z. B. die Strategie Mobilisierung durch den Betriebsrat). Strategien, die zudem der Umsetzung von Veränderungsprozessen dienen, sind nach meinem Verständnis überdies *Change-Management-Strategien* (z. B. die Strategie Beteiligung durch das Management). Überdies sind, was aus einer Organisations- bzw. Change-Management-Perspektive *Inhalte von Veränderungsprozessen* sind (siehe Abschn. 3.1, Tab. 8), aus politikorientierter Perspektive ebenfalls Strategien bestimmter Akteure (z. B. ist die Einleitung einer Reorganisation eine Strategie des Managements). Gleichzeitig stellen Veränderungsprozesse auch den Kontext dar, in dem Führung betrachtet wird. Dabei liegt der Fokus in dieser Arbeit aber nicht auf einem spezifischen Veränderungsprozess, sondern auf Veränderungsprozessen im Allgemeinen, insbesondere auf Veränderungen zweiter Ordnung. Die in der Analyse betrachteten Veränderungsprozesse umfassen ein breites Spektrum, wie an den Beispielen in Tabelle 20 ersichtlich ist. Eine Besonderheit von Krankenhäusern ist, dass diese stark von bundes- und landespolitischen Regelungen abhängig sind (siehe ausführlich z. B. Abschn. 5.3.1). Aus diesem Grund sind Spiele, die auf Bundes- und Landesebene stattfinden und wichtig für das Verständnis von Führung im Kontext von Veränderungsprozessen auf Organisationsebene sind, in dieser Arbeit differenziert mitbetrachtet.

Aufgrund der hohen Komplexität und Vielschichtigkeit der Ergebnisse erläutere ich hier kurz, wie die Darstellung der Ergebnisse strukturiert ist: In Abschnitt 5.1 sind zunächst die an Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern (kKH) beteiligten *Akteure*, ihre *Interessen* und *Machtbeziehungen* dargestellt. In Abschnitt 5.2 sind die *Spielfelder* und *Spiele* überblicksartig in einem Gesamtmodell illustriert – dies soll als visuelle Orientierung dienen, um in dem komplexen Phänomen zu navigieren; zudem erfolgt ein Überblick zu den in der Arena relevanten *Rationalitäten*.

Tab. 20: Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern

<i>Wandel nach Kuipers et al. (2014)</i>	<i>Beispiele aus den Interviews</i>
3. Ordnung	Sektor-Reformen, z. B. die Einführung von Qualitätsregelungen und Veränderungen im Vergütungssystem (I8, M, 87, 198); Ökonomisierung des gesamten Gesundheitswesens und Auswirkungen der DRG-Einführung (I21, PDir, 69ff.) Integration ambulanter und stationärer Versorgung (I24, GF, 29)
2. Ordnung	Verbünde und Fusionen kommunaler Krankenhäuser (Wachstumsstrategien), Kauf von einzelnen Krankenhäusern (I3, B, 17; I9, GS, 96; I10, GS, 65, 69; I4, B, 245; I18, PDir, 65; I11, GF, 11) Verkauf von einzelnen Krankenhäusern (I4, B, 245), Schließung von KH (I18, PDir, 65) Konsolidierungsprozesse/Sanierungen (I21, PDir, 65; I7, GF, 37; I31, GF, 21; I27, GF, 114) Restrukturierungen von Krankenhäusern (I32b, LR, 7) bzw. Abteilungen (I31, GF, 18); Zentralisierung von Strukturen (I20, GF, 105; I22, GF, 201) Reorganisation (I27, GF, 110), z. B. Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflege, Prozessmanagement (I24, GF, 27) und patientenzentrierte Prozesse (I34, AL, 77), Case Management (I26, PDir, 24; I25, ADir, 115), Zentralisierung (I22, GF, 201; I20, GF, 105); Prozessoptimierung (I31, GF, 18; I27, GF, 57; I21, PDir, 66); Standardisierungen (I21, PDir, 82) Wissenstransfer (I23, CA, 130; I18, PDir, 270; I31, GF, 79; I22, GF, 191; I28, GF, 215; I34, AL, 61; I22, GF, 201), Personalentwicklung (I2, B, 6; I26, PDir, 80; I21, PDir, 126; I26, PDir, 35), Führungskräfteentwicklung (I3, B, 17; I26, PDir, 257, 263; I22, GF, 509) Bau (I22, GF, 370; I11, GF, 73, 240; I21, PDir, 180; I32a, LR, 70; I31, GF, 15) Technisierung und Digitalisierung (I22, GF, 370; I13, GF, 28; I24, GF, 152f; I21, PDir, 68, 180; I31, GF, 46; I26, PDir, 226; I9, GS, 98) Veränderungen des medizinischen Leistungsspektrums (I32b, LR, 8, 20; I3, B, 18; I22, GF, 137) Einführung leistungsorientierter Steuerungs- und Kontrollsysteme (I10, GS, 56)
1. Ordnung	Kontinuierliche Veränderungsprozesse, z. B. QM/Qualitätsprozesse (I27, GF, 60; I9, GS, 98) Veränderungen der Arbeitszeitmodelle (I22, GF, 400) Führungskräfteentwicklung (I9, GS, 97; I22, GF, 509), Teamentwicklung (I23, CA, 26)

Die weiteren Ergebnisse sind nach Spielfeldern bzw. Ebenen – Bundes- und Landesebene (ab Abschn. 5.3), Kommunalebene (ab Abschn. 5.4) und Organisationsebene (ab Abschn. 5.5) – sowie Spielen strukturiert. Je Spiel sind zunächst die initiiierenden Akteure und ihre Interessen benannt und tabellarisch die strukturellen Bedingungen (d. h. Zwänge und Ressourcen) und Strategien aufgeführt, die im Anschluss größtenteils³⁵ im Fließtext erläutert werden. Im Spiel sind die strukturellen Bedingungen, die die Akteure in der Verfolgung ihrer Interessen restringieren oder die sie als Ressourcen nutzen können, mit Strategien verknüpft. Somit wird deutlich, warum die jeweiligen Strategien im Licht der sie umgebenden strukturellen Bedingungen zielführend und damit, bezogen auf den jeweiligen Handlungskontext, rational sind. Die Unterschiedlichkeit der Strategien der Akteure zeigt wiederum die Freiheitsgrade innerhalb der Zwänge (vgl. Crozier & Friedberg, 1993).

³⁵ Auf eine vollständige Erläuterung aller tabellarisch dargestellten Aspekte wird aufgrund der Fülle der Ergebnisse verzichtet. Erläutert werden die Aspekte, die prägnant waren sowie solche, die in einer tabellarischen Darstellung möglicherweise nicht hinreichend verständlich sind.

5.1 Akteure und ihre Interessen

Akteure. Die Analyse der Daten verweist auf eine Komplexität der Akteurslandschaft und zeigt auf, dass zahlreiche Akteure in der Arena „Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern“ eine Rolle spielen. Relevante Akteure sind in Abbildung 11 dargestellt.

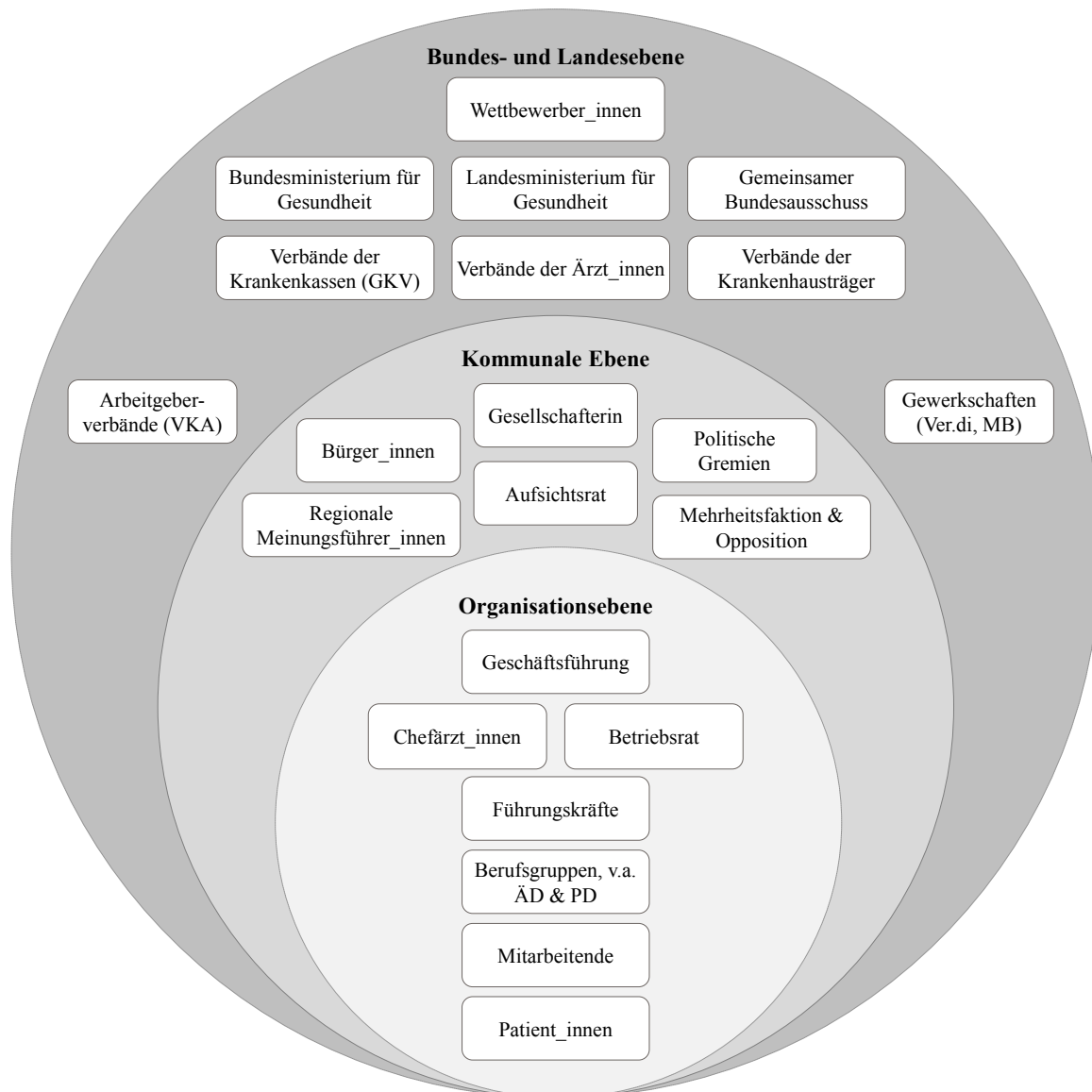


Abb. 11: Einflussreiche Akteure auf unterschiedlichen Ebenen (eigene Darstellung)

Relevante krankenhauserne Akteure sind einigen interviewten Personen zufolge die Geschäftsführung³⁶ (I1b, B, 80; I2a, B, 21; I10, B, 93; I5, B, 140; I9, GS, 154; I27, GF, 24), die einigen anderen IPs zufolge in der Regel neben der Trägerin die Initiatorin bzw. Promotorin von Veränderungsprozessen ist (z. B. I3, B, 67; I10, GS, 93), die Führungskräfte der nachgeordneten Ebenen (I2a, B, 21, 44; I21, PDir, 132; I3, B, 81; I11, GF, 93), insbesondere

³⁶ Beziehungsweise in AGs der Vorstand.

die Chefärzt_innen (I1b, B, 60; I7, GF, 396; I1b, B, 80; I26, PDir, 129; I29, med. GF, 81; I9, GS, 154), die unterschiedlichen Berufsgruppen (z. B. I20, GF, 147), insbesondere die Ärzteschaft (z. B. I7, GF, 571; I18, PDir, 201), und nachrangig Pflege (z. B. I7, GF, 399)³⁷ und Verwaltung (z. B. I3, B, 175; I7, GF, 443). Überdies werden der Betriebsrat (I28, GF, 19; I1b, B, 61; I7, GF, 397; I2a, b, 21; I5, B, 231; I29, med. GF, 82; I9, GS, 154; I11, GF, 92; I20, GF, 147), die Mitarbeitenden (I2a, B, 21; I26, PDir, 102; I29, med. GF, 79), insbesondere in der Umsetzung (I3, B, 71), sowie die Patient_innen (I1b, B, 76; I13, GF, 172) als zentrale Akteure beschrieben. Ferner erachten einige IPs eine querliegende Gruppe als zentral: die an Veränderung interessierten „Umsetzungsakteure“, auch „Feuerseelen“ (I1b, B, 74), „Treiber“ (I3, B, 197) oder „Menschen guten Willens“ (I29, med. GF, 67) genannt.

Die zentrale krankenhause-,externe‘ Akteurin in der Arena ist nahezu allen IPs zufolge ‚die‘ Kommunalpolitik (z. B. I13, GF, 173; I27, GF, 121; I11, GF, 94; I28, GF, 19; I2a, B, 17; I20, GF, 147), da die kommunale Gebietskörperschaft Trägerin des Krankenhauses ist und den Vorsitz des Aufsichtsrats und die Mitglieder der Arbeitgeberseite bestellt.³⁸ Bedingt durch die politische Eigentümerstruktur ist in einem entfernteren Sinne bei manchen Veränderungsprozessen, z. B. Verbundbildungen, die kommunale Bevölkerung einflussreich (z. B. I5, B, 140; I13, GF, 174), weil sie Einfluss auf die kommunalpolitische Arena nimmt. Ebenfalls bedingt durch die politische Eigentümerstruktur können auch regionale Meinungsführer_innen (z. B. I6, E, 42) und die Presse (I22, GF, 295; I11, GF, 209; I13, GF, 174) einflussreich sein. Die Presse ist eine relevante Akteurin, weil ein kommunales Krankenhaus, wie eine Geschäftsführung (GF) beschreibt, immer sehr stark im Fokus des medialen Interesses steht, da es um Angelegenheiten des Bürgers gehe und das Krankenhaus sozusagen allen Bürger_innen gehöre (I13, GF, 176), und weil sich die öffentliche Berichterstattung auf das Wahlverhalten der Bürger_innen auswirken kann.³⁹

Im weiteren Umfeld auf Bundes- und Landesebene erachten einige IPs den Gemeinsamen Bundesausschuss (z. B. I17, PDL, 249; I6, E, 169; I7, GF, 562), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bzw. die „Gesundheitspolitiker der im Bundestag vertretenen Parteien“ (I6, E, 170), das für Krankenhäuser zuständige Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) (I12, LR, 10; I3, B, 69; I20, GF, 154; I13, GF, 172; I22, GF, 307; I11, GF, 45, 204; I2a, B, 22; I27, GF, 6), insbesondere das Fachreferat, mehr als die

³⁷ Im Gegensatz zu den Chefärzt_innen werden die Pflegedirektion bzw. nachgeordnete Führungskräfte von verschiedenen Akteuren explizit nicht genannt, da sie im Verhältnis für weniger relevant befunden werden (I1b, B, 97; I10, GS, 101, 108; I9, GS, 157).

³⁸ „Die“ Kommunalpolitik umfasst unterschiedlichste Akteure und Gremien, siehe ausführlich Abschnitt 5.4.1.

³⁹ Siehe ausführlich ab Abschnitt 5.4.1 und 5.4.2.

politische Spitze (z. B. I12, LR, 12) und die Krankenkassen (I3, B, 68; I20, GF, 153; I13, GF, 172; I27, GF, 120; I10, GS, 96; I23, CA, 232; I2a, B, 22) bzw. die Kostenträger insgesamt (I6, E, 167) sowie Banken für Kredite (z. B. I20, GF, 152) als einflussreich. Auch werden Wettbewerber (z. B. I24, GF, 47) und Verbände, konkret die Verbände der Krankenhausträger, z. B. die Krankenhausgesellschaften (I6, E, 168) wie Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) und Klinikverbund Hessen (I24, GF, 84) sowie ärztliche Verbände, insbesondere die Kassenärztliche Vereinigung (z. B. I6, E, 13; I16, BR, 50; I34, AL, 38; I7, GF, 556 ff.; I2a, B, 22) als einflussreich beschrieben. In manchen Veränderungsprozessen spielen einigen IPs zufolge auch die Sozialpartner auf überbetrieblicher Ebene, d. h. die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) (I14, med. GF, 55; I6, GF, 51) und die Gewerkschaften (I1b, B, 61; I7, GF, 397; I9, GS, 154, 182; I3, B, 85; I20, GF, 147), „in erster Linie ver.di und Marburger Bund“ (I2a, B, 29), eine Rolle. Der Einfluss, die Betroffenheit und die Beteiligung der Akteure variieren einigen IPs zufolge nach Art des Veränderungsprozesses (I5, B, 140; I22, GF, 295; I34, AL, 156) sowie nach dessen Ausmaß und Phase (I3, B, 71, 93; I9, GS, 154, 155).

Interessen. Die Akteursvielfalt bringt eine Interessenvielfalt mit sich (z. B. I13, GF, 193). Abbildung 12 zeigt die im Kontext der Interviews und der Datenanalyse salientesten Interessen in Veränderungsprozessen. In der Abbildung sind sowohl unterschiedliche Interessen ersichtlich (mittlerer Kreis), um zu zeigen, wo Interessenkonflikte auftreten (können) und wo Interessenausgleiche erforderlich sind, als auch gemeinsame Interessen (innerer Kreis), um zu verdeutlichen, wo Konsense und gemeinsame Ziele gefunden werden (können). Diese Interessen sind in unterschiedlichen, hier nicht abschließend genannten Institutionen auf Landesebene und auf Bundesebene geronnen (äußerer Kreis). Interessenausgleiche müssen insbesondere zwischen einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der regionalen Bevölkerung, guten Arbeitsbedingungen, Arbeitsplätzen, der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens, Rechtssicherheit und kommunaler Rendite stattfinden. Wichtige gemeinsame Interessen sind eine gute Patientenversorgung, gute Arbeitsbedingungen, der Erhalt der öffentlichen Trägerschaft sowie Wirtschaftlichkeit im Sinne eines achtsamen und effektiven Umgangs mit Ressourcen, die die öffentliche Hand bereitstellt, um das heutige Solidarsystem langfristig erhalten zu können. Die Analyse der Daten zeigt auch, dass innerhalb einer

Akteursgruppe die Interessen variieren und unterschiedliche Akteursgruppen die gleichen Interessen teilen können.⁴⁰

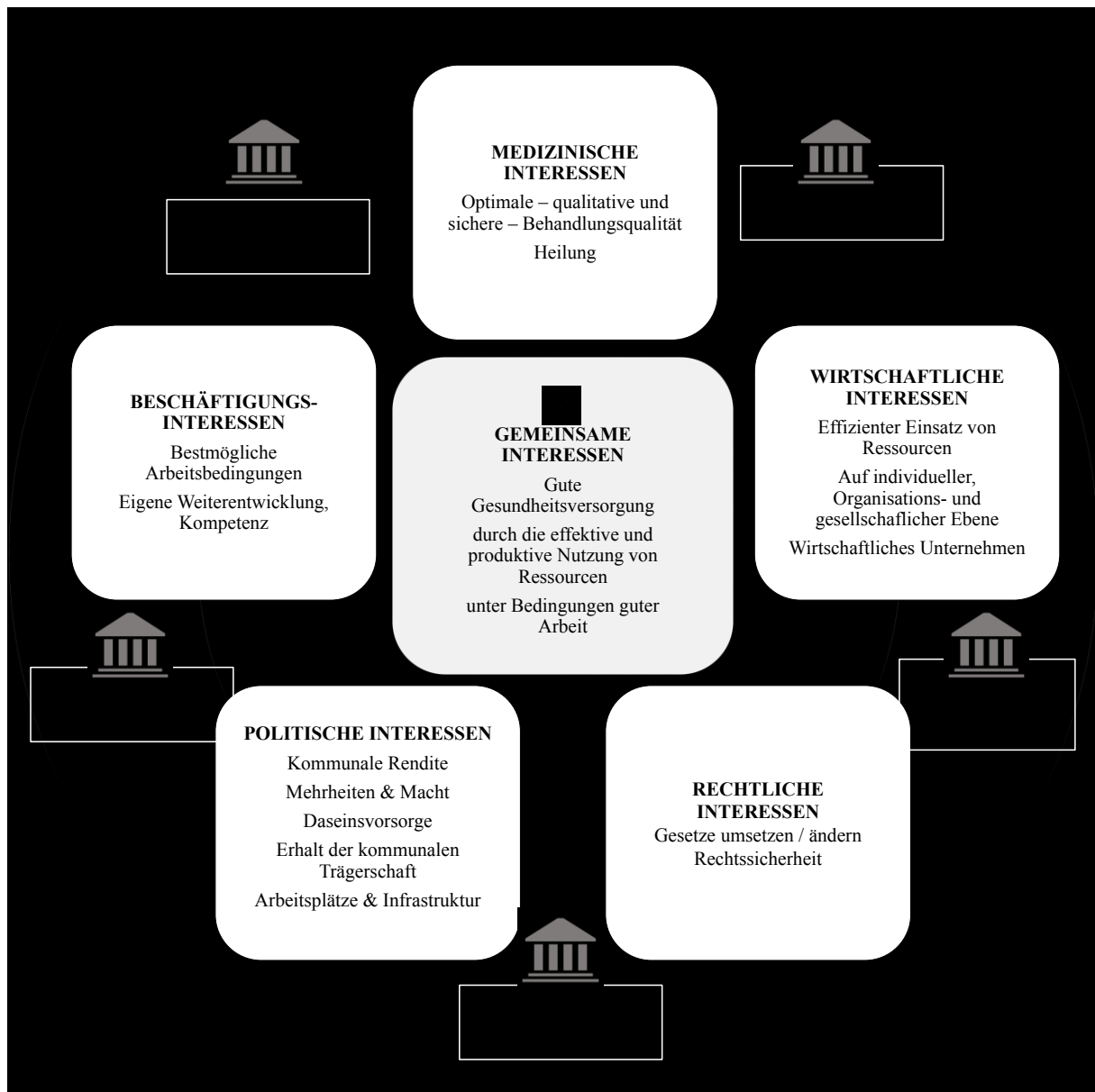


Abb. 12: Interessenpluralismus in kommunalen Krankenhäusern (erweitert in Anlehnung an Lawless in Genster et al., 2016, S. 13, 29)

Folglich können Akteure nicht eindeutig mit Interessen verknüpft werden. Eine tendenzielle Bezugnahme ist auf Basis der Analyse dennoch möglich: Geschäftsführungen verfolgen wirtschaftliche, aber auch rechtliche, medizinische und politische Interessen, Betriebsräte die

⁴⁰ Dies gilt auch für Strategien. Vergleichbar verweist Ortlieb (2003) darauf, „dass die Interpretationsmuster nicht immer von allen einzelnen Akteurinnen und Akteuren innerhalb der jeweiligen Kategorien gleichermaßen geteilt werden, sondern dass es auch hier stets ganz unterschiedliche Positionen gibt“. Zwar scheint es manchmal so, als ließen sich die unterschiedlichen Positionen voneinander abgrenzen, was bei näherem Hinsehen aber nicht immer der Fall ist. „Vielmehr handelt es sich auch bei der Darstellung der vermeintlichen Gegenpositionen teilweise um ein typisches Stilmittel der Debatte, sodass solche Darstellungen erst (recht) eine Polarisierung erzeugen“ (ebd., S. 80).

Interessen der Belegschaft, aber auch eigene politische Interessen, und Ärzt_innen vor allem medizinische, aber auch eigene wirtschaftliche Interessen, um nur drei kurze Beispiele zu geben. Solche Interessen sind im Regelfall nicht in einer Hierarchie aufeinander bezogen. Stattdessen erschwert das ungeordnete Nebeneinander vielfältiger, teils kontroverser Interessen (z. B. politische vs. ökonomische Interessen) den Arbeitsalltag im Krankenhaus und die Gestaltung von Veränderungsprozessen, sowohl für die Akteure im Management als auch in den ärztlichen und pflegerischen Professionen.

In den Interviews auffällig war weiterhin, dass viele IPs an Gerechtigkeit interessiert sind, dieser aber unterschiedliche Auffassungen zugrunde liegen (Tab. 21).

Tab. 21: Interesse an unterschiedlichen Auffassungen von Gerechtigkeit

<i>Gerechtigkeit</i>	<i>Zitate</i>
Chancengerechtigkeit	„[...] dass die Mitarbeiter die gleichen Chancen haben“ (I16, BR, 169).
Bedarfsgerechtigkeit	„[Bei einem Großteil der Beschäftigten im PD, insbesondere den Älteren] ist schon das große Gerechtigkeitsempfinden da. Dass es lieber gleich ist“ (I21, PDir, 291, 297); „Der Betriebsrat hat darüber zu wachen, dass niemand benachteiligt, aber auch niemand bevorzugt wird. Es ist auch eine Frage der Gerechtigkeit und der Lohngerechtigkeit“ (I16, BR, 128); „Das [] Ziel ist [...], dass eine Krankenschwester am Bodensee genauso viel Geld in ihrem Job verdient wie an der Nordsee, d. h. ein Stück weit gleiche Lebensbedingungen“ (I19, GS, 51); „Nicht Leistung wird belohnt, sondern assimilieren“ (I3, B, 126).
Leistungsgerechtigkeit	„Ärzt_innen sind leistungsorientiert (z. B. I21, PDir, 299; I5, B, 72); „Das [Streben nach Gleichheit] bricht in der Pflege ein Stück weit auf. [...] Und da kriegen Sie natürlich Schwierigkeiten mit denen, die jetzt nachwachsen und eher leistungsorientiert aufwachsen. [...] Und dann sagen: ‚Nein, das mache ich hier nicht mit. Die Kollegin macht hier einen Lauen und ich engagiere mich hier, da musst du dir mal was einfallen lassen, wenn du mich halten willst“ (I21, PDir, 297); „Die Pflege sagt: ‚Leistung soll sich lohnen““ (I26, PDir, 147); „Ich will, dass Pflege Leistungen nachweist und leistungsgerecht vergütet wird [...]. Bis hin zu ihrer eigenen Bezahlung“ (I21, PDir, 144), damit die leistungsorientierte Vergütung umgewandelt werden kann in Pflegestellen analog zu der ärztlichen Vergütung und auch als Schutz vor Beliebigkeit, d. h., damit die Pflege nicht mehr von den Almosen oder der Frage, welche Politik gerade an der Macht ist, abhängt (I21, PDir, 277 ff.).

Machtbeziehungen. In der Realisierung ihrer Interessen nutzen die Akteure u. a. ihre Kommunikationskanäle zu anderen Akteuren als Ressource. Diese Kanäle sind in Abbildung 13 dargestellt. Interessant für den Verlauf von Veränderungsprozessen sind v. a. die mit den Kommunikationskanälen einhergehenden, nicht direkt aus der formalen Unternehmensstruktur ersichtlichen Machtbeziehungen von Chefärzt_innen und Betriebsrat, da diese den beiden Akteuren Macht, insbesondere auch gegenüber der Geschäftsführung, verleihen: Chefärzt_innen mit kommunalpolitischen Entscheidungsträger_innen, regionalen Meinungsführenden und lokaler Gesellschaft sowie Betriebsrat, teils mediiert über die Gewerkschaft, mit Beschäftigten, kommunalpolitischen Entscheidungsträger_innen und Presse. Als ‚Gegenmaßnahme‘ bzw. zur Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums besteht in der Regel eine Beziehung zwischen Geschäftsführung und kommunalpolitischen Akteuren

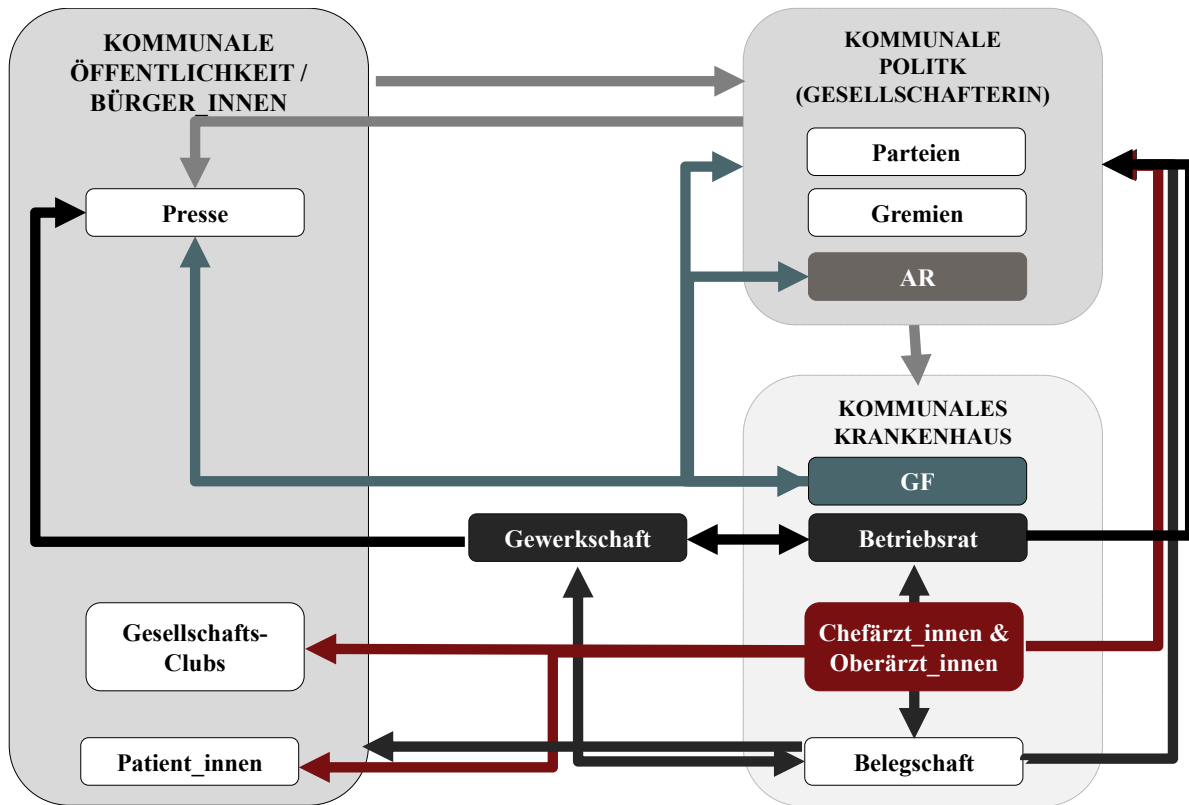


Abb. 13: Zentrale Kommunikationskanäle im Kontext von Veränderungsprozessen (eigene Darstellung)

auch außerhalb des Aufsichtsrats, regionalen Meinungsführenden und Presse. Diese Zusammenhänge werden in den Spielen deutlicher aufgezeigt.

5.2 Spielfelder, Spiele und Rationalitäten

Spielfelder und Spiele. Abbildung 14 zeigt ein Gesamtmodell mit den Spielfeldern und Spielen, die in der Arena „Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern“ eine Rolle spielen. Abbildung 4 in Abschnitt 2.1.5 zeigte im rechten Teil die Gesamtheit aller Spiele als Organisation bzw. als soziales System (Crozier & Friedberg, 1993, S. 68) – dieser Teil wird hier ausdifferenziert.

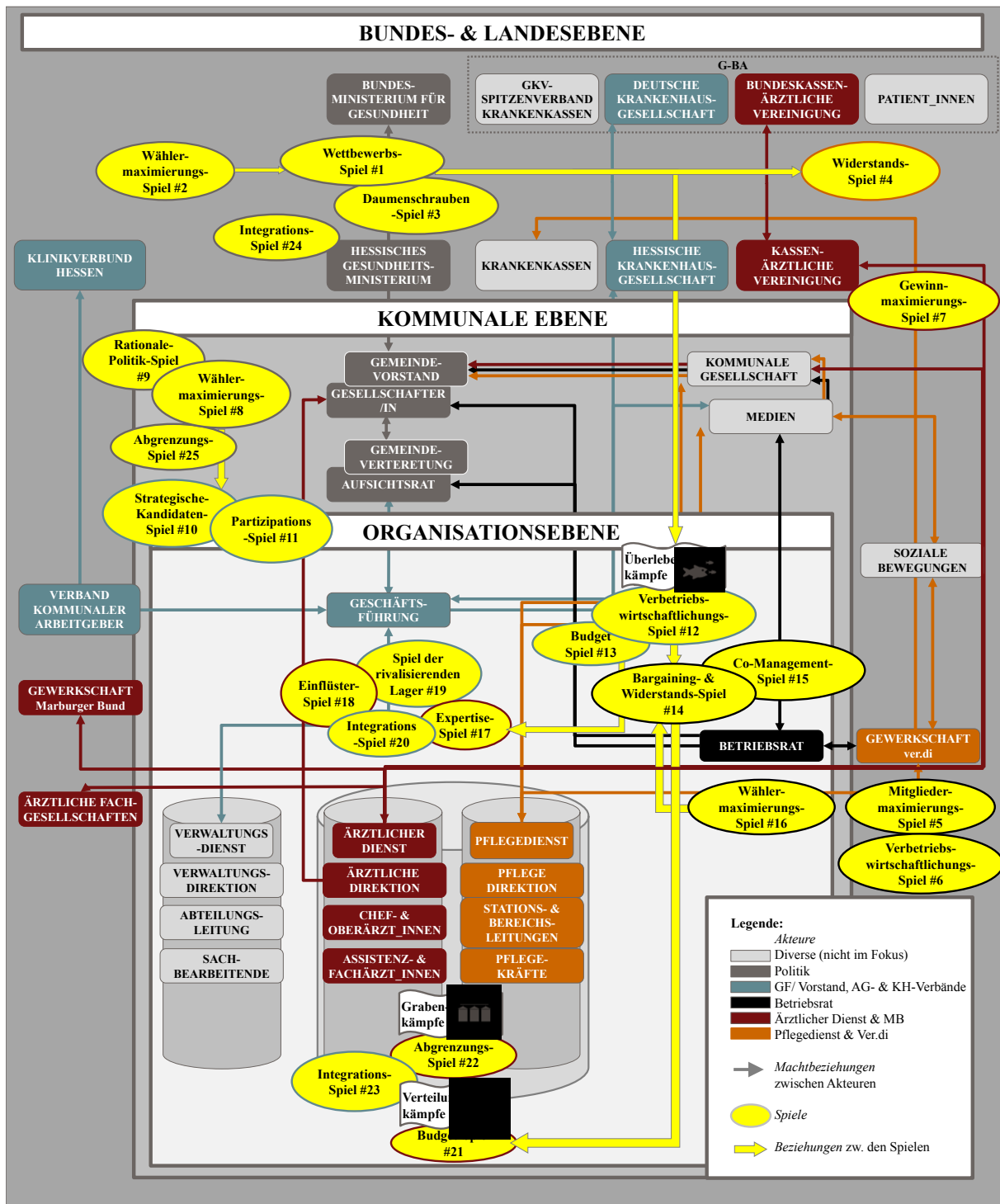


Abb. 14: Gesamtmodell Spiele (eigene Darstellung)

Das Gesamtmodell in Abbildung 14 und die folgende komprimierte Zusammenfassung dienen dazu, einen ‚Helikopter-Blick‘ auf das Gesamtgeschehen zu ermöglichen, die Ergebnisse vorzustrukturieren und einen begleitenden Navigator für den weiteren Verlauf des Ergebnisteils anzubieten. Die Spiele (in der Abb. gelbe Ovale) finden auf unterschiedlichen Ebenen (in der Abbildung weiße Querbalken), auch Spielfelder genannt, statt: auf Bundes- und Landesebene, auf Kommunalebene und auf Organisationsebene, d. h. Krankenhausebene. Die Spiele auf den unterschiedlichen Ebenen stehen miteinander in Zusammenhang (in der Abbildung gelbe Linien); z. B. lösen Spiele auf übergeordneten Ebenen Spiele auf untergeordneten Ebenen aus. Aus diesem Grund werden die Spiele von außen nach innen gehend vorgestellt. Insgesamt wurden aus der Analyse der Daten 25 Spiele herausgearbeitet, diese sind jeweils beziffert (#1 bis #25). Die Bezifferung erfolgt, um eine Orientierung zu erleichtern, und findet sich in den folgenden Abschnitten und in der Diskussion wieder. Im Folgenden werden die Spiele kurz genannt und in Relation zueinander gesetzt.

Auf Bundes- und Landesebene prägen das *Wettbewerbs-Spiel* des Bundesministeriums für Gesundheit (Abschn. 5.3.2, Spiel Nummer #1), das *Wählermaximierungs-Spiel* der Bundes- und Landespolitik (5.3.3, #2) und das *Daumenschrauben-Spiel* des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration und der Krankenkassen (5.3.4, #3) das Spielfeld. Weil das Wettbewerbs- und das Daumenschraubenspiel mit einer stärkeren Betonung wirtschaftlicher Parameter und mit negativen Konsequenzen für Beschäftigte einhergehen, lösen diese Spiele das *Widerstands-Spiel* seitens der Gewerkschaft ver.di aus (5.3.5, #4). Weitere Spiele auf dieser Ebene sind das *Mitgliedermaximierungs-Spiel* (5.3.6, #5) und das *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (5.3.7, #6) ver.dis sowie das *Gewinnmaximierungs-Spiel* von Teilen der Ärzteschaft (5.3.8, #7).

Auf kommunalpolitischer Ebene prägt seitens der Kommunalpolitik das *Wählermaximierungs-Spiel* das Spielfeld (5.4.2, #8), wohingegen das *Rationale-Politik-Spiel* weniger gespielt wird (5.4.3, #9). Wegen der strukturellen Bedingungen auf Kommunal- und Organisationsebene spielt das Krankenhausmanagement das *Strategische-Kandidaten-Spiel* (5.4.5, #10) sowie das *Partizipations-Spiel* (5.4.6, #11).

Das *Wettbewerbs-* und das *Daumenschraubenspiel* lösen auf Organisationsebene einen Überlebenskampf zwischen den Krankenhäusern und damit das *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* der GF aus (5.5.1.1, #12); begleitet von einem *Budget-Spiel* mit den Krankenkassen (5.5.1.2, #13). Die durch das Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel ausgelösten negativen Konsequenzen für das Personal lösen ihrerseits den Widerstand des Betriebsrats (BR) aus, der sich in *Bargaining- und Widerstands-Spielen* zeigt (5.5.2.1, #14); ferner spielt der BR ein Co-

Management-Spiel (5.5.2.2, #15) und ein *Wählermaximierungs-Spiel* (5.5.2.4, #16). Das Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel der GF löst auch den Widerstand der (Chef-)Ärzt_innen aus, der sich im *Expertise-Spiel* (5.5.4.1, #17), im *Einflüster-Spiel* (5.5.4.2, #18) und im *Spiel der rivalisierenden Lager* (5.5.4.3, #19) manifestiert. Diesen Spielen begegnet die GF u. a. mit einem *Integrations-Spiel*, bezogen auf die Integration von Medizin und Ökonomie (5.5.4.4, #20). Zudem lösen die durch das Wettbewerbs- und das Daumenschraubenspiel ausgelöste Mittelknappheit, der daraus resultierende Überlebenskampf der Krankenhäuser und die darauf im Kontext des Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiels angestoßenen Veränderungsprozesse Verteilungskämpfe bzw. *Budget-Spiele* zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst aus (5.5.5.1, #21). Im Zusammenhang mit den Verteilungskämpfen finden überdies institutionalisierte Grabenkämpfe bzw. *Abgrenzungs-Spiele* zwischen Berufsgruppen und zwischen Fachabteilungen (5.5.5.2, #22) statt. Auf diese *Abgrenzungs-Spiele* reagiert die GF ebenfalls mit einem *Integrations-Spiel*, diesmal bezogen auf Berufsgruppen und Fachabteilungen (5.5.5.3, #23). Ferner finden *Integrations-Spiele* (5.5.6.1, #24) und *Abgrenzungs-Spiele* (5.5.6.2, #25) auch bezogen auf Krankenhäuser statt.

Rationalitäten. Bedingt durch eine hohe Komplexität der psychosozialen, normativen, autoritativ-administrativen, wirtschaftlichen und technischen strukturellen Bedingungen sowie durch die Akteursvielfalt, sind in kommunalen Krankenhäusern unterschiedliche Rationalitäten präsent. Das bedeutet, dass die Arena durch *Multirationalität* geprägt ist. Die Spiele verweisen insbesondere auf eine *politische*, *medizinische* und *ökonomische* Rationalität, wobei Letztere nach meinem Verständnis auch eine rechtliche und wirtschaftliche Rationalität umfasst (Abb. 15). Diese verschiedenen Rationalitäten können theoretisch und tendenziell einzelnen Akteuren zugeschrieben werden, wobei Akteure in der Realität i. d. R. in verschiedenen Rationalitäten beheimatet sind. Sehr vereinfacht formuliert, deutet die Analyse der Daten darauf hin, dass Politiker_innen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, Gewerkschaft und Betriebsrat tendenziell einer politischen Rationalität folgen, da die Regeln des politischen Handlungssystems besagen, dass Wähler_innen- bzw. Mitgliederstimmen erforderlich sind, um Einfluss nehmen zu können. Die patientennahen Berufsgruppen folgen tendenziell einer medizinischen Rationalität. Die Geschäftsführung folgt tendenziell einer ökonomischen, d. h. wirtschaftlichen und rechtlichen Rationalität. Zudem integriert die Geschäftsführung eine politische Rationalität, da diese über die Gesellschafterin und den Aufsichtsrat auf Krankenhausebene diffundiert, und die medizinische Rationalität, da die Geschäftsführung für

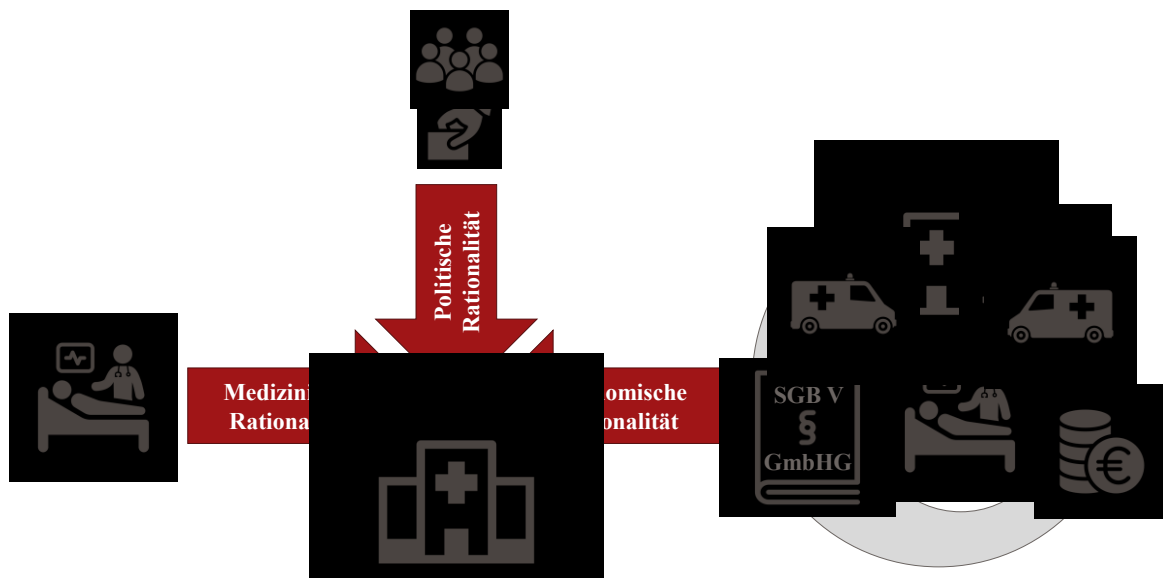


Abb. 15: Saliente Rationalitäten im kommunalen Krankenhaus (eigene Darstellung)

die Umsetzung von Veränderungen letztlich eine Balance zwischen wirtschaftlicher, rechtlicher, politischer und medizinischer Rationalität finden muss. Die Spiele verweisen auch auf Konflikte zwischen den Rationalitäten, v. a. zwischen ökonomischer und politischer (siehe Abschn. 5.4.3) sowie zwischen ökonomischer und medizinischer Rationalität (siehe auch Abschn. 5.5.3). Im Folgenden wird in das Geschehen auf einzelnen Spielfeldern und in einzelnen Spielen bzw. in einzelne Akte im Fluss des Geschehens eingetaucht.

5.3 Spielfeld I: Bundes- und Landesebene

Zunächst steht das erste Spielfeld, die Bundes- und Landesebene bzw. das Gesundheitswesen, im Fokus. In Abschnitt 5.3.1 sind als Grundlage für das Verständnis der Spiele zentrale strukturelle Bedingungen auf Bundes- und Landesebene dargestellt. Im Anschluss werden die Spiele der staatlichen bzw. staatsnahen Akteure erläutert: das *Wettbewerbs-Spiel* (5.3.2), das *Wählermaximierungs-Spiel* (5.3.3) und das *Daumenschrauben-Spiel* (5.3.4). Das Wettbewerbs- und das Daumenschrauben-Spiel lösen Überlebenskämpfe der Krankenhäuser und damit die Kritik betroffener Akteure aus. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern erleben durch diese Zwänge erhöhten Druck, was zur Folge hat, dass die Gewerkschaft mit einem *Widerstands-Spiel* reagiert (5.3.5). Dieses Spiel wird wiederum von anderen Akteuren kritisiert, was auf weitere Spiele, die mittelbar Einfluss auf das Geschehen nehmen, verweist: das *Mitgliedermaximierungs-Spiel* (5.3.6) und das *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* ver.di.s (5.3.7) sowie das *Gewinnmaximierungs-Spiel* der Ärzt_innen (5.3.8).

5.3.1 Strukturelle Bedingungen

Das gesundheitspolitische Spielfeld, vor dessen Hintergrund Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern (kKH) erfolgen, beeinflusst maßgeblich die Führung in Krankenhäusern, weil „Politik den Rahmen vorgibt“ (I17, PDL, 215). Wer die Frage des Personals angehen wolle, müsse sagen:

„ich will was wissen über Krankenhausfinanzierung. [...] dann kann ich [...] eine Aktivität in Richtung Bundesregierung starten. [...] [D]as ist zustimmungspflichtig durch den Bundesrat, [darum] muss ich gucken, dass ich in allen Ländern Bündnispartner auf der Ebene der Landesregierung gewinne. Und ich muss was verankern in den Betrieben, dass die Betriebsräte und das Personal informiert ist und unter Umständen sagt, wir sind auch bereit, öffentlich zu zeigen [...] dass wir hinter solchen Wünschen und Überlegungen unserer Organisation stehen“ (I6, GS, 123).

Da auf Bundes- und Landesebene zahlreiche Spielregeln definiert werden und ein Verständnis des Kontextes und der großen strukturellen Bedingungen (siehe Tab. 22) für das Verständnis des untersuchten Phänomens wichtig ist, werden die strukturellen Bedingungen im Folgenden erläutert. Diese stellen für die einen Akteure Ressourcen und für die anderen Zwänge dar.

Tab. 22: Zentrale strukturelle Bedingungen auf Bundes- und Landesebene

-
- 1) Komplexität und Kosten des Gesundheitswesens
 - 2) Organisation des Gesundheitswesens als Selbstverwaltung
 - 3) Starke ordnungspolitische Regulierung der Krankenhäuser, u. a. Finanzierung
 - 4) Überdurchschnittliche Strukturen und Kosten des deutschen Gesundheitswesens im OECD-Vergleich
-

Komplexität und Kosten des Gesundheitswesens. IPs vieler Akteursgruppen verweisen auf die Komplexität der Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens (I3, B, 255; I7, GF, 547; I31, GF, 149; I21, PDir, 130; I8, M, 123; I33, LR, 30; I2a, B, 56; I13, GF, 232). Die Komplexität führt einigen IPs zufolge dazu, dass das System nur von sehr wenigen Akteuren, auch bei langjähriger Systemzugehörigkeit, vollständig durchdrungen wird (I3, B, 255; I7, GF, 547; I13, GF, 232). Akteuren, die an Strukturerehalt interessiert sind, diene die Komplexität als Ressource, weil „die Undurchschaubarkeit von Strukturen ihnen ihre Existenz sichert“ (I6, GS, 203). Das Gesundheitssystem sei ein durch hohe Finanzvolumina „vermachtetes System“ (I10, GS, 204) bzw. „ein Lobbygeflecht mit zum Teil widerlaufenden Interessen“ (I3, B, 58) und zahlreichen einflussreichen Akteuren. Insbesondere niedergelassenen Ärzt_innen, d. h. Akteuren der ambulanten Versorgung, sowie Pharma- und Medizintechnikindustrie (Waren) wird von einigen IPs viel Macht zugeschrieben (z. B. I10, GS, 204; siehe ausführlicher weiter unten). Neben der ambulanten Versorgung und den Waren stellt die stationäre Versorgung einen wichtigen Teilbereich des Gesundheitswesens dar. Die Komplexität und die damit einhergehende Vermachtung führen manchen IPs zufolge dazu, dass Veränderungen, die eine

Veränderung dieser Machtverhältnisse implizieren, schwer zu realisieren sind (I3, B, 255; I10, GS, 204).

Wie bereits angedeutet, ist das Gesundheitswesen attraktiv für viele Akteure, auch finanziell. Mit 11,7% Anteil am BIP im Jahr 2018 (Statistisches Bundesamt, 2020) stellt das Gesundheitssystem einen wichtigen Wirtschaftszweig dar. Im Jahr 2018 flossen insgesamt 390,6 Milliarden €, das sind 4.712 € je Einwohner_in, und über eine Milliarde täglich, ins Gesundheitswesen (ebd.). Als Kostentreiber sehen einige IPs strukturelle Bedingungen und insbesondere die Fehlallokation von Ressourcen, v. a. die Trennung in ambulante und stationäre Versorgung und die doppelte Facharztschiene (z. B. I10, GS, 200; I9, GS, 356; I19, BR, 27; I3, B, 239; I7, GF, 551) oder, bezogen auf das Krankenhaus, die derzeitige Arbeitsorganisation und das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Pflegeschafft (I18, PDir, 59, 90, 373; siehe ausführlicher *Budget-Spiel* und *Abgrenzungs-Spiel* unter Abschn. 5.5.5.1 und 5.5.5.2).

In der Analyse wurde deutlich, dass die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen und ihre Verteilung von vielen Akteuren thematisiert werden, z. B. die Verteilung finanzieller Ressourcen zwischen den Leistungserbringenden (siehe ausführlicher z. B. *Widerstands-Spiel*, 5.3.5, Punkt 2). Zur Verdeutlichung sind die Kosten und ihre Verteilung im Folgenden kurz dargestellt, bezogen auf das Jahr 2018. Die Abbildungen zeigen, dass pflegerische/therapeutische Leistungen, Waren und ärztliche Leistungen (Abb. 16, dargestellt in Blautönen) sowie ambulante und stationäre Einrichtungen (Abb. 17, dargestellt in Rot- und Grüntönen) ungefähr gleich hohe Kosten verursachen.⁴¹ Größte Ausgabenträgerin war die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit rund 57% (Statistisches Bundesamt, 2020).

⁴¹ Die Abbildungen 16 und 17 wurden erstellt mit den Daten und auf den Seiten des Statistischen Bundesamts unter www.gbe-bund.de > Recherche nach Themen > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Gesundheitsausgabenrechnung > Gliederung nach Einrichtungen oder Leistungsarten.

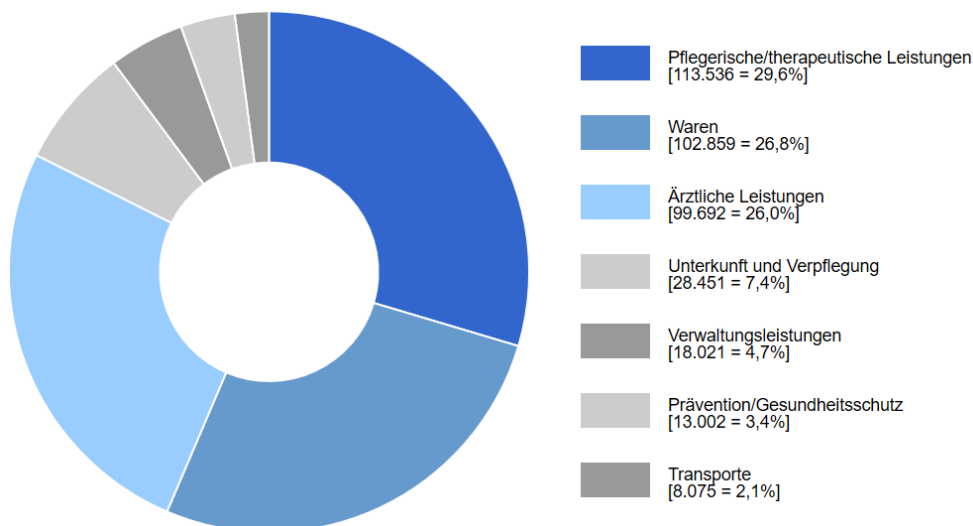


Abb. 16: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Millionen € 2018 nach Art der Leistung (Darstellung erstellt mittels Daten des Statistischen Bundesamts, 2020)

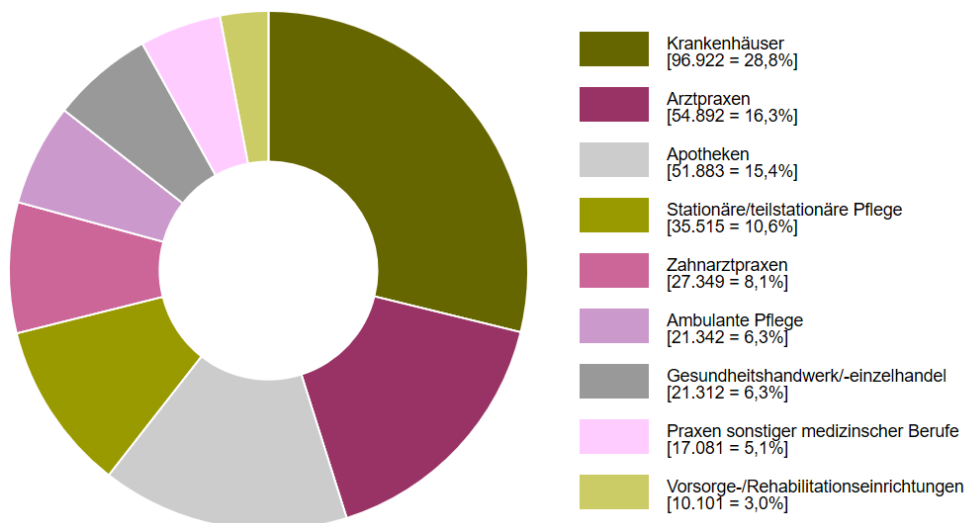


Abb. 17: Gesundheitsausgaben 2018 in Millionen € nach Art der Einrichtung (Darstellung erstellt mittels Daten des Statistischen Bundesamts, 2020)

Organisation des Gesundheitssystems – gemeinsame Selbstverwaltung. Das deutsche Gesundheitssystem ist nach dem Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung organisiert, d. h. in einem fest institutionalisierten Verhandlungssystem (Gerlinger & Noweski, 2012a). Eine IP beschreibt, dass die Selbstverwaltung die Akteure in einen Dialog zwingt und dazu, eine gemeinsame Lösung zu finden – dies sei zwar kostenintensiv, ermögliche aber auch Unabhängigkeit von der Politik und den jeweils amtierenden Parteien, da Politik nur als Rahmengerber agiere (I3, B, 241). Auch laut OECD gewährleistet das Prinzip der Selbstverwaltung einerseits, dass Entscheidungen aufgrund des Wissens der Akteure fachlich fundiert sind. Andererseits spiegeln die Entscheidungen oft die Interessen der Kostenträger und

Leistungserbringer wider und nicht immer die Interessen der Patient_innen oder der Allgemeinheit, weil die staatliche Kontrolle beschränkt ist und eine starke Abhängigkeit von Krankenkassen und Leistungserbringenden vorliegt – dies erschwert auch Reformen, die auf eine höhere Qualität und Effizienz abzielen (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2017, S. 15).

Das höchste entscheidungsbefugte Selbstverwaltungsorgan des Landes ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der G-BA definiert die regulatorischen Details der staatlichen Gesetzgebung in Form von Richtlinien und besteht aus Vertreter_innen von Verbänden der Krankenkassen, Ärzt_innen und Zahnärzt_innen und Krankenhäuser sowie drei unabhängigen Mitgliedern nebst Patientenvertretungen ohne Stimmrecht (ebd.). Die staatlichen Akteure regulieren das Verhalten der übrigen Akteure, indem sie Gesetze und Verordnungen verabschieden sowie die Einhaltung dieser Vorschriften überwachen (Gerlinger & Noweski, 2012a). Dabei beschränkt sich der Staat in vielen Fällen auf die Verabschiedung von Rahmenvorschriften und delegiert die Kompetenz zur Konkretisierung an korporatistische Verbände, z. B. an die gesetzlichen Krankenkassen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen. Daneben gibt es freie Verbände (ebd.). Die einflussreichsten Verbände sind die Verbände der Kostenträger⁴², die Ärzteverbände⁴³ und die Verbände der Krankenhausträger⁴⁴, während die Verbände der Pflegeberufe⁴⁵ nur geringen Einfluss haben, auch wenn sie mit Abstand die größte Gruppe im Gesundheitswesen darstellen (Simon, 2015). Der unterschiedliche Einfluss von Ärzte- vs. Pflegeverbänden resultiert aus dem politischen Gewicht eines Verbandes und einer unterschiedlichen Ressourcenausstattung, die insbesondere mit den Einkommen der vertretenen Interessengruppe korreliert (Simon, 2015). Hinzu kommt, dass die Pflege nicht im G-BA vertreten ist, was von einigen IPs aus der Pflege als problematisch angesehen wird, weil ihnen hierdurch eine zentrale Ressource in der Mitgestaltung der Rahmenbedingungen fehlt (I17, PDL, 252; I18, PDir, 209). Auch Patient_innen bzw. Patientenorganisationen haben aufgrund ihrer begrenzten Ressourcen nur wenig Einfluss (Gerlinger & Noweski, 2012b; vgl. Simon, 2015).

Ordnungspolitische Regulierung und Finanzierung der Krankenhäuser. Wie bereits angeklungen ist das Krankenhauswesen als ein Teil des Gesundheitswesens stark

⁴² Verbände der Kostenträger sind z. B. der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

⁴³ Verbände der Ärzt_innen sind v. a. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen mit Vertretungsmonopolen (Simon, 2015) sowie der Marburger Bund, eine Berufsgewerkschaft angestellter und beamteter Ärzt_innen (Gerlinger & Noweski, 2014a).

⁴⁴ Verbände der Krankenhausträger sind z. B. DKG, HKG, Klinikverbund Hessen e. V.

⁴⁵ Verbände der Pflegeberufe sind z. B. Pflegekammern, Berufsverbände (z. B. Berufsverbände der Gesundheitsfachberufe, Deutscher Pflegerat etc.) und die Gewerkschaft ver.di (DBfK, 2019).

ordnungspolitisch reguliert (z. B. I13, GF, 172; I7, GF, 292; I5, B, 127; I11, GF, 102), z. B. durch den Krankenhausplan der Länder, der vorgibt, welche Fachgebiete und Abteilungen ein Krankenhaus betreiben darf (I7, GF, 294) oder die DRG-Vergütungssystematik, sodass bspw. Produktentwicklung nur schwer und Preisgestaltung nicht möglich ist (I5, B, 127). Das Krankenhauswesen ist durch Bundes- und Landesrecht geregelt und wird in der Praxis durch die Bundesländer und Krankenkassen dominiert (Wabnitz, 2013, S. 337). Die IPs nehmen insbesondere auf das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V), das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und deren Reformen, v. a. die Einführung der DRGs und das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sowie das Hessische Krankenhausgesetz (HKHG 2011) Bezug. Auch wird auf die stetige Veränderung der Rahmenbedingungen verwiesen, z. B. durch häufige Reformen, Neurestriktionen sowie die Auf- und Abwertungen von Leistungen im Vergütungssystem (I11, GF, 102), die stetige und zügige Veränderungen auf Ebene der Krankenhäuser erfordern (z. B. I22, GF, 30; I31, GF, 13; I2a, B, 22; I13, GF, 18; I27, GF, 17). Auch Führung wird dadurch entsprechend anspruchsvoll, da die GF und die Direktionen die nicht immer von allen Akteuren gleichermaßen nachvollzogenen Veränderungen den Aufsichtsgremien und den nachgeordneten Führungskräften und Beschäftigten vermitteln müssen (I11, GF, 102; I21, PDir, 128). So beschreibt bspw. eine Pflegedirektion, dass die Abwertung bestimmter Leistungen auf Ebene der Beschäftigten Frustration und Geringschätzung auslöse (I21, PDir, 128).

Alle Akteure im Kontext des Krankenhauses sind den gesetzlichen Normen unterworfen. Dennoch zeigt sich in der Analyse der Daten, dass einige Akteure ihr Handeln stärker an diesen Normen ausrichten als andere. Die Bundes- und die Landespolitik, selbst Akteure, erlassen die Gesetze bzw. setzen sie teilweise um. Für Geschäftsführungen scheinen diese Normen vielfach zwingend und handlungsleitend zu sein und auch als Legitimation zu dienen, während andere Akteure, wie die politische Gesellschafterebene und die patientennahen Berufsgruppen, stärker von anderen Normen, z. B. der Gemeindeverfassung oder der Berufsordnung, geleitet zu sein scheinen. Dies wird in der Beschreibung der Spiele an späterer Stelle noch deutlicher.

Ein wichtiger rechtlicher Aspekt ist die Infrastrukturverantwortung für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und sparsam wirtschaftenden Krankenhäusern. Diese obliegt den Ländern; dabei können den kommunalen Gebietskörperschaften durch Landesrecht Aufgaben im Bereich der Krankenhausversorgung zugewiesen werden (Wabnitz, 2013, S. 339). In Hessen ist die tatsächliche Arbeitsteilung einer IP aus dem Landesministerium (HMSI) zufolge dann so geregelt, dass das HMSI die

Rahmenbedingungen, Fördergelder u. Ä. bereitstellt, und die Landkreise, die Städte und die Gemeinden in der Pflicht sind, die Krankenhäuser zu betreiben, d. h., Letzteren obliegt der Sicherstellungsauftrag bzw. die „Sicherstellungsverpflichtung“ (I8, M, 93) für die stationäre medizinische Versorgung (vgl. § 3 Abs. 2 HKHG). Die Frage, wer „die finanziellen Lasten zu tragen hat“, scheint einem/r Oberbürgermeister_in zufolge jedoch nicht eindeutig geklärt, da diese „Auseinandersetzung zwischen Land und Kommunen“ seit mindestens 50 Jahren stattfindet und sich in den letzten Jahren zunehmend verschärft habe (I30, OB, 19). In Hessen sei es so, dass die Kommunen über die „kommunale Krankenhausumlage“ zu einem maßgeblichen Teil indirekt an der Investitionsfinanzierung beteiligt sind (I30, OB, 50; vgl. DKG, 2017).⁴⁶ Die Sicherstellungsverpflichtung ist von großer Bedeutung für hessische Kommunen: Wenn bspw. eine freigemeinnützige oder private Trägerin eines Krankenhauses entscheidet, dieses nicht weiter zu betreiben, weil es sich im Kontext neuer Regulierungen nicht mehr gewinnbringend betreiben lässt, so sind die Kommunen verpflichtet, dieses Krankenhaus zu betreiben, sofern es für die Bedarfsdeckung erforderlich ist (I8, M, 93) und, falls nötig, aus dem Kommunalhaushalt zu subventionieren. Aus diesem Grund verweisen manche IPs auf das Risiko für Länder und Kommunen, wenn die Politik den Markt sich selbst überlässt, statt aktiv die vorhandenen Steuerungsinstrumente wie den Krankenhausplan und die Investitionsförderprogramme zu nutzen: Schon heute suche sich „ein privater Träger wirtschaftlich sehr lukrative Bereiche raus [], die ihn dazu bringen, dass er wirtschaftlich überlebensfähig ist und sogar wahrscheinlich ganz profitabel“ (I30, OB, 69). Perspektivisch „wäre es fatal, wenn die Politik [...] den privaten Krankenhausträgern die gewinnträchtigen und einnahmeträchtigen Segmente der medizinischen [] Versorgung [überlassen würde] [...] und die öffentlichen Krankenhäuser [] den Rest machen und [] sich nach der Decke strecken [müssen]“ (I6, E, 6). Es bestehe das Risiko, dass Gewinne privatisiert und Verluste sozialisiert werden, wenn „am Schluss die öffentlichen Häuser die teuren, nicht rentablen Krankheiten machen, die privaten die anderen“ (I10, GS, 6). Als denkbares Szenario wird skizziert, dass „der private Träger [...] in die Kommune [kommt] und sagt: ‚Das Haus rechnet sich für mich nicht, ihr habt die Wahl, ich mache zu, ihr müsst es selber betreiben, ein neues bauen. [...] Oder aber eine viel bessere Lösung. Ihr zahlt mir was dazu‘“ (I10, GS, 8). Als potenzielle weitere Entwicklung, die mit Kapitalismus im Krankenhaussystem einhergehen könne, seien „Gewinnoptimierungsstrategien“ (I10, GS, 10), z. B. „Finanzinvestorenkonzepte“, in denen Fachbereiche und Leistungen nach Profitabilität gebündelt, profitable Bereiche als Cashcow

⁴⁶ Dies ist aber nicht in allen Bundesländern der Fall, da das Aufbringen der Fördermittel länderspezifisch geregelt ist (DKG, 2017; vgl. Wabnitz, 2013).

behalten und nicht profitable Bereiche veräußert werden (I10, GS, 9). Überdies wird die Verbindung von privaten Krankenhausketten und Warenherstellern kritisch betrachtet: „Helios als größte Kette gehört Fresenius. Der größte Aktionär in Rhön ist Braun Melsungen, als direkter Konkurrent von Fresenius“ (I9, GS, 312). Eine Entwicklung hin zu mehr Privatisierung und einem Oligopolmarkt sei denkbar, und dann bestünde die Gefahr, dass die Krankenhauslandschaft bzw. die Daseinsvorsorge im Allgemeinen durch die Interessen der Industrie bzw. „von Konzernen bestimmt [wird], die eher ein Interesse haben, Pharma oder Medizingeräte zu verkaufen“ (I9, GS, 343, vgl. 312).

Eine herausgehobene Rolle in den rechtlichen Normen spielt auch die Krankenhausfinanzierung, die maßgeblich durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) gestaltet wird. Die Finanzierung wird als starke Herausforderung (z. B. I23, CA, 223) betrachtet und die finanzierenden Akteure (Landesministerium, Krankenkassen) von zahlreichen Akteuren (z. B. I28, GF, 16) als entsprechend einflussreich beschrieben (siehe ausführlicher *Daumenschrauben-Spiel* Abschn. 5.3.3 und *Budget-Spiel* Abschn. 5.5.1.2). Wie eingangs im Zitat erwähnt, ist es unabdingbar, die Grundzüge der Krankenhausfinanzierung nachzuvollziehen (Abb. 18). Diese erfolgt nach dem dualen Prinzip, über die Investitionskostenfinanzierung und die Betriebskostenfinanzierung.

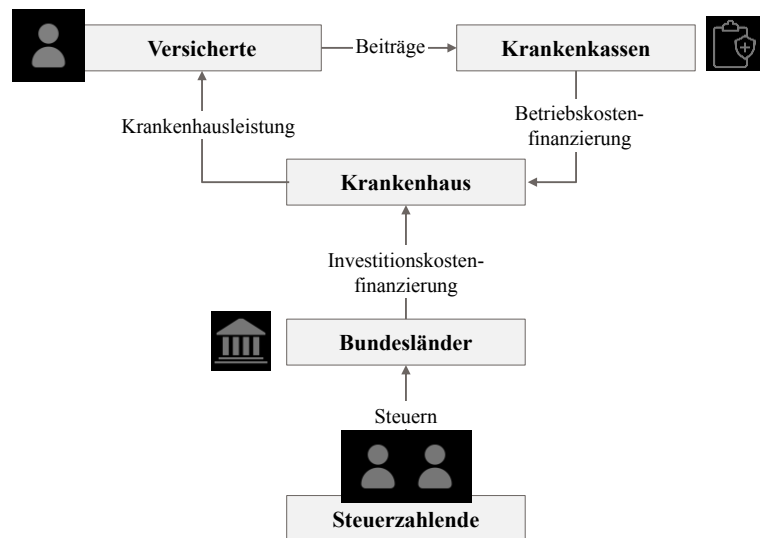


Abb. 18: Duale Krankenhausfinanzierung (in Anlehnung an Ortenau Klinikum, 2019)

Die Investitionskosten bzw. -mittel⁴⁷ werden über Steuern erwirtschaftet und vor allem über das Land und teilweise durch den Bund ausgeschüttet (Heinemann et al., 2012). Die Länder sind verpflichtet, Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen (§ 6 Abs. 1 KHG), um die Bevölkerung bedarfsgerecht mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu versorgen (§ 1 KHG). Die

⁴⁷ Investitionskosten bzw. -mittel beziehen sich auf baubezogene Kosten, etwa für Neu-, Um- und Erweiterungsbauten, sowie die Kosten der Beschaffung und Unterhaltung der Anlagegüter wie etwa Betten, medizinische Geräte und sonstige Einrichtungsgegenstände (§ 2 Nr. 2 KHG).

Betriebskosten bzw. -mittel⁴⁸ werden über die nahezu paritätischen Beiträge der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden erwirtschaftet und über die Krankenkassen ausgeschüttet. Da die Daseinsvorsorge solidarisch getragen wird und ein Anstieg in den Gesundheitsausgaben perspektivisch zu einer höheren Steuerlast und höheren Beitragsabgaben durch die Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden führt, ist Beitragsstabilität (§ 71 SGB V) ein zentrales Interesse (Heinemann et al., 2012). Die Beitragsstabilität wird von einigen IPs kontrovers diskutiert. Während manche IPs darauf verweisen, dass das Geld nicht unbegrenzt sei, weil es von den Beitrags- und Steuerzahlenden aufgebracht werden müsse (z. B. I26, PDir, 77), sehen andere kritisch, dass der Beitragssatz der Krankenkassen als „Heilige Kuh“ behandelt werde (I32a, LR, 145; I6, E, 5), und fordern, sich davon zu trennen, dass mit diesem Satz alles bezahlt werden müsse (I32a, LR, 145), bzw. diesen zu erhöhen (I3, B, 251), mit der Begründung, dass Gesundheit „das höchste Gut“ sei (I3, B, 251). Dies verdeutlicht, wie auch einige IPs formulieren, dass es letztlich ein politischer Aushandlungsprozess ist, wie viele Ressourcen in das Gesundheitswesen bzw. in Krankenhäuser als einen Teilbereich fließen (I6, E, 5, 186; I26, PDir, 77).

Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Eine Erweiterung der Perspektive auf Europa zeigt, dass die Gesundheitsausgaben im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hoch sind und EU-weit den größten Teil am Bruttoinlandsprodukt ausmachen (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2017). Bezogen auf den Zugang zu Leistungen und ihre Qualität bietet das deutsche Gesundheitssystem „einen großzügigen Leistungskatalog, ein hohes Niveau an Gesundheitsleistungen und einen guten Zugang zur Gesundheitsversorgung“ (ebd., S. 3). Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben erfolgt in Deutschland am stärksten aus öffentlichen Geldern (84,5 %), sodass die finanziellen Eigenleistungen mit 12,5 % unterdurchschnittlich sind (ebd., S. 1). Bezogen auf strukturelle Kapazitäten hat Deutschland überdurchschnittlich viel ärztliches Personal und Krankenpflegepersonal, mit steigender Tendenz. Gleichzeitig hat Deutschland mit 58 % über dem europäischen Durchschnitt mehr Krankenhausbetten pro Einwohner als jedes andere EU-Land und eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen⁴⁹ (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2017). Aufgrund der überdurchschnittlichen Bettenkapazitäten und ebenfalls

⁴⁸ Betriebskosten bzw. -mittel beziehen sich auf Instandhaltungs-, Sach-, und Personalkosten und können „nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten“ (§ 4 KHG).

⁴⁹ Die Zahl der ambulanten Kontakte ist unter den höchsten in der EU, die Zahl der stationären Aufenthalte ist die zweithöchste nach Österreich.

überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen besteht trotz der überdurchschnittlichen Personalanzahl letztlich eine „relativ geringe“ Personal-am-Bett-Quote der Ärzt_innen und „eine der niedrigsten“ Personal-am-Bett-Quoten der Krankenpfleger_innen EU-weit (ebd., S. 7). Im stationären Bereich ist die Effizienz der Leistungserbringung auf individueller Ebene verhältnismäßig gut mit relativ geringen Fallkosten; die überproportionale Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen deutet aber auf eine Überversorgung hin und lässt Zweifel am effizienten Gebrauch von Ressourcen aufkommen (ebd., S. 14).

Eine IP stellt die Güte dieser Zahlen allerdings in Frage, und im Rahmen einer differenzierten Betrachtung unterschiedlicher Perspektiven wird auch dieser Kritik hier Beachtung geschenkt, weil sie auf wichtige Aspekte hinweist. Der IP zufolge sind diese Zahlen teilweise „falsch“, weil in der OECD-Betrachtung in Deutschland Rehakliniken mit einbezogen werden und wichtige Parameter wie das überdurchschnittliche Alter der deutschen Bevölkerung – und damit einhergehend eine höhere Morbidität und eine stärkere Inanspruchnahme von Leistungen – nicht berücksichtigt sind (I8, M, 18, 148 f.). Auch in Bezug auf die Sterblichkeit in den Ländern müsse man differenziert schauen:

„Wir hören immer von Schweden, dass es unendlich weite Wege sind []. Da ist die Herzinfarktsterblichkeit viel geringer. Ja, weil, die schweren Fälle sterben schon, bevor sie in das Krankenhaus kommen“ (I8, M, 162).

Dennoch sei nicht zu „leugnen, dass wir immer noch Strukturprobleme“ und „zu viele einzelne Krankenhäuser auch im Gegensatz zu anderen Ländern“ hätten (I8, M, 151).

Unabhängig von der Güte der Daten ist die Überzeugung mit Argumenten, die auf Zahlen, Daten und Fakten basieren, eine wirksame Einflusstechnik (Yukl, 2011) und aus politikorientierter Perspektive zentral, weil die Definition des Problems die Lösungen bereits vorstrukturiert (vgl. Crozier und Friedberg, 1993, S. 227). Die Analyse der Daten zeigt, dass verschiedene Akteure unterschiedliche Teile dieser aber auch anderer Studien als Ressource nutzen, um ihrer Definition des Problems Gewicht zu verleihen und das Handlungsfeld in ihrem Sinne zu strukturieren, wie in den folgenden Abschnitten im Kontext der Spiele deutlicher werden wird.

5.3.2 Wettbewerbs-Spiel der Gesundheitspolitik

Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass auf bundes- bzw. gesundheitspolitischer Ebene ein *Wettbewerbs-Spiel* (#1) gespielt wird. Im diesem Spiel werden wirtschaftliche Anforderungen definiert und Vergleiche gezogen, z. B. zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaften innerhalb Deutschlands oder von deutschen Krankenhäusern im Vergleich mit Krankenhäusern in anderen OECD-Ländern. Der Name des Spiels basiert auf

den Aussagen unterschiedlicher IPs, denen zufolge die Krankenhauslandschaft seit ca. fünfzehn Jahren als Wettbewerb organisiert ist (I2a, B, 32; vgl. z. B. I11, GF, 35; I10, GS, 243; I12, LR, 45; I30, OB, 7; I13, GF, 18). Die Spielenden stehen in Konkurrenz zueinander. In den Interviews wird deutlich, dass die Regeln des Spiels besagen, dass Wirtschaftlichkeitspotenziale gehoben werden müssen und jene gewinnen, die am wirtschaftlichsten agieren (z. B. I22, GF, 314; I21, PDir, 122). Eine Geschäftsführung beschreibt die „politische Großwetterlage“ dahingehend, dass die Politik der Meinung sei, „dass es zu viele Krankenhäuser gibt und dass eine Konsolidierung des Marktes erforderlich ist“ – dies stehe seit vielen Jahren im Raum und sei der maßgebliche Treiber für Veränderungen (I13, GF, 217; vgl. I21, PDir, 126).

Initiierende Akteurin ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Ihr Interesse ist es, den Gesetzen (v. a. SGB V, KHG) entsprechend eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Bürger_innen zu gewährleisten, langfristig den Satz der Beitragsstabilität zu wahren und das System solidarisch finanzierbar zu halten. Um diese Interessen zu realisieren, nutzt das BMG mit Unterstützung anderer staatlicher und staatsnaher Akteure die in Tabelle 23 dargestellten Ressourcen und Strategien. Diese werden hier anschließend erläutert.

Tab. 23: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Bundesministeriums für Gesundheit im Wettbewerbs-Spiel (#1)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Gesetzgebungskompetenz	1.) Gesundheitsreformen erlassen, die auf Strukturwandel abzielen, z. B. Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems (DRG-System); Betonung unternehmerischer Werte (z. B. Wirtschaftlichkeit)
Z: Soziale Aspekte (z. B. demografischer Wandel)	2.) Argumentation der Notwendigkeit (über Kostenanstieg aufgrund sozialen Bedarfs bei Rückgang der Finanzierung)
Rechtliche Normen, z. B. Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) und Beitragsstabilität (§ 71 SGB V)	3.) Umsetzung der Gesetzgebung; Legitimation über geltendes Recht; Forderung, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und Kostensteigerungen zu vermeiden; Argumentation über soziale Finanzierbarkeit („Beitragsstabilität muss gewahrt bleiben“)
ZDF und Benchmarks aus Studien, Fernsehbeiträge	4.) Bezugnahme auf bestehende Studien, Anfertigen neuer Studien und Anregen öffentlicher Diskurse; Erfordernis und Nutzen betonen
Wirtschaftlicher Erfolg von Krankenhäusern in privater Trägerschaft; Denkschemata wie ‚Es gibt Wirtschaftlichkeitsreserven‘	5.) Erhöhung des Anteils von Krankenhäusern in privater Trägerschaft

Erstens hat das BMG mit der Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems, dem Diagnoses-Related-Groups-(DRG)-System, die bis dahin übliche Vergütung über krankenhausesindividuelle Pflegesätze, die je Tag eines

Krankenhausaufenthaltes zu zahlen waren, abgelöst⁵⁰ (BMG, 2019b), und somit das Wettbewerbs-Spiel eingeleitet. Durch dieses Finanzierungs- und Anreizsystem wurden in der Versorgungslandschaft marktähnliche Mechanismen geschaffen und die Steuerung über einen Leistungs- und Verhaltenswettbewerb eingeleitet (Offermanns, 2011), was von mancher IP als zentrale strukturelle Bedingung beschrieben wird (z. B. I6, E, 188). Durch den damit einhergehenden Wechsel von einer Ressourcen- bzw. Input-Steuerung zu einer Leistungs- und Ergebnissteuerung werden alte Bürokratiestrukturen durch Konzepte, die unter „New Public Management“ subsumiert werden können, abgelöst (Offermanns, 2011). Unternehmerische bzw. privatwirtschaftliche Strategien sind im Kontext des Wettbewerbs-Spiels zielführend und somit rational. Mit dem Strukturwandel einhergehend ist eine stärkere Betonung unternehmerischer Werte wie Wirtschaftlichkeit und Effizienz, was sich in zahlreichen Interviews (z. B. I22, GF, 314) – teils als Kritik (z. B. I10, GS, 63) – widerspiegelt. Basierend auf seiner Gesetzgebungskompetenz hat das BMG weitere Gesundheitsreformen erlassen, die auf einen Strukturwandel abzielen, um eine bedarfsgerechte, qualitative und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen, z. B. das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG, 2016).⁵¹

Zweitens betonen Autor_innen aus der Gesundheitsforschung mit Blick auf die Zukunft, dass die Kosten im Gesundheitswesen bei gleichbleibenden Strukturen und konstantem Inanspruchnahmeverhalten seitens der Bevölkerung aufgrund gesamtgesellschaftlicher Faktoren, wie einem Rückgang der Erwerbsbevölkerung, einer zunehmenden Zahl an chronischen Erkrankungen, einer abnehmenden Qualität der sozialen Netze und damit eines Rückgangs der Familien- und Nachbarschaftshilfe, weiterhin ansteigen werden (Heinemann et al., 2012; Manzei et al., 2014; Offermanns, 2011). Dies führe entweder zu einer Erhöhung der Beitragssätze oder zu einer Reduktion des Leistungskatalogs (Heinemann et al., 2012). Folglich wird seit einigen Jahren versucht, die Kosten im Gesundheitssystem zu regulieren bzw. die Effizienz des Systems zu erhöhen und übermäßige Strukturen, d. h. Krankenhäuser, Betten und Leistungen zu konsolidieren (Schmidt-Rettig & Oswald, 2017), wie auch eine IP beschreibt:

⁵⁰ Einzelheiten der Vergütung der somatischen DRG-Krankenhäuser sind im KHG, im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und in der Fallpauschalenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner geregelt (BMG, 2019b). Die Einführung und Entwicklung der Entgeltsysteme obliegt den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV) (BMG, 2019b).

⁵¹ Weitere wichtige Reformen, die die Spielregeln und damit die Strukturierung des Handlungsfeldes maßgeblich ändern, sind die Pflegepersonaluntergrenzen in vier pflegesensitiven Krankenhausbereichen (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie) ab dem 1. Januar 2019 (BMG, 2019c), die Personaluntergrenzenverordnung (PpUGV) (Bundesgesetzblatt, 2018) sowie das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), das ab dem 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist (BMG, 2018) und bisher noch in einer Entwurfsfassung besteht (BMG, 2019a). Da diese Reformen erst nach Durchführung der Interviews erlassen wurden, werden sie in dieser Arbeit nicht weiter vertieft.

„Seit Jahren geistert die Bereinigungstheorie und Verdichtung von Strukturen umher, findet auch schon statt, geht aber deutlich langsamer, glaube ich, als alle vor 10 Jahren vermutet haben“ (I1b, B, 36).

Drittens verpflichten rechtliche Normen Krankenhäuser, die Bevölkerung bedarfsadäquat mit ausreichenden, zweckmäßigen, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungen zu versorgen (§ 1 KHG). Diese Normen dienen staatlichen Akteuren, aber auch anderen, die die Normen als Legitimation verwenden, als Ressource. Krankenkassen, Leistungserbringende und Versicherte sind gezwungen darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 SGB V). Das Wirtschaftlichkeitsgebot besagt, dass die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen und „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten [dürfen]. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“ (§ 12 SGB V). Diese rechtlichen Normen verdeutlichen, dass Versicherte Anspruch auf eine Grundversorgung, nicht aber auf eine maximale, staatlich getragene Gesundheitsversorgung haben (Kersting, 2002, S. 39). Der Zwang zur Wirtschaftlichkeit wird durch die Verpflichtung zur Beitragsstabilität (§ 71 SGB V) weiter verstärkt. Um die Beitragsstabilität langfristig zu wahren, sollen die beteiligten Akteure Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen und Kostensteigerungen vermeiden, solange die notwendige medizinische Versorgung gewährleistet werden kann (ebd.). Die gesetzlichen Normen sind somit gerechtigkeithethisch untermauert, damit die Gesundheitsleistungen auch in Zukunft über die sozialen Sicherungssysteme, d. h. die Sozialabgaben der Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden, finanziert werden können.

Viertens nehmen staatliche Akteure auf bestehende Studien (z. B. auf die unter 5.3.1 vorgestellte OECD-Studie) Bezug und es werden Studien angefertigt, in denen Herausforderungen, Ursachen, mögliche Lösungen und positive Effekte eines Strukturwandels thematisiert und Vergleiche im Sinne von Benchmarking gezogen werden; zudem wird ein öffentlicher Diskurs angeregt. Ein starkes mediales Echo und viel Widerstand (für ein Beispiel siehe FAZ-Beitrag von Becker & Schrörs, 2019) hat etwa die ‚Bertelsmann-Studie‘ zu einer zukunftsfähigen Krankenhausversorgung (Loos et al., 2019) ausgelöst, die nicht nur in Fachkreise, sondern bis in die breite Gesellschaft vorgedrungen ist und z. B. in Fernsehbeiträgen wie „Krankenhäuser schließen – Leben retten?“ (ARD, 2019) diskutiert wurde. Böcken (2019) hebt in seiner Beschreibung der Bertelsmann-Studie explizit die Herausforderungen der derzeitigen stationären Versorgung (z. B. Komplikationen, Todesfälle, Fachkräftemangel), Ursachen (z. B. zu viele und zu kleine Krankenhäuser mit zu wenig Erfahrung, unzureichende Ausstattung), mögliche Lösungen (z. B. Verringerung der

Klinikanzahl, Fokus auf Qualitätskriterien und nicht primär auf schnelle Erreichbarkeit) und die daraus entstehenden Gewinne (bessere Qualität der Versorgung, bessere Ausstattung, Engpässe bei Ärzt_innen und Pflegekräften mildern) hervor und nutzt ebenfalls den Ländervergleich (siehe 5.3.1, Punkt 4) in der Argumentation:

„Tatsächlich zeigt der Blick ins Ausland, dass es Potenzial für eine Verringerung der Klinikanzahl gibt. Deutschland weist im internationalen Vergleich im Durchschnitt mehr medizinisches Personal pro Einwohner auf als vergleichbare Länder, aber weniger pro Patient. Diese paradoxe Situation liegt daran, dass in der Bundesrepublik viel mehr Patienten in Krankenhäusern versorgt werden als im Ausland. Wie Untersuchungen ergaben, müssten rund ein Viertel der heute in deutschen Kliniken behandelten Fälle nicht stationär versorgt werden“ (ebd., o. S.).

Auch dem Gesundheitsökonom Busse (2017; vgl. Busse et al., 2016) zufolge ist die Ursache der Probleme nicht in den Finanzen zu sehen, sondern in der Überkapazität. Seine Lösung ist eine strukturelle Veränderung des gesamten Marktes nach dänischem Vorbild: Dort gibt es 330 statt knapp 2.000 Krankenhäuser, mit einer Dichte von einer Klinik auf 250.000 Einwohner, was vielerorts den Landkreisgrößen entspricht. Dabei wäre offenzulegen, wie die Häuser ausgestattet sind und wie lang die Fahrtzeiten wären, wenn statt eines kleinen ein großes Krankenhaus in der Mitte des Landkreises stünde. So gehe es nicht darum, ein kleines Haus zu schließen und ein anderes weiter zu betreiben, sondern darum, an zentraler Stelle ein neues zu bauen. Dies würde Probleme wie Überkapazitäten, fehlende Zentralisierung bei Häusern, Personalmangel und die teils geringere Qualität lösen. In ähnlicher Manier drängt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) auf den Abbau von Überkapazitäten (siehe z. B. in Laschet, 2018). Durch den Abbau von Krankenhauskapazitäten und die Konzentration von Kliniken würden die Effizienz und die Qualität der Leistungen steigen (ebd.).

Fünftens wird das Wettbewerbs-Spiel auch durch die Struktur der Krankenhauslandschaft verstärkt. Eine IP beschreibt, dass die Politik den Krankenhäusern, weil diese „reformunfähig“ waren, vor einigen Jahren die „Wettbewerbspeitsche“ gegeben habe, indem man „private Managementgesellschaften in die Krankenhäuser“ geholt habe (I10, GS, 170). Heute stellen Krankenhäuser bzw. Krankenhausketten in privater Trägerschaft bundesweit rund ein Drittel der Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt, 2018a). Einer IP zufolge, die zuvor bei einem privaten Träger tätig war, würden Krankenhäuser in privater Trägerschaft in einigen Regionen Rendite bis zu 15 % erwirtschaften, weil die dortigen Akteure mit dem Personal „alles machen“ könnten und wirtschaftlicher Erfolg mit Karriere belohnt werde (I22, GF, 49). Auch andere IPs beschreiben, dass private Gesellschafter eine Marge bis zu einem EBITDA (I9, GS, 295) bzw. mittlerweile einem EBIT von 15% vorgeben (I10, GS, 17). Damit vermitteln die privaten Wettbewerber, dass Krankenhäuser nicht nur bedarfs-, sondern sogar erwerbswirtschaftlich zu führen sind und bestätigen Deutungsschemata wie ‚es gibt

Wirtschaftlichkeitsreserven in Krankenhäusern‘ oder ‚Krankenhäuser können wirtschaftlich geführt werden‘. Eine Geschäftsführung verdeutlicht, dass der wirtschaftliche Erfolg der privaten Wettbewerber im System Regeln für alle setzt, indem er zeigt, dass

„eine Anpassung an die veränderten Bedingungen auf der einen Seite möglich ist und auf der anderen Seite [...] ALLE Beteiligten auch dazu [zwingt], diese Anpassungen vorzunehmen“, da „inzwischen [] jeder als Geschäftsführung diesen Maßstäben [unterliegt], weil sie sich branchenweit als Benchmark oder Standard etabliert haben“ (I13, GF, 18, 27).

Für kKH löst das Wettbewerbs-Spiel Druck und massiven Veränderungszwang aus, wie in den weiteren Ausführungen noch deutlicher werden wird.

Kritik am Wettbewerbs-Spiel. Das zentrale Interesse der Bundes- bzw. Landespolitik, Strukturen zu konsolidieren, wird von einigen IPs aus Kommunalpolitik, Gewerkschaft und Krankenhaus nachvollzogen und teilweise für richtig befunden (I30, OB, 84; I9, GS, 22; I26, PDir, 76; I21, PDir, 69, 122; I8, M, 151) – aus wirtschaftlichen Gründen, aber auch, um die Qualität zu verbessern (I9, GS, 346) und eine Linderung des Fachkräftemangels zu erwirken (I9, GS, 346; I26, PDir, 76; I21, PDir, 311). Dennoch erfolgt auch Kritik an den Strategien, Instrumenten und Konsequenzen, wie im Folgenden kurz dargestellt wird: Es werde der demografische Wandel, der zu einem Anstieg bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die ältere Bevölkerung führe, unzureichend berücksichtigt (I8, M, 178). Überdies wird beschrieben, dass der Druck zur Leistungssteigerung bzw. der finanzielle Steuerungsmechanismus „überflüssige“ Leistungen in Krankenhäusern bedinge (I8, M, 18) und Fehlanreize auslöse, z. B. aufgrund von Bewertungen im DRG-System, die höher sind als der Aufwand der Leistung:

„Warum explodiert in einem Krankenhaus [...] nach einem Chefarztwechsel die Versorgung von Kniegelenken? Haben plötzlich extrem viele Leute in diesem Landkreis etwas mit ihren Knien? Oder nicht?“ (I6, GS, 188).

Derartige Fehlanreize im Vergütungssystem würden aber nicht damit abgeschafft, dass man jedes zweite Krankenhaus schließe – niemand wisse, ob dann nicht „eher die lebensnotwendigen Behandlungskapazitäten fehlen und der Mist immer noch gemacht wird“ (I8, M, 180), hierfür müsse man am Vergütungssystem ansetzen⁵² (I8, M, 181). Überdies seien die mit dem *Wettbewerbs-Spiel* einhergehende Leistungsverdichtung (I17, PDL, 222) und der Druck auf das Personal in diesem System hoch (I26, PDir, 35; I17, PDL, 224; I31, GF, 30). Die Rahmenbedingungen, insbesondere der Abbau von Kapazitäten, erzeugen einigen IPs zufolge ein „Ohnmachtsgefühl“ und führen zu Verdrossenheit und Abwanderung des medizinischen

⁵² Dem wurde in Ansätzen begegnet im Krankenhausstrukturgesetz: So wurde in der Krankenhausreform versucht, am Vergütungssystem anzusetzen, indem „überflüssige Dinge [] weniger lukrativ“ gemacht wurden; durch die Abwertung bestimmter Leistungen, Stärkung personalintensiver Eingriffe (statt der sachkostenlastigen Eingriffe) und Zweitmeinungsverfahren (I8, M, 181).

Personals (I23, CA, 37; vgl. z. B. I21, PDir, 80) bzw. würden seitens der Gewerkschaften als Grund für Fachkräftemangel angeführt, da Menschen zunehmend weniger Interesse hätten, unter diesen Bedingungen medizinische Berufe zu ergreifen (I2a, B, 88). Ferner verweisen einige IPs auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer starken Strukturkonsolidierung, weil es dafür „keine Mehrheit“ gebe (I9, GS, 343) bzw. die Forderung politikfern (I10, GS, 198) und „nicht realistisch“ sei, weil plurale Interessengruppen beteiligt seien (I3, B, 268). Widerstand sei z. B. zu erwarten von Angestellten, der lokalen Bevölkerung (I3, B, 269), der Gewerkschaft (I9, GS, 21) und der Kommunalpolitik (I26, PDir, 76), was bereits auf einige Spiele verweist, die im weiteren Verlauf des Ergebnisteils dargestellt werden.

5.3.3 Wählermaximierungs-Spiel der Bundes- und Landespolitik

Allgemein löst die Art der Umsetzung die Kritik vieler betroffener Akteure aus. Dies verweist auf weitere Strategien (Tab. 24) der staatlichen Akteure und deutet darauf hin, dass auf Bundes- und Landesebene ein *Wählermaximierungs-Spiel* (#2) (in Anlehnung an Bogumil & Kibler, 1998b) gespielt wird. Die bezifferten Punkte in der Tabelle werden im Anschluss kurz erläutert, die mit Quellen versehenen nicht.

Tab. 24: Strukturelle Bedingungen und Strategien von Bundes- und Landespolitik im Wählermaximierungs-Spiel (#2)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Z: mangelndes Verständnis des Finanzierungssystems	1.) Vermeidung eines gesamtgesellschaftlichen Dialogs bzw. einer Auseinandersetzung
Z: Politische Macht erfordert Mehrheiten	
Z: gesellschaftliches Denkschema: direktive Strategien, d. h. staatliche Lenkung und Planung, nicht erwünscht	2.) Vermeidung von Entscheidungen, Führen eines undifferenzierten Wettbewerbs, Delegation schwieriger Entscheidungen auf Krankenhausebene
Landeskrankenhausplanung	3.) Undifferenzierte Nutzung von Instrumenten wie dem Krankenhausplan
Z: Haftungs- und Kostenprobleme, wenn genehmigter Krankenhausplan verändert wird; Berufsfreiheit Art. 12 GG des Krankenhausträgers	
Gesetzgebungs- und Richtlinienkompetenz	Vor den Wahlen „Wahlgeschenk“ in Form von Reformen ausgeben (I21, PDir, 144)

Erstens wird kritisiert, dass kein gesamtgesellschaftlicher Dialog stattfindet bzw. sich die Politik nicht traue, „eine offene Diskussion darüber zu führen, was erwerbe ich vom Gesundheitswesen“ (I19, BR, 25), obwohl dies „gesellschaftlich [...] ausgefochten werden müsste“ (I21, PDir, 308). Stattdessen wird gefordert, dass über die Strategie eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses geklärt wird: „Wie viele Krankenhäuser, liebe Gesellschaft, [...] wollen wir uns leisten? Und bist du bereit zu finanzieren?“ (I21, PDir, 308).

Zweitens wird kritisiert, dass die Politiker_innen sich heraushalten (I9, GS, 27), nicht über das „für unsere Bevölkerung notwendige Maß“ (I21, PDir, 122) entscheiden und die Bereinigung einem „ominösen Markt“ (I19, BR, 25) bzw. einem „vermeintlich marktwirtschaftlichem System“ überlassen, indem die Preise so knapp gemacht werden, dass „Krankenhäuser an den Rand der Existenz gebracht“ werden (I21, PDir, 308) und „nur die stärksten überleben“ (I21, PDir, 122). Die Politik übe den Druck „undifferenziert“ aus, indem „flächendeckend alle [...] Krankenhäuser, nicht nur das an sich betrachtete, überflüssige Krankenhaus, sondern das auch objektiv betrachtete erforderliche Krankenhaus unter Druck gesetzt werden“ (I30, OB, 84) – „ob das dann immer die richtigen Sieger und Verlierer sind, das steht auf einem anderen Blatt“ (I21, PDir, 309). Eine Geschäftsführung führt das Agieren der politischen Akteure auf deren mangelndes Expert_innenwissen zurück:

„Die Politik [...] auf Landes- und Bundesebene zeichnet sich dadurch aus, dass sie [...] sehr, sehr breit gar keine Ahnung [hat]. Die versteht ihr eigenes Krankenhausfinanzierungssystem nicht und sie weiß nicht, was in der Krankenhauslandschaft passiert. [...] Wenn ein Politiker etwas nicht versteht, dann hat er in seinen Handlungsoptionen eigentlich immer nur die Chance, relativ platt zu agieren oder sich rauszuhalten. Die Politik hält sich aus den falschen Dingen raus und handelt in den falschen Dingen zu platt“ (I31, GF, 148).

Die Marktberreinigung führe dazu, dass Entscheidungen „von den eigentlichen Entscheidern her wegdelegiert“ (I21, PDir, 309) und auf Akteure im Krankenhaus delegiert werden: auf die Managementebene im Krankenhaus (I21, PDir, 308), sodass Geschäftsführungen und Stationsleitungen seitens der Patient_innen für die knappen Ressourcen kritisiert würden, ohne die „unmittelbare Schuld“ zu tragen (I21, PDir, 308), und auf das Personal am Bett, das zwischen medizinischen und ökonomischen Anforderungen abwägen müsse (I3, B, 243).

Drittens eint einige IPs aus Kommunalpolitik, Arbeitnehmervertretung und Management das Interesse, dass die Politik statt eines undifferenzierten Wettbewerbs „eine stärkere Rolle übernehmen“ (I9, GS, 36) bzw. eine direktivere Strategie verfolgen und auf einer übergeordneten politischen Ebene Entscheidungen treffen sollte (I30, OB, 85), z. B. indem „notwendige Infrastruktureinrichtungen identifiziert“ werden und in einem „Masterplan“ verdeutlicht wird, wo funktionierende stationäre Krankenhäuser erforderlich sind und wo nicht. Erforderliche Strukturen sollen „speziell gefördert“ werden, z. B. über „einen tollen Personalschlüssel“ (I30, OB, 85). Überdies könne der Landeskrankenhausplan zu einem „Bundeskrankenhausplan“, ähnlich dem Bundesverkehrswegeplan, weiterentwickelt werden, und eine Finanzierungsplanung anschließen (I10, GS, 185).

So wird kritisiert, dass bisher vorhandene Instrumente wie der Krankenhausplan nicht aktiv genutzt werden (I10, GS, 184, 189; I30, OB, 85). Die Strategie der bundes- und landespolitischen Akteure, sich einer aktiven Steuerung zu entziehen, wird mit Blick auf die Zwänge des sie umgebenden politischen Handlungssystems aber nachvollziehbar. Einige IPs

beschreiben, dass eine aktivere Steuerung wahrscheinlich die Missgunst der Wähler_innen hervorrufen und damit eine Wiederwahl unwahrscheinlich machen würde: Eine direktivere Strategie wäre ein „Kamikazeflug“ für jeden Sozialminister (I30, OB, 92; vgl. I7, GF, 514), das würde „kein Gesundheitsminister, kein Landrat, kein Bürgermeister überleben“, wenn ein Gesundheitsminister nach einem Verteilungsschlüssel, z. B. der Erreichbarkeitsgrenze, erforderliche Krankenhausstandorte festlegen würde (I21, PDir, 119).

„[W]enn der jetzt von Klinik zu Klinik zieht und [] erklärt: ‚Ihr macht hier ganz tolle Arbeit, aber wir haben erkannt, dass ihr überflüssig seid, [...], wir machen euch mal dicht.‘ [...] Dann gehts ab“ (I30, OB, 92).

Man „bräuchte [...] einen missionarischen Verantwortungsträger, aber den wird es schwer geben“ (I30, OB, 96), denn im politischen System „kämpfen alle für ihre Partikularinteressen“ (I21, PDir, 119) und ihre Wiederwahl bzw. die Wiederwahl ihrer Partei (I7, GF, 514, 516). Direktivere Strategien seien vielleicht vernünftig, würden aber als zu „dirigistisch“ abgelehnt (I4, B, 83), auch weil die staatliche Lenkung und Planung „in den letzten 20 Jahren Neoliberalismus [...] völlig aus der Mode gekommen“ und „verpönt“ sei (I10, GS, 189). Auch normative Zwänge werden angebracht: Krankenhauspläne seien genehmigt, könnten gegebenenfalls nicht rückgängig gemacht werden, und zudem bestehe ein Haftungsproblem, weil die Entnahme von (Teil)Leistungen aus dem Krankenhausplan Kosten im betroffenen Krankenhaus verursache (I7, GF, 513). Zudem gingen direkte Strategien an „die Grundfeste [...] der Frage: Wie soll ein Gesundheitssystem organisiert sein?“, und Deutschland habe „ein extrem freiheitliches Gesundheitssystem mit vielen Freiheiten für die Akteure“ (I8, M, 88), was sich z. B. darin zeige, dass „Berufsfreiheit, Art. 12 Grundgesetz, extrem hochgehalten“ werde: „Das Bundesverfassungsgericht sagt [...], es gäbe einen Beruf Krankenhausträger [...]. Und der muss geschützt werden und der darf auch nicht zu sehr beschränkt werden in seinen Rechten, [] z. B. durch Nichtzulassung oder Entzug von Zulassung [...]. Was wir da machen, die Aufnahme in den Krankenhausplan“ (I8, M, 88).

5.3.4 Daumenschrauben-Spiel des Ministeriums und der Krankenkassen

Wie die Analyse des Datenmaterials gezeigt hat, wird das Wettbewerbs-Spiel durch das *Daumenschrauben-Spiel* (#3) flankiert. Das Spiel ist in Anlehnung an eine IP bezeichnet, der zufolge den Krankenhäusern durch eine unzureichende Finanzierung „bis zum Es-geht-nicht-mehr die Daumenschrauben angesetzt“ werden (I6, E, 14). Im Daumenschrauben-Spiel werden die Krankenhäuser über die Verknappung der Investitions- und Betriebsmittel finanziell unter Druck gesetzt, sodass sie gezwungen sind, ihre Produktivität noch weiter zu steigern. Dies stellt einen zentralen Zwang für die Akteure im Krankenhaus dar, da es den durch das Wettbewerbs-Spiel entstehenden wirtschaftlichen Druck noch weiter verschärft.

Initiiierende Akteure sind in diesem Spiel das für Krankenhäuser zuständige Landesministerium, d. h. das HMSI sowie die Krankenkassen (KK). Ihr Interesse ist die

Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven in den Krankenhäusern und ein Strukturwandel der Krankenhauslandschaft. Die Strategien der Akteure sind einerseits durch bestimmte Zwänge bedingt und werden andererseits durch bestimmte Ressourcen unterstützt, wie in Tabelle 25 ersichtlich ist und im Anschluss erläutert wird.

Tab. 25: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Landesministeriums für Gesundheit und der Krankenkassen im Daumenschrauben-Spiel (#3)

	<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
<i>HMSI</i>	Verantwortung für Investitionsmittelfinanzierung, Gestaltung der Investitionsprogramme; Gesetzgebungskompetenz Z: Begrenztheit von Ressourcen und Verteilungsfragen zwischen gesellschaftlichen Teilbereichen, geringe Präsenz des Themas in Öffentlichkeit und Politik	Unzureichende Investitionskostenfinanzierung Mögliche Gegenstrategien (durch Dritte): Krankenhaus und Thematik stärker medial und politisch diskutieren, mit Bundesmitteln finanzielle Anreize setzen
<i>KK</i>	Verantwortung für Betriebsmittelfinanzierung	Unzureichende Betriebskostenfinanzierung

Unzureichende Investitionskostenfinanzierung. Das HMSI ist für die Investitionsfinanzierung und die Gestaltung der Investitionsförderprogramme verantwortlich und strukturiert damit maßgeblich das Handlungsfeld der Akteure im Krankenhaus. Zahlreiche IPs aus allen Akteursgruppen beklagen die mit diesen Ressourcen einhergehende Strategie der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer, d. h. in Hessen das HMSI (z. B. I32b, LR, 119; I30, OB, 57; I9, GS, 320; I19, BR, 22; I13, GF, 7; I7, GF, 94). Im Finanzierungssystem sei vieles „darauf ausgelegt, die Krankenhäuser unter Druck zu setzen, [...] weil die Finanzierung nicht auskömmlich ist“ (I30, OB, 84). Es wird als „Riesenproblem“ (I19, BR, 22) bezeichnet, dass das Land seinen Finanzierungsverpflichtungen nicht in genügendem Maße nachkomme und die Investitionsmittel verkürze, „damit es allen schlecht geht“ (I9, GS, 37) mit dem Resultat, dass „die Krankenhäuser gegenseitig in Konkurrenz treten – wer hält es länger aus, das Krankenhaus mit den geringsten Mitteln noch zu betreiben“ (I9, GS, 38). In welchem Ausmaß die Länder ihren gesetzlichen Finanzierungspflichten nur unzureichend nachkommen, zeigt sich in der seit Jahren rückläufigen Investitionsquote: Während diese 1991 noch im Durchschnitt 9,7% betrug, lag sie 2015 bei 3,3% (DKG, 2017), sodass mittlerweile bundesweit eine jährliche Investitionsförderlücke von rund 3 Milliarden € (Augurzyk et al., 2018, S. 190) besteht, über alle förderfähigen Krankenhäuser hinweg.

Für ein durchschnittlich großes öffentliches Krankenhaus mit 426 Betten (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 8) beträgt die jährliche Investitionsförderlücke damit 2,6 Millionen €.

Dieser Betrag entspricht, wenn man es in Personalstellen ausdrückt, 33 Vollkräften bei durchschnittlichen Personalkosten von 76.000 €, wie in Abbildung 19 illustriert.⁵³



Abb. 19: Produktivitätsdruck (in Vollkräften) durch induzierte Mittelknappheit im Kontext des Daumenschrauben-Spiels für ein kommunales Krankenhaus mit 426 Betten im Jahr 2017 (eigene Darstellung)

Die Zahlen zu den fehlenden Mitteln seien den Gesundheits- und Finanzminister_innen des HMSI durchaus bekannt (I8, M, 118) und es sei „völlig unbestritten, dass sechs bis sieben Milliarden jährlich gebraucht werden für die Krankenhäuser [...] [und] [...] man eine Lücke von 2,5 bis 3 Milliarden in jedem Jahr [hat]“ (I8, M, 112). Die unzureichende Investitionsfinanzierung wird von dieser IP aus dem HMSI selbst als „Skandal“ bezeichnet (I8, M, 135), zumal Geld „nicht unbegrenzt vorhanden, aber momentan [...] nicht das wirkliche Problem“ sei (I8, M, 129). Begründet wird das Agieren mit der allgemeinen Begrenztheit von Ressourcen und der politischen Entscheidung, Ressourcen in andere gesellschaftliche Teilgebiete wie „Straßen, Brücken, Schulen, Breitbandausbau“ zu investieren (I8, M, 112), d. h. mit Verteilungsfragen bzw. -kämpfen. Es gebe „alle möglichen Begehrlichkeiten in Haushaltsverhandlungen“ und Krankenhäuser stünden „nicht so im Fokus“ (I8, M, 118). Überdies wird auf die geringe Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit verwiesen: Es sei in der Gesellschaft „nicht bekannt“, dass Krankenhäuser verfallen, dass „es ganz neue Prozesse

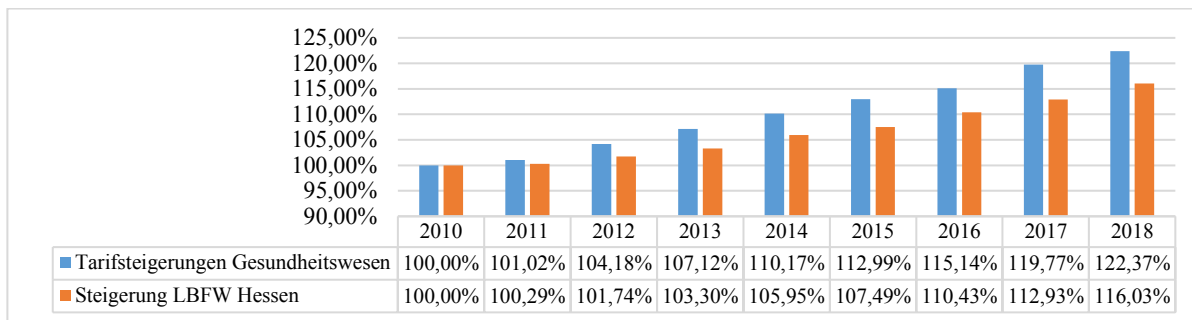
⁵³ Die Rechnung erfolgte anhand der Zahlen aus dem Jahr 2017 wie folgt: Eine jährliche Investitionsförderlücke (JIL) von rund 3 Milliarden € (Augurzky et al., 2018, S. 190) auf insgesamt 1.942 Krankenhäuser (KH) bzw. 497.200 Betten bundesweit (Statistisches Bundesamt, 2018a) entspricht pro Bett durchschnittlich einer JIL von 6.033 €. Ein durchschnittliches öffentliches KH verfügt über 426 Betten (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 8), und leidet somit im Durchschnitt unter einer JIL von 2,57 Millionen €. 2017 waren über alle Krankenhausträger hinweg deutschlandweit 894.400 Vollkräfte (VK) angestellt (Statistisches Bundesamt, 2018a), die Personalkosten betragen rund 63 Milliarden € (63.790.023.000 €), d. h., die Personalkosten pro VK betragen im Durchschnitt 71 Tausend € (71.321,58 €) (Statistisches Bundesamt, 2018b). Differenziert nach Trägergruppen waren in öffentlichen KH im Jahr 2017 459.315 VK angestellt (Statistisches Bundesamt, 2018a), die Personalkosten betragen rund 35 Milliarden € (35.325.810.000 €), d. h., die Personalkosten pro VK betragen im Durchschnitt 76 Tausend € (76.909,77 €) (Statistisches Bundesamt, 2018b). Das bedeutet, die 2,57 Millionen €, die das KH selbst aufbringen muss, entsprechen bei durchschnittlichen Personalkosten von 76 Tausend € pro VK 33 Vollkräften.

geben muss, in ganz anders gearteten Baustrukturen, und [...] ganz viel Medizintechnik angeschafft werden muss, und [dass auch] die Digitalisierung [...] nicht umsonst [...] ist“ (I8, M, 114). Insgesamt spiele das Thema in der „Öffentlichkeit [...], in der politischen Diskussion [...] keine Rolle“ (I8, M, 116), werde „auch nirgendwo rangetragen an die oberste Politik“ (I8, M, 117) und finde somit auch in den Medien keine Beachtung (I8, M, 123). Neben der Macht, die der Öffentlichkeit zugesprochen wird, sieht die IP auch die Bundespolitik als einflussreichen Akteur, um die Investitionsfinanzierung zu verbessern: Eine Strategie, die Länder zu einer höheren Investitionsförderung „zu motivieren oder zu zwingen“, sei es, Bundesmittel bereitzustellen (I8, M, 139), die abgerufen werden können, wenn auf Landesebene auch ein bestimmter Prozentsatz investiert wird, wie beim Strukturfonds erfolgt (I8, M, 119).

Als Folge der unzureichenden Investitionsfinanzierung besteht in der deutschen Krankenhauslandschaft eine milliardenschwere Investitionslücke mit einem kumulierten Investitionsstau von 27,8 Milliarden € im Jahr 2014 (Augurzký et al., 2016, S. 76). Konsequenzen, die mit der unzureichenden Investitionsfinanzierung einhergehen, sind der Analyse der Daten zufolge z. B. hohe Energiekosten (Dilchert, 2012), ein Verfall der Infrastruktur (I8, M, 135), fehlende Mittel für die Modernisierung der Krankenhäuser (I8, M, 135), für die technische Infrastruktur bzw. die Digitalisierung (I22, GF, 370; I9, GS, 99), eine Prozessoptimierung, die nur ohne bauliche Maßnahmen erfolgen kann (Dilchert, 2012) und ein steigender Eigenanteil in Bezug auf Investitionen, was den Druck auf die Personalkosten und die Tarife verstärkt und eine Effizienzsteigerung erfordert (Dilchert, 2012). IPs aus der Gewerkschaft zufolge benachteilige die Investitionslücke kKH strukturell im Wettbewerb mit privaten Krankenhauskonzernen, da Letztere über mehr „Finanzmacht“ verfügen (I10, GS, 120; vgl. I19, BR, 20) und die Lücke sei der „Hauptgrund“ für die vielen Privatisierungen von kKH (I10, GS, 61), da „die privaten Träger [...] mit ihrer Finanzmacht die Krankenhäuser einfach kaschen“ konnten (I6, GS, 15).

Unzureichende Betriebskostenfinanzierung. Einige IPs aus Kommunalpolitik, Betriebsrat und Geschäftsführung beschreiben zusätzliche finanzielle Zwänge durch die Strategie der unzureichenden Refinanzierung der betrieblichen Aufwände durch die Krankenkassen – diese Strategie wird dadurch ermöglicht, dass den Krankenkassen die Betriebskostenfinanzierungen obliegen. Die IPs problematisieren, dass die Personalkosten, konkret die Tarifsteigerungen und Zusatzleistungen, nicht vollständig refinanziert werden und somit automatisch ein Defizit entstehe (I32a, LR, 125, 139; I16, BR, 250; I22, GF, 318; I30, OB, 86). Dies wird auch als

Personalkostenschere bzw. als „Tarifschere“ (Dilchert, 2012, S. 14) bezeichnet. Laut einer Präsentation von Dilchert (2012), die als Geschäftsführung und Arbeitsdirektion in einem kommunalen Gesundheitskonzern tätig ist und vorher bei ver.di für die Betreuung des Gesundheitswesens zuständig war, entsteht die Tarifschere, weil der Landesbasisfallwert (LBFW) langsamer steigt als die Tariflohnkosten. Abbildung 20 illustriert die Steigungsdifferenz zwischen Tarifsteigerungen im Gesundheitswesen und den Steigerungen des LBFW in Hessen.



2010 = 100%. Die Darstellung basiert auf Daten des Index der tariflichen Monatsverdienste ohne Sonderzahlungen im Gesundheitswesen (Statistisches Bundesamt, 2019) und Landesbasisfallwerte Hessen (Vdek, 2019a).

Abb. 20: Tarifsteigerungen gegenüber LBFW Hessen (Schaffert, 2019)⁵⁴

Auch hier lässt sich das entstehende Defizit bzw. der Zwang für die Krankenhäuser in Personalstellen verdeutlichen: Die Steigungsdifferenz zwischen Tarifsteigerungen und Landesbasisfallwert betrug 2017 6,84%. Bei grob geschätzten⁵⁵ Personalkosten von rund 48 Millionen € bei einem durchschnittlich großen Krankenhaus mit 426 Betten (s. o.) entsprechen 6,84% rund 3,28 Millionen €. Diese 3,28 Millionen €, die das Krankenhaus selbst aufbringen muss, entsprechen bei durchschnittlichen Personalkosten von 76.000 € 43 Vollkräften (siehe Abb. 19). Dieses Defizit wird als Zwang wahrgenommen, weil dadurch im Krankenhaus eine erhöhte Produktivität erforderlich sei, um die fehlende Refinanzierung auszugleichen, wie eine IP beschreibt (I22, GF, 318).

„Der Landesbasisfallwert hat in den letzten zehn Jahren – da haben wir die Abschläge auf Ortsebene gar nicht berücksichtigt – immer noch 20% Rückstand gegenüber der üblichen Entwicklung. Das ist das, was diese Gesellschaft von uns erwartet [...] an Produktivitätsgewinn“ (I22, GF, 318).

⁵⁴ Die Daten wurden von Herrn Dr. Reinhard Schaffert, Geschäftsführer beim Klinikverbund Hessen e. V., einem Verein, der die Interessen kommunaler Krankenhäuser in Hessen vertritt, im Juni 2019 zur Verfügung gestellt.

⁵⁵ Der Schätzer wurde folgendermaßen ermittelt: Suche eines kommunalen hessischen Krankenhauses mit annähernd 426 Betten über die Strukturdaten im deutschen Krankenhausverzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de); Personalkosten dieses Hauses im Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2017 nachgeschaut im Bundesanzeiger (www.bundesanzeiger.de); Personalkosten in Dreisatzrechnung ermittelt, da kein Haus in exakt der Größe vorlag. Degressionseffekte sind nicht berücksichtigt, zudem schwanken die Personalkosten je nach Haus relativ stark und sind geringer, wenn Personal in Servicegesellschaften angestellt ist. Der genannte Wert ist folglich ein sehr grober Schätzer. Selbstverständlich ist dies eine wenig differenzierte Betrachtung ohne Korrekturfaktoren und Vergleichsdaten und damit ein sehr grober Vergleich. Aber selbst wenn die von einigen IPs beschriebene Personalkostenschere nur *halb* so viel Druck auslösen würde, wären es immer noch einige Vollkräfte, die nicht gegenfinanziert wären.

Dennoch sei angemerkt, dass die Existenz der Personalkostenschere strittig ist. Einer Geschäftsführung zufolge wäre die Betriebskostenfinanzierung auskömmlich, wenn nicht gleichzeitig der Ausgleich der Investitionskosten erfolgen müsste (I31, GF, 137). Zentrale Kontrahenten sind in dieser Fragestellung v. a. auch überbetriebliche Akteure: der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) auf der einen Seite und die Verbände der Krankenhäuser und der kommunalen Arbeitgeber (DKG und VKA) auf der anderen Seite. Deren Argumentation ist im Folgenden kurz aufgezeigt: Die Krankenkassen streiten die Personalkostenschere ab. Dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zufolge bezahlt „die gesetzliche Krankenversicherung den Krankenhäusern für ihre laufenden Kosten schon heute mehr, als für den kompletten Ausgleich der Tarifsteigerungen notwendig wäre“ (GKV, 2018). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) wertet diese Aussage hingegen als „Nebelkerze oder Unkenntnis der Lage“ und betont, „dass über die gesetzlichen Mechanismen zur Finanzierung der Krankenhäuser die Personalkostensteigerungen nicht ansatzweise in vollem Umfang über die Anpassungen der Preise der Krankenhäuser ausgeglichen werden“ (DKG, 2018). Der Verbund kommunaler Arbeitgeber (VKA) erläutert, dass die durch die Tarifverhandlung erwartete Erhöhung der Personalkosten durch Tarifsteigerungen und Zusatzforderungen insgesamt 13 % beträgt, und stellt infrage, ob diese 13 % in voller Höhe in der Steigerungsrate des Landesbasisfallwertes abgebildet werden. Im gleichen Zuge verweist der VKA auf strukturelle Zwänge, z. B. darauf, dass die Steigerungsrate für den Basisfallwert⁵⁶ nicht höher sein darf, als es die sogenannte Grundlohnrate vorgibt, die vom BMG festgelegt wird und im Jahr 2018 2,97 % betrug (VKA, 2018; vgl. Wabnitz, 2013, S. 342 f.).

Zusammengefasst wurde bis hierhin aufgezeigt, dass durch die mangelhafte Investitionskostenfinanzierung und die sogenannte ‚Personalkostenschere‘ starker wirtschaftlicher Druck für Krankenhäuser ausgelöst wird, der den bereits durch die Reformen bzw. das DRG-System ausgelösten Produktivitätsdruck noch weiter erhöht.

5.3.5 Widerstands-Spiel der Gewerkschaft

Die Gewerkschaft ver.di⁵⁷ reagiert insbesondere auf das Wettbewerbs-Spiel und spielt – teilweise gemeinsam mit den Betriebsräten – ein *Widerstands-Spiel* (#4) (in Anlehnung an

⁵⁶ Der Landesbasisfallwert (Base Rate) stellt die Entgeltbasis im DRG-System dar, über das die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt.

⁵⁷ Der Marburger Bund als Interessenvertretung der Ärzt_innen wurde in dieser Arbeit nicht vertieft betrachtet.

Mintzberg, 1983, S. 188), in dem entweder subtil und hinhaltend oder aggressiv offen rebellisch, bspw. in Form von Streiks, Widerstand geleistet wird (Neuberger, 1995, S. 195).

Zentrale Interessen ver.di sind der Erhalt von Arbeitsplätzen (I10, GS, 215; I9, GS, 21, 207), flächendeckende Tarifverträge⁵⁸ bzw. Tarifbindung (I18, PDir, 270), gute Arbeitsbedingungen (I9, GS, 207), genügend Personal (I10, GS, 3, 22) sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz (I10, GS, 3, 22). Überdies möchte ver.di kommunale Krankenhäuser stärken und die Daseinsvorsorge in öffentlicher Trägerschaft erhalten (I9, GS, 206; I10, GS, 54), sodass, nach einem „gemeinwirtschaftlichen Prinzip“ geführt, Daseinsvorsorge „öffentlich kontrollierbar“ bleibt (I10, GS, 54) und ein Monopol- oder Oligopolmarkt sowie Selektionsmechanismen vermieden werden (I9, GS, 312). Ver.di nutzt, teilweise im Verbund mit anderen Akteuren, zahlreiche Ressourcen und Strategien, um ihre Interessen durchzusetzen (Tab. 26). Die nummerierten Punkte werden anschließend erläutert. Ressourcen und Strategien, die in der Tabelle mit einer Quellenangabe versehen sind, werden nicht weiter erläutert.

Erstens übt ver.di Kritik am Status Quo und hebt die negativen Auswirkungen des aktuellen Markt- bzw. Wettbewerbssystems, auch gemeinsam mit Bündnispartner_innen (z. B. „Krankenhaus statt Fabrik“⁵⁹) hervor: Es wird v. a. kritisiert, dass es im Wettbewerb „um Gewinne, und nicht um die beste Versorgung“ gehe, soziale Ziele außen vor gelassen werden (z. B. Helmers, 2018), dass private Träger öffentliche Gelder aus dem System ziehen (I10, GS, 170; I9, GS, 111, 302), dass das Personal überlastet ist (I9, GS, 196) und infolgedessen Personalmangel (I9, GS, 211) herrscht. Auch die hohen Verwaltungsaufwände des DRG-Systems werden kritisch gesehen (I16, GS, 115). Die Kritik wird medial und argumentativ gestützt, z. B. indem daten- und faktenbasierte Veröffentlichungen der tatsächlichen Zustände aus dem Alltag in Krankenhäusern (I10, GS, 266) erstellt werden. Als „sehr erfolgreich“ bewertet werden z. B. die öffentlichen Kampagnen Personalcheck aus dem Jahr 2013⁶⁰ und

⁵⁸ Flächendeckende Tarifverträge stellen ein zentrales Machtmittel von Gewerkschaften dar und sind von entsprechend hohem Interesse, da Tariffragmentierungen dazu führen, dass sich die institutionelle Macht der Gewerkschaften abschwächt (Glassner et al., 2015, S. 65).

⁵⁹ Das Bündnis besteht u. a. aus dem Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää), Attac und einigen ver.di-Landesfachbereichen (<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/100>) und wendet sich gegen die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und das System der Fallpauschalen (Rakowitz, 2019).

⁶⁰ Im Jahr 2013 hat ver.di Beschäftigte in einer Nacht befragt, wie viel Personal nach ihrem professionellen Selbstverständnis und ihrer Alltagserfahrung in den Krankenhäusern zusätzlich benötigt wird, um die Patient_innen gut und nach den fachlichen Standards der Berufsgruppen im Krankenhaus adäquat versorgen zu können und dabei auch gute Ausbildung zu leisten. Der „Personalcheck“ war eine Befragungsaktion, keine wissenschaftliche Erhebung, die die Perspektive der Beschäftigten widerspiegelt. Die Befragung wurde in einer Nacht bundesweit in 201 Krankenhäusern durchgeführt. Der Befragungsaktion zufolge fehlten 2013 19,6% oder 8.300 Personalstellen quer über alle Beschäftigtengruppen. Hochgerechnet auf alle Krankenhäuser in Deutschland bedeutete das einen Bedarf von 162.000 zusätzlichen Stellen in den Krankenhäusern, davon rund 70.000 in der Pflege (Paschke, 2013; Ver.di, 2013a, 2013b).

Tab. 26: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Gewerkschaft im Widerstands-Spiel (#4)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Daten- und faktenbasierte Berichte zu aktuellen Zuständen im Krankenhaus aus Sicht der Beschäftigten; weitere Medien, z. B. Broschüre „Krankenhaus statt Fabrik“ (Rakowitz, 2017), Film „Der marktgerechte Patient“ (Franke & Lorenz, 2018) ¹	1.) Kritik am Status Quo üben und (gemeinsam mit Bündnispartnern) negative Auswirkungen des Markt- bzw. Wettbewerbssystems hervorheben; Nutzung von Zahlen, Daten und Fakten und unterschiedlichen Medien, um eigene Interessen argumentativ zu stützen
Kooperationen mit sozialen Bewegungen, z. B. mit Attac, Kirchen (I16, GS, 93); Bündnisse mit Verbänden z. B. Bundeszentrale Verbraucherverbände, DKG und Landeskrankenhausgesellschaften, Dt. Berufsverband für Pflegeberufe (I10, GS, 261–263)	Soziale Kooperationen/Bündnisse unter Gleichgesinnten eingehen und nutzen (I6, GS, 93)
Eigene Gutachter (I9, GS, 293)	Eigene Gutachter beauftragen, um (Gegen-)Gutachten zu bestimmten Sachverhalten zu erstellen (I9, GS, 293), Mitarbeiten, um Situation mitzuerleben (I9, GS, 213)
Statistiken zur Verteilung von Ressourcen	2.) Denkgebäude im Hintergrund infrage stellen und Verteilung von Ressourcen als Problem thematisieren
Parlamentarischer Arm / Bündnispartner im Parlament	3.) Interessen bei den Parteien platzieren
Veranstaltungen, wo Politiker_innen anzutreffen sind, persönliche Beziehungen	4.) formelle und informelle Lobbyarbeit (z. B. Gespräche auf Veranstaltungen, Einladungen zu Betriebsbesuchen, Abendessen)
Gesundheitsökonomische Gremien oder Vereinigungen mit Vertreter_innen aus der Wirtschaft; Anbieter, Krankenhauskonzerne, Wissenschaft, Gesundheitsexpert_innen (I9, GS, 71), z. B. Rhein-Main-Forum Gesundheitswirtschaft (I9, GS, 360)	Teilnahme an fachlichen, d. h. gesundheitsökonomischen Gremien, die aktiv politische Entscheidungen und gesellschaftliche Akzeptanz vorbereiten (I9, GS, 71)
Sitze in den Aufsichtsgremien der Krankenhäuser im Rahmen der Unternehmensmitbestimmung (I9, GS, 67) ² , rechtliche Normen (MitbestG)	Interessen der Beschäftigten in den Aufsichtsratsgremien der Krankenhäuser platzieren und Politik machen (I9, GS, 67)
Sitze in den Aufsichtsgremien der Selbstverwaltung in Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen (I9, GS, 3, 66; I6, GS, 119, 135; I10, GS, 315) und Berufsgenossenschaften (I9, GS, 69)	Interessen der KH und der ver.di-Mitglieder über Sitze in den Aufsichtsratsgremien platzieren (I9, GS, 66, 69; I6, GS, 119, 135; I10, GS, 315); v. a. gegenüber Gewerkschaften, da diese auf Beitragsstabilität achten (I9, GS, 66; I10, GS, 315)
Gesellschaftliche Denkschemata: Gewerkschaft ist gut, Management ist böse (I14, med. GF, 87)	5.) Druck ausüben
Beziehungen zur politischen Ebene, zahlen- und datenbasierte Berichte und Kampagnen, Sensitivität der Eigentümerin gegenüber negativer Öffentlichkeit; Politisierbarkeit des Gesundheitsbereiches	5 a.) politisch/öffentlich: Konflikte in (partei-)politische Ebene bringen, Mobilisierung der Beschäftigten, Mobilisierung der Öffentlichkeit über Skandalisierung und Streiks, Androhung von Problemen bei der Wiederwahl
Tariflandschaft, Tarif-/Arbeitskampfrecht, Stellung der Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung	5 b.) Tariflich: Streiks, harte Tarifverhandlungen und Ausblenden der restringierenden Rahmenbedingungen
Verzahnung mit Betriebsräten: Organisationsgrad und Vertrauensleute; Mitbestimmungsrecht (BetrVG); Organisationswissen; sozialpartnerschaftliche Ausrichtung öffentlicher Arbeitgeber_innen	5 c.) Betrieblich: Mobilisierung der Beschäftigten und betrieblicher Widerstand (von betrieblichen Aktionen bis Streiks), Mapping (Aufbau von Organisationswissen); bei Streiks Fokus auf kKH
Arbeitsmarktsituation (Fachkräftemangel Pflege und Ärzteschaft; Beschäftigungssicherheit (I7, GF, 176)	

¹ Zum Beispiel am 07.01.2019 in der Bundesverwaltung oder im ver.di-Bezirk Fils-Neckar-Alb am 13.05.2019.

² In jedem vierten Aufsichtsrat eines kommunalen Krankenhauses sitzt ein hauptamtlicher Gewerkschaftsvertreter (Blum et al., 2017).

Nachtdienstcheck aus dem Jahr 2015⁶¹ (I10, GS, 266). Der Erfolg wird auf die rationale Überzeugungskraft von Zahlen, Daten und Fakten zurückgeführt:

„Wenn jetzt einer kommt und sagt, wir haben es nachgemessen, das haben uns die Leute heute Nacht erzählt, dann hat es unglaubliche Überzeugungskraft. Und es hat unglaublich durchgeschlagen in der Politik. Bis in den Bundestag“ (I10, GS, 266).

Da Zahlen, Daten und Fakten relativ sind bzw. sehr unterschiedlich dargestellt werden können, arbeiten viele Akteure im Kampf um die Durchsetzung eigener Interessen mit diesen und nutzen sie als Untermauerung ihrer Argumentation. So kritisiert bspw. Rakowitz (2017, S. 73) vom Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“, dass politisch interessierte Kreise eine „Kostenexplosion“ skizzierten, die nie stattgefunden habe; analog beschreibt Helmers (2018, S. 4) vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) die „fehlende Kosteneffizienz“ und die „angebliche Ressourcenknappheit“ als „Argumentationsfiguren“ im neoliberalen Diskurs, die „eingehend widerlegt“ seien. Bezug nehmend auf die „Explosion“ der Kosten argumentiert eine IP, dass diese durch das Hinzuziehen weiterer Parameter relativiert würden: Zwar würden die absoluten Kosten steigen, der Anteil am BIP, das die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Landes spiegele, verändere sich aber unwesentlich (I16, GS, 27).⁶² Diese Position vertritt auch eine IP aus dem für Krankenhäuser zuständigen Landesministerium, der zufolge „im Grunde die ganz normalen Steigerungsraten“ vorliegen, sodass sich die Kosten ungefähr analog zu Löhnen und Gehältern entwickelten (I8, M, 15). Ver.di selbst agiert allerdings ähnlich: Um die Be- bzw. Überlastung des Personals zu illustrieren, hat die Gewerkschaft im ‚Infodienst Krankenhäuser‘ (Nr. 70, Sept. 2015) eine „Belastungskennziffer“ errechnet, die seit 2000 stetig ansteigt (zitiert und dargestellt in Rakowitz, 2017, S. 52). Dabei erfolgt ebenfalls eine nicht relativierte Verwendung von Daten, da die Belastungskennziffer ausschließlich aus der Anzahl des Pflegepersonals und der Fallzahl (Anzahl der Patient_innen) errechnet wurde. Eine Relativierung dieser zwei Parameter an anderen Parametern, z. B. an der Verweildauer und den Betten, die beide über die Zeit eine Reduktion erfahren haben, verändert die Bewertung, wie eine durch das Bundesministerium für Gesundheit (d. h. am Wettbewerb interessierten Kreisen) beauftragte Studie betont: Diese kommt zu dem Schluss, dass sich „die Belastung der

⁶¹ Der Nachtdienstcheck war eine Befragung in der Nacht vom 5. auf den 6. März 2015, die bundesweit in 237 Krankenhäusern aller Trägerschaften durchgeführt wurde (Bühler, 2015). 2.056 Stationen wurden befragt. Die Ergebnisse waren wie folgt: Auf 56 % der Stationen arbeitete eine Fachkraft allein und musste durchschnittlich 25 Patient_innen versorgen. Auf 1 % der Stationen wurde eine Fachkraft durch eine/n Azubi unterstützt. Auf 1,6 % der Stationen wurde eine Fachkraft durch eine Hilfskraft unterstützt. Auf 0,2 % der Stationen hat eine Hilfskraft allein ohne Fachkraft die Patient_innen versorgt. Die Verantwortung lag nie alleine bei den Auszubildenden, da immer Fachpflegekräfte zusammen mit den Auszubildenden im Dienst waren (ebd.).

⁶² De Facto betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP 1996 10,4 % und 2017 11,5 % (IAQ, 2018).

Pflegekräfte pro Bett oder Patientenpflegetag mit Ausnahme einiger Jahre kontinuierlich verringert“ habe (Schreyögg & Milstein, 2016, S. 37)⁶³.

Zweitens stellen Gegner_innen des Wettbewerbs bestehende Denkschemata infrage und kritisieren die aktuell vorherrschende Verteilung von Ressourcen:

„Dass es enger wird für die Häuser aufgrund demografischer Faktoren [...] ist ja eine sehr politische Aussage, ne? Also, wenn ich jetzt an den Koalitionsvertrag denke, Bürgerversicherung oder das, was der DGB durchgerechnet hat, auch Teile der SPD oder der Linken, müsste man ja sagen, es ist eigentlich kein demografisches Problem, sondern [es sind ja alles Verteilungsfragen: Wofür wird das Geld ausgegeben? Und nicht: Ist es da oder ist es nicht da?]. Und das sind sicher Dinge, die ich auch noch mal wichtig finde, so zu trennen: Was sind wirklich Fakten? Und was steht so im Hintergrund als Denkgebäude?“ (I16, GS, 4, 6).

Eine IP vertritt bspw. die Auffassung, dass „das Geld, das wir durch die Sozialversicherungssysteme, [...] für das Gesundheitswesen in Deutschland aufbringen, genügend Geld ist, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und auch gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten sicher zu stellen“ (I6, GS, 186; vgl. I18, PDir, 91, 373). Kritisiert wird vielmehr – auch von IPs aus der Politik, der Beratung und dem Krankenhaus –, dass die Allokation dieser umfangreichen Ressourcen nicht funktioniere (I6, GS, 186; I9, GS, 356; I16, BR, 4; I3, B, 236; I12, LR, 66; I1a, B, 53; I18, PDir, 59). Eine IP verweist auf die Verteilungsproblematik zwischen unterschiedlichen Einrichtungen und zwischen unterschiedlichen Leistungsarten (grafische Darstellungen der Verteilung waren in Abschn. 5.3.1 sowie in Abb. 16 und 17 ersichtlich):

„Was kriegen die niedergelassenen Ärzte und Psychologen? Was kriegt die Pharmaindustrie und medizinische Geräteindustrie? Und was kriegen die Krankenhäuser? Das ist nämlich fast alles ein Drittel. Jetzt kann man sich fragen, wie viel Beschäftigte gibt es in der Pharmaindustrie und im Bereich der niedergelassenen Ärzte und wie viel in den Krankenhäusern“ (I6, GS, 186 f.).

Bezogen auf die Leistungsarten wird insbesondere die Verteilung zwischen pflegerischen und ärztlichen Leistungen bzw. Berufsgruppen kritisch thematisiert, auch von IPs anderer Akteursgruppen (z. B. I12, LR, 75; I7, GF, 573; I3, B, 107; I18, PDir, 92):

„Wir haben es mit einer Verteilungsproblematik [zwischen der Berufsgruppe der Ärzt_innen und Pflegekräfte] zu tun, wo das System schlichtweg unfair tariert ist“ (I1a, B, 58).

Als problematisch angesehen wird dabei zum einen, dass einzelne Akteure im Krankenhaus – konkret Fach- und Oberärzt_innen – mit der Argumentation des Marktpreises ein marktgerechtes, d. h. höheres und außertarifliches Gehalt fordern (I16, BR, 73; vgl. I28, GF, 185), was sich aufgrund der begrenzten Ressourcen negativ auf andere Akteure im System auswirke, denn „damit man auf der einen Seite marktgerecht bezahlen kann, müssen dann andere weniger haben“ (I16, BR, 81). Zum anderen wird das Agieren des Marburger Bundes

⁶³ Die Autor_innen räumen aber auch ein, dass unklar ist, inwieweit eine relevante Veränderung in Diagnosen, Pflegestufen und weiteren Veränderungen der Krankenhausfälle über die Zeit sowie ein häufigerer Wechsel der Patient_innen pro Bett zu einer zusätzlichen Belastung von Pflegekräften geführt haben. Eine differenzierte, in Relation zueinander gesetzte Betrachtung relevanter Struktur- und Prozessparameter im zeitlichen Verlauf ist bei Zander und Busse (2017, S. 127) ersichtlich.

als problematisch angesehen, da die Forderungen nur auf die Gruppe der Ärzt_innen bezogen sind und die erreichten Erfolge zugunsten der Ärzt_innen, aber zulasten anderer Akteure im System, insbesondere der Pflege, gingen:

„[...] der Marburger Bund [hat sich] aus dem Tarifverband mit ver.di rausgelöst. Und hat ganz klar gesagt: Wie es finanziert wird, ist uns scheißegal. Wir sind die Ärzte, wir wollen mehr Geld. Und nach uns die Sintflut. Und das war für die eigene Klientel extrem überzeugend. War extrem erfolgreich. Und das Geld ist gekommen [...] durch Krankenhausfinanzierung von außen und durch Umschichtung im Krankenhaus, weg von der Pflege zu den Ärzten“ (I10, GS, 283; vgl. I28, GF, 177).

Die tatsächliche Verteilung ist in den Tarifverträgen von Ärzt_innen und Pflege bzw. in den Kosten der Krankenhäuser ersichtlich (z. B. in den Publikationen des Statistischen Bundesamtes). Beispielsweise beträgt das monatliche tarifliche Entgelt (nicht zu verwechseln mit dem höheren Einkommen, welches auch Zulagen, Zuschläge und Jahressonderzahlungen umfasst) einer/s Beschäftigten mit fünfjähriger Berufserfahrung im Pflegedienst 3.036 € (EG P 8, Stufe 4) und im ärztlichen Dienst 5.103 € (EG I, Stufe 4) (Öffentlicher Dienst.Info, 2017a, 2017b). Einer Gehaltsstudie zufolge beträgt das Einkommen eines/r Ärzt_in in Deutschland im Schnitt mehr als doppelt so viel wie das einer Fach- oder Führungskraft aus der Pflegebranche (Step Stone, 2018).⁶⁴ Die durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Vollkraft (diese umfassen dann auch die außertariflichen Beträge) betragen über Krankenhäuser aller Trägerschaften hinweg und bezogen auf das Jahr 2017 im ärztlichen Dienst 126.821 € und im Pflegedienst 58.350 € (Statistisches Bundesamt, 2018b, S. 43). Die Betrachtung nach Unterschieden zwischen den Trägerschaften zeigt, dass die durchschnittliche Kostendifferenz zwischen ärztlicher und pflegerischer Vollkraft in kommunalen Krankenhäusern am geringsten ist, in privaten am Höchsten (ebd.).⁶⁵

Das deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung, eine Interessenvertretung der Pflege, thematisiert eine massive Verschiebung von Personal und Kosten (Dip, 2016; vgl. I28, GF, 185; I26, PDir, 164): Zwischen 2004 und 2014 sei ein 28%iger Zuwachs von Vollzeitstellen für Ärzt_innen erfolgt, bei der Pflege lediglich um 2,3%. Die Personalkosten pro vollzeitbeschäftigten Ärzt_innen seien im gleichen Zeitraum um 38% gestiegen, bei der Pflege lediglich um 17%. 2012 lagen die Personalkosten des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus erstmals über denen des Pflegedienstes. Gründe hierfür seien berufspolitischer, rechtlicher und ökonomischer Natur (ebd.). Ressourcen der Ärzt_innen in diesem

⁶⁴ Die unterschiedliche Vergütungsstruktur ist einer IP zufolge auch auf Vorstandsebene ersichtlich, wo der ärztliche Vorstand, der meist den Vorstandsvorsitz stellt, eine halbe Million bekomme, der kaufmännische Vorstand eine Viertelmillion und der pflegerische Vorstand 100.000 € (I3, B, 112), so denn die Pflege überhaupt im Vorstand vertreten ist.

⁶⁵ Die durchschnittlichen Kosten pro Vollkraft ÄD vs. PD betragen in kommunalen Krankenhäusern 124.121 € vs. 59.517 € (Differenz: 64.604 €), in freigemeinnützigen 130.273 € vs. 58.936 € (Differenz: 71.337 €) und in privaten 129.901 € vs. 53.481 € (Differenz: 76.420 €) (Statistisches Bundesamt, 2018b, S. 43).

Zusammenhang sind eine eigene Berufsgewerkschaft seit 2006 und das Arbeitszeitgesetz seit 2008 (I7, GF, 97; I1a, B, 52; I9, GS, 368; vgl. Dip, 2016)⁶⁶, was dazu geführt hat, dass sich Tarife verändert haben (I28, GF, 185) und mehr ärztliches Personal eingestellt werden musste, um die Arbeit zu erledigen, sowie Ärzt_innenknappheit und deren Marktpreis (I28, GF, 185; I9, GS, 368; I15, CA, 116). Weitere strukturelle Aspekte, die zu einer Verschiebung zwischen Ärzte- und Pflegeschicht beigetragen haben, sind einerseits der Abbau von Pflegeförderprogrammen (I21, PDir, 71) und das Ansehen der Ärzt_innen in der Gesellschaft, weil diese den „Ankerpunkt“ für Patient_innen darstellen (I21, PDir, 73). Aufgrund dieser Faktoren und des DRG-Drucks auf Leistungssteigerungen waren Geschäftsführungen im Zwang, Ärzt_innen einzustellen, um „Masse [herzustellen]“ und „viele Fälle schwerkranker Patienten“ zu akquirieren – sodass der Aufbau von ärztlichem Personal und der Abbau von pflegerischem Personal auch „ein Stück weit systemimmanent“ war (I21, PDir, 73), da sich viele Krankenhäuser in existenziellen Nöten befanden (I21, PDir, 77). Des Weiteren zeigt die Analyse, dass zu einer Reduktion des Pflegepersonals auch beigetragen hat, dass seit Einführung der DRGs vielfach pflegeferne Tätigkeiten vom Pflegepersonal auf tertiäre Dienste, z. B. Service und Logistikpersonal, verlagert wurden (I18, PDir, 197; I28, GF, 73; I11, GF, 241; I32b, LR, 70).

Drittens ist eine weitere in den Interviews beschriebene Strategie ver.di die Platzierung von Interessen über den parlamentarischen Arm (I6, GS, 83; I10, GS, 263), d. h. „im politischen System [...] über die Parteien [...], über die wir es am besten transportieren können – die für Arbeitnehmerfragen offene und keine geschlossenen Ohren haben“ (I10, GS, 262), also die „Bündnispartner im Parlament“ (I10, GS, 308).⁶⁷ Diese Beziehung zwischen Gewerkschaft und Parteien des linken Spektrums stellt eine Ressource für die Durchsetzung von Arbeitnehmerinteressen dar. Dennoch beschreibt eine IP von ver.di, dass der parlamentarische Arm bei der SPD seit den 90er-Jahren „weggebrochen“ sei, sodass über das Kommunalparlament keine Mehrheit mehr organisiert werden könne (I10, GS, 306), da die Privatisierung „bis weit in die SPD hinein Konsens“ war (I10, GS, 308). Auch die Grünen

⁶⁶ Der Marburger Bund hat erkämpft, dass auch bei Ärzt_innen auf Arbeitszeiten geachtet wird und Überstunden, Schichten und Rufbereitschaften genau erfasst und vergütet werden (Dip, 2016; vgl. I1a, B, 52; I9, GS, 368).

⁶⁷ Der parlamentarische Arm beschreibt eine „intensive Nähe zu den Parlamenten in der Kommune, im Land und [] im Bundestag“ (I6, GS, 83). Im „16. Deutschen Bundestag waren [] 36% aller Abgeordneten auch Mitglied einer DGB-Gewerkschaft; den höchsten Anteil hatte die SPD-Fraktion mit 73%, es folgten die Linksfraktion mit 65%, die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit 27%, die CDU/CSU-Fraktion mit 4% und die FDP-Fraktion mit 2%“ (Seibring, 2010, S. 31, in Bezug auf Hönigsberger, 2008). In den 80er-Jahren waren über 90% der SPD-Mitglieder in einer DGB-Gewerkschaft organisiert; heute geht die Verflechtung der Gewerkschaften mit den Parteien in allen Fraktionen – außer der Linken, deren Anteil an Gewerkschaftsmitgliedern stetig zunimmt – kontinuierlich zurück (Seibring, 2010, S. 31). Inhaltlich gibt es die meisten Übereinstimmungen mit dem linken Spektrum (SPD, Grüne und Linke) (ebd.).

hätten „zur rot-grünen Zeit [...] neoliberale Politik gemacht und wenig von uns transportiert“ (I10, GS, 309). Heute seien Teile der SPD „wieder zurückgekommen“ und „deutlich zugänglicher“ (I10, GS, 313). Die Linke sei „immer leicht zugänglich“ und achte selbst darauf, gewerkschaftsnah zu agieren, sei aber „nicht mehrheitsfähig in vielen Bereichen“ (I10, GS, 310).

Viertens ist eine weitere in den Interviews beschriebene Strategie der Gewerkschaft ‚gewöhnliche‘ „Lobbyarbeit“ (I9, GS, 224). Es erfolgen „regelmäßige Gespräche mit den politischen Interessensvertretern“ (I19, GS, 69), z. B. Gesundheitspolitiker_innen der Länder (I10, GS, 240), d. h. ein „Austausch mit der Politik“, weil sich „Politik [dafür] interessiert [...], wie wir denken, welche Forderungen wir vertreten“ (I9, GS, 45). Somit werden politische Entscheidungsträger_innen mit gewerkschaftlichen Positionen vertraut gemacht und mit Informationen versorgt. In Zusammenarbeit mit Betriebsräten werden gesundheitspolitische Sprecher_innen aller demokratischen Parteien zu Veranstaltungen mit bestimmten Fragestellungen (I16, GS, 97) oder Bundestagsabgeordnete aus der Region zu Gesprächen und Betriebsbesuchen eingeladen, „um sie einfach auch ein bisschen von diesem Elfenbeinsockel herunterzuholen“ (I19, GS, 69). Gewerkschafter_innen besuchen „Stadtratssitzung[en] [...], Bildungsausschüsse, Verwaltungsräte“ und „parlamentarische Abende unterschiedlicher Organisationen“, bspw. der kommunalen Spitzenverbände (I6, GS, 145 f.), nehmen an von Parteien ausgerichteten „Podiumsdiskussionen“ (I9, GS, 45) teil und führen Gespräche „in die politische Ebene der Parteien im Landtag und in den Bundestag rein, [...] um im Sinne der Beschäftigten zu agieren“ (I19, GS, 70). Um in der Lobbyarbeit wirklich weiterzukommen, seien auch informelle Gespräche „außerhalb des Rampenlichts“ erforderlich (I9, GS, 48), in denen man „Sichtweisen aus[tauscht]“ (I9, GS, 52). Dies setzt voraus, dass man „die Leute im Ministerium [...] und die Ausschussvorsitzenden“ kennt, sodass man „auch mal mit einem einen Abend essen“ geht (I6, GS, 150).

Fünftens verfolgt ver.di im Kampf gegen die Ökonomisierung die Strategien der politischen (a), tariflichen (b) und betrieblichen (c) Druckausübung (Ver.di, 2017b).

Zum einen (a) flankiert die politische (bzw. öffentliche) Druckausübung, sofern erforderlich, die weiter oben beschriebene Lobbyarbeit (I9, GS, 188). Als Ressourcen dienen hierbei insbesondere auch die Sensitivität der Eigentümerin gegenüber einer negativen Öffentlichkeit sowie die Politisierbarkeit des Gesundheitsbereichs (siehe ausführlich unter 5.4.2, Punkte 3 und 5). Der Druck wird über Drohungen, bspw. den Transport der Konflikte auf die (partei-)politische Ebene (I6, GS, 141 f.) oder die Mobilisierung der Beschäftigten (I6, GS, 128) bzw. betriebliche Streiks (I9, GS, 52) erzeugt, wie auch das folgende Zitat illustriert:

„Ich habe [...] dem OB gesagt: ‚Das ist Ihre Position, kann ich verstehen. Wie die Beschäftigten das finden, weiß ich noch nicht. Morgen werde ich die Beschäftigten in der Personalversammlung darüber informieren und mit ihnen kommunizieren.‘ Da hat der damalige OB, SPD, wütend gesagt: ‚Sie wedeln mit dem Leichentuch.‘ [...] Mein Satz, dass ich mit den Beschäftigten kommuniziere, hat gereicht, dass er zu seinem persönlichen Referenten gesagt hat: ‚Machen Sie den Tarifvertrag fertig.‘“ (I6, GS, 128).

Auch über die Mobilisierung bzw. den Widerstand der Bevölkerung wird Druck erzeugt: Letzteres erfolgt bspw., indem Gewerkschaften „das Thema thematisieren, skandalisieren“, über „Beispiele, Öffentlichkeitsarbeit, Aufmerksamkeit, Medienarbeit“ (I10, GS, 239) und öffentliche Kampagnen wie den „Personalcheck“ (s. o.). Hierbei dienen u. a. die „speziellen Zugänge zum Betrieb“ als Ressource, die genutzt wird, „um Informationen und Tatsachen aus dem Alltag in Krankenhäusern öffentlich zu machen“ (I10, GS, 266). Auch wird explizit mit Problemen bei der Wiederwahl gedroht (I6, GS, 139; I9, GS, 60), wenngleich implizit alle Drohungen darauf abzielen.

Zudem (b) erfolgt tarifliche Druckausübung, um beim Arbeitgeber die Zustimmung zum Abschluss eines Tarifvertrags zu erzwingen. Als Ressourcen dienen Flächentarifverträge, das Tarifrecht und insbesondere das Arbeitskampfrecht und die zentrale Stellung der Beschäftigten im Prozess der Gesundheitsversorgung. Es werden harte Verhandlungen geführt und restringierende Rahmenbedingungen bewusst ausgeblendet (I10, GS, 278):

Erstens, weil, „[...] wenn du deine eigene Interessenvertretungspolitik an den zur Verfügung stehenden Finanzen festmachst, da hast du schon verloren. Weil, es wird in jeder Tarifverhandlung einen Geschäftsführer geben, der dir in den buntesten Farben schildert, dass er entweder das Geld JETZT nicht hat. Oder wenn er es jetzt hat, dass, wenn er das für Beschäftigte nutzt, dass er dann morgen nicht mehr investieren kann“ (I10, GS, 273).

Zweitens, weil „[...] man gesehen hat, in dem Moment, wo die Beschäftigten sich einen höheren Lohn erkämpfen oder mehr Personal, haben wir ja noch keine festen Regelungen. Dann muss die Politik nachsteuern. Muss das Geld in den Sektor reinsteuern. Nicht umgekehrt. [...] Also sprich, Fakten schaffen und Politik muss Geld liefern [...] Bewegung kommt ins System erst rein, wenn wir klare Kante geradlinig ziehen“ (I10, GS, 274).

Der Erfolg dieser Strategie zeige sich nicht nur in der eigenen Verhandlungserfahrung, sondern auch in den Erfahrungen des Marburger Bundes (I10, GS, 283). Zudem zeige die Erfahrung, dass ein Eingehen auf die Interessen der GFs – z. B. über die Vereinbarung von Sanierungs- bzw. Notlagentarifen, was früher vermehrt erfolgt ist – durch die Beschäftigten negativ bewertet wird, die Streikbereitschaft reduziert und folglich heute weniger stattfindet (I10, GS, 280).

Überdies (c) erfolgt die Ausübung betrieblichen Drucks durch „betriebliche Aktionen“ (I10, GS, 227, 265), „betriebliche Widerständigkeiten“ (I10, GS, 242) und „Streiks“ (I9, GS, 189) über „ver.di oder im Zusammenspiel mit den Betriebsräten und deren gesetzlichen Möglichkeiten“ (I10, GS, 227), d. h., die Betriebsräte stellen „Bündnispartner“ dar (I10, GS, 260). Betrieblicher Widerstand wird als „erfolgreich“ beschrieben (I10, GS, 265); zudem stärken „genügend streikende Krankenhäuser im Rücken“ die Chancen bei der Lobbyarbeit (I9, GS, 43). Der betriebliche Widerstand diene dazu, moderiert über die Arbeitgeber_innen,

Veränderungen in der Politik zu erwirken, indem Arbeitgeber_innen gezwungen werden, auf die Politik einzuwirken und Veränderungen zu fordern:

„[D]amit die Arbeitgeber irgendwann mal umschwenken von: ‚Wir wollen keine Regulierung‘, auf: ‚Wir wollen endlich Ruhe im Betrieb haben. Das hört ja nie auf. [...] der Gesetzgeber [soll uns bitte] dieses Thema vom Hals halten, weil, im Wettbewerb halten wir das nicht aus.“ (I10, GS, 242).

Für die Ausübung betrieblichen Drucks stellt die Verzahnung mit dem Betriebsrat eine zentrale Ressource dar, da es eine wesentliche Voraussetzung für Streiks ist, dass die Beschäftigten organisiert sind, nicht zuletzt, damit sie für die Streiktage finanziell entschädigt werden (I9, GS, 227). Zudem werde durch die Verzahnung die Durchsetzungsfähigkeit beider Akteure gestärkt (I19, BR, 65). Das Ausmaß der Vernetzung wird indiziert durch den Organisationsgrad der Beschäftigten, d. h. den prozentualen Anteil der Beschäftigten, die bei ver.di Mitglieder sind (I6, GS, 181) und, damit zusammenhängend, die Vertrauensleute bzw. den Organisationsgrad des Betriebsrats (I10, GS, 260).⁶⁸ Bezogen auf die Gesamtbelegschaft kommunaler Krankenhäuser beschreibt eine IP von ver.di den Organisationsgrad als „sehr schwankend“ und „je nach Haus zwischen 10 und 25 %, manche Häuser auch höher“ (I19, GS, 12; vgl. Glassner et al., 2015). Dem Trendreport Betriebsratswahlen zufolge betrug der Organisationsgrad des Betriebsrats 2014 im Durchschnitt 62 %, der Anteil „Unorganisierter“, d. h. nicht in Gewerkschaften organisierter Betriebsratsmitglieder, betrug 33 % (Greifenstein et al., 2017, S. 52 f.). Die Arbeitsteilung zwischen Gewerkschaft und Betriebsrat wird von einigen IPs als „Organisationsarbeit in politischen emotionalen Prozessen“ versus „Organisation“ (I9, GS, 191) beschrieben: Die „gewerkschaftliche Struktur, wo wir Vertrauensleute zusammenfassen, Gewerkschaftsgremien haben“, beschäftige sich mit branchen- und gewerkschaftspolitischen Fragen (I9, GS, 187), greife politische Zusammenhänge auf, vermittele diese dem Betriebsrat und anderen und begeistere dafür, mitzumachen (I9, GS, 190). Diese Gewerkschaft im Betrieb setze die „Impulse“ (I9, GS, 187), melde zurück, „wie können wir uns durchsetzen in dem Betrieb“ (I9, GS, 190), und transportiere „betriebliche Themen nach außen, versuche diese zu verallgemeinern, um daraus die Bedingungen für Beschäftigte zu verbessern (I19, BR, 50). Hingegen kümmern sich Betriebsräte als „Bestandteil des Betriebs“ (I19, BR, 50) „um die täglichen Prozesse“ (I9, GS, 186).

Mit der Verzahnung einher geht die Strategie der Mobilisierung der Beschäftigten und des Streikens. Als Herausforderung wird aber beschrieben, dass „Solidarität“ (I10, GS, 295), d. h., dass „alle Beschäftigten im Krankenhaus an einem Strang ziehen“, nicht mehr einfach „abrufbar“ sei, sodass „die Leute auf Station“ sagten:

⁶⁸ „Die Betriebsräte sind automatisch auch im Vertrauensleutekorper, wenn sie der Gewerkschaft angehören, um Verbindungen zu schaffen. Letztlich sind Betriebsräte ja auch gewerkschaftliche Funktionäre“ (I19, BR, 56).

„[I]ch habe das Problem, ich muss vor allem früh hier raus. Was habe ich damit zu schaffen, dass die jetzt in der Küche outgesourced sind, geht mich das was an?“ (I10, GS, 296).

Aufgrund unterschiedlicher Interessen sei es schwer, gemeinsame Interessen und gemeinsame Forderungen zu formulieren (I10, GS, 299). Folglich gebe es „nichts Anstrengenderes und Schwierigeres, als einen Streik zu organisieren“⁶⁹, sodass dieser „die Ultima Ratio“ sei (I19, BR, 9). In der Vorbereitung eines Streiks führt ver.di, um Organisationswissen aufzubauen, ein „Mapping“ durch, indem ein Krankenhaus bezogen auf Berufsgruppen, Schichtdienste, Streikerfahrung, relevante Unternehmensbereiche und den Organisationsgrad in den relevanten Bereichen analysiert wird (I10, GS, 285).

„Mapping heißt, wie viel Leute haben wir auf der Intensiv, wie viel haben wir im OP. Weil, wenn wir die zumachen, haben wir genauso einen Druck wie der Marburger Bund. [...] wir können ein Krankenhaus erfolgreich bestreiken, wenn wir in der Verwaltung theoretisch null haben. Im Röntgen vielleicht auch keine Organisierten, aber im OP“ (I10, GS, 285).

Die Bestreikung des OPs erzeugt deshalb viel Druck, weil es unternehmenswichtig sei, dass dieser laufe, weil dieser „eine Cashcow ist. Da wird Leistung erbracht“ (I26, PDir, 56). Dies illustriert, dass der Organisationsgrad „bezogen auf ein differenziertes Krankenhaus“ (I10, GS, 291) eine wichtige Ressource darstellt, um Druck für die Arbeitgeberseite zu erzeugen.

Streiks werden vor allem in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt: 2017 wurden bundesweit „sechs, sieben Öffentliche, vier, fünf Private und ein kirchliches Haus“ bestreikt (I10, GS, 255). Dies verwundert zunächst vor dem Hintergrund, dass ver.di kommunale Häuser erhalten und stärken möchte, ist aber möglicherweise damit zu begründen, dass das Kriterium des Organisationsgrads mitentscheidend in Bezug darauf ist, welches Krankenhaus bestreikt wird (z. B. I9, GS, 229; I28, GF, 83) und ver.di bei den öffentlichen Krankenhäusern am stärksten bzw. einflussreichsten ist (I19, BR, 85), u. a. aufgrund der höheren Mitgliederzahlen im Vergleich mit Krankenhäusern in privater oder konfessioneller Trägerschaft (I10, GS, 246). Zudem sind öffentliche Arbeitgeber am stärksten an Sozialpartnerschaft orientiert (I10, GS, 247) und „im Regelfall Leute, mit denen man gut reden kann“ (I6, GS, 51).

Kritik am Widerstands-Spiel. Das Widerstands-Spiel seitens der Gewerkschaft wird von den vom Widerstand betroffenen Akteuren, v. a. Manager_innen im Krankenhaus sowie Management-Berater_innen, im Kern nachvollzogen. Diese zeigen Verständnis dafür, dass „ver.di versucht [] einen gesamtgesellschaftlichen Prozess anzustoßen“ (I14, med. GF, 77), und bewerten die Kritik an der „Ware Gesundheit“ als „im Kern berechtigte Forderungen“ (I4, B,

⁶⁹ Auch allgemeiner wird die Herausforderung beschrieben, dass die Nutzung der Gewerkschaft als „Beschwerdestelle oder Versicherung“ ein Grund für den Eintritt in die Gewerkschaft sei und diese weniger als Mittel angesehen werde, um selbst tätig zu werden (I9, GS, 198).

168; vgl. I29, med. GF, 13), sodass die Bereitschaft besteht, gemeinsam Signale zu setzen (I26, PDir, 354). Ein/e Berater_in sieht aufgrund des Verteilungsproblems zwischen ärztlicher und pflegerischer Berufsgruppe „gute Gründe, da reinzuhauen“ (I1a, B, 52, 64). Dennoch löst das Widerstands-Spiel Kritik von Akteuren aus dem Management, aber auch aus den eigenen Reihen aus. Die kritischen Argumente gegen den Widerstand der Gewerkschaften sind in Tabelle 27 aufgeführt. Nummerierte Argumente werden anschließend erläutert – diese stellen letztlich Strategien des Managements dar, um seinen Interessen Ausdruck zu verleihen. Argumente, die in der Tabelle mit einer Quellenangabe versehen sind, werden nicht weiter erläutert.

Tab. 27: Argumente der Kritiker_innen des Widerstands-Spiels

<i>Ressourcen in der Argumentation</i>	<i>Kritik am Widerstands-Spiel / Argumente</i>
KKH sind gemeinwohlorientiert; verfolgen bedarfs- und gemeinwirtschaftliche Wirtschaftsprinzipien	1.) Kritik an der für kKH unzutreffenden Begriffsverwendung der Ökonomisierung
Denkschemata der Arbeitnehmenden: ‚Ich kann doch meine Patienten nicht allein lassen‘	2.) Aufzeigen der Risiken und Nachteile, die für Patient_innen, Betrieb und Belegschaft durch einen Streik entstehen können
Fachkräftemangel, mangelnde Finanzierung, rechtliche Vorgaben (Prinzip der Zweispurigkeit)	3.) Kritik an fehlender Differenziertheit bzw. Polemik und Populismus; Aufzeigen der Zwänge durch Rahmenbedingungen
In kKH geht es um die Erfüllung des öffentlichen Auftrages, nicht um Gewinne (I4, B, 168)	Kritik, dass Kampf an falscher Stelle ausgefochten wird: 1.) im Krankenhaus, anstatt sich an den Bundestag zu wenden, um dort eine Gesetzesänderung zu erwirken (I4, B, 169) 2.) in kKH statt in privaten und konfessionellen KH

Erstens kritisieren im Krankenhausmanagement tätige Mediziner_innen die unpassende Verwendung des Begriffs „Ökonomisierung“ bezogen auf kommunale Krankenhäuser (kKH) und die Verwechslung der Begriffe „Ökonomisierung“ und „Kommerzialisierung“. So beschreibt eine IP:

„Es gibt immer wieder diesen konstruierten Widerspruch, der häufig auch mit Schlagworten belegt ist, wie: Ökonomisierung der Medizin, Geld geht über alles, der Patient fällt hinter runter, blablabla. Am Ende reden diese Leute ja von Begriffen, die sie gar nicht kennen, das muss man mal ganz klar festhalten. Ökonomie heißt ja [...] die Regeln des Haushaltens. Was wir daraus machen, ist, dass wir so tun, als wenn das ein Schimpfwort wäre. Was die meinen, ist Kommerzialisierung vielleicht oder ein gewisses Profitstreben in diesem Kontext. Das kann man ja durchaus kritisch sehen, aber dann nutzt man die falschen Wörter dafür“ (I29, med. GF, 13).⁷⁰

Damit bezieht sich die IP auch auf Unterschiede zwischen den Trägerschaften. Dies wird auch deutlich in der Aussage einer anderen IP (I20, GF, 14), die präzisiert:

„[Das wirtschaftliche Ziel ist] die wichtigste Nebenbedingung. Es ist nicht der Hauptzweck eines öffentlichen Krankenhauses, Gewinne zu maximieren. Eines gemeinnützigen schon gar nicht“ (I20, GF, 19).

⁷⁰ Aristoteles unterschied die Lehre vom Haushalten (Oikonomia) von der Lehre vom Erwerb (Chrematistik). Ökonomisches Handeln beschreibt demnach eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Sinne des Verhältnisses zwischen Kosten und Leistungen, nicht den Erwerb bzw. die Gewinnmaximierung (Sturm, 2002).

Öffentliche Krankenhäuser verfolgen gemein- und bedarfswirtschaftliche Prinzipien und arbeiten bedarfsdeckend, Formalziel ist die Daseinsvorsorge, alle anderen Ziele sind dem nachgeordnet (Sonntag, 2017). Der Forderung des Bündnisses „Krankenhaus statt Fabrik“ nach Gemeinwohl- und Bedarfsorientierung (Rakowitz, 2017) entsprechen kKH folglich. Die Bedarfsorientierung zeigt sich auch darin, dass, wie ein/e Chefärzt_in formuliert, in kKH „Freiheitsgrade“ vorhanden seien und die erforderliche Medizin auch dann stattfinde, wenn sie nicht im DRG-System abgebildet und refinanziert sei (I23, CA, 216; vgl. I34, AL, 35 f. zur nicht ausreichend refinanzierten⁷¹ Notfallversorgung oder I27, GF, 27 zur Palliativmedizin; siehe auch Hanneken et al., 2010, S. 9). Ähnlich argumentieren Bär und Pohlmann (2016, S. 246 f.), dass kein klinischer Bereich, der zur Erfüllung des Versorgungsauftrages als notwendig erachtet wird, geschlossen oder verkauft würde. Aufgrund der Ausrichtung eines kommunalen Krankenhauses sind einer IP zufolge Aussagen der Gewerkschaft, wie „Ware Gesundheit“, „GmbH ist böse“, und der Aufbau einer „Fundamental-Opposition“ nicht nachvollziehbar (I4, B, 168). Auch wenn Gesundheit nicht als Ware oder Quelle für Profit betrachtet, sondern angestrebt wird, die Gesundheitsleistungen ressourcensparend zu erbringen, sind kKH durch das Markt- bzw. Wettbewerbssystem und die mangelnde Investitionsfinanzierung gezwungen, ähnlich wie die Privaten zu handeln⁷², mit dem Unterschied, dass in der Regel alles, was erwirtschaftet wird, in das Krankenhaus zurückfließt. Es findet also, wie Bär und Pohlmann (2016, S. 244 f.) auf Basis einer Querschnittsanalyse der 100 größten Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft konstatieren, eine „Verbetriebswirtschaftlichung“, nicht aber eine „Vermarktlichung“ statt. Private Krankenhäuser verfolgen hingegen privat- und erwerbswirtschaftliche Prinzipien und die Interessen der Anteilseigner, Formalziel ist die Gewinnerzielung, das Krankenhaus ist Mittel zum Zweck (Sonntag, 2017). Im Fall privater Krankenhausträger ist es folglich angemessener, von einer Kommerzialisierung zu sprechen. Zudem deuten einzelne Aussagen auf andere Verhältnisse hin: Bezogen auf ökonomischen Druck formuliert eine IP, dass Chefärzt_innen bei privaten Trägern „viel viel mehr Druck haben und tatsächlich auch im Krankenhaus Indikationen beugen müssen, Steigerungen von Fallzahlen liefern müssen, die vollkommen utopisch sind“. Es sei so, dass „Chefärzte in privaten Häusern viel häufiger einfach rausfliegen, gekündigt werden, wenn sie bestimmte Ziele einfach nicht erreichen“, da seien Ärzte in einem kKH „besser aufgestellt sind als Ärzte bei einem privaten Träger“ (I15, CA, 57).

⁷¹ Das KH erhält pro nicht stationärem Fall 4,74 €, was zu Defiziten in Milliardenhöhe führt (I34, AL, 35 f.).

⁷² Siehe bisherige Ausführungen im Wettbewerbs- und Daumenschrauben-Spiel sowie weitere Ausführungen im Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel (5.5.1.1).

Zweitens wird darauf aufmerksam gemacht, dass der betriebliche Widerstand Nachteile bzw. Risiken für die Patient_innen, den Betrieb und die Beschäftigten mit sich bringe. Einzelne IPs kritisieren die mangelnde Rücksichtnahme auf die Patient_innen durch die Schließung von Stationen (I14, med. GF, 56), und dass ver.di bzw. organisierte Betriebsräte keine Rücksicht auf wirtschaftliche Verluste auf Betriebsebene nehmen würden (I14, med. GF, 77; I26, BR, 354). Länger andauernde Streiks gingen „ans Eingemachte für ein Unternehmen“ (I14, med. GF, 77), da Verluste bei einem mehrtätigen Streik nicht mehr aufzuholen seien und das Unternehmen gefährden (I26, BR, 354), und „da hängen ja die Mitarbeiter dran und die Mitarbeiter sind mir wichtig, die arbeiten viele Jahre hier, die haben ihre Familien, die müssen sie ernähren und das wäre ganz blöd, da das Unternehmen in Schieflage zu bringen“ (I26, BR, 356). Wenn der Streik eine Leistungsminderung auslöst, kann sich dies auf die Erlöse im Folgejahr auswirken, da eine geringere, d. h. schlechtere Ausgangsbasis für die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen und somit ein Nachteil im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern entsteht. Dies ist wiederum kritisch, da, wie IPs beschreiben, sich kommunale Träger bei wirtschaftlichem Misserfolg die Hintertür der Privatisierung aufhalten (I10, GS, 167), um sich von dem politischen Druck zu entlasten (I12, LR, 57). Damit besteht die Gefahr, dass ver.di durch die Streiks dazu beiträgt, dass die ohnehin schwächere Wettbewerbsposition der kommunalen Krankenhäuser weiter geschwächt wird. Eine Ressource für das Management stellt das Verantwortungsbewusstsein der Beschäftigten für ihre Patient_innen dar. So beschreibt eine IP, dass es sehr schwierig sei, die Beschäftigten „zu mobilisieren, auch für ihre Rechte einzustehen, zu streiken, zu sagen, es geht nicht mehr“, denn „die sagen: ja, ich kann doch meine Patienten nicht allein lassen“ (I17, PDL, 117).

Drittens kritisieren einige IPs aus dem Management, die teilweise selbst ver.di-Mitglieder sind oder waren, polemisches und populistisches Agieren seitens ver.di (z. B. I6, GS, 59), welches die Akteure im Krankenhaus vor große Herausforderungen stelle: Ver.di sei „manchmal zu weit weg [] von der Basis“ (I26, GS, 362) bzw. stelle „die einfachsten, polemischen Forderungen“, die nicht umgesetzt werden können (I17, PDL, 158), nehme „die Leute oft sehr undifferenziert mit“ (I14, med. GF, 75) und berücksichtige nicht die Rahmenbedingungen wie Fachkräftemangel und Refinanzierung (I14, med. GF, 76; vgl. I17, PDL, 158; I18, PDir, 270). In diesem Zusammenhang beschreibt ein/e Pflegedirektor_in⁷³ die Konsequenzen für die Patient_innen:

„Und dann diese Strategie mit diesen Personaluntergrenzen – so und so viele Leute müssen in sensiblen Bereichen da sein. Ja, und wenn sie nicht da sind? Dann wird geschlossen“ (I26, PDir, 68).

⁷³ Aus Gründen der Anonymisierung verwende ich auch bei nur einer Person die maskulin-feminine Doppelform.

Gefordert wird stattdessen, dass Ver.di, bezogen auf die Adressaten, auf oberer politischer Ebene ansetzen solle, um etwas zu bewirken bzw., bezogen auf die Inhalte, an „den Wurzeln“ anfangen solle, „und nicht schon an den Blättern“ (I17, PDL, 158). Als wichtige Themen nennen einige IPs z. B. „Ausbildungen“ (I26, PDir, 70) und die Zusammenarbeit zwischen den patientennahen Berufsgruppen – dies sei viel wichtiger als die Forderung nach mehr Personal und Flächentarifverträgen (I18, PDir, 270). Momentan werde zu wenig ausgebildet (I26, PDir, 40), was auch auf externe Beschränkungen⁷⁴ zurückzuführen sei:

„Da muss man auch als ver.di umdenken: Worauf machen wir aufmerksam? Und politisch sich dafür einsetzen, dass mehr in Ausbildung investiert, die Kapazitäten auch aufgemacht und refinanziert werden?“ (I26, PDir, 73).

Auch werde seitens der Gewerkschaft ver.di nicht die Auswirkung ihrer Forderungen auf die allgemeine Arbeitnehmerschaft herausgestellt, dass diese zu einer teureren Krankenversorgung führen werde und folglich die Krankenkassenbeiträge steigen (I2a, B, 38) bzw. Investitionen in die Pflege die „Gesellschaft Geld kosten [werden]“ (I26, PDir, 75), sodass dieser Zusammenhang auch vielen Akteuren im Krankenhaus nicht klar sei (I26, PDir, 80). Darum sei man bei einer „gesamtgesellschaftlichen Politik, was ist mir Gesundheit wert, wie viel zahle ich ein?“ (I26, PDir, 78).

Letztlich zeigt die Analyse der Daten, dass das System komplex ist und das Spektrum der Ursachen für die Belastung der klinisch Beschäftigten breit. IPs aus Geschäftsführung, Pflege- und ärztlichem Dienst zufolge tragen, neben dem Leistungswettbewerb, auch andere Faktoren zu Belastung bei, z. B. das „Anspruchsdenken der Patienten und Angehörigen“ (I15, CA, 100), der eigene ideale Anspruch an die Versorgung, der innerhalb der Rahmenbedingungen nicht vorgesehen ist (I21, PDir, 110), „Kämpfe“ (I18, PDir, 19) bzw. unterschiedliche Interessen zwischen den Berufsgruppen (I15, CA, 83), Fachkräftemangel (I17, PDL, 219; I22, GF, 265; I26, PDir, 41), unzulängliche Führungsfähigkeiten der klinischen Führungskräfte (I22, GF, 268) sowie eine unzulängliche Prozess- und Arbeitsorganisation bzw. Mehrarbeit oder Doppelarbeit (I26, PDir, 6).

5.3.6 Mitgliedermaximierungs-Spiel der Gewerkschaft

Die Analyse der Daten deutet darauf hin, dass ver.di neben dem Widerstands-Spiel auch ein *Mitgliedermaximierungs-Spiel* (#5) spielt. Im Mitgliedermaximierungs-Spiel werden über die Herstellung von Sichtbarkeit möglichst viele Mitglieder gewonnen, um Organisationsmacht aufzubauen. IPs unterschiedlicher Akteursgruppen stellen kritisch heraus, dass ver.di „ureigene

⁷⁴ Die Zahl der Ausbildungsplätze an den Ausbildungsstätten wird in den Feststellungsbescheiden durch die zuständigen Ministerien definiert.

ideologische Interessen“ verfolge (I4, B, 165; vgl. I3, B, 83) und streike, um „unter dem Deckmäntelchen der Gerechtigkeit“ (I14, med. GF, 85) Mitglieder zu gewinnen (I6, GS, 110; I14, med. GF, 85; I24, GF, 8). So beschreibt eine Geschäftsführung:

„Die Gewerkschaften [machen] in ihrer Rollensuche, oft auch um Mitglieder zu gewinnen, manche Dinge [], die mit dem ursprünglichen Solidaritätsgedanken gar nichts mehr zu tun haben. Momentan wird [ein Krankenhaus] bestreikt, weil man weiß, da sind genügend Menschen, die mit auf die Strasse gehen. Das ist kein Sachbezug“ (I24, GF, 89; vgl. I14, med. GF, 66).

Die Ressourcen und Strategien (Tab. 28) werden im Folgenden kurz erläutert.

Tab. 28: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Gewerkschaft im Mitgliedermaximierungs-Spiel (#5)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Z: Sichtbarkeit und Überzeugung erforderlich	Streiken/Konflikt und Kampf; (schnelle) Erfolge anstreben und sichtbar machen; in Konfliktfällen gegen Co-Management positionieren
Emotionalität und Politisierbarkeit des KKH und der Gruppe der Pflegekräfte	KKH instrumentalisieren / als politischen Spielball nutzen

Auch wenn ein Sachbezug fehlt, ist das Verhalten bei den gegebenen strukturellen Bedingungen und auch eigenen Interessen (politisch) rational. Als freiwillige Mitgliederorganisationen befinden sich Gewerkschaften innerhalb eines politischen Handlungssystems – politisch in dem Sinne, dass sie Menschen durch Überzeugung gewinnen und eine gewisse Menge an Mitgliedern etablieren müssen, um schlagkräftig zu sein. Einflussnahme erfordert „Organisationsmacht“⁷⁵, d. h. die „Fähigkeit zum kollektiven Handeln“ (Brinkmann & Nachtwey, 2010, S. 21), sowie Finanzmacht; beides entsteht durch Mitglieder. Folglich sind Gewerkschaften auf die Gewinnung von Mitgliedern angewiesen.

Um Mitglieder zu gewinnen, sei „Profil bei den Mitgliedern“ (I1a, B, 21) bzw. die positive Aufmerksamkeit potenzieller neuer Mitglieder erforderlich. Auch werden schnelle Erfolge angestrebt: So beschreibt eine IP, mit ver.di sei es „das Gleiche wie mit der Politik, verändern, aber möglichst schnell, damit ich die Fahne heben kann“ (I18, PDir, 357). Ver.dis Interesse bei den Streiks ist einer IP zufolge nicht die Pflege, sondern „die maximale Aufmerksamkeit“ – diese erlange man über „erfolgreiche Konflikte“ (I1a, B, 21, 26).

„Die Tarifkonflikte sind die Momente, wo die Gewerkschaften Zulauf haben, wo sie erfolgreich Kampf gemacht haben. Das Schlimmste, was einer Gewerkschaft passieren kann, ist, wenn sie eine tarifliche Vereinbarung hinkriegen, die völlig unumstritten war und nicht mal mehr medial begleitet wird. Auch wenn sie alle Forderungen erfüllt kriegen. Weil sie damit aus dem Wahrnehmungsspektrum rausgleiten und nicht als erfolgreiche Interessenvertreter dastehen“ (I1b, B, 22).

⁷⁵ Organisationsmacht stellt neben struktureller Macht (Arbeitsmarktsituation und Stellung der Arbeitnehmenden im Produktionsprozess) die Basis für institutionelle Macht dar, welche sich „in Routinen, Praktiken und geteilten Überzeugungen, vor allem aber in institutionellen Formen wie dem Arbeitsrecht, Wohlfahrtsstaat, der Mitbestimmung und dem Tarifsysteem“ ausdrückt (Brinkmann & Nachtwey, 2010, S. 21).

Das sei auch der Grund, warum sich ver.di in Konfliktfällen klar gegen Co-Management positioniere, da ein Betriebsrat, der „immer mit dem Management konstruktiv runddiskutiert [...] gar nicht geneigt [ist], mal auf die Straße zu gehen, wenn die Gewerkschaft ihn bzw. die Belegschaft braucht“ (I1a, B, 61). Ver.di sei auch „mehr als andere Gewerkschaften auf Kampf liniert“ (I1a, B, 26). In diesem Kampf stellen Krankenhäuser eine starke Ressource dar, weil sie aufgrund ihrer regional- und beschäftigungspolitischen Bedeutung, der Komplexität des Gesundheitswesens, der Emotionalität von Gesundheit und Krankheit sowie der Erwartungen an eine öffentliche Arbeitgeberin (vgl. Tab. 34 in Abschn. 5.4.2 zur Politisierbarkeit kommunaler Krankenhäuser) gut politisierbar sind. So beschreibt die IP, dass ver.di über das Pflegepersonal mehr Aufmerksamkeit erlange, „als wenn sie irgendwelche Reinigungskräfte nach vorne bringen wollen“, weil Krankenhäuser einen „emotional-sozialen Gesellschaftsbereich“ darstellten, und „wenn man Kliniken lahmlegt, geht die Welt eines Landes unter“. Darum werde im Krankenhausbereich immer „besonders kritisch und kriegerisch gespielt – was alles Taktik der Gewerkschaft“ sei und „mit dem Haus [...] wirklich NULL zu tun“ habe (I1a, B, 26). Vergleichbar beschreiben auch andere IPs, dass ver.di, um Mitglieder zu gewinnen, politische Aktionen mache (I6, GS, 110) und Krankenhäuser bzw. die Pflege zum Politikmachen nutze (I4, B, 153; I14, med. GF, 77), d. h. als politischen Spielball instrumentalisieren. Die Ausführungen zeigen, dass es für Gewerkschaften erstens rational ist, den Ist-Zustand möglichst negativ darzustellen, und zweitens, diesen in einem harten, öffentlich sichtbaren Kampf zu verändern, damit potenzielle Mitglieder ver.di positiv wahrnehmen und der Gewerkschaft beitreten. Überdies wird deutlich, warum ein Fokus auf der Bezahlung und weniger auf anderen Aspekte wie Zusammenarbeit und Ausbildung liegt: weil dort stärkere Machtmittel (z. B. Tarifgesetz) und damit eine stärkere Erfolgswahrscheinlichkeit liegen.

5.3.7 Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel der Gewerkschaft

Die Analyse der Daten deutet zudem darauf hin, dass ver.di – für eine Gewerkschaft zunächst überraschend – ein *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#6) spielt, obwohl sie dies in kommunalen Krankenhäusern kritisieren. Im Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel wird die finanzielle Schlagkraft über die Steigerung von Einnahmen und die Senkung von Kosten erhöht. Verwendete Ressourcen und Strategien (Tab. 29) werden im Folgenden kurz erläutert.

Tab. 29: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Gewerkschaft im Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel (#6)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Z: Wirtschaftlicher Druck	Kostenstabilität und -senkung: über Personalabbau, Lohnzuwachs bei eigenen Beschäftigten verhindern, Tarifverhandlungen für eigene Beschäftigte ablehnen Einnahmen erhöhen: über Mitgliederzuwachs, Steigerung des Anteils der erwerbstätigen Mitglieder, Vereinbarung höherer Lohnabschlüsse der Mitglieder
Mobilisierungskampagnen	Investitionen in Kerngeschäft, z. B. Streiks

In einem Interview wurde von einer IP mit gewerkschaftlichem Hintergrund darauf verwiesen, dass die Mitgliedergewinnung nicht nur der Gewinnung von Kampfkraft und gesellschaftlichem Einfluss, sondern auch der Konsolidierung der eigenen Organisation diene (I6, GS, 112). Überdies wurde Kritik am Umgang ver.dis mit den eigenen Beschäftigten geübt: „Eine Organisation, die eine Kampagne macht zu guter Arbeit, und ihre eigenen Arbeiter behandelt wie Holz, ist nicht glaubwürdig“ (I6, GS, 73).

Die Aussage deutet darauf hin, dass ver.dis Forderungen gegenüber den Arbeitgebern ihrer Mitglieder in Dissonanz zu ihrem eigenen Handeln in der Arbeitgeberrolle stehen. Die weitere Datenanalyse weist darauf hin, dass sich Gewerkschaften – analog zu bedarfs- und gemeinwohlorientierten Krankenhäusern – in wirtschaftlichen Zwängen befinden und wirtschaftliche Spielregeln beherrschen müssen, wenn sie ‚am Markt‘ bzw. ‚in der Gewerkschaftslandschaft‘ überleben und gesellschaftlich Einfluss nehmen wollen – sogar auf Kosten der eigenen Beschäftigten. In der Vergangenheit stand ver.di selbst unter Druck, sich zu sanieren, weil Geld für Investitionen in das Kerngeschäft, also Streiks, benötigt wurde (Döhle, 2013; vgl. Iwd, 2017), und hat aus diesem Grund Personal abgebaut, konkret die Anzahl der hauptamtlichen Gewerkschaftsmitarbeitenden von 4.500 Mitarbeitenden im Jahr 2001 auf 3.000 Mitarbeitende im Jahr 2017 reduziert (Iwd, 2017). Überdies hat ver.di erfolgreich den Anteil der Erwerbstätigen an den ver.di-Mitgliedern erhöht, die höhere Beiträge als Rentner_innen oder Arbeitslose zahlen und ab 2008 höhere Lohnabschlüsse durchgesetzt, was wiederum höhere Mitgliederbeiträge bedeutet (Iwd, 2017).

Der Gewerkschaft der Gewerkschaftsbeschäftigten (GdG) zufolge geht ver.di in Tariffragen mit den eigenen Mitarbeitenden respektloser um als die öffentlichen Arbeitgeber, indem ver.di Tarifverhandlungen ablehnt hat (LabourNet Germany, 2017) und, wie die Presse schreibt, die eigenen Angestellten nur 0,73% mehr Lohn jährlich erhalten, während die Angestellten kommunaler Arbeitgeber 4,75% mehr Lohn erhalten (Lessat, 2016). Die Aussage des ver.di-Vorstandsvorsitzenden Bsirske, das erste Angebot der Arbeitgeberseite über 0,6% 2016 und 1,2% im kommenden Jahr sei „dreist und provokativ“ (ebd.) wirkt vor diesem Hintergrund etwas deplatziert. Die Beschäftigten bzw. die Gewerkschaft der

Gewerkschaftsbeschäftigten reagiert wiederum mit Widerstand in Form von Streiks, d. h. mit einem Widerstands-Spiel – nur dass diesmal ver.di bestreikt wird: So schreibt die Presse, dass Mitte Juli 2016 bundesweit rund 1.000 Angestellte, also ein Drittel der Beschäftigten, gegen „Genosse Ausbeuter“ in den Warnstreik getreten sei (Dowideit, 2016; vgl. SPON, 2016). Der GdG zufolge mit wenig Wirkung (GdG, 2019, 30.09.2019): Ver.di lehnt einen Tarifvertrag für die eigenen Beschäftigten ab – so könne man schlussfolgern, dass ver.di entweder Tarifverträge entgegen ihren Forderungen in der Öffentlichkeit nicht für wichtig hielt oder einfach Angst vor Tarifverträgen hat, jedenfalls für die eigenen Beschäftigten (ebd.).

5.3.8 Gewinnmaximierungs-Spiel der Ärzt_innen

Neben den Pflegekräften, die durch ver.di vertreten werden, üben auch einige Ärzt_innen, vertreten durch den Marburger Bund, Kritik an der Ökonomisierung des Gesundheitswesens (I25, ÄDir, 52; vgl. Marburger Bund, 2018, 24.9.), was sich auch in der Unterstützung des in der Zeitschrift Stern publizierten Ärzteappells „Rettet die Medizin – gegen das Diktat der Ökonomie in unseren Krankenhäusern“ (Marburger Bund, 2019; Stern, 2019) zeigt. Ihr Interesse ist, die Medizin „zu retten“ und die Ökonomisierung der Krankenhäuser zu stoppen.

Die Analyse der Daten zeigt, dass die Kritik aus Reihen der Ärzt_innen gegenüber ökonomischen Parametern wiederum von unterschiedlichen Akteuren (Ärzt_innen, Geschäftsführungen, Arbeitnehmervertretungen) kritisiert wird. Diese Kritik an der Kritik deutet darauf hin, dass ein Teil der Ärzt_innen selbst ein *Gewinnmaximierungs-Spiel* (#7) spielt, obwohl sie dies an anderer Stelle strikt ablehnen. Dies ist bewusst als Gewinnmaximierungs- und nicht als Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel titulierte, da die Analyse darauf hindeutet, dass die Strategien auf das kommerzielle Interesse an individueller Gewinnmaximierung (nicht: Bedarfswirtschaftlichkeit) zurückzuführen sind, und zwar Anreize zu diesem Verhalten bestehen, aber nicht wirklich ein Zwang, wie weiter unten deutlich wird. Dies zeigt sich u. a. darin, dass ein anderer Teil der Ärzt_innen dieses Spiel bewusst nicht spielt und entsprechende Strategien öffentlich kritisiert. Im *Gewinnmaximierungs-Spiel* nutzen Ärzt_innen die in Tabelle 30 genannten Ressourcen und Strategien, die im Anschluss erläutert werden.

Erstens werden die Kritik von Ärzt_innen an ökonomischen Parametern und bestimmte Verhaltensweisen von Ärzt_innen, die nicht konform sind mit ihren kritischen Äußerungen, von einigen IPs aus Geschäftsführung und Arbeitnehmervertretung kritisiert, da Ärzt_innen durchaus nach dem ökonomischen Prinzip denken und handeln könnten und es auch täten, sobald sie in eigener Praxis tätig seien und es sich um den Verbrauch eigener Ressourcen handele (I7, GF, 565; I16, BR, 58).

Tab. 30: Strukturelle Bedingungen und Strategien der (Chef-)Ärzt_innen im Gewinnmaximierungs-Spiel (#7)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Eigene Praxis	1.) Kritik an Ökonomisierung der Medizin im Krankenhaus (in angestellter Tätigkeit); Handeln nach dem ökonomischen Prinzip in eigener Praxis (in selbstständiger Tätigkeit) und Gewinn steigern durch Ausweitung von Leistungen
Ärzt_innen sind im branchenweiten Vergleich die bestbezahlte Berufsgruppe Besondere Finanzmacht der Chefärzt_innen	2.) Gravierende Einkommensunterschiede innerhalb der Berufsgruppe und zu anderen Berufsgruppen nicht thematisieren
Privatliquidation; Reputation und Expert_innenwissen	3.) Gewinn steigern über Privatliquidation und Nebentätigkeiten
Hohes Einkommen im ambulanten Bereich (I1a, B, 55); Schlüsselstellung im Gesundheitsversorgungsprozess und mächtige Lobby durch KV (I1a, B, 52; I16, BR, 50, 52; I6, GS, 13, 32; I1a, B, 55; I7, GF, 556, 562; I10, GS, 204) und Marburger Bund (I10, GS, 283; I16; BR, 56; I28, GF, 177); Ärzt_innenmangel und ‚Marktpreise‘ (I16, BR, 73; vgl. I28, GF, 185)	Forderung nach höherer, marktgerechter AT-Vergütung im KH (I16, BR, 73; I28, GF, 185) Marburger Bund: Forderung nach höherer Vergütung (I10, GS, 283), elitäres Bewusstsein weiterentwickeln und Verdrängung zulasten anderer betreiben (I28, GF, 177)

„Veränderung funktioniert eigenartigerweise immer genau dann, wenn man sich niederlässt. [...] das ist ganz interessant, dann gehen all die Dinge, die im Krankenhaus undenkbar waren, [] über Nacht“ (I20, GF, 128).

Eine IP führt das Verhalten auf die Rolle als Selbstständiger bzw. Arbeitgeber und das wirtschaftliche Handlungssystem zurück:

„Der [Arzt] ist auch Kaufmann und muss irgendwo sehen, dass er den Betrieb am Laufen hält“ (I7, GF, 565).

„[D]ie, die im Krankenhaus dafür kämpfen, über den Marburger Bund – ‚wir wollen angemessen bezahlt werden, es muss da Tarifstrukturen geben‘ –, wenn sie selbst auf der Seite sind, Arbeitgeber zu sein, klagen die Nachgeordneten, dass jetzt das alles vergessen ist [...]. [Und die angestellten Ärzte verdienen oft sehr viel weniger Geld als derjenige, der der Praxisinhaber ist]. Wie immer“ (I16, BR, 58).

Ein/e Gewerkschafter_in beschreibt dieses Verhalten als das „klassische kapitalistische Prinzip“: Sobald es um den eigenen, persönlichen Gewinn gehe, organisiere man sich ökonomisch, weil man ein Interesse daran habe; wenn man als Teil eines Gesamtkrankenhauses agiere, habe man andere Interessen (I9, GS, 366). Ein/e Chefärzt_in stellt heraus, dass der Fokus auf Wirtschaftlichkeit im ambulanten Bereich deutlich ausgeprägter als in kKH sei (I15, CA, 57). Es komme vor,

„[...] dass Indikationen nur noch dann gestellt werden, wenn man weiss, dass es viele Punkte bringt. [...] das hat ja ganz krasse Blüten im niedergelassenen Bereich, dass die Indikationen gebeugt werden, wirklich massiv gebeugt werden, und Eingriffe gemacht werden, nur um auf irgendwelche Zahlen zu kommen. Das ist natürlich extrem schlecht, und das lehne ich auch komplett ab“ (I15, CA, 57).

Auch in der Literatur findet sich diese Kritik an dem Teil der Ärzt_innen, die einerseits die Ökonomisierung kritisieren, selbst aber aktiv zu dieser beitragen und davon profitieren: Helmers (2018), selbst ambulant tätiger Arzt, Mitglied im Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) und bekennender „Ökonomisierungskritiker“ (ebd., S. 6), stellt dar, dass es in der Krankenversorgung nicht erst seit Einführung der DRGs ökonomische Anreize gibt. Er beschreibt, dass die medizintechnische Industrie und die Pharmaindustrie weit vor dem Kern

des Gesundheitswesens, der unmittelbaren Krankenversorgung, „kapitalistisch durchorganisiert“ waren, dass auch bei der ambulanten Leistungserbringung der „ökonomische Modus“ zentral ist und die „ambulant tätigen Ärzt_innen stets ihr finanzielles Interesse mit großem Geschick verfolgten“, auch wenn dies ärztlicherseits gerne „kaschiert und geleugnet“ werde (ebd.). Helmers beschreibt weiter, wie die Ärzteschaft selbst zur Kosten- bzw. Einkommenssteigerung und damit zur Ökonomisierung des Systems beigetragen hat:

„[Lange war das Vergütungssystem der im ambulanten Bereich tätigen Ärzt_innen durch Einzelleistungsvergütung gezeichnet. E]s [gab] keine Pauschalen, sondern jede einzelne Tätigkeit wurde entlohnt. Das führte zu einer massiven Ausweitung der Leistungen. Zum anderen wurde in Verhandlungen die Vergütung für die einzelnen Leistungen in Analogie zu den Tarifverhandlungen gesteigert. So kam es zu einer ‚doppelten Dynamisierung‘ der ärztlichen Honorare und zu einem überproportional wachsenden Einkommen der ambulant tätigen Ärzteschaft bis in die 1980er Jahre. In dieser Zeit kam es zu einer Fixierung vieler schmerzgeplagter Menschen auf Spritzen. Die Ärzt*in verdiente schnell und einfach viel Geld und der leidende Mensch hoffte auf schnelle Heilung. Diese Praxis wurde bereits in den 1970er Jahren und immer wieder aus den Reihen des vdaä als Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung der Medizin kritisiert und führte in den 1990er Jahren zur Einführung von Budgets und einer komplizierten Mischung aus pauschaler Vergütung und Einzelleistungsvergütung. In einer modifizierten Form gilt dieses Vergütungssystem bis heute weiter“ (Helmers, 2018, S. 6f.).

Zweitens beschreibt Helmers (2018) die Strategie, dass Ärzt_innen gravierende Einkommensunterschiede zu anderen Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppe nicht thematisieren (ebd., S. 6). Bezogen auf Unterschiede zu anderen Berufsgruppen zeigen nationale Gehaltsstudien, dass Ärzt_innen unter Akademiker_innen am besten verdienen (Iwd, 2018)⁷⁶, in diesem Sinne wird ‚Arzt‘ auch als der profitabelste Beruf in Deutschland beschrieben (Step Stone, 2018). Bezogen auf Unterschiede innerhalb der Berufsgruppe verweist eine IP auf eine „Riesenkonkurrenz“ innerhalb der Ärzteschaft,

„zwischen denen, die relativ gut verdienen [...], also radiologische Praxen und Zahnärzte. [...] Und denen, die am unteren Ende sind, die Kinderärzte und die Hausärzte.“⁷⁷ Auch da tobt der Verteilungskampf“ (I16, BR, 57).

Die Analyse der Daten verweist weiter darauf, dass Einkommensunterschiede im Krankenhaus insbesondere auf die hierarchische Stellung zurückgeführt werden können. Die Gruppe der Chefärzt_innen stellt demnach eine besondere Teilgruppe dar: In einigen Interviews wird auf das persönliche ökonomische Interesse der Chefärzt_innen (I18, PDir, 238; I4, B, 188; I29, med. GF, 139; I7, GF, 402) und ihre Finanzmacht (I4, B, 189; I3, B, 112; I29, med. GF, 11; I7, GF, 573) verwiesen. Allgemein gelten Chefärzt_innen als Deutschlands Spitzenverdiener_innen (A&W Online, 2017a), wobei insbesondere die ältere Generation der Chefärzt_innen über hohe finanzielle Ressourcen und folglich Finanzmacht verfügt. Auch wenn sich die Gehaltsstrukturen der jüngeren Chefärzt_innen nach unten entwickelt haben

⁷⁶ Median.

⁷⁷ Laut der Onlinezeitschrift *Arzt & Wirtschaft Online* (A&W Online, 2017b) lag der der Jahresüberschuss, also das Bruttoeinkommen, 2014 pro Arzt mit eigener Praxis im Durchschnitt bei 156.200 €, nach Fachrichtung schwankend: bei Psychiater_innen durchschnittlich bei rund 189.000 €, bei Allgemeinmediziner_innen bei rund 291.000 €, bei Augenärzt_innen bei rund 446.000 € und bei Radiolog_innen bei rund 1.062.000 € (ebd.), um nur einige zu nennen. Auch Vertragsärzt_innen verdienen „hervorragend“ (ebd., o.S.).

(Krapohl, 2018), erhalten Chefärzt_innen im Krankenhaus nach wie vor die höchste Vergütung (Kma & Kienbaum, 2017)⁷⁸, und werden höher vergütet als die Geschäftsführungen bzw. Vorstände (I29, med. GF, 10).

Drittens kritisiert eine IP das Verhalten von Chefärzt_innen, die ökonomische Anreizsysteme kritisieren, als „scheinheilig“, weil die sogenannten „Altverträger“ die „größten Profiteure des Systems“ waren und sind, aber „am meisten schimpfen“ (I29, med. GF, 11), obwohl sie privat liquidieren und Privatliquidation ein „Leistungsanreiz par excellence“ sei, da jede Einzelleistung vergütet werde (I29, med. GF, 11; vgl. I7, GF, 322). Dies deutet auf die Strategie hin, den Gewinn über Nebeneinkünfte auszuweiten – zum Jahresgehalt der Chefärzt_innen addiert sich, wie die IP beschreibt, Einkommen aus Liquidationsrechten (I29, med. GF, 11), aber auch Einkommen aus Beteiligungsvergütungen, Bonusvereinbarungen (Kienbaum, 2016), Gutachten, Vorträgen und beratender Tätigkeit (A&W Online, 2017a).

In einer politikorientierten Analyse und in einem Kontext, in dem die zu verteilenden finanziellen Mittel begrenzt sind bzw. begrenzt werden, legen diese Ausführungen (und das *Budget-Spiel* zwischen Ärzt_innen und Pflegekräften, Abschn. 5.5.5.1) die Frage nahe, wie stark handlungsleitend bei einem Teil der Ärzteschaft eigene Interessen an Gewinn und dem Erhalt von Macht und Privilegien im Vergleich zu öffentlich angeführten Interessen wie Patient_innensicherheit und Gesundheit des Personals im Kampf gegen die Ökonomisierung sind.

5.4 Spielfeld II: Kommunale Ebene

Nachdem in den letzten Abschnitten die Bundes- und Landesebene als Spielfeld mit seinen Strukturen, Akteuren und Spielen betrachtet wurde, steht im Folgenden die kommunale Ebene als Spielfeld im Fokus. Unter Abschnitt 5.4.1 sind zunächst zentrale strukturelle Bedingungen der kommunalen Arena dargestellt, die sich in der Analyse der Interviews und der Dokumente als relevant für das Verständnis der Thematik gezeigt haben. Da diese in mehreren Spielen zum Tragen kommen, sind sie hier an einer Stelle zusammengefasst. Anschließend wird das *Wählermaximierungs-Spiel* der Kommunalpolitiker_innen dargestellt, das aufgrund der Dominanz des politischen Handlungssystems das Spielfeld prägt (5.4.2), sowie das *Rationale-Politik-Spiel*, das seltener gespielt wird (5.4.3). Darauf folgend wird der Konflikt, der sich aus den Spielen auf Bundes- und Landesebene einerseits, auf Kommunalebene andererseits für die Führung des Krankenhauses ergibt, beleuchtet; dieser ist letztlich ein Konflikt zwischen

⁷⁸ Das durchschnittliche Jahresgehalt von Chefärzt_innen liegt bei 288.000 €. Das Gehalt der hierarchisch vorgesetzten Klinikleitung/Geschäftsführung liegt darunter mit im Schnitt 199.000 € (Kma & Kienbaum, 2017).

ökonomischer und politischer Rationalität (5.4.4). Im Anschluss werden das *Strategische-Kandidaten-Spiel* und das *Partizipations-Spiel* des Krankenhausmanagements dargestellt, die eine Adaptation der krankenhausesinternen Akteure an das politische Handlungssystem und den Übergang zur Organisationsebene darstellen, da sie auch dort wirken (5.4.5 und 5.4.6).

5.4.1 Strukturelle Bedingungen

Die Vorgaben aus dem bundes- und landespolitischen Raum gelten für Krankenhäuser aller Trägerschaften. Als solche sind sie rechtlich verpflichtet, die im SGB V definierten und im KHG und im HKHG ausdifferenzierten normativen Regelungen umzusetzen. Die Analyse der Ergebnisse weist darauf hin, dass die Besonderheit kommunaler Krankenhäuser (kKH) darin besteht, dass die kommunale Gebietskörperschaft Eigentümerin ist und die Aufsichtsgremien politisch durchdrungen sind. Dadurch beeinflusst die kommunale Arena maßgeblich Führung und die Umsetzung von Veränderungsprozessen in kKH. Damit geht in der Regel einher, dass im Aufsichtsrat Kommunalpolitiker_innen ohne hinreichendes unternehmerisches und gesundheitsökonomisches Fachwissen sitzen, und diese eher politische Interessen verfolgen und politisch agieren, als unternehmerisch zu handeln, sodass ein Rollenkonflikt zwischen politischer und unternehmerischer Rolle ersichtlich ist. Diese strukturellen Bedingungen bereiten den Boden für diverse Strategien im Rahmen unterschiedlicher Spiele – und stellen für die einen Akteure einen Zwang dar, während sie für andere eine Ressource darstellen. Dies ist in Tabelle 31 aufgezeigt und wird im Folgenden erläutert.

Erstens steht die kommunale Gebietskörperschaft als Gesellschafterin bzw. Eigentümerin oder Trägerin⁷⁹ an der Spitze des kKH. IPs aller Akteursgruppen beschreiben die damit einhergehende Prägung durch „die Politik“ als wesentliches Strukturmerkmal kommunaler Krankenhäuser (I28, GF, 16; I13, GF, 7; I19, BR, 93; I30, OB, 11). Die Bezeichnung „die“ Politik bezieht sich auf eine Gebietskörperschaft, d. h. eine Kommune, eine Stadt oder einen Landkreis, ihre politische Führung und weitere (leitende) politische Mandatsträger_innen wie (Ober-)Bürgermeister_innen, Landrät_innen und Dezernent_innen, auf politische Gremien, wie Gemeindevorstand, Gemeindevertretung und Ausschüsse sowie auf politische Fraktionen bzw. Parteien, die unterschiedliche politische Interessen haben (I2, B, 17; vgl. I11, GF, 173; I4, B, 67; I32b, LR, 101). Um die kommunalpolitischen Organe und ihren

⁷⁹ Der Begriff Träger ist heutzutage etwas irreführend. In kommunalen Strukturen waren Eigentümer und Träger früher häufig identisch (= die Kommune). Heutzutage, wo auch kommunale Krankenhäuser zunehmend in Verbund- bzw. Konzernstrukturen organisiert sind, müsste man korrekterweise zwischen der Eigentümerin und der Trägerin unterscheiden. Da aber in der Praxis, wenn vom Träger gesprochen wird, in der Regel weiterhin die Kommune gemeint ist, werden in dieser Arbeit die Begriffe Eigentümer und Träger synonym verwendet.

Tab. 31: Zentrale strukturelle Bedingungen auf Kommunalebene und damit einhergehende Strategien der Kommunalpolitik

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
1.) kKH ist Eigentum der kommunalen Gebietskörperschaft; Gesellschafterversammlung teilweise identisch mit Gemeindevorstand; Einfluss auf kKH durch kommunale Gremien	Unmittelbare Einflussnahme kommunaler Gremien auf Gesellschafterin und Aufsichtsrat; Berichterstattungen der GF des kKH in kommunalen Gremien festlegen
2.) AR ist politisch durchdrungen; teilweise Personenidentität zwischen Gesellschafterin und Aufsichtsrat	Entsendung politischer Mandatsträger_innen in den AR, Vertretung politischer Interessen im Aufsichtsrat
3.) kKH wird privatrechtlich als gGmbH oder gAG geführt; in GmbH ist Gesellschafterin gegenüber der GF weisungsbefugt	gGmbH vor gAG präferiert, um politischen Einfluss zu wahren und politische Interessen durchzusetzen
4.) Das kKH ist hierarchisch organisiert; Gesellschaftsvertrag, insbesondere zustimmungspflichtige Geschäfte	Ausgestaltung der Kompetenzen der Organe der Gesellschaft zugunsten Gesellschafterin/AR
5.) Interessenvielfalt; Spannungsfeld zwischen kommunalpolitischen und unternehmerischen Interessen	Verfolgen politischer Interessen im AR, Weiterleben der politischen Rolle im Aufsichtsrat
6.) Spannungsfeld zwischen rechtlichen Anforderungen: Kommunalrecht (HGO) / Erfüllung öffentlicher Aufgaben vs. Gesellschaftsrecht (GmbHG/AktG) / Wirtschaftlichkeitsverpflichtung eines Unternehmens	Berufung auf kommunalpolitische Beschlüsse und HGO, über Aufsichtsräte Informationen für die Parteien holen; Informationen in die Öffentlichkeit geben
7.) Fehlendes (gesundheits-)ökonomisches Expert_innenwissen aufgrund Komplexität des Gesundheitswesens; Ehrenamt	Einflussnahme auf geschäftliche Entscheidungen trotz unzureichenden Sachverständes

Widerklang in unternehmerischen Strukturen nachvollziehen zu können, sind diese in Abbildung 21 illustriert. Relevante Organe der Kommunalpolitik sind das Verwaltungsorgan (Gemeindevorstand, in Städten Magistrat, in Kreisen Kreisausschuss), das Beschlussorgan (Gemeindevertretung, in Städten Stadtverordnetenversammlung⁸⁰, in Kreisen Kreistag; auch Kommunalparlament genannt) sowie Fachausschüsse. Der Gemeindevorstand setzt sich aus dem/der direkt gewählten Bürgermeister_in, mindestens zwei ehrenamtlichen Beigeordneten sowie – sofern dies die Hauptsatzung der Gemeinde bestimmt – den hauptamtlichen Beigeordneten zusammen (Egner, 2013b, S. 47; vgl. § 65 HGO).⁸¹ Die Gemeindevertretung, d. h. alle Mitglieder nach Parteiproporz, beschließt über die Angelegenheiten der Gemeinde, soweit sich aus diesem Gesetz nichts anderes ergibt (§ 50 Abs. 1 S. 1 HGO), auch über die Aufstellung des Gemeindehaushalts und die Überwachung seiner Einhaltung⁸² (Egner, 2013b). Die Größe der Gemeindevertretung ist abhängig von der Einwohnerzahl der Gemeinde, in

⁸⁰ In nicht hessischen Städten wird das Beschlussorgan als „Stadtrat“ bezeichnet. Je nach Bundesland und nach Status der Gemeinde tragen die Organe unterschiedliche Bezeichnungen (Egner, 2013, S. 26). Hiesige Bezeichnungen gelten für das Land Hessen.

⁸¹ In Hessen besteht nach wie vor die „unechte Magistratsverfassung“, d. h., der Gemeindevorstand hat gegenüber der Gemeindevertretung kein Vetorecht (Egner, 2013b, S. 19).

⁸² Die Gemeindevertretung verfügt zudem über Kontrollrechte gegenüber dem kollegialen Verwaltungsorgan, die vor allem auf dem Informations-, Frage- und Akteneinsichtsrecht basieren, sowie die Wahl der „Beigeordneten“ oder „Stadträte“ (bzw. „Kämmerer“, „Stadtbaurat“) (Egner, 2013b).

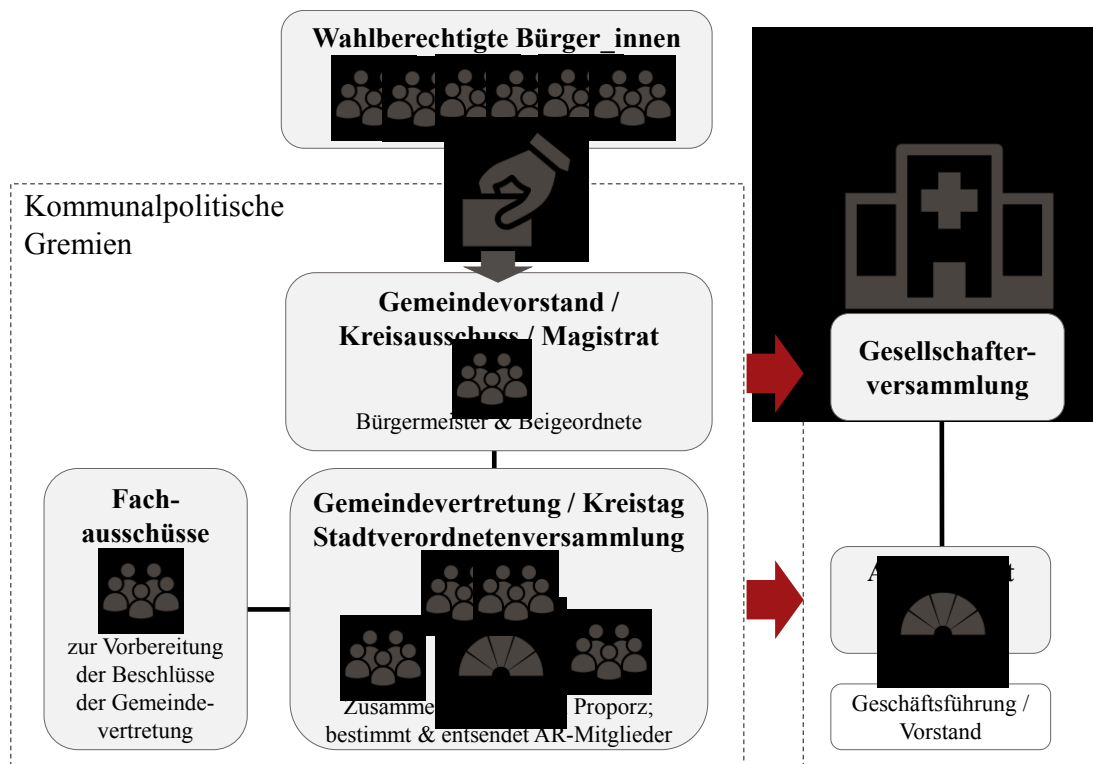


Abb. 21: Zusammenhang von kommunalpolitischen Gremien und Aufsichtsgremien im kommunalen Krankenhausunternehmen (eigene Darstellung)

hessischen Gemeinden mit mehr als einer Million Einwohnern sind es 105 Ratsmitglieder (Egner, 2013b). Zur Vorbereitung ihrer Beschlüsse kann die Gemeindevertretung Fachausschüsse bilden (§ 62 Abs. 1 S. 1 HGO). Für das Krankenhaus relevante Ausschüsse sind Ausschüsse, die sich mit Finanzen⁸³, Sozialem und Krankenhaus befassen.

Die Analyse der Interviews zeigt, dass die kommunalen Gremien „unmittelbar Einfluss auf die Gesellschafterstruktur oder das Aufsichtsgremium“ (I3, B, 45) nehmen. Der Gemeindevorstand ist in Teilen oder komplett personenidentisch mit der Gesellschafterversammlung (z. B. I27, GF, 170; I32, LR, 88). Die Anzahl der Mitglieder der Gesellschafterversammlung variiert somit von wenigen Repräsentant_innen der Kommune (z. B. Landrät_in plus ein/e weitere/r Mandatsträger_in) bis hin zu sehr vielen Repräsentant_innen (z. B. Landrät_in im Vorsitz zuzüglich aller Mitglieder des Gemeindevorstands bzw. Kreisausschusses) (ebd.). Durch die (länderspezifische) Gestaltung der Gemeindeordnung⁸⁴ (I20, GF, 24) sowie die Verabschiedung eigener Regelungen durch die Kommunalpolitik wird die Nähe zwischen Kommunalpolitik und Geschäftsführung des kKH

⁸³ Der Finanzausschuss ist meist gekoppelt mit dem Hauptausschuss: Haupt- und Finanzausschuss (HFA), der einzige Pflichtausschuss der Gemeinde (§ 62 Abs. 1 S. 2 HGO).

⁸⁴ Die Gemeindeordnung wird auch Kommunalverfassung genannt. Der IP zufolge ist in Hessen nicht vorgeschrieben, dass die Geschäftsführung mit Wirtschaftsplänen und Jahresabschlüssen in die Stadtverordnetenversammlung muss, in anderen Bundesländern schon (I20, GF, 24).

bestimmt. Die Regelungen sind einer Geschäftsführung zufolge „in jeder Kommune anders“ und man müsse sich in die jeweiligen „Traditionen“ „reinfügen“ (I14, GF, 26). So beschreiben einige Geschäftsführungen, dass große Veränderungen (I22, GF, 104) bzw. besondere Themen, z. B. die finanzielle Unterstützung in der Investitionsfinanzierung bei Bauprojekten, den Besuch der Gemeindevertretung erfordern können (I11, GF, 33; I22, GF, 104; I20, GF, 49). Manche Kommunen haben geregelt, dass die Vorstände und Geschäftsführungen regelmäßig in den Gemeindevorstand gehen (I20, GF, 42; I14, GF, 26) und dort berichten (I14, GF, 26) müssen. Manche Kommunen fordern zusätzlich, andere Kommunen alternativ, den Besuch von Fachausschüssen (I22, GF, 97; I24, GF, 103) und dortige Berichterstattung, z. B. zum Wirtschaftsplan und geplanten Maßnahmen in Veränderungsprozessen (I14, med. GF, 26) oder (Status-)Berichte (I22, GF, 97; I24, GF, 103).

Zweitens entsendet die Kommunalpolitik als Gesellschafterin, konkret die Gemeindevertretung, die Aufsichtsratsmitglieder für die Arbeitgeberseite (I7, GF, 226). In der Regel werden politische Mandatsträger_innen entsandt (z. B. I7, GF, 185), sodass „normalerweise alle politischen Parteien vertreten“ sind (I1b, B, 102). Dabei entscheide die Gemeindevertretung im Regelfall „verteilt nach den Stimmverhältnissen“ (I7, GF, 226; vgl. I32a, LR, 92), d. h., die Fraktionen entsenden die Mitglieder (I12, LR, 128). Eine Studie zu Strategieentwicklung in kKH (Blum et al., 2017)⁸⁵ kommt zu dem Schluss, dass sich die Aufsichtsgremien durch ihre starke politische Durchdringung auszeichnen, d. h., es gibt faktisch in fast jedem Aufsichtsgremium politische Mandats- oder Funktionsträger_innen. Die „Zusammensetzung der Aufsichtsräte“ wird von vielen IPs unterschiedlicher Akteursgruppen als „besondere Schwierigkeit“ wahrgenommen (z. B. I7, GF, 179; siehe ausführlicher Punkt 6). Das Aufsichtsratsgremium besteht aus dem/der zuständigen Repräsentant_in der Kommune, Mitgliedern der Gemeindevertretung, Arbeitnehmervertretungen und ggf. externen Vertretungen. Der/Die Aufsichtsratsvorsitzende ist in der Regel Bürgermeister_in oder Landrät_in bzw. Politiker_in mit aktivem Mandat (ebd.). Damit liegt Personenidentität bezogen auf Gesellschafterversammlung und Aufsichtsrat vor – was eine IP als „krasseste[n] Corporate-Governance-Fehler überhaupt“ beschreibt, da hierdurch „im System angelegt [ist], dass es falsch läuft“ (I4, B, 353). Diese strukturelle Bedingung führt der IP zufolge auch zu dem „Kardinalfehler“, der in „9 von 10 Fällen“ begangen werde, dass im Aufsichtsrat „Gesellschafterinteressen eine Rolle spielen“ (I4, B, 351, 354).

⁸⁵ Die Studie umfasst die Befragung von 103 Geschäftsführenden und 60 Aufsichtsratsvorsitzenden zu Aufsichtsgremien in kKH und wurde durchgeführt vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) und dem Beratungsunternehmen BDO.

Mit der Eigentümerschaft (Punkt 1) und der politischen Durchdringung des Aufsichtsrats (Punkt 2) geht der Handlungsspielraum verschiedener Akteure einher. Diese beiden Strukturmerkmale dienen den Arbeitnehmervertretungen, den Beschäftigten und der Bevölkerung als Ressource. Arbeitnehmervertretungen haben zahlreiche Ips zufolge aufgrund der kommunalpolitischen Aufsichtsgremien mehr Einfluss als in Krankenhäusern in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft (z. B. I28, GF, 19; vgl. I1a, B, 75; I19, BR, 85; I31, GF, 225; I2a, B, 21) und nutzen ihre Beziehungen zur Gesellschafterin als Ressource (siehe Abschn. 5.3.5 und 5.5.2.1). Auch die Beschäftigten selbst könnten sich die politisch Verantwortlichen direkt „greifen“ (I33, LR, 10), da die „Entscheidungsträger [] nah bei ihren Kunden [sind]“ (I33, LR, 46; vgl. I12, LR, 44) und Einfluss nehmen:

„Leute [] sprechen [mich an], die entweder selber in der Klinik arbeiten, oder wo die Eltern oder Geschwister in der Klinik arbeiten und sagen: ‚Herr Landrat, haben Sie denn schon gewusst, dass oder haben Sie schon gehört, oder haben Sie sich das schon einmal angeschaut?‘“ (I12, LR, 44).

Ferner haben Beschäftigte die Möglichkeit, sich über die kommunalen Gremien „einzubringen“ und „an Entscheidungen des Unternehmens beteiligt zu werden“, da sie auch Bürger_innen sind (I19, BR, 85) und Bürger_innen ihre Interessen über „Kreistage oder Stadtverordnetenversammlungen“ einspielen (I30, OB, 32). Dies wirkt sich wiederum auf das Handeln kommunalpolitischer Akteure in dem Sinne aus, dass Kommunalpolitiker_innen bestrebt sind, die Interessen der wahlberechtigten Bürger_innen zu realisieren, um wiedergewählt zu werden (ebd.). Für Geschäftsführungen stellen diese strukturellen Bedingungen eher Zwänge dar, zumindest für den Fall, dass unterschiedliche Interessen vorliegen, weil ihre qua Position gegebene Macht durch die Beziehungen der anderen Akteure zur politischen Führung reduziert wird bzw. sie dadurch starke Gegenspieler bekommt; diese können im Falle gemeinsamer Interessen aber auch Mitspieler sein.

Drittens zeigt die Analyse, dass die meisten kKH in Hessen privatrechtlich geführt werden. Einer IP aus dem für Krankenhäuser zuständigen hessischen Ministerium zufolge werden in Hessen alle kommunalen Krankenhäuser bis auf eines in privatrechtlicher Form als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) oder als gemeinnützige Aktiengesellschaft (gAG)⁸⁶ geführt (I8, M, 37). Die private Rechtsform verpflichtet u. a. zu wirtschaftlicher Betriebsführung und dient somit als Ressource in der Verfolgung wirtschaftlicher Interessen der Kommune. Einem/r Oberbürgermeister_in zufolge präferieren die meisten Kommunen die Rechtsform der GmbH, um ihren politischen Einfluss zu sichern, „weil sie am Ende suggeriert, einen höheren kommunalen Einfluss geltend zu machen“ als die

⁸⁶ Die Begriffe GmbH und gGmbH sowie AG und gAG werden im Folgenden synonym verwendet, da im Sprachgebrauch selten das g für gemeinnützig mitgenannt wird.

AG (I30, OB, 24). Als wesentlichen Unterschied zwischen GmbH und AG nennt die IP das Durchgriffsrecht der Gesellschafterversammlung, weil dieses die Möglichkeit der Durchsetzung kommunaler Interessen erweiteren bzw. beschneiden kann: In der GmbH ist die Gesellschafterversammlung der Geschäftsführung gegenüber weisungsbefugt, in der AG nicht (I30, OB, 11); die Weisungen der Gesellschafterin (§ 37 Abs. 1 GmbHG) beschränken die Befugnisse der Geschäftsführung (§ 35 GmbHG). Folglich stellt das Weisungsrecht in der GmbH für die Gesellschafterin eine Ressource dar, während es für die Geschäftsführung einen Zwang darstellt.

In einigen Interviews wird weiter beschrieben, dass das Weisungsrecht dazu führe, dass der/die Gesellschafter/in in das Unternehmen durchgreift und politische Interessen, auch wenn diese unwirtschaftlich sind, durchsetzt. Beispielsweise könne es vorkommen, dass

„ein Gesellschafter sagt: ‚Ich will aber, dass die Geburtshilfestation hier im ländlichen Raum erhalten bleibt‘, und die Geschäftsführung sagt: ‚Das macht überhaupt keinen Sinn, ich akzeptiere es aber, weil der Gesellschafter es sagt‘“ (I30, OB, 11).

Die Geschäftsführung setzt also politische Interessen in ihren Unternehmensentscheidungen um, auch wenn diese aus wirtschaftlicher und ggf. auch qualitativer Sicht nicht sinnvoll sind. So beschreibt eine Geschäftsführung, dass ein versorgungstechnisch nicht erforderliches und unwirtschaftliches kKH erhalten werde, weil „die Politik möchte, dass dieses Haus in voller Schönheit weiter besteht“ (I31, GF, 195).⁸⁷ Die Ausführungen zeigen, dass die Entscheidung über die Wahl und Gestaltung der Rechtsform für die politische Führung bzw. die erste Managementebene eine wesentliche Ressource darstellt, um den Handlungsspielraum der nachgeordneten Führungs- bzw. Managementebenen zu definieren.

Viertens ist das kKH hierarchisch organisiert. Weil der Anteil von AGs in kKH in Hessen gering ist⁸⁸, konzentriere ich mich im Folgenden auf die GmbH. Relevante Organe der GmbH sind die Gesellschafterversammlung, der Aufsichtsrat und die Geschäftsführung (z. B. I13, GF, 180; siehe Abb. 21), wobei Erstere Kontrollorgane sind und Letzteres ein Führungsorgan ist. Die Gesellschafterversammlung ist das Organ, durch das der kommunale Einfluss auf das kKH unmittelbar geltend gemacht werden kann, da sie in der Regel die Entscheidungsbefugnis in allen wichtigen Angelegenheiten hat (Altmann et al., 2005), z. B. (Letzt-)Entscheidungs- oder Mitspracherechte bei Personal-, Investitions- und Wirtschaftsentscheidungen (Blum et al., 2017). Die Rechte und Pflichten bzw. Aufgaben der Gesellschafterversammlung sind im Gesellschaftervertrag (auch Satzung genannt) näher

⁸⁷ Das hier nur kurz dargelegte Handeln der politischen Akteure ist ausführlich dargestellt in Abschnitt 5.4.2, das Handeln der Geschäftsführung in Abschnitt 5.4.5.

⁸⁸ Hessenweit befinden sich über 50 Krankenhausstandorte in öffentlicher Trägerschaft (Klinikverbund Hessen, 2019), davon sind zwei Krankenhausgesellschaften (eine davon mit mehreren Standorten) AGs.

bestimmt; ist dies nicht der Fall (§ 45 GmbHG), sind sie in § 46 GmbHG geregelt. Ist in der Satzung eine ‚Öffnungsklausel‘ enthalten, können Aufgaben der Gesellschafter auf andere Gesellschaftsorgane verlagert werden (IHK Darmstadt, 2016). In der Satzung sind auch die zustimmungspflichtigen Geschäfte definiert; diese können die Befugnisse der Geschäftsführungen beschränken (§ 37 Abs. 1 GmbHG). Da die Durchführung zustimmungspflichtiger Geschäfte die vorherige Zustimmung des Aufsichtsrates erfordert (Köchling et al., 2014), stellen die zustimmungspflichtigen Geschäfte für die GF einen Zwang dar. Folglich bietet die Ausgestaltung der zustimmungspflichtigen Geschäfte der Gesellschafterin die Möglichkeit, ihren politischen Einfluss zu erweitern bzw. zu sichern.

Die Analyse der Interviews zeigt eine starke Varianz in der Gestaltung der Satzung und der zustimmungspflichtigen Geschäfte und, damit einhergehend, in den Handlungsspielräumen der Geschäftsführungen (I28, GF, 188; I24, GF, 54; I24, GF, 64 f.). Beispielsweise beschreibt eine Geschäftsführung die eigene Satzung als „sehr weitgehend“, was die Handlungs- und Entscheidungskompetenzen angeht, gekoppelt mit „entsprechend weiter Entscheidungsverantwortung für den Geschäftsführer“, was ein „Spezifikum“ sei (I22, GF, 55). Es gebe „auch andere Beispiele“, wo „der Magistrat, oder wer auch immer, der Meinung ist, er müsste über Besetzung von Chefärzten mitreden“ (I22, GF, 64). Eine andere Geschäftsführung beschreibt bezüglich Personalentscheidungen, dass es „in manchen Gesellschaftsverträgen [] so [ist], dass der Aufsichtsrat einstellt“, bei ihnen aber die Geschäftsführung „zwei [...] oder drei“ Personen vorschlagen müsse und diese nach Zustimmung des Aufsichtsrats einstelle (I27, GF, 73). Investitionsentscheidungen sind einzelnen GFs zufolge bei Summen über 850.000 € (I28, GF, 190) bzw. „wenn mal ein MRT ins Spiel kommt“ (I22, GF, 67), zustimmungspflichtig. Weiterhin wird beschrieben, dass es einen Unterschied zwischen der formellen Satzung und der gelebten Praxis gebe – beispielsweise sei die Auswahl für chefärztliche Positionen formal zustimmungspflichtig, es werde aber nur eine Person vorgeschlagen (I28, GF, 188; I24, GF, 54). Eine derartige Ausweitung ihres Spielraums hat sich eine GF über einen längeren Zeitraum erarbeitet (I24, GF, 54). Da ein informeller Spielraum an Personen und damit Amtsperioden gebunden ist, muss dieser in neuen politischen Perioden ggf. erneut erarbeitet werden.

Fünftens besteht, bedingt durch die politische Eigentümerschaft, Interessenpluralismus. Die Interessen gelten neben der Wirtschaftlichkeit des kKH v. a. einer attraktiven Kommune, also einer guten regionalen Gesundheitsversorgung, Wirtschaft und Infrastruktur sowie Arbeitsplätzen. Einigen Geschäftsführungen zufolge haben Kommunalpolitiker_innen im Aufsichtsrat „ihren eigenen Zielkatalog im Fokus“, „der [] häufig durch die zunächst einmal

aus dem politischen System stammenden Vorgaben geprägt“ sei (I13, GF, 7; vgl. I2a, B, 17; I28, GF, 13).

„Die Politik sieht ja nicht nur das Unternehmen alleine. Die hat keine betriebswirtschaftliche Sichtweise, sondern sie denkt eher regional und im Interesse vielleicht der Wiederwahl, vielleicht aber auch der Bevölkerung, die, wenn sie gut versorgt ist, auch wiederwählt“ (I27, GF, 26).

Auch Kommunalpolitiker_innen selbst beschreiben, dass sie „eben nicht nur an wirtschaftlichen Kategorien orientiert“ sind (I30, OB, 45), sondern primär daran, „den regionalen Lebensraum“ so zu „gestalten, dass er den Menschen attraktiv erscheint“, „weil Menschen regional leben“, und „da ist die ärztliche Versorgung, [...] ein ganz ganz wichtiger Standortfaktor“ (I33, LR, 32; vgl. I32a, LR, 5). Dies führt einer GF zufolge zu „Katze-Maus-Wirkungen“, beispielsweise bezogen auf die „Investitionsfähigkeit“ des kKH und „Handlungsspielräume“ der Geschäftsführung (I13, GF, 7). Die Vielzahl der in den Interviews genannten Interessen ist in Tabelle 32 aufgezeigt.⁸⁹

Tab. 32: Interessen der Kommunalpolitik (Kategorisierung in Anlehnung an Ziele in Blum et al., 2017)

<i>Interessen</i>	<i>Zitate</i>
Daseinsvorsorge (umfassende Versorgung der Bevölkerung am Standort)	„Gesundheit ist das höchste Gut“ und „eine ordentliche medizinische Versorgung“ die Verantwortung der Politik (I32a, LR, 29); Versorgungssicherheit (I32b, LR, 6); „öffentliche Daseinsvorsorge“ (I12, LR, 45); Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung (I27, GF, 193)
Ökonomie (Bedarfsdeckung)	„Am Ende natürlich immer die wirtschaftliche Frage, weil [...] [es schwer] ist, [] Defizite aus der medizinischen Versorgung mitzutragen“ (I30, OB, 16); „Unsere hier sagen: ‚Ihr könnt machen, was ihr wollt, solange wir euch nicht subventionieren müssen‘“ (I29, med. GF, 157); „Schwarze Zahlen“ (I28, GF, 115; vgl. I25, Ädir, 34; I20, GF, 19; I12, LR, 45)
Regionale Wirtschaft	„Auf der kommunalen Ebene bestehen [...] Interessen, beispielsweise die heimische Wirtschaft auch beim Bezug von Waren und Dienstleistungen zu berücksichtigen“ (I30, OB, 7)
Infrastruktur (z. B. Neu-/ Umbauten, technische Ausstattung)	„Bauthemen und Städtebau haben eine enorme Bedeutung, ist immer ein ganz sensibles Thema, unabhängig, wie wichtig es für die medizinische Versorgung ist“ (I20, GF, 26); „Baugebiete“ (I30, OB, 33)
Prestige (kommunales Image und politischer Nutzen des Krankenhauses) / kommunale Rendite	„Der Begriff der kommunalen Rendite, nicht im Sinne von Geld, sondern: ‚Ich will, dass es ruhig ist um meine Kunden‘. Ruhe in der Stadt – das ist für eine Kommune ja wichtig. Das lässt sie sich möglicherweise auch was kosten“ (I29, med. GF, 157) ¹ ; Frieden im Haus (I7, GF, 428), Geräuschlosigkeit (I22, GF, 111), „kommunalpolitische Rendite – gute Botschaften mit [der Person des Landrats] [...] zu verknüpfen“ (I28, GF, 114); aus „Sicht der Trägerschaft, also spricht der Kommunalpolitik [muss] das Unternehmen ein gutes Renommee haben [...] in der Bevölkerung [und darf] der Politik keine Probleme machen“ (I25, Ädir, 34); „die Politik, der Eigentümer in Form des Aufsichtsrats [...] [hat] ein Interesse [], eine für die Bürger erfolgreiche Klinik zu haben. Guten Ruf, gute Qualität, gute Partien“ (I1b, B, 102); es gehöre „zum guten Ton“, „dass man sein Kreiskrankenhaus hat, als ordentlicher Landrat“ (I4, B, 96; vgl. I10, GS, 136); „Image“ (I28, GF, 13)

⁸⁹ Vergleichbar ergab eine Befragung von Mitgliedern der Gemeindevertretung zu ihrer Policy-Orientierung (nach Wichtigkeit): Ansiedlung von wirtschaftlichen Aktivitäten, Schaffung hoch qualifizierter Arbeitsplätze, Verbesserung der Verkehrsinfrastruktur- und Dienstleistungen, Maßnahmen gegen Umweltverschmutzung, Verbesserung der Erscheinungsform der städtebaulichen Qualität der Stadt, Maßnahmen gegen Ausgrenzung und Armut, Daseinsvorsorge, Erneuerung/Wiederaufbau des Stadtzentrums, Erweiterung des Freizeit- und Kulturangebots, Erweiterung des Wohnungsangebots (Krapp & Egner, 2013).

Beschäftigungspolitik (Schaffung und Erhalt von Arbeitsplätzen am Standort)	„Krankenhäuser sind immer auch wichtige Arbeitgeber und Multiplikatoren, und das macht das Thema politisch besonders wichtig“ (I33, LR, 31; vgl. I20, GF, 26); „attraktive Arbeitsplätze [...] [auch] für Akademiker“ (I30, OB, 33)
---	---

¹ Die Interviews zeigen, dass Bedarfsdeckung in manchen Kommunen einen Teilbereich der kommunalen Rendite darstellt, während in anderen Kommunen die Überzeugung besteht, dass ein KKH nicht wirtschaftlich agieren kann und/oder muss. In den Kommunen sind also unterschiedliche Denkschemata handlungsleitend.

Die Analyse der Interviews deutet darauf hin, dass das Interesse an Wirtschaftlichkeit im Sinne von Bedarfsdeckung nicht nur dem Interesse an Daseinsvorsorge, sondern auch anderen politischen Interessen tendenziell nachgeordnet ist. Zudem können die Interessen konfliktieren. Beispielsweise zeigt eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), dass die Einflussnahme auf Beschäftigungs- und Prestigeziele (Arbeitsplätze, Image und Nutzen des Krankenhauses) negativ mit Jahresergebnissen, d. h. ökonomischen Zielen korreliert (Blum et al., 2017). Da die pluralen Interessen durch die politische Besetzung des Aufsichtsrats in diesen kaskadiert werden, entsteht für die Mitglieder des Aufsichtsrates ein Spannungsfeld zwischen kommunalpolitischen und unternehmerischen Interessen. Die Analyse der Daten weist darauf hin, dass kommunalpolitische Mandatsträger_innen im Aufsichtsrat diesen Interessenkonflikt in der Regel zugunsten der politischen Rolle auflösen (ausführlicher hierzu siehe folgende Punkte 6 und 7). Damit ist die Interessenpluralität letztlich für alle Beteiligten der Arbeitgeberseite herausfordernd und stellt auch für die Geschäftsführung einen Zwang dar.

Sechstens spiegelt sich das Spannungsfeld zwischen politischen und unternehmerischen Interessen auch in unterschiedlichen rechtlichen Anforderungen wider, sodass die Mitglieder des Aufsichtsrates zwischen der Erfüllung öffentlicher Aufgaben, d. h. der Konkretisierung des Gemeinwohls und der Wirtschaftlichkeitsverpflichtung eines Unternehmens stehen (Altmann et al., 2005).

Die kommunalrechtlichen Regeln besagen, dass die politische Rolle darin besteht, die Interessen der Kommune zu konkretisieren. Laut Hessischer Gemeindeordnung (HGO)⁹⁰ sind kommunale Gremien dazu verpflichtet, ihren politischen Einfluss in kommunalen Unternehmen geltend zu machen (§ 122 HGO). Die Gemeindeordnung kann vorschreiben, dass „die von einer Kommune entsandten Aufsichtsratsmitglieder die Interessen der Kommune zu verfolgen haben und an die Beschlüsse des Rates und seiner Ausschüsse gebunden sind“ (Köchling et al., 2014, S. 7). Damit entsteht für das von einer Kommune entsandte Aufsichtsratsmitglied „ein Konflikt zwischen dem kommunalrechtlichen Weisungsrecht und dem gesellschaftsrechtlichen Gebot der Unabhängigkeit des Aufsichtsratsmitgliedes“ (ebd.,

⁹⁰ Auch Kommunalverfassung genannt; diese regelt die Zuständigkeiten, Befugnisse und Rechte der Gemeinden und Städte.

S. 7). So beschreiben manche Geschäftsführungen, dass sich politische Aufsichtsratsmitglieder immer auf die Beschlüsse der kommunalen Gremien berufen würden (I7, GF, 179, 197) bzw. dass „der Kreis, [wenn er etwas] nicht [wollte], [...] immer die HGO zitiert“ habe (I24, GF, 126). Weitere Konkurrenzbereiche liegen in der Wahl bzw. der Entsendung von Aufsichtsratsmitgliedern sowie der Verschwiegenheitspflicht versus der Unterrichts- und Berichtspflicht (Jasper, 2017). Bezogen auf Letztere beschreibt eine Geschäftsführung, dass „[die Parteien] immer versucht haben, über ihre Aufsichtsräte Informationen zu holen“ (I24, GF, 107) und „Inhalte in die Öffentlichkeit [dringen] und plötzlich haben Sie in der Presse Zahlen, Daten und Fakten, die da nicht reingehören“ (I24, GF, 103).

Die unternehmerischen Regeln besagen, dass die unternehmerische Rolle darin besteht, die Interessen des Unternehmens zu konkretisieren. Kommunale Krankenhausunternehmen sind dem „Prinzip wirtschaftlicher Betriebsführung verpflichtet“ (Hanneken et al., 2010, S. 11) und dazu angehalten, dies mit einem möglichst geringen Aufwand an Mitteln zu verwirklichen. Die allgemeinen Rechte und Pflichten des Aufsichtsrates ergeben sich aus dem GmbHG (§ 52 GmbHG), dem AktG (§ 111 AktG) und dem Gesellschaftsvertrag (Köchling et al., 2014, S. 7). Der Aufsichtsrat verfügt einerseits über Mitwirkungs- und Informationsrechte sowie Initiativrechte und ist andererseits verpflichtet zu überwachen, ob die Geschäftsführung die „Grundsätze der ordnungsgemäßen Geschäftsführung“ eingehalten hat, d. h., er muss auf die Ordnungsmäßigkeit, Rechtmäßigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der von der Geschäftsführung getroffenen Entscheidungen achten (ebd., S. 9). Diese Überwachungspflicht und das ihr immanente Haftungsrisiko sind in wirtschaftlichen Krisen gesteigert. Die Aufsichtsratsmitglieder haften „nach den Vorschriften des Aktienrechts, wenn nichts Anderes im Gesellschaftsvertrag vereinbart ist“⁹¹, bzw. nach zivilrechtlichen Bestimmungen bei Verletzung der Sorgfaltspflichten (ebd., S. 11).

Rechtlich scheint der Konflikt eindeutig auflösbar, da laut § 31 GG Bundesrecht Landesrecht bricht. Folglich gilt dies auch für Kommunalrecht, sodass die Gebietskörperschaft in der Regel keine Weisungsrechte gegenüber der Gesellschaft (in Sinne von: Unternehmen) hat (Jasper, 2017). Stimmt ein Aufsichtsratsmitglied weisungsgemäß entgegen den Interessen der Gesellschaft, besteht Schadensersatzanspruch der Gesellschaft gegen das kommunale Aufsichtsratsmitglied (ebd.). Folglich hat sich das Aufsichtsratsmitglied bei der Lösung dieses Interessenkonfliktes „vornehmlich an den Interessen der Gesellschaft zu orientieren“ – Parteipolitik ist fehl am Platz (Köchling et al., 2014, S. 7). Das andersartige Agieren vieler

⁹¹ Da die Anwendbarkeit des Aktiengesetzes regelmäßig im Gesellschaftsvertrag ausgeschlossen wird, reduzieren sich die Haftungsrisiken erheblich (Köchling et al., 2014, S. 11).

politischer Mandatsträger_innen verdeutlicht, dass für unterschiedliche Menschen unterschiedliche Rationalitäten handlungsleitend sind. So scheinen in der Kommunalpolitik tätige Menschen weniger von einer rechtlichen Rationalität geleitet zu sein, da sie sich nicht an rechtlichen Parametern in der Rangreihe, wie es die Normenhierarchie vorsieht, orientieren. Aus politikorientierter Perspektive betrachtet, eröffnet dieses Spannungsfeld den Kommunalpolitiker_innen Handlungsspielraum, da sie folglich Ungewissheitszonen kontrollieren und somit über einen Trumpf verfügen, indem sie sich für oder gegen das Ausfüllen der unternehmerischen Rolle entscheiden.

Die Analyse der Interviews deutet insgesamt darauf hin, dass politische Aufsichtsratsmitglieder das Spannungsfeld tendenziell dahingehend auflösen, dass sie ihrer politischen und weniger ihrer unternehmerischen Rolle entsprechend agieren, wie z. B. im folgenden Zitat beschrieben ist:

„Im Regelfall führen die [politischen Mandatsträger_innen im Aufsichtsrat] die Politik des Stadtrates weiter. Die fühlen sich nicht dem Unternehmen verantwortlich, sondern die fühlen sich nach wie vor noch als Politiker im Aufsichtsrat, obwohl sie im Aufsichtsrat eine ganz andere Funktion haben“ (I7, GF, 179 f.).

Dies führt zu Problemen in der Führung des Krankenhauses. Einige Geschäftsführungen und Beratende beschreiben, dass politische Aufsichtsratsmitglieder ihre Entscheidungen nicht immer auf Grundlage sachlicher Erwägungen trafen (I7, GF, 232) bzw. nicht (nur) wirtschaftlich denken und handeln (I3, B, 123; vgl. I27, GF, 26). Es bestehe keine Klarheit über die Rolle, d. h. zu den Interessen und Aufgaben eines Aufsichtsratsmitglieds in Abgrenzung zur politischen bzw. Gesellschafterrolle (I20, GF, 147; I4, B, 347). Politische Aufsichtsratsmitglieder würden ihre Aufgabe, die Geschäftsführung zu „kontrollieren“ und „im Interesse des Unternehmens [zu beraten]“ nicht erfüllen (I4, B, 347). Erstens werde „gar nicht beraten [...], weil er [Anm.: der Aufsichtsrat] damit Verantwortung übernehmen würde, die will er nicht, die soll gefälligst beim armen Geschäftsführer bleiben“, und zweitens werde, was die IP besonders betont, nicht „im Interesse DES UNTERNEHMENS“ gehandelt (I4, B, 350). Das Heraushalten des Aufsichtsrates habe zur Folge, dass ein Machtvakuum entstehe und die Macht ins Unternehmen verlagert werde, sodass „die Spielwiesen [] von da definiert [werden], weil man weiß, man hat einen Aufsichtsrat, den kann man manipulativ bewegen“ (I1b, B, 115). In diesem Fall sei „die Gesundung von klinischen Strukturen [] vom Zufallsprodukt ‚der richtige Geschäftsführer mit der richtigen [...] Koalitionsbildungsstrategie in seiner Klinik‘ abhängig“ bzw. von anderen Akteuren, wie der ärztlichen Direktion, da die Geschäftsführung nicht überall machtvoll sei (I1b, B, 46). Die IP bewertet diese „Fehlentwicklung“ nicht zwangsläufig als schlecht – es könne „sehr gut funktionieren und für die Klinik sogar gut sein, sie haben keinen Einfluss“ (I1b, B, 115). Dennoch sei es positiver, wenn die Aufsichtsratsmitglieder ihre Rolle

ausüben, weil jede GF Sparring, Fragen, Aufsicht und Rechenschaft brauche, um besser zu sein (I1b, B, 116).

Siebtens wird das Verhalten der kommunalpolitischen Akteure auf deren unzureichendes branchen- und unternehmensspezifisches Expert_innenwissen zurückgeführt. Zahlreiche IPs aus Geschäftsführung, Beratung und Arbeitnehmervvertretung betrachten es als problematisch, dass kommunale Gremien wie Gemeindevorstand, Gemeindevertretung und Ausschüsse (I1b, B, 43 f.; I3, B, 42, 45; I29, med. GF, 152; I6, GS, 23; I9, GS, 163; I4, B, 134; I7, GF, 185, 494) bzw. die in den Aufsichtsrat entsandten politischen Mandatsträger_innen (I31, GF, 149; I8, M, 47; I1b, B, 43) Einfluss auf unternehmerische Entscheidungen nehmen, ohne die fachliche Kompetenz zu besitzen. Sie kritisieren, dass „gewählte Bürger [] in irgendeiner Art und Weise Einfluss auf das unternehmerische Geschehen des ganzen Hauses [nehmen], OHNE die Komplexität zu überblicken“ (I3, B, 45), dass „da [] Leute von einer Farbe [reden], die eigentlich blind sind“ (I29, med. GF, 152), bzw. dass der Ausschuss für Gesundheit „mit kundigen Bürgern besetzt ist, wobei der Begriff kundig zu streichen ist“, weil diese „von Tuten und Blasen keine Ahnung [haben]“ (I3, B, 42). Der mangelnde Sachverstand ist einer IP zufolge teilweise so eklatant, dass einzelne Akteure im Aufsichtsrat nicht wissen, dass „DRG-System“ die Bezeichnung für das Vergütungssystem der medizinischen Leistungen ist:

„[Die] Stadtfraktionen [] schicken [Leute herein], die von Krankenhäusern nicht so ganz viel Ahnung haben: Beispiel [...] eine Abgeordnete, [...] die zwei Jahre im Aufsichtsrat von einem großen kommunalen Haus ist. Und die dann im zweiten Jahr sagt, Mensch, hier ist immer von DRG die Rede. Ob ihr mal jemand erklären kann, was DRG, was da eigentlich genau dahintersteckt. Das ist eine Fehlbesetzung, das geht natürlich nicht“ (I10, GS, 47).

Der unzureichende Sachverstand wird von einigen IPs auf strukturelle Zwänge zurückgeführt, v. a. auf die Komplexität der Krankenhausmaterie und auf die ehrenamtliche Ausübung der Tätigkeit⁹² (I8, M, 43; I2a, B, 57; I31, GF, 148; I7, GF, 494; I4, B, 134). Eine IP spricht z. B. von „Freizeitpolitikern“ (I2a, B, 56), eine andere IP erläutert:

„In den Kommunalparlamenten sitzen Leute, teilweise Handwerker, teilweise kleine Angestellte, die mit den Themen überhaupt nichts zu tun haben. Denen werden plötzlich große Themen vorgelegt. Ob das jetzt so richtig ist, allumfassend, können die überhaupt nicht berücksichtigen und erkennen. Und denen fehlt auch oft die Zeit dann, sich das [...] anzulesen. Auch wenn Sie die Vorlagen lesen, da müssen Sie noch tausend andere Sachen hinzuziehen, um das überhaupt zu verstehen“ (I7, GF, 494).

Das unzureichende Expert_innenwissen und damit die unzureichende Professionalität im Aufsichtsrat führen einer IP zufolge zu zwei möglichen Modellen, mit unterschiedlicher Auswirkung auf die Führung des Krankenhauses bzw. den Spielraum der Geschäftsführung: Entweder habe „die kommunale Ebene ein Vertrauen in das Krankenhaus, in die Geschäftsführung, in Chefärzte, und lässt sie agieren“. Oder „die ahnungslose kommunale

⁹² Ratsmitglieder üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus (vgl. § 35 S. 2 HGO), im Gegensatz zur Verwaltung, was auch hier laut Egner (2013b, S. 31) zu einem Wissensgefälle führt.

Ebene [denkt], sie könne jetzt irgendwie sagen, wo es langgeht. Und die, die da im Krankenhaus wirklich arbeiten, die haben alle keine Ahnung“ (I31, GF, 150 f.; vgl. I29, med. GF, 152). In jedem Fall vermittelt fehlendes Expert_innenwissen auf Aufsichtsratseite der GF Macht:

„[...] wenn [...] [der Aufsichtsrat] eine Richtschnur braucht, wofür investiere ich jetzt das Geld [...]? Medizinische Schwerpunkte, Bündelungen, kaufe ich eine Klinik auf [...]? [D]a sind sie normalerweise völlig in der Hand einer starken Geschäftsführung, die die Vorlagen dafür schmiedet“ (I1b, B, 108; vgl. I7, GF, 298).

Dennoch wird von mancher GF auch als Zwang wahrgenommen, dass z. B. die Verpflichtung zu wirtschaftlichem Handeln bzw. das Haftungsrisiko Aufsichtsräten nicht bewusst sei:

„[D]en wenigsten ist bekannt oder ist auch nicht beizubringen, dass sie [] für gewisse Entscheidungen haften, unabhängig davon, ob sie die in ihren Fraktionen so beschlossen haben oder nicht. Das Aufsichtsratsmitglied haftet zuerst mal immer individuell alleine. Die [...] glauben, durch den Beschluss seien sie plötzlich jeder Rechtfertigung ihrer Entscheidungen enthoben“ (I7, GF, 179, 197).

Manche GFs begegnen den Zwängen durch unzureichendes Expert_innenwissen, indem sie die Strategie verfolgen, Aufsichtsräte zu qualifizieren (I7, GF, 203; I31, GF, 154; I24, GF, 98), sei es in rechtlichen Fragestellungen die GmbH betreffend, um ein Bewusstsein für die gesellschaftsrechtlichen Verpflichtungen bzw. Risiken zu etablieren (I7, GF, 203), oder sei es zu einem Thema wie Krankenhausfinanzierung (I31, GF, 154). Aber nicht nur beim Aufsichtsrat werden Probleme gesehen – schwierig für das kKH wird es, wenn die Geschäftsführung selbst unprofessionell agiert, was einer IP zufolge vielerorts der Fall ist (I7, GF, 299), bzw. wenn, bezogen auf die gesamte Führung im Haus, Managementprobleme bestehen (I9, GS, 129).

Als weitere Lösung wird von einigen IPs gesehen, den Aufsichtsrat zu professionalisieren durch eine professionelle Besetzung (z. B. I4, B, 50). So beschreibt eine IP es als sinnvoll, „Fachleute“ zu entsenden, „die auch nicht irgendwo einer Partei verpflichtet sind, sondern die Sachkenntnisse haben von dem Unternehmensbereich“ – was bisher allerdings kaum erfolge (I7, GF, 185). Vereinzelt ist dies allerdings der Fall: Einer IP zufolge werden neben politischen Mandatsträgern auch fachliche Expert_innen entsendet, um den „branchen- und unternehmensspezifischen Sachverstand in das Unternehmen zu holen und das Unternehmen ein Stück weit an solchen Maßstäben auszurichten“ (I13, GF, 57).

Weitere Auswirkungen der hier aufgezeigten strukturellen Bedingungen und Strategien der kommunalpolitischen Akteure auf andere Akteure und deren Umgang damit werden in den weiteren Ergebnissen deutlich.

5.4.2 Wählermaximierungs-Spiel der Kommunalpolitik

Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass auf Kommunalebene vielfach das *Wählermaximierungs-Spiel* (#8) (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b) gespielt wird.

Dies wird durch die Zwänge der Konkurrenzdemokratie ausgelöst: Die Spielregeln besagen, dass Mehrheiten gewonnen werden müssen, um Einfluss nehmen zu können, und dass Dissens zwischen den Parteien erforderlich ist, damit Unterschiede sichtbar sind, weil Parteien gerade aufgrund ihrer unterschiedlichen Meinungen gewählt werden (ebd.).

Dieses Spiel wird von kommunalpolitischen Akteuren in Gesellschafterversammlung *und* Aufsichtsrat des Krankenhausunternehmens gespielt. Zentrales Interesse der Akteure in diesem Spiel ist, die Stimmen der Kommunalwahlberechtigten zu erhalten (I30, OB, 45; I28, GF, 137; I24, GF, 117), „und das Krankenhaus und der Geschäftsführer sind Mittel, um das ein Stück zu bewerkstelligen“ (I28, GF, 137). Die (Wieder-)Wahl setzt eine positive Wahrnehmung durch die kommunale Bevölkerung voraus – wichtige Mitspielende sind folglich die kommunale Bevölkerung sowie die Presse aufgrund ihres Einflusses auf die Bevölkerung durch Meinungsbildung. Ressourcen, Zwänge und mit diesen strukturellen Bedingungen einhergehende Strategien, die kommunalpolitische Akteure in der Verfolgung ihrer Interessen nutzen, sind in Tabelle 33 dargestellt. Die nummerierten Strategien und die dazugehörigen Ressourcen bzw. Zwänge werden anschließend erläutert. Strukturelle Bedingungen und Strategien, die in der Tabelle mit einer Quellenangabe versehen sind, werden nicht erläutert.

Erstens beschreiben manche IPs „kurzsichtig[es]“ Handeln (I7, GF, 380, 522) und mangelnde Bereitschaft zu langwierigen, die politische Amtsdauer überdauernden Veränderungsprozessen seitens der Kommunalpolitiker_innen (I18, PDir, 260). Dies wird maßgeblich bedingt durch die begrenzten Amtsperioden der politischen Führungskräfte – die Wahl der Bürgermeister_innen bzw. Landräte erfolgt alle sechs Jahre (I30, OB, 45), die Wahl der Gemeindevertretung alle fünf Jahre durch die Bürger_innen einer Kommune (vgl. § 36 S. 1 HGO). Durch den Wechsel der politisch Verantwortlichen erfolgen einigen IPs zufolge Wechsel der politischen und, damit einhergehend, der unternehmerischen Ziele und Strategien (I29, med. GF, 152; I22, GF, 127; I11, GF, 33; I16, BR, 175; I32b, LR, 95), weil die neue politische Führung „natürlich im Rahmen [...] [ihrer] Gestaltung auch Ideen hat“ (I22, GF, 127). Folglich müsse die Geschäftsführung sich darauf einstellen und, „wenn neu gewählt wird, [] gucken, wer kommt da, was hat der?“ (I29, med. GF, 152). Aber auch der Betriebsrat und die gesamte Belegschaft müssten sich an „die neuen Personen mit neuen Vorstellungen“ anpassen (I16, BR, 175), da die Entscheidungen der politischen Spitze ins Unternehmen hineinwirken, nicht zuletzt durch Verzögerungen: Eine IP kritisiert die im Zusammenhang mit politischem Wechsel entstehenden, teils massiven Mehrkosten, bspw. 80 Millionen € aufgrund von Richtungsänderungen in Bezug auf bauliche Veränderungen (I16, BR, 176). Dies sei „furchtbar

viel Geld, und es muss gespart werden. Und die Rahmenbedingungen und Finanzierung. Und im System selber wird das Geld verschwendet. Das tut einem in der Seele weh“ (I16, BR, 179).

Zweitens erfolgt die Wahl für eine bestimmte Gebietskörperschaft, was einigen IPs zufolge dazu führt, dass sich Kommunalpolitiker_innen an ihrem örtlich begrenzten politischen Zuständigkeitsbereich ausrichten und in Gebietskörperschaften denken und handeln (I13, GF,

Tab. 33: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Kommunalpolitik im Wählermaximierungs-Spiel (#8)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Z: Demokratisches Herrschaftssystem (I33, LR, 37) und Wahlen (I30, OB, 45; I33, LR, 59); erfordert kollektive Entscheidungsfindung	In einer Art und Weise agieren, die eine (Wieder-)Wahl wahrscheinlich macht (I33, LR, 37, 59; I30, OB, 45; I21, PDir, 310; I23, CA, 215)
Z: Wahl für begrenzte Amtszeit und regelmäßige Wechsel der politisch Verantwortlichen	1.) kurzichtiges Handeln und mit politischen Wechseln einhergehende Wechsel der unternehmerischen Ziele und Strategien
Z: Verantwortung für bestimmte Gebietskörperschaft bzw. politischen Zuständigkeitsbereich	2.) Eigenen Standort attraktiv machen; Kirchturmpolitik im Sinne von Konkurrenz und Abgrenzung zu anderen Kommunen
Z: Abhängigkeit von positiver Wahrnehmung durch die Wahlberechtigten bzw. von positiver Öffentlichkeit; Fehleraversion der deutschen Bevölkerung	3.) positives Image wahren/etablieren und Skandale und Fehler vermeiden; an den Interessen der Wahlberechtigten ausrichten
Z: Demokratie lebt vom Aufzeigen von Gegensätzen	4.) Krankenhaus als parteipolitischen „Spielball“ instrumentalisieren
Politisierbarkeit des kKH (Tab. 34), Thematisierung des Veränderungsprozesses in der Presse Z: negative öffentliche Wahrnehmung kann „Bürgerproteste“ auslösen (I33, LR, 76, 90; vgl. I7, GF, 518; I8, M, 61)	5.) Presse als Bande im politischen Spiel nutzen / Öffentlichkeit mobilisieren bzw. Wegducken bei negativer Presse Arbeitsteilung derart bestimmen, dass GF für negative und Gesellschafter für positive Themen verantwortlich ist; v. a. in Kommunikation nach außen (I28, GF, 120 ff.)
Z: Beteiligung vieler Interessengruppen, die öffentlich Druck machen, Externalisierung von Konflikten	6.) Entscheidungsvermeidung und späte Reagibilität
R: Weisungsbefugnis Gesellschafterin/AR Z: fehlendes Vertrauen zu bekommen, „was sie eigentlich brauchen“ (I28, GF, 144), fehlendes Expert_innenwissen gekoppelt mit „Selbstüberschätzung“ (I31, GF, 151), persönliche Betroffenheit der AR-Mitglieder (I31, GF, 180)	Über AR-Aufgaben hinaus Einfluss nehmen: Einnischen ins Tagesgeschäft und Einzelfallentscheidungen (I8, M, 34; I31, GF, 145, 178; I20, GF, 151; I2a, B, 57; I29, med. GF, 152); auch an der GF vorbei zum BR und bestimmten Berufsgruppen, v. a. Ärzt_innen (I4, B, 180)
Z: Interessenpluralismus/-konflikte	7.) Paradoxe Anweisungen an die GF
Bestellung und Abberufung des GF durch Gesellschafter	8.) GF alleinige Verantwortung zuschreiben und auswechseln
Verantwortung für Gesundheitsversorgung als Teil der Daseinsfürsorge; Wirtschaftskraft und politischer Willen der Kommune; Z: Recht (z. B. HGO, RP)	9.) Erhalt unwirtschaftlicher Strukturen und finanzielle Unterstützung des Krankenhauses; keine finanzielle Unterstützung
Z: Politischer Druck	10.) Insolvenz oder Verkauf des Krankenhauses, um sich vom Druck zu entlasten

11; I1b, B, 49). Kommunalpolitiker_innen beschreiben, dass „erstmal jeder für SICH [versucht], als Kommunalverantwortlicher für die Gemeinde [], SEINEN Standort attraktiv zu machen“ (I30, OB, 46; vgl. I33, OB, 32; I11, GF, 109). Dieses Konkurrenz- bzw. Abgrenzungsverhalten zeigt sich bspw. in Standortdiskussionen (I30, OB, 46; I2a, B, 23), v. a. im ländlichen Raum (I30, OB, 100), bzw. im Widerstand gegen Fusionen oder Verbände (siehe ausführlich *Abgrenzungs-Spiel* zwischen Krankenhäusern in Abschnitt 5.5.6.2).

Drittens müssen Kommunalpolitiker_innen, um (wieder-)gewählt zu werden, von den Wählenden positiv wahrgenommen werden. Handlungen, die öffentlich negativ aufgenommen werden, sind einigen IPs zufolge in einem politisch-demokratischen System kritisch, weil eine negative öffentliche Wahrnehmung zu einem Verlust von „Wählerstimmen“ und damit zu einem Verlust von politischer Macht führen kann (I28, GF, 114; I1, B, 102; I3, B, 257). Folglich etablieren bzw. wahren Kommunalpolitiker_innen ein positives Image (I28, GF, 114) und vermeiden nach Möglichkeit „Skandale oder Fehler“, da diese manchmal stärker wiegen würden als Qualitätsfragen (I1b, B, 103) und weil „Ruhe“ in der Kommunalpolitik ein sehr hohes Gut darstelle (I7, GF, 364). Einer IP zufolge verhalten sich Politiker_innen derart,

„weil sie in dem politisch-demokratischen System als Eigentümer schnell Kritik ausgesetzt werden, wenn Fehler entstehen, und damit in der Wahlsituation angreifbar werden oder geschwächt werden. [...] Eigentümer in dem Sinne vertreten ein System, was auf Wiederwahl argumentiert und auf politische Stärke hinarbeitet. Darum will man nicht in die Situation kommen, dass man Schwäche hat. Das ist die Konversation, die demokratisch dahintersteht“ (I1b, B, 104).

In diesem Zusammenhang ist auch die Beschreibung einer IP interessant: Die Bevölkerung falle durch eine „sehr starke Leistungsorientierung“ auf, pflege einen Hang zum Perfektionismus, brauche aber gleichwohl immer eine Absicherung und sei fehleravers (I23, CA, 133):

„[H]ier in diesem Land ist das wahrscheinlich mit die Höchststrafe, wenn man eine Fehlleistung bringt und dann auf einen herabgesehen wird. Da fürchtet man wahrscheinlich Tod und Teufel weniger“ (I23, CA, 133 f.).

Da letztlich die Wahrnehmung durch die Bevölkerung handlungsleitend ist (I33, LR, 56), richten sich Kommunalpolitiker_innen an den Interessen der wahlberechtigten Bürger_innen aus (I13, GF, 11; I33, LR, 37, 51) und kommen „Diskussionen zustande, die nicht mehr sachlich sind, sondern die dem Machterhalt dienen“ (I21, PDir, 110).

Viertens werden kKH vielen IPs zufolge als (partei-)politischer „Spielball“ (I1b, B, 21; vgl. I33, LR, 101; I32a, LR, 72; I10, GS, 44; I1b, B, 105; I20, GF, 38; I20, GF, 34) von politischen Akteuren, insbesondere von der Opposition (I33, LR, 101; I32a, LR, 72), instrumentalisiert.

„Die eine Fraktion will nicht, dass der Bürgermeister mit seiner Mehrheitsfraktion nur Erfolge vorweisen kann. Also spuckt man ihm in diese Suppe, auch wenn es dem Krankenhaus schadet. Aber politisch in der Kommune macht man einen Stich damit“ (I10, GS, 44).

Dies kann letztlich darauf zurückgeführt werden, dass die Konkurrenzdemokratie von Dissens und vom Aufzeigen von Gegensätzen lebt. Ein kommunales Haus sei „nie davor gefeit“,

„zwischen die Mühlen der Parteipolitik“ zu geraten (I7, GF, 352; vgl. I1b, B, 105) bzw. „missbraucht“ zu werden „von Leuten, die [...] Fraktionspolitik machen“ (I10, GS, 46), sodass plötzlich ein rein sachliches Thema ein parteipolitisches Thema werde (I7, GF, 352) und kKH zu einer „Art Verhandlungsmasse in einem politischen Streit“ (I2a, B, 17) würden. Ziel ist es folglich, politisch zu gewinnen – auch wenn es dem Unternehmen, den Patient_innen und den Beschäftigten schadet –, da es um Macht geht, nicht um die Sache. Dies verdeutlicht, dass „alleine auf der Arbeitgeberbank ein Aushandlungs- und Einigungsprozess stattfinden“ muss, bezogen auf Entscheidungen das kKH betreffend (I19, BR, 93). Für die Führung im Krankenhaus kann dies massive Zwänge auslösen. Eine GF beschreibt, was ihrer Erfahrung nach passiert, wenn ein kKH regelrecht „in Geiselhaft“ genommen wird (I20, GF, 34):

„[Es gab zur weiteren Unternehmensentwicklung] innerhalb der Gesellschafter unterschiedliche Auffassungen. [...] Da gab es sehr heterogene Meinungen der Parteien, ein bisschen hing es auch davon ab, wer wo die Wählerstimmen hat, und das lief dann noch über Kreuz gegen die Koalition. Sie hatten eigentlich Rot-Grün, aber bei den Weiterentwicklungsvorstellungen gab es Rot auf der einen Seite und Grün-Schwarz auf der anderen Seite. Und das ging dann alles bunt und munter durcheinander im Aufsichtsrat. Dann werden Sie als GF irgendwann blockiert“ (I20, GF, 35).

Fünftens zeigt die Analyse der Interviews, dass die Politisierbarkeit des kKH bei dessen Instrumentalisierung als Spielball eine zentrale Ressource für Politiker_innen und damit auch für die Presse und die Arbeitnehmervertretung darstellt. Fünf Aspekte, die zur Politisierbarkeit des Krankenhauses beitragen, sind in Tabelle 34 kurz dargestellt und mit Quellen versehen. Der erste Aspekt wird im Anschluss an die Tabelle ausgeführt.

Tab. 34: Strukturelle Bedingungen, die zur Politisierbarkeit eines kommunalen Krankenhauses beitragen

<i>Strukturmerkmale kommunaler Krankenhäuser</i>	
I.	Emotionalität von Gesundheit und Krankheit
II.	Regional- und beschäftigungspolitische Bedeutung ⁹³ : kKH sind „ein Stück Daseinsfürsorge“ und „Standortpolitik“ (I30, OB, 25), „wichtige Arbeitgeber und Multiplikatoren“ (I33, LR, 31) bzw. oft größter Arbeitgeber am Ort (I3, B, 269), „wichtigste Beteiligung [...] [und] ganz existenziell für den Landkreis und für die Region insgesamt“ (I12, LR, 7)
III.	Gemeinschaftsfunktion (I30, OB, 33) / symbolische Bedeutung (I2a, B, 23); kKH werden als „letzter Anker“ wahrgenommen, der die Menschen vor Ort noch hält (I8, M, 40), verleiht Kommune Bedeutung (I2a, B, 23) → insbesondere in ländlichen Regionen können mit einer aus Sicht der Bevölkerung schlechten bzw. guten Krankenversorgung Wahlen verloren bzw. gewonnen werden (I9, GS, 11)
IV.	Komplexität des Gesundheitssystems bzw. mangelndes Wissen in der Bevölkerung (I3, B, 255) macht Thematik anfällig für Vereinfachungen (I33, LR, 30) bzw. Populismus einzelner Parteien (I33, LR, 101) und Polemik (I4, B, 217); Thematisieren skandalträchtiger Sachverhalte und emotionale Diskussionen in der Presse, da für diese lukrativer als Darstellung komplexer Sachverhalte (I8, M, 123; I7, GF, 518)
V.	Denkschemata bei Beschäftigten, GF und Öffentlichkeit, dass ein öffentliches KH keine schwarzen Zahlen schreiben müsse (I7, GF, 41, 43) und dass „die öffentliche Hand [es] [...] besser machen [würde], wenn sie keinen Gewinn macht“ (I7, GF, 43); Erwartungshaltung an einen öffentlichen Arbeitgeber, dass die öffentliche Hand zahlt und gewohnte Strukturen aufrechterhält (I33, LR, 75; I18, PDir, 138, 164; I7, GF, 41; I12, LR, 45)

⁹³ 80% der kommunalen Krankenhäuser gehören zu den drei wichtigsten regionalen Arbeitgebern und leisten damit wichtige Beiträge zur regionalen Wertschöpfung und Beschäftigungssicherung (Blum et al., 2017, S. 19; vgl. ähnlich Sonntag, 2017).

Bespielsweise sind Krankenhäuser gut politisierbar, da diese, wie verschiedene IPs beschreiben, emotional sind (I28, GF, 114; I3, B, 137; I33, LR, 35; I1, B, 16; I14, med. GF, 16) bzw. einen „emotional-sozialen Gesellschaftsbereich“ darstellen (I1a, B, 26), weil jede/r mit einem Krankenhaus Kontakt hatte und „ein Mitspracherecht“ fühlt (I3, B, 137), bzw. weil die Hoffnung besteht, in einem Zustand von Hilfebedürftigkeit Hilfe zu erfahren (I1b, B, 16). So sind Veränderungsprozesse, die die Zusammenlegung von nur zwei Kilometer voneinander entfernten Geburtsstationen zum Inhalt haben, einer IP zufolge keine sachliche, sondern eine emotionale Frage, „weil die Frage, wo ist das Kind geboren, [] eine Frage auch des kommunalen Selbstbewusstseins“ sei (I33, LR, 33). Entsprechend heftig und emotional können die öffentlichen Reaktionen gegenüber den vermeintlich Schuldigen sein. Beispielsweise haben Bürger_innen bei der Schließung eines Krankenhauses – obwohl die gesundheitliche Versorgung gewährleistet war (I33, LR, 72) – der Landkreisleitung die Schließung vorgeworfen und sie öffentlich als „Totengräber_in“⁹⁴ des Krankenhauses bezeichnet (I33, LR, 7). Einer IP zufolge hat das Thema Gesundheit, auch weil wir eine alternde und stark an Sicherheitskategorien orientierte Gesellschaft seien, höchste Priorität (I30, OB, 81).

Die bisherigen Ausführungen weisen bereits (indirekt) darauf hin: Einigen IPs zufolge findet eine Rückkopplung über die Medien und eine Mobilisierung der Bürger_innen statt (I1b, B, 55; I27, GF, 122), was ein „Spezifikum“ der kKH sei (z. B. I1b, B, 58 f.).

„Veränderungen führen ja auch zu öffentlicher Unruhe und damit tendenziell auch zu einem Problem für den Gesellschafter. Das hat ein privater so erstmal nicht, der hat natürlich auch Konflikte, aber die bleiben im Unternehmen⁹⁵, während die Konflikte bei öffentlichen Krankenhäusern, wenn sie groß sind, auch immer ein Stück weit externalisiert sind“ (I20, GF, 10).

Die Rückkopplung erfolgt den IPs zufolge z. B., indem die Presse Themen aufgreift und publik macht (I22, GF, 50), über negative Schlagzeilen (I32b, LR, 101; I1a, B, 26) und Skandalisierung (I8, M, 123; I5, B, 103).

„Wenn Sie heute was machen, was nicht unbedingt Begeisterungstürme erweckt, haben sie morgen die gesamte Presse gegen sich. Und Sie haben nicht nur eine fachliche Diskussion in der Presse, sondern Sie haben eine Diskussion, die sehr emotional geführt wird [...]. Damit [...] [ist die Politik] nicht mehr in der Lage [...], Strukturen für vier [...] oder zehn Jahre zu verändern und das zu diskutieren. Weil, alles wird sofort in der Öffentlichkeit zerrissen. Sie stehen da am Pranger und dann wird das so aufgebauscht, dass sie null Chancen haben“ (I7, GF, 518 f.).

Diese Dynamik wirkt sich wiederum negativ auf die Handlungsfähigkeit der politischen Führung des Krankenhauses im Kontext von Veränderungsprozessen aus; die Führung kann sich einer IP zufolge nur wegducken, „die Klappe [] halten und [] hoffen, dass keiner das noch

⁹⁴ Vergleichbare sprachliche und visuelle Bilder werden auf der Website www.kliniksterben.de verwendet.

⁹⁵ Wenngleich es Reaktion auf Verhältnisse z. B. über Brandbriefe auch in Kliniken in privater Trägerschaft gibt (Pressebeispiele Uniklinikum und private Krankenhäuser: Langer, 2017; Ruddat, 2018; Schmitt, 2018).

weiter befeuert“ (I7, GF, 520). Die Thematisierung in der Presse kann auch dazu führen, dass eine politische Führung, die sich für Konsolidierungsmaßnahmen ausspricht, nicht wiedergewählt wird (I27, GF, 135).

Sechstens ist in diesem Zusammenhang auch die von einigen IPs beschriebene Strategie der „späten Reagibilität“ (I5, B, 94) und Entscheidungsvermeidung (I5, B, 103) zu sehen: Die Politik reagiere generell erst dann auf Veränderungserfordernisse, wenn sie „mit dem Rücken an der Wand steht“ (I31, GF, 215), „die wirtschaftliche Not so groß ist, dass sie Argumente [für die Veränderung] liefert – für einen einzelnen Bürgermeister oder auch für die entsprechenden kommunalen Gremien“ (I30, OB, 36) bzw. „wenn es keine Alternativen mehr gibt und die Uhr 5 nach 12 ist“ (I3, B, 10). Diese Strategie wird auf die „Beharrungstendenzen“ bzw. die Zwänge des politischen Systems zurückgeführt, weil viele Interessengruppen beteiligt seien (I3, B, 10, 268), die öffentlich Druck machen (können) (I5, B, 103).

Die Entscheidungsvermeidung löst Zwänge für die Geschäftsführung aus. Eine GF reagiert darauf mit der Mehrfachvorlage von Entscheidungen im Aufsichtsrat (I7, GF, 179), und, wenn dies nicht hilft, der Protokollierung des Sachverhalts (Entscheidungsvorschlag der Geschäftsführung wurde durch den Aufsichtsrat abgelehnt) (I7, GF, 182), da dies „Bewegung ins Spiel“ bringe (I7, GF, 182). Die gewonnene Beweglichkeit kann darauf zurückgeführt werden, dass sich die Geschäftsführung durch die Dokumentation auch rechtlich absichert und die Verantwortung damit bei den Aufsichtsratsmitgliedern liegt.

Siebtens wird als weitere Strategie der kommunalpolitischen Akteure im Aufsichtsrat beschrieben, paradoxe Anweisungen an die GF zu geben. Die Paradoxie resultiert aus den konfligierenden Interessen der kommunalpolitischen Akteure (siehe 5.4.1, Punkt 5). Wenn politisch schwierige Entscheidungen als unumgänglich bewertet werden, wird die GF einigen IPs zufolge beauftragt zu handeln, aber ohne dass die amtierende Politik sich „die Finger schmutzig machen oder verbrennen“ müsse (I5, B, 101), d. h. ohne das eigene Image zu beschädigen. Die Politik zeige eine sehr „SEHR schizophrene und sehr zweideutige [...] Kommunikation“ (I5, B, 101) und verlange:

„[W]asch mich, aber mach mich nicht nass, also bitte saniere, aber entlasse niemanden, vor allem auch keinen Chefarzt, weil, mit dem spiele ich Golf“ (I14, med. GF, 17; vgl. I5, B, 101, 146).

Achtens wird – wenn der Veränderungsprozess bzw. die ausgelösten Konsequenzen in den Augen der Bevölkerung, der Politik oder/und der Arbeitnehmer(-vertretung) negativ rezipiert werden – als weitere Strategie der kommunalpolitischen Gesellschafterin beschrieben, die alleinige Verantwortung der GF zuzuschreiben und sie auszuwechseln, damit sich die amtierende Politik reinwaschen und so ihre Chance auf Wiederwahl erhöhen kann – ein im politischen System rationales Verhalten, welches aber unternehmerisch irrational und

dysfunktional sein kann. Zum einen wird beschrieben, dass Geschäftsführende ausgewechselt werden, *bevor* sie ökonomisch notwendige, aber politisch schwierige Veränderungen umsetzen:

„Da wird in der Zeitungsmeldung verkündet, dass der Hauptverlustträger die Geburtshilfe ist. Sie wird aber gehalten. Aus politischen Motiven heraus. Der Geschäftsführer wird verbrannt und gesagt, der macht es nicht so richtig. Und dabei ist der ein Getriebener des Systems. Es gibt sicherlich auch Geschäftsführer, die ihre Arbeiten schlecht machen, die wirklich Managementfehler machen, unbenommen. Aber viele Geschäftsführer werden verheizt zugunsten eines politischen Systems, was für Konzentration steht“ (I21, PDir, 121 f.).

Zum anderen wird das Auswechseln beschrieben, *nachdem* gravierende Veränderungen vorgenommen wurden (I3, B, 12). Wenn „unangenehme“ Veränderungen umgesetzt werden, wird dies manchen IPs zufolge in kommunalen Strukturen „bestraft“, sodass „die erfolgreichsten kommunalen Manager“ aufgrund der Politik und der Arbeitnehmervvertretung oftmals ohne Vertragsverlängerung enden (I3, B, 12). Dies erfolge auch dann, wenn die Veränderungen politisch gewollt, unternehmerisch erforderlich und sogar erfolgreich waren (I21, PDir, 309). Die Strategie des Auswechselns wird manchen IPs zufolge äußerst intensiv genutzt, sodass über mehrere Jahre hinweg jährliche Wechsel stattgefunden haben (I31, GF, 214), was jeweils kostenintensiv aufgrund von Abfindungen und Transaktionskosten sei (I16, BR, 177, 271). Weil ein derartiges Vorgehen auch dann stattfinden kann, wenn es unternehmerisch nicht begründbar oder sogar schädigend ist, gilt die Position der Geschäftsführung als „Schleudersitz“ (I21, PDir, 309; I4, B, 314) bzw. wird die GF im kKH von einigen IPs als sehr herausfordernder Job beschrieben (z. B. I5, B, 109).

„Ich beneide keinen Krankenhausgeschäftsführer für seinen Job. Das ist eine unheimliche Verantwortung, eine unheimliche Macht, ein totaler Schleudersitz, im Grunde genommen schlecht bezahlt, verhältnismäßig. Und Du hast mit einem völlig irrationalen Faktor zu tun, komplett irrationalen Faktor, der Politik. [...] Und dann, gleichzeitig schwebt über allem, bei diesem Job: Du musst alles richtigmachen. Du wirst schneller geköpft, als Du laufen kannst, ehe Du was falsch machst. Weil, die Kommunalaufsicht oder irgendein Landesrechnungshof, der ist schnell dabei“ (I4, B, 329 f.; vgl. I7, GF, 260 f.).

Geschäftsführungen reagieren auf die im Zitat beschriebene politische Unberechenbarkeit einer IP zufolge, indem sie sich auf zeitlich begrenzte Tätigkeiten einstellen:

„[Die sagen:] ‚Wenn ich hier als Sanierer auftrete, ist klar, dass ich in vier Jahren für die Politik und für die Mitarbeiter nicht mehr tragbar bin.‘ Die nehmen das schon so in Kauf. Das ist doch krank. [...] ‚Dann habe ich mehrere Entscheidungen, die wirtschaftlich notwendig waren, getroffen, [...] die aber politisch nicht so einen guten Anklang hatten‘“ (I21, PDir, 309).

Neuntens stellt der Erhalt unwirtschaftlicher Strukturen (z. B. Arbeitsplätze, Krankenhäuser) (I1b, B, 49; I4, B, 75; I10, GS, 136; I31, GF, 187; I32, LR, 111; I26, PDir, 76) eine Strategie dar, um Veränderungen zu vermeiden und Ruhe (I1b, B, 49) zu wahren.

„[B]ei der Krankenhausedichte hier könnten Sie [] drei bis vier vom Netz nehmen, da würde nichts passieren. Sie würden immer noch versorgt werden und hätten mehr Personal. Aber das passiert nicht, weil keiner sein Krankenhaus schließt, weil das regionalpolitisch überhaupt nicht attraktiv ist“ (I26, PDir, 76).

Der Erhalt von Strukturen geht in der Regel mit finanzieller Unterstützung des kKH durch die Kommune einher. Einige IPs berichten von Betriebskostenzuschüssen (I31, GF, 124), Verlustübernahmen (I1b, B, 49), der Übernahme des gesamten Investitionsaufwands der kKH

in den Kreishaushalt (I31, GF, 107) bzw. Investitionszuschüssen (I28, GF, 118; I11, GF, 240; I12, LR, 66; I29, med. GF, 160; I16, BR, 251; I12, LR, 66; I14, med. GF, 39), Krediten (I11, GF, 14, 94) und einer Eigenkapitalerhöhung (I27, GF, 29). Diese Formen finanzieller Unterstützung finden sich auch in einem Bericht des Hessischen Rechnungshofs (Eibelshäuser, 2013). Die Strategie wird einer IP zufolge mit der politischen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung legitimiert (I1b, B, 49). Voraussetzung für finanzielle Unterstützung ist, dass die Wirtschaftskraft des Kommunalhaushaltes diese ermöglicht (I33, LR, 43; I10, GS, 134; I9, GS, 38; I12, LR, 55; I30, OB, 84; I1b, B, 108), der kommunalpolitische Wille besteht (I29, med. GF, 161; I31, GF, 124) und sie rechtlich zulässig ist (31, GF, 124). Ist dies (in Teilen) nicht gegeben, wird das kKH nicht finanziell unterstützt (z. B. I29, med. GF, 157). Rechtliche Begrenzungen bestehen dahingehend, dass die Hessische Gemeindeordnung von den Körperschaften verlangt, ihr Vermögen und ihre Einkünfte so zu verwalten, dass ihre Gemeindefinanzen gesund bleiben (§ 10 HGO) und das Krankenhausgeschehen demnach auch unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Aspekte zu erfolgen hat, da wirtschaftliche Fehlentwicklungen bei den kommunalen Krankenhäusern zu Haushaltsrisiken der Träger werden können (Eibelshäuser, 2013). Weitere Zwänge bestehen durch die Überwachung durch das Regierungspräsidium (RP) in Bezug auf den Ausgleich von Betriebskostendefiziten über Zuschüsse durch die Kommune (31, GF, 114). Überdies wird auf das Wettbewerbsrecht Bezug genommen, wengleich dieses Recht teils als Zwang, teils als Ressource genutzt bzw. interpretiert wird: Während das eine Argument (entgegen finanzieller Unterstützung) laute, die Kommune dürfe „keine Defizite ausgleichen [...], weil, dann ist das Wettbewerbsrecht in Brüssel in Gefahr“ (I16, BR, 251), wird als Pro-Argument angeführt, dass bestimmte Bereiche aus der Krankenhausfinanzierung (Dienstleistungen von allgemeinerwirtschaftlichem Interesse) ausgenommen seien (I16, BR, 251; vgl. I32a, LR, 151), was erlaube, dass alles, was der Volksgesundheit diene, bezuschusst werden dürfe: „Und wenn wir Spaß haben und das Geld haben, dürften wir es mit 100 Millionen bezuschussen“ (I32a, LR, 151).

Bezug nehmend auf Veränderungsprozesse auf Bundesebene bzw. das bundespolitisch initiierte *Wettbewerbs-Spiel* (Abschn. 5.3.2) wirkt sich eine kommunalpolitische Subvention einigen IPs zufolge allerdings dahingehend aus, dass die Kommune durch die Subvention Marktmechanismen aushebelt (I11, GF, 272; I26, PDir, 76; I18, PDir, 150) und folglich die auf Bundesebene anvisierten Veränderungen nicht wie angedacht umgesetzt werden.

Zehntens werden, gewissermaßen als Exit-Strategien (I1b, B, 72), die Insolvenz, um „sich als Krankenhaus, aber auch als Kommune von diesen Kosten zu befreien“ (I9, GS, 25), oder der Verkauf der Krankenhäuser, meist an private Eigentümer_innen (I10, GS, 167; I12,

LR, 57; I20, GF, 69; I29, med. GF, 161; I32b, LR, 7; I7, GF, 5, 538) beschrieben, sei es aus den o. g. finanziellen oder rechtlichen Gründen (z. B. unzureichende Finanzen im Haushalt oder Beschränkung durch Regierungspräsidium), oder um sich vom politischen Druck zu entlasten:

„Viele [] Kollegen [...] haben gesagt, wir haben die Kliniken für teuer Geld an privat gegeben, also noch zweistellige Millionenbeträge daraufgelegt, um sie loszuwerden, um auch diesen politischen Druck loszuwerden, weil, man kann ja nicht jedem gerecht werden“ (I12, LR, 57).

Das Freiwerden von Druck beschreibt eine andere IP allerdings als Illusion, da die Politik auch dann politisch in der Verantwortung gesehen und „am Pranger“ sei, wenn die neuen Eigentümer Strukturen konsolidieren und Menschen entlassen (I4, B, 288); ähnlich ist die Erfahrung einer weiteren IP (I33, LR, 7 f.).

Kritik am Wählermaximierungs-Spiel. Einige IPs bewerten den Einfluss der Kommunalpolitik als „das große Manko“ (z. B. I8, M, 36). Mit dem politischen Einfluss gehen verschiedene Implikationen für Führung und Veränderungsprozesse einher. Eine IP sieht bspw. die finanzielle Unterstützung des Krankenhauses kritisch, da dies den eigenen Handlungsspielraum reduziere: „Wer zahlt, bestellt die Musik“ (I14, med. GF, 38). Viele IPs betrachten es als Wettbewerbsnachteil, dass „aus politischen Gründen viele Entscheidungsprozesse wesentlich langsamer“ umgesetzt würden (I24, GF, 13; vgl. I4, B, 81; I18, PDir, 258). Veränderungen würden einer „Politik der Zwischenschritte“ folgen, sodass Lösungen oft halbherzig seien (I4, B, 141), das „Gefühl, durch Watt zu laufen“ (I18, PDir, 258) auslösen, oder aber vollständig stagnieren (I4, B, 141); in jedem Fall erfordern sie „einen langen Atem“ (I6, E, 38). Ferner führen die fehlende Hierarchie divergierender politischer und ökonomischer Ziele sowie die durch das politische Handlungssystem vorherrschende Macht- statt Sachorientierung manchen IPs zufolge zu Unklarheit und damit mangelnder Orientierung für die zweite und folgende Managementebenen im Krankenhaus (z. B. I21, PDir, 310). Der Einfluss von Interessen und Strategien multipler Akteure, die Ausdruck einer politischen Rationalität sind – z. B. dass sich Politiker_innen „gerade vor dem Wahlkampf“ „schmücken“ wollen, „nur im Raster und gegen Ende möglichst ganz schnell [denken]“ (I18, PDir, 260) und die Presse schwierige Veränderungsprozesse skandalisiert, weil es lukrativer ist (z. B. I8, M, 81) – macht die nachhaltige Umsetzung größerer, langwieriger Veränderungen extrem schwer und erfordert politische (Change-Management-)Strategien seitens der Veränderungspromotoren.

Wie in den bisherigen Ausführungen bereits beschrieben wurde, reagiert die Geschäftsführung mit unterschiedlichen Strategien in der Interaktion mit der Kommunalpolitik

als erster Managementebene. Diese Strategien sind hier der Vollständigkeit halber noch einmal gesammelt tabellarisch erwähnt und mit Quellen versehen (Tab. 35).

Tab. 35: Strategien der Geschäftsführung in Interaktion mit der Kommunalpolitik

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Z: Weisungsrecht der Gesellschafterin	Umsetzung von Entscheidungen der Gesellschafterin, auch wenn diese unternehmerisch nicht sinnvoll sind (I30, OB, 11) (siehe 5.4.1, Punkt 3)
Z: Satzung, zustimmungspflichtige Geschäfte	Informelle Ausweitung des eigenen Spielraums über die formellen Rechte hinaus (I24, GF, 54) (siehe 5.4.1, Punkt 4)
Pflichten des AR; Z: mangelndes Fachwissen im AR	Qualifizierung der AR-Gremien: zu Rechten und Pflichten des AR (I7, GF, 197, 203), Krankenhausfinanzierung (I31, GF, 154) (siehe 5.4.1, Punkt 6 und 7)
Entscheidungskompetenz des Aufsichtsrats	Im AR Entscheidungsvorlagen mehrfach vorlegen; Nichtentscheidungen/Ablehnung protokollieren (siehe 5.4.2, Punkt 6)
Z: GF Position = Schleudersitz	Auf zeitlich begrenzte Tätigkeiten einstellen (siehe 5.4.2, Punkt 8)

5.4.3 Rationale-Politik-Spiel der Kommunalpolitik

Aufgrund der negativen Konsequenzen, die durch die *parteilich* motivierten Strategien im Kontext des Wählermaximierungs-Spiels ausgelöst werden, fordern einige IPs ein anderes Verhalten seitens der kommunalpolitischen Akteure im Aufsichtsrat, was als *Rationale-Politik-Spiel* (#9) (in Anlehnung an Bogumil & Kibler, 1998b) bezeichnet werden kann. Das Rationale-Politik-Spiel umfasst ein parteiübergreifendes Vorgehen, in dem sich, transferiert auf den Kontext dieser Studie, die Kommunalpolitik als Gesellschafterin auf der einen Seite und das krankenhausinterne Management auf der anderen Seite als „Kollektivakteure“ gegenüberstehen (ebd., S. 142). Dabei wird es von einer IP durchaus als legitim betrachtet, dass die Gesellschafterin ihre kollektiven, *kommunalpolitischen* Interessen einbringt, da „SACHLICH begründete ordnungspolitische Aspekte“, z. B. Arbeitsplatzthemen, in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts bei Entscheidungen mitberücksichtigt werden müssen (I4, B, 65). Auch andere IPs bewerten es positiv, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung eingebracht werden (z. B. I28, GF, 13; I13, GF, 61; I28, GF, 13). Wichtig in diesem Spiel ist, wie eine IP beschreibt, dass *beide* Komponenten eines öffentlichen Unternehmens erfüllt werden: der öffentliche Auftrag und das Unternehmen, was ein Loslassen des Staates und ein Übergeben an Manager_innen mit entsprechendem Expert_innenwissen erfordere (I4, B, 136 f.). Dies beinhaltet auch, dass die Geschäftsführungen *nicht* Gesellschafterinteressen mitdenken, sondern sich auf das Unternehmensinteresse konzentrieren (I4, B, 201). Strukturelle Bedingungen und Strategien im Rationale-Politik-Spiel (Tab. 36) werden im Folgenden kurz erläutert.

Tab. 36: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Kommunalpolitik im Rationale-Politik-Spiel (#9)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Parteipolitische Stillhaltevereinbarungen	1.) aus einem politischen Konsens bzw. Kompromiss heraus agieren; Erfolge gemeinsam verkaufen
Expert_innenaufsichtsrat	Alternative: Expert_innenaufsichtsrat bestimmen (I4, B, 139)
GmbHG/AktG, Pflichten des AR Expert_innenwissen	2.) Im AR die unternehmerische statt der politischen Rolle leben; konstruktive Begleitung der GF, Politikkerne und Professionalisierung; Rechtsform der AG
Vertrauen, dass die GF liefert, was die Politik benötigt	3.) Heraushalten aus Entscheidungen, die der GF obliegen

Erstens werden politische Stillhaltevereinbarungen als Erfolgskriterium in Veränderungsprozessen gesehen (I1b, B, 105; vgl. I28, GF, 116):

„Innerhalb des Gremiums des Aufsichtsrates [...] brauchst Du eine gute Vereinbarung zwischen den Spielern. Das ist auch ein Stück weit eine politische, ich sage mal, eine Stillhaltevereinbarung: ‚Wir sitzen hier mit einem wichtigen Betrieb, müssen über das Weh und Wohl des Betriebes und damit über das Weh und Wohl der Qualität für die Bürger richten, und das sollte kein Gegenstand von Auseinandersetzungen sein‘“ (I1b, B, 105).

Dabei wird das Agieren im Konsens von einigen IPs hochgehalten:

„[Wenn] die Kommunalpolitiker insgesamt den Konsens haben, bei aller Unterschiedlichkeit, wir orientieren uns am Unternehmenswohl, dann ist ein öffentlicher Gesellschafter völlig unproblematisch“ (I20, GF, 38).

Konsens wird deshalb als wichtig erachtet, weil dieser größere Kraft entfalte als Mehrheiten – und damit für die Umsetzung von Veränderungen immer wünschenswert sei (I1b, B, 106). Einige IPs beschreiben, dass im ‚eigenen‘ AR ‚Konsens‘ bestehe (I28, GF, 116; I22, GF, 108) und keine parteipolitischen Auseinandersetzungen erfolgten (I12, LR, 57, 128 vgl. I24, GF, 111; I28, GF, 116) bzw. das Krankenhaus nicht als Spielball genutzt werde (I22, GF, 108). In diesem Sinne beschreibt ein/e Landrät_in und Aufsichtsratsvorsitzende/r, „dass die Personalpolitik frei von Parteipolitik stattfindet“ (I12, LR, 33), da Krankenhaus „kein parteipolitisches Thema“ sei, sondern „ein politisches Thema“ (I12, LR, 11). Die IP erläutert auch, warum sie dieses Agieren beim gegebenen Wettbewerbsumfeld als angemessen ansieht:

„[D]er Geschäftsführer muss Vorschläge machen, dass die Klinik insgesamt wirtschaftlich arbeiten kann. Und wenn ich als Aufsichtsvorsitzender aus parteipolitischen Gründen bestimmte Maßnahmen verhindern würde [...], wäre das der Anfang vom Ende der kommunalen Trägerschaft, davon bin ich überzeugt. Also, man muss schon sorgsam mit den Instrumenten umgehen, die man als Träger hat“ (I12, LR, 35 f.).

Gleichwohl betont diese IP, dass Konsens auch nicht immer möglich sei, wohl aber der Kompromiss, der letztlich „das Wesen der Politik“ darstelle, nicht der Konsens (I12, LR, 64).

„Das wird immer verwechselt. Man denkt immer, wir diskutieren solange, bis der Konsens da ist, aber der Kompromiss ist das Wesen. [...] Und den Kompromiss zu suchen, ist [] unsere Aufgabe jeden Tag“ (I12, LR, 64).

Die gute Zusammenarbeit und die gemeinsamen Erfolge müssen einer GF zufolge auch im „politischen Geschick“ immer wieder durch den/die Landrät_in, die GF oder gemeinsam verkauft werden, z. B. in Fraktionssitzungen oder Gesellschafterversammlungen, „um deutlich zu machen, auch in der Dankbarkeit, wie gut dieser Konsens funktioniert“ (I28, GF, 117).

Zweitens erfordern die Regeln dieses Spiels auch, dass politische Akteure im Aufsichtsrat ihren unternehmensrechtlichen Verpflichtungen (siehe Abschnitt 5.4.1, Punkt 6) nachkommen. Einige IPs fordern, dass der Aufsichtsrat, der Lehre entsprechend, die unternehmerische (statt die politische) Rolle einnimmt, d. h. die GF kontrolliert und „im Interesse des Unternehmens“ berät (z. B. I4, B, 350), und Gesellschafterinteressen ausblendet (I4, B, 351; vgl. I20, GF, 37). Einige Geschäftsführungen berichten davon, dass sie von ihrem Aufsichtsrat konstruktiv begleitet werden (z. B. I20, GF, 25; vgl. I29, med. GF, 154; I27, GF, 175), und auch manche IPs aus der Politik teilen diese Auffassung:

„Wir haben eine Kontrollfunktion und eine Begleitungsfunktion, aber wir sind nicht der Impulsgeber für die Veränderungen [...]. Wir geben den Rahmen vor. Ähnlich wie in einer Aktiengesellschaft, wenn sie sagen, ich habe eine Renditeerwartung von [...] zwei Prozent und dann muss die eben erreicht werden. [...] Wie die dann umgesetzt wird, ist dann aber auch wieder Sache des Geschäftsführers“ (I12, LR, 51 f.).

Obige IP hält nicht nur partei-, sondern auch regionalpolitisches Agieren im AR für deplatziert:

„Und ich bin überzeugt davon, wenn wir aus parteipolitischen oder regionalpolitischen Gründen bestimmte Vorschläge nicht umsetzen würden, dann würden wir am Markt nicht bestehen“ (I12, LR, 37).

Unternehmerisches Agieren des Aufsichtsrates setzt im Allgemeinen entsprechendes Expert_innenwissen voraus bzw., wie eine IP formuliert: „Statt Politiknähe tut Professionalisierung gut“ (I4, B, 283). Ressourcen sieht eine IP z. B. beim Ministerium, zumindest bezogen auf bestimmte Veränderungsprozesse wie Fusionen oder Bauthemen (I12, LR, 82),

„dann bin ich also nicht nur dem Geschäftsführer sozusagen ausgeliefert, was der mir nur empfiehlt, und kann das glauben oder nicht, sondern kann natürlich auch [...] mit Fachleuten reden und kann mir auch erläutern lassen, aus welchen Kriterien welche Entscheidung befürwortet wird oder eben nicht befürwortet wird“ (I12, LR, 84).

Als begleitende Strategie, um das Unternehmensinteresse in den Fokus zu rücken, wird von einer IP die Wahl der Rechtsform der AG beschrieben (vgl. Abschn. 5.4.1, Punkt 3). Diese sei in der Vergangenheit gewählt worden, um „eine möglichst starke Unabhängigkeit eines Klinikumsvorstandes zu gewährleisten, [...] gegenüber ansonsten fast unvermeidlichen kommunalen Rücksichtnahmen auf politische Präferenzen vor Ort, auf lokale Netzwerke“ (I30, OB, 3), wenngleich der Erfolg der Strategie in der Realität noch einmal eine andere Frage sei (I30, OB, 5).

Drittens erachten insbesondere viele Geschäftsführungen es als wünschenswert, dass sich der AR aus Entscheidungen, die qua Definition der GF obliegen, heraushält (z. B. I31, GF, 150; I20, GF, 25). Ein/e Expert_in bescheidt, dass es „dem Betrieb als Ganzes dienlich“ sei, wenn die „politische Einflussnahme auf das Krankenhaus [] in bestimmten strategischen Entscheidungen ihre Grenze findet“ und der „Spielraum gelassen [wird] zu agieren“ (I6, E, 22). Diese Präferenz für rollenadäquates Agieren teilen auch manche AR-Vorsitzenden (z. B. I12, LR, 33):

„Man muss immer seine Rolle wissen [...] meine Rolle ist es als Aufsichtsratsvorsitzender, [] mich von [der Geschäftsführung] überzeugen zu lassen und diese Überzeugung dann eben auch weiterzutragen in den Kreistag. Aber nicht, Parallel-Geschäftsführer zu sein“ (I12, LR, 49).

Einzelnen GFs zufolge sind Vertrauen in die Geschäftsführung (I31, GF, 150) und darin, dass diese den Politiker_innen „liefert [], was sie eigentlich brauchen“ (I28, GF, 144), hierfür eine wichtige Bedingung.

5.4.4 Konflikte zwischen ökonomischer und kommunalpolitischer Rationalität

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass Führung im Krankenhaus durch überbetriebliche Regelungen auf Bundes- und Landesebene stark durch eine wirtschaftlich-rechtliche, d. h. *ökonomische* Rationalität beeinflusst ist (Abschn. 5.3 ff.). Rechtliche Normen verpflichten die Geschäftsführung zu wirtschaftlichem Handeln, v. a. die gesellschaftsrechtlichen Vorgaben in SGB V, KHG und HKHG, aber auch die von den Kommunen gewählten privaten Rechtsformen der Krankenhausunternehmen bzw. das GmbHG und das AktG. Die rechtlichen Normen und die damit einhergehenden Haftungsrisiken sind einerseits ein Zwang, insbesondere deshalb, weil das im KHG verankerte leistungsorientierte DRG-Vergütungssystem (siehe Abschn. 5.3.2), die (gesetzeswidrige, aber praktizierte) unzureichende Investitionsfinanzierung sowie die ‚Personalkostenschere‘ (siehe 5.3.4) wirtschaftlichen Druck auslösen. Andererseits dienen rechtliche Normen der GF aber auch als Legitimation für wirtschaftliches Handeln (z. B. I16, BR, 32) und stellen somit eine Ressource dar.

Die Analyse der Interviews zeigt, dass der wirtschaftliche Druck für kKH durch unterschiedliche Faktoren, die mit der Eigentümerschaft in Verbindung stehen, noch weiter verstärkt wird (Tab. 37)⁹⁶. Dadurch sind kKH, aus einer Wettbewerbsperspektive gesehen, gegenüber Krankenhäusern in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft tendenziell benachteiligt (z. B. I30, OB, 7). Letztlich verwundert es nicht, dass wirtschaftlicher Druck von zahlreichen IPs mit Abstand als häufigster Treiber von Veränderungsprozessen angegeben wird (z. B. I7, GF, 5; I31, GF, 211; I1b, B, 51; I3, B, 10; I5, B, 92; I8, M, 7; I30, OB, 16, 36; I19, BR, 20; I20, GF, 69; I13, GF, 26; I27, GF, 69; I22, GF, 138; I32b, LR, 58). Dieser stellt einerseits einen massiven Zwang für die GF bzw. das kKH dar, dient aber auch als Ressource bzw. Druckmittel gegenüber kommunalpolitischen Akteuren und Beschäftigten beim Initiieren und Umsetzen von Veränderungen (z. B. I31, GF, 211).

⁹⁶ Die meisten Aspekte wurden an verschiedenen Stellen bereits erläutert und sind hier zusammengefasst.

Tab. 37: Faktoren, die Wirtschaftlichkeit in kommunalen Krankenhäusern erschweren und aus der kommunalen Eigentümerschaft resultieren (können)

-
- 1) Unzureichende (eigene) Investitionsmittel (z. B. I10, GS, 120; I9, GS, 320; I8, M, 135; I19, BR, 22; I13, GF, 7)
 - 2) Tarife des öffentlichen Dienstes, betriebliche Altersvorsorge (ZVK) (z. B. I8, M, 35; I12, LR, 45; I11, GF, 233)
 - 3) Bedarfs- statt erwerbswirtschaftliche Orientierung des kKH (z. B. I34, AL, 35f.; I23, CA, 216; I27, GF, 27); Erhalt von Leistungsangeboten, auch wenn diese unterfinanziert sind, aufgrund Versorgungsauftrag (z. B. I32b, LR, 118); Erhalt breiter Palette medizinischer Leistungsangebote aufgrund des Sicherstellungsauftrags und um Kontinuität sicherzustellen, falls bspw. ein privater Träger Leistungen, die nicht mehr lukrativ sind, einstellt (I30, OB, 73)
 - 4) Verfolgen von Beschäftigungs- und Prestigeinteressen seitens der politischen Mandatsträger_innen im Aufsichtsrat (z. B. I1b, B, 49; I31, GF, 195; I30, OB, 10f.; I4, B, 96; I8, M, 34; I7, GF, 356; I32b, LR, 117); Berücksichtigung regionalpolitischer Interessen / der heimischen Wirtschaft bei der Einkaufspolitik (I30, OB, 7)
 - 5) Instrumentalisierung von Krankenhäusern als politischer Spielball (z. B. I10, GS, 44; I26, BR, 354; I14, med. GF, 77)
 - 6) Kosten, die durch regelmäßige strategische Wechsel aufgrund politischer Wechsel entstehen (I16, BR, 175)
 - 7) Langsamere Entscheidungsfähigkeit aufgrund öffentlicher Ausschreibungs- und Vergabeverfahren (I24, GF, 10) und vieler Stakeholder, die mitgenommen werden müssen (I14, med. GF, 7)
-

Die bisherigen Ausführungen haben auch gezeigt, dass Führung im Krankenhaus durch die kommunalpolitische Arena maßgeblich beeinflusst wird und mit einer *politischen* Rationalität konfrontiert ist (Abschn. 5.4 ff.): Die Daten weisen darauf hin, dass die Aufsichtsgremien des kKH, d. h. die politische Führung bzw. die erste Managementebene, tendenziell stärker aus einer politischen als aus einer unternehmerischen Rationalität heraus agieren: Sie verfolgen primär partei- und kommunalpolitische Interessen und ordnen wirtschaftliche Interessen nach, sie richten sich eher an den rechtlichen Regeln der HGO als an denen des GmbHG und des AktG aus und zeigen, damit einhergehend, eher politische als unternehmerische Handlungsstrategien. Weil die Gesellschafterin die GF bestellt und ggf. wieder abberuft, weisungsbefugt ist und zentrale Entscheidungen der GF der Zustimmung der Aufsichtsgremien bedürfen, prägen politische Interessen maßgeblich das Handeln der GF. Damit ergibt sich für die GF ein Konflikt zwischen ökonomischer und politischer Rationalität, d. h. zwischen der Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausunternehmens und kommunaler Rendite bzw. der Konkretisierung des Gemeinwohls (Abb. 22).

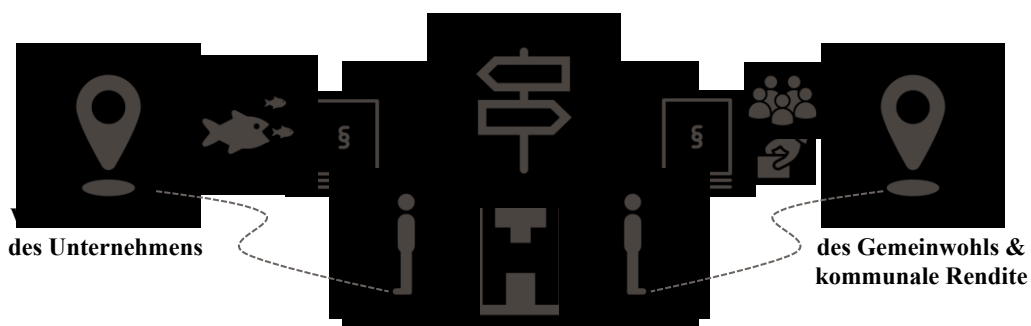


Abb. 22: Konflikt zwischen politischer und ökonomischer Rationalität (eigene Darstellung)

Folglich hat die GF, neben einer guten Versorgung für die Bevölkerung (I27, GF, 193; I28, GF, 10; I11, GF, 35; I22, GF, 349) und der Qualität der Leistungen (I22, GF, 349; I28, GF, 10) vor allem auch Interesse an der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens (I27, GF, 193; I22, GF, 349; I25, ÄDir, 51; I11, GF, 35). Um in dem Spannungsfeld zwischen ökonomischen und politischen Anforderungen zu jonglieren, benötigt die GF Handlungsspielraum, um trotz der erschwerenden strukturellen Bedingungen unternehmerisch überleben zu können, sodass ein weiteres zentrales Interesse eine Ausweitung ihres Handlungsspielraums bzw. ein möglichst geringer Einfluss der Kommunalpolitik ist (I4, B, 282; I24, GF, 103; I14, med. GF, 38).

5.4.5 Strategische-Kandidaten-Spiel der Geschäftsführung

Aufgrund des ökonomischen Drucks, dem die Geschäftsführung (GF) unterliegt, ist sie daran interessiert, Veränderungen zu gestalten, um Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale zu bergen. Um derartige Veränderungen in die Umsetzung zu bringen, ist es für die GF als zweite Managementebene erforderlich, die kommunalpolitischen Akteure auf der ersten Managementebene für solche Veränderungen zu gewinnen, u. a. weil „jeder Entscheidungsschritt von größerem Ausmaß [] der Zustimmungspflicht“ unterliegt (I13, GF, 71). Da die Aufsichtsgremien durch die kommunale Eigentümerin pluralistisch aufgebaut sind, Aufsichtsratsmitglieder der Arbeitgeberseite häufiger einer politischen Rationalität folgen (siehe Abschn. 5.4.1 f.) und Entscheidungen im Aufsichtsrat der Mehrheit der Stimmen bedürfen (§ 29 MitbestG), muss die GF Mehrheiten gewinnen.

Die Analyse der Daten zeigt, dass die GF zu diesem Zweck ein *Strategische-Kandidaten-Spiel* (#10) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 205 ff.) spielt. Das *Strategische-Kandidaten-Spiel* dient der Realisierung organisationalen Wandels und kombiniert Elemente anderer, von Mintzberg beschriebener Spiele (ebd., S. 206). Das Spiel umfasst in der Regel drei Schritte: „Kandidaten“ müssen zunächst gefunden, dann verkauft und schließlich durchgesetzt werden (Neuberger, 1995, S. 197). Dabei sind strategische Kandidaten nicht nur Personen, sondern auch Ideen, Projekte und Investitionen (ebd.). Das Strategische-Kandidaten-Spiel wird sowohl krankenhausextern in Interaktion mit politischen und anderen relevanten Akteuren gespielt als auch mit krankenhaushausinternen Akteuren. Ressourcen, Zwänge und mit diesen strukturellen Bedingungen einhergehende Strategien, die die GF in der Verfolgung ihrer Interessen nutzt, sind in Tabelle 38 dargestellt und werden anschließend erläutert.

Tab. 38: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung im Strategische-Kandidaten-Spiel (#10)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Kenntnis politischer Strukturen, Prozesse und Spielregeln, politisches Fingerspitzengefühl und Diplomatie	1.) Veränderungsprozesse politikgerecht gestalten
Z: Weisungsbefugnis von Gesellschafter/AR; Interessenpluralismus der Aufsichtsgremien	2.) Politische Interessen in Unternehmensentscheidungen berücksichtigen und kommunale Rendite erbringen
Informationen, Kontrolle des Zugangs zum Krankenhaus	3.) Tauschgeschäfte
Z: Politisierbarkeit des kKH als öffentliche Arbeitgeberin; Mitbestimmungsrecht; Beziehungen BR und Beschäftigte zur Eigentümerin	4.) Berücksichtigung der sozialen Praxis öffentlicher Unternehmen bei personalpolitischen Maßnahmen, z. B. keine betriebsbedingten Kündigungen
Netzwerk mit Akteuren auf kommunaler Seite Z: Beziehungen Chefärzt_innen und BR zur Kommunalpolitik, mangelnde Fachkompetenz und Parteipolitik im AR	5.) Pflege der politischen Landschaft; darauf aufbauend Koalitionsbildung ‚extern‘ v. a. mit politischen Akteuren, und ‚intern‘ v. a. mit Chefärzt_innen und BR

Erstens müssen Veränderungsprozesse einer GF zufolge „immer politikgerecht aufbereitet und vorbereitet werden“ (I20, GF, 147); auch Beratende beschreiben, dass die GF „natürlich mit der politischen Arena [...] klarkommen“ (I5, B, 130), „das Spiel beherrschen“ (I3, B, 127), also politisch agieren können müsse, d. h.,

„diese Spielregeln zu wissen, es gibt Gremien, Ausschüsse – [...] also nicht die Sache gewinnt, sondern der, der [...] dieses Zusammenspiel an Organen [...] kennt. Und daraus resultierend eigene Gesetze, was Management [...] anbelangt“ (I3, B, 123).

Die Interaktion mit der Politik erfordere politisches „Fingerspitzengefühl“ (I21, PDir, 309) und „Diplomat[ie]“ der Geschäftsführung (I12, LR, 35). So beschreibt bspw. eine GF, dass sie Grenzen verdeutliche, ohne jemanden zu „brüskieren“ (I24, GF, 124 ff.).

Zweitens agiert die GF in dem Spannungsfeld von politischen und wirtschaftlichen Interessen (siehe 5.4.1, Punkt 5) einigen IPs zufolge, indem sie auf politische Interessen eingeht, nicht nur wirtschaftliche (I12, LR, 35; I25, ÄDir, 34; I28, GF, 115), sondern auch nicht wirtschaftliche Interessen (I11, GF, 104; I12, LR, 35; I24, ÄDir, 34; I28, GF, 114; I1b, B, 102; I1a, B, 90) in Unternehmensentscheidungen berücksichtigt, und versucht, beide Dimensionen in Einklang zu bringen: So beschreibt eine Geschäftsführung, dass sie zwar

„der GmbH geschuldet [ist], und nicht dem Politiker“, aber „das Haus gehört dem Kreis. Und das sind halt politisch denkende Menschen, die kann ich nicht einfach außer Acht lassen“ (I24, GF, 107 f.).

Interviewte GFs gehen auf politische Interessen ein, z. B. indem sie zu einem positiven Image der amtierenden Kommunalpolitik in der Bevölkerung durch die Beschaffung „kommunaler Rendite“ beitragen (I28, GF, 114; I29, med. GF, 157); überdies wird politischen Akteuren Einfluss zugesichert (I28, GF, 146; I22, GF, 115; I6, E, 27):

„Die müssen das Gefühl haben [...], was gedacht wird, ist das, was sie mittragen können. Träger – der Träger ist kein bestimmter, sondern er muss das Ganze tragen“ (I24, GF, 69).

Im Kontext von Veränderungsprozessen wie Sanierungen oder Konsolidierungen wird die Gleichzeitigkeit von politischen und ökonomischen Anforderungen als sehr herausfordernd wahrgenommen (I5, B, 101; I14, med. GF, 17; vgl. I5, B, 101). Für den Umgang mit wirtschaftlich-politischen Interessenkonflikten gibt es einer GF zufolge kein Rezept, vielmehr hänge das Vorgehen von unterschiedlichen Faktoren ab, wie der Bedeutsamkeit eines Sachverhalts für die Politik (I28, GF, 135), der Dauer bis zur nächsten Wahl (I28, GF, 133), d. h. politischen Zeitfenstern, und von den zu erwartenden Schwierigkeiten durch negative Berichterstattung (I28, GF, 134), sodass letztlich immer ein Austausch und eine Abwägung stattfänden (I28, GF, 135).

Drittens stellen in diesem Zusammenhang Tauschgeschäfte eine weitere Strategie der GF dar. Um seinen „Spielraum“ in Veränderungsprozessen zu erweitern, spiele „jeder [] seine Rolle und fördert damit auch die andere“ (I28, GF, 153). In diesem „Zusammenspiel“ gibt eine GF der Politik „Dinge, mit denen sie ihre [kommunale] Rendite, ihre Entwicklung bewerkstelligen können“ (I28, GF, 153; vgl. 118), bspw. werden Entscheidungen der Kommunalpolitik, die aus einer rein wirtschaftlichen Perspektive dysfunktional sind, umgesetzt (I28, GF, 14; vgl. I31, GF, 187), weil diese „örtlich oder politisch eine Relevanz haben“ (I28, GF, 14). Indem die GF zur Erfüllung politischer Interessen beiträgt, erhält sie im Gegenzug z. B. finanzielle Mittel (I28, GF, 118), Rückendeckung bei der Umsetzung schwieriger Veränderungen (I28, GF, 125) bzw. allgemein mehr Handlungsspielraum (I6, E, 27), sodass beiden Akteuren gedient ist. Auch Informationen, bspw. zu einem Veränderungsprozess oder zu gesundheitspolitischen Themen, stellen eine wichtige Ressource der GF dar, die getauscht werden kann: Einige GFs informieren umfassend politische Mandatsträger_innen (I22, GF, 115; 28, GF, 147), auch außerhalb des Aufsichtsrates (I31, GF, 164). Damit machen sie Politiker_innen sprachfähig und unterstützen diese in ihrer politischen Arbeit, weil Politiker_innen von verschiedenen Akteuren angesprochen werden (I28, GF, 147; I22, GF, 115; I11, GF, 152). Auch werden politische Aufsichtsratsmitglieder darin bestärkt, dass sie „ein Teil des Unternehmens“ sind (I22, GF, 115; vgl. I28, GF, 147) bzw. das Krankenhaus Eigentum der Menschen der Region ist (I6, E, 41). Dabei stellt bspw. die Entscheidungshoheit darüber, wer Zugang zum Klinikum bekommt, eine weitere Ressource der GF dar, sodass eine GF z. B. Hausführungen offeriert (I31, GF, 161), um Einblicke zu vermitteln:

„Man muss denen irgendwie vermitteln, das ist euer Krankenhaus. Wir sind hier mit allem offen. Das ist der große Vorteil, den ihr habt. Weil, wenn es ein Privater wäre, dann dürftet ihr das Gelände nicht betreten. Und das trägt wirklich zu einer ordentlichen Vertrauensbasis bei“ (I31, GF, 164).

Viertens weisen die Interviews auch darauf hin, dass die Berücksichtigung politischer Interessen auch impliziert, dass personalpolitisches Handeln unter Wahrung der (informellen)

sozialen Praxis öffentlicher Organisationen erfolgt, d. h., es wird nicht einseitig wirtschaftlich, sondern immer auch politisch agiert und auf die Interessen der unterschiedlichen Akteure eingegangen, damit Entscheidungen im Konsens getroffen bzw. Kompromisse gefunden werden. Manchen IPs zufolge weisen personalpolitische Maßnahmen im Allgemeinen eine geringere „Schärfe“ auf, als dies in privaten Unternehmen der Fall ist (I22, GF, 45). Beispielsweise beschreibt ein/e Berater_in, dass Veränderungsprozesse zunächst mit bestehenden Akteuren angegangen und diese bei Bedarf unterstützt würden, damit

„nicht [] in der Unternehmensöffentlichkeit so was entsteht wie: ‚Jetzt haben wir den Veränderungsprozess, und jetzt haben die erst mal sechs Führungskräfte herausgeschmissen‘“ (I2b, B, 71).

Die Personalpraktiken bezogen auf Personen, die Veränderungen nicht mitgehen, sind den Aussagen einiger IPs zufolge unterschiedlich. Sie reichen von Ignorieren bzw. „Faust in der Tasche ballen und laufen lassen“ (I7, GF, 146), Abwarten des Generationenwechsels bzw. altersbedingten Ausscheidens, insbesondere bei Chefärzt_innen (I23, CA, 249; I28, GF, 202; I17, PDL, 109; I31, GF, 197), Fast-Freistellungen bzw. „einen daneben setzen“ bei wichtigen Stellen (I7, GF, 455), sowie Versetzungen (I28, GF, 219) „auf eine ehrenwerte Stelle“ (I7, GF, 64). Das bedeutet, dass die Funktion nach Möglichkeit so lange wie möglich hochgehalten werde, auch wenn die Person sie nicht ausfülle und obwohl es falsch sei, die Person dennoch in der Funktion zu belassen (I7, GF, 408). Neben diesen sozialen, gesichtswahrenden Aspekten vollziehe sich die Praktik finanziell derart, dass die Versetzung auf andere, weniger anspruchsvolle Positionen unter Besitzstandswahrung erfolge, d. h. unter Wahrung des Gehaltes (I7, GF, 454).

Einige GFs beschreiben, dass ein Erfolgsfaktor für Führung in Veränderungsprozessen die richtige „Frauschaft-Mannschaft um sich herum“ sei, „mit der man arbeiten kann. Die ein Gefühl füreinander haben, gut miteinander umgehen und einander vertrauen“ (z. B. I24, GF, 70). Dies umfasse aber auch, dass man „den Mut und die Fähigkeit haben [muss], sich auch von Menschen, die wider das System arbeiten, zu trennen“ (I24, GF, 155; vgl. I28, GF, 219). Auch anderen GFs zufolge finden *individuelle* Kündigungen durchaus statt, wenn diese als erforderlich erachtet werden, z. B. verhaltens- oder personenbedingte Kündigungen (I22, GF, 421; I24, GF, 155). Hierbei sei „sehr viel Fingerspitzengefühl notwendig, um nicht in Zeitungen zu landen“, und eine gute Vorbereitung (I24, GF, 58), da es, wie eine GF beschreibt, für die Politik wichtig ist, dass Veränderungen „geräuschlos“ verlaufen (I22, GF, 111). Bei Kündigungen von Personen auf wichtigen Positionen, wie Chefärzt_innen, beschreibt eine GF, dass sie nicht nur sicherstelle, dass man sich „gesichtswahrend“ einige und die Kündigung intern wie extern politisch aufwendig vorbereitet werde, sondern man auch hohe Abfindungen zahle, damit die Trennung ruhig verlaufe (I28, GF, 226 ff.). Einzelne GFs beschreiben, dass sie

fast die ganze Chefarztriede ausgetauscht haben, um Veränderungen zu vollziehen (I31, GF, 199; I11, GF, 65), was aber auch nur möglich gewesen sei, „weil das Haus dermaßen an die Wand gefahren war“ (I31, GF, 211).

Eine GF vertritt hingegen die Auffassung, dass es in öffentlichen Kontexten nicht möglich sei, Menschen „zur Verantwortung zu ziehen“ (I7, GF, 144), und zwar aus zwei Gründen: Zum einen tue sich die öffentliche Hand schwer, sich von Mitarbeitenden zu trennen, weil jeder fürchte, „wenn ich den raussetze vor die Türe, dann habe ich morgen die Presse“ (I7, GF, 154, 160). Zum anderen seien in Kommunen alle Parteien im Stadtparlament vertreten und die Beschäftigten hätten die Option, diese Strukturen zu nutzen (I7, GF, 162; vgl. I19, BR, 85). „Sie können fast sicher sein, wenn Sie den A entlassen, auch wenn der mit Partei XYZ nie was zu tun hatte, der läuft zu einer der Parteien hin und findet irgendeine, die das dann zu ihrem Anliegen macht und Sie haben einen Riesenterz“ (I7, GF, 162).

Und dann komme „immer wieder irgendeiner [...] aus der Politik: ‚Aber der hat doch gerade irgendwo eine Scheidung hinter sich oder das Kind ist krank oder weiß der Teufel was‘“ (I7, GF, 144, 430). Damit beschreibt die GF eine Dynamik, die Mintzberg (1983, S. 210) als *Whistle-Blowing-Spiel* beschreibt.⁹⁷ Diese Dynamik wirkt wiederum strukturkonservierend: Aufgrund der Arbeitsplatzsicherheit sei auch „die Notwendigkeit, sich zu verändern, [...] bei den Leuten nicht so einfach zu transportieren“, auch weil in öffentlichen Einrichtungen nicht mit Trennung gedroht werde, „und das wissen die Leute auch“ (I7, GF, 176). Diese GF beschreibt die damit zusammenhängende eigene Strategie, Mitarbeitende, die einen geringen bis keinen Beitrag leisten, auf ihrer Position zu belassen:

„Ob dieser Terz das wert ist, oder ob Sie den lieber in der Ecke irgendwo hinsetzen, wo er Ihnen nicht wehtut, wo er zwar sein Ziel erreicht hat [...]. Zumindest meine Einschätzung war immer: Lass ihn da sitzen und fertig“ (I7, GF, 162).

Außerdem fügt sie hinzu, dass es auch nicht der eigenen „Art“ entspreche, Menschen zu entlassen, da man nicht „alle Facetten, die ihn dazu bewegen, wie er das macht“, den „Lebensweg“ und familiäre Verhältnisse der Person kenne, sodass sie selbst auch aus persönlicher Überzeugung „noch nie einen entlassen hat“; und wenn „die Einrichtung, wo er arbeitet, das verkraften kann, dann soll sie das verkraften“ (I7, GF, 164–167) – was wiederum ein soziales Denkschema aufzeigt.

Bezogen auf *kollektive* Personalpraktiken wie Stellensperrungen und Personalabbau zum Abbau von Personalkosten (vgl. Abschn. 5.5.1.1, Punkt 1a) beschreiben IPs, dass es bereits bei Stellenbesetzungssperren „mordsviel Ärger“ gebe (I7, GF, 72) und Personalentlassungen,

⁹⁷ Das Verpfeifen-Spiel: Wenn in einer Organisation eine gesellschaftliche oder organisationale Norm verletzt wird, können Insider ihr Wissen an Außenstehende, z. B. die Presse, weitergeben, um diese zum Eingreifen oder zur Mobilisierung von Opposition zu bewegen (Neuberger, 1995, S. 197).

z. B. im Kontext von Konsolidierungen, in kommunalen Unternehmen politisch schwerer umzusetzen seien als in privatwirtschaftlichen Kontexten (I1a, B, 79; I7, GF, 170). Dies kann auf die politische Eigentümerstruktur und die damit einhergehenden Denkschemata in der Gesellschaft (z. B. ‚die öffentliche Arbeitgeberin hat eine soziale Verantwortung‘, siehe Tab. 34, Punkt V) zurückgeführt werden. So ist es einer IP zufolge für die Arbeitnehmervertretung leicht, bei Konsolidierungen die Öffentlichkeit zu mobilisieren, weil der Verlust von Arbeitsplätzen zu negativen Konsequenzen für die Menschen und die dahinterstehenden Familien und zu sozialem Abstieg führen könne (I1a, B, 79). Reduktionen der Personalkosten erfordern folglich immer „Politik“ im Voraus (z. B. I5, B, 11; I7, GF, 87): Zunächst müsse „eine grundsätzliche Einigung“ darüber herbeigeführt werden, dass reduziert werden muss (I7, GF, 90), allerdings erst *nachdem* die „Rückendeckung im Haus“ bei Beschäftigten und Betriebsrat erlangt wurde (I7, GF, 111, 115 f.), wegen deren Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Politik (siehe Abschn. 5.4.1, Punkt 1 und 2). Würden die Maßnahmen seitens der internen Akteure gebilligt, dann sei es im Aufsichtsrat „auch kein großes Thema“ (I7, GF, 118). Als hilfreich wird in diesem Zusammenhang wirtschaftlicher Druck bzw. die Drohgebärde der Privatisierung des Krankenhauses gesehen; dies erzeuge aber auch viel Schaden, weil das Klinikum dadurch immer in der Öffentlichkeit ist (I7, GF, 91).

Insbesondere die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat spielt bei der Strategie der Einhaltung der sozialen Praxis eine große Rolle, da der BR als Partner für Veränderungen gewonnen werden müsse (z. B. I7, GF, 397): So geht die GF auf die Interessen der Betriebsräte ein, was nicht nur vor dem Hintergrund des Mitbestimmungsrechts, sondern v. a. auch aufgrund der Beziehungen der Betriebsräte zur Politik rational ist (siehe ausführlich Abschn. 5.5.2.1). So erfolgt bspw. die Zusage, dass Gehaltskürzungen und Entlassungen (I7, GF, 408) bzw. betriebsbedingte Kündigungen ausgeschlossen werden (I19, BR, 79; I11, GF, 124), oder es wird auf die Forderung des BR, bei Entlassungen alternative Arbeitsplätze, bspw. bei der Stadt, anzubieten (I16, BR, 236), eingegangen. Die Ausführungen zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Beschäftigte oder ihre Interessenvertretungen bei schwierigen Personalthemen Dritte mobilisieren und die Kommunalpolitik politisch unter Druck gerät, groß ist. Folglich können strittige Personalmaßnahmen in einem politischen Kontext sehr sensibel sein und werden tendenziell von der GF nur dann durchgeführt, wenn es erforderlich ist.

Fünftens wird von IPs die Strategie beschrieben, dass Geschäftsführungen Beziehungen pflegen und ein Netzwerk sowie, darauf aufbauend, Koalitionen mit krankenhausexternen und -internen Akteuren bilden: Zahlreichen IPs zufolge ist die Kenntnis und Pflege der politischen Landschaft bzw. die komplexe Interaktion mit dieser zentral für die Umsetzung von

Veränderungen (I6, GF, 171; I5, B, 130; I3, B, 127; I7, GF, 352; I12, LR, 35; I22, GF, 103). Unabhängig davon, ob Geschäftsführungen „das jetzt wollen oder nicht“, müssten sie „den Kontakt zu den Parteien, die im Stadtrat vertreten sind, haben und halten“ (I7, GF, 352) – was manchen IPs zufolge ein ungeschriebenes Gesetz bzw. zentrale informelle Spielregel ist (z. B. I7, GF, 352; I5, B, 112, 124). Einigen IPs zufolge schaffen „gute, belastbare Beziehungen zu den Akteuren auf der kommunalen Seite“ Vertrauen und erweitern den Handlungsspielraum der GF (I5, B, 119; vgl. I28, GF, 146; I6, E, 171). Ihr politisches Netzwerk kann die GF nutzen, um sich auszutauschen und informell zu testen, welche Ideen und Vorschläge politisch (un-)erwünscht, durchsetzbar oder risikoreich sind. Ein „Vertrauensverhältnis zwischen Geschäftsführung und Aufsichtsrat oder zur Politik“ (I28, GF, 34) bzw. „eine ganz enge Anbindung an die Verantwortlichen des Trägers“ (I24, GF, 69) wird von einigen GFs als ein zentraler Faktor in Veränderungsprozessen betrachtet. Zu diesem Zweck findet z. B. einer GF zufolge eine jährliche, mehrtägige Klausurtagung von Geschäftsführung und Aufsichtsrat statt, in der berichtet wird, Vorträge zu Sachthemen gehalten werden und Zeit für das persönliche Miteinander und einen Austausch ohne Entscheidungsdruck besteht (I24, GF, 98). Verschiedene IPs führen die Bedeutsamkeit dieser Beziehung auf die Einflussnahme des Betriebsrates auf kommunalpolitische Akteure (I28, GF, 34), die „Rückkopplungen im öffentlichen System“ (I1b, B, 57), die Beziehung zwischen Kommunalpolitik und Chefärzt_innen (I1b, B, 56) und politische Interessen (I14, med. GF, 17) zurück. So beschreibt beispielsweise eine Geschäftsführung:

„Ich [habe] fast ausnahmelos Politiker erlebt, die auch sehr an der öffentlichen Meinung interessiert waren, an dem Üblichen: Krankenhaus, können wir das überhaupt wirtschaftlich führen usw., und dann wird es halt extrem schwierig. [...] Da wird es entscheidend, für kommunale Häuser, wie spielt die Führung miteinander und mit welchem Ziel arbeiten die miteinander“ (I14, med. GF, 17f.).

Das zeigt, dass die Zusammenarbeit von GF und politischer Führung, wie auch eine IP beschreibt, als äußerst bedeutsame „Allianz“ in Veränderungsprozessen (I2a, B, 32) erachtet wird. Insbesondere der/die Aufsichtsratsvorsitzende sei „eine zentrale Figur in dem Spiel“ (I1b, B, 111). Bezogen auf die Beziehung zwischen GF und Aufsichtsratsvorsitz beobachtet eine IP „sehr oft Buddy-Buddy-Situation[en]“ und bewertet diese sehr kritisch (I4, B, 338):

„Das darf eigentlich in einem Unternehmen keine Rolle spielen. [...] Die ideale Corporate Governance, also das Zusammenspiel der Kräfte innerhalb eines Unternehmens, hat ja zur Zielsetzung, das auszuschließen“ (I4, B, 338 ff.).

Zwar müssten die beiden Akteure „gut harmonieren“, aber wenn man „nicht [wechselseitig] kritisch nachfragt“ und „nicht bei seiner Rolle bleibt“, könne diese Konstellation dem Unternehmen auch schaden (I4, B, 343 ff.). Die IP führt diese Konstellation auf Komplexität, aber auch auf eine mangelnde Fachkompetenz und parteipolitisches Agieren der Aufsichtsratsmitglieder zurück (I4, B, 357).

„Die sitzen nicht nur in ihrer Ignoranz und Unwissenheit als Lehrer [im Aufsichtsrat], sondern auch noch als [...] Politiker [...] mit dem Parteiprogramm im Nacken. [...]. Und um diesen Schwachsinn zu überwinden, verstehe ich, dass es zu Buddy-Buddy-Konstellationen kommt. Weil, dann kann man endlich mal normal miteinander reden. Das hat also auch was Gutes, wenn der Krankenhausgeschäftsführer mit dem OB gut kann“ (I4, B, 358 f.).

Neben der Beziehung zu und Koalitionen mit kommunalpolitischen Akteuren (I28, GF, 14) betonen manche IPs auch die Wichtigkeit einer guten Beziehung zu regionalen Meinungsführer_innen (I6, E, 171) und Gewerkschaftssekretär_innen (I11, GF, 213).

Einigen IPs zufolge müsse für eine erfolgreiche Umsetzung von Veränderungen die Koalitionsbildung sowohl außerhalb als auch *innerhalb* des Hauses stattfinden (I5, B, 120; vgl. I24, GF, 23). Die GF müsse die Veränderung „mit guten Verbündeten innerhalb des Hauses vorantreiben“ (I6, E, 38; vgl. I24, GF, 152; I26, PDir, 56; I7, GF, 447; I24, GF, 152) bzw. bestimme mit der „richtigen Partnerschaft oder Koalitionsbildungsstrategie [...] das Weh und Wohl“ des Krankenhauses (I1b, B, 46). Als wichtige interne Koalitionspartner werden v. a. ärztliches Personal (I28, GF, 14; I3, B, 119; I26, PDir, 27) bzw. die „Machtkoalition innerhalb der Klinikdirektorengruppe“ (I1b, B, 80) oder einzelne Chefärzt_innen (I7, GF, 316, 396; I26, PDir, 27) sowie der Betriebsrat genannt (I1a, B, 15). Idealerweise sollten einem/r Berater_in zufolge Personen aus den verschiedenen Berufsgruppen für den Prozess gewonnen werden, die sowohl „formelle als auch die informelle Macht“ haben (I3, B, 208). Diese Unterstützung für Veränderungsprozesse wird sowohl organisationsextern als auch -intern in einem politischen Prozess aufgebaut, wie im nächsten Spiel deutlicher wird.

5.4.6 Partizipations-Spiel des Managements

Im Rahmen des *Strategische-Kandidaten-Spiels* verweist Mintzberg (1983) auf die Wichtigkeit, „Strategische Kandidaten“, also z. B. Ideen oder Projekte, zu verkaufen, und er verdeutlicht auch, dass dies über die Beteiligung von Machtgruppen geschieht.⁹⁸ Dieser Schritt erfolgt in Expert_innenorganisationen zunächst politisch und anschließend erst „formal“ (Mintzberg, 1983, S. 207). Die Analyse der Daten zeigt, dass dies für ein kKH, das nicht ‚nur‘ eine Expert_innenorganisation ist, sondern zudem eine politische Organisation, noch einmal mehr gilt und dem ‚politischen Verkaufen‘ folglich ein zentraler Stellenwert zukommt. Mintzberg (1983) legt zwar dar, *dass* dieser Schritt erfolgt, aber nicht, *wie* genau. Da eine forschungsleitende Unterfrage dieser Arbeit den Change-Management-Strategien gilt⁹⁹, wird dieser Aspekt im Folgenden in einem eigenen Spiel, dem *Partizipations-Spiel* (#11), genauer

⁹⁸ „Different power groups in the organization have a ‚go‘ on the candidate, deciding to support it, oppose it or modify it to support their own ends“ (Mintzberg, 1983, S. 207).

⁹⁹ „Welche Strategien machen die Umsetzung von Veränderungen wahrscheinlich?“ (vgl. Abschn. 2.3).

beleuchtet. Dieses stellt letztlich einen Teil des *Strategische-Kandidaten-Spiels* dar. Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass ein *Partizipations-Spiel* auf Kommunal- und Organisationsebene gespielt wird. In diesem Spiel werden multiple externe und interne Akteure in multiplen Formaten an Veränderungen beteiligt. Die Regeln des Spiels besagen, dass verschiedene Akteure aufgrund der pluralistischen Machtverteilung im Feld beteiligt und mitgenommen werden müssen. Die Macht dieser Akteure basiert auf der Expert_innenmacht der Professionals in einer Expert_innenorganisation (Mintzberg, 1983), insbesondere den Chefärzt_innen¹⁰⁰, auf der pluralistischen Unternehmensverfassung öffentlicher Organisationen sowie auf den Beziehungen von Betriebsrat, Bürger_innen, Beschäftigten¹⁰¹ und Chefärzt_innen¹⁰² zur Eigentümerin und zum Aufsichtsrat des Krankenhauses, d. h. zur politischen Spitze. Letztlich dient das Spiel dazu, Bereitschaft zu erzeugen, Veränderungen umzusetzen und Verbündete zu finden, weil das politische demokratische System und das Expert_innensystem in der Organisation erstens Freiwilligkeit und Selbstverpflichtung der Akteure und zweitens Mehrheiten bzw. Koalitionspartner erfordert. Initiierende Akteure sind v. a. die Geschäftsführung und nachgeordnete Führungskräfte.

Die mit der Beteiligung verfolgten Interessen sind vielfältig. Interessen bzw. Ziele einer solchen Beteiligung sind verschiedenen IPs zufolge, Zustimmung oder Akzeptanz zu erwirken (I2b, B, 52; I12, LR, 60; I11, GF, 69; I1a, B, 110; I23, CA, 76; I31, GF, 62; I7, GF, 83), Konsense (I23, CA, 71, 75; I11, GF, 73, 169; I1b, B, 106; I20, GF, 94, 113) und Kompromisse herbeizuführen (I12, LR, 105; I34, AL, 91; I31, GF, 58; I21, PDir, 155; I23, CA, 75; I20, GF, 94) bzw. Legitimation für die Veränderung zu erlangen (I12, LR, 19; I27, GF, 85; I7, GF, 111 f., 464; I24, GF, 34; I2b, B, 11) sowie Veränderungen umzusetzen und, teils als positiver Nebeneffekt beschrieben, potenziellen Widerstand zu reduzieren (I25, ÄDir, 38, 70; I1a, B, 111; I2b, B, 10; I7, GF, 83; I34, AL, 153; I5, B, 148; I13, GF, 112; I27, GF, 103; I21, PDir, 159). Neben diesen prozessualen Aspekten wird auch der inhaltliche Mehrwert beschrieben: Die Beteiligung dazu, inhaltliche Rückmeldungen zu erhalten, die für die Problemlösung wichtig sind (I26, PDir, 234; I18, PDir, 327), bzw. eigene (I1a, B, 110) und damit situationsadäquate (I34, AL, 91; I31, GF, 63, 101) und nachhaltige (I2b, B, 52) Lösungen zu schaffen. Um diese Interessen zu realisieren, nutzt das Management diverse Ressourcen und Strategien (Tab. 39). Die nicht mit Quellen versehenen Punkte werden im Anschluss an die Tabelle erläutert.

¹⁰⁰ Siehe ausführlicher *Expertise-Spiel* und *Spiel der rivalisierenden Lager*, Abschnitt 5.5.4.1 und 5.5.4.3.

¹⁰¹ Siehe ausführlicher 5.4.1, Punkt 1 und 2.

¹⁰² Siehe ausführlicher *Einflüster-Spiel*, Abschnitt 5.5.4.2.

Tab. 39: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung und nachgeordneter Führungskräfte im Partizipations-Spiel (#11)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Kommunikationsstrategie, systemisches Denken, Expert_innenwissen z. B. zu Gesundheitspolitik; Zugang zu Benchmarks, wirtschaftlicher Druck als Argumentationsmittel	Akteure informieren, anhören, einbeziehen, beteiligen/kommunizieren – a) Inhalte der Kommunikation: 1.) Erläutern, warum die Veränderung erfolgt, 2.) mit welchem Ziel und Nutzen und 3.) wie die Umsetzung erfolgt
Externe Begleitung; Z: formale Regelungen, Einfluss der öffentlichen Meinung durch diverse Akteure	– b) Krankenhausexterne und -interne Adressat_innen und Prozessgestaltung
Informations- und Kommunikationskanäle zu Gesellschafterin, Aufsichtsrat, Öffentlichkeit, Führungskräften, Betriebsrat und Mitarbeitenden	– c) Nutzung zahlreicher Informations-, Dialog- und Teilnehmungsformate
Wertschätzung (I21, PDir, 211)	Gemeinsame Feste beim Erreichen von Zielen (I21, PDir, 209); den Beschäftigten Zeit widmen (I21, PDir, 206)

Basierend auf der Analyse der Interviews fasse ich unter Beteiligung sowohl die Vorstufen von Beteiligung (Information, Anhörung, Einbeziehung)¹⁰³ als auch Kommunikation. Vielen IPs zufolge wird informiert (z. B. I34, AL, 147) und werden Fragen geklärt (z. B. I34, AL, 149) bzw. Sachverhalte erklärt, um Verständnis sowohl für die Notwendigkeit der Veränderung als auch füreinander zu entwickeln (z. B. I13, GF, 228; I27, GF, 104). Es wird angehört, Feedback eingeholt (I34, AL, 91, 154) und einbezogen, z. B. indem Dinge diskutiert werden (I20, GF, 135; I1a, B, 111). Inhärenter Bestandteil von Beteiligung ist Kommunikation. Diese wird von den IPs als „A und O“ betrachtet (I28, GF, 19, 29; vgl. I24, GF, 34; I25, ÄDir, 143; I34, AL, 147; I21, PDir, 117; I17, PDL, 183; I2b, B, 11; I15, CA, 102; I26, PDir, 248), aber auch als „Fass ohne Boden“ beschrieben (I21, PDir, 117). Kommunikation diene dazu, die Deutungshoheit im Prozess zu etablieren bzw. zu wahren (I14, med. GF, 82; I22, GF, 74), da auch Veränderungsgegner_innen ihr Verständnis der Situation kommunikativ darstellen, um anvisierte Veränderungen zu bremsen oder blockieren (I11, GF, 83; I1a, B, 76). Kommunikation umfasst einer IP zufolge aber auch, zuzuhören (I24, GF, 146, 161) und das „Ohr immer am Puls [zu] haben“ (I24, GF, 44). Im Folgenden gehe ich genauer auf die Inhalte (a), die Adressat_innen (b) und die Formate (c) der Kommunikation bzw. Beteiligung ein.

Inhalte der Kommunikation (a). Es werden unterschiedliche Inhalte kommuniziert. Erstens kommunizieren bzw. erklären Akteure aus dem Management, warum die Veränderung notwendig ist (I28, GF, 19; I27, GF, 103; I25, ÄDir, 126; I12, LR, 16; I13, GF, 228; I26, PDir,

¹⁰³ Die Vorstufen der Beteiligung folgen dem unter Abschnitt 3.2, Abbildung 7 vorgestellten Modell „Stufen der Partizipation“.

197; I5, B, 148; I27, GF, 62) und was geschieht, wenn die anvisierte Veränderung nicht stattfindet (I32b, LR, 56; I11, GF, 157); z. B. werden negative Konsequenzen wie die Privatisierung bzw. der Verkauf des Krankenhauses (I32b, LR, 56; I7, GF, 91), die Schließung von Bereichen oder der Verlust von Arbeitsplätzen (I11, GF, 157) beschrieben bzw. angedroht. Eine Geschäftsführung spricht von einem „Tanz“, den man anfangen müsse, da gebe es „auch kein Patentrezept“, Argumente müsse man liefern und die Gremien überzeugen (I14, med. GF, 34). In der Argumentation für die jeweils anvisierte Veränderung wird auf Zahlen, Daten und Fakten zurückgegriffen, z. B. auf Berichte, die den Status Quo, Risiken und Potenziale aufzeigen (I13, GF, 30, 92; I27, GF, 114); auch in Bezug auf andere Krankenhäuser im Sinne von Benchmarking (I22, GF, 318; I21, PDir, 117; I30, OB, 7; I28, GF, 43; I27, GF, 148). Die Argumentation erfolgt nicht nur wirtschaftlich, sondern vielschichtig, was einer IP zufolge „eine hohe Sachkompetenz im Bereich des Gesundheitswesens und der Einordnung von wirtschaftlichen Strukturen“ in das Gesamtsystem (I24, GF, 71; vgl. 129) und „systemische[s] Denken“ erfordere (I24, GF, 76). Im Einzelnen erfolgt die Argumentation über gesundheitspolitische und -ökonomische bzw. rechtliche Rahmenbedingungen (I22, GF, 156; I27, GF, 17; I33, LR, 68) sowie über medizinisch-qualitative (I22, GF, 156; I25, ÄDir, 69), ethische (I29, med. GF, 16; I22, GF, 349; I34, AL, 86) und regionalpolitische Aspekte (I27, GF, 17). Einer IP zufolge müsse die Darstellung und Gewichtung der Inhalte die Interessen der Adressaten berücksichtigen und variere folglich (I33, LR, 68): Während in der Kommunikation mit Menschen aus der Kommunalpolitik die Qualität der Versorgung, wirtschaftliche und regionalpolitische Argumente als wichtig beschrieben werden (I33, LR, 68; I27, GF, 24; I1a, B, 90), werden in der Kommunikation mit den patientennahen Berufsgruppen die Patient_innen, die Qualität der Versorgung sowie ethische Fragestellungen in den Fokus genommen – neben dem Verweis auf die Zwänge durch die gesundheitspolitischen bzw. rechtlichen Rahmenbedingungen (I29, med. GF, 16; I22, GF, 349). Damit erfolgt die Argumentation für Veränderungen multirational. Dominantes Argument bzw. Legitimation für die Veränderung ist häufig die wirtschaftliche Bedrohung des Krankenhauses (I21, PDir, 126; I8, M, 7; I13, GF, 26; I11, GF, 176; I24, GF, 121; I12, LR, 7; I11, GF, 16; I13, GF, 18; I20, GF, 66), darüber hinaus sind die sich stetig wandelnden Rahmenbedingungen wichtig (z. B. I30, OB, 36; vgl. I31, GF, 213). Das Gewicht des wirtschaftlichen Arguments wird u. a. darauf zurückgeführt, dass Veränderungen in kommunalen Häusern ohne eine gravierende wirtschaftliche Bedrohung eher unwahrscheinlich seien (I5, B, 92; I3, B, 10; I31, GF, 215; I30, OB, 36).

Zweitens vermitteln einige IPs ein attraktives Zielbild (I27, GF, 5; vgl. I2b, B, 11; 1b, B, 120) bzw. eine „schöne Geschichte“ mit einer positiven Konnotation (I22, GF, 460) und zeigen den Nutzen der Veränderung auf (I5, B, 148). Einige IPs betrachten dabei eine klare Strategie bzw. die Einbindung der Veränderung in die strategischen Ziele als zentral (I24, GF, 23; I1b, B, 120). Bei der Formulierung des Zielbildes werden von mehreren Akteursgruppen geteilte Werte, Interessen bzw. Ziele betont (I24, GF, 36; I25, ÄDir, 156; I1b, B, 120; I2b, B, 5), z. B. der Erhalt der kommunalen Trägerschaft (I28, GF, 157), bestmögliche Patient_innenversorgung (I34, AL, 74; I25, ÄDir, 67), Integration von Strukturen (I11, GF, 104) und die Wahrung der Gemeinnützigkeit (I28, GF, 157). Neben diesem kollektiven Nutzen werde auch der individuelle Nutzen herausgestellt (I13, GF, 102), sodass jede_r Einzelne für sich die Frage „Was habe ich eigentlich davon“ beantworten könne (I2b, B, 11; 46). Dies könnten z. B. die Lösung eines Problems im täglichen Arbeitsprozess (I13, GF, 101, 128; I25, ÄDir, 120), höhere Mitarbeiterzufriedenheit, weniger Bürokratie, bessere IT und bessere Schnittstellen (I2b, B, 11) oder allgemein Entlastung (I25, ÄDir, 121) sein.

Drittens vermitteln einzelne IPs mit Konzepten und Umsetzungsplanung, wie die Umsetzung erfolgt, bzw. mit welchen Maßnahmen die Ziele erreicht werden sollen (I28, GF, 19; I25, ÄDir, 126). Dabei werde z. B. im Kontext von Strategieprozessen nicht nur vermittelt, wo das Unternehmen hinwolle, sondern auch, was dies für die nachgelagerten hierarchischen Ebenen, die Berufsgruppen und die einzelnen Beschäftigten bedeute, d. h., welche konkreten Ziele für wen damit einhergehen (I26, PDir, 145). Dabei werden gemeinsame Ziele und gemeinsames Agieren von Träger, Geschäftsführung und Führungskräften als wichtig beschrieben (z. B. I24, GF, 23).

Adressaten und Beteiligungsprozess (b). Die Beteiligung bezieht sich auf krankenhausexterne und krankenhauserne interne Akteure.

Krankenhausexterne Akteure, v. a. Menschen aus der Politik, die Teil des Aufsichtsrats und/oder der Gesellschafterversammlung sind, werden informiert und erhalten umfangreiche Möglichkeiten des Austauschs, da Information, Kommunikation und Mitnehmen sowie Transparenz zahlreichen IPs zufolge zentral für die Umsetzung von Veränderungen sind (I11, GF, 102; I22, GF, 115, 119; I24, GF, 69; I27, GF, 24; I31, GF, 155, 164; I28, GF, 19; I6, GS, 27). Die GF müsse die Politik „anders mitnehmen, als [...] [sie [Anm.: die GF]] Aktionäre mitnehmen müsste“ (I12, LR, 35), diese informieren und politisch überzeugen (I27, GF, 24) bzw. „abholen und ihre Sorgen und Nöte mitbedienen“ (I20, GF, 147). Somit seien der „Abstimmungsaufwand“ und die „Transparenzverpflichtung“ höher als in

privatwirtschaftlichen Unternehmen, und die Beteiligung erfolge auch unabhängig von formalen Beteiligungsrechten (I12, LR, 16). Aus Sicht einer GF schafft eine umfangreiche Beteiligung Vertrauen und vermittelt zudem Kommunalpolitiker_innen „die Komplexität des Ganzen“, sodass diese der GF mehr Spielraum gewähren (I31, GF, 155).

Mit dem/der Aufsichtsratsvorsitzenden (I22, GF, 123; I24, GF, 99) bzw. Aufsichtsratsmitgliedern erörtern interviewte GFs im Vorfeld von Aufsichtsratssitzungen regelmäßig die Themen (I7, GF, 232; I20, GF, 45) bzw. und stimmen diese ab (ebd.), sofern seitens der AR-Mitglieder das Interesse oder die Bereitschaft daran besteht, was einer IP zufolge nicht immer der Fall ist (I7, GF, 238). Dabei ist die „GF dem Gremium insgesamt verpflichtet und muss auch darauf achten, dass es für alle ausgewogen die gleichen Informationen sind und für alle die gleiche Beschlussbasis gibt“ (I13, GF, 87). Die Beteiligung umfasst auch, dass Aufsichtsratsvorsitzende auf potenzielle Handlungen anderer Akteure, z. B. Anrufe und Beschwerden von Ärzt_innen bezüglich der anvisierten Veränderung und damit einhergehende Stolpersteine, vorbereitet werden (I22, GF, 139). Überdies stellt manche GF umfangreiche Berichte (I22, GF, 119), d. h. Faktengrundlagen für unternehmerische Entscheidungen, zur Verfügung – wobei die maximale Transparenz auch der rechtlichen Absicherung der GF dient – und berät die Aufsichtsratsmitglieder, um im unternehmerischen Sinne Einfluss zu nehmen (I28, GF, 133; I1b, B, 110). So kann der Aufsichtsrat in der Sitzung anhand von Beschlussvorlagen (I13, GF, 81) Entscheidungen treffen. Da die Aufsichtsratsmitglieder vielen IPs zufolge in der Regel nicht hinreichend über Expert_innenwissen verfügen, kann man dies einer IP zufolge auch als Führung durch die Geschäftsführung betrachten (I1b, B, 110), also als Führung ‚von unten‘.

Die Art und Intensität der Beteiligung kommunalpolitischer Akteure, die *nicht* Teil des Aufsichtsrates sind, wird u. a. durch formelle Regelungen beeinflusst (siehe hierzu Abschn. 5.4.1, Punkt 1). Mit den formellen Regelungen gehen die GFs unterschiedlich um. Manche GFs meiden nach Möglichkeit kommunale Gremien aufgrund der dort stattfindenden „Schaukämpfe“ (I24, GF, 103) und gehen nur „zu besonderen Fragen [...] in die Politik [...], aber informell und hinter verschlossenen Türen“ (I20, GF, 48), vermeiden den Besuch parteipolitischer Veranstaltungen bzw. nehmen diese nur nach Abstimmung mit dem Aufsichtsratsvorsitz wahr (I14, GF, 23). Wenige interviewte GFs suchen freiwillig und aktiv die Nähe zur Kommunalpolitik und nutzen politische Bühnen, um im Sinne des Krankenhauses Politik zu machen, um Einblick zu geben, Vertrauen zu schaffen und im unternehmerischen Sinne Einfluss zu nehmen, z. B. in Ausschüssen, der Gemeindevertretung und auf parteipolitischen Veranstaltungen (I31, GF, 160 ff.) bzw. in kommunalen Gremien, die sich mit

Gesundheitsversorgung beschäftigen (I27, GF, 194). Die Interviews deuten darauf hin, dass die Mehrzahl der GFs Ferne zur Kommunalpolitik präferiert.

Aufgrund der politischen Eigentümerstruktur beschränkt sich die Beteiligungsnotwendigkeit aber nicht auf die kommunalpolitische Eigentümerin:

„[D]ie Kommunikationsnotwendigkeit [ist] größer als in anderen Unternehmen gegenüber dem Eigentümer, aber auch anderen, die in der öffentlichen Meinung eine Bedeutung haben. Das sind Pressevertreter, manchmal auch Regionalpolitiker, die vielleicht nicht eine Eigentümerfunktion haben, aber eine öffentliche Meinung beeinflussen“ (I28, GF, 19).

Um die öffentliche Meinung im Sinne des Krankenhauses zu beeinflussen und Lobbyarbeit auch in diese Richtung betreiben, pflegen einige Geschäftsführungen auch den Dialog mit der Presse (I28, GF, 129; I11, GF, 211; I22, GF, 299), mit wichtigen regionalen Meinungsführer_innen (I6, E, 42, 171) und mit der regionalen Bevölkerung (I28, GF, 80), auch gemeinsam mit Chefärzt_innen, was als äußerst effektiv beschrieben wird (I31, GF, 260, 266).

Auch auf Organisationsebene findet eine umfangreiche Beteiligung statt. *Krankenhausinterne* Adressat_innen einer umfangreichen Beteiligung sind zahlreichen IPs zufolge Führungskräfte, Beschäftigte und Betriebsrat (z. B. I27, GF, 103; I34, AL, 67, 149; I20, GF, 135; I28, GF, 19; I17, PDL, 209; I26, PDir, 8, 13, 248). Der interne Beteiligungsprozess erfolgt einigen IPs zufolge auf „demokratischem Weg“ (I18, PDir, 323) bzw. in zeitaufwendigen und langwierigen „Schleifen“ (I11, GF, 172; vgl. I22, GF, 50, 155, 180, 417; I20, GF, 113; I31, GF, 58; I27, GF, 62; I18, PDir, 344). Viele IPs werden dabei extern begleitet (z. B. I31, GF, 63; I32b, LR, 97; I33, LR, 70; I7, GF, 68, 425; I11, GF, 55; I29, med. GF, 118; I26, PDir, 8, 250). Der interne Beteiligungsprozess erfolgt laut einigen IPs derart, dass Ziele über Sachthemen gemeinsam entwickelt werden (z. B. I24, GF, 36), „die Dinge [gegenüber allen Hierarchieebenen und Berufsgruppen] transparent gemacht“, „in die Diskussion gegeben, nicht nur ex cathedra verkündet, [...] und daraus Maßnahmen abgeleitet“ werden (I20, GF, 135), bzw. dass vieles „über Dialoge und Gespräche, ob Einzelsituationen, Gruppen, Workshops, große Klausuren“, stattfindet, wo es immer wieder darum geht, „mit vorbereiteten Strukturen Ideen und Sachen zur Diskussion [zu] stellen“. Veränderung geschehe somit „Stück für Stück“, „im Kleinen“, „im Tagtäglichen“, „sodass die irgendwann aufgeschriebenen Entscheidungen oder Strukturen oder Konzeptsituation faktisch schon beschlossen [], oder zumindest geeint ist, bevor man es aufschreibt“ (I1a, B, 111 f.), bzw. dass „die Dinge, [...] auf die sich dann auch tatsächlich alle verständigt haben [...], wenn es um die konkrete Umsetzung geht, nicht mehr grundsätzlich hinterfragt werden“ (I25, ÄDir, 70). Dabei wird einer GF zufolge möglichst weit auf individuelle Bedürfnisse eingegangen (z. B. I22, GF, 155, 177):

„[B]is alle glücklich waren, bis zu dem Rand, wo ich gesagt habe, da sehe ich die Vorteile noch [...]. Und habe auch erklärt, warum manche Sachen nicht mehr gehen. [...] Aber irgendwo ist eine Grenze, die man nicht überschreiten darf bei einer Veränderung, sonst klappt sie nicht“ (I22, GF, 155).

Bezogen auf unternehmensweite Beteiligungsprozesse beschreiben Geschäftsführungen durch die Hierarchie kaskadierte Vorgehen (I11, GF, 49 ff.; I7, GF, 115; I25, ÄDir, 70, 142); beispielhaft ist im Folgenden ein partizipatives Vorgehen bezogen auf einen abteilungsbezogenen Beteiligungsprozess beschrieben (I34, AL, 91, 95, 97).

Schritt 1: Präsentation und Austausch zu einer Idee in der eigenen Abteilung: „Ich bin mit einer gewissen Idee hier reingekommen, [...] und diese Idee wurde begrüßt und auch unterstützt.“

Schritt 2: Weiterentwicklung und Anpassung in einer kleineren Gruppe: „Dann habe ich mich mit meinen [...] Leuten aus der Praxis [Anm.: FK als Repräsentanten aus den beteiligten Bereichen] für einige Tage [in Workshops] zurückgezogen und diese Prozesse versucht klinikintern zu modellieren.“

Schritt 3: Vorstellung gegenüber anderen, Abstimmung, Verabschiedung: „Das wurde dann nochmal präsentiert. Das hat Akzeptanz gefunden und wurde verabschiedet in einem Statut, unterschrieben von allen Verantwortlichen, und dann zuletzt vom Geschäftsführer.“

Schritt 4: Vorstellung gegenüber am Prozess Beteiligten und vom Prozess Betroffenen, Klärung von Fragen und Hürden: „Diese Prozesse wurden dann von mir nochmal überall im Haus vorgestellt, jede Abteilung, die es betreffen könnte. Das war mir wichtig, um [] diesen Einstieg zu erleichtern und Unklarheiten von Anfang an zu beseitigen [...] weil, halbe Infos bedeuten doppelte Arbeit für mich.“

Insgesamt variiert der in den Interviews beschriebene Beteiligungsgrad von der gemeinsamen Gestaltung des Weges bei vorgegebenen Zielen (z. B. I26, PDir, 244 ff.; I31, GF, 58) bis hin zur eigenmächtigen Definition des Zielbildes und der eigenmächtigen Gestaltung des Weges (z. B. I11, GF, 71). Einigen IPs zufolge wird die gemeinsame Erarbeitung von Lösungen von den Beschäftigten sehr positiv bewertet (I26, PDir, 234, 254; I17, PDL, 258): Ein/e Chefärzt_in bewertet insbesondere die Konsensorientierung bei der Gestaltung sehr positiv:

„[D]as ist einer der Hauptgründe, warum ich hier bin, weil ich das sehr bevorzuge, da alle hier der Meinung sind, dass man das im KONSENS irgendwo gestalten muss, auch wenn es dann vielleicht nicht der beste Wurf ist, auch nicht perfekt ist, aber es ist einen Schritt weiter. Es gibt hier tatsächlich genug Entwicklungsmöglichkeiten, aber auch Respekt und Distanz zum anderen, dass er sich ebenfalls mit seiner Sicht auf die Dinge auch bewegen kann und entfalten kann“ (I23, CA, 75).

Die ausgeprägte Beteiligung und umfangreichere „Entscheidungsspielräume“ sind einer IP zufolge ein Spezifikum kommunaler Krankenhäuser gegenüber privaten (I26, PDir, 33).

Formate (c). Bezogen auf Kommunikation- bzw. Beteiligungsformate nutzen GFs und nachgeordnete Führungskräfte diverse Informations- und Kommunikationskanäle als Ressource in ihrer Führungsarbeit im Allgemeinen und in Veränderungsprozessen zu diversen Adressat_innen. Die aufgeführten Beispiele in Tabelle 40 sind nicht abschließend, sondern dienen dazu, einen Überblick zur Vielfalt der Formate zu vermitteln. Diese reichen von Informationsformaten im Sinne von Einweg-Kommunikation über Dialogformaten im Sinne von Mehrweg-Kommunikation bis zu Beteiligungsformaten im Sinne von gemeinsamer Entscheidungsfindung.

Tab. 40: Beteiligungsformate im Partizipations-Spiel (Kategorisierung in Anlehnung an Rüegg-Sturm & Grand, 2014, S. 171)

<i>Grad der Institutionalisierung</i>	<i>Beispiele</i>
Formalisierte Interaktion	Rundschreiben (I11, GF, 83); Mitarbeiter- und 360-Grad Befragung (I5, B, 235; I23, CA, 23)
Regelkommunikation	Jour Fixes, z. B. GF mit FK (I24, GF, 140), Direktionen mit Team (I21, PDir, 134; I22, GF, 180); GF mit Oberärzt_innen und Assistenzärzt_innen (I29, med. GF, 143) Managementmeetings in unterschiedlichen Konstellation, z. B. GF mit Direktorium/KH-Leitung (I11, GF, 56), GF mit FK aus AD, PD, VD (I21, PDir, 134; I11, GF, 50), interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende Sitzung der Klinikleitungen (I23, CA, 92) Jährliche Strategiegelgespräche GF mit CA (I28, GF, 196) / jährliche Mitarbeitergespräche mit nachgeordneten FK (I24, GF, 160); Mitarbeitenden-Entwicklungsgespräche (I23, CA, 239)
Persönliche, informelle Interaktionen zwischen Akteuren, die spontanen Austausch ermöglichen und als Ideentest und Risikoeinschätzung dienen	Flurgespräche im ganzen Haus (I24, GF, 143; I31, GF, 52), Stationsbesuche (I29, med. GF, 48; I21, PDir, 206) Anlassbezogene (I11, GF, 211) bzw. regelmäßige Hintergrundgespräche zwischen GF und Kommunalpolitik (I6, E, 171), Vorgespräche/-abstimmungen (I7, GF, 232; I20, GF, 45; I22, GF, 123) Gesellschaftliche Bühnen: öffentliche Veranstaltungen und Feste (I14, med. GF, 24; I20, GF, 103; I6, E, 171; I31, GF, 266), Veranstaltungen des Klinikums in Kommune (I31, GF, 260) Parteipolitische Veranstaltungen (I14, GF, 23; I27, GF, 194), z. B. Fraktionssitzungen, Klausurtagungen von Fraktionen, Parteitage (I31, GF, 160)
Routinisierte Zusammen-treffen für „Sensemaking“ und „Thinking outside the box“	Jährliche gemeinsame Wanderungen GF mit AR-Vorsitz (I24, GF, 100); mit FK hinausgehen, weg vom Alltag, zusammensitzen, Kaffee trinken, Mittagessen, wo der Zeitraum da ist (I24, GF, 101)
Institutionalisierte, aber nicht für Entscheidungen autorisierte Plattformen, die der Legitimation und Kollektivierung dienen	(Strategie-)Klausuren/Konferenzen GF mit AR (I24, GF, 98), mit FK (z. B. I28, GF, 198; I27, GF, 76) bzw. mit FK und Mitarbeitenden (I21, PDir, 154) Diskussionsveranstaltungen (I7, GF, 131), Großgruppenveranstaltungen (I11, GF, 50) Bereichsversammlungen (I21, PDir, 138), Betriebsversammlungen (z. B. I14, med. GF, 82; I21, PDir, 134; I5, B, 235; I11, GF, 88; I28, GF, 31) Workshops/Arbeits- und Projektgruppen (I23, CA, 39, 41; I21, PDir, 154; I4, B, 205; I2b, B, 57; I13, GF, 105; I26, PDir, 248; I11, GF, 69; I20, GF, 139) Aufsichtsratsvorbesprechung/Mandatsträgervorbereitung mit AR-Mitgliedern (I7, GF, 232; I20, GF, 45) bzw. dem/der Aufsichtsratsvorsitzenden (I22, GF, 123; I24, GF, 99)
Autorisierungsplattformen in Form formaler Sitzungen, die der formellen Beschlussfassung und Autorisierung dienen	Unternehmensgremien: Aufsichtsratssitzungen (z. B. I24, GF, 98; I14, GF, 34; I22, GF, 119) Projektgremien: Lenkungsausschüsse im Rahmen von Veränderungsprojekten (I2b, B, 29) Kommunale Gremien: Kreisausschusssitzung/Magistrat (I14, med. GF, 26; I20, GF, 20, 42, 48), Stadtverordnetenversammlung (I22, GF, 104; I31, GF, 164); Fachausschüsse für Soziales/Finanzen/Organisation (I22, GF, 97; I24, GF, 103; I31, GF, 168)

5.5 Spielfeld III: Organisationsebene

Nachdem in den letzten Abschnitten die Bundes- und Landesebene und die kommunale Ebene als Spielfelder mit ihren Strukturen, Akteuren und Spielen im Fokus standen, steht in diesem und in den folgenden Abschnitten die Organisationsebene, d. h. das Krankenhaus als Spielfeld im Fokus. Aufgrund der Vielfalt der Spiele auf dieser Ebene sind diese gruppiert nach

initiiierenden Akteuren: Spiele der Geschäftsführung (Abschn. 5.5.1), Spiele des Betriebsrats (5.5.2), Spiele der (Chef-)Ärzt_innen (5.5.4) und Spiele der patientennahen Berufsgruppen (5.5.5). Überdies wird unter Abschnitt 5.5.3 der auf dieser Ebene saliente Konflikt zwischen medizinischer und ökonomischer Rationalität betrachtet und unter 5.5.6 abschließend Spiele, an denen mehrere Ebenen und Akteure beteiligt sind.

5.5.1 Geschäftsführung

Die Datenanalyse zeigt, dass aus dem *Wettbewerbs-* und dem *Daumenschrauben-Spiel* auf Bundesebene ein „Überlebenskampf“ der Krankenhäuser (I13, GF, 219; I21, PDir, 122; vgl. I26, PDir, 35; I10, GS, 191) resultiert, in dem „jeder gegen jeden“ kämpft (I10, GS, 191), aus dem „Sieger und Verlierer“ hervorgehen (I21, PDir, 308) und in dem alle versuchen, sich aus den Zwängen „frei[zu]strampeln“ (I9, GS, 37). Im Folgenden wird ausführlich das durch den Überlebenskampf der Krankenhäuser ausgelöste *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* der Geschäftsführung beschrieben (Abschn. 5.5.1.1). Dies wird durch ein *Bargaining-Spiel* mit den Krankenkassen begleitet, das unter 5.5.1.2 kurz dargestellt wird.

5.5.1.1 Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel

Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass auf Organisationsebene ein *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#12) gespielt wird. Aufgrund des leistungsorientierten Vergütungssystems (I17, PDL, 222) und der unzureichenden Finanzierung¹⁰⁴ ist das kKH zu wirtschaftlicher und effizienter Betriebsführung gezwungen. Die Regeln des Spiels besagen, dass wirtschaftlich agiert und Wirtschaftlichkeitspotenziale ausgeschöpft bzw. die Produktivität gesteigert werden müssen (I22, GF, 314; I31, GF, 22). Die Benennung des Spiels erfolgt in Anlehnung an eine IP, die von einer verbetriebswirtschaftlichten¹⁰⁵ Leistungssteuerung des Krankenhauses spricht (I10, GS, 63); dieser Begriff wurde auch an anderer Stelle, z. B. von Bär & Pohlmann (2016, S. 246) verwendet. Initiiierende Akteure sind die Geschäftsführung (GF) und zum Teil nachgeordnete Führungskräfte. Ihr Interesse in diesem Spiel ist es, die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens sicherzustellen (I27, GF, 193; I22, GF, 47, 349; I7, GF, 37), nicht zuletzt, um die kommunale Trägerschaft zu erhalten (z. B. I11, GF, 94; I12, LR, 27), was ein gemeinsames Interesse mit der Arbeitnehmervertretung (I19, BR, 79; I10, GS, 54; I9, GS, 206) darstellt. Ressourcen, Zwänge und mit diesen strukturellen Bedingungen

¹⁰⁴ Die unzureichende Finanzierung ist erläutert in *Wettbewerbs-Spiel* und im *Daumenschrauben-Spiel* (Abschn. 5.3.2 und 5.3.4).

¹⁰⁵ Die Begriffswahl für dieses Spiel fiel bewusst auf „Verbetriebswirtschaftlichung“ und eben nicht auf „Vermarktlichung“ oder „Gewinnmaximierung“ (zur Begründung siehe Abschn. 5.3.5 Kritik am Spiel, Punkt 1).

einhergehende Strategien, die die GF und zum Teil nachgeordnete Führungskräfte in der Verfolgung ihrer Interessen nutzen, sind in Tabelle 41 dargestellt. Die nummerierten Strategien und die dazugehörenden Ressourcen bzw. Zwänge werden im Anschluss an die Tabelle erläutert; solche, die mit einer Quellenangabe versehen sind, werden nicht erläutert.

Erstens nutzen einige Geschäftsführungen (GFs), um die Produktivität zu erhöhen, einigen IPs zufolge den Strategie-Zweiklang aus Kostenreduktion und Leistungssteigerung. Dieser kommt insbesondere im Kontext von Konsolidierungsprozessen zum Tragen und wird durch den Auf- bzw. Ausbau eines Personal-, Leistungs- bzw. Kostencontrollings (I5, GF, 218; I7, GF, 63, 305; I24, GF, 45; I20, GF, 101) und Benchmarking mit anderen Krankenhäusern (I7, GF, 306) begleitet, um Transparenz darüber zu erlangen, „wo eigentlich die dicken Geldbrocken weggehen“ und welche davon disponibel sind, d. h., wo Handlungsmöglichkeiten bestehen (I7, GF, 63, 65). Auch kommen weitere Steuerungsinstrumente, wie Wirtschaftsplan (I16, BR, 226; I14, med. GF, 78) und Stellenpläne (I20, GF, 101), zum Tragen. Einer GF zufolge sind Personal- und Sachkosten „die zwei großen Stellschrauben“ (I7, GF, 70), die durch einen „Wachstumspfad“, d. h. Leistungssteigerung ergänzt werden, wo aber gleichzeitig nicht so viel Personal nachgesetzt werde, wie nach diesem Wachstumspfad notwendig wäre (I7, GF, 309; vgl. I27, GF, 155).

Die Reduktion der Kosten (1a) erfolgt einigen IPs zufolge zum einen über die Reduktion der Sachkosten, z. B. über das Bilden von Einkaufsgemeinschaften (I24, GF, 122) und eine Standardisierung der medizinischen Produkte (I7, GF, 67), zum anderen über die Reduktion der Personalkosten, z. B. über Personalabbau (I21, PDir, 77; I11, GF, 124; I17, PDL, 222), Stellenbesetzungssperren (I7, GF, 66) und natürliche Fluktuation (I7, GF, 66; I11, GF, 180). Einzelne GFs berichten von der Reduktion der Personalkosten über eine Reduktion der Arbeitszeit (I27, GF, 116) und damit der Vergütung sowie von der erfolgreichen Anwendung von Sanierungstarifverträgen über mehrere Jahre (I11, GF, 241; I20, GF, 70) in der Vergangenheit, auch gemeinsam mit den Gewerkschaften (I9, GS, 293), während diese anderen GFs zufolge „für einen kommunalen Träger viel, viel schwerer zu realisieren [sind] als für einen privaten“ (I12, LR, 37) bzw. Versuche, Sanierungstarifverträge abzuschließen, gescheitert sind (I31, GF, 21). Die Reduktion der Personalkosten über eine Reduktion der Vergütung wird aufgrund fester Tarifsyste me als schwierig beschrieben (I27, GF, 50). Kommunale Krankenhäuser seien flächentariflich gebunden und hätten hohe Kosten durch die Zusatzversorgungskasse (ZVK) (I8, M, 35; I11, GF, 235), welche im Auftrag der Arbeitgeberin für betriebliche Altersvorsorge zuständig ist, sodass das Geld, das in die Zusatzversorgung

fließe, an anderer Stelle fehle (I11, GF, 235). Folglich sehen einige IPs der Arbeitgeberseite den „Tarifvertrag öffentlicher Dienst mit ZVK und alles“ problematisch (I12, LR, 45; vgl. I32b,

Tab. 41: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung und nachgeordneter Führungskräfte im Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel (#12)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Z: Feste Tarifsyste und ZVK	1.) Strategie-Zweiklang aus a) Reduktion der Sach- und Personalkosten
Z: Dokumentation erforderlich, Kodier-Richtlinien	b) Leistungs-/Erlössteigerung und optimale Kodierung
Kodierende; Controlling und Wirtschaftsplan	begleitend Auf- bzw. Ausbau eines Personal-, Leistungs- und Kostencontrollings sowie Benchmarking mit anderen KH
Spielraum in der Nutzung der Betriebsmittel	2.) Investieren in bauliche und technische Infrastruktur, Wissen und Personal
Direktionsrecht und unternehmerische Entscheidungsfreiheit	3.) Veränderungen einleiten/umsetzen:
Zugang zu wissensfördernden Strukturen/Expert_innenwissen, z. B. über internes Projektmanagement oder externe Beratungen, Erfahrung von privaten Arbeitgebern	a) in den Tätigkeiten (Reorganisation)
Infrastruktur und IT	b) in den Prozessen (Prozessoptimierung/-management)
	c) in den Organisationsstrukturen (Restrukturierungen auf diversen Ebenen) (I25, ADir, 81), z. B. Integration von Abteilungen (I11, GF, 170; I21, PDir, 97) und Krankenhäusern (I11, GF, 14; I21, PDir, 65)
	d) auf personeller Ebene (Neubesetzungen, wissensfördernde Strukturen nutzen, von anderen lernen, Personalentwicklung)
	e) Veränderungen der baulichen (I22, GF, 370; I11, GF, 73, 240; I21, PDir, 180; I32a, LR, 70; I31, GF, 15) und technischen Infrastruktur (I22, GF, 320, 370) sowie Digitalisierung (I13, GF, 28; I24, GF, 152 f; I21, PDir, 180; I31, GF, 46; I26, PDir, 226)
	4.) Projektmanagement nutzen (Analyse, Zielbild, Umsetzungsplanung, Piloten, Umsetzung nachhalten); Veränderungen verstetigen
Z: Gehalt der tariflich Angestellten weitgehend determiniert	5.) Materielle Anreize: individuell (außertariflich/tariflich); kollektiv z. B. über Geräte
Verfügung über finanzielle und personelle Ressourcen	6.) Querfinanzieren (Krankenhaus mit Erlösen aus Nebengeschäften, „erlösarme“ Abteilungen mit „erlösreichen“ Abteilungen)
Investitionsmittel	7) Gewinne erwirtschaften und für Investitionen verwenden (oder: sparen)
Gute Beziehung zum Ministerium; (Mitgliedschaft) in Verbänden/Gremien	8) Investitionsgelder beschaffen über Akquise beim Land/HMSI, Thematisierung unzulänglicher Finanzierung in politischer Lobbyarbeit (Verbundbildung, Verbandsarbeit/Gremienarbeit)
Banken	Beschaffung finanzieller Ressourcen an anderen Stellen, z. B. Bankenkredite
Kommunale Spitzenverbände; Anhörungsrecht auf Bundesebene bei Gesetzesvorhaben	Interessen über kommunale Spitzenverbände einspielen, Lobbyarbeit

¹ Siehe ausführlicher Integrations-Spiele in Abschnitten 5.5.5.3 und 5.5.6.1. Überdies arbeiten vereinzelte GFs und Eigentümer_innen aktiv auf die Integration ambulanter und stationärer Versorgung hin (I24, GF, 29; I32a, LR, 114).

LR, 50; I11, GF, 233); ähnlich sieht es eine Studie des DKI mit der Interessenvertretung kommunaler Krankenhäuser (Hanneken et al., 2010). Aus diesem Grund beschreibt eine GF die

Überlegung, aus dem kommunalen Arbeitgeberverband (VKA) und damit der Tarifbindung auszutreten, was politisch aber schwer zu realisieren sei (I31, GF, 21; vgl. I29, med. GF, 156).

Eine hiermit in Zusammenhang stehende Maßnahme, um Personalkosten zu reduzieren – aber auch, um Erlöse zu generieren und damit Investitionen zu tätigen (I11, GF, 241) –, sind Auslagerungen (I28, GF, 73; I11, GF, 241; I16, BR, 85; I32b, LR, 40, 70; I27, GF, 50). GFs nutzen Tochtergesellschaften, um „die Wettbewerbsnachteile, die öffentliche im Vergleich zu kirchlichen oder privaten haben“, „ein Stück“ auszugleichen (I28, GF, 73), und lassen patientenferne Tätigkeiten wie Service und Logistik von Personal aus den Tochtergesellschaften erbringen (I11, GF, 241) bzw. von geringer vergüteten Berufsgruppen (I16, BR, 85; I32b, LR, 40, 70). Die Vergütung der Tätigkeiten erfolgt laut Arbeitgeber_in nach „Haustarif“ und „marktgerecht“, d. h. „ein kleines bisschen mehr [...] als auf dem Markt“ (I28, GF, 73) bzw. nach DEHOGA¹⁰⁶-Tarif (I32b, LR, 70), laut Arbeitnehmervertretung nach „Mindestlöhnen“ (I9, GS, 95) oder NGG¹⁰⁷-Tarif (I16, BR, 79). Das heißt, die Beschäftigten in Tochtergesellschaften werden der Tätigkeit, ihrer Qualifikation und dem Markt entsprechend angemessen vergütet, erhalten aber eine geringere Vergütung als im TVöD, was ein/e Berater_in als „Tarifflucht“ beschreibt (I2a, B, 63). Ein/e Landrät_in spricht hingegen von einem „Problem mit den Gewerkschaften“, denn wenn überall TVöD und ZVK gezahlt werden sollen, „dann können wir den Laden auch gleich zumachen, das muss man auch so ehrlich sagen“ (I12, LR, 45). Die Aussage verdeutlicht noch einmal, wie sehr Tarif und ZVK von den IPs als struktureller Zwang im Wettbewerb empfunden werden.

Die Leistungs- bzw. Erlössteigerung (1b) (GF, 22, 45; I27, GF, 54; I21, PDir, 77; I10, GS, 191; I7, GF, 312; I31, GF, 22) erfolgt, indem möglichst viele „Patienten, [...] [d. h.] Fälle [] akquirier[t]“ werden, indem „Masse [hergestellt]“ (I21, PDir, 71) bzw. „Case-Mix-Punkte generier[t]“ (I15, CA, 44) werden. Dabei koppeln einige GFs Leistungen an Personal (I17, PDL, 217; I21, PDir, 276; I15, CA, 43; I7, GF, 66), d. h., „wenn der Arzt viele Case-Mix-Punkte bringt, dann kriegt er auch Stellen“ (I21, PDir, 276), bzw. wenn die „Case-Mix-Punkte [...] runtergehen, werden die Stellen gestrichen. Deshalb ist das [Generieren von Case-Mix-Punkten] ganz ganz vielen sehr wichtig und ein Antrieb von ganz vielen Aktionen“ (I15, CA, 44). Folglich müssen die Leistungserbringenden die Finanzierungssystematik des DRG-Systems und die sich jährlich ändernden Kodierrichtlinien (I15, CA, 69) gut kennen und korrekt kodieren; eine begleitende Strategie ist daher einigen IPs zufolge das korrekte bzw.

¹⁰⁶ DEHOGA = Tarifvertragliche Arbeitsgemeinschaft der Landesverbände im Deutschen Hotel- und Gaststättenverband.

¹⁰⁷ NGG = Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten.

optimierende Kodieren (z. B. I16, BR, 115). Für das Kodieren der Leistungen werden speziell geschulte Fachkräfte (Kodierkräfte bzw. DRG-Beauftragte) eingesetzt, die „wöchentliche Gespräche“ (I15, CA, 69) mit den Ärzt_innen führen, daran „erinnern, dass die optimale Verweildauer erreicht ist“ und nachträglich schauen, ob „alles gut kodiert [ist]? Könnte man noch ein bisschen höher kodieren, damit man ein bisschen mehr kriegt?“ (I16, BR, 115). Der Zweck des Ganzen sei es, zu „erreichen, dass der Patient die Behandlung A oder B bekommt. Und da muss man halt noch gleichzeitig gucken, wie erreiche ich das am optimalsten innerhalb dieses DRG-Systems“ (I15, CA, 69). Voraussetzung für die Kodierung und Abrechnung über die Krankenkassen ist eine detaillierte Dokumentation. Leistungen, die nicht dokumentiert sind, werden von den Krankenkassen nicht finanziert (I17, PDL, 94), darum nimmt diese Tätigkeit einen großen Bestandteil im Arbeitsalltag der patientennahen Berufsgruppen ein.

Zweitens wird der Strategie-Zwecklang aus Kostenreduktion und Erlössteigerung häufig von der Strategie des Investierens (z. B. I24, GF, 75) flankiert. Dabei nutze die GF in der Verwendung der Betriebsmittel den Gestaltungsspielraum, den sie hat, da sie bspw. entscheiden kann, die „Wände neu zu streichen oder in Personal zu investieren oder fünf Ärzte einzustellen und drei Krankenschwestern abzubauen“ (I6, E, 127). Investiert wird z. B. in die bauliche (I22, GF, 370; I11, GF, 73, 240; I21, PDir, 180; I32a, LR, 70; I31, GF, 15; I7, GF, 94) und technische Infrastruktur (I22, GF, 320), in Wissen (I22, GF, 320) sowie in Personal (I24, GF, 16; I31, GF, 26; I7, GF, 94). Einige GFs investieren bewusst in mehr Personal, z. B. um gesetzlich vorgeschriebene Strukturbedingungen zu erfüllen und bestimmte Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen zu können (I27, GF, 154), um der Leistungssteigerung „die Schärfe“ zu nehmen (I31, GF, 26) und die Beschäftigten zu entlasten (I24, GF, 16), um Überstunden zu sparen (I24, GF, 16) und aus der Überzeugung, dass „man die Qualität, die man erbringen möchte, tatsächlich nur erbringen [kann], indem man in Kauf nimmt, dass man [...] gemessen an den objektiven Maßstäben zu viel Personal hat“ (I31, GF, 31). In den Augen einer GF ist dies letztlich „günstiger“ (I24, GF, 16), auch wenn die „Über-Personalkapazität“ ein schlechteres Jahresergebnis bewirke (I24, GF, 12).

Drittens verfolgen alle GFs eine weitere zentrale Strategie, um die Produktivität zu verbessern: die Einleitung bzw. Umsetzung diverser Arten von Veränderungen. Diese umfassen als Teil-Strategien Veränderungen a) in den Tätigkeiten, b) in den Prozessen, c) in den Organisationsstrukturen und d) auf personeller Ebene sowie e) bei Bau, Technisierung und Digitalisierung. Da Veränderungsprozesse erstens den Kontext dieser Arbeit darstellen, zweitens Strategien v. a. der Geschäftsführungen und drittens häufig der Auslöser für

mikropolitische Spiele sind¹⁰⁸, erläutere ich die Teil-Strategien: a) Veränderungen in Tätigkeiten, b) in Prozessen und d) bei Personen genauer.

Teil-Strategie a) ist die Umverteilung von Tätigkeiten. Diese erfolgt einigen IPs zufolge zwischen und innerhalb von Berufsgruppen (I23, CA, 124; I20, GF, 62; I29, med. GF, 48) und folgt damit zwei Ansätzen: Ein erster Ansatz ist es, ärztliche Tätigkeiten auf „examierte“ Pflegekräfte (d. h. Gesundheits- und Krankenpfleger_innen) oder auf Pflegekräfte mit neuen, teilweise akademisierten Pflegeberufen zu verlagern (I18, PDir, 27, 38; I23, CA, 124). Der von der Hans-Böckler-Stiftung veröffentlichte „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam et al., 2014) zeigt, dass in der Vergangenheit bereits 79 % der befragten Pflegenden vom ärztlichen Dienst Tätigkeiten übernommen haben, z. B. im Rahmen von Diagnostik und Therapie, Dokumentation und Verwaltungsaufgaben. Insgesamt handelt es sich zu einem erheblichen Anteil um patientennahe Einzeltätigkeiten (z. B. Wundmanagement, Blutentnahme, IV-Injektionen und Infusionen) (ebd., S. 48). Ein zweiter Ansatz der Umverteilung ist es, Tätigkeiten, die aktuell durch die Pflege durchgeführt werden, entweder stärker zu zentralisieren – z. B. Blutentnahmen, um diese effizienter und qualitativ hochwertiger durchzuführen (I20, GF, 103) –, oder differenzierter innerhalb des Pflegedienstes (I20, GF, 62) und auf andere Dienste zu verlagern. Letzteres erfolgt, indem patientennahe Tätigkeiten, die weniger Fachkenntnis erfordern, auf Krankenpflegehilfskräfte und Pflegeassistent_innen (I18, PDir, 197; vgl. I29, med. GF, 48), und pflegeferne Tätigkeiten auf medizinische Fachangestellte (I26, PDir, 275) oder tertiäre Dienste wie Service und Logistik bzw. Tochterfirmen (I18, PDir, 197; I28, GF, 73; I11, GF, 241; I32b, LR, 70; I2a, B, 63) verlagert werden. Der „Arbeitsreport Krankenhaus“ (Bräutigam et al., 2014) zeigt, dass bereits eine derartige Verschiebung von Tätigkeiten stattgefunden hat. 43,5 % der befragten Pflegenden haben Aufgaben vom Pflegedienst an andere Dienste abgegeben, vor allem Mahlzeitenbestellung und -versorgung, die Begleitung von Patient_innen sowie verschiedene Aufgaben der Logistik und Reinigung (ebd., S. 49).

Als Mehrwert der Umverteilung von Tätigkeiten werden viele Aspekte genannt: Wirtschaftlichkeit (I29, med. GF, 48; I18, PDir, 29, 108; I20, GF, 62), eine verbesserte Qualität der Versorgung (I29, med. GF, 48; I20, GF, 62) und der Prozesse (I18, PDir, 29; I20, GF, 62), Linderung des Fachkräftemangels im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst (I18, PDir, 108; I29, med. GF, 48), die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs und, damit einhergehend,

¹⁰⁸ Die Einleitung bzw. Umsetzung vieler Veränderungen rüttelt an bestehenden Machtverhältnissen; folglich sind diese Strategien der Geschäftsführung besonders politikhaltig. Beispielsweise kann die Umverteilung von Tätigkeiten der Ärzt_innen auf die Pflege Machtkämpfe zwischen diesen beiden Akteuren auslösen.

der Arbeitszufriedenheit durch mehr Verantwortung (I18, PDir, 29), Entlastung der Pflegekräfte (I32b, LR, 40), auch weil bei gleichen Kosten mehr Menschen im System arbeiten (I29, med. GF, 48), sowie Wertschätzung der Beschäftigten in der Pflege (I29, med. GF, 48).

Teil-Strategie b) ist Prozessoptimierung und das Etablieren von Prozessmanagement¹⁰⁹ (I7, GF, 296; I21, PDir, 185; I16, BR, 263; I18, PDir, 211; I17, PDL, 46; I2a, B, 76; I23, CA, 23; I26, PDir, 34). Diese Strategie wird einigen IPs zufolge häufig angewendet, da Prozessoptimierungen Produktivitätsgewinne ermöglichen, ohne Personal abzubauen oder geringer zu vergüten (I21, PDir, 66; I27, GF, 51), und ein Mittel darstellen, um die wirtschaftliche Qualität (I18, PDir, 211; I16, BR, 263; I17, PDL, 46), die Versorgungsqualität (I2a, B, 76) und die Qualität der Zusammenarbeit (I21, PDir, 185) zu verbessern sowie im Wettbewerb mit Krankenhäusern in privater Trägerschaft zu bestehen (I26, PDir, 34; I21, PDir, 63).

Teil-Strategie d) sind Veränderungen auf personeller Ebene. Diese umfassen Neubesetzungen, die Nutzung wissensfördernder Strukturen, Wissenstransfer bzw. Lernen von anderen sowie Personalentwicklung. Diese Punkte werden im Folgenden erläutert.

Verschiedene IPs beschreiben, dass Neubesetzungen von zentralen Stellen im Unternehmen eine wichtige kulturverändernde Wirkung haben (I24, GF, 48; I7, GF, 447), insbesondere wenn es sich um Chefärzt_innen handelt (I25, ÄDir, 88; I32b, LR, 4, 8; I31, GF, 22; I23, CA, 115, 249). Auch in der Verwaltung werden veränderungsmotivierte Mitspielende als zentral betrachtet (I7, GF, 456), denn dort gebe es „viele Leute, die das schon jahrelang gemacht haben, die Sie auch nicht wegbekommen und die Ihnen immer sagen: ‚Haben wir schon immer so gemacht, das ist doch gelaufen, warum sollen wir es ändern?‘“ (I7, GF, 443). Dabei schreibt eine GF der Persönlichkeit neben der Fachlichkeit eine große Rolle zu: Die Personen müssten „in das Denken der Anderen“, d. h. der veränderungsorientierten Mitarbeitenden passen (I24, GF, 47).

Zudem nutzten einige GFs und nachgeordnete Führungskräfte wissensfördernde Strukturen, die als Ressourcen in der Umsetzung von Veränderungen wahrgenommen werden, z. B. den trägerübergreifenden Verbund Clinotel, der dazu dient, voneinander zu lernen, und Benchmarks bietet (I23, CA, 237; I28, GF, 42; I22, GF, 205; I11, GF, 11), das Fachreferat für Krankenhaus im Ministerium (I12, LR, 82) sowie krankenhauserne Strukturen für Projektmanagement und Organisationsentwicklung (I20, GF, 121; I22, GF, 148; I11, GF, 55; I1b, B, 72) bzw. einzelne Stabstellen oder Mitarbeitende, die mit Veränderungsprozessen

¹⁰⁹ Siehe zu Prozessoptimierung und -management auch Integrations-Spiel, Abschnitt 5.5.5.3, Punkt 2.

betrachtet sind (I27, GF, 97; I28, GF, 197; I11, GF, 54; I1b, B, 72). Manche IPs bewerten es als problematisch, dass Veränderungen in Krankenhäusern ein zu geringer struktureller Stellenwert beigemessen werde, was sich darin zeige, dass es in den meisten Krankenhäusern keine Abteilung für Organisationsentwicklung gebe (I20, GF, 121), so bspw. auch nicht in einigen der untersuchten Krankenhäuser (z. B. I27, GF, 17), bzw. Change Management selten richtig systematisiert, verortet und personell unteretzt sei. So sei es „eher dem Zufall geprägt, ob solche Dinge funktionieren“ (I3, B, 150), da eine Stabsstelle dieser Aufgabe nicht gerecht werde (I3, B, 156).

Ferner erachten zahlreiche IPs das Lernen von den Erfahrungen anderer im Sinne von Wissenstransfer als zentral für die Umsetzung von Veränderungen. „Andere“ sind z. B. andere Länder, insbesondere in Skandinavien (I31, GF, 81), bspw. bezogen auf den Einsatz neuer Technologien (I8, M, 164) oder die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Ärzt_innen und Pflegekräften (I23, CA, 124 f., 130; I18, PDir, 270; I29, med. GF, 48), andere Industrien (I22, GF, 16), andere kommunale (I22, GF, 191; I28, GF, 215; I34, AL, 61; I31, GF, 81) und private (I24, GF, 147) Krankenhäuser, andere Berufsgruppen (I26, PDir, 224) sowie externe Beratungen (z. B. I28, GF, 214; I11, GF, 55). Manche IPs aus der Beratung beschreiben dennoch, dass ihrer Wahrnehmung nach allgemein oft die Bereitschaft fehle, sich mit Erfahrungen anderer auseinanderzusetzen, Know-how zu sammeln und anzuwenden, sodass ganz generell Know-how über Veränderungsprozesse fehle (I5, B, 151). Die fehlende Bereitschaft zur Vernetzung gelte im Besonderen für die kommunale Ebene der politischen Führung (I7, GF, 372; I4, B, 79; I5, B, 163).

Überdies nutzen viele IPs Personalentwicklung, mit dem Ziel, die Beschäftigten zur Umsetzung von Veränderungen zu befähigen (I2b, B, 6; I26, PDir, 80), die Zusammenarbeit der Abteilungen und Berufsgruppen zu fördern (I32, LR, 20; I26, PDir, 263) und Wissen (I22, GF, 282) bzw. Komplexität (I31, GF, 154) zu vermitteln, damit die systemischen Zusammenhänge, insbesondere die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, besser verstanden werden (I21, PDir, 126; I26, PDir, 35), was wiederum kritischeres Agieren ermögliche (I26, PDir, 80). Allerdings wird das Erläutern der Rahmenbedingungen auch als sehr herausfordernd beschrieben, weil den Adressat_innen häufig die Geduld fehle und viele aufgrund der Komplexität aussteigen würden (I21, PDir, 150). Die Personalentwicklung erfolgt für Führungskräfte (I26, PDir, 8; I2, B, 59; I25, ÄDir, 142; I22, GF, 282; I23, CA, 249; I32, LR, 20) sowie Mitarbeitende ohne Führungsfunktion (I26, PDir, 228; I25, ÄDir, 142; I22, GF, 282; I23, CA, 249) in diversen Formaten und mit diversen Inhalten (siehe Tab. 42). Teilweise

Tab. 42: Facetten der Personalentwicklung im Rahmen des Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiels

<i>Formate</i>	<i>Inhalte</i>
Berufsgruppenübergreifend (I26, PDir, 263; I32, LR, 20)	<i>Gesundheitssystem</i> : systemische Zusammenhänge, z. B. zwischen „mehr Investitionen im Personal und dem Satz der Beitragsstabilität“ und zwischen den Jahresergebnissen und der Krankenhausfinanzierung (I26, PDir, 80; I21, PDir, 126)
Mikroschulungen im Rahmen von Bereichsleitungs- (I26, PDir, 80) und Teamsitzungen (I26, PDir, 81; 25, ÄDir, 142)	<i>Rechtlich-wirtschaftliche Themen</i> : z. B. rechtliche Rahmenbedingungen (I26, PDir, 228), Krankenhausfinanzierung (I31, GF, 154; I26, PDir, 81), Grundwissen Betriebswirtschaft, z. B. zur Deckungsbeitragsrechnung (I24, GF, 98), Haftungsthemen des Aufsichtsrats (I7, GF, 181)
Aus-, Fort- und Weiterbildungen (I22, GF, 282; I23, CA, 249; I15, CA, 102; I26, PDir, 228), Schulungen (I32, LR, 20)	<i>Führungsthemen</i> : z. B. Rolle der Führungskraft (I2, B, 59; I26, PDir, 81; I2, B, 59), Herausforderungen, Selbstreflexion und Entwicklungsbedarf der Führungskräfte (I26, PDir, 8), Kommunikation (I26, PDir, 259), Führung in Veränderungsprozessen, Teams motivieren, Konflikte beheben (I2, B, 6), Teamentwicklung (I32, LR, 20; I26, PDir, 228) und Zusammenarbeit der Abteilungen (I32, LR, 20)
Coachings (I2, B, 6; I28, GF, 201; I26, PDir, 8)	
Projektbezogene kollegiale Beratung (I2, B, 6)	
Arbeitsgruppen/Workshops (I2, B, 59; I26, PDir, 228)	<i>Managementthemen</i> : z. B. Managementsysteme (I26, PDir, 259), (netzwerkorientiertes) Prozessmanagement (I26, PDir, 262; I22, GF, 279), Projekt- und Change-Management (I26, PDir, 259), auch anwendungsbezogen auf eigene Projekte/Projektarbeit (I2, B, 6)

wird in diesem Zusammenhang auch die Kooperation mit Hochschulen und die Akquise von Fördergeldern verfolgt (I26, PDir, 268).

Viertens verfolgen zahlreiche IPs Aspekte aus dem klassischen Projektmanagement bei der Umsetzung von Veränderungen (z. B. I11, GF, 53) und betrachten dies als zentralen Erfolgsfaktor (z. B. I13, GF, 93): Sie erstellen Analysen des Ist-Zustands (I13, GF, 93; I27, GF, 114; I2b, B, 8; I24, GF, 145) bzw. Gutachten (I4, B, 309). Diese können, wie eine IP beschreibt, im eigenen Interesse gestaltet werden, z. B. in dem Sinne, dass „jeder Krankenhausgeschäftsführer [...] sein Unternehmen in einer großen Bandbreite gut und schlecht rechnen“ könne (I4, B, 309). Aus diesen Analysen wird der Soll-Zustand bzw. werden Zielbilder formuliert sowie Handlungspläne und Umsetzungsmaßnahmen abgeleitet (I7, GF, 115 f., 464; I13, GF, 93; I31, GF, 58; I2a, B, 47; I25, ÄDir, 104). Zahlreiche GFs berichten von einer externen Begleitung (z. B. I31, GF, 58; I11, GF, 49; I7, GF, 308; I13, GF, 30), andere setzen Veränderungen weitestgehend ohne Externe um (I20, GF, 109). Teilweise wird mit Qualitätsmanagement-Tools (z. B. PDCA-Zyklus) gearbeitet (I22, GF, 445; I29, med. GF, 69; I25, ÄDir, 131; I23, CA, 83) und werden Pilotprojekte als Format genutzt (I5, B, 235; I25, ÄDir, 128; I23, CA, 149; I21, PDir, 189; I24, GF, 152), um das Interesse anderer interner Akteure zu wecken sowie Widerstände und Fehler zu reduzieren (I23, CA, 149; I25, ÄDir, 119, 121, 136; I5, B, 235). Viele IPs bewerten das Nachhalten der Maßnahmen (I34, AL, 109; I26, PDir, 193; I20, GF, 136; I23, CA, 87; I7, GF, 138; I27, GF, 99) als äußerst wichtig. Einer IP zufolge ist es erforderlich, jemanden oder irgendetwas zu haben, der bzw. das Veränderungen

(hier: bezogen auf veränderte Prozesse) aufrechterhält, z. B. regelmäßige Qualitätszirkel, Schulungen, Teambesprechungen, Beauftragtenposten bis hin zu Verfahrensanweisungen und Checklisten (I34, AL, 109, 115, 119 ff.). Eine GF führt diese Erfordernis darauf zurück, dass in den Köpfen der Menschen keine „Bringpflicht oder Bringschuld“ existiere und die Personen in öffentlichen Strukturen auch keine negativen Konsequenzen befürchten müssten, wenn sie keine Ergebnisse liefern (I7, GF, 138, 144). Überdies beschreiben einige IPs die Institutionalisierung von Veränderungen durch regelmäßige Strategiezyklen als wichtigen Erfolgsfaktor in der Umsetzung (I25, ÄDir, 70; I31, GF, 289; I28, GF, 196).

Fünftens werden manchen IPs zufolge, wenngleich selten, materielle Anreize geboten, z. B. individuelle finanzielle Anreize bei außertariflich Beschäftigten wie Chefärzt_innen (I7, GF, 457), Oberärzt_innen (I28, GF, 170), der „Ärztenschaft“ im Allgemeinen und „manchmal auch im Bereich Pflege (I28, GF, 73), oder kollektive zweckgebundene Anreize, z. B. 100.000 €, die eine einzelne Klinik etwa für die Anschaffung eines Gerätes oder für die Personalentwicklung nutzen kann, wenn sie ein bestimmtes Ziel erreicht hat (I7, GF, 317, 326). Individuelle Anreize wie Beförderungen und Belohnungen stehen der GF für tariflich Angestellte nicht in gleichem Umfang wie im privaten Sektor zur Verfügung, da das Gehalt und die Entwicklungswege der tariflich Angestellten durch Flächentarifverträge in hohem Maße determiniert sind und „die besonders Leistungsfähigen“ nicht finanziell honoriert werden können, was als Einschränkung bzw. Zwang empfunden wird (I21, PDir, 296; vgl. I29, med. GF, 156). Möglichkeiten, die der TVöD zur Differenzierung nach Leistung gibt, sofern der Betriebsrat dem zustimmt, sind z. B. „leistungsorientierte Bezahlung“ (I26, PDir, 149), „Stufenvorweggewährungen“ (I16, BR, 80), „Höhergruppierungen“ (I19, BR, 105) sowie Zulagen, z. B. „zur Bindung von qualifiziertem Personal oder zur Personalgewinnung“ (I16, BR, 165).

Sechstens nutzen GFs die ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und den Gestaltungsspielraum bei deren Verwendung, um querzufinanzieren, indem sie Erlöse aus Nebengeschäften, z. B. Tochtergesellschaften, in den Klinikbetrieb steuern (I11, GF, 241), oder indem sie mit ‚erlösreichen‘ Leistungen (Bsp. Kardiologie, I32a, LR, 102) ‚erlösarme‘ Leistungen (Bsp. Palliativmedizin, I27, GF, 27; Geburtshilfe, I12, LR, 27) subventionieren. Dies verdeutlicht, dass GFs danach streben, ein positives Ergebnis für das Gesamtunternehmen im Sinne einer Solidargemeinschaft zu erwirtschaften.

Siebtens zwingt der wirtschaftliche Druck einigen IPs zufolge die GF, über die Rationalisierung hinaus im laufenden Betrieb Gewinn zu erwirtschaften (z. B. I22, GF, 47; I11, GF, 241), um Investitionen, die für den Erhalt wirtschaftlicher Strukturen und den Aufbau neuer

Leistungen notwendig sind, zu tätigen (I22, GF, 47; I3, B, 39; vgl. Konzernbetriebsrat Schwaerzel, 2017). Gewinne sind in einer bedarfswirtschaftlichen Orientierung, die kommunalen Krankenhausunternehmen zugrunde liegt, eigentlich nicht vorgesehen. Da die erlangte Rendite den IPs zufolge aber nicht als Gewinne abgeführt, sondern ins Unternehmen reinvestiert wird, um die unzureichende Investitionsfinanzierung auszugleichen (z. B. I7, GF, 94 f.; I11, GF, 241; I22, GF, 47; I3, B, 39; vgl. Sonnentag, 2017), wird letztlich bedarfsorientiert gewirtschaftet. Diese Reinvestition wird von einigen IPs sehr positiv bewertet, weil neue digitale, technische und bauliche Strukturen wiederum Entlastung der Beschäftigten bewirken können und somit ein positiver Kreislauf angestoßen wird (z. B. I21, PDir, 180). Die alternative Strategie stellt manchen IPs zufolge das Sparen dar, was allerdings zu der „Todesspirale“ kommunaler Krankenhäuser durch Kaputtsparen führe (I3, B, 39; vgl. I7, GF, 309; I21, PDir, 180).

Achtens verfolgen einige GFs auch politische Wege und Strategien, um Investitionsmittel zu beschaffen und somit den wirtschaftlichen Druck zu reduzieren. Zunächst erfolgt die Akquise der Investitionsmittel beim Land, auch gemeinsam mit der Eigentümerin, um sowohl die fachliche als auch die politische Situation der Kommune darzulegen (I12, LR, 85). Für eine erfolgreiche Beschaffung von Investitionsmitteln ist es einer IP zufolge erforderlich, „die Menschen [] bis hin zum Ministerium [...] und die Denkweisen“ zu kennen (I24, GF, 86; vgl. I22, GF, 133). Dies zeigt auch, warum eine gute Beziehung zum HMSI eine wichtige Ressource darstellt, bzw. warum das HMSI von einigen IPs (I13, GF, 172; I11, GF, 204; I3, B, 69) als wichtiger Akteur in Veränderungsprozessen beschrieben wird. Überdies beschreiben einzelne IPs die Strategie der Lobbyarbeit in Richtung Bundes- und Landespolitik, um die Rahmenbedingungen in verschiedenen Sachthemen zu „re-beeinflussen“ (I24, GF, 84; vgl. I26, PDir, 234; I27, GF, 257), auch über Verbundbildung, z. B. den „Klinikverbund Hessen“ (I24, GF, 84; vgl. I32a, LR, 24). Dieser umfasst alle kKH in Hessen¹¹⁰ (Klinikverbund Hessen, 2019) und „ruft nach mehr Investitionsmitteln“, wie das das Ärzteblatt (2019a, 2019b) titelt. Ferner sind GFs in weiteren Verbänden und Gremien tätig, um zu netzwerken und Rahmenbedingungen gestalten zu können, z. B. in der Hessischen Krankenhausgesellschaft, im Verband der Klinikdirektoren, im Krankenhaus- und Pflegeausschuss des hessischen

¹¹⁰ Laut Website des Klinikverbunds Hessen e. V. haben sich alle kommunalen Krankenhäuser Hessens mit über 50 Standorten sowie die hessischen *Spitzenverbände der Trägerorganisationen* (der Hessische Landkreistag, der Hessische Städtetag und der Hessische Städte- und Gemeindebund) zusammengeschlossen. Als Interessenvertretung der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser setzt sich der Klinikverbund Hessen für „eine gerechte und zukunftssichere Finanzierung der Krankenversorgung und den transparenten Nachweis und die kontinuierliche Verbesserung von Patientensicherheit, Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie den Erhalt und Ausbau der Gesundheitseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft“ ein (Klinikverbund Hessen, 2019).

Arbeitgeberverbandes oder im Landeskrankenhausausschuss im Ministerium (I11, GF, 246; I29, med. GF, 7; I13, GF, 20; I27, GF, 23). Da all dies als nicht ausreichend bewertet wird, beschreiben auch einzelne GFs die Akquise zusätzlicher Finanzmittel über Banken als Strategie (z. B. I22, GF, 372). Ferner besteht die Möglichkeit, wie ein/e Landrät_in erläutert, über kommunale Spitzenverbände Einfluss zu nehmen, indem diese politischen Strukturen als Plattformen genutzt werden (I32a, LR, 44): So gibt es die Gesundheitsausschüsse der kommunalen Spitzenverbände (insgesamt drei: Hessischer Städte- und Gemeindebund, Hessischer Städtetag, Hessischer Landkreistag) und auf Bundesebene analog zu den drei kommunalen Spitzenverbänden auch einen Bundesverband (I32a, LR, 7, 13). Über diese politischen Strukturen können Interessen der kommunalen Krankenhäuser eingespielt werden, da z. B. auf Bundesebene und in Bezug auf Gesetzesvorhaben ein Anhörungsrecht für kommunale Spitzenverbände bestehe (I32a, LR, 44), neben der Lobbyarbeit (I32a, LR, 48).

Kritik der Arbeitnehmervertretung. Akteure aus der Arbeitnehmervertretung zeigen bis zu einem gewissen Grad Verständnis für die wirtschaftlich orientierten Strategien innerhalb eines wirtschaftlichen Handlungssystems: Die GF habe „einen sehr schwierigen Job mit nicht so großen Spielräumen“ (I10, GS, 119), weil sie der „Investitionsgrenze“ (I10, GS, 120) und dem DRG-System mit dem „enormen Druck auf Leistungssteigerung“ unterliegen (I10, GS, 121), und auch kommunale Politiker_innen könnten sich dem „großen Druck, betriebswirtschaftlich erfolgreich zu sein“ nicht entziehen (I10, GS, 63). Eine dem BR vorsitzende Person beschreibt: „Wir sind nicht blauäugig und sehen auch, dass die Geschäftsführer einen Handlungsspielraum haben und da natürlich auch begrenzt sind. Dieses Bild, dass es da ein Unternehmertum gibt, was frei handelt und sich das Geld nur in die Taschen schiebt, würde ich gerade im Gesundheitswesen überhaupt nicht sehen“ (I19, BR, 73).

Dennoch kritisieren einige IP aus der Arbeitnehmervertretung die „verbetriebswirtschaftlich[e]“ Leistungssteuerung (z. B. I10, GS, 63), weil damit negative Effekte für die Arbeitnehmenden einhergehen. Auch eine interviewte GF sieht das Vorgehen einiger Kolleg_innen kritisch, da, wer keine Investitionsunterstützung vom Träger bekomme, „das Letzte aus den Mitarbeitern herauspressen“ müsse; sie selbst habe bewusst eine Überkapazität, und die Kommune bezuschusse (I31, GF, 31, 124, 132). Die Kritik der Arbeitnehmervertretung ist im Folgenden anhand von drei Strategien der GF, die im Kontext des Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiels aufgezeigt wurden, beispielhaft dargestellt.

Erstens, Bezug nehmend auf die Strategie der Reduktion der Kosten (siehe Tab. 41, Punkt 1a), problematisieren manche IPs aus der Arbeitnehmervertretung, dass die GF unter ökonomischem Handeln vor allem Sparen verstehen und damit ein zu enges Verständnis von Ökonomie vorliege (I16, BR, 226). Sie selbst verstünden Ökonomie deutlich breiter, d. h. über

das Sparen hinausgehend, und argumentieren auch ökonomisch, warum es sich lohne, in Personal zu investieren: „Gute Arbeitsbedingungen“ (I16, BR, 226) und das Einhalten „verlässlicher Mindeststandards“ (I9, GS, 214) führten zu „Gesundheit“ und „Zufriedenheit“ der Mitarbeitenden (I16, BR, 226). Dies sei ökonomisch, weil die Fehlzeiten aufgrund von Krankheit reduziert würden (I16, BR, 226; I9, GS, 214) und somit „Personalreserven“ ausgeschöpft werden könnten (I9, GS, 215). Zudem führten gute Arbeitsbedingungen zu mehr Motivation und mehr Arbeitsleistung (I16, BR, 226). Auch erhöhe es die Arbeitgeberattraktivität für potenzielle Bewerber_innen, wenn ein Krankenhaus es schaffe, zu sagen: „Bei uns muss niemand aus dem Frei kommen“ (I9, GS, 215). Zudem kämen Patient_innen „lieber wieder, wenn sie ordentlich betreut werden“, was wiederum einen „ökonomischen Faktor“ habe, da somit die „Betten ausgelastet“ seien (I16, BR, 226). Auch zeige die Erfahrung anderer Krankenhäuser, dass Kostenreduktion über Personalabbau einen schlechten Ruf und Schwierigkeiten, neues Personal zu finden, auslöst (I16, BR, 269).

Zweitens, Bezug nehmend auf die Strategie der Veränderungen in der technischen Infrastruktur bzw. Digitalisierung (Tab. 41, Punkt 3e), reagiere die Arbeitnehmervertretung skeptisch (z. B. I21, PDir, 255), weil diese auch mit Risiken für die Beschäftigten verbunden sein können: erstens Risiken für die Gesundheit durch Leistungskontrollen, weil diese „einen ungeheuren Stress [] für die Mitarbeiter“ bedeuten, „und dieser Stress, permanent beobachtet zu werden oder potenziell beobachtet zu werden, ist ein Faktor, der gesundheitsgefährdend ist“. Zweitens Risiken für die Gesundheit durch einseitige Arbeitsplätze, weil diese ungesünder als Mischarbeitsplätze seien, und drittens Risiken der Eingruppierung, weil Arbeitsplätze mit sehr einseitigen Tätigkeiten geringer vergütet würden (I16, BR, 152; vgl. I20, GF, 61).

Drittens, Bezug nehmend auf die Strategie, Betriebsmittel für Investitionen zu verwenden (Tab. 41, Punkt 7), kritisiert ver.di, dass die GF auf die wirtschaftlichen Zwänge reagiere, indem sie sich die fehlenden Mittel von den eigenen Beschäftigten hole (I10, GS, 150; I19, BR, 20). So würden „Baustellen mit Personalstellen finanziert“ (I19, BR, 20) bzw. werde in medizintechnische Geräte statt in Personal investiert, obwohl dies rechtswidrig sei, wie seitens ver.di (Behruzi, 2017) konstatiert wird. Einige IPs sehen, dass kKH unter Kostendruck stehen, finanziell teilweise schlechter gestellt sind als private oder freigemeinnützige Häuser, und folglich nicht „nicht komplett darauf verzichten“ können (I10, GS, 148; vgl. I19, BR, 20 und Abschn. 5.3.4). Dennoch wird gefordert, dass die GF anstelle einer Strategie, die zulasten des Personals geht, das Problem offen thematisieren und „in verschiedene Richtungen“ agieren und so auf das Ministerium einwirken solle, z. B. über die Bildung von Lobbys für mehr Investitionsfinanzierung mit der Krankenhausgesellschaft und mit der Trägerin (I10, GS,

151 ff.). Insbesondere die Trägerin wird aufgrund ihrer politischen Beziehungen in der Möglichkeit und in der Pflicht gesehen, sich lobbyistisch für eine bessere Investitionsfinanzierung einzusetzen:

„Jede Partei hat ja auch kommunalpolitische Fraktionen innerhalb der Gesamtpartei. Und die Bundestagsfraktion und die Landtagsfraktion und so weiter. Und ich erlebe nicht, dass es einen Aufstand der kommunalen Parteipolitiker gegen die Zentralen gibt, wo man sagt, ihr müsst die Finanzierungsströme bei den Investitionen und so weiter umsteuern. Ihr würgt uns in der Kommune die Luft ab in den Krankenhäusern. [...] es gibt viel zu wenig Aufstand der Kommunalen für eine gute Krankenhausfinanzierung im politischen System“ (I10, GS, 157 ff.).

Ein gemeinsames Agieren von GF und Trägerin im Sinne von „politischer Kampagne“ (I10, GS, 154) würde erfordern, dass beide die gleichen Interessen verfolgen. Die Aussage eine/r Landrät_in (I33, LR, 13) verdeutlicht allerdings, dass Kommunen erstens insgesamt bereits mehr Geld erhalten, das sie eigenmächtig verteilen können und hier möglicherweise die Beziehung zum Geldgeber, d. h. zum Land, nicht belasten wollen, und zweitens, dass Schuldentilgung als wichtiger bewertet wird als Krankenhausfinanzierung. Dem/der Landrät_in zufolge hat sich die „generelle Finanzausstattung [] deutlich verbessert“, sodass „ein Überschuss von mehr als 20 Millionen € über alle Bereiche hinweg“ bestehe¹¹¹, der in der eigenen Kommune genutzt werde, „um Schulden zu reduzieren“. Da Interesse an der eigenmächtigen Steuerung von Geldern besteht, wird die Variante „das Land gibt mir mehr Geld“ als attraktiver bewertet als „das Land gibt mir mehr Geld für etwas Bestimmtes“ (I33, LR, 13), d. h. Investitionsgelder für das Krankenhaus.

5.5.1.2 Budget-Spiel der Geschäftsführung mit den Krankenkassen

Die Analyse der Interviews zeigt, dass im Kontext des *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiels* ein *Budget-Spiel* (#13) der GF gegenüber den Krankenkassen stattfindet. Dies betrifft zwar einen Nebenschauplatz, hat aber große Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Druck im Krankenhaus und wird deshalb im Folgenden kurz dargelegt. Im *Budget-Spiel* (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 197 f.) verfolgen die Akteure das Interesse, die eigene Position zu wahren bzw. auszubauen, um „mehr zu kriegen [...] vor allem mehr Geld“ (Neuberger, 1995, S. 196). Krankenhäuser, die Leistungssteigerungen vornehmen und vergütet bekommen möchten, müssen diese Leistungssteigerungen mit den Krankenkassen verhandeln (I27, GF, 120; I22, GF, 313).¹¹² Eine Erlössteigerung ist einigen GFs zufolge nur dann möglich, „wenn

¹¹¹ Im Jahr des Interviews.

¹¹² Aufgrund gesetzlicher Vorgaben muss die maximale Anzahl, die von einer Leistungsart je Krankenhaus im Jahr erbracht werden darf, jährlich neu vereinbart werden (VKA, 2018). In den jährlichen Verhandlungsrunden verhandeln die Krankenkassen mit den individuellen Krankenhäusern das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, die Erlössumme, die sonstigen Entgelte, die Zu- und Abschläge und die Mehr- und Mindererlösausgleiche (§ 11 Abs. 1 KHEntgG) (Schmidt-Rettig & Oswald, 2017). Die betriebswirtschaftlichen Eckdaten, die das Leistungsgeschehen beschreiben, d. h. der Case Mix, die Summe der Fallzahlen und der Case-Mix-Index, sind besonders wichtig in diesen Verhandlungen (VKA, 2018).

Sie die Kostenträger mit im Boot haben und wenn die das akzeptieren“ (I27, GF, 139; vgl. I22, GF, 31). Somit gebe es „genau zwei Varianten“, in dem System zu agieren:

„Man muss sich die beste Verhandlungstaktik ausdenken, [...] Glück haben und am Schluss des Tages mit dem klarkommen, was man kriegt. Was dann wieder heißt, Produktivität gewinnen“ (I22, GF, 31).

Somit bestimmt die Verhandlungskunst der Akteure auf beiden Seiten maßgeblich über die Höhe des wirtschaftlichen Drucks für das Krankenhaus im Folgejahr. Ein/e Landrät_in kritisiert die harten Verhandlungen und das Agieren der Krankenkassen (I32b, LR, 120), Repräsentant_innen der Krankenkassen wurden nicht als IPs befragt. Aber auch hier gibt es immer mehrere Perspektiven. Letztlich ringen beide Seiten sehr stark um die Gesamtmengen in den Budgetverhandlungen, da weder Krankenhaus noch Kassen ein Interesse haben, hohe Ausgleiche zu zahlen (Wirtschaft Regional, 2015). Während die Strategie der Steigerung von Fallzahlen aus betriebswirtschaftlicher Perspektive eines einzelnen Krankenhauses bzw. einer GF rational ist, ist sie aus Perspektive der Gesundheitspolitik und der Krankenkassen, die im Auftrag des Staates tätig sind, dysfunktional, da letzere das Interesse verfolgen, die Kosten zu begrenzen. So beschreibt z. B. eine IP aus dem Landesministerium, dass der kontinuierliche Anstieg der Fallzahlen (I8, M, 18)¹¹³ den „Drang zur Wirtschaftlichkeit“ auslöse, „weil die GKV auch keine unbegrenzten Ressourcen hat“ (I8, M, 16). Für Krankenkassen ist es rational, Wirtschaftlichkeitspotenziale ausfindig zu machen, da dies ihrem gesetzlichen Auftrag entspricht, und ihr Handeln durch gesetzliche Normen wie die Wirtschaftlichkeitsverpflichtung (§ 12 SGB V) legitimiert ist: Diese besagt, dass Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, von Versicherten nicht beansprucht werden können, von den Leistungserbringern nicht bewirkt und von den Krankenkassen nicht bewilligt werden dürfen.

Eine weitere Strategie der Krankenkassen ist manchen IPs zufolge die Kontrolle der Angemessenheit erbrachter Leistungen und entsprechende Nachfragen (z. B. I23, CA, 225). Dies löst bei krankenhausinternen Akteuren Irritation aus, wie das folgende Zitat illustriert:

„[...] Rückfrage von der Kasse: ‚Wieso haben Sie den einen Patienten in eine Weaning-Klinik verlegt? [...] Das zahlen Sie bitte, das Verlegen ins Krankenhaus.‘ [...] Wie weit will man denn den Leistungserbringer verunsichern? Und den Medizin-Controller, wir haben in einem Boot gesessen, die wissen mittlerweile nicht mehr, auf welche neue Finesse die Krankenkasse kommt [...]. Die stellen auch eine Rechnung. [...] [i]ch kenne meine Kapazitätsgrenzen und Kompetenzgrenzen. Und wenn eine andere Klinik das besser kann, verlege ich Patienten dorthin. Wenn Ihr jetzt anfangt, uns das auch noch in Rechnung zu stellen, dann falle ich einmal mehr vom Glauben ab“ (I23, CA, 225).

Einigen sich Krankenhaus und Krankenkasse nicht, erfolgt die rechtliche Eskalation:

„Jetzt müssen wir vor Gericht [...]. Das ist alles irgendwo ein Aberwitz“ (I23, CA, 231).

Eine ähnliche Strategie der Krankenkassen sind Prüfungen der Kodierungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Im Jahr 2018 erfolgten 2.580.000

¹¹³ Von 2005 bis 2017 war ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen zu verzeichnen. 2017 war erstmalig eine Reduktion um 0,1 Prozentpunkte zu beobachten (Statista, 2019).

Krankenhausrechnungsprüfungen in Deutschland (MDS & MDK, 2019, S. 1); dies verdeutlicht auch noch einmal die Wichtigkeit der vollständigen Dokumentation und der korrekten Kodierung. Wird aber die Leistungserbringung als nicht angemessen bewertet (z. B. eine medizinische Intervention als nicht indiziert bewertet), werden die bereits vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nicht refinanziert (I17, PDL, 90), d. h., in solchen Fällen erfolgen Rechnerkürzungen oder Rückforderungen. Für das gesamte Bundesgebiet wird die Kürzungssumme auf über 3 Milliarden € geschätzt¹¹⁴ (MDK Nordrhein, 2019).

Überdies wird die Nutzung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) als eine weitere Strategie der Krankenkassen beschrieben (I27, GF, 145; I32a, LR, 23; I22, GF, 314). Der FDA stellt aus Sicht einiger GFs einen „Zwangsrabatt“ dar (I22, GF, 314), der „schnellstmöglich abgeschafft gehört“ (I27, GF, 145). Das Mittel des FDA umfasst, dass Krankenhäuser, wenn sie mehr Leistungen erbringen, als in den Budgetverhandlungen vereinbart, 35 % weniger Vergütung für die zusätzlichen Leistungen erhalten, um unkontrollierte Mengenausweitungen zu begrenzen (Schmidt-Rettig & Oswald, 2017). Kommt der FDA zum Tragen, ergibt sich ein noch engeres wirtschaftliches Korsett und erzwingt eine höhere Produktivität – was auch intendiert ist, d. h., aus gesundheitspolitischer Sicht „funktioniert“ das Instrument. Auf der anderen Seite kommt das Instrument des Mindererlösausgleichs¹¹⁵ bzw. der Ausgleichzahlungen aufgrund der Unterschreitung der vereinbarten Leistungsmenge laut Interessenvertretung der Krankenhäuser in der Praxis nicht zum Tragen, weil die Vertragsparteien vor Ort regelmäßig einen Verzicht auf den Mindererlösausgleich vereinbaren (DKG, 2015, S. 103).

5.5.2 Betriebsrat

Die Analyse der Daten zeigt, dass der Betriebsrat im Kontext von Veränderungsprozessen mit unterschiedlichen Spielen zugehen ist, die nur theoretisch voneinander trennbar sind und fließend ineinander übergehen: das *Co-Management-Spiel* (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b), das sich durch eine Konsensorientierung auszeichnet (Abschn. 5.5.2.2), das *Bargaining-Spiel* (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b), das sich durch eine Kompromissorientierung auszeichnet und, daran gekoppelt, das *Widerstands-Spiel* (in

¹¹⁴ Der MDK Nordrhein hat im Jahr 2018 ca. 17 % der Rechnungen von nordrheinischen Krankenhäusern geprüft (über 321.000 Krankenhausabrechnungen). 50,3 % der Rechnungen wurden um durchschnittlich 2.000 € pro Fall gekürzt. Das sind insgesamt fast 307 Millionen € in Nordrhein. Bei 1 % Prozent der Rechnungen führte die Korrektur zu einem höheren Betrag (MDK Nordrhein, 2019).

¹¹⁵ Wenn die Krankenhäuser weniger Leistungen als vereinbart erbringen, erhalten sie einen Mindererlösausgleich in Höhe von 20 % von den Krankenkassen zur (Teil-)Deckung ihrer Vorhaltekosten bei unzureichender Auslastung (Schmidt-Rettig & Oswald, 2017).

Anlehnung an Mintzberg, 1983), das sich durch eine Konfliktorientierung auszeichnet (Abschn. 5.5.2.1) und als eine Reaktion auf die negativ wahrgenommenen Konsequenzen des *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiels* der GF verstanden werden kann. Überdies weisen die Daten darauf hin, dass ein *Wählermaximierungs-Spiel* (in Anlehnung an Bogumil & Kibler, 1998b) gespielt wird, was wiederum die teils vorhandene Konfliktorientierung erklären mag (Abschn. 5.5.2.4).

Die Interessen des Betriebsrats liegen IPs verschiedener Akteursgruppen zufolge v. a. im Vermeiden von (betriebsbedingten) Entlassungen (I19, BR, 79; I11, GF, 124; I7, GF, 408) bzw. im Erhalt von Arbeitsplätzen „im Haus oder bei der Stadt“ (I16, BR, 236), im Erhalt der Tarifbindung inklusive der Altersversorgung (ZVK) (I19, BR, 79, 89; I16, BR, 29, 87; I12, LR, 45) sowie im Erhalt der kommunalen Trägerschaft (I19, BR, 79) bzw. der Daseinsvorsorge in öffentlicher Hand (I16, BR, 249; I19, BR, 81). Weitere Interessen sind die Schaffung von „Sicherungen für die Betroffenen“ (I19, BR, 35) bzw. „Schutz der Mitarbeiter vor Nachteilen“ (I13, GF, 154). Dies kann bspw. finanziell über das Ausschließen von Gehaltskürzungen bzw. Besitzstandwahrung erfolgen (I7, GF, 408; vgl. I16, BR, 152) oder organisatorisch über die Qualifizierung der Betroffenen (I19, BR, 37; I16, BR, 236) und den Erhalt „guter Arbeitsbedingungen“ (I16, BR, 152, 221, 228; I1a, B, 11), bezogen auf „Arbeitszeiten, Arbeitsausstattung, Arbeitsorganisation“ (I1a, B, 11; vgl. I2a, B, 37; I13, GF, 51). Darüber hinaus besteht einigen IPs zufolge das Interesse an Beteiligung an Veränderungsprozessen (z. B. I33, LR, 122), Macht (I11, GF, 137; I26, BR, 353; vgl. 313; I18, PDir, 290; I28, GF, 23) und am Wohlergehen der Patient_innen (I16, BR, 222).

Grundlage des Handelns des BR stellt das Betriebsverfassungsgesetz bzw. -recht dar (Ahlene et al., 2014). Das Betriebsverfassungsrecht steckt durch die Grundprinzipien der Mitbestimmung, der vertrauensvollen Zusammenarbeit und der Zweispurigkeit einen Rahmen ab (Spreizer, 2017, S. 85) (siehe Tab. 43).

Tab. 43: Grundprinzipien des Betriebsverfassungsrechts (Spreizer, 2017, S. 85)

<i>Mitbestimmung</i>	<i>Vertrauensvolle Zusammenarbeit</i>	<i>Zweispurigkeit</i>
Unterrichtung	Zum Wohl der Arbeitnehmer und des Betriebs	Tarifebene neben
Anhörung	Monatsbesprechungen	Betriebsebene
Beratung	Ernsthafter Wille zur Einigung bei Streitfällen	Grundsatz der
Zustimmungsverweigerungsrecht	Arbeitskampfverbot	Aufgabentrennung
Widerspruchsrecht	Betriebsverfassungsrechtliche Friedenspflicht	
Mitbestimmungsrecht durch Abschluss einer Betriebsvereinbarung	Verbot parteipolitischer Beteiligung	

Das BetrVG ist einerseits eine zentrale Ressource, weil es dem Betriebsrat die Mitbestimmung in sozialen, personalpolitischen und wirtschaftlichen Angelegenheiten auf der betrieblichen Ebene ermöglicht (Ahlene et al., 2014). Einer IP zufolge ermöglicht das BetrVG aber auch „Machtmissbrauch“, wenn es dem BR „nicht um den einzelnen Mitarbeiter [geht], sondern um Macht, die man auch hat gegenüber der Geschäftsführung“ (I26, BR, 317).

„Wenn man im Betriebsrat ist, hat man Macht, und auch da gibt es Machtmenschen. Und es gibt Menschen im Unternehmen, die sind gefrustet, warum auch immer, oder persönlich gefrustet. [...] Und die können [...] Betriebe lahmlegen“ (I26, BR, 353).

Andere IPs betonen hingegen stärker die Zwänge, die mit dem BetrVG einhergehen. Es seien „festgelegte Prozedere, wie das abzulaufen hat. [...] Da ist keine Gestaltungsfrage des Betriebsrats. Er muss so handeln, sonst kann der Betriebsrat angeklagt werden“ (z. B. I1a, B, 69). Ein Betriebsratsmitglied sieht sowohl die Zwänge als auch die Freiheit in diesen:

„Das Betriebsverfassungsgesetz muss man erfüllen, aber man kann es auch so und so auslegen“ (I17, BR, 151).

Beide Aspekte kommen in den folgenden Darstellungen noch deutlicher zum Tragen.

5.5.2.1 Bargaining- und Widerstands-Spiel

Die Analyse der Daten zeigt, dass die wirtschaftlich orientierten Strategien der GF im Rahmen von Veränderungsprozessen bzw. die damit verbundenen, bereits eingetretenen oder potenziell negativen Konsequenzen für das Personal das *Bargaining- und Widerstands-Spiel* (#14) seitens des BR auslösen. Im *Bargaining-Spiel* (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b) kommen „konkurrierende Akteure zu kooperativen Lösungen“, die Kompromisse beinhalten und für die beteiligten Akteure eine Win-win-Situation darstellen (ebd., S. 133). Das Bargaining-Spiel umfasst auch das Ritual, dass „manchmal hoch gepokert wird oder auch Konflikte betriebsintern öffentlich diskutiert werden“, da dies „den Glauben an die Schutzfunktion des Personalrates“ stärkt und „die Einsicht in die Notwendigkeit von Kompromissen“ erhöht (ebd.). Damit geht das *Bargaining-Spiel* mehr oder weniger fließend in ein *Widerstands-Spiel* über, und die Kompromissorientierung weicht einer Konflikt- und Kampforientierung. Im *Widerstands-Spiel* (Mintzberg, 1983, S. 188) wird entweder subtil und hinhaltend oder aggressiv offen rebellisch, bspw. in Form von Streiks, Widerstand geleistet (Neuberger, 1995, S. 195). Da ich diese Spiele gekoppelt verstehe, bezeichne ich sie hier zusammen als *Bargaining- und Widerstands-Spiel*.

Ressourcen, Zwänge und mit diesen strukturellen Bedingungen einhergehende Strategien, die der BR in der Verfolgung seiner Interessen nutzt, sind in Tabelle 44 dargestellt. Die nummerierten Strategien und die dazugehörigen Ressourcen bzw. Zwänge werden anschließend erläutert, solche, die mit einer Quellenangabe versehen sind, nicht.

Tab. 44: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Betriebsrats im Bargaining- und Widerstands-Spiel (#14)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Rechtliche Normen zur betrieblichen bzw. Unternehmensmitbestimmung (BetrVG), insbesondere Mitbestimmungsrechte in sozialen Angelegenheiten (§ 87)	1.) Verhandlungen (Geben und Nehmen)
Politische Beziehung und Kommunikationskanal zu Aufsichtsgremien des kKH über parlamentarischen Arm und gemeinsame politische Interessen; Sitze im Aufsichtsrat (MitbestG)	2.) Mobilisierung der Kommunalpolitik: Interessen bei Kommunalpolitiker_innen platzieren und an gemeinsame Interessen anknüpfen
Beschäftigte: Greifbarkeit der Aufsichtsgremien (z. B. I33, LR, 10), Beteiligung über kommunale Gremien (z. B. I19, BR, 85); siehe 5.4.1, Punkt 2	Beschäftigte: Interessen bei Kommunalpolitiker_innen platzieren (I33, LR, 10; I19, BR, 85; I12, LR, 29)
Abhängigkeit der Kommunalpolitik von positiver Öffentlichkeit	3.) Aufbau von politischem Druck auf GF und Eigentümerin über Mobilisierung der ...
Direkte Kommunikationskanäle zu Beschäftigten, Verzahnung mit Gewerkschaft/Vertrauensleuten; Tarifrecht	a) ... Beschäftigten, z. B. über offensive Informationen zu Problemen, betriebspolitische Aktionen
Außerparlamentarischer Arm, Mobilisierungspotenzial aufgrund Politisierbarkeit der öffentl. Arbeitgeberin (AG)	b) ... Öffentlichkeit über Externalisierung betrieblicher Konflikte und Berufung auf soziale Verantwortung der AG
Bündnispartner, die aus einem vergleichbaren Wertesystem agieren, z. B. Kirchen, Attac; auch im Verbund mit ver.di (I16, BR, 93)	Dialog z. B. zu Ethik und Ökonomie im Krankenhaus mit der Kirche (I16, BR, 95), gemeinsames Agieren mit Attac bei Kampagne „Gesundheit ist keine Ware“ (16, BR, 109)
BR hat eine Schutz- und Kontrollfunktion; Gesundheitsschutz (§ 87, Abs. 1 Nr. 7 BetrVG)	4.) Rückzug auf die Schutz- und Kontrollfunktion, Verfassen von Gefährdungsanzeigen, Argumentation über Gesundheitsschutz in Verzahnung mit ver.di
Gesetze und Verordnungen, insbesondere BetrVG	5.) Bremsen und blockieren, sich auf Gesetze und Verordnungen berufen
Einigungsstelle (I11, GF, 122)	Rechtlich klagen / Gerichtsverfahren (I26, BR, 316; I16, BR, 81), Titel erwirken, Drohen mit ökonomischen Folgen (hohem Ordnungsgeld), Titel „zücken“ (I16, BR, 194 ff.)
Z: Negative Erfahrungen mit FK	

Erstens sind die Beziehungen zwischen GF und BR einigen IPs zufolge vielfach durch „die Kunst der Verhandlung“ (I2a, B, 42) bzw. die Strategie des Gebens und Nehmens (I7, GF, 412; I28, GF, 44 ff., 65; I24, GF, 184; I11, GF, 141; I21, PDir, 257) und Kompromisse (I13, GF, 160) oder „Deals“ (I2a, B, 43; I1a, B, 24; I17, PDL, 171) gekennzeichnet. So beschreibt ein/e Betriebsratvorsitzende_r, dass der BR „unliebsame Entscheidungen ein Stück weit“ mittrage, wenn im Gegenzug auf die Interessen des Betriebsrats eingegangen wird, das Negative gut eingebunden werde und „Leitplanken“ geschaffen würden (I19, BR, 40). Dies wird als wirksam beschrieben, in dem Sinne, „dass wir [...] auch noch als Unternehmen gut dastehen“ (I19, BR, 41). Hierfür sei es wichtig, dass man „bestimmte Haltelinien formuliert, [...], dann kann man auch einzelne Veränderungen umsetzen, die sicherlich trotzdem wehtun“ (I19, BR, 34 f.). Das Management trägt seinen Teil dazu bei, indem es sich „an[]passt, um zielorientiert trotzdem einen Schritt weiter zu kommen“ (I23, CA, 193; vgl. I28, GF, 27; I26, BR, 372) und manchmal Dinge tut, die nicht „ökonomisch rational“ seien, aber dazu dienen,

„ein Klima hinzukriegen, in dem Sie [...] auch andere, unangenehme Dinge machen“ können (I28, GF, 44 ff.). Als Ziel beschreiben manche IPs der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite eine für beide Seiten vertretbare Lösung, damit keiner von beiden verliert und alle Beteiligten „ohne Gesichtsverlust da rauskommen“ (I16, BR, 139; I28, GF, 29). Da Kompromisse auf beiden Seiten erforderlich seien, ist einer IP zufolge der Leitsatz für die Zusammenarbeit von GF und BR, dass man „sich nicht zu stark für den Kompromiss fühlen“ dürfe (I6, PR, 44). Die Kunst der Verhandlung wird maßgeblich durch rechtliche Machtmittel des Betriebsrates, insbesondere durch das BetrVG, bestimmt. Dabei ist es auch möglich, dass der BR Themen, bei denen er ein starkes Mitbestimmungsrecht hat, z. B. die Einführung technischer Datenerhebung und -verarbeitung (§ 87 Abs. 1 Nr. 6), nutzt, um an anderen Stellen, wo das Mitbestimmungsrecht weniger stark ist, BR-Interessen zu verwirklichen (I20, GF, 61).

Geschäftsführungen gehen auf die Interessen des BR ein¹¹⁶ (I28, GF, 27, 46), z. B. indem sie für Arbeitsplatzsicherung sorgen (I28, GF, 73), betriebsbedingte Kündigungen und Gehaltskürzungen ausschließen (I11, GF, 124; I7, GF, 408) oder den TVöD als „Leitwährung“ zusichern (I12, LR, 87). Dabei wird nicht immer auf alle Interessen gleichermaßen eingegangen. Beispielsweise beschreibt eine GF, dass bei der Auslagerung pflegeferner Tätigkeiten in Tochtergesellschaften alle Arbeitsplätze erhalten, aber geringer vergütet werden (I28, GF, 73).

Zweitens verfolgt der BR die Strategie, Kommunalpolitiker_innen zu mobilisieren. Für die Mobilisierung der Kommunalpolitik stellen die Verbindungen des BR zur politischen und administrativen Spitze des Krankenhauses, d. h. den Aufsichtsgremien, eine zentrale Ressource dar. Diese Verbindungen basieren einigen IPs zufolge auf Parteimitgliedschaften, der klassischen Liaison mit Parteien, die traditionell Arbeitnehmerinteressen vertreten, sowie gemeinsamen politischen Interessen: IPs aus Geschäftsführung, Betriebsrat und Beratung beschreiben, dass der BR in kommunalen Einrichtungen eine wesentlich größere Rolle und Bedeutung als in Krankenhäusern in privater Trägerschaft habe (I28, GF, 19; vgl. I19, BR, 85)¹¹⁷, da der BR eine „politische Cloud“ bzw. „Connections in jeder öffentlichen Struktur, qua Bandespielen, auch immer wieder hin zum Arbeitgeber“ habe, was „neben der formalen Macht das größte Machtmittel“ darstelle (I1a, B, 75; vgl. I5, B, 240). Verschiedene IPs beschreiben, dass es „in der politischen, klassischen Liaison zwischen Arbeiter, Gewerkschaft und Teile[n] des Rates [...] Bezugspunkte“ gebe (I1b, B, 61) – zur SPD (I26, BR, 373; I27, GF, 202; I7, GF,

¹¹⁶ Siehe auch Abschnitt 5.4.5, *Strategische-Kandidaten-Spiel*, Punkt 4.

¹¹⁷ Der Einfluss der Arbeitnehmervertretungen in kommunalen Einrichtungen ist aufgrund ihrer formalrechtlichen Mittel – ihrem Mitbestimmungsrecht und Flächentarifverträgen – auch stärker als der Einfluss der Mitarbeitendenvertretung (MAV) in konfessionellen Einrichtungen.

240), zu „den Grünen“ (I31, GF, 229; I7, GF, 240) und Linken (I22, GF, 69). So frage ein „Landrat immer wieder mal auch den Betriebsrat“ (I27, GF, 202) bzw. gewähre dem BR regelmäßige „Audienzen“, ohne GF (I31, GF, 251; vgl. I32b, LR, 91).

Die Mobilisierung erfolgt, indem der BR seine Interessen bei kommunalpolitischen Akteuren platziert bzw. an gemeinsame Interessen anknüpft: Eine GF beschreibt, dass der BR seine kommunalpolitischen Verbindungen nutze, um betriebspolitische Interessen zu realisieren, indem er „mit Dingen, die er intern nicht durchbekommt, an die Politik geht. Und [] dann [kommt es] auf dem Weg noch mal“ (I31, GF, 225). Vergleichbar beschreibt ein/e Landrät_in aus einem anderen Krankenhaus diese Dynamik und den eigenen Anteil daran:

„Ich habe der [BR-Vorsitzenden] gesagt, [...] dass sie jederzeit den Zugang hat. Und wenn sie dann über das eine oder andere sehr besorgt ist oder irgend was nicht klar ist, dann schlägt sie hier auf. [...] Also da sagt sie: [...] ich lande nicht bei der Geschäftsführung damit, ich will, dass Sie das wissen. Und dann weiß sie aber, dass ich das auch dahin trage. Ist auch vollkommen legitim. [...] die [Geschäftsführung], die wissen das auch. Aber das ist auch in Ordnung“ (I32b, LR, 91).

Damit beschreibt die IP eine Dynamik bzw. ein Teil-Spiel des BR, was Mintzberg (1983, S. 210) als *Whistle-Blowing-Spiel* beschreibt und was der Analyse zufolge auch von Beschäftigten gespielt werden kann (siehe Abschn. 5.4.5, Punkt 4). Diese „Tour“ werde insbesondere bei der „Oppositionspartei“ gespielt (I31, GF, 231). Ein/e ehemalige/r Betriebsratsvorsitzende_r beschreibt, dass sie/er sich mit den im Aufsichtsrat vertretenen politischen Parteien abends getroffen habe, um die eigene Sichtweise und die eigenen Interessen darzulegen (I26, BR, 371), denn „die haben da natürlich ein anderes Sprachrohr“ als der BR alleine (I26, BR, 373). Ein/e ander/e Betriebsratsvorsitzende_r berichtet von „Veranstaltungen [], wo wir die gesundheitspolitischen Sprecher aller demokratischen Parteien vom Stadtparlament eingeladen haben, zu bestimmten Fragen“, gemeinsam mit ver.di (I16, BR, 97). Weil an gemeinsame sozial- und regionalpolitische Interessen angeknüpft werden könne, sei es „einfacher, auch mal politische Themen zu setzen, als in einem rein privatwirtschaftlich organisierten Betrieb“ (I19, BR, 85), und damit Einfluss zu nehmen. Dabei sei kein parteipolitisches Agieren erforderlich, sondern könne aus einem gemeinsamen „Wertesystem“ agiert und „Volksfront“ gemacht werden (I16, BR, 107). Dennoch stellt diese Beziehung nicht immer eine Ressource dar: So wird auch von Auseinandersetzungen zwischen Aufsichtsratsvorsitzender/m und Betriebsräten (z. B. I12, LR, 96) bzw. von „ganz festgefahrenen Situationen“ zwischen der Kommune und dem Betriebsrat (I4, B, 178) berichtet.

Eine weitere Ressource stellen die Sitze und Stimmen der Arbeitnehmervertretung im Aufsichtsrat (I26, PDir, 312; I13, GF, 162) über „Montanmitbestimmung, [...] Drittelparität,

oder als Tendenzbetrieb“¹¹⁸ (I22, GF, 86) dar. So beschreibt bspw. eine GF, dass im Aufsichtsrat die Arbeitnehmervertreter_innen „immer zu einer Partei sehr zugeneigt“ waren, nämlich zu der SPD-Fraktion auf der Arbeitgeberseite, sodass innerhalb des Aufsichtsrates Allianzen von Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter_innen stattfinden:

„Da haben sie plötzlich eine Allianz [zwischen Arbeitnehmern und SPD] gehabt, die sie sich überhaupt nicht gedacht haben oder auch zu den Grünen. [...] Und das war Oppositionspartei, die haben sich dann immer Themen, wo die Arbeitnehmer Interesse dran hatten, eher gewidmet als die anderen“ (I7, GF, 238 ff.).

Der Handlungsspielraum von BR und Beschäftigten auf der einen Seite und GF auf der anderen Seite wird durch das Verhalten der politischen Mandatsträger_innen erweitert oder beschränkt, d. h. dadurch, „wie sich die politische Struktur verhält“ (I1a, B, 75), und ob eine Partei die Belange von Mitarbeitenden „zu ihrem Anliegen macht“ (I7, GF, 162) oder eben nicht (I28, GF, 34). Kommunalpolitiker_innen, d. h. qua Definition die Arbeitgeberseite, können entweder die Interessen von Betriebsrat und Beschäftigten weitertragen, z. B. über kommunale Gremien oder ihre Sitze im Aufsichtsrat, was eine Ressource für den BR darstellt. Oder sie können auf die formale Beziehung zwischen GF und BR hinweisen:

„Politik ist da ziemlich rigoros [...] [und fragt beim Betriebsrat nach]: ‚Haben Sie schon mit [der Geschäftsführung] gesprochen? Machen Sie das.‘“ (I28, GF, 35, vgl. 108).

Manche GF wirkt auf kommunalpolitische Akteure ein, um das Handlungsfeld in ihrem Sinne zu strukturieren. Zum Beispiel beschreibt eine GF, dass sie auf den/die Landrät_in einwirkt, um den Spielraum des BR etwas einzugrenzen, indem sie die bilateralen Audienzen des BR bei dem/der Landrät_in als nicht zielführend thematisiert und sich in diese Runde integriert:

Die Audienzen des BR bei dem/der LR „führ[en] ja dazu, dass der Betriebsrat eine Reihe von Themen zum Landrat mitnimmt. Und der Landrat hört sich das an und ist entsetzt. Lässt die Themen mitschreiben von seinem Referenten. Der reicht sie mir ein. Ich beantworte sie. Landrat sagt, ach so. [...] So, dass ich ihm gesagt habe, [...] [w]ir können die [Gespräche] gerne in gleicher Regelmäßigkeit machen, aber bitte zusammen. [...] der Landrat hat [das] jetzt eingesehen“ (I31, GF, 251 ff.).

Drittens ist es einigen IPs zufolge eine weitere Strategie der Betriebsräte, politischen Druck aufzubauen (z. B. I19, BR, 65), über die Mobilisierung von a) Beschäftigten und b) der Öffentlichkeit. Zentrale Ressource ist hier die Sensitivität der kommunalpolitischen Arbeitgeberin gegenüber einer negativen Öffentlichkeit bzw. ihrer Abhängigkeit von einer positiven Öffentlichkeit (siehe Abschn. 5.4.2, Punkt 3) sowie die Nähe zu (I11, GF, 144) bzw. ihr „Vertrauensbonus qua Amt“ bei den Mitarbeitenden (I21, PDir, 253). Der Aufbau von Druck erfolgt über die Mobilisierung von Arbeitnehmer_innen und Öffentlichkeit. Diese

¹¹⁸ Die Zusammensetzung des Aufsichtsrates wird durch das geltende Mitbestimmungsrecht bedingt und ist in § 96 AktG geregelt (ifb, 2018). In GmbHs/AGs mit 501 bis 2.000 Mitarbeitenden ist der Aufsichtsrat mit 1/3 Arbeitnehmervertreter_innen und 2/3 Arbeitgebervertreter_innen besetzt (DrittelbG). In GmbHs/AGs mit mehr als 2.000 Mitarbeitenden ist der AR paritätisch besetzt (MitBestG), sofern das Krankenhaus kein Tendenzbetrieb ist (ebd.).

Strategie erfolgt als Ergänzung zu den formalrechtlichen Mitteln, die als unzureichend empfunden werden, um die Interessen der Beschäftigten im Betrieb zu verankern: Ein/e Betriebsratsvorsitzende_r beschreibt das Betriebsverfassungsgesetz als „sehr, sehr stumpfes Schwert“, welches nur „in wenigen Teilen“ wirkliche Durchsetzungsfähigkeit ermögliche (I19, BR, 64). Ein BR müsse, wenn er „durchsetzungsfähig sein will, [...] auch sagen, wir klappern mit dem Geschirr“ (I19, BR, 64), darum sei „alles andere [...] politisches Handeln, weil, der Betriebsrat, der nur mit dem BetrVG unter dem Arm und Paragraphen arbeitet, der ist schon verloren“ (I19, BR, 65).

Zum einen (a) werden Arbeitnehmende mobilisiert (I17, BR, 117; I1a, B, 76; I24, GF, 183), damit diese „für ihre Rechte ein[]stehen“ (I17, BR, 117). Verschiedene Strategien dienen dazu, „Öffentlichkeit her[z]ustellen, um Druck aufzubauen, wenn es erforderlich ist“ (I19, BR, 96). Betriebsräte machen „bestimmte Stimmung“ (I1a, B, 76) und bauen eine „Gegenkommunikation zu der Kommunikation einer Geschäftsführung“ auf, die auf einem anderen Verständnis der Situation bzw. eines öffentlichen Arbeitgebers basiert (I1a, B, 84 f.). Sie binden die Arbeitnehmenden ein, indem sie „ins Haus gehen“ (I24, GF, 183) und die Belegschaft über Interessenkonflikte bzw. über „Probleme, die bestehen, [...] offensiv“ informieren (I19, BR, 95). Betriebsräte mobilisieren, in Verzahnung mit den Gewerkschaften, z. B. über „Kampagnen“ (I1a, B, 84), indem sie Mitarbeitende in politische Aktionen einbinden (I10, GS, 265; I26, GS, 42), z. B. zu „Pflege am Boden“ (I26, GS, 42) oder Hygiene (I26, PDir, 67), und über „aktive Mittagspausen“ (I26, PDir, 67), auch gemeinsam mit dem Marburger Bund (I32b, LR, 80), und die Mitarbeitenden somit zu einer Konfliktpartei machen. Die Kommunikationskanäle des Betriebsrats in die Belegschaft, z. B. über „Personalversammlungen“ (I11, GF, 81), stellen dabei zentrale Ressourcen dar. Überdies erfolgen „Demonstrationen vor Aufsichtsratsitzungen“ (I19, BR, 96) und als Ultima Ratio werden Mitarbeitende in Zusammenarbeit mit ver.di zu Streiks mobilisiert (I19, BR, 91) – da der BR aufgrund des rechtlichen Arbeitskampfverbotes nicht zum Streik aufrufen darf, „muss das über die Gewerkschaften laufen“ (I19, BR, 64). Folglich wird die Verzahnung mit der Gewerkschaft als „Stärke des Betriebsrates“ wahrgenommen (I19, BR, 64; vgl. I1a, B, 76). Die „Kunst, [] diese Verzahnung mit Gewerkschaften zu machen“ (I19, BR, 67), stellt dabei selbst eine Strategie dar, um den eigenen Einfluss auszuweiten.

Zudem (b) mobilisieren manche BR die Öffentlichkeit (z. B. I16, BR, 89), indem sie die betrieblichen Konflikte in der Öffentlichkeit sichtbar machen, und erzeugen so „Druck, der über das Außen entsteht“ (I24, GF, 15; I26, BR, 355). Die Öffentlichkeit entsteht z. B. bei Aktionen und (Warn-)Streiks (I26, BR, 355), kann aber auch in anderen Formen über den

„außerparlamentarische[n] Arm“ (I16, BR, 89) herbeigeführt werden: Eine IP beschreibt, dass Mitglieder des BR in öffentlichen politischen Debatten, z. B. im Rahmen von „Gesundheitsausschusssitzungen“ der Stadt, wo sich „die entsprechenden Dezernenten, [...] fürs Personal [positionieren]“, Diskussionen anregen und Politik machen, z. B. mit der Frage: „[I]st das [...] Wertschätzung von Personal, wenn man einen Sanierungstarifvertrag abschließen will, oder wenn man Leute in NGG-Tarif bringen will?“ (I16, BR, 89).

Das Mobilisierungspotenzial der Arbeitnehmer_innen und der Öffentlichkeit ist aufgrund struktureller Bedingungen (vgl. Tab. 34 in Abschn. 5.4.2, Punkt II und V) hoch. Zum einen aufgrund von Deutungsschemata, in denen wirtschaftliche Ziele nicht die höchste Priorität darstellen: Einzelne IPs beschreiben, dass eine Kommune als Trägerin neben wirtschaftlichen Zielen auch gemeinwohlorientierte, d. h. sozialpolitische Ziele verfolge (z. B. I19, BR, 85; I1a, B, 85; I20, GF, 17). Diese Zielpluralität eröffnet Verhandlungsspielraum, weil der BR einer IP zufolge, bezogen auf Konsolidierungsprozesse, in denen Beschäftigte entlassen werden sollen, immer auf die soziale Verantwortung hinweisen könne, was den öffentlichen Kontext besonders mache (I1a, B, 85). Somit müsse sich jede politische Partei mit der legitimen Diskussion um den (politischen und finanziellen) Wert der Arbeitsplätze in der Region auseinandersetzen und diese Frage beantworten (I1a, B, 89). Da eine rein betriebswirtschaftliche Argumentation nicht hinreichend sei, sei Führung entsprechend anspruchsvoller als im privaten Kontext (I1a, B, 90). Zum anderen ist das Mobilisierungspotenzial aufgrund der Erwartung an eine öffentliche Arbeitgeberin, finanzielle Engpässe auszugleichen, hoch. Einer IP zufolge besteht bei den Beschäftigten die Erfahrung, dass

„[W]enn es nicht mehr gutgeht, dann haben wir irgendeinen, der zahlt. [...] Auch wenn es den nicht gibt möglicherweise. Aber die Idee ist immer dahinter, irgendwo haben wir die öffentliche Hand als Bank, die zahlt, wer auch immer die öffentliche Hand ist“ (I7, GF, 177).

Diese Deutungsschemata verleihen dem Betriebsrat Macht. Einer IP zufolge ist es für Arbeitgeber schwer, „einer Mobilisierungswelle standzuhalten“, wenn „man 100 Leute gehen lassen muss“ (I1a, B, 79). Eine dieser Situation angemessene Reaktion der Arbeitgeberseite sei es, auf die Wirtschaftlichkeitsverpflichtung einer GmbH (I1a, B, 86) und alle Fakten hinzuweisen: „[W]ollen wir nicht, es ist nicht gegen jemand, es ist einfach die Situation, die Realität, der Markt, das Finanzierungssystem“ (I1a, B, 79). Dennoch habe der BR „die Oberhand“ in so einer Situation (I1a, B, 79), weil dieser jederzeit auf die sozialpolitische Verpflichtung der Eigentümerin verweisen könne (I1a, B, 87).

Viertens zeigen die Interviews, dass der Rückzug auf die Schutz- und Kontrollfunktion eine weitere zentrale Strategie des BR ist. Diese Funktionen bzw. Aufgaben sind in § 80

BetrVG definiert. Einige IPs beschreiben, dass es Betriebsräte gebe, die keinen „Gestaltungsanspruch auf Ebene der Gesamtorganisation“ haben (I2a, B, 43), bzw. dass Arbeits- und Gesundheitsschutzthemen (I17, PDL, 168; I16, BR, 155; I24, GF, 193) sowie Datenschutzthemen im Vordergrund stünden (I21, PDir, 253), auch vor Patienten- und Mitarbeiterinteressen (I33, LR, 124), bzw. dass der Betriebsrat „protektionistisch“ sei (I17, PDL, 151). Einige Betriebsratsmitglieder berufen sich einer GF zufolge auf Gesetze und Verordnungen (I24, GF, 181); auch ein/e Betriebsratsvorsitzende_r bzw. begründet sein/ihr Verhalten mit den Regelwerken und mit „dem Auftrag aus dem Betriebsverfassungsgesetz: Der Betriebsrat hat darüber zu wachen, dass niemand benachteiligt, aber auch niemand bevorzugt wird“ (I16, BR, 128). Schützendes Verhalten wird seitens mancher IPs aus dem Management als Widerstand gewertet: Wenn „im tiefsten Brustton der Überzeugung direkt an erster Stelle“ „Arbeitsschutz, Brandschutz, Datenschutz“ als Argumente vorgetragen würden, sei dies ein „Zeichen dafür, dass jemand diese Veränderung nicht möchte und nach einem möglichst einfachen Weg sucht, diese Veränderung zu verhindern“ (I25, ÄDir, 103). Auch fördere der BR das Schreiben von Gefährdungs- bzw. Überlastungsanzeigen, indem er vermittele, dass dies von Haftungsfragen entlaste, was aber „völliger Humbug“ sei, wenn Beschäftigte schuldhaft oder fahrlässig handeln (I31, GF, 27, 42; vgl. I21, PDir, 111). Gefährdungs- bzw. Überlastungsanzeigen seien v. a. ein Ausdruck von Widerstand und ein Mittel, um der GF mitzuteilen, dass eine Überlastung vorliegt und zu wenig Personal da ist (I31, GF, 33). Seitens ver.di gibt es einer IP zufolge eine klare „betriebliche Strategie“, „wo es gegen den Gesundheitsschutz geht. Entweder durch betriebliche Aktionen als ver.di oder eben im Zusammenspiel mit den Betriebsräten und deren gesetzlichen Möglichkeiten“ (I10, GS, 227). Die Argumentation über den Gesundheitsschutz (§ 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG) wird verstärkt genutzt, weil sie im Kampf um mehr Entlastung als wirksamer beschrieben wird als die Argumentation über Dienstpläne (§ 87 Abs. 1 Nr. 2) (Ver.di, 2017a). Ferner sind manche Berater_innen irritiert, dass vielen Betriebsräten die Fantasie fehle, dass Veränderungen auch Verbesserungen von Arbeitsbedingungen mit sich bringen können (I2a, B, 36; vgl. I5, B, 236). Stattdessen würden viele Betriebsräte „bei Veränderungen immer erstmal kategorisch [unterstellen], dass sich Arbeitsbedingungen verschlechtern“, was aber möglicherweise auch durch negative Erfahrungen in der Vergangenheit begründet sei, da die Krankenhauslandschaft lange durch Konsolidierungsprozesse dominiert war (I2a, B, 36).

Fünftens wird in den Interviews die Strategie, zu bremsen und zu blockieren, beschrieben. Vielen IPs zufolge agiert der BR als „Bremse“ (I18, PDir, 280; I5, B, 231), „lähmend“ (I21, PDir, 246), „beharrend“ (I3, B, 80), sich jeder vernünftigen Änderung

entgegenstellend (I33, LR, 119). Er nehme eine grundlegende Abwehr- bzw. Blockadehaltung ein (I11, GF, 92, 133; I2a, B, 43) und sei „in keinster Weise entwicklungsfördernd“ (I18, PDir, 280). Dies zeige sich z. B. in kleinteiligen, lähmenden Fragen bzw. Themen (I21, PDir, 252; I18, PDir, 301), Bürokratisierung (I21, PDir, 158) und allgemein in Zeitverzögerungen (I18, PDir, 286, 299; I5, B, 233; I1a, B, 36; I12, LR, 97; I11, GF, 24). Manche IPs aus der Beratung beschreiben Betriebsräte als „mit die härtesten Partner, die zu gewinnen [sind], Themen ZUMINDEST zu akzeptieren“ (I5, B, 231), bzw. als „Beharrungskräfte“ (I2a, B, 36). Ein/e Betriebsratsvorsitzende_r steht zu diesem strukturkonservierenden, bremsenden Verhalten (I16, BR, 118), während ein/e andere/r kritisiert, dass viele Arbeitnehmervertretungen „damit beschäftigt [sind], das Erreichte zu verteidigen“ (I19, BR, 34), es aber einen Widerspruch darstelle, „dass Gewerkschaften, Betriebsräte sich eher politisch links verorten, aber eigentlich im Handeln stockkonservativ sind“ (I19, BR, 40). Eine Führungskraft führt das Verhalten auf negative Erfahrungen mit Führungskräften zurück, in denen BR „aus Erfahrung gelernt haben ‚da muss ich mal gleich ein Stöckchen beistecken [...] und mal lieber abbremsen‘“ (I21, PDir, 254). Beim ‚Bremsen und Blockieren‘ dienen dem BR seine Beteiligungsrechte (BetrVG) als zentrale Machtmittel, z. B. das Zustimmungsverweigerungsrecht bei personellen Einzelmaßnahmen (§ 99 BetrVG) und das Mitbestimmungsrecht u. a. in sozialen Angelegenheiten (z. B. § 87 BetrVG).¹¹⁹

Manche Betriebsräte nutzen ihre Mittel an anderer Stelle aber auch, um Veränderungen voranzutreiben, die von anderen Akteuren im Unternehmen, z. B. (Chef-)Ärzt_innen, blockiert werden, und wo die GF erforderliche Veränderungen nicht gegen den Widerstand der Chefärzt_innen umsetzt: So beschreibt ein/e Betriebsratsvorsitzende_r (I16, BR, 181 ff.), dass Appelle und Argumente bezogen auf „Hemmnisse [] in Arbeitsabläufen“ und Kosten gegenüber der GF nicht wirksam waren (I16, BR, 187, 200) und der BR deshalb zu stärkeren Mitteln gegriffen habe. Beispielsweise sei die Zustimmung zu einer Einstellung bzw. die Neubesetzung einer zentralen Stelle so lange verweigert worden, bis eine Reorganisation und damit Machtverteilung, gegen den Willen der Chefärzt_innen, erfolgt ist (I16, BR, 189).

¹¹⁹ Das Zustimmungsverweigerungsrecht ermöglicht dem Betriebsrat, eine personelle Einzelmaßnahme nach § 99 BetrVG zu blockieren bzw. zu verhindern, sofern kein Ausnahmefall nach § 100 BetrVG vorliegt (Spreizer, 2017, S. 125). Die erzwingbaren Mitbestimmungsrechte ermöglichen dem Betriebsrat darüber hinaus, gleichberechtigt an Entscheidungen beteiligt zu sein, und geben ihm einen eigenen Spielraum zur Gestaltung. Wenn sich Arbeitgeber und Betriebsrat bezüglich der Umsetzung von Maßnahmen und Entscheidungen im Betrieb nicht einigen, erfolgt das Einigungsstellenverfahren (ebd.).

5.5.2.2 Co-Management-Spiel

Im Rahmen der Strategie des Verhandeln im Kontext des *Bargaining- und Widerstands-Spiels* wurde bereits deutlich, dass alle Beteiligten von Kooperation profitieren können. In diesem Sinne beschreibt auch eine IP, dass „Kooperation [...] einem Haus immer [nutzt]“ und „jede Seite ihre Möglichkeiten wahrnehmen [muss]“ (I6, PR, 44, 48). Dies gilt umso mehr für das *Co-Management-Spiel* (#15) (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b), das sich durch ein kooperatives Vorgehen zwischen den Sozialpartnern und die gemeinsame Entwicklung von Lösungen im Konsens auszeichnet (ebd., S. 143). Dies erfordert, um gespielt werden zu können, aber auch eine Partizipationskultur seitens des Managements (Schwarz-Kocher et al., 2011). Die Analyse der Interviews zeigt, dass dieses Spiel, wenngleich in etwas geringerem Maße als das Bargaining- und Widerstands-Spiel, gespielt wird. Zwänge bzw. Ressourcen sowie Strategien des Betriebsrats sind in Tabelle 45 aufgezeigt und werden, sofern nicht mit Quellen versehen, im Folgenden erläutert.

Tab. 45: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Betriebsrats im Co-Management-Spiel (#15)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Gestaltungsfunktion, (erzwingbare) Mitbestimmungsrechte (BetrVG) „Anpassen“ seitens der GF / Eingehen auf die Interessen des BR; Vertrauensverhältnis und Konsenskultur mit GF, Partnerschaft mit GF, gemeinsame Interessen	1.) Gemeinsam mit dem Management Ideen und Lösungen entwickeln, aktiv mitgestalten, Leitplanken schaffen; das Miteinander betonen, gemeinsame politische Aktionen Abschließen von Betriebsvereinbarungen (z. B. I15, CA, 116; I17, PDL, 162; I16, BR, 153)
Partizipationskultur der GF, Wirtschaftsausschuss; Stärkung der BR seitens der GF Informations- und Kommunikationskanal zur Belegschaft: BR kennt Stimmung, Problemfelder Z: Mitbestimmung erfolgt im Gremium / Abstimmung innerhalb des BR-Gremiums erforderlich	2.) Kommunikation, aktive Teilnahme an Projekt- und Lenkungsgruppen Eigene Qualifikation Zustimmung vorbehaltlich der Gremienentscheidung; in Projektgremien thematisierte optionale Entscheidungen mit Gremium und ggf. Gewerkschaft beraten und abstimmen
Erfordert Kenntnis der Rahmenbedingungen und intellektuelle Fähigkeit zum Mitdenken und Mitgestalten GF, die Rahmenbedingungen vermittelt, Sitze im Aufsichtsrat, MitbestG, Personenidentität im BR und AR	3.) Berücksichtigen der Rahmenbedingungen und Vermitteln der Gesamtzusammenhänge an die Beschäftigten
Verzahnung BR und GS, Ausbildung durch die Gewerkschaft; externe Fach-/Rechtsberatung	4.) Beratung mit Gewerkschaftssekretär_in, externe Fachberatungen und Rechtsbeistand beauftragen, Positionspapier verfassen

Erstens beschreibt ein/e Betriebsratsvorsitzende_r, dass der BR aktiv die Gestaltungsfunktion ausfülle, da dieser, „wenn man sich gestaltend einbringt, [...] einen höheren Gestaltungsspielraum“ habe (I19, BR, 40). Auch IPs aus dem Management beschreiben, dass der Betriebsrat konstruktiv Veränderungen mitgestalte (I27, GF, 233), engagiert sei (I21, PDir, 253) und „in hohem Umfang in vielen Dingen unterstütz[end]“ (I28,

GF, 25). Interviewte Berater_innen berichten von unterschiedlichen Betriebsräten, u. a. auch von „gut aufgestellte[n] Betriebsräte[n], die mit dem Management an einem Strang ziehen, gemeinsam Ideen entwickeln“ (I2a, B, 43), bzw. von einem Personalrat mit „viel Elan [], viel Enthusiasmus“ und der „Bereitschaft, auch Neues zu denken“ (I4, B, 318). Einige GFs beschreiben ein „gutes Miteinander mit dem Betriebsrat“ (I24, GF, 43), eine konstruktive, positive Beziehung (I22, GF, 249) bzw. ein „wahnsinnig gutes Klima“ (I31, GF, 41). Eine Führungskraft beschreibt, dass der Betriebsrat „das Miteinander betont und die Dinge gemeinsam entwickelt und nicht zu sehr auf Formalismen achtet“, aber „wenn man sich sichtbar außerhalb der Norm bewegt“, auch „zur Ordnung“ aufrufe (I23, CA, 188). Damit sei der Betriebsrat, rückblickend auf die letzten Jahre, nicht der Grund für eine ausbleibende Umsetzung von Veränderungen gewesen (ebd.). Vergleichbar beschreibt eine GF, bezogen auf die Arbeitnehmervertretung im Aufsichtsrat, dass „wenn es schwierige Diskussion im Aufsichtsrat gibt, dann sind die nicht vonseiten der Arbeitnehmer“ (I24, GF, 172). Diese Art der Zusammenarbeit wird von vielen IPs aus dem Management sehr positiv bewertet. Eine IP beschreibt, dies sei „Gold wert. Also ich würde mich nicht aufreiben wollen, was ich alles erlebt habe schon, in Positionskämpfen mit dem Betriebsrat“ (I23, CA, 190). Eine Basis für diese Art der Zusammenarbeit ist aus der Sicht einiger GFs, wenn der BR „für sich und für das Unternehmen langfristig Vorteile gesehen hat“ (I28, GF, 25), ein Vertrauensverhältnis zur Geschäftsführung bestehe (I28, GF, 25), auch auf persönlicher Basis (I22, GF, 259; I24, GF, 184), eine Konsenskultur (I28, GF, 83) verfolgt werde und beide Akteure sich als Partner verstünden (I28, GF, 65):

„WIR gestalten gemeinsam die Zukunft, WIR sorgen für sichere Arbeitsplätze, indem wir manche Entscheidungen voranbringen oder zusammen tragen“ (I28, GF, 65).

Die Partnerschaft reicht teilweise so weit, dass gemeinsame politische Aktionen stattfinden (I28, GF, 80; I19, BR, 75), z. B. bezogen auf die Krankenhausfinanzierung:

„Wir [...] sind [...] gemeinsam zu Demonstrationen nach Berlin gefahren oder haben gemeinsam Gespräche im Bundestag mit den Bundestagsparteien geführt, Unternehmen und wir als BR, [...] weil wir da schon ein ganz gutes gemeinsames Verständnis dafür haben, was die Situation im Gesundheitswesen anbetrifft“ (I19, BR, 75).

Auch gemeinsame Interessen, z. B. der sorgsame Umgang mit „Krankenkassenbeiträgen, [] mit dem Geld, was der Gemeinschaft gehört“ (I16, BR, 226), die positive Weiterentwicklung des Hauses und ein ausgeglichenes Ergebnis werden als wichtige Basis beschrieben (I22, GF, 265).

„[Es gibt] einen Konsens, dass das ausgeglichen und nicht defizitär laufen darf. Es gibt vor allem das gemeinsame Interesse und den gemeinsamen Glauben daran, dass es einfach viel Arbeit ist, dass man aber mit Organisation die Dinge regeln kann“ (I22, GF, 265).

Dies verdeutlicht auch, dass im Co-Management-Spiel die Interessen der Beschäftigten und des Betriebs gleichermaßen im Auge behalten werden:

„Es beginnt übrigens bei Worten. Sage ich als Betriebsrat [...]: ‚Ich stelle die Forderung xyz auf‘ oder sage ich [...]: ‚Es wäre schön, wenn wir im Interesse des Betriebes, der Beschäftigten und der Patienten eine Zielorientierung miteinander entwickeln, die die und die Punkte erfüllt.‘“ (I6, PR, 51).

Zweitens nimmt in diesem Zusammenhang auch die Kommunikation vielen IPs zufolge (z. B. I6, PR, 49; I26, BR, 334, 369; I22, GF, 74; I24, GF, 184) einen zentralen Stellenwert ein.

„Um zwischen GF und BR kooperativ zusammenzuarbeiten, muss man reden [...], um herauszufinden, ob man einen gemeinsamen Blick auf die gerade anstehende Situation hat und ob man sich gemeinschaftlich auf Wege verständigen kann, die die Zielerreichung beider Seiten ermöglichen“ (I6, PR, 49).

Dies ist ein wichtiger Aspekt, da die GF so spät informieren könne, „dass Sie NICHTS mehr umsetzen können, nichts mehr bewegen können“ (I26, BR, 369; vgl. I24, GF, 184). Damit sind Co-Management bzw. das Verfolgen gemeinsamer Interessen „auch immer vom Handeln der Gegenseite abhängig. Wenn die Unternehmensseite wenig Bereitschaft dazu zeigt, miteinander zu reden, dann muss man auch anders handeln“ (I19, BR, 77 f.). Einige IPs von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite beschreiben das gemeinsame Interesse an der Mitgestaltung durch den BR und eine intensive Beteiligung (z. B. I19, BR, 75; siehe auch *Partizipations-Spiel*, Abschn. 5.4.6), um ebendiese Mitgestaltung zu ermöglichen: Die Beteiligung erfolge durch umfangreiche und frühzeitige Information bezogen auf anvisierte Veränderungen seitens der GF (z. B. I22, GF, 163) und einen intensiven Austausch – sowohl „hinter verschlossener Tür“ (I26, BR, 370; I6, PR, 47), wo sich eine GF auch gesichtswahrend etwas sagen lasse (I26, BR, 370) bzw. nicht öffentliche Informationen preisgebe (I24, GF, 184), als auch in regelmäßigen Besprechungen wie wöchentlichen *Jours fixes* (I28, GF, 91; I22, BR, 240), Monatsbesprechungen (I22, GF, 245; I24, BR, 43), Wirtschaftsausschüssen (I6, PR, 127; I26, BR, 333) sowie Projektgruppen. So verfolgen einige GFs die Strategie, BR-Mitglieder in Projekt- und Lenkungsgruppen im Rahmen der Projektorganisation in Veränderungsprozessen einzuladen (I24, GF, 191; I22, GF, 475; I26, PDir, 320), was auch von einigen Beratern als sinnvoll erachtet wird (I1a, B, 94; I2b, B, 57; I4, B, 205), u. a. deshalb, weil der BR über „viele Informationen“ verfüge, mehr über die „Stimmung“ im Unternehmen wisse als die Führungskräfte, und die „Problemfelder, [...] die wichtig sind“ kenne (I1a, B, 9), d. h. über zentrales Organisationswissen verfüge. Zwar könne die Auseinandersetzung mit den Argumenten des BR in Projektgremien dazu führen, dass die Gremien länger dauern, es mache die Lösung aber im Zweifel auch besser und führe dazu, andere Sichtweisen besser zu verstehen (I1a, B, 94 f.). Wichtig ist einer/m Berater_in zufolge die aktive statt nur beobachtende Teilnahme des Betriebsrats (ebd.) – was wiederum nicht alle Betriebsräte präferieren, weil, wie ein/e Betriebsratvorsitzende/r erklärt, Mitgestalten auch Mitverantworten heißt, und somit Entscheidungen, die für Teile der Belegschaft negativ sind, mitgetragen werden müssen (I19, BR, 40). Auch werden Vorschläge seitens des BR aktiv erbeten und in Veränderungsvorhaben

integriert, sodass die Interessen und die Perspektive des BR berücksichtigt werden können (I27, GF, 180; I26, PDir, 320 ff.). Viele IPs sind sich einig, dass der beiderseitige Respekt vor dem Menschen und vor seiner Rolle (z. B. I6, PR, 155; I26, BR, 322, 369; I16, BR, 214; I7, GF, 417; I11, GF, 155; I22, GF, 80), der Fokus auf die Sachebene (I16, BR, 213; I26, BR, 322), das gesichtswahrende Agieren (I26, BR, 370) und der beidseitige Gewinn wichtige Aspekte im Co-Management sind, wozu beide Seiten aktiv beitragen (können):

„Man kann auch gegenseitig profitieren, und wenn man den Weg findet, ist das gut“ (I22, GF, 76).

Eine bewusste Stärkung des BR kann einzelnen IPs zufolge bspw. erfolgen, indem das Management „auch mal was zugibt. Also, wenn sie was gut gemacht haben, können sie sagen, okay, nach Ansehen des Betriebsrats ist nochmal überlegt worden“ (I26, PDir, 323), oder indem man Dinge, auch wenn diese ohnehin erfolgt wären, als einen Erfolg des BR verkauft (I28, GF, 51). Weil die rechtliche Mitbestimmung weiterhin zwischen GF und BR und nicht in den Projektgruppen stattfindet (I2b, B, 57), sind die Repräsentant_innen des BR-Gremiums gezwungen, die in den Projektgremien thematisierten Lösungsansätze auch in ihrem Gremium zu legitimieren, und können nur „vorbehaltlich der Gremienberatung“ zustimmen (I1a, BR, 101), bevor sie dies im Rahmen der formalen rechtlichen Mitbestimmung tun. Auch hier kann das Management unterstützend agieren, indem es sich, wie eine IP beschreibt, darauf einlasse, wenn der BR sich „nochmal dort und dort besprechen“ wolle, bevor eine Entscheidung fällt (I23, CA, 193).

Drittens erfordert die Mitgestaltung von Veränderungen auch die Kenntnis der Rahmenbedingungen, eine bestimmte Fachexpertise und kognitive Fähigkeiten seitens des BR. Manche IPs nehmen es als Herausforderung wahr, dass nicht alle BR-Mitglieder die Rahmenbedingungen kennen (I28, GF, 62) bzw. „diese Sachen in der Tiefe durchdringen“ (I28, GF, 63; I6, PR, 158). Eine/r Berater_in zufolge ist folglich die Förderung eines starken, fähigen und strategisch denkenden Betriebsrats sinnvoll, damit dieser als Gesprächspartner unterstützen könne und ein „echtes Miteinander [zu] diskutieren“ möglich sei (I1a, B, 9). Dazu trägt manche GF beispielsweise bei, indem sie die Rahmenbedingungen erläutert (I28, GF, 61). An gemeinsamer Gestaltung interessierte Betriebsräte erkennt man einer GF zufolge daran, dass sie offen für die Erläuterung der Rahmenbedingungen seien und diese Gesamtzusammenhänge an andere weitertragen (I28, GF, 61 ff.). Auch das Herstellen eines Zusammenhanges „zwischen den Krankenkassenbeiträgen, die die Arbeitnehmer abdrücken, und dem, was im Gesundheitswesen finanziert wird“, gehöre bspw. dazu (I6, PR, 82). Hilfreich in diesem Zusammenhang ist einer IP zufolge, wenn „Personenidentität“ in Aufsichtsrat und Betriebsrat bestehe, weil so Gesamtzusammenhänge besser verstanden würden (I28, GF, 97). Ferner

beschreibt eine IP aus dem BR, dass sie sich selbst weitergebildet habe, um im Wirtschaftsausschuss sprachfähig zu Themen wie Bilanzierung sein zu können (I26, BR, 333).

Viertens erlebt ein/e Berater_in, dass viele GFs den BR zum „Formalgremium“ stilisieren und „dass der Betriebsrat nicht wirklich ernst genommen wird“. Er/Sie ist der Auffassung, dass die GF sich mehr um eine „produktive Kooperation mit dem Betriebsrat“ bemühen solle, „damit man bestimmte [vermeidbare] Formalkonflikte, [...] auch vermeidet“ (I1a, B, 5) – auch wegen der starken Verzahnung des BR mit ver.di: Verschiedenen IPs zufolge holen sich Betriebsräte, die bei ver.di organisiert sind, dort Expertise (I28, GF, 104) bzw. Rat zu bestimmten Themen im Kontext von Veränderungsprozessen (I1a, B, 12) und erhalten, teilweise vermittelt über ver.di, auch externen Rechtsbeistand und (Fach-)Beratung (I28, GF, 105; I24, GF, 189; I4, B, 318; I11, GF: 24); überdies ziehen manche Betriebsräte den/die zuständige Gewerkschaftssekretär_in in BR-Sitzungen hinzu (I24, GF, 178; I11, GF, 146). Ferner beschreibt ein/r Berater_in, dass ver.di den Personalrat beraten und dieser ein „Positionspapier“ verfasst und somit maßgeblich Einfluss auf den Veränderungsprozess genommen habe (I4, B, 318). Eine andere IP beschreibt, dass ver.di Projektgruppen initiiere, um in Verzahnung mit dem BR Veränderungen anzustoßen (I18, Dir, 355). Hinzu kommt, dass Betriebsräte, die bei ver.di organisiert sind, einer IP zufolge „gut ausgebildet“ würden, „auch ein Stück weit auf Ideologie“, „Konflikt und Kampf“ (I1a, B, 5); dies spiegelt sich gewissermaßen auch darin, dass Co-Management von manchen Gewerkschafter_innen als „Schimpfwort“ (I9, GS, 263) gesehen wird. Co-Management ermöglicht es einer IP zufolge auch, den BR als Kommunikationskanal in die Gewerkschaft zu nutzen: So sei im Fall eines drohenden Streiks die Kenntnis des „Hinterland[es]“ hilfreich, um bestimmte Informationen zu transportieren und in Aushandlungsprozesse zu treten (I1a, B, 65). Diese Beziehung ermögliche es, „Konflikte bis in die Gewerkschaften hinein“ zu lösen und auch gemeinsam mit dem BR Impulse in die Gewerkschaft zu geben (I1a, B, 11). Aus diesem Grund, aber auch, um mehr Geschwindigkeit in Veränderungsprozesse zu bringen (I1a, B, 12), wird es von einzelnen IPs aus Management und Beratung als sinnvoll bewertet, dass GF, BR und Gewerkschaftssekretär_in gemeinsam Veränderungsthemen diskutieren (I1a, B, 11; I11, GF, 213). Zu guter Letzt wird Co-Management auch in Bezug auf die Beziehung zur Arbeitgeberseite im Aufsichtsrat als wertvoll bewertet, da der Betriebsrat aufgrund seiner Präsenz im Aufsichtsrat die GF „vor den Eigentümern unterstützen oder vorführen kann“ (I1a, B, 16), und ferner als Gewinn für die Beschäftigten beschrieben, da Konflikte, wenn sie länger dauern, nie im Sinne der Beschäftigten seien (I1a, B, 32).

5.5.2.3 Strömungen und Interessenkonflikte

Die Interviews verweisen überdies auf zwei spezifische strukturelle Bedingungen im Kontext der Betriebsratsarbeit: auf unterschiedliche Strömungen und auf Interessenkonflikte im BR.

Strömungen. Zunächst beschreiben viele IPs als zentrales Strukturmerkmal, dass der BR „gespalten“ sei (z. B. I26, BR, 313; I24, GF, 172; I29, med. GF, 90), man sich aneinander „sehr reibe“ (I17, PDL, 151) bzw. „Strömungen“ im Betriebsrat (I24, GF, 43) bestünden. Gleiches gelte für Gewerkschaften (I9, GS, 265), was darauf hindeutet, dass die Arbeitnehmervertretung im Allgemeinen durch unterschiedliche Interessen und Denkschemata geprägt ist und, damit einhergehend, unterschiedliche Strategien bei der Durchsetzung ihrer Interessen wählt. Einzelne IPs beschreiben, dass diese Konflikte teilweise so weit gingen, dass innerhalb des BR-Gremiums „Mobbing“ stattfinde (I29, med. GF, 90) bzw. sich BR-Mitglieder innerhalb ihres Gremiums mit Klagen drohten (I24, GF, 186). Unterschieden werden von den IPs, die sich hierzu geäußert haben, hauptsächlich zwei Strömungen, die ich in Anlehnung an die Interviews als a) Reformier und b) Revolutionäre bezeichne und mit den unterschiedlichen Spielen bzw. Strategien in Bezug setze.

Auf der einen Seite beschreiben diese IPs das „Reformerische“ (I9, GS, 265), die „Realos“ (I17, PDL, 162), die „Nachdenklichen, die Reflektierten“ (I6, GS, 60), die „gemäßigt und im Sinne des Unternehmens“ denken (I24, GF, 181), die „Co-Management machen“ wollen und „auch in der Lage [sind], mit Kapitalisten zu reden“ (I9, GS, 265). Die Beziehung zur GF wird von einer IP als vertrauensvoll charakterisiert (I28, GF, 25). Betriebsräte, die tendenziell dieser Seite zuzuordnen sind, leben die Janusartigkeit des Betriebsverfassungsgesetzes, indem sie betonen, dass man „nicht nur zerstören [kann], sondern [] immer Mitarbeiterinteressen und Interessen des Unternehmens in der Waagschale halten und beide Seiten sehen“ muss (I26, BR, 314; vgl. I24, GF, 172), d. h., die Interaktion ist durch Kooperation und eine Kompromissorientierung geprägt. Die Analyse deutet darauf hin, dass ‚Reformer‘ eher Strategien spielen, die in dieser Arbeit dem Co-Management-Spiel und den Bargaining-Strategien im Rahmen des *Bargaining- und Widerstands-Spiels* zugeordnet wurden (vgl. auch I9, GS, 263).

Auf der anderen Seite beschreiben diese IPs das „Revolutionäre“ (I9, GS, 265), die „Hardliner“ (I26, PDir, 313; I6, GS, 164; I14, med. GF, 81), die „Fundis“ (I28, GF, 61), die „Fundamentalisten“, die „Marxisten“ (I4, B, 151), die „Linken“ (I17, PDL, 162), die „sehr linke ver.di-Gruppe, die in meinen Augen vollkommen abwegig ist“ (I24, GF, 172), die „Orthodoxen“ (I29, med. GF, 90), die die „die linke Faust nach oben halten“ und sagen „im

Klassenkampf ist die Differenzierung Krampf“ (I6, GS, 60 ff.), die draufhauen, „diejenigen, die in die Auseinandersetzung gehen, und schreien ‚diese Kapitalisten, die können uns nicht länger ausbeuten‘“ (I9, GS, 265 f.). Den Schilderungen der IPs zufolge besteht der GF gegenüber eher Misstrauen (I21, PDir, 254; I5, B, 236; I11, GF, 116), was sich z. B. in Denkschemata wie „[die] Unternehmensleitung hat immer irgendwas Böses im Schilde“ (I21, PDir, 254) zeigt. Die Interaktion zwischen GF und BR ist eher durch Konflikt und Kampf geprägt: Betriebsräte, die tendenziell dieser Seite zuzuordnen sind, werden als „extrem kämpferisch“ (I11, GF, 124), als Konflikttreiber (I1a, B, 10), als „ideologisch verbohrte, [...] überhaupt nichts an[nehmend], [...] einseitig und [...] zerstörerisch“ (I26, BR, 358) bzw. in „ideologischen Zwängen“ befindlich (I4, B, 153) beschrieben. Dies deutet darauf hin, dass ‚Revolutionäre‘ eher Strategien zeigen, die den Widerstands-Strategien im Rahmen des *Bargaining- und Widerstands-Spiels* zugeordnet sind.

Diese Existenz unterschiedlicher Strömungen wird von den IPs unterschiedlich bewertet. Während die Gespaltenheit von einigen Arbeitnehmervertretungen problematisch gesehen wird (z. B. I6, GS, 60 ff.; I26, BR, 313), hält ein/e Gewerkschaftsfunktionär_in beide Strömungen für erforderlich, um als Arbeitnehmervertretung stark zu sein (I9, GS, 268):

„Am besten funktioniert es, wenn die zusammenarbeiten: wenn vor der Tür derjenige steht, der die Revolution macht und die Barrikade baut, und hinter der Tür mit dem Arbeitgeber derjenige, der das Co-Management machen will, die Verträge aushandelt. Ohne den, der vor der Tür an der Barrikade zündelt, wird derjenige, der hinter der Tür sitzt, wird auch weniger zustande bekommen“ (I9, GS, 268).

Die Kunst bestehe demnach eher darin, „die beiden auch so zusammenzubringen, dass sie sich erstmal nicht gegenseitig bekämpfen“ (ebd.).

Interessenkonflikte. Zudem verweist die Analyse der Interviews auf Interessenkonflikte innerhalb des Betriebsrats: 1.) Beschäftigten- vs. Betriebsinteressen, 2.) Gewerkschafts- vs. Betriebsinteressen, 3.) Betriebsrats- vs. Beschäftigteninteressen sowie 4.) Individual- vs. Kollektivinteressen.

Eine IP beschreibt die der Rolle inhärenten Konflikte anschaulich und zeigt auf, dass dies durchaus als Zwang wahrgenommen wird: „Ich sitze immer zwischen allen Stühlen, aber kann es nie allen recht machen“ (I26, BR, 335). Aus politikorientierter Perspektive verfügen Betriebsräte durch ihren Handlungsspielraum in der Rollenausübung über einen zentralen Trumpf in der Verfolgung ihrer Interessen gegenüber der GF. Die folgenden Beispiele zeigen, wie unterschiedlich Betriebsräte mit (konfligierenden) Interessen umgehen, und dass manche BR weniger einen Interessenausgleich anstreben (siehe Co-Management), sondern eher Teilinteressen fokussieren.

Erstens wird in manchen Interviews von der einseitigen Verfolgung der Interessen der Belegschaft, ohne die Betriebsinteressen im Blick zu haben, berichtet (z. B. I28, GF, 97): der/die Betriebsratsvorsitzende_r wolle „als Partei nur für die Mitarbeiter da sein“ (ebd.), auch wenn die Betriebsratsfunktion intermediär ist, d. h. die Berücksichtigung der Interessen von Arbeitnehmenden und Betrieb (§ 2 Abs. 1 BetrVG) vorsieht.

Zweitens wird in einigen Interviews das Verhalten (von Teilen) des BR beanstandet, der Gewerkschaftsinteressen verfolge, ohne die Interessen des Betriebs und der gesamten Belegschaft im Blick zu haben (I28, GF, 34; I24, GF, 172; I17, PDL, 151, 153; I26, PDir, 345; I14, med. GF, 80). Eine IP, die sich um einen Interessenausgleich bemüht, verweist in diesem Zusammenhang auf die unterschiedlichen Rollen von Betriebsrat und Gewerkschaft:

„Der Betriebsrat sollte ins eigene Unternehmen gucken, ver.di hat da nochmal eine andere Rolle, die müssen natürlich gesamtpolitisch gucken, auf Bundesebene. Natürlich brauchen sie auch Mitstreiter und das habe ich auch nie unterbunden zu sagen, wir machen da auch mit. Aber wir machen keine Dauerbestreikung, weil das MEINEM Unternehmen schadet. Und dafür rufe ich nicht auf“ (I26, BR, 355).

In diesem Interessengegensatz wird deutlich, dass Betriebsräte sowohl betriebspolitische¹²⁰ Denkschemata (im Sinne von: ‚Wir wollen das Beste für die Mitarbeitenden dieses Betriebs erreichen, und den Betrieb erhalten.‘) als auch gewerkschafts- und damit gesellschaftspolitisch¹²¹ ausgerichtete Denkschemata (im Sinne von: ‚Wir wollen das System ändern und nutzen diesen Betrieb, um die Veränderung zu bewirken.‘) haben können. Das Verfolgen von Gewerkschaftsinteressen kann für den BR einen Zwang darstellen, da die GF dies als Trumpf nutzen kann, um die Beschäftigten gegen den eigenen BR zu mobilisieren: So beschreibt eine GF, dass sie sich direkt an die Mitarbeitenden wende und diese Interessenunterschiede vermittele bzw. den Mitarbeitenden sage, diese würden durch den BR oder ver.di instrumentalisiert:

„Da bin ich sehr, sehr vehement, aber dann auch in eine Richtung, wo der Betriebsrat sieht, mein Publikum sind dann die Mitarbeiter, nicht sie. Wo sie dann wiederum gucken müssen, ok, das Publikum könnte jetzt das Gefühl kriegen, wir [der BR] sind fremdgesteuert [durch die Gewerkschaft], wir vertreten externe Interessen, das sind nicht unsere. Ich agiere dann so und sage ‚Was ist unser Interesse? Was ist das Interesse der Mitarbeiter? Ist das das Interesse, was der Betriebsrat gerade vertritt?‘“ (I28, GF, 32; vgl. I1a, B, 35).

Drittens wird in einigen Interviews von der Verfolgung von Betriebsratsinteressen, ohne die Interessen der Beschäftigten im Blick zu haben, berichtet (z. B. I5, B, 233).

¹²⁰ Eine betriebspolitische Ausrichtung zeigt sich in der vordergründigen Fokussierung auf betriebszentrierte Ziele (Greifenstein & Kibler, 2014). Die Handlungen zeichnen sich durch eine Akzeptanz der Rahmenbedingungen, Orientierung an betrieblichen Sachthemen und unternehmenspolitischen Sachzwängen, Unternehmensloyalität und starke Konsensorientierung mit dem Management aus (ebd., S. 112 ff.).

¹²¹ Eine gesellschaftspolitische Ausrichtung zeigt sich in der vordergründigen Vertretung kollektiver Arbeitnehmerinteressen, den Vorstellungen der Gewerkschaften zur Gestaltung von Wirtschaft und Gesellschaft und der Entwicklung kollektiver Gegenmacht zu den Arbeitgebern (Greifenstein & Kibler, 2014). Die Handlungen zeichnen sich durch eine Nähe zu gewerkschaftlichen Normen, Werten und Handlungsansätzen aus (ebd., S. 112).

„Ich bin der Meinung, dass der Betriebsrat die Interessen des Personals vertreten muss, und gelegentlich habe ich das Gefühl, dass sie ihre eigenen Interessen zuallererst sehen, also wie viel [] werden freigestellt“ (I12, LR, 96).

Beispielsweise problematisiert ein BR-Mitglied, dass manche Betriebsratskolleg_innen „manchmal zu rigide und basisfern“ seien (I17, PDL, 171). Die IP beschreibt ein Beispiel, dass „in der Pflege [...] viele das jetzt als sehr gegängelt empfinden“, dass in bestimmten Fragestellungen, bspw., wenn eine Teilzeitkraft in eigenem Interesse¹²² Überstunden machen wolle, „die Hardliner“ im BR dies ablehnen (I17, BR, 164). Eine andere IP beschreibt, dass die Pflegekräfte leistungsorientierte Bezahlung wünschten, der Betriebsrat dies aber ablehne (I26, PDir, 151, 158). Eine weitere Aussage illustriert ebenfalls diesen Interessenkonflikt, indem die IP in Bezug auf das Thema Arbeitszeit anregt, nicht eigene Ideen zu oktroyieren, sondern die Interessen der Arbeitnehmenden zu vertreten:

„Welche Interessen haben die Beschäftigten *WIRKLICH*? Und nicht: Welche Interessen interpretiere ich in sie hinein? Nicht: Welche Interessen definiere ich [...] *FÜR SIE*? Sondern: Was wollen *DIE*? Wie groß soll das Maß von Flexibilität sein? Wie groß muss das Maß Vergütung versus Freizeit sein? Wie sollen Dienstpläne gestaltet sein?“ (I6, PR, 50).

Viertens wird in manchen Interviews auf den Konflikt zwischen Individual- und Kollektivinteressen verwiesen (vgl. auch Ahlene et al., 2014). So sehen es manche BR-Mitglieder selbst als problematisch an, wenn der BR die Interessen Einzelner schützt, damit aber nicht im Interesse des Kollektivs der Beschäftigten agiert wird.

„Ich empfinde es eher zum Teil sehr protektionistisch, Leuten gegenüber, wo man sich vielleicht doch, objektiv betrachtet, von dem einen oder anderen Fall lieber trennen würde. Und sie setzen sich sehr für Leute ein, ohne auf den ganzen Rest, der darunter leidet, zu gucken“ (I17, BR, 151).

Eine GF beschreibt hingegen eine klare Haltung des BR zu „Non-Performern“ aufgrund von Nicht-Können (I22, GF, 505):

„Der Betriebsrat weiß ja auch, dass die Leute dem Kollektiv auf der Tasche liegen. DAS verstehen die, ist nicht schützenswert, als Gut. Also jemand, der morgens stetig zu spät kommt und dem Team auf der Tasche liegt“ (I22, GF, 505).

Einem/r Betriebsratsvorsitzenden zufolge ist es aber nur äußerst selten vorgekommen, dass sich eine Person ohne Grund auf dem Rücken des Kollektivs ausruhe – in diesen Fällen habe er/sie sich bei Kündigungen enthalten und begründet dies folgendermaßen:

„Wenn ich [...] überzeugt war und [...] wusste, dass ein Mitarbeiter es darauf anlegt und auch überhaupt keine Einsicht hat, sodass auch die Kollegen tangiert sind. Da habe ich mich der Stimme enthalten [...] letztendlich sollte das ein Arbeitsrichter prüfen. Und ich bin kein/e Richter_in. [...] Ich bin auch kein/e Anwält_in, und sage []: ‚Ich haue jeden raus.‘“ (I16, BR, 136 ff.).

5.5.2.4 Wählermaximierungs-Spiel des Betriebsrats

Die Analyse der Interviews deutet überdies darauf hin, dass auch manche Betriebsräte ein *Wählermaximierungs-Spiel* (#16) (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b) spielen. In

¹²² „Die sagen auch mal: [...] ‚Ich würde gern lieber mal ein bisschen mehr arbeiten, habe dann im nächsten Monat zwei Tage frei und kann die an den Urlaub dranhängen.‘“ (I17, PDL, 164).

diesem Spiel geht es darum, die Wählerstimmen der Belegschaft zu erhalten, um (wieder) gewählt zu werden und stärkste Fraktion im Betriebsratsgremium zu bleiben bzw. zu werden. Ein handlungsleitendes Interesse dieser Betriebsräte ist einigen IPs zufolge die eigene Wiederwahl (I24, GF, 183; I14, med. GF, 85; I28, GF, 23) bzw. das Interesse an der eigenen Freistellung (I26, BR, 332; I24, GF, 187; I12, LR, 96). Dies wird auch deutlich, wenn der BR, wie eine GF beschreibt, vor Wahlen mehr einfordere, „als wenn die BR-Wahl erledigt ist“ (I28, GF, 65). Einer GF zufolge kommt dieses Interesse insbesondere bei langjährig freigestellten Betriebsräten zum Tragen:

„Der freigestellte Betriebsrat muss gucken, dass er weiter freigestellt bleibt – denn was machen Sie, wenn Sie nicht wiedergewählt werden? Dann müssen Sie zurück in den Betrieb. Und wenn Sie z. B. Handwerker sind und seit 20 Jahren nicht mehr aktiv, da haben die auch keine Lust zu“ (I24, GF, 187).

Ressourcen, Zwänge und mit diesen strukturellen Bedingungen einhergehende Strategien, die diese Betriebsräte in der Verfolgung ihrer Interessen nutzen, sind in Tabelle 46 dargestellt und werden anschließend erläutert.

Tab. 46: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Betriebsrates im Wählermaximierungs-Spiel (#16)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Z: Betriebsrat ist ein Wahlamt	1.) Ins Haus gehen und für sich werben, eigenen Nutzen herausstellen
Z: Wahl erfordert Sichtbarkeit und positive Wahrnehmung durch Wählende	2.) Mobilisieren, indem Interessen der Belegschaft sichtbar vertreten und Interessenkonflikte zur GF verdeutlicht werden, z. B. durch Bauen auf Unzufriedenheit und Treiben von Konflikten
Bereich der Pflege = Kampfkraft	3.) Fokus auf Pflege als Klientel

Erstens besagt „die Demokratie des Betriebsrats“, dass Betriebsräte, um Mehrheiten zu gewinnen, Wählerstimmen gewinnen müssen (I24, GF, 183), da BR ein Wahlamt ist. Dies erfolgt, indem sie „ins Haus gehen und für sich werben“ (I24, GF, 183), d. h., indem sie ihren Nutzen bzw. erlangte Erfolge herausstellen. Um gewählt zu werden, müssen Betriebsräte positiv von potenziellen Wähler_innen wahrgenommen werden. Positiv wahrgenommen wird, wer Nutzen für die Zielgruppe schafft, d. h., wer die Interessen der Belegschaft vertritt. Einer IP zufolge will der BR seine Existenz legitimieren und „immer wieder den Mitarbeitern darlegen, wie wichtig er ist“ (I28, GF, 23).

„Und will vielleicht auch Mitarbeitern gegenüber deutlich machen, ich weiß ein bisschen mehr und ich kann ein bisschen mehr Einfluss nehmen und ich bin der Kämpfer für euch. Nicht die Geschäftsführung – ICH bin der Interessenvertreter. Mich habt ihr zu wählen, ich kümmere mich um die Schwachen, um die, die sonst keine Stimme haben“ (I28, GF, 23).

Zweitens setzen sich dabei einer GF zufolge die Fraktionen des BR durch, „die eher mobilisieren“ (I24, GF, 183), d. h., diese verschaffen sich betriebsintern eine stärkere Position. Um gewählt zu werden, müssen Betriebsräte sichtbar sein bzw. Interessen sichtbar vertreten, und auch Interessenkonflikte müssen sichtbar sein. Einzelnen IPs zufolge bauen manche

Betriebsräte auf Unzufriedenheit (I1a, B, 10; I28, GF, 42), treiben Konflikte und „[poltern] gegen Strukturveränderungen und damit auch oft gegen Geschäftsführung und Aufsichtsrat“ (I1a, B, 10), auch weil eine vertrauensvolle Zusammenarbeit (z. B. I11, GF, 114), die bspw. im Kontext des Co-Management-Spiels erfolgt, zu einer Abwahl des Betriebsrats führen kann:

„Immer wenn man den Höhepunkt einer vertrauensvollen Zusammenarbeit erreicht hat, dann werden diese Betriebsratsvorsitzenden abgewählt, und es kommt jemand her, der wieder mal der Geschäftsführung zeigt, wie man Personalpolitik macht. Und dann fällt das wieder ganz weit runter, was Vertrauen und Misstrauen angeht, dann arbeitet man wieder miteinander, bis man wieder den Höhepunkt hat, und dann geht es wieder runter. Das wiederholt sich so alle 8 Jahre, also zwei Perioden ist das so“ (I11, GF, 116).

Auch in der Mitbestimmungsliteratur wird beschrieben, dass Betriebsräte gezwungen sind, die Interessenkonflikte sichtbar für die Beschäftigten auszutragen, da sie andernfalls Gefahr laufen, dass die Belegschaft den Betriebsrat als zu kooperations- bzw. kompromissbereit erlebt und/oder das Bewusstsein des betrieblichen Interessengegensatzes verliert und der Betriebsrat in der Folge nicht gewählt wird (Schwarz-Kocher et al., 2011).

Drittens betreibt der BR manchen IPs zufolge Klientelpolitik, indem er „Klientelinteressen“ (I1a, B, 10), v. a. die der Pflege (I26, PDir, 345; I1a, B, 4), vertrete. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass im BR einigen IPs zufolge vor allem Menschen mit pflegerischem Hintergrund tätig sind (I7, GF, 399; I28, GF, 42).

„Ein Betriebsrat, der natürlich sehr pflegedominiert ist, sodass dort sehr stark artikuliert wird, was die Pflege alles braucht, wie schlecht die Pflege aufgestellt ist, wie wenig Mitarbeiter wir dort haben, wie groß die Belastung ist – da wird auch schon sehr gejamert und durch den Betriebsrat wird das durchaus verstärkt“ (I28, GF, 42).

In solchen Fällen steht die Ärztl_innenschaft nicht im Fokus (I26, PDir, 350), was auch zu einer ungleichen Behandlung der Berufsgruppen, auch in Bezug auf Personalverfahren, bspw. bei Personalbeschaffung und -auswahl, führe:

„Der Betriebsrat nimmt in der Pflege an Vorstellungsgesprächen teil [...]. Die fordern das aber nicht bei den Ärzten ein – da macht das der Chefarzt in seinem Kämmerchen, da guckt kein Mensch hin [...]. Ich begründe meine ganzen Einstellungen [...] extrem gut [...], weil ich weiß, dass der Betriebsrat das möchte, und wenn man es ihm erklärt, er auch meistens nicht dagegen stimmt [...]. Aber die Chefarzte, die können machen, was sie wollen, die können Fragen stellen, die man nicht fragen darf, da kümmert sich keiner drum“ (I26, PDir, 348 ff.).

In manchen Krankenhäusern gebe es, wenn auch selten, eine „starke Ärztevertretung“ (I26, PDir, 326). Der Fokus auf die Pflege mag auch darauf zurückzuführen sein, dass viele Mitglieder im BR einen pflegerischen Hintergrund haben (I26, PDir, 350) und die Pflege die größte Berufsgruppe¹²³ im Krankenhaus (z. B. I6, GS, 212) und damit die größte Wählergruppe darstellt. Zudem steckt manchen IPs zufolge im Bereich der Pflege „viel Aufmerksamkeit“ und „viel Kampfkraft“ (I1a, B, 5) bzw. erfährt diese gesellschaftlich bzw. politisch aktuell eine höhere Relevanz (I21, PDir, 41). Folglich ist es aus BR-Sicht rational, sich auf die Pflege zu fokussieren, weil dies am ehesten Erfolge verspricht. Einem/r Berater_in zufolge wirkt sich der

¹²³ Der Anteil des Pflegedienstes (in Vollkräften) am Gesamtpersonal beträgt 37% (ÄD 18%, MTD 17%, FD 12%, VD 7%, restliche unter 5%) (Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 27, eigene Berechnungen).

Fokus auf einzelne Berufsgruppen allerdings machtmindernd aus, sodass diese IP den BR in kKH als weniger bedeutsam erlebt als in anderen öffentlichen Organisationen (I1a, B, 4).

Da sich Betriebsräte bzw. konkurrierende Betriebsratslisten im Kontext dieses Spiels in einem politischen Handlungssystem befinden, folgen sie einer politischen Rationalität. Diese verleiht Strategien im Kontext des *Bargaining- und Widerstands-Spiels*, z. B. den Rückzug auf die Kontroll- und Schutzfunktion und einer Konfliktorientierung, wiederum ihre Rationalität.

5.5.3 Konflikte zwischen ökonomischer und medizinischer Rationalität

Wie in den bisherigen Ausführungen geschildert, verhelfen *Wettbewerbs-, Daumenschrauben- und Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* wirtschaftlichen Parametern zu einem höheren Stellenwert, als dies vorher der Fall war. Somit führen diese Spiele auf Ebene des Krankenhauses nicht nur zu einer Mehrbelastung des klinischen Personals und damit dem Widerstand des Betriebsrats, sondern stellen auch die vormalige Alleinherrschaft bzw. Dominanz der medizinischen Rationalität infrage. Dies führt zu Konflikten zwischen ökonomischer und medizinischer Rationalität bzw. zu Konflikten zwischen Akteuren, die ihre Rationalität aus dem jeweiligen Handlungssystem beziehen. Akteure, die ihre Rationalität eher aus dem ökonomischen System beziehen, sind die in Management und Verwaltung tätigen Akteure. Akteure, die ihre Rationalität eher aus dem medizinischen System beziehen, sind die patientennahen Berufsgruppen. Zu diesen gehören, laut Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV), Pflegedienst (PD)¹²⁴, ärztlicher Dienst (ÄD)¹²⁵, medizinisch-technischer Dienst (MTD)¹²⁶ und Funktionsdienst (FD)¹²⁷. Den Konflikt der Rationalitäten illustrierend, beschreibt eine IP Medizin und Gesundheitsökonomie als „de facto fast nicht in Deckung zu bringende verschiedene Sprachen“, was in der „ganz unterschiedlichen Denkweise“ (I23, CA, 155) und unterschiedlichen Interessenlagen (I23, CA, 158) begründet sei. Tabelle 47 zeigt als Ergebnisse der Datenanalyse die wesentlichen Unterschiede zwischen medizinischer und ökonomischer Rationalität (in Anlehnung an die Darstellung unterschiedlicher institutioneller Logiken z. B. durch Thornton et al., 2012). Im Folgenden wird erstens die medizinische Rationalität und zweitens die ökonomische Rationalität genauer erläutert, um zuletzt den Konflikt zwischen beiden kurz zu illustrieren. Dabei liegt mein Fokus primär auf dem ärztlichen Dienst (und

¹²⁴ Dem PD zugehörig sind die Pflegedienstleitung, Pflege- und Pflegehilfspersonal.

¹²⁵ Dem ÄD zugehörig sind Ärzt_innen.

¹²⁶ Dem MTD zugehörig sind u. a. Apothekenpersonal, Diätassistent_innen, Krankengymnast_innen, Physiotherapeut_innen, Logopäd_innen, Masseur_innen, medizinisch-technische Assistent_innen, Psycholog_innen, Sozialarbeiter_innen.

¹²⁷ Dem FD zugehörig sind u. a. Pflegepersonal im OP, in der Anästhesie und in Ambulanzen, Hebammen und Entbindungshelfer, Beschäftigungs-/Arbeits- und Ergotherapeut_innen, Krankentransportdienst.

Tab. 47: Medizinische versus gesundheitsökonomische Rationalität

	<i>Medizin</i>	<i>Gesundheitsökonomie</i>
<i>Interesse</i>	Gesundheit/Heilung, fachliche Kompetenz	Effizienter Einsatz begrenzter Ressourcen und Einhaltung von Gesetzen
	Bestmögliche, maximale Versorgung, koste es, was es wolle	Ausreichende Versorgung (bestmögliche Versorgung innerhalb der Rahmenbedingungen; insbesondere SGB V)
<i>Fokus</i>	Fachliche Tätigkeit (Inhalt)	Organisation und Rahmenbedingungen (Form)
<i>Systemlogik</i>	Entwicklung und Wachstum	Haushalt und Begrenzung
<i>Ethik</i>	Individuum	Organisation, Gesellschaft
	Persönliche Schicksale (1:1-Ethik)	Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität (1:n-Ethik)
<i>Identifikation mit / Orientierung an</i>	Profession (Ärzt_innen)	Gesamtorganisation und systemische Rahmenbedingungen
<i>Autorität</i>	Fachgesellschaften, Berufsgesetze/-verordnungen	Gesellschaftliche und krankenhausspezifische Gesetze; Eigentümerin/Trägerin; Marktgeschehen

sekundär auf den nicht ärztlichen, patientennahen Berufsgruppen) als Vertretung der medizinischen Rationalität und auf der Geschäftsführung als Vertretung der ökonomischen Rationalität.

Medizinische Rationalität. Im medizinischen Handlungssystem ist das oberste Interesse Heilung und die bestmögliche Versorgung. In den Interviews beschreibt eine ärztliche Direktion, dass es den patientennahen Berufsgruppen darum gehe, „Patienten in bestimmten Lebenssituationen zu helfen, durch das, was man beruflich tut“ (I25, ÄDir, 50). Laut Begenau, Schubert und Vogt (2005) ist die Krankheit der Patient_innen handlungsleitend, und therapeutische und diagnostische Konzepte und Handlungsweisen stehen im Vordergrund. Weil immer neue Krankheiten und entsprechende Therapien entdeckt werden, folgt das System einer Wachstumslogik (Riehl, 2015).

Einigen IPs zufolge ist das Interesse der patientennahen Berufsgruppen die bestmögliche (I25, ÄDir, 52) bzw. „optimale“ Versorgung der Patient_innen (I18, PDir, 164) „nach den ganz aktuellen, neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen“ – nicht nur eine „ausreichende“ Versorgung, wie in SGB V vorgesehen (I16, BR, 32). Diese Denkschemata sind auch strukturell bedingt, bspw. durch rechtliche Regelungen. Laut Bundesärzteordnung (BÄO) üben Ärzt_innen einen freien Beruf aus (Hensche Rechtsanwälte, 2018). Aus berufsrechtlicher Perspektive ist es die Grundpflicht aller Ärzt_innen, ihren ärztlichen Heilauftrag zu erfüllen. Nach der BÄO bedeutet dies, „der Gesundheit des Einzelnen und des gesamten Volkes zu dienen“. Ärzt_innen müssen dabei „stets den Regeln der Kunst folgen, also nach aktuellem

medizinischen Standard handeln“, und sind dabei ihrem Gewissen unterworfen (Hensche Rechtsanwältin, 2018, o. S.). Bezogen auf die Pflege beschreiben einige IPs, dass die Pflegeausbildung „für den Idealfall“ ausbilde und „die optimale Versorgung“ lehre (z. B. I21, PDir, 114). Vergleichbar beschreibt eine andere IP mit pflegerischem Hintergrund:

„Krankenpflegeschule[n] [...] bilden für den Idealfall aus. Sie nehmen aus meiner Sicht auch nicht wahr, mit welcher Diskrepanz sie ausbilden oder in welches Loch sie Schüler schicken, was die Ausbildung angeht und was dann auf Station tatsächlich passiert. Meine Arbeitshypothese ist, sie tragen maximal zur Stabilisierung des Ist-Zustandes bei, durch diese Strategie. Aber die ist denen auch nicht bewusst. Die Unterrichtspflegerinnen sind Berufsflüchtlinge. Sind keine Praxisanleiter, sondern vollberuflich in der Schule“ (I9, E, 210).

Die Anforderung, die Arbeit „wirtschaftlich zu gestalten, mit einem Minimum an Sachmitteleinsatz [und] [...] personellem Einsatz“, werde von den klinisch Beschäftigten als sehr einschränkend (I21, PDir, 115) und als „Diktat der Ökonomie“ (I25, ÄDir, 52) erlebt; interviewte Ärzt_innen beschreiben das DRG-System als „Geißel“ (I23, CA, 216) und als „allgemeines Übel“ (I15, CA, 65).

Einer medizinischen GF zufolge folgen Mediziner_innen ferner einer „1:1-Ethik“, was sich darin zeige, dass die Überzeugung besteht, dass „jeweils der Patient, der mir gegenüber sitzt, das Maximale zu bekommen hat. Unabhängig davon, was ich an Aufwand betreibe, und was dann für andere übrigbleibt“ (I29, med. GF, 16). Eine andere GF beschreibt vergleichbar, dass der Fokus von Mediziner_innen auf dem Individuum und dessen persönlichem Schicksal liege (I20, GF, 86), nicht auf einem Kollektiv. Im Rahmen seiner gerechtigkeits-theoretischen Überlegungen nennt Kersting (2002) dies die „maximalistische Versorgungsregel *alles (zum gegenwärtigen medizintechnischen Entwicklungsstand Mögliche) für alle (im medizinisch einschlägigen Sinne Bedürftigen), koste es, was es wolle*“ (ebd., S. 28).

Überdies wird in einigen Interviews weiter beschrieben, dass das Interesse der Ärzt_innen in der fachlichen medizinischen Tätigkeit und in der Qualität der Versorgung liege (I15, CA, 44). Ärzt_innen seien an der kontinuierlichen Weiterentwicklung ihrer fachlichen Kompetenz interessiert (I15, CA, 83), was auch normativ gefordert ist (§ 4 Abs. 1 MBO-Ä). Entsprechend haben Qualifikation bzw. medizinische Kompetenz (I23, CA, 161; I15, CA, 83) und Leistung einen hohen Stellenwert (I5, B, 71), weniger hingegen Effizienz. Dies sind zentrale Charakteristika einer Expert_innenorganisation¹²⁸, wie Mintzberg (2016) sie beschreibt, und auch einige IPs beschreiben das Krankenhaus als Expert_innenorganisation (I20, GF, 130; I25, ÄDir, 30) bzw. bezeichnen es als Besonderheit eines Krankenhauses, dass

¹²⁸ Bei der Charakterisierung des Krankenhauses als Expert_innenorganisation steht in der Regel die Ärzteschaft im Fokus, der Pflege wird allenfalls der Status einer Semiprofession zugebilligt (Iseringhausen & Staender, 2012, S. 187).

es „häufig sehr hochentwickelte Berufe [sind], die da tätig sind und die ein besonderes Augenmerk darauf legen, ihre Interessen vertreten zu haben“ (I13, GF, 190).

Eine ärztliche Direktion beschreibt weiter, dass sich die „weißen Dienstarten“, d. h. die Ärzt_innen, als diejenigen erleben, die die eigentliche Wertschöpfung produzieren und erwarten, dass „die Organisation [...] die Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen muss, damit die eigenen beruflichen Wertvorstellungen, Karrieremuster oder was da immer es da noch an Vorstellungen gibt, optimal umgesetzt werden können“ (I25, ÄDir, 30). Diese IP bezieht sich auf ein Buch von Grossmann und Scala (2002), in dem es „um die unterschiedlichen Anforderungen an die Wertesysteme und die Organisation“ gehe und um den „Widerspruch zwischen Fach und Organisation zur Verknüpfung von Inhalt und Form“ (I25, ÄDir, 152). Die (nicht medizinischen) Rahmenbedingungen und die Beschäftigungen mit den daraus resultierenden Anforderungen, bspw. Dokumentation bzw. Kodierung und Organisation, würden vom klinischen Personal als tätigkeitsfremd erlebt und abgelehnt (I25, ÄDir, 54; vgl. I29, med. GF, 136), wenngleich die Dokumentation u. a. aus Haftungsgründen seit Jahrzehnten in der Berufsordnung der Ärzt_innen vorgeschrieben sei (I25, ÄDir, 99). Zudem beschreiben mehrere IPs, dass die Rahmenbedingungen, unter denen die Medizin erfolgen müsse, den patientennahen Berufsgruppen vielfach nicht bekannt seien (I21, PDir, 149; I26, PDir, 38; I17, PDL, 118). Das fehlende Wissen wird darauf zurückgeführt, dass die Rahmenbedingungen „sowohl im Medizinstudium als auch in der pflegerischen Ausbildung eigentlich fast keine Rolle spielen“ und die ausgebildeten Menschen das erste Mal „im Krankenhaus selbst mit den Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit konfrontiert werden“ (I25, ÄDir, 52). Auch in der täglichen Praxis finde „keinerlei Reflektion“ der Rahmenbedingungen statt (I26, PDir, 38). Dieses fehlende Wissen oder das Ignorieren der Rahmenbedingungen führt zu dem, dass die patientennahen Berufsgruppen als „idealistisch“ (I21, PDir, 103; vgl. I19, BR, 23) wahrgenommen werden, und zum anderen zu Konflikten zwischen Vertreter_innen der ökonomischen und der medizinischen Rationalität, weil Einschränkungen in der täglichen Arbeit, obwohl sie aus den Rahmenbedingungen resultieren, ursächlich der GF oder der Verwaltung zugeschrieben würden (I26, PDir, 38). Die Ausführungen deuten darauf hin, dass weder an den Rahmenbedingungen, z. B. rechtlichen und wirtschaftlichen Zwängen, noch an der Organisation der Arbeit Interesse besteht und diese Aspekte folglich nicht oder negativ bewertet in den Denkschemata der patientennahen Berufsgruppen repräsentiert sind.

Ferner deutet die Analyse darauf hin, dass sich Ärzt_innen eher mit ihrer Berufsgruppe identifizieren, weniger mit der Krankenhausorganisation. In manchen Interviews wird beschrieben, dass Ärzt_innen v. a. die ärztlichen Fachgesellschaften als Autoritätsquelle

wahrnehmen (I23, CA, 127) und sich „die ärztlichen Leitungen erstmal als Vertreter ihrer jeweiligen Disziplin verstehen, und das Krankenhaus als zufällige Ansammlung von mehreren Disziplinen“ (I9, GS, 149). Einige IPs beschreiben, dass bei Chefärzt_innen ein „Manufakturdanken“ (I29, med. GF, 141) vorliege, bzw. werden diese als „Handwerker“ charakterisiert (I29, med. GF, 141; I1b, B, 87).

„[Die Chefärzte sind nur im Krankenhaus,] weil sie die ganzen anderen Gewerke nah bei brauchen, damit es für den Patienten gut zusammenarbeiten kann. Und den Chef, den sie dann haben, als Manager, ist für den Handwerkermeister aus seiner traditionellen Sicht heraus gedacht entbehrlich. Er braucht keinen Geschäftsführer. Sein Handwerk läuft trotzdem, in diesem Bilde. Und eine Klinik ist in dem Sinne eine Zusammenfassung von vielen starken Handwerkermeistern“ (I1b, B, 87).

Entsprechend gering ist das Interesse, wie in krankenhausspezifischer Literatur beschrieben, sich in organisationale Kontexte zu integrieren – daraus resultierende Anpassungsleistungen werden als unnatürlich empfunden (Hoppe, 2014, S. 62; Riehl, 2011). Vergleichbar wird beschrieben, dass „organisationsexterne Handlungsorientierungen“ vorliegen, die im Kontext der Berufsgruppe bestimmt sind (Iseringhausen & Staender, 2012, S. 186), bzw. die Berufsgruppe der Ärzt_innen die „Peer-group“ ist (Hoppe, 2014, S. 63).

Ökonomische Rationalität. Im ökonomischen Handlungssystem ist das oberste Interesse der effiziente Einsatz begrenzter Ressourcen und die Einhaltung von Gesetzen bzw. die Integration der Medizin mit anderen Teilsystemen, v. a. den rechtlichen, politischen und finanziellen Teilsystemen: Einige IPs aus dem Management beschreiben, dass unter den „Grundbedingungen der knappen Ressourcen“ (I29, med. GF, 15) mit den zur Verfügung stehenden Gütern ökonomisch, d. h. „haushaltend“ umzugehen sei (I29, med. GF, 13), sodass Leistungsziele und -pläne erreicht und die Kosten im Griff gehalten werden können (I25, ÄDir, 51). Vorherrschendes Denkschema ist demnach, dass Ressourcen begrenzt sind, sodass die Strategie verfolgt wird, diese begrenzten Ressourcen möglichst effizient einzusetzen (wurde ausführlich dargestellt im *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel*, Abschn. 5.5.1.1). In diesem Sinne beschreibt eine IP, dass bis zur Einführung der DRGs teils verschwenderisch agiert wurde:

„Als ich meine Ausbildung gemacht habe, hat keiner gefragt, was kleben Sie da auf die Wunde. Da war das beste gerade gut genug für den Patienten. Es gibt auch heute noch viele, die das für richtig halten. Ich sehe da durchaus auch noch mal ein Wirtschaftlichkeitsgebot. Und das muss auch alles bezahlbar sein. Von daher finde ich es vernünftig, dass ein System eingeführt wurde, was das Ganze etwas begrenzt“ (I21, PDir, 78 f.).

Die Ökonomie folgt damit einer Systemlogik von Haushalt und Begrenzung.

Der Fokus liegt auf der Organisation als Solidargemeinschaft, d. h. der Gesamtorganisation (I11, GF, 241; I32a, LR, 102; I12, LR, 27; I27, GF, 27) innerhalb der sie umgebenden Rahmenbedingungen (I25, ÄDir, 52), da sich ein Krankenhaus nicht „im

luftleeren Raum“ befinde (I25, ÄDir, 69). Im Zentrum des Interesses der Geschäftsführung steht die Qualität der medizinischen Versorgung (I28, GF, 10; I27, GF, 193; I22, GF, 349) sowie Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit (I27, GF, 193; I11, GF, 35; I25, ÄDir, 51; I28, GF, 52). Folglich ist die fachliche Kompetenz der Leistungserbringenden zentral, aber gleichermaßen ist es aus ökonomischer Perspektive aufgrund der normativen Ziele und des ökonomischen Drucks unerlässlich, die Arbeit effizient zu organisieren, was wiederum organisatorische Kompetenz erfordert. Somit haben beide Kompetenzen einen hohen Stellenwert.

Autoritätsquellen der Geschäftsführungen sind die Gesetze, der Markt sowie Aufsichtsrat und Gesellschafterin, wie in den vorangegangenen Abschnitten ausführlich dargelegt wurde. Damit sind, Bezug nehmend auf die institutionellen Logiken gesellschaftlicher Teilsysteme, in der ökonomischen Rationalität gewissenmaßen die Logik von Staat, Markt und Betrieb (in Anlehnung an Thornton et al., 2012) integriert. Die Analyse der Daten weist darauf hin, dass IPs aus der GF und nachgeordnete Führungskräfte eher einem „originären Funktionsbezug“ von Ökonomie folgen und Antworten auf die Frage suchen, „wie unter einem Dach ein ökologischer [sic!] Verbund generiert werden kann, indem alle Beteiligten [...] angemessen zu Geltung kommen“ (Vogt, 2016, S. 304).

Konflikt. Der zentrale Konflikt zwischen medizinischer und ökonomischer Rationalität liegt im Spannungsfeld zwischen dem professionellen, ideellen Anspruch einer optimalen Versorgung, koste es, was es wolle, versus einer ausreichenden, d. h. bestmöglichen Versorgung *innerhalb* der diversen strukturellen Bedingungen, v. a. rechtlicher und finanzieller Zwänge (Abb. 23).



Abb. 23: Konflikt zwischen medizinischer und ökonomischer Rationalität (eigene Darstellung)

Der Konflikt findet zum einen interindividuell statt, d. h. zwischen Akteuren der jeweiligen Rationalitäten, bspw. zwischen Geschäftsführung auf der einen Seite und Pflegekräften und Ärzt_innen auf der anderen Seite (I21, PDir, 109, 114; vgl. I6, GS, 210). Zudem findet der

Konflikt auch intraindividuell, d. h. innerhalb einzelner Akteure, statt, insbesondere wenn diese Führungskräfte im klinischen Bereich sind. So beschreiben interviewte pflegerische und ärztliche Direktionen, dass der auf der einen Seite „sehr hohe [] idealistische [] Anspruch“ und das „auf der anderen Seite [] sehr gerüttelte [] Maß an ökonomischen Möglichkeiten“ „einen hin und wieder mal [zerreißt]“ (I21, PDir, 103) bzw. „schwierig zusammenzubringen“ seien (I25, ÄDir, 52). Dies mache auch Führung sehr anspruchsvoll, weil ständig zwischem dem professionellen Anspruch und der „Realität, dass das Ganze auch bezahlbar sein muss und dass solche Budgets gedeckelt sind“ vermittelt werden müsse (I21, PDir, 103). Dies sei ein „ethischer Konflikt“, da sich der ethische Abspruch sehr oft mit dem unternehmerischen Vorgehen beiße (ebd.). Dies wirke sich derart auf Führung und Veränderungsprozesse aus, dass viele Vorgesetzte gehemmt seien, „was Neues zu beginnen [...], weil sie sagen, dann habe ich wieder diese Riesendiskussion, was sein hätte müssen. Und was ich tatsächlich leisten kann“ (I21, PDir, 105 f.). Auch wenn das Krankenhauswesen einerseits etlichen Regelungen unterliegt (siehe Abschn. 5.3.1, Punkt 3), ist ein zentraler Aspekt eben *nicht* geregelt: Es gibt keine Richtschnur auf Organisationsebene, um in dem Spannungsfeld von ökonomischen und medizinischen Anforderungen zu navigieren, was zu dem beschriebenen Konflikt führt:

„[Es gibt keine] klar definierte Grenze oder einen Regler, wo wir sagen, was soll jetzt ökonomisch entschieden werden und was soll ethisch und was soll medizinisch entschieden werden? Da haben wir die Akteure irgendwann mit alleine gelassen“ (I3, B, 243).

5.5.4 (Chef-)Ärzt_innen

Die Analyse der Daten weist darauf hin, dass der zunehmende Stellenwert wirtschaftlicher Parameter, der sich auch im *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* der GF zeigt, den Widerstand vieler Chefärzt_innen und weiterer Akteure auslöst, die ihre Rationalität aus dem medizinischen Handlungssystem beziehen. Der Widerstand manifestiert sich in unterschiedlichen Spielen zwischen den Akteuren, die ihre Rationalität aus dem medizinischen vs. ökonomischen Handlungssystem beziehen. Chefärzt_innen werden neben der GF von vielen IPs als die erfolgskritischsten Akteure in Veränderungsprozessen wahrgenommen (I10, GS, 93; I3, B, 67; I7, GF, 396; I1b, B, 80; I2a, B, 21; I9, GS, 154). Folglich liegt mein Fokus im Folgenden primär auf den (Chef-)Ärzt_innen. Die Analyse der Daten zeigt, dass Chefärzt_innen, ein *Expertise-Spiel* (Abschn. 5.5.4.1), ein *Spiel der rivalisierenden Lager* (Abschn. 5.5.4.2) (beide in Anlehnung an Mintzberg, 1983) und ein *Einflüster-Spiel* (Abschn. 5.5.4.3) spielen. Die GF reagiert auf den Konflikt zwischen medizinischer und ökonomischer Rationalität und auf die vorhandene Macht der Chefärzt_innen, mit dem Versuch der Integration beider Rationalitäten, was sich im *Integrations-Spiel* (5.5.4.4) zeigt. Die Spiele der Chefärzt_innen eint, dass sie

letztlich Machtkämpfe sind, die von der Frage handeln, welche Rationalität die andere dominiert. Früher, im „goldenen Zeitalter“, könnten Ärzt_innen nahezu ohne politische und ökonomische Kontrolle schalten und walten – aber in Deutschland ist das „goldene Zeitalter“ spätestens mit der Einführung des DRG-Systems zu einem Ende gekommen (Vogt, 2016, S. 282). Mit dem zunehmenden Stellenwert ökonomischer Parameter hat die Position der GF an Gewicht gewonnen (Bijkerk, 2014, S. 13). Manche IPs beschreiben, dass „die Medizin [] schon teilweise ihren Machtverlust in Richtung der Verwaltung, sprich in Richtung der Ökonomen“ erlebe (I5, B, 53). Die GF wird als mächtiger (I9, GS, 162) und, bezogen auf Veränderungen, als offensiver und treibender (I10, GS, 93) beschrieben. Auch andere strukturelle Aspekte verweisen auf eine Veränderung der Machtverhältnisse, z. B. die neueren Arbeitsverträge der Chefärzt_innen (siehe z. B. Krapohl, 2018) oder größere Gehaltssteigerungen der GF und Vorstände gegenüber Chefärzt_innen (Kma & Kienbaum, 2017). Bezogen auf die Veränderung von Status und Einkommen spricht eine IP, allgemein auf den ärztlichen Dienst zielend, von einem „Auszug aus dem Paradies“ (I2a, B, 88).

Durch das Erstarken der Ökonomie wird die vormalige Alleinherrschaft einer professionellen, medizinischen Rationalität ergänzt, indem die ökonomische Rationalität die medizinische Rationalität begrenzt. Auf Ebene der Leistungen führt die Begrenzung dazu, dass der professionelle Anspruch der optimalen Versorgung nicht mehr realisiert werden kann: „Wir können fast alles machen, aber wir können nicht wirklich alles bezahlen“ (I29, med. GF, 15). Das heißt, die Spielregeln der Abstimmung und Entscheidungsfindung haben sich „vom medizinisch Wünschenswerten zum wirtschaftlich Möglichen“ verlagert (Bijkerk, 2014, S. 13). Die damit einhergehende Begrenzung von Autonomie und Kontrolle löst einigen IPs zufolge Angst, Ärger und Widerstand der Ärzt_innen aus (I25, ÄDir, 116, 123; I29, med. GF, 139; I5, B, 45; I20, GF, 128). Letztlich führt die Verschiebung der Machtverhältnisse zu Machtkämpfen bzw. „Machtspielen“ (I1b, B, 83) zwischen Chefärzt_innen und GF, sodass diese Akteure von den IPs als die „natürlichen Feinde“ (I4, B, 182) charakterisiert werden bzw. beschrieben wird, dass „der Mediziner“ mit „dem Kaufmann“ immer noch „ein kleines Problem“ habe (I22, GF, 452), es auf beiden Seiten „große Akzeptanzprobleme“ gebe und beide Seiten abgleichen würden, wer letztlich wem was zu sagen hat, und wer wen akzeptiert (I23, CA, 160).

Auch wenn die GF an Macht gewonnen hat, sind sich zahlreiche IPs aus Management, Beratung und Betriebsrat einig, dass ohne die Gruppe der Chefärzt_innen keine Veränderung stattfinde (I18, PDir, 305; I7, GF, 396, 400; I20, GF, 130; I1b, B, 83; I17, PDL, 264; I16, BR, 181). So wird z. B. beschrieben, dass eine GF „ohne [...] die Chefärzte auf ihrer Seite [...] nichts geregelt [kriegt]“ (I7, GF, 400), weil Chefärzt_innen „unwahrscheinlich viel Macht“

haben und „viel blockieren“ können (I17, PDL, 264; vgl. I16, BR, 181; I1b, B, 83). Manchen IPs aus Pflege und BR zufolge war in manchen Veränderungsprozessen nicht der Betriebsrat „die Blockierer“, „[s]ondern die Chefärzte, die sagen: ‚Wir machen das schon hundert Jahre so. Es ging auch früher ohne. Und das machen wir jetzt auch nicht anders‘“ (I16, BR, 181). Als problematisch wird bewertet, wenn „ein Geschäftsführer sich einfach nicht durchsetzen kann“, und „keiner [] da [ist], der sagt: ‚So, aber ab heute machen wir das anders‘“ (I16, BR, 181); so wäre es „auch gut, wenn die Geschäftsführung [...] auch Ansagen macht, auch, in Anführungszeichen, gegen die Ärzteschaft“ (I17, PDL, 266 f.). Nicht zuletzt, weil das Nicht-Durchsetzen der GF in der Vergangenheit dazu geführt, dass „zigtausend Euro [...] in den Sand gesetzt“ wurden, wenn begonnene Projekte nicht in die Umsetzung gelangt sind (I16, BR, 178).

Die Interessen der (Chef-)Ärzt_innen im Kontext der o. g. Spiele sind einigen IPs zufolge die optimale medizinische Qualität der Versorgung (I15, CA, 44), Personal (I29, med. GF, 140; I15, CA, 44) und die Qualität des Personals (ebd.), „viele Case-Mix-Punkte [...], sodass die eigene Abteilung im Haus gut dasteht“ (I15, CA, 44), Autonomie und Kontrolle (I23, CA, 241; I25, ÄDir, 116, 123; I29, med. GF, 141; I30, OB, 13; I5, B, 45; I1b, B, 83), Macht (I29, med. GF, 139; I5, B, 45; I18, PDir, 201; I1b, B, 83, 92), Geld (I29, med. GF, 139; I7, GF, 402; I18, PDir, 238; I4, B, 188; I1b, B, 92), Ansehen (I7, GF, 403; I18, PDir, 236; I15, CA, 125), Leistung (I23, CA, 159; I5, B, 71), die formale Qualifikation bzw. Bildung als Statusmerkmal (I23, CA, 159), Forschung, um die Habilitation zu behalten (I15, CA, 13), medizinische Kompetenz (I1b, B, 93), sowie eine hochwertige medizintechnische Ausstattung, Vortragsveranstaltungen und Weiterbildungsoptionen für Nachwuchskräfte (I7, GF, 403).

Die Interessen der Geschäftsführungen sind, wie bereits in den vorherigen Abschnitten dargestellt, Wirtschaftlichkeit (I27, GF, 193; I22, GF, 349), die Qualität der Versorgung (I28, GF, 10; I22, GF, 349), Rechtssicherheit, z. B. bezogen auf strukturelle Personalvorgaben (I27, GF, 154) oder auf das Wirtschaftlichkeitsgebot (I24, GF, 107), sowie ein Leistungsklima und Zusammenhalt (I28, GF, 52).

In der Verfolgung ihrer Interessen nutzen vor allem (Chef-)Ärzt_innen und GF diverse Strategien im Kontext der o. g. Spiele, einhergehend mit diversen Ressourcen oder Zwängen, d. h. mit strukturellen Bedingungen. Diese werden im Folgenden in den jeweiligen Spielen tabellarisch dargestellt und teilweise erläutert.

5.5.4.1 Expertise-Spiel

Im *Expertise-Spiel* (#17) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 198 f.) stellt Expert_innenwissen die zentrale Ressource dar. In diesem Spiel wird Fachwissen ausgespielt

oder zurückgehalten, eigenes „Expertentum übertrieben oder vorgetäuscht, Unentbehrlichkeit und Unersetzlichkeit behauptet“, oder es werden externe Berater_innen beauftragt (Neuberger, 1995, S. 196).

Chefärzt_innen. Ressourcen und Strategien, die (Chef-)Ärzt_innen zur Realisierung ihrer Interessen nutzen, sind in Tabelle 48 aufgeführt.

Tab. 48: Strukturelle Bedingungen und Strategien der (Chef-)Ärzt_innen im Expertise-Spiel (#17)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Expert_innenwissen Medizin	„Mit dem Leichentuch wedeln“ (mit Toten drohen)
Z: fehlende Regeln	Bedenkenträger / medizinische oder rechtliche Risiken anführen
Gefährdungsanzeigen	Formale Absicherung

Machtquelle in diesem Spiel ist das medizinische Expert_innenwissen: Aufgrund des Expert_innenwissens und der Verantwortung könne der Mediziner „die Dinge darstellen [], wie es ihm praktisch beliebt“ (I23, CA, 160; vgl. I21, PDir, 108). So werden fachliche Begründungen als eine zentrale Strategie gegenüber der kaufmännischen GF beschrieben (I11, GF, 195), weil diese Begründungen erstens von Nicht-Mediziner_innen nicht durchdrungen und zweitens an verschiedenen Stellen, auch außerhalb des Unternehmens, vorgetragen werden könnten (I7, GF, 458). Einige IPs beschreiben, dass Mediziner_innen ihr medizinisches Expert_innenwissen teilweise nutzen, um „mit dem Leichentuch“ zu wedeln (I23, CA, 160; vgl. I21, PDir, 108) und der GF zu drohen, dass ihr wirtschaftlich orientiertes Handeln zu Toten führe (I25, ÄDir, 45). Mediziner_innen sagen einer IP zufolge bei anstehenden Veränderungen „im Regelfall immer sofort []: ‚Wenn Sie Tote haben wollen, können wir das machen‘“ (I7, GF, 438). In etwas abgemilderter Form werde die Rolle des/der Bedenkenträger_in (I22, GF, 191) eingenommen und gewarnt, dass sich bestimmte Veränderungen negativ auf die Qualität der Versorgung der Patient_innen auswirken könnten (I22, GF, 184) bzw. medizinische Risiken (I11, GF, 184; I22, GF, 191) oder auch haftungsrechtliche Risiken (I25, ÄDir, 125) bestünden. Die Pflege äußert sich einer GF zufolge eher in der abgemilderten Form:

„Die Pflege, die redet zwar nicht von Toten, aber [...] der normale Reflex [ist]: ‚Können wir nicht machen, gefährdet den Patienten.‘“ (I7, GF, 438).

Die Bedenken können vorgeschoben sein, sie können aber ebenso ernst gemeint sein und resultieren in diesem Fall aus dem unter Abschnitt 5.5.3 beschriebenen Spannungsfeld medizinischer und ökonomischer Anforderungen. So verweist eine Pflegedirektion – bezogen auf Führungspersonal in der Pflege – darauf, dass dies kein „Motivationsproblem“ sei, sondern

aus dem Umstand resultiere, dass es „für viele Sachen in der Medizin und auch in der Pflege keine fest vorgegebenen Grenzen“ gebe (I21, PDir, 113). Wenn das Spannungsfeld innerlich nicht aufgelöst werden könne, sei es eine weitere Strategie der am Patienten tätigen Akteure, sich formal abzusichern, z. B. durch schriftliche statt mündlicher Kommunikation und Gefährdungsanzeigen (I21, PDir, 111).

Geschäftsführung. Die GF reagiert hierauf bspw. mit den in Tabelle 49 dargestellten Strategien.

Tab. 49: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführungen im Expertise-Spiel (#17)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Expert_innenwissen Medizin (med. GF) (I25, ADir, 38; I129, med. GF, 18)	Eingehen auf Bedenken (I11, GF, 184; I25, ADir, 42), Gefährdungen „aufdröseln“ und diskutieren (I7, GF, 439)
Verbund/Netzwerk mit anderen Krankenhäusern (z. B. Clinotel, Klinikverbund Hessen (I22, GF, 197, 205))	Gemeinsam mit Bedenkenträger_innen Referenz-Krankenhäuser, die ähnliche Veränderungen erfolgreich vollzogen haben, besuchen (I22, GF, 191)
Zugang zu Benchmarks z. B. über Netzwerk (I28, GF, 43) oder Beratungen (I7, GF, 69)	Mit Benchmarks argumentieren (I7, GF, 69); externe Berater_innen (I28, GF, 214; I7, GF, 69) zurate ziehen

5.5.4.2 Einflüster-Spiel

Die Analyse der Daten führte zur Identifikation des *Einflüster-Spiels* (#18), das von manchen Chefärzt_innen gespielt wird. In diesem Spiel werden der politischen Führung eigene Interessen über verschiedene Kanäle zugetragen. Den Namen des Spiels habe ich, basierend auf der Aussage einer IP, die davon spricht, dass Interessen „eingeflüstert“ werden (I20, GF, 130), gewählt. Als Ausgangslage des Spiels werden Differenzen zwischen GF und Chefärzt_innen beschrieben (I24, GF, 115; I22, GF, 53; I7, GF, 267; I18, PDir, 135), weil bspw. „erhebliche Qualitätsmängel“ (I30, OB, 12) oder ein „Streit über Zahlen oder ein Gerät“ bestehen (I9, GS, 167) oder Restrukturierungen (I31, GF, 223) anstehen und „ein gut vernetzter Akteur [...] gar nicht einsieht, sich bestimmten Vorgaben [...] einer GF zu beugen“ (I30, OB, 13).

Chefärzt_innen. Um eigene Interessen zu realisieren, z. B. Veränderungen zu blockieren oder in ihrem Sinne zu beeinflussen, nutzen Chefärzt_innen die in Tabelle 50 dargestellten Ressourcen und Strategien. Diese werden im Anschluss kurz erläutert.

Tab. 50: Strukturelle Bedingungen und Strategien der (Chef-)Ärzt_innen im Einflüster-Spiel (#18)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Netzwerk und Beziehung zu (politischen) Entscheidungsträger_innen / Gesellschafterin des kKH u. a über Gesellschafts-Clubs	Eigene Interessen bei politischen Entscheidungsträger_innen und den Medien platzieren und damit die öffentliche Meinung beeinflussen
Lokales Renommee und gesamtgesellschaftliche Anerkennung: ‚Götter in Weiß‘ und Professorentitel; spiegelt sich finanziell wider	Verhalten der GF kritisieren Wechsel der Geschäftsführung fordern
Intensiver Kontakt zu Patient_innen → Nähe zu Bürger_innen	Eigene Interessen und Meinung bei Patient_innen platzieren und damit die öffentliche Meinung beeinflussen
Empfänglichkeit der politischen Entscheidungsträger_innen	

Die zentrale Strategie der Chefärzt_innen im Einflüster-Spiel besteht darin, ihre Anliegen bei politischen Entscheidungsträger_innen und/oder den Medien zu platzieren und somit direkt und/oder indirekt auf die Governance-Ebene einzuwirken.

„[...] wenn etwas da gegen den Strich geht, wird die Politik kontaktiert [und als Eigenmacht genutzt] [...] um dann Regelungen zu treffen oder einzugreifen, das ist immer noch sehr, sehr stark. Unglaublich stark“ (I18, PDir, 135 ff.).

Einigen IPs zufolge aktivieren manche Chefärzt_innen, um die eigene „Stellung aufrechtzuerhalten“, ihr „Netzwerk von Akteuren inklusive der Medien“ (I30, OB, 13), d. h., sie nutzen ihre „direkten Kommunikationswege“ und ihren „Zugang zu Entscheidungsträgern“ (I20, GF, 130), zu „Landrat oder OB, je nachdem, wer zuständig ist“ (I9, GS, 167; vgl. I31, GF, 223). Den Entscheidungsträger_innen würden von den Chefärzt_innen Interessen „eingeflüstert“ (I20, GF, 130; vgl. I24, GF, 115) und das Verhalten der GF als „vollkommen indiskutabel“ beschrieben (I9, GS, 167), bis dahin, dass der Abtritt der GF gefordert wird (I31, GF, 205). Diese Einflussnahme funktioniere aufgrund persönlicher Betroffenheit (I24, GF, 115; vgl. I1b, B, 55; I31, GF, 180). Akteure aus Gewerkschaft, Politik und GF bezeichnen dies als „klassische Fehlsteuerung“ durch einzelne Chefärzt_innen (I9, GS, 167; vgl. I30, OB, 12; I22, GF, 53), die häufig erfolge (I1b, B, 55 f.).

Dabei dienen den Chefärzt_innen ihre Netzwerke in die Politik (I1b, B, 55; I31, GF, 180), z. B. durch ihre Mitgliedschaft in Gesellschaftsclubs wie Lions oder Rotary (I31, GF, 223; I22, GF, 53; I9, GS, 167), ihr lokales Renommee und ihre Kontakte zu Entscheidungsträger_innen (I30, OB, 12; I7, GF, 266) als Ressourcen. So beschreibt eine GF, dass „Ärzte [] immer auch gleichzeitig irgendeine Person des gesellschaftlichen Lebens [sind]“ und einer GF „das Leben schwermachen“ können, „gerade weil [] Stadtverwaltung und Oberbürgermeister auf sowas hören“ (I7, GF, 266). Einigen IPs zufolge ist die Verbindung zur Kommunalpolitik noch stärker, wenn die Berufung im Magistrat erfolgte (I18, PDir, 137) bzw. die Chefärzt_innen ihren Arbeitsvertrag noch mit dem Landrat ausgehandelt haben und sie sich

folglich auf einer Ebene mit der GF und nicht der GF unterstellt fühlen (z.B. I27, GF, 63) bzw. dieser de facto auch disziplinarisch nicht unterstellt sind (I31, GF, 184). Auch ihre allgemeine gesellschaftliche Anerkennung (I20, GF, 130; I7, GF, 266; I18, PDir, 100, 238; I1ab, B, 52) dient (Chef-)Ärzt_innen als Ressource. Sozialstudien zeigen, dass Ärzt_innen gesellschaftlich am meisten geschätzt werden (IfD, 2013) bzw. hoch angesehen sind (forsa & dbb, 2016). Wenn zu dem „Mediziner“ noch ein „Professorentitel“ hinzukomme, sei das noch eine Steigerung, weil auch Professor_innen ein sehr hohes gesellschaftliches Ansehen genießen (I7, GF, 263). Diese Anerkennung zeigt sich auch im Sprachgebrauch, wenn Chefärzt_innen in ihrer Funktion, aber ohne Namen angesprochen werden (z. B. „Herr Chefarzt“, „Der Professor“) (z. B. I11, GF, 48). Manager_innen haben hingegen ein geringes Ansehen (forsa & dbb, 2016). Die unterschiedliche Anerkennung spiegelt sich auch finanziell in der Einkommensstruktur, sodass „die Chefärzte wesentlich mehr verdienen als die Geschäftsführung“ (I9, GS, 356) bzw. „die Klinikleitung weit hinter den Gehältern der Chefärzte“ zurückbleibt (Kma & Kienbaum, 2017, o. S.). Ferner werden einigen IPs zufolge Ärzt_innen von vielen Menschen als „Götter in Weiß“ wahrgenommen (I1a, B, 55; vgl. I31, GF, 279; I28, GF, 174) und haben „den Nimbus“ bzw. in manchen Fällen die tatsächliche Macht, „über Wohl und Wehe und schlimmstenfalls über Leben und Tod [zu entscheiden]“ (I29, med. GF, 28). Überdies verfügen die (Chef-)Ärzt_innen über eine weitere Ressource: den intensiven Patient_innenkontakt und damit ihre Nähe zu den Bürger_innen, worüber sie die öffentliche Meinung beeinflussen. So wird beschrieben, dass Ärzt_innen „Patienten oder den Bürger [häufiger sehen] als der Politiker“ (I7, GF, 571); und auch wichtige Entscheidungsträger_innen, wie z. B. der Oberbürgermeister, könnten Patienten sein (I20, GF, 130; vgl. I24, GF, 115; I7, GF, 264). Diese Nähe bzw. diese Verbindungen werden als „großer Unterschied“ zu privaten Trägern beschrieben (I7, GF, 267): „Bei einem privaten Träger [...] sitzt der Vorstand vielleicht in Berlin und sie haben die Klinik in [einer anderen Stadt]. Den interessiert das [...] [nicht], ob der Arzt da irgendwo [...] erzählt hat, sie hätten ihm ins Ohr gekniffen oder nicht [...]. Den interessiert, läuft die Klinik gut“ (I7, GF, 267).

Die Wirksamkeit der Strategie ist maßgeblich von der Reaktion der Adressatin, d. h. der Politik abhängig.¹²⁹ Einigen IPs zufolge sind manche politischen Mandatsträger empfänglich für diese Steuerung ‚von unten‘: „[D]er Landrat meint dann eingreifen zu müssen“ (I9, GS, 167), „dann laufen die Dinge“ (I22, GF, 53). Dennoch wird auch beschrieben, dass diese Dynamiken abnehmen (I22, GF, 53) bzw. im eigenen Haus nicht mehr erfolgen (I24, GF, 124; I31, GF, 224), z. B. weil politische Entscheidungsträger_innen die Fehlsteuerung bzw. diesen

¹²⁹ Die Wirksamkeit der Strategie in Abhängigkeit von der Reaktion der Adressatin ist auch dann der Fall, wenn sich Beschäftigte (siehe Abschn. 5.4.5, Punkt 4) oder der Betriebsrat (siehe Abschn. 5.5.2.1, Punkt 2) an die Politik wenden.

„Bypass“ unterbinden (I11, GF, 188; I12, LR, 49), indem sie auf die formelle Linie, d. h. an die GF als Ansprechpartner_in (I24, GF, 114; I28, GF, 35; I27, GF, 201) bzw. Rollen verweisen:

„Ich kann da Enttäuschungen auch nicht verhindern. Ich sage den Leuten, dass ich Aufsichtsratsvorsitzender und nicht Geschäftsführer bin und ich wäre ein schlechter Aufsichtsratsvorsitzender, wenn ich versuchen würde, Geschäftsführer zu sein. [...] oder dann zu sagen, also gut, wenn ich mit dem Arzt besonders gut kann, dann muss der die und die Ausstattung bekommen. Das wäre wieder der Anfang vom Ende“ (I12, LR, 49).

Geschäftsführung. Auch Strategien der Geschäftsführung tragen zu einer Abnahme der Steuerung durch die Chefärzt_innen bei. Hierzu nutzen einige interviewte Geschäftsführungen die in Tabelle 51 aufgeführten Ressourcen und Strategien.

Tab. 51: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführungen im Einflüster-Spiel (#18)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Kommunikationskanal zu Gesellschafterin und politischen Mandatsträger_innen im Aufsichtsrat; Mitgliedschaft in Gesellschafts-Clubs, z. B. Rotary (I31, GF, 217), kommunalpolitisches Netzwerk	Lobbyarbeit auf kommunalpolitischer Ebene (I22, GF, 139) → Pflege der politischen Landschaft und politische Rückendeckung sicherstellen (siehe ausführlich <i>Strategische-Kandidaten-Spiel</i>)
Wirtschaftlicher Druck (I31, GF, 211; I10, GS, 63; I13, GF, 26); Expert_innenwissen Gesundheitsökonomie und Management (I10, GS, 63)	Verweis auf wirtschaftliche und gesundheitspolitische Zwänge gegenüber Kommunalpolitiker_innen/AR und intern (I31, GF, 211; I10, GS, 63; I13, GF, 26); Austausch der Chefärzt_innenriege (I31, GF, 184)
Direktionsrecht und GmbH-Struktur (I27, GF, 200)	Hinweis auf Rechte und Pflichten im Arbeitsverhältnis gegenüber Chefärzt_innen (I22, GF, 454); CA neu berufen und Unterstellung unter GF (I31, GF, 186; vgl. I29, med. GF, 147)
Beziehung zu Chefärzt_innen	Informelle Vereinbarungen mit den Chefärzt_innen: „dass Dinge, die besprochen werden, im Haus bleiben und dass der Chefarzt per se nicht zum Landrat rennt“ (I24, GF, 113)

5.5.4.3 Spiel der rivalisierenden Lager

Der im Vergleich zu früheren Zeiten zunehmende Stellenwert der Ökonomie im Krankenhaus und die damit wachsende Macht der Akteure, die diese Rationalität repräsentieren, geht mit einem *Spiel der rivalisierenden Lager* (#19) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 204f.) einher. Im Spiel der rivalisierenden Lager bekämpfen sich zwei feindliche Lager (z. B. die „alte Garde“ und die neue Garde) (Neuberger, 1995, S. 197). Im Folgenden stehen solche Chefärzt_innen, die ihre Rationalität *ausschließlich* aus dem medizinischen Handlungssystem beziehen und die Medizin als Maß aller Dinge betrachten als ‚alte Garde‘, und Geschäftsführungen, die eine Integration von medizinischer und ökonomischer Rationalität anstreben, als ‚neue Garde‘ im Fokus.

An dieser Stelle sei nochmals darauf verwiesen, dass nicht alle Chefärzt_innen in dieser Art beschrieben werden. Vielmehr weisen die Interviews auch auf Chefärzt_innen hin, die an Innovation (z. B. I29, med. GF, 71; I7, GF, 442) und Integration (z.B. I23, CA, 173) interessiert

sind. Diese würden die Medizin weiter an erster Stelle sehen, aber die sie umgebenden Rahmenbedingungen akzeptieren und in ihrem Verhalten berücksichtigen (I31, GF, 282), was für ein Ökonomie und Medizin integrierendes Denkschema spricht: Einem/r Chefärzt_in zufolge hat die Ökonomisierung auch ihr Gutes, weil ökonomischer Druck ein Mittel sei, um Dinge besser oder schneller zu verändern – zum Wohle der Patient_innen. Früher habe man für die gleiche Behandlung doppelt so lange gebraucht und die Qualität sei nicht besser gewesen (I15, CA, 51). Überdies wäre auch eine stärkere teilstationäre oder ambulante Leistungserbringung in einigen Fällen funktional (I15, CA, 52). Diese Chefärzt_innen haben zudem eine wertschätzende Haltung gegenüber nicht ärztlichen Akteuren im Krankenhaus: Sie wertschätzen die wirtschaftliche Expertise (I31, GF, 280), suchen aktiv den Dialog mit der GF (I23, CA, 173) und versuchen, alle Rollen im System nachzuvollziehen, und die „Ressentiments“, die „natürlicherweise gegeben“ oder „anerzogen wurden“, herauszunehmen, um in eine positive Beziehung eintreten zu können (I23, CA, 176). Da in den Interviews häufig der Typus der alten Garde beschrieben wurde – auch von den interviewten Chefärzt_innen selbst – und in einer politikorientierten Perspektive gerade auch Antworten auf das Warum von Widerständen gesucht werden, steht im Folgenden der Typus der alten Garde im Fokus.

Die alte Garde der Chefärzt_innen. Aus den Interviews geht hervor, dass die ‚alte Garde‘ der Chefärzt_innen daran interessiert ist, die alten Strukturen und Machtverhältnisse zu wahren, in denen die Medizin die handlungsleitende Rationalität im Krankenhaus war, die Chefärzt_innen das Sagen hatten und damit die eigentliche (informelle) Führung innehatten, während die GF Erfüllungsgehilfe war:

„Das Verhältnis zur kaufmännischen Leitung [...] dieses Alte, man sieht ja das nirgends so gut wie in der Schwarzwaldklinik, wo der Chefarzt sich da gelegentlich den Verwaltungsdirektor ruft und dem sagt, wo es langgeht“ (I31, GF, 280).

Früher machten „die Mediziner [] die Medizin, und die Verwaltung besorgte das Geld“ und es gab „eine klare Aufgabenteilung – der eine war fürs Gute, der andere fürs, ne...“ (I20, GF, 125). Um eigene Interessen zu realisieren, z. B. um Veränderungen zu blockieren oder in ihrem Sinne zu beeinflussen, nutzen diese Chefärzt_innen die in Tabelle 52 dargestellten Ressourcen und Strategien. Die nummerierten Punkte werden anschließend erläutert. Ressourcen und Strategien, die in der Tabelle mit einer Quellenangabe versehen sind, werden nicht erläutert.

Tab. 52: Strukturelle Bedingungen und Strategien der (Chef-)Ärzt_innen im Spiel der rivalisierenden Lager (#19)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Organisatorische Stellung	
– Rolle als Leistungs- und Reputationstragende	1.) Auf eigene Position als Leistungsträger_in reduzieren
– fachliche Autonomie/Berufsrecht; gelebte Praxis: informelle Ausweitung auf die organisatorische Autonomie	2.) Auf ihre fachliche Autonomie berufen; Beharren auf organisatorischer Autonomie
– hierarchische Stellung und fachliche Weisungsbefugnis gegenüber Personal in Abteilung	3.) Strukturierung des Arbeitsfeldes aller in der Abteilung tätigen Personen
Hierarchieorientierung, konsensgestützte Macht: Macht der Chefärzt_innen wird von allen Beteiligten gelebt, gesellschaftliche Leistungsorientierung	4.) Eigene Stellung durch soziale Praktiken verstärken
Formale Qualifikation, Leistungswillen, gesellschaftliches Prestige, fachliche Kompetenz	5.) Abwertung der kfm. GF aufgrund des in der Regel geringeren Bildungsstands und durch weniger gesellschaftliches Prestige
Meinungsführerschaft einiger und im Konfliktfall traditionell Solidarisierung unter Ärzten statt mit der GF (I1b, B, 85); Loyalität untereinander (I7, GF, 448), Schulterschluss einzelner CA (I11, GF, 197)	„Kollegen überzeugen, was zu tun oder zu lassen ist“, Gegenkoalition zur GF (I1b, B, 85; I7, GF, 448) bzw. gegen Veränderung aufbauen (I11, GF, 197)
Kommunikationskanal zu den Beschäftigten in der Abteilung; Führungsposition (I29, med. GF, 77)	„Alles Gute kommt von mir, Chefarzt, und alles Böse kommt von [der Geschäftsführung]“ (I29, med. GF, 77); „Intrigenspielchen“ z. B. über Nicht-Information (I5, B, 62)
Expertenorganisation (I20, GF, 130)	Passive Formen von Widerstand: GF „anrinsen und sagen ‚selbstverständlich‘ und dann [...] umdrehen und weitermachen wie bisher“ (I20, GF, 121, 133); an Arbeitsgruppen nicht teilnehmen (I23, CA, 108), Tätigkeiten in Veränderungsprozessen an Nachgeordnete delegieren (I27, GF, 98; I23, CA, 108), „Ausweichtendenzen“, z. B. Termine nicht einhalten bis zum Verlassen der Situation, z. B. sich „weigern an dem Prozess, an dem Projekt weiter mitzuarbeiten“ (I5, B, 62)

Erstens werden (Chef-)Ärzt_innen von den IPs als zentrale Leistungserbringende (I1b, B, 87; I22, GF, 145; I28, GF, 71) und Reputationsträger_innen beschrieben, da „ein Krankenhaus [...] ganz entscheidend von dem Ruf der Ärzte [lebt]“ (I28, GF, 68). Das heißt, sie haben großen Einfluss auf die Erlöse des Krankenhauses. Diesen Ressourcen entsprechend beschreibt ein/e Chefärzt_in als beliebte Strategie von Kolleg_innen, sich auf die eigene Position als Leistungsträger_in zu reduzieren, wenn keine Bereitschaft für eine Veränderung besteht:

„Das mache ich nicht. [...] ICH verantworte das Leben der Patienten und das Wohlergehen. ICH bin der Leistungsträger. Niemand kommt ins Krankenhaus für den Verwalter, NUR für den Arzt“ (I23, CA, 163).

Zweitens können sich Chefärzt_innen aufgrund ihrer fachlichen Weisungsfreiheit und ihrer ärztlichen Verantwortung in Diagnostik und Therapie jederzeit auf ihre fachliche Autonomie berufen und, wie eine IP beschreibt, mit ihren Behandlungsentscheidungen dafür

sorgen, dass eine Klinik in Schwierigkeiten kommt oder viel Geld verdient (I1b, B, 87). Das den Ärzt_innen obliegende „Definitions- und Behandlungsmonopol“ (Gerlinger & Noweski, 2012b, o. S.) ergibt sich aus dem ärztlichen Berufsrecht, welches unter anderem in der Bundesärzteordnung (BÄO), der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO), im fünften Sozialgesetzbuch (§§ 69 ff.) und den Berufsordnungen der Ärzte (I25, ÄDir, 99) geregelt ist. Akteure der ‚alten Garde‘ beziehen ihre Rationalität ausschließlich aus dem medizinischen Handlungssystem: Einigen IPs zufolge stellen ökonomische Parameter bzw. „die Ökonomisierung“ im Denken „älterer Kollegen [...] ein Tabu“ dar – „die Medizin, die sie sich vorstellen, ist das Maß der Dinge“ (I15, CA, 51). Folglich möchten sie ihre Autonomie wahren und sich „von nichts und niemandem irgendetwas sagen lassen“ (I15, CA, 51). Das Autonomiebestreben bezieht sich aber nicht nur auf die fachliche Arbeit, d. h. auf medizinische Leistungen, sondern auch auf die abteilungsübergreifende Arbeitsorganisation. So sage die „alte Chefarztgeneration“ [...]: „Mir redet hier keiner rein, wann ich morgens im OP stehe. Und wenn es zu viel kostet, dann muss das halt jemand bezahlen.“ (I31, GF, 285).

Drittens ermöglicht ihre hierarchische Stellung (I18, PDir, 172; I24, GF, 164; I17, BR, 272) und ihre fachliche Weisungsbefugnis, die sich auf alle in der Abteilung tätigen Personen erstreckt (I23, CA, 67), den Chefärzt_innen nicht nur, das eigene Handlungsfeld, sondern auch das aller anderen in ihrer Abteilung tätigen ärztlichen¹³⁰ und nicht ärztlichen Personen zu strukturieren. Zwar ist die organisatorische Weisungsbefugnis in der Regel auf die unterstellten Ärzt_innen begrenzt, da die Pflege organisatorisch der Pflegedirektion unterstellt¹³¹ ist (I23, CA, 67; I34, AL, 28). Da sich die Pflege aber durch die fachliche Unterstellung und ärztliche Zuarbeit in ihrer Arbeitsorganisation stark an dem Verhalten ärztlicher Kolleg_innen ausrichten muss (I26, PDir, 165; I23, CA, 38; I17, PDL, 186; I18, PDir, 101), beeinflusst die Arbeitsorganisation der Chefärzt_innen zumindest indirekt auch die Organisation des nicht ärztlichen Personals. So hebt eine IP hervor, dass Chefärzt_innen auch mit ihrer Arbeitsorganisation die wirtschaftliche Leistung des Krankenhauses beeinflussen (I1b, B, 87).

Viertens verstärken manche Chefärzt_innen ihre Stellung im Krankenhaus durch soziale Praktiken, wie ein Zitat eines Arztes in einem Zeitungsartikel illustriert:

„Das sehen sie an der Visite sehr genau, denn die Schreitens-Ordnung, der Vorantritt in der Visite gilt selbstverständlich dem Ranghöchsten und ganz hinten macht die Schwester die Tür zu. Und so sehen sie, dass der ganze Pulk sich so schwenkt und so drängt, dass der Chef vorne geht und alle versuchen, wie im Fluss umeinander rumzukommen, so dass die Gruppenformation erhalten bleibt. [...]“ (Schneider & Kölbl, 2016).

¹³⁰ Strukturierungshilfen, d. h. Ressourcen innerhalb der Ärzteschaft, sind bspw. „Einsatzpläne“, „Bewertungen“ und die alleinige Weiterbildungsbefugnis (I17, PDL, 270).

¹³¹ Wenngleich es Ausnahmen in der Unterstellung der Pflege geben kann, z. B. ist diese in der Notaufnahme dem/der leitenden Ärzt_in unterstellt (I23, CA, 69; I34, AL, 28).

Wie bereits in dem Zitat deutlich wird, ist diese Macht konsensgestützt, da sie von anderen mit verliehen wird. Auch beschreiben manche IPs aus Ärzteschaft und Pflege, dass eine Betonung der Hierarchie stattfindet und die „Macht und Wortgewalt [...] [und] Deutungshoheit“ der Chefärzt_innen „von allen Beteiligten [] auch so gelebt“ werde, sodass sich „das Ganze immer wieder am Ende des Tages auf eine Figur“ verdichte (I23, CA, 120). Das zeigt sich auch darin, dass Chefärzt_innen, wie einige IPs beschreiben, nicht nur von den fachlich und organisatorisch unterstellten Ärzt_innen, sondern auch von dem fachlich, aber nicht organisatorisch unterstellten nicht ärztlichen Personal als „der wahre Chef“ wahrgenommen werden (I21, PDir, 156; I29, med. GF, 48). Als mögliche Ursache für die starke Hierarchieorientierung führt eine IP die Leistungsorientierung in der deutschen Bevölkerung, in Abgrenzung zu anderen Ländern, an. Diese Leistungsorientierung könne sehr gut in Hierarchien abgebildet werden, weil der Aufstieg ausweisbar sei; dies beginne bereits bei der Titulierung (I23, CA, 135).

„Das ist sehr wichtig, dass man nicht nur Facharzt genannt wird, sondern eben Oberarzt und vielleicht auch erster oder leitender Oberarzt, geschäftsführender Oberarzt. Also da gibt es unheimlich viele Begrifflichkeiten. Und dann ist man Chefarzt oder eben doch nur leitender Arzt“ (I23, CA, 135).

Dies sei auch kulturell bedingt (I23, CA, 135), was auch eine andere med. GF beschreibt:

„Wir [Anm.: gemeint sind wir Deutschen] sind Plakettendenker. Wir denken, wenn er die oder die Plakette hat, dann kann er das“ (I29, med. GF, 23).

Die Hierarchie spiegele sich auch finanziell wider und gehe einher mit „Macht und Wirksamkeit“. Dies sei allerdings „sehr stark auf die formale Kompetenz konzentriert, fraglich [ob gleichermaßen] auf die inhaltliche“ (I23, CA, 135). Da durch Titel auch Kompetenzen attribuiert werden, sind zwei mächtige Ressourcen – hierarchische Position und Wissen – vereint.

Fünftens wird von einigen Chefärzt_innen und medizinischen GFs beschrieben, dass sich diese Chefärzt_innen als höherwertig erleben, aufgrund ihrer „formalen Qualifikation“:

„Der ehemalige Geschäftsführer, der hat sich selbst in seiner Abschlussrede auch dargestellt und sagte, er ist der Hauptschüler gewesen, der sich über die Zeit so weiter qualifiziert hat. Ein Mediziner, der hat mindestens Abitur“ (I23, CA, 161),

aber auch aufgrund ihres „Leistungswillens“ und ihres gesellschaftlichen Prestiges (I23, CA, 159, 161; vgl. I29, med. GF, 25). Solche Chefärzt_innen akzeptierten nicht, sich von einem „formal Minderqualifizierten, um es mal höflich zu formulieren“, sagen zu lassen, was man zu tun habe, „und das Ganze ohne einen medizinischen Blickwinkel“ (I23, CA, 159). In diesem Sinne beschreibt eine med. GF als „Riesenproblem“, dass „der Chefarzt per se [] eigentlich niemanden neben sich [anerkennt] – außer vielleicht den Kollegen in der Fachgesellschaft“ (I29, med. GF, 124). Die unterschiedliche Wertigkeit spiegelt sich auch in Sprachbildern wider. Die IP beschreibt „starke Beharrungstendenzen“ der „alten Chefarzttriede“, die den „Verwaltungsfuzzi“ an ihren „weißen Westen abgleiten“ lasse (I29, med. GF, 71). Eine IP aus

der Beratung verdeutlicht, warum es in ihren Augen rational ist, dass sich Chefärzt_innen Veränderungen, die häufig mit der Abgabe von Macht an die GF einhergehen, widersetzen: Der „typische Chefarzt“ akzeptiere „Stärke“, folglich müsse die GF

„mindestens genauso stark sein wie die stärksten in der Machtkoalition, die die Macht haben. Weil, warum sollte jemand einem, der scheinbar schwächer ist als ich selber, Macht abgeben? Das ist doch nur für das System gefährlich. Das ist rational, das ist Selbstschutz – ich geb’ doch keiner Pfeife die Macht; zugespitzt“ (I1b, B, 93).

Der Widerstand sei auch ein „Test für die GF“: Diese müssen den Test „gut und klug aushalten“, um „Augenhöhe“ zu beweisen und zu zeigen, dass sie alle diese „Spielchen“ kennt und die Fähigkeit hat, diese in einer entspannten Manier einzuordnen (I1b, B, 94).

Die neue Garde: die Geschäftsführungen. Aus den Interviews geht hervor, dass die ‚neue Garde‘, die Geschäftsführungen, daran interessiert sind, die alten Strukturen und Machtverhältnisse dahingehend zu verändern, dass neben der medizinischen Qualität auch die Wirtschaftlichkeit handlungsleitend ist. Um eigene Interessen zu realisieren, z. B. um Veränderungen zu realisieren, nutzt die GF die in Tabelle 53 dargestellten Ressourcen und Strategien. Die nummerierten Ressourcen und dazugehörige Strategien werden im Anschluss erläutert, solche, die direkt mit Quellen versehen sind, nicht.

Erstens ist die Geschäftsführung gegenüber den Chefärzt_innen organisatorisch bzw. disziplinarisch weisungsbefugt (I22, GF, 209). Wie Krapohl (2018) ausführt, untersteht der/die Chefärzt_in laut Arbeitsvertrag regelmäßig der ärztlichen Direktion bzw. der GF einer Einrichtung. Die organisatorische Weisungsbefugnis wird von den GFs und Berater_innen jedoch als „schwaches Mittel“ (I1b, B, 96) bewertet, das selten verwendet werde, weil „Anordnung relativ wenig bringt“ (I27, GF, 101) bzw. in einer Expert_innenorganisation (I20, GF, 130), in der das Expert_innenwissen eine zentrale Ressource darstellt, „überhaupt nicht erfolgreich ist“ (I20, GF, 85). Die formale Macht der GF durch ihre höhere hierarchische Stellung sei „der Machtkoalition“ der Chefärzt_innen im Zweifel egal (I1b, B, 96), da diese nicht nur „das Interesse, sondern auch die Fähigkeit haben, Sachen zu verändern, wenn sie es wollen und [...] die Fähigkeiten, etwas zu verhindern, wenn sie es nicht wollen“ (I1b, B, 83). Dennoch werden auch Anordnungen gelegentlich genutzt (I22, GF, 209; I31, GF, 270) in Bezug auf übergeordnete Themen (I28, GF, 196), und vom Letztentscheidungsrecht Gebrauch gemacht (I24, GF, 164).

Zweitens haben sich die Arbeitsverträge der Chefärzt_innen in den vergangenen Jahren aufgrund des wirtschaftlichen Drucks vorteilig für die GF entwickelt (Krapohl, 2018). Chefärzt_innen sind arbeitsvertraglich zu einem „zweckmäßigen, wirtschaftlichen und sparsamen Umgang“ mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen und zur Zusammenarbeit

Tab. 53: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung im Spiel der rivalisierenden Lager (#19)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
1.) Organisatorische Stellung (Direktionsrecht) Z: Expert_innenorganisation	Anordnungen (wenig)
2.) Chefärzt_innen sind Angestellte und somit an bestimmte Regeln gebunden; Arbeits-/Dienstvertrag	Auf arbeitsvertragliche Verpflichtungen hinweisen und auf Rechte der Geschäftsführung z. B. laut Entwicklungsklausel beziehen
3.) Verantwortung für / Verfügung über finanzielle Mittel, keine Tarifgebundenheit bei Chefärzt_innen	Auf finanzielle Verantwortung zurückziehen; Anreize setzen, z. B. Beförderung, Gehaltsanstieg, medizintechnische Geräte, Bewilligung von Vortragsreisen
Kontrolle über Regelkommunikation; Gespräche mit mehreren Beteiligten; Benchmarkzahlen, Ivena ¹ (I28, GF, 196) Controlling-Berichte über Leistungsentwicklung der Abteilungen (I24, GF, 45)	Rückzug auf formelle Position / „Ich verantworte alles. Die Kasse muss am Ende des Tages auch noch stimmen“ (I23, CA, 166). Strategiegespräche mit Chefärzt_innen und weiteren Beteiligten, Bezug auf Benchmarks, bzw. z. B. mittlere Verweildauer, Abmeldungen, Produktivität im Vergleich zu Wettbewerbern (I28, GF, 196); bei Dingen, die für alle Beteiligten offensichtlich sind, Gruppendynamik nutzen, um zur Veränderung zu motivieren (I28, GF, 208)
Konkurrenz zwischen Abteilungen (I27, GF, 98)	Wettbewerb zwischen Abteilungen eröffnen (I7, GF, 317)/ Konkurrenzsituationen nutzen (I27, GF, 98)
Z: fehlende Kompetenz der Chefärzt_innen bezüglich Führung, Organisation, Projektmanagement (I28, GF, 211; I22, GF, 214; I22, GF, 270)	Dem/der Chefärzt_in Unterstützung anbieten durch Coach (I28, GF, 213), externe Beratungen (I28, GF, 214), internes Projektmanagement (I28, GF, 215), Besuch/Einladung anderer Krankenhäuser (I28, GF, 217), gemeinsame Entwicklung von Führungsgrundsätzen (I29, med. GF, 78)

¹ Elektronisches Steuerungsinstrument, das nachweist, welche Kapazitäten (nicht) zur Vergütung stehen.

mit anderen Akteuren im Krankenhaus, insbesondere der GF, dem leitenden ärztlichen Direktor, den leitenden Abteilungsärzt_innen und der Leitung des Pflegedienstes verpflichtet (ebd., o. S.). Letztlich sind Chefärzt_innen ‚normale‘ Angestellte und somit an bestimmte Regeln gebunden. Eine Strategie der GF ist folglich, auf die arbeitsvertraglichen Pflichten hinzuweisen: „[E]rklären, wie das ist. Ganz freundlich. Mit dem Dienstvertrag“ (I22, GF, 454). Bezogen auf anvisierte Veränderungen kann sich die GF insbesondere auf die Entwicklungsklausel im Arbeitsvertrag beziehen, die sich laut Brümmer (2014) in den letzten Jahren verändert hat. Diese legitimiert die GF, abteilungsinterne und -übergreifende Restrukturierungen und Reorganisationen vorzunehmen, auch ohne die Zustimmung der Chefärzt_innen. Die Entwicklungsklausel besagt, dass es dem Krankenhausträger, der durch die GF vertreten wird, vorbehalten ist, sachlich gebotene organisatorische oder strukturelle Veränderungen im Benehmen mit dem/der Ärzt_in vorzunehmen. Es obliegt der GF z. B., strategisch zu entscheiden, wie groß eine Abteilung ist, welche Leistungen angeboten werden etc., sofern dies im Rahmen des Krankenhausplans zulässig ist. Die fachliche Autonomie bzw.

Eigenverantwortlichkeit der Chefärzt_innen bezieht sich laut Bundesärzteordnung (BÄO) in einem Anstellungsverhältnis auf das eigenverantwortliche Handeln in dem Moment, in dem der/die Ärzt_in dem/der Patienten/in gegenübersteht (Hensche Rechtsanwälte, 2018), d. h., sie ist auch begrenzt auf diesen Kontext.

Drittens zeigen die Interviews, dass die GF ihre Verfügung über finanzielle Mittel für Anreize, Belohnungen und Sanktionen nutzt. Dies ist bei Chefärzt_innen (und auch nachgeordneten Oberärzt_innen) u. a. aufgrund ihrer in der Regel außertariflichen Vergütung (I28, GF, 72) – im Gegensatz zu den meisten anderen Angestellten, die tariflich vergütet werden – möglich. In „Machtspielen“, „wo man auch verhandeln kann“ (I2b, B, 69), stellt z. B. eine GF Chefärzt_innen in Aussicht, „was am Vertrag“ zu machen (I7, GF, 457; vgl. I5, B, 218), sie zu „ärztlichen Direktoren“ zu befördern (I7, GF, 457), medizintechnische Geräte als Belohnung für gute Mitarbeit anzuschaffen (I7, GF, 403), bzw. sie droht, diese nicht anzuschaffen, wenn die Leistung nicht erfolgt (I2b, B, 69). Ferner wird beschrieben, dass z. B. Zielvereinbarungen abgeschlossen (I24, GF, 151; I29, med. GF, 11; I5, B, 218) und Vortragsreisen bewilligt würden (I7, GF, 403).

Aufgrund der Macht der Chefärzt_innen verfolgt die GF weitere Strategien, um Veränderungen umzusetzen, insbesondere politische Change-Management-Strategien, die im Abschnitt zum *Strategische-Kandidaten-* und zum *Partizipations-Spiel* erläutert wurden, z. B. Koalitionsbildungen und umfangreiche Beteiligung, aber auch stärker ‚zwingende‘ Strategien, wie die Kopplung von Leistungen an Personal, wie im Abschnitt zum *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* erläutert wurde. Darüber hinaus setzt die GF vor allem auf psychosoziale, aber auch auf andere Strategien, die im Folgenden erläutert werden.

5.5.4.4 Integrations-Spiel des Managements (Medizin und Ökonomie)

Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass viele Akteure aus dem krankenhausinternen Management auf den Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie und den damit einhergehenden Widerstand der (Chef-)Ärzt_innen und anderer patientennaher Berufsgruppen mit einem *Integrations-Spiel* (#20) reagieren. In diesem Spiel geht es darum, *Medizin und Ökonomie* zu integrieren, statt sie gegeneinander zu stellen. Der Name des Spiels basiert auf den Strategien der Akteure und wird von der GF und nachgeordneten Führungskräften, die an einer Integration dieser beiden Welten interessiert sind, verfolgt. Ressourcen und Strategien, die die Akteure zu diesem Zweck nutzen, sind in Tabelle 54 dargestellt. Die nummerierten Strategien und die dazugehörenden Ressourcen bzw. Zwänge werden im Folgenden erläutert.

Tab. 54: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung und nachgeordneter Führungskräfte im Integrations-Spiel (bezogen auf Medizin und Ökonomie, #20)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Gemeinsames Interesse von Politik, GF und Mitarbeitenden/BR an kommunaler Trägerschaft (I28, GF, 164) und Behandlungsqualität (I25, ÄDir, 69)	Übergeordnete gemeinsame Interessen/Ziele finden, die es ermöglichen, tiefer liegende Konflikte auszutragen und daran ausrichten (I28, GF, 157; I22, GF, 35; I1a, B, 98; I25, ÄDir, 69)
Akzeptieren, dass sowohl der Spagat zwischen Ökonomie und Medizin als auch Veränderungen Dauerzustand sind (I21, PDir, 190, 194)	Vermitteln der politischen Rahmenbedingungen und der Veränderungserfordernisse an die Beschäftigten auf eine konstruktive Art und Weise (I21, PDir, 190, 194)
Ein höherer Ressourcenverbrauch steht nicht automatisch mit einer höheren Qualität im Zusammenhang	1.) Eine qualitative Verbindung von Medizin und Ökonomie aufzeigen; Fokus auf Patient_innenwohl und Organisation; dabei Bedürfnisse der Beschäftigten im Blick haben
Gute Organisation ermöglicht bessere fachliche Entwicklung und Reputation	2.) Vorteile einer guten Organisation aufzeigen, insbesondere für die hochwertige Ausübung der Profession
Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Sprachfähigkeit Expert_innenwissen Gesundheitsökonomie und Recht (SGB V, KHG, HKHG), Gerechtigkeits- und Verteilungsethik Z: Bedürfnisse Gesellschaft, begrenzte Ressourcen, Fachkräftemangel	3.) Sachverhalt aus verschiedenen Perspektiven bzw. systemisch betrachten; Perspektivenerweiterung durch Perspektivenübernahme von a) Patient_innen, b) Finanzierenden, c) Beachtung der Zwänge Interprofessionelle Regelkommunikation
Innere Haltung/Offenheit der beteiligten Akteure; Kenntnis alternativer Verhaltensmuster	4.) Offene Haltung einnehmen, aufeinander zugehen und Dialog pflegen; neue Verhaltensmuster erlernen (I23, CA, 162, 165, 179, 185)
Verfügung über Ressourcen (Geld, Personal, Infrastruktur) (I23, CA, 209)	Weiterbildung im konträren System; bzw. Chefärzt_innen in gesundheitsökonomischer Weiterbildung unterstützen; Ressourcen bereitstellen (I23, CA, 152, 209)

Erstens zeigen die Interviews, dass eine Strategie darin besteht, den konfliktären Dualismus von Medizin und Ökonomie aufzulösen, indem beide Systeme qualitativ verbunden und integrativ betrachtet werden: So argumentieren einige IPs aus dem Management, dass ein höherer Ressourcenverbrauch nicht automatisch mit einer höheren Qualität in Zusammenhang stehe (I14, med. GF, 90; vgl. I15, CA, 51), bzw. dass Qualität und Ökonomie nicht im Widerspruch zueinander bestehen, sondern sich gegenseitig bedingen bzw. ergänzen (I14, med. GF, 11; I13, GF, 230; I29, med. GF, 15; I4, B, 33; I8, M, 115). Eine IP aus der Beratung argumentiert auch mit dem Einhergehen von Wirtschaftlichkeit und medizinischer Qualität privater Krankenhäuser: Diese lieferten für weniger Geld gute Medizin und gute Qualität und verdienten mehr daran (I1b, B, 47). Einige IPs betonen explizit den Zusammenhang von „Ökonomie und Patientenwunsch“, die „häufig konform“ gingen (z. B. I26, PDir, 206). Um dies zu illustrieren, betrachtet eine ärztliche Direktion die Interessen der Patient_innen:

„Wenn ich nur die Interessen meiner größten ‚Kundengruppe‘ in das Zentrum meines Handelns stelle [...], dann ergibt sich daraus eine Arbeitsweise, die man, aus einem anderen Blickwinkel betrachtet, auch als Diktat der Ökonomie betrachten könnte, was es aber gar nicht ist [...]. Die Patienten erwarten [...] eine möglichst gute Qualität, sprich [...] Behandlungsergebnis. [...] Jeder erwartet, dass das Krankenhaus sein gesundheitliches

Problem am besten komplett löst [...]. Also am besten reingehen, gesund werden und wieder rausgehen, und das in möglichst kurzer Zeit. Wenn ich mich an diesen Erwartungen des Patienten konsequent orientiere, dann werde ich in aller Regel auch mit begrenzten Ressourcen in einem Gesundheitssystem [...] zurechtkommen. Nicht bezogen auf jeden Einzelfall, aber das muss auch nicht so sein“ (I25, ÄDir, 58 f.).

Auch andere Geschäftsführungen legen den Fokus bewusst nicht primär auf Wirtschaftlichkeit, sondern betonen, dass diese entstehe – durch medizinische Qualität und zufriedene Patient_innen, wie im obigen Zitat, aber auch durch gute Organisation, Zufriedenheit der Beschäftigten sowie Innovationen und Investitionen (I22, GF, 349, 354; I24, GF, 62 ff.) Dies verdeutlicht noch einmal, dass nicht ‚nur‘ Patient_innen, Medizin und Ökonomie, sondern auch Beschäftigte betrachtet werden (sollten) (I2a, B, 90; vgl. I21, PDir, 128).

Zweitens wird die Strategie beschrieben, dass die GF den Nutzen der Organisation für alle Beteiligten herausstellt und eine Gesamtsicht einnimmt: Ein/e Berater_in formuliert, dass die Chefärzt_innen „erst [] erkennen [müssen], [...] dass es ihnen nutzt, eine starke GF zu haben“, die auf „Entwicklungsrichtung“, „Strategien“ und „Ressourcenoptimierung achtet – für alle, und nicht gegen den Einzelnen“, sodass „im Sinne des Systems“ „alle besser[werden]“ (I1b, B, 88). In diesem Sinne erläutern auch Grossmann und Scala (2002) die Strategie, die Wichtigkeit der Organisation für die qualitativ hochwertige Ausübung der Profession herauszustellen. Die Qualität der medizinischen Arbeit ist wesentlich von der Organisation abhängig, da ein gut organisiertes Umfeld eine bessere fachliche Entwicklung und Reputation ermöglicht (ebd., S. 27).

Drittens ist es eine Strategie, Veränderungen anzuregen, indem andere Perspektiven eingenommen (z. B. Patient_innen, Finanzierende, Leistungserbringende/Personal) bzw. Sachverhalte aus der Vogelperspektive, d. h. systemisch betrachtet und unterschiedliche Rationalitäten erklärt und nachvollzogen werden (z. B. Ökonomie, Medizin, Politik) (I24, GF, 76; I25, ÄDir, 69; I13, GF, 226). Dies erfordert die Fähigkeit, andere Perspektiven zu übernehmen und nachzuvollziehen (z. B. I24, GF, 76; I23, CA, 153) und diesen sprachlich Ausdruck zu verleihen (I23, CA, 152). Diese systemische Betrachtung impliziert die Berücksichtigung mehrerer Akteure und ihrer Handlungssysteme sowie gesellschaftlicher und rechtlicher Zwänge. Dabei kristallisieren sich vor allem drei Varianten heraus.

In Variante a) wird die Perspektive von potenziellen Patient_innen eingenommen, die einer Behandlung bedürfen. Manche GFs lösen die in der Medizin dominante 1:1-Ethik in eine 1:n-Ethik auf, indem sie den Blick von einzelnen Patient_innen und der Maßgabe, diese maximal versorgen zu müssen, auf all jene erweitern, die noch einer Behandlung bedürfen, die aber nicht direkt vor dem/der Ärzt_in oder der Pflegekraft sitzen oder liegen (I29, med. GF, 16; I22, GF, 349). Eine GF formuliert es folgendermaßen gegenüber den Beschäftigten:

„[...] was ihr bei dem einen Patienten zu viel ausgebt, das steht bei den nächsten 5.000 Patienten nicht mehr zur Verfügung [...] schön, dass ihr in der Notaufnahme alles machen wollt, aber überlegt, der nächste Rettungswagen kommt. Und wenn ihr hier abmeldet und denkt, gut, wir sind abgemeldet, sollen sie woanders hinfahren, dann führt das möglicherweise dazu, dass der Weg für jemand anders zu lang ist. Und dann ist der tot [...] ihr müsst euch nicht BIS ZUM EXZESS um die Patienten kümmern. Die müssen VERNÜNFTIG VERSORGT werden, aber die anderen, die da draußen sind, die haben auch ein Recht, hier reinzukommen“ (I22, GF, 349f.).

Eine medizinische GF setzt einen noch globaleren Betrachtungsrahmen an:

„Verschwendung ist unethisch und Ökonomie soll Verschwendung verhindern. Und genau dieses Denken ist in der Medizin noch nicht überall angekommen. [...] Mein Standardbeispiel dafür ist die Stammzelltransplantation. Wenn sie einigermaßen läuft bei einem allogenen Setting, kostet die 250.000 €. Und dann die Frage, wie viel Leben, die sie damit durchaus retten, könnten Sie, wenn Sie das woanders einsetzen, retten? Und da ist die Frage der Verhältnismäßigkeit. Und das sind alles ärztliche Fragen, die wir uns stellen SOLLTEN, und die kann man nicht alleine medizinisch beantworten. [...] Und deshalb braucht die Medizin die Ökonomie, wenn man Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten möchte oder anstrebt“ (I29, med. GF, 17).

In Variante b) wird die Perspektive der Akteure eingenommen, die durch ihre Sozialabgaben die Leistungen finanzieren. Viele IPs aus Beratung, Arbeitnehmervertretungen und Management sehen Wirtschaftlichkeit bzw. Effizienz im Sinne eines achtsamen Umgangs mit Ressourcen als ethisch geboten, weil die Gesundheitsleistungen im Krankenhaus über „öffentliche Mittel“, d. h. das Geld der Arbeitnehmer_innen und Arbeitgeber_innen, finanziert werden (I2a, B, 11; I3, B, 8; I21, PDir, 77). Manche IPs mit gewerkschaftlichen Hintergrund beschreiben, dass „Daseinsversorgung [] gesellschaftlich finanziert“ und „wirtschaftlich [] organisier[t]“ werden müsse (I9, GS, 355), damit die Kosten „in einem Rahmen bleiben [], der gesellschaftlich akzeptiert“ ist, „denn wenn die Beiträge zu den Sozialversicherungssystemen von der Bevölkerung insgesamt nicht mehr akzeptiert werden, ist das ein Todesstoß für das System als solches“ (I6, GS 190), denn „irgendwann reicht auch die Kraft einer Gesellschaft nicht mehr, wenn man alles Geld versteuert“ (I9, GS, 355). In ähnlichen Worten äußert sich eine GF hierzu:

„Ich bin der festen Überzeugung, dass wir was falsch machen, wenn kommunal immer gleich heißt: subventioniert. Dann fahren wir die kommunale Idee damit an die Wand. So wie jedes Solidarsystem an die Wand fährt, wenn es nicht irgendwo noch in der Balance ist“ (114, med. GF, 95).

Die Ausführungen verdeutlichen, dass aus ökonomischer Sicht eine optimale Versorgung, die die Rahmenbedingungen nicht mitberücksichtigt, auf Dauer auch vor dem Hintergrund der Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität nicht realisierbar ist. Somit stellen die Gesetze, die das Zusammenleben der Gemeinschaft derart organisieren, dass alle Beteiligten angemessen zur Geltung kommen, und vorschreiben, dass „nur“ eine „ausreichende“ Leistung (§ 12 SGB V) erfolgen soll, sowohl Zwang als auch Ressource für Akteure im Management dar.

In Variante c) wird auf die diversen strukturellen Zwänge Bezug genommen: die „unbegrenzten Bedürfnisse, individuell, als Gesellschaft, als Gruppe“¹³² auf der einen Seite,

¹³² Ausdruck dieser Bedürfnisse sind z. B. das „Anspruchsdenken“ (I15, CA, 100) bzw. die „Konsumwünsche“ (Offermanns, 2011, S. 5) und die „Kundenbedürfnisse“ (Dilchert, 2012) der Patient_innen und der Fakt, dass

und die begrenzten Ressourcen auf der anderen Seite lösen einer IP zufolge (I29, med. GF, 15) einen „Zwang zum Wirtschaften“ aus. Somit müsse geklärt sein, wie Allokation und Distribution im Gesundheitssystem geregelt sind. Dabei liege der Fokus auf den Ärzt_innen:

„Der Arzt ist derjenige, der die Distribution macht. Und damit tut er, was er angeblich ablehnt, nämlich wirtschaften. Er entscheidet über die Verteilung knapper Ressourcen. [...] Insofern gibt es keinen Unterschied zwischen Ökonomie und Medizin, sondern die gehören zusammen. Vor dem Hintergrund der Verteilungsgerechtigkeit“ (I29, med. GF, 15 f.).

Hier schließt sich der Kreis zu dem oben vorgestellten ersten Argument, dass Medizin und Ökonomie qualitativ verbunden seien. Einige IPs adressieren in diesem Zusammenhang, neben der Knappheit finanzieller und medizintechnischer Ressourcen (I29, med. GF, 16), auch personelle Ressourcen, d. h. den Mangel an Fachkräften (z. B. I22, GF, 265; I17, PDL, 219; I26, PDir, 41; I2a, B, 88; I14, med. GF, 54). Solche systemischen Zusammenhänge, z. B. zwischen medizinischen Leistungen, Personal und Finanzierung, werden einer IP zufolge u. a. in interprofessionellen Formaten der Regelkommunikation erläutert (I26, PDir, 81). Hierbei dienen gesundheitsökonomisches und -politisches Expert_innenwissen sowie rechtliche Normen, die diese unterschiedlichen Aspekte adressieren, als Ressource (v. a. SGB V, KHG, HKHG).

5.5.5 Patientennahe Berufsgruppen

Die durch das *Wettbewerbs- und das Daumenschrauben-Spiel* ausgelöste Mittelknappheit, der daraus resultierende Überlebenskampf der Krankenhäuser, die darauf im Kontext des *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiels* angestoßenen Veränderungsprozesse sowie weitere politisch-wirtschaftlich-rechtliche Veränderungen lösen *Budget-Spiele* (in Anlehnung an Mintzberg, 1983) zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal aus (Abschn. 5.5.5.1). In diesem Kontext sind auch *Abgrenzungs-Spiele* zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst sowie zwischen unterschiedlichen ärztlichen bzw. pflegerischen Fachrichtungen zu sehen (5.5.5.2). Auf diese reagiert das Management mit einem weiteren *Integrations-Spiel* (Abschn. 5.5.5.3).

5.5.5.1 Budget-Spiele zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst

Die Analyse der Interviews zeigt, dass es durchaus hervorragende Zusammenarbeit z. B. zwischen Pflegedirektion und ärztlicher Direktion bzw. Chefärzt_innen gibt, die beiderseits gewollt ist und gelebt wird (z. B. I23, CA, 68; I26, PDir, 263). Weitaus häufiger deutet die

deutsche Patient_innen Gesundheitsleistungen im europäischen Vergleich überproportional in Anspruch nehmen (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2017, S. 14).

Analyse jedoch darauf hin, dass Herausforderungen in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen bestehen. Begrenzte Ressourcen führen einer IP zufolge zu einem „Verteilungskampf“¹³³ (I28, GF, 40) zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal, d. h. zu *Budget-Spielen* (#21) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 197 f.). In diesen verfolgen die Akteure das Interesse, die eigene Position zu wahren bzw. auszubauen, um „mehr zu kriegen – mehr Stellen, mehr Raum, mehr Ausstattung, mehr Ressourcen jedweder Art, vor allem mehr Geld“ (Neuberger, 1995, S. 196) – und damit mehr Macht. Einige IPs beschreiben, dass der ärztliche Dienst und der Pflegedienst um Ressourcen ringen, z. B. in Form von „Finanzen, die nur einmal da sind“ (I26, PDir, 132), bzw. Stellenanteilen (I18, PDir, 117; I26, PDir, 121). Es gehe um die Frage „Wer macht was? Und wer darf was abrechnen?“ (I16, BR, 66), aber auch um die hierarchische Stellung, die damit einhergehenden Kompetenzen (I26, PDir, 111; I29, med. GF, 49) und den gesellschaftlichen Status (I18, PDir, 236). *Budget-Spiele* können z. B. durch Veränderungsprozesse, die eine Umverteilung von ärztlichen Tätigkeiten auf die Pflege beinhalten, ausgelöst werden.¹³⁴

Sowohl die Gruppe der Ärzt_innen als auch die Gruppe der Pflegekräfte ist in Bezug auf ihre Interessen und Strategien divers: Es gibt Ärzt_innen, die an Machtabgabe interessiert sind und sich hierfür aktiv einsetzen. So beschreibt bspw. ein/e Chefärzt_in, dass er/sie sich aktiv für eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe und damit eine Aufwertung der Pflege einsetzt und diese auch selbst lebt (I23, CA, 127). Auch eine ärztliche Interessenvertretung, der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), setzt sich hierfür ein. Genauso beschreiben manche IPs, dass es auch Pflegekräfte gebe, die mehr Macht bzw. die mit der Macht einhergehende Verantwortung ablehnen (I29, med. GF, 42, 44 ff.; I18, PDir, 104). Als mögliche Gründe für die Ablehnung von Macht werden genannt: lange Verweildauer im Beruf, Angst vor der neuen Verantwortung und Scheuen des antizipierten Mehraufwandes durch die Weiterentwicklung (I18, PDir, 104 ff.).

Der Fokus liegt im Folgenden auf den an Machterhalt interessierten Ärzt_innen und den an Machtgewinnung interessierten Pflegekräften, da diese Konstellation über alle IPs hinweg häufiger beschrieben wurde und eine Abflachung des Machtgefälles sehr schwer zu sein scheint. Im Folgenden sind zunächst die Interessen, die strukturellen Bedingungen und Strategien solcher Ärzt_innen illustriert, und im Anschluss die solcher Pflegekräfte.

¹³³ Der einer IP zufolge auch durch einen pflegedominierten Betriebsrat begleitet wird (I28, GF, 40).

¹³⁴ Analog deuten die Interviews auf ein Budget-Spiel *innerhalb* der pflegerischen Berufe hin, z. B. bei der Verlagerung pflegerischer Tätigkeiten von „examierten“ Pflegekräften auf Krankenpflegehilfskräfte (I29, med. GF, 56, 61).

Ärzt_innen. Interessen der Ärzt_innen sind in diesem Spiel der Erhalt von Macht durch den Erhalt von Stellen (I18, PDir, 117), des Hierarchiegefälles (I26, PDir, 111; I29, med. GF, 49), der damit einhergehenden Kompetenzen (I29, med. GF, 56), des Monopols auf Heilung (I29, med. GF, 49) und des gesellschaftlichen Status (I18, PDir, 236), aber auch, einer IP zufolge, im Gegensatz zur Pflege, mehr und interessanter Patient_innen, um sich fachlich weiterzuentwickeln (I15, CA, 83). Die Analyse zeigt, dass die Akteursgruppe der Ärzt_innen davon profitiert, dass die Beziehung zwischen Ärzteschaft und Pflege aktuell durch ein starkes Machtgefälle zugunsten ersterer charakterisiert ist, was sich in unterschiedlichen strukturellen Bedingungen zeigt. Diese Bedingungen stellen für Ärzt_innen Ressourcen, für die Pflegekräfte hingegen Zwänge dar. Sie versetzen Ärzt_innen und Pflegenden in unterschiedliche Ausgangslagen in verschiedenen Spielen. Ressourcen und damit einhergehende Strategien der Ärzteschaft sind in Tabelle 55 dargestellt. Nummerierte Ressourcen und Strategien werden im Folgenden ausführlicher erläutert, solche, die bereits in der Tabelle mit einer Quellenangabe versehen sind, werden nicht weiter erläutert.

Tab. 55: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Ärzt_innen im Budget-Spiel (#21)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Ärzt_innen sind auf Geschäftsleitungsebene durch med. GF repräsentiert; die Pflege ist oft der med. GF unterstellt	Vorrangige Vertretung der ärztlichen Interessen (vor pflegerischen Interessen)
2.) Arbeitsorganisation im Krankenhaus nach dem medizinischen Modell Z: unzureichende Standardisierung von Prozessen	Anordnungen an Pflegekräfte und Kontrolle; Funktionalisierung der pflegerischen Tätigkeiten nach med. Bedürfnissen
3.) Weisungs- und Delegationsbefugnis gegenüber nicht ärztlichen Mitarbeitenden; rechtlich umfassende Definition ärztlicher Tätigkeiten Medizinisches Expert_innenwissen	Formelle und informelle Delegation der Tätigkeiten an Pflegekräfte, Widerstand gegen Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch die Pflege Medizinische Begründungen
4.) Medizin hat Monopol auf Heilung, gesellschaftliche Anerkennung	Verteidigung des Monopols auf Heilung
5.) Geschlechterverhältnis, Denkschemata, Sprache, Sozialisierung der Berufsgruppen, Berufskleidung	Erwartung, dass ‚die Schwester dem Arzt dient‘
6.) Obrigkeitsdenken der Pflegekräfte	Überheblichkeit und Herabschauen auf die Pflegekräfte
Ärzt_innen sind im G-BA repräsentiert und haben mächtige Interessenvertretungen, die Pflege nicht (I17, PDL, 252; I18, PDir, 209; siehe Abschn. 5.3.1); Vergütung (siehe Verteilungsproblematik Abschn. 5.3.5, Punkt 2)	

Erstens war in den meisten in dieser Studie betrachteten Krankenhausgesellschaften die Pflege der medizinischen GF, sofern vorhanden, unterstellt und in nur einem Fall in der obersten GF repräsentiert, sodass bereits auf dieser Ebene das Machtgefälle deutlich wird. So beschreibt

auch eine Pflegedirektion, dass in der klassischen Geschäftsführungsstruktur eines Krankenhauses die Pflege nicht mit Sitz und Stimme vertreten sei (I21, PDir, 37, 43).

Zweitens folgen Krankenhäuser und auch die Pflege selbst in ihrer Arbeitsorganisation einem verrichtungsorientierten Ansatz, der auf dem medizinischen Modell und einem biomedizinischen Krankheitsverständnis und der Orientierung an Organfunktionen basiert; die verbreitete Organisationsform ist die Funktionspflege (Schiemann & Büscher, 2017). In diesem Modell stellen die pflegerischen Tätigkeiten weitestgehend eine ärztliche Zuarbeit dar, wie auch viele IPs beschreiben (z. B. I26, PDir, 173; I18, PDir, 48, 101). Diese traditionelle funktionelle Pflegeorganisation nach dem medizinischen Modell stellt bei der Professionalisierung der Pflege ein strukturelles Hindernis dar, weil die Einführung von evidenzbasierten Expert_innenstandards in der Pflege, analog zu evidenzbasierten ärztlichen Leitlinien, von einem hohen Entwicklungsstand der Pflege abhängt, der ohne die Anwendung der Pflegeprozessmethode (Standard der pflegerischen Arbeitsweise) und personenorientierte Pflegesysteme (anstelle einer funktionellen Pflegeorganisation) nicht erreichbar ist (Schiemann & Büscher, 2017, S. 419). Dies verdeutlicht, in welcher Form die Arbeitsorganisation dazu beiträgt, das Machtgefälle im Krankenhaus aufrechtzuerhalten.

Drittens sind Ärzt_innen gegenüber Pflegekräften weisungsbefugt. Die Weisungsbefugnis ist mit dem Berufsstand gegeben und unabhängig von der Arbeitserfahrung. So obliegt diese bspw. auch einer Assistenzärztin, die ihren ersten Arbeitstag hat, gegenüber einer Pflegekraft, die seit 25 Jahren im Dienst ist. In diesem Zusammenhang wird das unzureichende Wissen, „null Ahnung“, und die hohe Fluktuation der Assistenzärzt_innen kritisiert (I26, PDir, 165; vgl. I17, PDL, 189), was mancherorts aber anders gehandhabt werde: „Das kenne ich jetzt zumindest vom Hörensagen von der Intensiv anders. Da heißt es, dass die Assistenzärzte immer froh sind über die Fachpflege und dass sie klar vorgeben“ (I17, PDL, 190).

Die Weisungsbefugnis ist auch im Zusammenhang mit der Arbeitsorganisation der Pflege zu sehen (siehe Punkt 2), da die Pflege „das machen [muss], was die Ärzte sagen“ und bezogen auf die Patientenbehandlung „wenig Mitspracherecht“ habe (I17, PDL, 186). So erfolgt ein Großteil der Tätigkeit der Pflegekräfte auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Kontrolle, ohne eigene Entscheidungskompetenzen in Diagnostik und Therapie (Iseringhausen & Staender, 2012). Einige IPs bemängeln seitens der Ärzt_innen eine prioritäre Verfolgung ihrer Interessen und die Organisation der ärztlichen Tätigkeit, weil sich diese negativ auf Arbeitsmengen und Organisation der Pflege auswirke (z. B. I34, AL, 89):

„Dann können tausend Visiten durchgeführt werden mit stundenlangen Nacharbeiten. Dann ist auch [...] das Gewicht des einen Patienten wichtiger, als dass man zu Ende wäscht. [...] Das ist sehr schwierig und sie begründen das auch immer medizinisch“ (I17, PDL, 186).

„Visiten gibt es bei uns eine, und die läuft von morgens sieben bis abends acht“, „weil dauernd jemand kommt und irgendwann weiterzieht, irgendwas anordnet bei einem Patienten und die [Pflegerkräfte] müssen es eben ausarbeiten und dann haben sie gerade erst eine gemacht und dann revidiert es wieder jemand“ (I26, PDir, 165).

Eine Geschäftsführung betont zudem die Auswirkung auf die Wirtschaftlichkeit in dem Sinne, dass „sehr viele Pflegewege [] sehr viel teurer als zwei, drei Arztwege zu viel“ seien (I22, GF, 145). Gerlinger und Noweski (2012b) zufolge ist die Weisungsbefugnis Ausdruck der ausgeprägten Dominanz der Ärzteschaft gegenüber nicht ärztlichen patientennahen Berufsgruppen. Durch die Weisungsbefugnis besteht die Möglichkeit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten, was rechtlich umfassend definiert ist¹³⁵. Einer medizinischen GF zufolge haben Ärzt_innen mit der formellen Delegation, „wo man unter Oberaufsicht des eigentlich Behandlungsführenden tätig wird“, „in der Regel kein Problem“, weil sie diejenigen bleiben, der/die „der das Ganze steuert und leitet“ (I29, med. GF, 56). Weil keine Neuverteilung der Kompetenzen bzw. keine Veränderung der Prozesse erfolgt, kann die Delegation jederzeit rückgängig gemacht und somit auch eine formale Aufwertung der Pflege verhindert werden (Schulze, 1989, S. 172). Einer Verlagerung von ärztlichen Tätigkeiten auf die Pflege im Sinne einer Substitution löst einer IP zufolge bei Ärzt_innen hingegen Widerstand aus, weil „bei Substitution immer sowas wie Machtverlust“ entstehe, weil „ihnen was weg[genommen wird] und [sie] aus der Verantwortung [gebracht werden]“ (I29, med. GF, 56).

Neben der formellen Delegation wird auch die Strategie der informellen (d. h. nicht im Stellenanteil ersichtliche) Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflege beschrieben (I18, PDir, 30; I21, PDir, 228; I26, PDir, 118 f.), was „ein großer Hemmnisfaktor“ sei, „der nach wie vor unterschätzt“ werde (I21, PDir, 228). Eine Pflegedirektion illustriert den Konflikt am Beispiel der Blutabnahme, einer ärztlichen Tätigkeit (I21, PDir, 228): Organisatorisch sind die Tätigkeiten als ärztliche Tätigkeit definiert und im ärztlichen Stellenanteil abgebildet. Die Verschiebung ist somit nicht organisational legitimiert. Manche Ärzt_innen würden dennoch versuchen, Nebenstrukturen jenseits der Bestimmungen aufzubauen, indem sie die Pflege bitten, ärztliche Tätigkeiten auszuführen, weil die Arbeitslast so hoch ist. Manche Pflegekräfte würden nicht „nein“ sagen, seien „empfänglich“, fühlten sich vielleicht „geschmeichelt“ und würden nachgeben. Belohnung in Form von Anerkennung seitens der Chefärzt_innen verstärke dabei die Bereitschaft zu helfen. Weil diese eine Pflegekraft auf die Bitte eingeht, entstehe aufseiten der Ärzt_innen die Erwartung, dass auch andere Pflegekräfte gleichartig handeln. Weise eine andere Pflegekraft die Übernahme der ärztlichen Tätigkeit aber zurück, löse dies

¹³⁵ Zum Beispiel in der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. Ärztliche, delegierbare Leistungen sind z. B. Blutdruckmessen, Blutabnahme, Zugänge legen, Fäden und Zugänge ziehen (I18, PDir, 30, 35, 40, 208).

auf ärztlicher Seite Irritationen aus und werde durch kritische Kommentare bzw. Nachfragen („Wieso ging das bei Ihrer Kollegin?“) gegenüber der Pflegekraft begleitet, was wiederum dazu führe, dass auch diese Pflegekraft die Tätigkeit übernehme, sodass dieses Verhaltensmuster einreißt. Zeitgleich gebe diese Pflegekraft bei der Pflegedienstleitung (PDL) an, überlastet zu sein. Dies löse wiederum Irritationen bei der PDL aus und führe dazu, dass die PDL die Pflegekraft anweist, die informelle Übernahme der ärztlichen Tätigkeit zu unterlassen, damit sie weniger Arbeit hat. Die Anweisung zur Unterlassung durch die PDL löse wiederum ärztlicherseits Irritationen aus, weil der errungene Vorteil abhandenkomme. In nächster Instanz werde das Problem auf die Akteure Pflegedirektion und Chefärzt_in eskaliert (ebd.), was auch wieder ein Zeichen von Machtasymmetrie ist, weil eigentlich Stationsleitung und Chefärzt_in auf einer hierarchischen Stufe stehen, und die Pflegedirektion formell auf einer Stufe mit der ärztlichen Direktion steht.¹³⁶

Viertens zeigt die Analyse der Daten, dass Ärzt_innen das Monopol zum Heilen obliegt. Vor knapp 30 Jahren beschrieb Schulze (1989, S. 170) in seiner mikropolitischen Analyse des Krankenhauses, dass die Stellung der Medizin im Krankenhaus und in der Gesellschaft in der Vorstellung der Gesellschaft begründet liegt, dass die Medizin als Wissenschaft des menschlichen Körpers das Monopol zum Heilen hat – und damit die Definitions- und Behandlungsmacht von Krankheit und Heilung. Den Aussagen einiger IPs zufolge hat sich die gesellschaftliche Wahrnehmung nicht gravierend verändert: Einer IP zufolge wird das Monopol auf Heilung auch heute noch von Ärzt_innen beansprucht:

„In der Heilkunde in Deutschland ist ja schon seit 100 Jahren hart umkämpft, wer hat das Monopol zum Heilen? [...] Es geht immer gut, in der Heilkunde multiprofessionell zu arbeiten, WENN – aus Sicht der Ärzte – der Arzt oder die Ärztin die Chefin sind. Das ist kein Augenhöhenmodell“ (I29, med. GF, 49).

Auch seitens einer Pflegedirektion besteht der Eindruck, dass Ärzt_innen kein Interesse daran haben, dass „Pflege auf Augenhöhe diskutieren kann“ und dass, „wenn sich Pflege positioniert, [...] es ab da schwierig“ sei (I26, PDir, 111, 116). Überdies wird beschrieben, dass Ärzt_innen gesellschaftlich hoch anerkannt seien (I28, GF, 174) bzw. über „Sozialprestige“ verfügten (I29, med. GF, 29) und für Patient_innen die „Eintrittspforte“ darstellten (I21, PDir, 73). Zwar zeigen Sozialstudien (I29, med. GF, 27), dass sowohl der Arzt- als auch der Pflegeberuf hoch angesehene (forsa & dbb, 2016) bzw. prestigeträchtige Berufe (IfD, 2013) sind. Einige IPs merken aber an, dass die Pflege weniger anerkannt sei (I1a, B, 52; I4, B, 258), bzw. anerkannt

¹³⁶ Grandy (2014), die sich auf Allen (1997) bezieht, beschreibt in ihrer mikropolitischen Analyse ein ähnliches Muster anhand der medikamentösen Behandlung. Auch diese ist formal eindeutig der ärztlichen Berufsgruppe zugeschrieben, und in eindeutigen Fällen ist eine „nichtverhandelte Ausweitung der pflegerischen Tätigkeit in medizinisch-diagnostische Tätigkeiten“ wahrscheinlich (ebd., S. 207). Diese ist jedoch nicht rechtlich abgesichert oder formal legitimiert, sodass die Pflegekräfte bei dieser real gelebten Praxis „mit einem Fuß im Gefängnis“ stehen“ (Grandy, 2014, S. 208).

„wegen dem großen Herz, aber nicht aufgrund des eigentlichen Wissens“ (I18, PDir, 26). Die unterschiedliche gesellschaftliche Bewertung ist auch in der gesellschaftlichen Interaktion ersichtlich:

„[...] wenn Sie irgendwo in die Politik reinkommen, und [...] ich sage immer, ich bin Krankenpfleger, [...] und es kommt ein Chefarzt, [ist] der Fokus [...] automatisch dort in der Gesellschaft. In der Politik GANZ stark und der wird IMMER [] eher angehört als eine Pflegekraft“ (I18, PDir, 242).

Die IP führt dies auf die Attribution von allgemeinem Wissen, konkret von gesundheitsökonomischem Wissen, in Bezug auf die Funktionsweise des Krankenhaussystems zurück, deren Inhalte sich aber deutlich von medizinisch-klinischem Wissen unterscheiden:

„Ich glaube, man denkt da auch, der ist intelligenter. [...] Und die haben den Durchblick, was Krankenhaus angeht und, und, und. [...] Habe ich hier auch erlebt bei vielen Dezenten, dass das sehr lange gedauert hat, bis die verstanden haben, hoppla, da ist mehr Schein als Sein“ (I18, PDir, 244).

Fünftens tragen möglicherweise auch Geschlechterverhältnis und Sozialisierung zu der asymmetrischen Beziehung bei. Beim ärztlichen Personal beträgt der Männeranteil 54 %, also weitaus mehr als beim pflegerischen Personal mit 15 % (Stand: 2017; Statistisches Bundesamt, 2018a, S. 42, 51; eigene Berechnungen). Dies spiegelt sich auch in der Sprache wider, die damit Strukturen reproduziert: Der überwiegende Anteil der IPs nutzt zur Bezeichnung von Ärzt_innen die männliche Form und bei Pflegekräften die weibliche Form. Zudem werden Pflegekräfte seltener als „Pflegekräfte“ oder mit ihrer korrekten Berufsbezeichnung benannt (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger_in), sondern als „Schwestern“ (z. B. I9, GS, 140; I4, B, 157; I23a, LR, 101; I18, PDir, 56), was sowohl männliche Kollegen als auch die Profession oder Professionalität per se negiert. Hinzu kommen Denkschemata wie „die Pflege ist eh 24 Stunden da“, „arbeitet zu“ (I21, PDir, 233) und ist „Mädchen für alles“ (Moers & Schiemann, 2017, S. 384), was u. a. damit erklärt werden kann, dass das Aufgabenverständnis der Pflege früher durch die fürsorglichen Elemente eines traditionellen Frauenberufes geprägt war (ebd.). Die traditionelle und teils bis heute andauernde Beziehung der beiden Akteure wird einer IP zufolge als „die Schwester dient dem Arzt“ (I29, med. GF, 234) beschrieben. Auch eine andere GF schreibt der Sozialisierung „eine wichtige Rolle“ in der Beziehungsgestaltung der Akteure zu:

In der „Sozialisierung [der Ärzt_innen] gibt es schon relativ früh die Botschaft, es gibt diese Endverantwortung und damit auch das Sagen. [...] Genau wie in der Pflege [...] dieses Dienende dem Arzt gegenüber [...]. Das hat sich ein Stück vermindert, mehr ins Teaming hinein, ist aber nach wie vor ausgeprägt“ (I28, GF, 234 ff.).

Beide IPs sind sich einig, dass sich die Beziehung von Ärzt_innen und Pflegenden im Wandel befindet. Bezogen auf die wahrgenommene Überheblichkeit der Ärzteschaft geht eine IP davon aus, dass sich diese aufgrund der „Feminisierung“ der Medizin langsam auswachse und mehr ins Kooperative entwickle (I29, med. GF, 37). Ferner mag die Berufskleidung bzw. die mit Farben einhergehende Symbolik auch einen Teil zu den bestehenden Verhältnissen beitragen

und Ärzt_innen als Ressource dienen: Während Ärzt_innen in weißer Berufskleidung tätig sind, die Assoziationen wie „weiße Westen“ (I29, med. GF, 71) und „Götter in Weiß“ (I1a, B, 55) ermöglichen, tragen alle anderen nicht ärztlichen Berufsgruppen häufig farbige Kleidung (z. B. grün, blau und rosa).

Sechstens zeigt sich das Machtgefälle auch im sozialen Umgang miteinander: IPs aus Pflege, BR, GF und Beratung attribuieren der Ärzt_innenschaft „Standesdünkel“ (I16, BR, 72) und „sehr großen Stolz“ (I2a, B, 59) und beschreiben, dass sich Ärzt_innen „in der sozialen Pyramide immer allen Berufsgruppen überlegen“ fühlen (I20, GF, 87; vgl. I18, PDir, 333), wobei diese „sehr starke Selbstüberschätzung [...] auch durch die Gesellschaft attribuiert“ werde (I29, med. GF, 25; vgl. I18, PDir, 100). Eine IP problematisiert das „elitäre Denken“ der Ärzt_innenschaft, im Sinne von „ohne mich läuft nichts“, „ich bin unentbehrlich“ (I16, BR, 74), eine andere IP beschreibt, dass der ärztliche Dienst „selten einen Blick auf das Gesamtinteresse“ habe, auf „die ökonomischen Notwendigkeiten, und darauf, dass alle anderen Akteure zum Wohlergehen des Patienten [...] den gleichen wichtigen Beitrag haben wie sie auch“ (I6, E, 31). Zu diesem Machtgefälle tragen im Sinne von konsensgestützter Macht (Ortmann et al., 1990, S. 13) allerdings mindestens zwei Personen bei: die, die herunterschauen, und die, die hochschauen. Die Pflege stützt dieses Miteinander durch ihr „Obrigkeitsdenken“ (I15, CA, 91) bzw. Hochschauen (I17, PDL, 240), indem sie sich durch Denkschemata wie „arztnahe Tätigkeiten sind wertvoller“ (I6, E, 91; vgl. I18, PDir, 174) selbst abwertet (siehe auch 5.5.4.3, Tab. 52, Punkt 4) – und indem sie diese Beziehung in dieser Art ‚mitspielt‘.

Pflegekräfte. Einigen IPs zufolge ist ein Teil der Akteure aus der Pflege (z. B. I18, PDir, 104) außer an Finanzen und Stellenanteilen auch an einer Veränderung der Beziehung zwischen Pflege und Ärzt_innen im Sinne von mehr Augenhöhe (I26, PDir, 49), „Emanzipation“ (I6, GS, 96) und „Abnabeln“ von den Ärzt_innen (I17, PDL, 123; vgl. I26, PDir, 49), d. h. mehr Macht bzw. einer Reduktion des Machtgefälles, interessiert. Ressourcen, Zwänge und mit diesen strukturellen Bedingungen einhergehende Strategien, die diese Gruppe der Pflegekräfte zum Ausbau ihrer Macht bzw. für eine Änderung der Spielregeln und eine Restrukturierung des Handlungsfeldes nutzen (könnten), sind in Tabelle 56 dargestellt. Die nummerierten Strategien und die dazugehörigen Ressourcen bzw. Zwänge werden im Folgenden erläutert. Strukturelle Bedingungen und Strategien, die in der Tabelle mit einer Quellenangabe versehen sind, werden nicht erläutert.

Erstens stellt manchen IPs zufolge die Umverteilung ärztlicher Tätigkeiten nach dem Substitutionsprinzip eine Strategie dar, um die Stellung der Pflege zu verbessern. Bei der Substitution werden ärztliche Tätigkeiten inklusive der Kompetenzen, der Verantwortung und

Tab. 56: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Pflegekräfte im Budget-Spiel (#21)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Fachl. Expert_innenwissen; stärkere Stellung der Pflege in anderen Ländern; Pflegeberufsgesetz, positive Effekte durch Erstarkeung der Pflege Z: Widerstand ärztlicher Interessenvertretungen und Fachgesellschaften; bestehende Gesetze	1.) Umverteilung ärztlicher Tätigkeiten nach dem Substitutionsprinzip; impliziert die Veränderung rechtlicher Strukturen; auf positive Effekte durch Erstarkeung der Pflege verweisen Verweis auf andere Länder
Kommunale Trägerschaft (I18, PDir, 195)	Gemeinsame Pilotprojekte mit anderen kKH zur Verbesserung der Prozesse und der Zusammenarbeit der am Kernprozess beteiligten Berufsgruppen über die Verschiebung von Arbeitsfeldern und Verantwortungen der Berufsgruppen; Ideen gemeinsam an Land/HMSI herantragen; unter Beteiligung von Politik, ver.di, Marburger Bund und Ärztekammer (I18, PDir, 195ff., 364 f.)
Kenntnis verschiedener Organisationsmodelle	2.) Einführung alternativer Organisationsmodelle in der Pflege; Etablierung neuer Funktionen, ganzheitlichere Betrachtung
Pflegeberufsgesetz (PflBG) Z: fehlende Funktionen/Positionen für studierte Pflegekräfte; Organisation nach dem med. Modell	3.) Professionalisierung und Akademisierung der Pflege: Expert_innenstandards, neue Berufsbilder, stärkere Durchlässigkeit in den Entwicklungswegen
Frauenberuf, der Nebenerwerb dient, Erschöpfung, geringer Einfluss / fremdbestimmtes Arbeiten	4.) Passive Widerstandsstrategien, z. B. „Jammern“
Größte Berufsgruppe, Patientenkontakt, Prozessowner, Leistungserbringende, Fachkräftemangel, Interessenvertretungen, Ausbildung, Expert_innenwissen, gesellschaftliche Anerkennung Z: Wachstumsangst Z: unpolitisch, passiv, uneindeutige Gruppe, schwächere und uneinige Interessenvertretungen	5.) Selbst aktiv werden und eigene Ressourcen bewusstmachen 6.) Klärung des eigenen Selbstverständnisses und Haltung zeigen, sich gegenüber Ärzt_innen positionieren und nach außen repräsentieren
Rückendeckung der GF (I26, PDir, 126, 201; I18, PDir, 326; I17, PDL, 201; I28, GF, 250), Verankerung der Pflege in der GF (I21, PDir, 176) Z: fehlende Verankerung der Pflege in der GF (I26, PDir, 128, 137), teilweise fachlich, organisatorisch und disziplinarisch Chefärzt_innen unterstellt (I23, CA, 69)	7.) Politisieren und politisch emanzipieren über a) Aufbau von gesundheitsökonomischem Wissen, b) Aufbau einer Bewegung, c) eindeutige Interessenvertretung über Berufskammer Etablierung/Besetzung einer hierarchisch möglichst hoch angesiedelten formalen Position (pflg. GF, Pflegedirektion), um Interessen Gewicht zu verleihen (I26, PDir, 128, 276) Herstellen von Prozesstransparenz und Verbindlichkeit durch eindeutige Regelung der Aufgaben, Befugnisse und Verantwortungen (I18, PDir, 196; I26, PDir, 121)

der Stellenanteile auf Gesundheits- und Krankenpfleger_innen oder auf Pflegekräfte mit neuen, teilweise akademisierten Pflegeberufen verlagert (I18, PDir, 27, 29; I23, CA, 124). Interviewte Pflegedirektionen und Chefärzt_innen betonen, dass es bei der Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch die Pflege wichtig sei, diese an anderer Stelle zu entlasten (I23, CA, 129; I18, PDir, 105) und nicht nur einzelne Tätigkeiten wie die Blutabnahme herauszugreifen (I18, PDir,

29). Vielmehr gehe es darum, den Prozess zu optimieren, indem die Pflege Tätigkeiten und Verantwortungen derart übernimmt, dass sie Dinge in einem Schritt erledigen könne: „[E]s geht um Braunülen legen, [...] sonstige Entscheidungen [treffen], Fäden [] ziehen, [...] Redons, die Infusion zur richtigen Zeit anhänge[n]“ (I18, PDir, 30). Die Ausbildung der Pflegekräfte dient einer IP zufolge hierbei als Ressource, da diese umfangreicher qualifiziere, als sich das in der üblichen Berufspraxis widerspiegeln; zudem würden diese Pflegekräfte bspw. auch lernen, dass sie „Verantwortung übernehmen und [] Entscheidungen treffen“ müssen (I18, PDir, 27 ff.). In diesem Zusammenhang wird auch die Praxis in anderen Ländern als Argument pro Veränderung angeführt, da in europäischen Ländern, in denen vergleichbare gesetzliche Bestimmungen wie in Deutschland bestehen, der Pflege deutlich mehr Kompetenzen und Verantwortung übertragen würden und die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege partnerschaftlich und auf Augenhöhe stattfinde (I23, CA, 124; vgl. I18, PDir, 27). Dort seien Ärzt_innen für weitaus mehr Patient_innen verantwortlich und Pflegekräfte für weitaus weniger Patient_innen als in Deutschland, zudem würde eine solche Änderung die Kosten im System reduzieren (I18; PDir, 60, 66).

Als restringierend wird das Verhalten der Ärzteschaft bzw. ihrer Interessenvertretungen wahrgenommen: Die Ärzteschaft wolle ihren gesellschaftlichen Status wahren, denn „wenn sie das System verändern [...] [und die Verantwortung], [...] verändern [sie] einen Status [...]. Auch gegenüber der Bevölkerung“ (I18, PDir, 236). Auch die „stark dominante Fachgesellschaft“ schränke die Pflege in ihrem „Wirkbereich praktisch sehr stark ein“, damit nicht „am Ende des Tages einer von 14.000 Anästhesisten seinen Arbeitsplatz verliert“ (I23, CA, 210). Überdies werden die ärztlichen Interessenvertretungen als strukturkonservierend beschrieben: Der Marburger Bund und die Ärztekammern wollen einer IP zufolge „das Berufsbild des Arztes nicht anpacken“ (I18, PDir, 108), was sich bspw. darin zeige, dass Ansätze des GBA, „der Pflege mehr Tätigkeiten in Verantwortung [zu] übertragen [], darunter [] Blutentnahme, Beratung beim Diabetes mellitus, all das“, was bisher gesetzlich als ärztliche Tätigkeiten festgeschrieben ist, nicht umgesetzt wurden, weil „man [] ein Problem hat, abzugeben, statt eine Ressource für sich dazu zu sehen“ (ebd.). Die Ausführungen verweisen indirekt auch auf den strukturellen Widerstand in Form von Gesetzen und Verordnungen, der im Folgenden noch deutlicher wird: Ein/e Chefärzt_in, der/die selbst aktiv auf mehr Augenhöhe zwischen Pflegenden und Ärzt_innen hinwirkt (I23, CA, 127, 145), beschreibt, dass er/sie eine Umverteilung von Tätigkeiten auf die Pflegekräfte vorgenommen habe, dies aber, im Gegensatz zu anderen Ländern, aktuell nur „hinter vorgehaltener Hand“ tun könne (I23, CA, 210).

Folglich sehen die IPs „mehr Spielraum“ durch rechtliche Legitimation (I23, CA, 210; I18, PDir, 30) als erforderlich an bzw. verfolgen die Strategie, auf die Veränderung überbetrieblicher Gesetze und Verordnungen hinzuwirken (I18, PDir, 108). Ein erster Schritt – eine klare Definition des pflegerischen Leistungsspektrums – ist 2017 durch die Verabschiedung des Pflegeberufsgesetzes (PflBG) erfolgt, in dem in § 4 Tätigkeiten, die der Pflege vorbehalten sind, definiert wurden (Moers & Schiemann, 2017). Das PflBG stärkt die Eigenverantwortung des Berufes und schreibt die eigenständige Festlegung von Inhalt und Niveau pflegerischer Leistung fest. Bei der Definition des pflegerischen Leistungsspektrums und, damit einhergehend, bei der Professionalisierung können überdies Berufsverordnungen der Pflege eine Ressource darstellen, über die mehrere Bundesländer (Moers & Schiemann, 2017), nicht aber Hessen (Stand: 2019), verfügen. Überdies kann die Veränderung normativer Regelungen bereits auf Organisationsebene beginnen; so schlägt Grandy (2014) vor, die organisatorischen formalen Regeln an das gelebte Gewohnheitsrecht anzugleichen. Als Ressource können das Gewohnheitsrecht, aber auch der durch die Umverteilung entstehende Nutzen, z. B. eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Prozesse sowie eine Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs durch mehr Verantwortung (I18, PDir, 30) dienen.

Zweitens stellt einigen IPs zufolge die Einführung alternativer Organisationsmodelle eine Strategie dar. Diese umfasst, neben der Verlagerung nicht pflegerischer Tätigkeiten, wie z. B. logistischer Tätigkeiten („Betten schieben“), auf tertiäre Dienste (I18, PDir, 197; I29, med. GF, 48), z. B. auch eine stärkere Differenzierung der Pflege nach Tätigkeiten und nach Qualifikation, die sich auch in einer höheren Vielfalt von Funktionen bzw. Berufsbildern widerspiegelt (I18, PDir, 197; vgl. I29, med. GF, 48). So diskutieren manche IPs z. B., innerhalb der Gruppe der höherqualifizierten Pflegekräfte die Arbeit differenzierter nach Fähigkeit und Interesse zu verteilen, indem es bspw. spezifische Zuständigkeiten für Führung, Planung und Organisation sowie Dokumentation gibt (I29, med. GF, 48; I18, PDir, 204). In diesem Zusammenhang werden neue Funktionen wie „Head Nurses“ (I18, PDir, 204) angedacht, die hauptsächlich Planungs- und Organisationstätigkeiten übernehmen und die Dokumentation überprüfen (I18, PDir, 204). Andere IPs fordern eine ganzheitlichere Betrachtung der Patient_innen, als dies im Rahmen des medizinischen Modells (vgl. Punkt 2 bei den Ärzt_innen) aktuell der Fall ist. So beschreibt eine Pflegedirektion, dass sie die Auszubildenden in der Pflege im Case Management einsetzt, um ihnen zu vermitteln, dass die Behandlung

„ein ganzheitlicher Prozess ist, dass der Patient ein Vorleben hat und ein Nachleben und nicht, wir sind hier und operieren das Bein und sonst ist mir der Patient egal. Die [...] tragen das dann auch auf die Stationen“ (I26, PDir, 242).

Drittens stellt einigen IPs zufolge die Professionalisierung und Akademisierung eine weitere Strategie dar (z. B. I17, PDL, 118). Diese soll dazu dienen, Pflegewissenschaft ans Bett zu bringen, „Expertenstandards“ in der Pflege zu etablieren und ein besseres Arbeiten auf Augenhöhe zwischen Ärzteschaft und Pflege zu ermöglichen (I26, PDir, 21, 111; vgl. I1a, B, 46). Die Strategie der Akademisierung und Professionalisierung umfasst auch die Etablierung neuer Berufsbilder, wie Physician Assistants (I29, med. GF, 48), „Advanced Nurse Practitioner“ (I26, PDir, 111) und „chirurgisch-technische Assistenten“ (I18, PDir, 117), die ärztliche Tätigkeiten übernehmen (I29, med. GF, 48) und bspw. die Aufklärung der Patient_innen vorbereiten können (I18, PDir, 117). Da in § 37 PflBG die hochschulische Pflegeausbildung festgeschrieben ist, mit dem Ziel, Kompetenzen zu komplexer Prozessgestaltung und -steuerung im Pflegebereich zu erlernen und fundierte Entscheidungen treffen zu können (Moers & Schiemann, 2017), kann das Gesetz als Ressource dienen. Manche IPs betonen zudem, dass eine Durchlässigkeit in den Entwicklungs- bzw. Karrierewegen wichtig sei: dass bspw. Hauptschulabgänger_innen nach der Ausbildung zur Krankenpflegehilfskraft auch den Beruf des/der Gesundheits- und Krankenpfleger_in erlernen könnten (I18, PDir, 81 f.), bzw. „dass man als Hilfspfleger anfängt und [...] als Allgemeinarzt“ enden kann (I20, GF, 63). Als restringierende Zwänge werden strukturelle Hindernisse in Form fehlender Positionen bzw. Funktionen für studierte Pflegekräfte genannt (I17, PDL, 118).

Viertens wird vielfach beschrieben, dass sich die Pflege eher „passiv“ (I15, CA, 123) und „jammernd“ (z. B. I26, PDir, 6; vgl. I17, PDL, 223; I28, GF, 53; I21, PDir, 152; I7, GF, 103) verhalte, statt sich aktiv selbst für eine Veränderung zu engagieren, was sich auch in folgendem Zitat zeigt:

„[Auf einem Pflegekongress] habe ich [] einen Vortrag angehört, von Sprachgut, Frau Mantz [Anm.: Gemeint ist hier der Vortrag von Mantz (2017).], die kommt selbst aus der Pflege und hat gesagt: ‚Was ihr macht, jeden Tag, ihr redet euch jeden Tag selbst ein, dass es euch so schlecht geht.‘ [...] Die spielt das auch so toll: ‚Da kommt eine neue Praktikantin, anstatt, dass ihr die willkommen heißt, fragt ihr erst mal die Kollegin: ‚Wer ist das‘, wenn die sich nicht gleich vorstellt, dann sagt ihr: ‚Hätte sich ja mal vorstellen können, die geht nicht offen auf die Leute zu‘ und erzählt [...] den jungen Leuten, wie schlimm alles ist, immer: ‚Hast Du Dir das auch gut überlegt?‘. So geht das den ganzen Tag – diese Leier. Hier ist sie so und überall. Ich war auf diesem Kongress, da waren tausende von Krankenhäusern, jeder hat sich wiedererkannt. Das ist so in dieser Berufsgruppe und ich weiß nicht, warum sie so ist“ (I26, PDir, 48).

So beschreiben Pflegedirektionen, dass zwar viele Pflegende ihren Gestaltungsspielraum wahrnehmen und auch Freude am Beruf hätte, aber in der Pflege auch die „Opferrolle“ noch ein Stück weit da sei, sodass unzureichend gesehen werde, welche Veränderungen durch die eigene Haltung und die Wahrnehmung und Nutzung des eigenen „Spielraums“ erlangt werden könnten, z. B. bezogen auf eigene Prozesse oder die Interaktion mit Ärzt_innen (I21, PDir, 151, 162). So sei es eine Rolle von Führung, immer wieder auf eigene Spielräume zu verweisen (ebd.). Auch wird angemerkt, dass die Pflege durch ihr eigenes Verhalten selbst zu den

Verhältnissen beigetragen habe, indem sie diese hinnehme (I18, PDir, 70 ff.). Überdies wird es als „unheimlich schwer“ empfunden, dass in der Pflege „dieses Verständnis, dass ich nur mitgestalten kann, wenn ich auch mitmache“, fehle (I26, PDir, 12). Eine Pflegedienstleitung mutmaßt, dass das fehlende Engagement (I17, PDL, 127) daran liegen könnte, dass Pflege ein Frauenberuf sei und häufig als Nebenerwerb diene (I17, PDL, 127) und dass viele Kolleg_innen erschöpft seien (I17, PDL, 132). Die passiven Widerstandsstrategien wie „Jammern“ und Krankheit führt diese IP auf den geringen Einfluss der Pflege und das fremdbestimmte Arbeiten zurück (I17, PDL, 239, 243); ein/e Berater_in sieht eine „Wachstumsangst“ der Pflege als Hindernis für Veränderungen, d. h. die Unsicherheit, Ärzt_innen auf Augenhöhe zu begegnen, weil diese als rhetorisch fitter und machtbewusster wahrgenommen würden (I5, B, 46).

Fünftens folgt aus den bisherigen Ausführungen die Strategie des sich der eigenen Ressourcen und des eigenen Handlungsspielraumes Bewusst- und Selbst-aktiv-Werdens. Viele IPs verweisen auf diverse Ressourcen der Pflege – diese sei eine „riesige Gruppe“ (I26, PDir, 285; vgl. I3, B, 106; I6, GS, 212; I4, B, 260), „24 Stunden um den Patienten herum“ (I26, PDir, 111). habe am meisten „Patientenkontakt“ (I26, PDir, 298), sei „von vorne bis hinten am Prozess“ und verbindendes Element (I26, PDir, 289; vgl. I28, GF, 247; I13, GF, 195) und habe sowohl das Interesse als auch die Fähigkeit, zu organisieren (I28, GF, 247). Auch mache die Pflege „die eigentliche Basisarbeit“ (I22, GF, 145; vgl. I4, B, 254), sei also zentrale Leistungserbringerin. Überdies sei die Pflege zunehmend politisch stärker im Fokus (I21, PDir, 41) und übe über den Fachkräftemangel und die Interessenvertretungen Einfluss aus (z. B. I13, GF, 196). Ferner verfüge sie über pflegerisches Expert_innenwissen bzw. eine „extrem gute“ Ausbildung (I26, PDir, 285), insbesondere die zahlreichen „dreijährig[] Examinierte[n]“ und solche, die überdies eine Zusatzausbildung über zwei Jahre durchlaufen haben (I26, PDir, 291 f.), z. B. Intensiv- und OP-Fachpflege. Auch werde die Pflege „vom Patienten angesehen“, was sich sowohl in Audits als auch in sozialen Medien wie Facebook sowie in den Ergebnissen von regelmäßigen Patientenbefragungen zeige (I26, PDir, 297), ebenso in Sozialstudien (forsa & dbb, 2016; IfD, 2013), was einer IP zufolge der Pflege aber nicht immer bewusst sei (I26, PDir, 47, 288).

Sechstens stellt die Klärung des Selbstverständnisses der Pflege und eine damit einhergehende Haltung eine weitere Strategie dar. In der Analyse wird deutlich, dass sich die Pflege in einem Transitionsprozess befindet: So beschreibt eine IP die Entwicklung von der „Schwester [...] des Arztes“ zu einer „Berufsgruppe mit einem eigenen Selbstbewusstsein“, sodass es heute „zwei Grundrichtungen“ gebe (I29, med. GF, 42 f.):

„Die eine, die wollen gerne unselbstständig weiterarbeiten und klassischerweise mal die Bettpfanne schleppen und den Patienten das Essen servieren und den Mund abtupfen. Und die, die sich professionalisieren und sagen, Pflege ist ein eigener Beruf“ (I29, med. GF, 45 f.).

Auch eine andere IP betont, dass eine „zunehmend selbstbewusstere Pflege, die jetzt gegenüber dem Arzt nicht mehr diesen fast schon unterwürfigen Touch hat“, dazu führe, dass zwischen Ärzt_in und Pflegekraft „ausgefochten wird, ist das jetzt mein Ding, oder ist das dein Ding, oder wie sprichst du mit mir“ (I21, PDir, 224; vgl. I18, PDir, 334). Aufgrund dieser Veränderung betrachten manche IPs es als wichtig, das Selbstverständnis der Pflege zu klären (I26, PDir, 12), bzw. Klarheit darüber zu schaffen, was die eigene Aufgabe umfasst (I6, GS, 97).

„Ist meine Aufgabe, die Assistenz für den Arzt darzustellen, oder ist meine Aufgabe, hier in diesem Haus die Interessenvertretung des Patienten zu sein? Nahe bei ihm zu sein, mich um ihn und seine Anliegen zu kümmern, und ihn zu begleiten, zu fördern, zu unterstützen usw.“ (I6, GS, 97).

„Werte zum Beruf, warum sind wir eigentlich hier? Wir drehen uns auch nicht um uns selbst und den Dienstplan, sondern wir sind hier, um Patienten zu versorgen“ (I26, PDir, 49).

Infolgedessen müsse die Pflege eine Haltung etablieren (I26, PDir, 49), sich gegenüber den Ärzt_innen „positionieren“ (I26, PDir, 49, 144) und der Pflege „ein Gesicht“ geben (I26, PDir, 12) bzw. „die Pflege besser [nach] außen präsentieren [...] mit den Inhalten, die sie macht“ (I17, PDL, 123). Hierbei dienten ihnen ihre umfangreichen Ressourcen (s. o.).

Siebtens stellt die Politisierung und politische Emanzipation eine Strategie dar. Einigen IPs zufolge sind Pflegekräfte desinteressiert (I17, PDL, 127, 130), unpolitisch (I17, PDL, 117), verfügen über keine Lobby (I1a, B, 48), sind weniger machtorientiert als Ärzt_innen (I5, B, 65; I1b, B, 97) bzw. keine „Powerplayer“ (I1a, B, 52, 97). Pflege ist einem/r Berater_in zufolge erst zu dem Zeitpunkt deutlicher wahrzunehmen, wenn „gemeinsame Ziele“ bestehen (I1b, B, 97), was für eine stärkere Konsensorientierung spricht. Manche IPs beschreiben, dass sich die Pflege entweder gar nicht positioniere oder sich gewerkschaftlich instrumentalisieren lasse und sich mit gewerkschaftlichen Positionen statt mit konkreten Pflegekonzepten positioniere (I4, B, 254, 262); zudem wird beschrieben, dass breites Nicht-Wissen bezüglich der Rahmenbedingungen bestehe (I21, PDir, 149; I26, PDir, 38; I17, PDL, 118), was wiederum eine ernstzunehmende Positionierung erschwert. Folglich müsse sich Pflege „politisieren“ und „politisch emanzipieren“ (I6, GS, 98).

Dies erfordere a) den Aufbau gesundheitsökonomischen Wissens, z. B., „warum ist das Krankenhausbudget wie es ist, welche Handhabe hat ein Geschäftsführer innerhalb dieses Budgets“ (I6, GS, 98), und b) das Aufmachen einer Bewegung mit einer klaren Haltung (Pflege als Interessenvertretung der Patient_innen anstatt Assistenz des Arztes) (I6, GS, 101). Allerdings deutet die Analyse der Daten auch hier auf restringierende Bedingungen hin: Während bei „Ärzt_in“ sehr klar ist, vom wem die Rede ist, hat sich in den Interviews deutlich

gezeigt, dass die Gruppe der Pflegenden sehr heterogen und unscharf definiert ist. Zunächst ist innerhalb des Krankenhauskontextes unklar, wer mit „der Pflege“ gemeint ist. Pflegeberufe in Krankenhäusern sind v. a. Gesundheits- und Krankenpfleger_in (auch „examinierte Pflegekräfte“ genannt) sowie Krankenpflegehilfspersonal. Im Sprachgebrauch im Krankenhaus kann, wenn von der Pflege gesprochen wird, z. B. auch der Funktionsdienst (FD) und manchmal auch der medizinisch-technische Dienst gemeint sein.¹³⁷ Zudem wird im gesellschaftlichen Diskurs noch undifferenzierter von „Pflege“ gesprochen und selten zwischen häuslicher Krankenpflege, Altenpflege und Pflege im Krankenhaus unterschieden, wie auch das folgende Zitat illustriert:

„Wenn ich [] eine Zeitschrift aufschlage und sehe etwas über Pflege und gucke genauer nach, dann geht es um die Altenpflege oder es geht um Pflegeheime oder es geht um Pflegeversicherung. Aber es geht NICHT um die Pflege in den Krankenhäusern“ (I17, PDL, 252).

Dies ist auch in Bezug auf Vergütung und den Einsatz ver.di für eine bessere Vergütung „der Pflege“ relevant. So beschreibt eine Pflegedirektion, die zugleich ver.di-Mitglied ist, dass die Vergütung der Pflege im Krankenhaus „nicht schlecht“ sei, dies im niedergelassenen Bereich in Pflegeheimen und ambulanter Pflege hingegen „noch mal ganz anders“ aussehe, „ganz bitter“ (I26, PDir, 44).¹³⁸ Ferner betrachten es einige IPs aus der Pflege als problematisch, dass die Pflege über „zu viele Berufsverbände“ organisiert sei, die sich zudem „nicht einig sind“ (I18, PDir, 78; vgl. I17, PDir, 125; I26, PDir, 43). Auch ver.di als Gewerkschaft wird als „keine richtige Interessenvertretung“ kritisiert, weil sich ver.di „nur mal kurz auf die Pflege“ fokussiere und dann „auch wieder weg“ sei (I26, PDir, 43). Eine IP beschreibt ver.di sogar als „Blockade“ für die Entwicklung der Pflege, weil die Gewerkschaft zu viele verschiedene Berufsgruppen vertrete und die Dinge, für die sie kämpfe, das Geld und die Arbeitsbedingungen seien, nicht aber „die EIGENTLICHE Entwicklung eines Berufes“ (I18, PDir, 73, 77). Aufgrund des undifferenzierten Bildes der Pflege und des mangelnden Einsatzes der Politik für die Pflege im Krankenhaus erachten manche IPs c) eine eindeutige Interessenvertretung, die die Interessen der Pflege „oben“ politisch einbringt, als notwendig, z. B. über die Gründung einer Pflegeberufskammer (I17, PDL, 252), und sehen auch extreme Arbeitskämpfmaßnahmen, wie die Drohung mit Massenkündigungen, inspiriert durch die Erfolge in Skandinavien (Anwar, 2007), als sinnvolle Maßnahme an (I18, PDir, 233).

¹³⁷ Dies ist einigen IPs zufolge von der disziplinarischen Unterstellung abhängig, sofern der MTD der Pflege organisatorisch unterstellt sind (I3, B, 101; I26, PDir, 51; I23, CA, 60).

¹³⁸ Auch hier ist eine Differenzierung sinnvoll, da dies nicht für alle Pflegeheime gleichermaßen gelten muss: In Pflegeheimen in kommunaler Trägerschaft ist es in der Regel der Fall, dass eine Vergütung nach TVöD (P-Tabelle) stattfindet, sofern die Organisation im kommunalen Arbeitgeberverband (VKA) ist. In diesem Fall unterscheidet sich die Vergütung nicht von der Vergütung im Krankenhaus.

5.5.5.2 Abgrenzungs-Spiele zwischen patientennahen Berufsgruppen sowie Fachrichtungen

Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass auf Organisationsebene a) vor allem zwischen ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen¹³⁹ sowie b) zwischen unterschiedlichen fachlichen Abteilungen *Abgrenzungs-Spiele* (#22) stattfinden. Der Name des Spiels basiert auf den Abgrenzungsbestrebungen der Akteure und auf den Aussagen einiger IPs, die von einer „innere[n] Abgrenzung“ (I17, PDL, 55) und fehlender Gemeinsamkeit (I18, PDir, 19; I26, PDir, 137) sowie einem Agieren innerhalb des eigenen „Tellerrand[s]“ (I6, E, 191) sprechen. Dies geht mit einem Auseinanderfallen von „Eigen- und Gesamtinteressen“ (I2a, B, 59) einher, d. h., die Akteure identifizieren sich mit einer Teilgruppe statt mit einem größeren Ganzen und sind an der Durchsetzung der Interessen ihrer Teilgruppe, z. B. ihrer Berufsgruppe oder ihrer Abteilung, interessiert. Initiierende Akteure sind z. B. a) die Berufsgruppe der Ärzt_innen versus der Pflegekräfte oder b) die Beschäftigten unterschiedlicher fachlicher Abteilungen; diese Abgrenzung kann dann auch innerhalb einer Berufsgruppe stattfinden. Strukturelle Bedingungen, die in Zusammenhang stehen mit den Strategien, die die Akteure zeigen, sind in Tabelle 57 dargestellt und werden im Folgenden erläutert.

Tab. 57: Strukturelle Bedingungen und Strategien der patientennahen Berufsgruppen und fachlichen Abteilungen im Abgrenzungs-Spiel (#22)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
a) Abgrenzung pflegerische vs. ärztliche Berufsgruppe	
Z: Denkschema: ‚wir versus die anderen‘ (Fokus auf eigene Berufsgruppe versus die andere Berufsgruppe)	An Grabenkämpfen zwischen Ärzteschaft und Pflege teilnehmen; polarisieren und Berufsgruppeninteressen verfolgen
Z: Fehlen von Funktionen bzw. Personen, die für den Prozess verantwortlich sind; Denken in Berufsgruppen/Funktionen statt in Prozessen	Nebeneinander statt miteinander arbeiten; wenig Dialog und Abstimmung; voneinander unabhängige Planung der Arbeitsabläufe
Z: Versäulung der Berufsgruppen, dreigeteilte Führungsstruktur des Krankenhauses und gesetzliche Verankerung ebendieser in HKHG, getrennte Gewerkschaften, ärztliche Fachgesellschaften, Arbeits- und Tarifrecht	
b) Abgrenzung zwischen fachlichen Abteilungen	
Z: Denkschema: ‚wir versus die anderen‘ (Fokus auf eigene Abteilung versus die andere Abteilung)	Verfolgen von Abteilungs- und Fachinteressen, wenig Kooperation und gegenseitige Hilfestellung, Nicht-Teilnahme an integrativen Arbeitsgruppen
Z: Fallzuordnung über eine Abteilung, divisionale, funktionsorientierte Struktur, unterschiedliche pflegerische Ausbildungen, tradiertes Vorgehen zwischen Fachdisziplinen, getrennte Stellenpläne, bauliche Pavillonstruktur, Fachgesellschaften, Anzahl der Betten ist ein Statussymbol	Punkte gegenseitig abjagen

¹³⁹ Die Interviews deuten zudem darauf hin, dass vergleichbare Spiele auch zwischen anderen Akteuren stattfinden, z. B. zwischen Beschäftigten des Verwaltungsdienstes und den patientennahen Berufsgruppen (I29, med. GF, 117; I22, GF, 416, 456). Zudem finden Abgrenzungs-Spiele auch zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern bzw. Kommunen statt (siehe Abschn. 5.5.6.1).

Abgrenzung zwischen Berufsgruppen. Zahlreiche IPs beschreiben, dass „Ärzte und Pflegekräfte [...] irgendwie widerstrebende Berufsgruppen“ (I15, CA, 110) bzw. schwer „zusammenzukriegen“ seien (I29, med. GF, 117), dass „Silodenken“ vorliege (I23, CA, 145), ganz stark polarisiert werde und „wenig Verständnis für den anderen“ bestehe (I23, CA, 145). Manchen IPs zufolge besteht folglich in der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzt_innen ein „großes Verbesserungspotenzial“ (I17, PDL, 184; vgl. z. B. I28, GF, 241; I29, GF, 48), andere sprechen von einem „Grabenkrieg“ (I23, CA, 145; vgl. I21, PDir, 184).

Folgende Zitate von IPs mit Erfahrungen in unterschiedlichen Branchen illustrieren sowohl die Abgrenzung als auch die Konflikte zwischen den Berufsgruppen als Besonderheit von Krankenhäusern:

„Was man wirklich beachten muss im Krankenhaus, und das ist ein ganz zentraler Gedanke, anders als in der Industrie, wo Veränderungsmanagement nicht so kompliziert ist, sind diese Berufskulturen, die so unterschiedlich sind [...]. [Es besteht eine] Konfliktorientierung, auf Basis dieser Säulen“ (I22, GF, 416, 456; vgl. I2a, B, 21).

„[E]s findet in keinen oder den wenigsten Fällen [...] Interaktion statt, und es findet keine gemeinsam gewollte Weiterentwicklung statt, es sei denn, die Krise ist da. Es ist ein System, was auf Abtrennung arbeitet bzw. auf Erhalt von Trennung von Beruflichkeiten. Es gibt natürlich andere Systeme und Beruflichkeiten, die das tun, aber so extrem wie im Krankenhaus ist es aus meiner Sicht in keiner anderen Organisation“ (I1a, B, 33).

Der „Kampf zwischen den Berufsgruppen“ wird von IPs aus der Pflege als „das, was eigentlich schlaucht“ beschrieben, weil dies immer im Hintergrund sei und „man [] keine Gemeinsamkeit“ bekomme (I18, PDir, 19; vgl. I17, PDL, 55). Mit diesem Denkschema von ‚wir versus die anderen‘ geht die Strategie der Akteure einher, neben- statt miteinander zu arbeiten (I20, GF, 116; I5, B, 32; I1b, B, 23), bzw. dass „jeder [] in bestem Wissen und Gewissen für sich selber“ organisiere (I2a, B, 71). Es werde unabhängig voneinander geplant und es finde nicht ausreichend Abstimmung zwischen den Berufsgruppen statt (I18, PDir, 34; I26, PDir, 6; I20, GF, 116; I28, GF, 241). Dies wird auch in folgendem Zitat einer IP aus der Pflege deutlich:

„[Ärztlicherseits wird] ein Zugang gelegt, eine Infusion angehängt. Ich gehe rein, jemanden waschen, muss wieder alles abmachen, [...] und das Hemd ausziehen [...]. Es werden Abläufe unterschiedlich geplant. Oder eigentlich gar nicht geplant: Der Arzt macht Dinge, und wir machen Dinge, auch andere Berufsgruppen. Das heißt, wir stören uns eigentlich ständig gegenseitig“ (I18, PDir, 35).

Der Grad der Abgrenzung scheint dabei auch durch die tatsächliche gegenseitige Abhängigkeit beeinflusst zu werden: Beispielsweise wird die interprofessionelle Zusammenarbeit in OP und Endoskopie als weniger abgrenzend beschrieben, weil die Akteure voneinander abhängig seien (I29, med. GF, 54). Ferner wird als konservierende strukturelle Bedingung beschrieben, dass es keine Person bzw. Funktion gebe, die für den Prozess verantwortlich sei, sodass Teiltätigkeiten nicht ausreichend koordiniert würden und erhebliche Verluste entstünden (I20, GF, 116; I2, B, 72; I17, PDL, 46). Dies führe dazu, dass „keiner vom Prozess denkt, sondern jeder in seiner Berufsgruppe“ (I20, GF, 116; vgl. I2a, B, 20), sodass eine Funktions- anstelle einer Prozessorientierung vorliege. Damit einher geht auch, dass „der Patient [...] häufig bei

den planerischen Tätigkeiten oder der Organisation der eigenen Arbeit absolut vergessen“ werde (I26, PDir, 6) bzw. „Kollateralschäden“ entstünden (I2a, B, 20). Dieses Verhalten ist auch durch weitere Strukturen bedingt. Krankenhäuser sind funktionsorientiert organisiert und strukturiert (nach Berufsgruppen und nach ärztlichen Fachdisziplinen); insbesondere liegt eine Versäulung zwischen Berufsgruppen vor, was sich auch in folgendem Zitat zeigt:

„Von der Struktur ist es so angelegt, dass an einem Patienten gleichzeitig zwei Gruppen arbeiten, die nichts miteinander zu tun haben. Und man Glück hat, wenn die Kommunikation funktioniert. Und man Pech hat, wenn sie nicht funktioniert. Halte ich für ein EXTREMES Problem, nicht nur bei Veränderungsprozessen, sondern generell. Und das ist hier durchaus auch eins“ (I31, GF, 288).

In einigen Interviews wird von einer „Berufsgruppenorganisation“ (I20, GF, 116) und einer „sehr strikten Trennung“ in „eigene Länder“ gesprochen (I5, B, 32). Die Trennung der Berufsgruppen behindere Veränderungsprozesse (I5, B, 32), blockiere das System Krankenhaus (I18, PDir, 19) und passe nicht zu der Leistung, die Krankenhäuser erbringen (z. B. I2a, B, 20): Weil die Behandlung von Patient_innen ein Prozess ist, wird eine Prozessorganisation als passender als eine Organisation nach Funktionen angesehen. Diese berufsständische Gliederung spiegelt sich nicht nur in der dreigeteilten Führungsstruktur des Krankenhauses wider, d. h. im Direktorium, sondern sei auch, wie manche IPs beschreiben, gesetzlich im hessischen Krankenhausgesetz verankert (I22, GF, 456) und werde bis auf Bundesebene bzw. in die Verbandsstrukturen reflektiert (I5, B, 36), z. B. durch die ärztlichen Fachgesellschaften (I23, CA, 124, 210) und die Gewerkschaften ver.di und Marburger Bund (I20, GF, 62; I1b, B, 25), die hiermit ihr eigenes Dasein rechtfertigen würden (I1b, B, 27). Alle diese Strukturen bedingen mit, dass „man sich eher auf sich konzentriert“ (I18, PDir, 102), und tragen zu dem beschriebenen Abgrenzungsverhalten bei.

Abgrenzung zwischen fachlichen Abteilungen. Bezogen auf die Abgrenzung zwischen fachlichen Abteilungen beschreiben viele IPs das voneinander getrennte Denken und Handeln der fachlichen Disziplinen bzw. der Fachabteilungen (z. B. I32b, LR, 20; I2a, B, 21, 44). Jede/r bleibe „in seinem [ihrem] Bereich und keiner guckt darüber hinaus, was für das Gesamte wichtig ist“ (I17, PDL, 46; I2a, B, 46). Diese „innere Abgrenzung“ und eine fehlende Hilfsbereitschaft zwischen unterschiedlichen Fachrichtungen werden sowohl innerhalb des pflegerischen als auch innerhalb des ärztlichen Personals beschrieben (I17, PDL, 55). Einer IP zufolge grenzt sich die z. B. die Intensivpflege gegenüber der Stationspflege ab und fühlt sich wertvoller (I18, PDir, 176), aber auch die Abgrenzung zwischen Pflegekräften, die auf zwei Stationen tätig sind, wird beschrieben (z. B. I17, PDL, 55). In den Interviews wurde aber häufiger die Abgrenzung innerhalb der Ärzteschaft beschrieben: Die Kooperationsbereitschaft von (Chef-)Ärzt_innen unterschiedlicher Fachrichtungen sei gering ausgeprägt (I23, CA, 38;

I31, GF, 279; I11, GF, 170). Chefärzt_innen wollten „möglichst wenig im interdisziplinären Bereich haben“ (I22, GF, 167) und verstünden ihre Abteilungen als „eigenes Reich“ (I29, med. GF, 141; vgl. I10, GS, 45) bzw. „Königreich“ (I20, GF, 68). Schnittstellen seien nur dann interessant, wenn sie ihnen selbst dienten (I29, med. GF, 141). Strukturkonservierendes Handeln kann sich z. B. darin zeigen, dass nicht an Arbeitsgruppen teilgenommen wird, die an einer Überwindung der Grenzen arbeiten, da dies „vielleicht in den eigenen Bereich reinwirkt und man aus der Komfortzone rausmanövriert wird“ (I23, CA, 109).

Verschiedene strukturelle Bedingungen tragen zu diesem Verhalten bei. So beschreibt eine IP, dass die Größe der Abteilung, die sich für Chefärzt_innen an der Bettenanzahl bemesse, als Statussymbol gelte (I18, PDir, 236); dies könnte begründen, warum Interesse an einem möglichst großen eigenen Bereich besteht. Die Aussagen einiger IPs weisen ferner darauf hin, dass die hier beschriebene Art zu denken und handeln auch mit dem Alter und der Sozialisierung der Chefärzt_innen in Zusammenhang stehen könnte (z. B. I32b, LR, 4; I25, ÄDir, 90; I23, CA, 110). Ein/e Chefärzt_in differenziert explizit zwischen Generationen¹⁴⁰:

„Die Tendenz war schon so, die älteren Chefärzte waren eher so meins, deins, und die jüngeren denken auch in meins, deins, aber sind kooperativer, versuchen – ich zumindest, kann nur für mich reden –, dass man auch an das Gemeinwohl des Hauses denkt“ (I15, CA, 131).

Vergleichbar verweist eine GF, die mit einer verhältnismäßigen jungen und neu eingestellten Chefärzt_innenriege arbeitet, darauf, dass es „mittlerweile keines Dolmetschers [] mehr zwischen den einzelnen Fachgebieten in der Ärzteschaft bedarf“, und „eine tagtägliche Interaktion [...] völlig normales Geschäft“ sei (I31, GF, 301). Ein/e Chefärzt_in, der/die selbst Grenzen im Denken und Handeln überwindet, und sich dafür aktiv einsetzt, formuliert:

„Da prallen zusammengefasst Welten aufeinander. Aber es gibt eine Vertrauensbasis, auch wenn teilweise 20 Lebensjahre vielleicht dazwischen sind. [...] Hier erwarte ich nicht, dass am Ende des Tages altgediente Chefärzte sagen: ‚Jetzt habe ich das verstanden. Ich habe es voll aufgenommen. Bin dankbar um diese Horizonterweiterung.‘ Nein. Ich bin schon mal froh, wenn sie partizipieren oder partizipieren lassen“ (I23, CA, 112 f.).

Das Handeln in Trennung findet auch im „gegenseitig [Case-Mix-Punkte] abjagen“ Ausdruck, was dadurch bedingt ist, dass Patient_innen in einer Abteilung geführt bzw. abgerechnet werden, auch wenn in mehreren Abteilungen Teileistungen erbracht werden (I15, CA, 133).¹⁴¹ Aufgrund dieser Systemzwänge achte jede/r auf die eigenen Case-Mix-Punkte, was im Umgang miteinander merkbar sei (I15, CA, 46).

„Gerade bei so einem Wechsel wie meinem jetzt, dass dann andere Chefärzte versuchen, dieser Abteilung Punkte wegzunehmen, indem [...] lukrative Bereiche abgespalten [] und von anderen an sich genommen werden. Das ist normal. Das ist überall so“ (I15, CA, 46).

¹⁴⁰ Wie dies auch im *Spiel der rivalisierenden Lager*, Abschnitt 5.5.4.3, beschrieben ist.

¹⁴¹ Allerdings findet in manchen Krankenhäusern eine interne Leistungsverrechnung statt, wenn Teileistungen von anderen Abteilungen erbracht wurden.

Die etwas scherzhafte Aussage eines/r Chefärzt_in, der/die selbst eine sehr integrierende Haltung aufweist, gegenüber ärztlichen Kolleg_innen einer anderen Fachrichtung mit einer weniger integrierten Haltung, illustriert diesen Streit um den/die Patient_in:

„Beispielsweise, so habe ich das den Chirurgen erklärt, müssen wir uns darauf einigen, dass jede Zelle in diesem Patienten geteilt wird, gerecht, der Chirurg hat die Hälfte und ich habe die Hälfte. Es ist nicht sein Patient, und ich bringe irgendeine Dienstleistung, und ich trete in den Hintergrund, und auch nicht umgekehrt. Das ist schwierig, ist aber im Einzelfall überwindbar“ (I23, CA, 212).

Die Aussagen einiger IPs lassen darauf schließen, dass weitere strukturelle Zwänge zu einem Denken und Handeln in Trennung zwischen Abteilungen bzw. Fachdisziplinen beitragen, z. B. unterschiedliche pflegerisch-fachliche Ausbildungen (I17, PDL, 53), das tradierte Vorgehen zwischen den ärztlichen Fachdisziplinen (I23, CA, 212) und getrennte Stellenpläne (I17, PDL, 63). Historisch wurde diese Trennung einer IP zufolge auch durch die bauliche „Pavillonstruktur“ verstärkt (I20, GF, 68), die teilweise auch heute noch vorliege. Weil diese Grabenkämpfe bzw. Abgrenzungsspiele sowohl negative emotional-soziale (I23, CA, 38) als auch finanzielle (I22, GF, 145; I17, PDL, 46) Konsequenzen bedingen, begegnen einige Akteure aus dem Management *Abgrenzungs-Spielen* u. a. mit *Integrations-Spielen*.

5.5.5.3 Integrations-Spiel des Managements bezogen auf Berufsgruppen und Fachrichtungen

Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass Akteure aus dem Krankenhausmanagement, z. B. Geschäftsführungen, Direktionen und Chefärzt_innen, auf das im vorherigen Abschnitt dargestellte *Abgrenzungs-Spiel* zwischen den Berufsgruppen und Abteilungen mit einem *Integrations-Spiel* reagieren. Der Blick auf die unterschiedlichen Akteure, die um Integration bemüht sind, verdeutlicht auch an dieser Stelle noch einmal, dass Handeln immer personenabhängig ist und Akteure innerhalb einer Gruppe keinesfalls homogenes Verhalten zeigen. Es verdeutlicht auch die Freiheit der Akteure innerhalb der Zwänge und zeigt, dass Verhalten auch sehr viel mit der eigenen Haltung und dem eigenen Erkennen von Möglichkeiten zu tun hat. Während in den bisherigen Abschnitten eher eine strukturkonservierende Haltung und ein ebensolches Verhalten eines Teils der Gruppe der Chefärzt_innen skizziert wurden, gibt es gleichermaßen Chefärzt_innen, die sich Grabenkriegen und Silodenken gegenüber aktiv verwehren und auf eine gute Zusammenarbeit der Berufsgruppen hinarbeiten (z. B. I23, CA, 145). Im Unterschied zu dem in Abschnitt 5.5.4.4 vorgestellten *Integrations-Spiel*, in dem es um eine Integration von Medizin und Ökonomie ging, geht es in diesem *Integrations-Spiel* (#23) darum, die ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen bzw. unterschiedliche Fachrichtungen *innerhalb* der Medizin oder Pflege zu integrieren, d. h. um eine inter- und intradisziplinäre Integration.

Das Interesse der Geschäftsführung und nachgeordneter Führungskräfte ist es, das berufsgruppen- bzw. abteilungsbasierte Denken und Verhalten „aufzubrechen“ (I11, GF, 170), um Produktivität zu gewinnen bzw. ökonomischen Anforderungen gerecht zu werden (I21, PDir, 66, 97; I27, GF, 51; I11, GF, 176; I18, PDir, 210) und eine Verbesserung der Qualität der Versorgung (I26, PDir, 188 ff.; I18, PDir, 117), der Zusammenarbeit und damit des Arbeitsklimas (I24, GF, 24; I11, GF, 170; I23, CA, 145; I28, GF, 42; I34, AL, 24; I18, PDir, 55) zu erreichen. Um diese Interessen zu verwirklichen, nutzen diese Akteure die in Tabelle 58 aufgezeigten strukturellen Bedingungen und Strategien. Die nummerierten Strategien und die dazugehörigen Ressourcen sind im Folgenden erläutert, die mit Quellenangabe versehenen nicht.

Erstens zeigt sich in den Interviews die Strategie, an dem gemeinsamen Nutzen, den das Krankenhaus erbringt, bzw. an seinem eigentlichen Zweck, anzusetzen: Eine IP beschreibt, dass es wichtig sei, strukturelle oder organisatorische Aspekte in Veränderungsprozessen zu adressieren, aber ihrer Erfahrung nach sei „die Frage: Haben die Mitarbeiter einen Begriff davon, was ist ihre Identität, wozu sind sie da, wozu gibt es dieses Haus? [...] der entscheidende Punkt“, an dem Veränderungsprozesse ansetzen müssen (I6, E, 37). Sie beschreibt weiter:

„Ich glaube nicht, dass alle Beschäftigten und Akteursgruppen in einem Krankenhaus immer wirklich wissen, worum es in einem Krankenhaus wirklich geht. [...] Worum geht es? [...] der Patient steht im Mittelpunkt“ (I6, E, 36; vgl. ähnlich I26, PDir, 188).

Das heißt, mit dem Blick auf den Nutzen einher geht der Blick auf die Patient_innen (vgl. I2a, B, 71) und die Behandlungsqualität (I2a, B, 75). Patient_innen als „Ausgangspunkt einer jeden Diskussion und Veränderung“ zu nehmen und sie zu „zu Akteuren“ zu machen, anstatt sie als „Subjekte der Veränderung“ zu betrachten (I1b, B, 77), entfalte große Kraft (ebd.), leite und schaffe Orientierung (I6, E, 36). Diese Kraft kann darauf zurückzuführen sein, dass im Fokus auf die Patient_innen die Interessen der Akteure geeint sind:

„Auf einem gemeinsamen Spielplatz zu versuchen, jedes Mal eigene Interessen durchzusetzen, stößt auf Widerstand, wenn sie sich diesen Spielplatz teilen müssen. Also kommen wir wieder zu dem Thema. ‚Was ist unsere größte Gemeinsamkeit?‘, heißt, die bestmögliche Versorgung unserer Patienten“ (I34, AL, 74).

In diesem Sinne erachten verschiedene IPs sowohl die Entwicklung von Gemeinsamkeit über Sachthemen (I24, GF, 36) und die Formulierung gemeinsamer (strategischer) Ziele, z. B. vom abteilungs- oder berufsgruppenbezogenen Denken zum Miteinander (I24, GF, 25; vgl. I34, AL, 87) als auch die stetige Betonung von Gemeinsamkeit (I24, GF, 25; I34, AL, 87; I22, GF, 490 ff.) als besonders wichtig und wirksam für eine bessere Zusammenarbeit von Berufsgruppen und Abteilungen. So beschreibt eine Pflegedirektion, dass es zentral sei, am „gemeinsamen Zusammenarbeiten anzusetzen. Wirklich den gemeinsamen Nenner zu finden,

Tab. 58: Strukturelle Bedingungen und Strategien der Geschäftsführung und nachgeordneter Führungskräfte im Integrations-Spiel (bezogen auf patientennahe Berufsgruppen und fachliche Abteilungen, #23)

Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Bereitschaft der Beteiligten (I23, CA, 147), Erkenntnis, dass Miteinander erforderlich ist (I34, AL, 80)	Offene Haltung: ‚dem Ganzen eine Chance geben‘ (I23, CA, 143); Wahrnehmen: ‚Hinschauen, wenn etwas nicht funktioniert‘ (I24, GF, 149); reflektiertes Handeln: ‚Sich gegenüber traditionellem Vorgehen verwahren‘ (I23, CA, 146); emotionale Ebene adressieren und benennen, was ist (I5, B, 43)
Gemeinsame Interessen, Zeit	1.) Zweckorientierung; über Patientenorientierung und Sachthemen Gemeinsamkeit entwickeln, gemeinsame (strategische) Ziele formulieren; Interessenhierarchie aufzeigen und Kollektiv vor Individuum stellen
Mitarbeiterbefragungen (I21, PDir, 188), wissenschaftliche Studien (I29, med. GF, 80)	Verweis auf den positiven Nutzen einer positiven interprofessionellen Zusammenarbeit auf Augenhöhe, z. B. Arbeitszufriedenheit (I21, PDir, 188), Kostenreduktion (I18, PDir, 59) und Behandlungsqualität sowie wissenschaftliche Untermauerung (I29, med. GF, 80)
User Experience-Übungen, standardisierte Prozessbeschreibungen und -darstellungen; Leitlinien, Prozessmanager_innen, integrativ aufgebaute technische Infrastruktur	2.) Prozessmanagement, in dem der Leistungsprozess bzw. die Patient_innen in den Mittelpunkt gestellt werden (Perspektivwechsel, Prozesse, Aufgaben, Instrumente beschreiben; auf Leitlinien zurückgreifen, prozessverantwortliche Person definieren, integrationsfähige Software verwenden)
Expert_innenwissen und Erfahrung, Prozessbegleitung und Projektmanagement, Beratungen	Projektmanagement, insbesondere Nachhalten (siehe <i>Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel</i> , Punkt 4), Beteiligung (siehe <i>Partizipations-Spiel</i>), v. a. über: 3.) Integrative Arbeitsformate; insbesondere Arbeitsgruppen
„Charismatische Persönlichkeit, [...] die sagt, ich will [...] ein Krankenhaus ohne Grenzen“ (I5, B, 213)	Berufsgruppen-, abteilungs- und standortübergreifende Qualifizierungen (I26, PDir, 255ff.; I32b, LR, 20, 32), gegenseitige Hospitationen (I26, PDir, 260), Besuch von Abteilungen/Häusern, die integriert arbeiten (I5, B, 199)
Kommunikationsfähigkeit Stationsleitungen und Chefärzt_innen, die moderieren und zwischen Berufsgruppen vermitteln (I21, PDir, 238)	Vorleben eines positiven Miteinanders auf Augenhöhe (I23, CA, 149), positives Miteinander „größter förderlichen Punkt“ (I21, PDir, 183) Kommunikation: „Reden, reden, reden“ (I11, GF, 178), persönliches Gespräch suchen (I23, CA, 146; vgl. I24, GF, 149; I15, CA, 102; I21, PDir, 235); über gutes Miteinander sprechen, z. B. verändertes Vorgehen auf Chefärztkonferenzen vorstellen (I23, CA, 149), Dialogformate initiieren, z. B. Klausurtagungen, wo Miteinander der Berufsgruppen thematisch im Vordergrund steht (I28, GF, 242); „Vision irgendwo in die Herzen [] pflanzen“ (I5, B, 213)
Konfliktfähigkeit	Konfliktlösung: Wo möglich, den Konflikt vermeiden bzw. wenn vorhanden, lösen (I23, CA, 146; vgl. I24, GF, 149), Konfliktcoachings in spez. Fällen (I28, GF, 242)
Benchmarkzahlen, z. B. über Verbund Clinotel (I28, GF, 43); (wirtschaftliche) Bedrohung von außen (I5, B, 212)	Integrationsnotwendigkeit wirtschaftlich, qualitativ und aus einer Perspektive der Verteilungsgerechtigkeit unter der Bedingung knapper Ressourcen begründen (I22, GF, 144, 157; I28, GF, 43)
Rückendeckung aus der formellen und informellen Hierarchie, z. B. GF und heimliche/r Sprecher_in der Chefärzt_innen (I5, B, 213, 225)	Integration ‚von oben‘ anstoßen, damit Veränderungen in das Übergeordnete, d. h. das Krankenhaus, gut einsortiert werden (I23, CA, 72f.; I5, B, 199); Anweisungen/‚Ansagen‘ machen (I22, GF, 498); veränderte Strukturen eindeutig organisatorisch verorten (I34, AL, 139)
Direktionsrecht bzw. Befugnis, Änderungen an Strukturen, Prozessen und Personal vorzunehmen / Organisatorische Stellung	4.) Etablierung bzw. Nutzung von integrierenden Funktionen und Berufsbildern 5.) Integration von Berufsgruppen, die vormals nicht zusammengearbeitet haben, in einer Abteilung; Kooperationsformen
Integrierte Verbände, gemeinsame Abrechnung	6.) Kooperation zwischen Abteilungen, Integration verschiedener Fachdisziplinen in einer Abteilung, Appelle, Betonen gemeinsamer Werte, Anordnungen, Generationenwechsel abwarten Bildung interdisziplinärer <i>indikationsspezifischer</i> (nicht nur abteilungsübergreifender) Zentren (I25 ADir, 71), z. B. Stroke Units und Tumor-Konferenzen (I22, GF, 350; I24, GF, 24), sowohl institutionenbezogen als auch -übergreifend

wie können WIR entwickeln“ (I18, PDir, 211). Dabei achtet eine GF besonders darauf, das Gesamte im Augen zu haben und nicht einzelne Gruppen, immer mit dem Ziel, der eigentlichen Arbeit, der Patientenbehandlung zu dienen (I28, GF, 42).

Teil dieser Strategie ist es auch, eine Hierarchie von Interessen zu verdeutlichen – an erster Stelle die der Patient_innen, an zweiter Stelle die der Organisation und an dritter Stelle die der Beschäftigten. So stellt eine IP heraus, dass an erster Stelle die Bedürfnisse der Patient_innen und erst anschließend die Bedürfnisse der Beschäftigten stehen, d. h., es wird auf den Daseinszweck des Unternehmens verwiesen:

„Die Mitarbeiter, und zwar vorrangig auf der Führungsebene, [müssen] ein Bewusstsein dafür entwickeln: ‚Wozu bin ich da? Dieser Betrieb existiert nicht alleine dazu, dass ich mein Geld verdiene und hier Arbeit habe. Sondern der existiert ausschließlich dazu, sich am Wohlergehen des Patienten zu orientieren, ihn zu begleiten, ihn fürsorglich zu betreuen, ihm unter Umständen ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen oder ihm in einer besonderen Situation die Hilfe zu gewähren, die ihm zur Verselbstständigung hilft.‘“ (I6, E, 36).

Manche IPs aus der GF betonen gegenüber nachgeordneten Führungskräften und Mitarbeitenden, dass der Nutzen, der dem Unternehmen – und damit einem Kollektiv – zugutekommt, vor dem Nutzen einzelner Abteilungen oder Beschäftigten stehe:

„Ihr könnt alles diskutieren, es läuft wie folgt: Was bringt es dem Unternehmen, als Allererstes? Wenn da nichts rauskommt, hört auf zu denken oder fangt von vorne an. DANACH dürft ihr drüber nachdenken, was bringt es meiner Abteilung? Und ganz am Schluss darf jeder auch noch einen Vorteil davon haben. [...] es möge mir NIEMAND [] kommen, wenn es MIR gut geht, darf es dem Unternehmen gut gehen“ (I22, GF, 493).

„[...] das Krankenhaus muss sich nach den Bedürfnissen der Mitarbeiter richten [] – das geht nicht. Wir sind ein Unternehmen wie viele andere und haben als Unternehmen Aufträge und Notwendigkeiten zu beachten, da können wir nicht nur so tun, als hätte der Mitarbeiter hier sein zweites Freizeitengagement“ (I24, GF, 17).

Dies deckt sich mit der Aussage Schäfers (2011), dass sich die Existenzberechtigung einer kommunalen Organisation aus ihrer Fähigkeit ableitet, die Bedürfnisse der Bürger_innen (hier: eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung) zu erfüllen. Dies und die Sicherung der Selbstfinanzierung (d. h. der Bedarfswirtschaftlichkeit) seien das primäre Ziel – erst dann erfolge die Befriedigung von Beschäftigteninteressen (ebd., S. 3).

Zweitens, und einhergehend mit dem ersten Punkt, verfolgen Akteure aus dem Management die Strategie des Prozessmanagements, sodass der Leistungsprozess in den Mittelpunkt gestellt wird (I22, GF, 485; I24, GF, 27; I26, PDir, 177, 188; I34, AL, 11, 47, 74).

„Man kann jede Behandlung [...] in einen Prozessablauf fassen – gibt verschiedene Begriffe dafür, SOP, Behandlungspfade, Clinical Pathways, also alles Dinge, die zum Silodenken konträre Organisationsformen mit sich bringen“ (I2a, B, 73).

Im Rahmen des Prozessmanagements wird ein Perspektivwechsel angeregt, indem nicht mehr aus den Perspektiven der jeweiligen Berufsgruppen, sondern aus der Perspektive von Patient_innen geschaut wird, um die Leistungsprozesse neu zu organisieren (I34, AL, 77; I2a, B, 76; I26, PDir, 188). Eine IP aus der Beratung, die dies begleitet, beschreibt, dass das Einnehmen der Patient_innenperspektive ermögliche, die Interessen einzelner Gruppen

aufzubrechen (I2a, B, 73), und dass die Patient_innenperspektive im Rahmen einer „Patients Journey“ (I2b, B, 19) – einer User-Experience-Übung – nachempfunden werden könne.

„Aus der Perspektive eines Patienten ist es ja so: Man kommt auf den Parkplatz, geht zur Aufnahme, dann gibt es Diagnose, Entscheidung, Behandlung und Entlassung. Das ist schon ein Prozess, wo man ganz viele verschiedene Bereiche durchläuft und wo sich ein Patient nicht dafür interessiert, welche Berufsgruppe und welche Abteilung wann, wo, [] was macht“ (I2a, B, 74).

Mit der Prozessorganisation einher geht eine Kompetenzverlagerung von der Managementebene auf Prozessmanager_innen und die am Prozess beteiligten Akteure:

Prozessmanager_innen organisieren einen zentralen Prozess (z. B. I22, GF, 339) und sagen,

„[bezogen auf EINEN Prozess] Ärzten, Pflegekräften, Sozialdiensten, Verwaltungskräften, allen, die daran beteiligt sind [], wie der Prozess einmal quer durchorganisiert wird. Und dann wird das NICHT auf Ebene Chefarzt, Geschäftsführer, kaufmännischer Direktor und Pflegedienstleiter entschieden, sondern das wird DORT entschieden. Und da wird dann die pragmatischste Lösung gefunden“ (I22, GF, 339).

Das heißt, die Macht und die Verantwortung werden breiter verteilt und das Finden von praktikablen Lösungen an der Basis wird ermöglicht. Da die Veränderung von einer Funktions- zu einer Prozessorientierung damit „in die Autonomie einzelner Berufsgruppen, Hierarchien und Bereiche“ eingreift (I2a, B, 69), d. h. an Machtverhältnissen rüttelt, löse sie auch Widerstand der beteiligten Akteure aus (ebd.). Folglich kommen auch Anweisungen seitens der Geschäftsführung zum Tragen:

„Wir hatten [] einen Workshop mit 45 Führungskräften [...] gemacht. Da haben wir [...] eine sieben Meter lange Prozessmappe aufgelegt. Und in der Mitte lief das durch, und alles, was nicht Hauptprozess war, war nebensächlich. War nicht für alle einfach, klar. Aber es kann nun mal nicht sein, dass die Küche sagt, wann der Patient entlassen wird. Nein. Müssen sie mit klarkommen. [...] und dass OP und internistische Funktionen nicht zum gleichen Zeitpunkt starten können, weil die Logistik sonst einbricht. [...] klar müssen dann auch mal Leute ihre Arbeitszeit um eine halbe Stunde verschieben. [...] Klar wird das auch angewiesen“ (I22, GF, 485).

Für die Gestaltung von Prozessen greifen Prozessmanager_innen einer IP zufolge auf Leitlinien und Erfahrungs- bzw. Best-Practice-Wissen zurück und passen den Prozess an den spezifischen Kontext an (I34, AL, 47, 64, 137). Damit Prozesse auch unabhängig von Personen weiterlaufen können und eine bessere Produktivität erreicht werden kann, werden standardisierte Prozess-, „Posten-“ bzw. Rollenbeschreibungen angefertigt (I34, AL, 133; vgl. I26, PDir, 188, 274), was aus politikorientierter Perspektive die Trümpfe seitens der Personen, die die jeweiligen Posten besetzen, entsprechend reduziert und Widerstand erklären kann. Die Prozessgestaltung erfolgt einigen IPs zufolge in einem beteiligungsorientierten Prozess, u. a. wird der neue Prozess mit allen beteiligten Akteuren besprochen, erläutert und begründet (I26, PDir, 188, 192; I34, AL, 109; I22, GF, 155; siehe ausführlich Abschn. 5.4.6 *Partizipations-Spiel*). Auch wird als wichtig bewertet, dass die technische Infrastruktur integrativ aufgebaut ist, bspw. indem eine Software gemeinsames Dokumentieren ermöglicht (I34, AL, 48), und dass neue Prozesse nachgehalten werden (I34, AL, 109). Als Ressourcen dienen folglich Wissen und Erfahrung in Projektmanagement und Prozessbegleitung (I34, AL, 123).

Drittens beschreiben zahlreiche IPs integrative Arbeitsformate als Strategie, um Gemeinsamkeit und Zusammenhalt zwischen Berufsgruppen und Abteilungen herzustellen (z. B. I23, CA, 48, 53). Als Formate werden z. B. tägliche berufsgruppenübergreifende Visiten (I15, CA, 102) und Case-Management-Besprechungen auf den Stationen (I26, PDir, 182), jährliche Klausuren (I21, PDir, 154) oder auch On-boarding-Prozesse genannt, die genutzt werden, um neuen Mitarbeiter_innen wichtige Schnittstellen vorzustellen (I26, PDir, 254). Besonders häufig wurden Arbeitsgruppen (AGs)¹⁴² bzw. Projektgruppen (z. B. I20, GF, 139) mit Repräsentant_innen betroffener Akteursgruppen (I2b, B, 21) genannt. Dabei dienen diese integrativen Formate nicht nur der Information, dem Austausch, der Abstimmung und der gemeinsamen Entwicklung passfähiger und umsetzbarer Lösungen (siehe *Partizipations-Spiel*), sondern v. a. als kleine Guerillazellen eines Kulturwandels, da in diesen AGs fachliche Perspektiven integriert werden und somit auf mehr Miteinander im Krankenhaus hingearbeitet wird (I21, PDir, 154; I5, B, 199; I26, PDir, 233; I23, CA, 26; I20, GF, 141). Je nach Größe des Krankenhausunternehmens, der Art des Veränderungsprozesses und der Betroffenheit werden unterschiedliche Akteure beteiligt: AGs finden häuser- (I20, GF, 137), bereichs-, berufsgruppen- und hierarchieübergreifend (I2a, B, 77; I22, GF, 471; I23, CA, 28, 38, 96; I26, PDir, 248; I11, GF, 69; I29, med. GF, 114; I34, AL, 67), sowohl regelmäßig (I21, PDir, 154; I23, CA, 96) als auch projektspezifisch (I21, PDir, 154) statt. Als wirksam in den AGs bewertet eine IP, dass Gesprächsräume definiert und eröffnet werden (I23, CA, 35 f.), dass „alle mit an den Tisch können und ihre Perspektive mit reingeben können“, „die Akzeptanz [...] viel besser“ sei (I23, CA, 75), und dass Entscheidungen „im Konsens“ getroffen werden (I23, CA, 75), sowie insbesondere die bloße Tatsache, dass sich Akteure „dazu committen [...], zusammenzukommen und konstruktiv an die Themen ranzugehen“, und dies auch selbst machen und nicht an eine andere Person delegieren (I23, CA 42). Der zuletzt genannte ist ein wichtiger Punkt, da sich einzelne Akteure, auch anderen IPs zufolge, häufig entziehen (z. B. I17, PDL, 196; I20, GF, 120; bezogen auf den ÄD), was u. a. damit begründet wird, dass das Krankenhaus eine Expert_innenorganisation ist (I20, GF, 119). Als ebenfalls wichtig und wirksam werden weitere kleinere AGs mit entscheidungsbefugten Führungspersonen aus Ärzteschaft und Pflege betrachtet, damit Integrationsthemen gemeinsam weiterbearbeitet und untereinander abgestimmt werden, um „mit EINER Stimme [] für alle Beteiligten zu kommunizieren“ (I23, CA, 92).

¹⁴² AG ist synonym zu verstehen mit Qualitätszirkel, Workshop, Round Table etc.

Viertens nutzen Akteure aus dem Management ihre organisatorische Stellung und die damit einhergehenden Befugnisse und nehmen Veränderungen in den Strukturen vor, indem Funktionen neu eingerichtet bzw. genutzt werden, die ein prozesshaftes und integratives Denken und Handeln fördern (sollen). Hierzu zählen z. B. Prozessmanager_innen (I22, GF, 339, s. o., I26, PDir, 7), als Hauptansprechpartner_innen und Überwacher_innen eines Prozesses (I34, AL, 48), sowie Casemanager_innen (I26, PDir, 196, 219), die den gesamten „Fall“, d. h. den/die Patient_in und den jeweiligen Behandlungsprozess im Blick haben, und diesen in berufsgruppenübergreifenden täglichen Besprechungen koordinieren (I26, PDir, 186 ff.). Überdies wird von der Strategie berichtet, eine Abteilung (hier: die Notaufnahme) mit einer berufsgruppenneutralen Leitung zu besetzen (I34, AL, 25), die eine „integrierende, moderierende, kooperative Funktion“ (I34, AL, 129) habe und als „interdisziplinärer Schnittstellenmanager“ (I34, AL, 123) agiere. Damit werde auf die Herausforderung reagiert, „Bedingungen zu schaffen, dass ALLE GLEICHERMAßEN optimale Arbeitsbedingungen haben, ohne dass einer das Gefühl hat, [...] benachteiligt“ zu werden (I34, AL, 24). Als Ressource wahrgenommen wird dabei die direkte Unterstellung unter die Geschäftsführung und die Übertragung von Kompetenzen (I34, AL, 25). Ferner wird die Etablierung neuer Berufsbilder, die aufseiten der Pflege und der Ärzt_innen tätig sind, z. B. chirurgisch-technische Assistent_innen, beschrieben, die durch ihre „Zwitterstellung“ „eine Verbindung [] in der Tätigkeit her[stellen]“ (I18, PDir, 117, 126). Einigen IPs zufolge lösen auch diese Strategien den Widerstand mancher Akteure aus. Da Prozess- und Casemanager_innen häufig aus der Pflege kommen (I26, PDir, 196; I34, AL, 25; I32b, LR, 5), impliziert dies, dass „jetzt plötzlich irgendjemand [aus der Pflege] sagt, ein Arzt muss irgendwas machen“ (I26, PDir, 196; vgl. I25, ÄDir, 116), und sich somit Ärzt_innen, die der Pflege gegenüber fachlich weisungsbefugt sind, von dieser organisatorisch etwas sagen lassen müssen. IPs mit pflegerischem Hintergrund beschreiben, dass bei Ärzt_innen Widerstand entstehe (I18, PDir, 199; I25, ÄDir, 116) bzw. es „immer noch diese konservative Arzt-Pflege-Einstellung“ gebe (I34, AL, 176). Folglich besteht, wie eine GF beschreibt, auch das Hindernis, dass es „gar nicht so viele [gibt], die diese Verantwortung wollen – weil, es ist eine Sandwichposition, die die Person aushalten muss“ (I28, GF, 247). Folglich sucht diese GF für eine derartige Funktion „stabile Persönlichkeiten“,

„die auch als Persönlichkeiten von den Ärzten akzeptiert werden und die ihrerseits auch in der Lage sind, das soziale Gefüge, was heute da ist, zu akzeptieren, aber sich selbst auch zu behaupten“ (I28, GF, 246).

Fünftens werden Berufsgruppen, die vormals nicht zusammengearbeitet haben, in einer Abteilung integriert. So beschreibt eine Pflegedirektion (I26, PDir, 220 ff.), es „geschafft [zu haben], sowohl Pflege- als auch Sozialdienst in eine Abteilung zu bringen“, was dazu führte,

dass „extrem viele Anrufe aus Deutschland“ erfolgt sind und sie gefragt wurde, „wie das gelungen ist, weil diese beiden Berufsgruppen eigentlich überhaupt nicht gerne zusammenarbeiten“. Die Integration wurde realisiert, indem „Zweierteams“ aus unterschiedlichen Berufsgruppen gebildet, „viel geredet“ und „extreme Prozesse eingeführt [wurden], alles elektronisch, alles mit Dokumentation“; darüber hinaus wurde „eingestellt“, „qualifiziert“ und es wurden „Ansagen gemacht“, gestützt durch die GF und deren Direktionsrecht: „Die Geschäftsführer wollten das so und dann war das so“ (I26, PDir, 232).

Sechstens beschreiben Akteure aus dem Management, bezogen auf die Integration unterschiedlicher fachlicher Abteilungen, zunächst die Strategie der Kooperation, bei der Patient_innen übernommen werden und Personal gestellt wird (I23, CA, 38). Ein weiterer Schritt ist die Integration verschiedener Fachdisziplinen in einer ärztlichen Abteilung (I11, GF, 170; I21, PDir, 97; I23, CA, 38; I28, GF, 201) bzw. einer Station (I17, PDL, 53). Als hilfreich wahrgenommen werden Verbände, die verschiedene Fachdisziplinen gemeinsam vertreten, z. B. der Verband der OP-Manager_innen (I23, CA, 212). Ebenfalls als unterstützende Struktur wahrgenommen wird die gemeinsame Abrechnung, weil durch das Generieren „gemeinsame[r] Case-Mix-Punkte“ der „Neidfaktor“ und der Wettbewerbsfaktor untereinander eliminiert würden (I15, CA, 133). Die IPs beschreiben überdies „motivierende“ Strategien (I17, PDL, 64) bzw. „Überzeugungsarbeit“ (I11, GF, 170), die zur Umsetzung solcher Veränderungen beitragen sollen, wie das Appellieren an die Hilfsbereitschaft gegenüber Kolleg_innen anderer Disziplinen (I17, PDL, 54), den Versuch, „es auf die kollegiale Ebene zu bringen“, auch gemeinsam mit den Ärzt_innen (I17, PDL, 55), d. h. die Betonung geteilter Werte, sowie die Erläuterung der Notwendigkeit der Veränderung mit Fakten (I17, PDL, 56) – also zunächst eher psycho-soziale Strategien. Auf der nächsten Stufe folgt der Rückgriff auf formale Befugnisse über schriftliche Anordnungen (I17, PDL, 65), bis hin zu einem Abwarten eines Generationenwechsels (I23, CA, 115; vgl. I28, GF, 202; I32b, LR, 4, 16).

5.5.6 Integrations- und Abgrenzungs-Spiele auf überbetrieblicher Ebene

5.5.6.1 Integrationsspiel des Ministeriums

Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass *Integrations-Spiele* auch zwischen Krankenhäusern, also auf überbetrieblicher Ebene, stattfinden (#24), ausgelöst durch Wettbewerbsdruck: Einige IPs beschreiben, dass Krankenhäuser in privater und konfessioneller Trägerschaft vielfach in Ketten bzw. Konzernstrukturen zusammengeschlossen sind (I9, GS, 307; I7, GF, 361; I10, GS, 9). Um im Wettbewerb zu bestehen (I8, M, 20; I10, GS, 65; I9, GS,

307; I11, GF, 16, 35; I7, GF, 361, 381), gebe es auch bei kommunalen Krankenhäusern (kKH) den Trend zu Verbundbildungen, Fusionen und Kooperationen (I10, GS, 65, 69; I9, GS, 96; I3, B, 17, 33; I11, GF, 14; I21, PDir, 65).¹⁴³

Eine initiiierende Akteurin bei der Integration kommunaler Krankenhäuser ist das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI). Sein Interesse ist einer IP aus dem Ministerium zufolge eine „gute und qualitativ hochwertige, [...] für alle Bürger zugängliche Gesundheitsversorgung“ (I8, M, 91). Überdies sei das HMSI an der Unterstützung von kKH interessiert, weil in Hessen die meisten kKH „unverzichtbar“ seien (I8, M, 6), aber „viele in finanziellen Schwierigkeiten stecken“ und „Einzelkämpfer [...] keine Chance mehr haben im System“ (I8, M, 7). Das Bemühen um kKH resultiert auch aus einer normativ bedingten Sorge: Wenn es „am Ende [...] überhaupt keine Kommunalen mehr gibt“, behindere dies das „Gebot der Trägervielfalt“ (I8, M, 92); zudem bestehe die „Sicherstellungsverpflichtung“ (I8, M, 93; siehe ausführlich 5.3.1). Akteure aus dem HMSI nutzen bei der Verfolgung der o. g. Interessen die in Tabelle 59 dargestellten strukturellen Bedingungen und Strategien. Da das HMSI als Akteur nicht weiter im Fokus stand, wird die Tabelle im Anschluss nicht weiter erläutert.

¹⁴³ Die Begriffe gesellschaftsrechtliche Verbände, Fusionen und Kooperationen werden von den IPs nicht immer trennscharf verwendet, folglich verwende ich diese im Folgenden weitestgehend synonym. Korrekterweise sind diese Begriffe, insbesondere bezogen auf die damit einhergehenden Machtfragen, zu unterscheiden (I4, B, 105 ff.): Bei Fusionen wird aus zwei Krankenhäusern (KHs) ein KH. Bei Verbänden bleiben die einzelnen KHs als solche erhalten, werden aber von einer übergeordneten Warte gesteuert. Gewinne und Verluste werden sozialisiert; die Machtfrage ist zu klären. Kooperationen sind ein schuldrechtlicher Vertrag zwischen KH A und KH B. Effekte werden nicht nicht sozialisiert, sondern der Vorteil des einen ist tendenziell zum Nachteil des anderen. Die Machtfrage muss nicht betrachtet werden, weil jedes Krankenhaus seine Macht behält (ebd.).

Tab. 59: Strukturelle Bedingungen und Strategien des Landesministeriums im Integrations-Spiel (bezogen auf Krankenhäuser, #24)

<i>Zwänge (Z) und Ressourcen</i>	<i>Strategien</i>
Gesetzgebungskompetenz auf Landesebene, Krankenhausplanung (I3, B, 271; I11, GF, 206); Verpflichtung zur Kooperation gesetzlich im HKHG verankert (I8, M, 79) Verantwortung für Investitionsfinanzierung / Verfügung über Fördermittel (I4, B, 85; I11, GF, 206)	Gesetzesänderungen auf Landesebene (I4, B, 85) Fördermittelpolitik: unter Bezug auf rechtliche Verpflichtung Fördermittel kürzen / Bevorteilung von Verbundstrukturen in der Krankenhausförderung (I8, M, 72 ff.; I12, LR, 68); Möglichkeit darbieten, Fördergelder an einem Standort einzusetzen (I8, M, 75)
Krankenhausreform (Bundesebene); Krankenhausstruktur-fonds – Förderung erfordert Wegfall IK-Nummer (I12, LR, 68) Komplexität der Qualitätsregelungen und Anforderung an Expert_innenwissen überfordert einzelne kleine Krankenhäuser (I8, M, 183)	An Krankenhausreform auf Bundesebene mitarbeiten; auch über Qualitätsregelungen und Veränderungen im Vergütungssystem Strukturänderungen erwirken (I8, M, 87, 198)
Expert_innenwissen	Beratung der AR-Vorsitzenden bzw. Kommunen (I12, LR, 82)
Externe Beratungen; „Konzept für den Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen“ (Luther & TKM GmbH, 2012)	Von externen Berater_innen in Absprache mit HSMI Konzepte für Verbundstrukturen erarbeiten lassen
Diskutiertes Konzept (Luther & TKM GmbH, 2013) Podien, öffentliche Diskussionen, Kongresse (I8, M, 89)	Kommunikation: Konzept mit unterschiedlichen Interessengruppen diskutieren (I8, M, 77, 204); Konzept bewerben; Nutzen von Verbänden betonen, z. B. Wissenstransfer (I8, M, 183) sowie weitere Effekte, z. B. Skaleneffekte (I1b, B, 37), Marktmacht (I7, GF, 361), Gemeinnützigkeit (I4, B, 6)
Medien (je nach Verhalten R oder Z) (I8, M, 81)	Wünschenswert: Darstellung des Nutzens von Verbänden statt Skandalisierung (I8, M, 81)

5.5.6.2 Abgrenzungs-Spiele zwischen Krankenhäusern und Kommunen

Die Analyse der Daten deutet darauf hin, dass Kommunen, aber auch weitere Mitspielende – Geschäftsführungen, Betriebsräte und Gewerkschaften – auf dieses *Integrations-Spiel* mit Widerstand reagieren. Dieser zeigt sich in einem weiteren *Abgrenzungs-Spiel* (#25), in dem die Akteure eine vergleichbare innere Haltung und ein damit einhergehendes Verhalten, wie in Abschnitt 5.5.5.2 dargestellt, zeigen. Auch diese überbetrieblichen Abgrenzungs-Spiele sind dadurch gekennzeichnet, dass sich die Akteure mit einer Teilgruppe statt mit einem größeren Ganzen identifizieren, an der Durchsetzung eigener Interessen interessiert sind, und, wie eine IP beschreibt, ganz selten „über den Tellerrand hinausschauen“ (I5, B, 163). Strukturelle Bedingungen und damit einhergehende Strategien der Akteure sind in Tabelle 60 aufgeführt und werden im Folgenden erläutert.

Tab. 60: Strukturelle Bedingungen und Strategien von Kommunalpolitik, Geschäftsführung, Gewerkschaft im Abgrenzungs-Spiel zwischen Krankenhäusern (#25)

	Zwänge (Z) und Ressourcen	Strategien
Kommunal- politiker_innen	Z: Demokratisches Handlungssystem, Konkurrenzdenken der Bevölkerung; Verbundbildung erfordert Zustimmung in Kommunalparlament	Interessen der Bevölkerung umsetzen, Fusion als Wahlkampfthema instrumentalisieren
	Z: Verantwortung für eine Gebietskörperschaft	Kirchturmpolitik betreiben, Rückzug auf formale Position
	Z: Denkschema „Macht ist nicht teilbar“	Vorbringen von Argumenten, die gegen Verbundbildungen sprechen
Geschäfts- führungen	Expert_innenwissen	Fachlich-sachliche Argumente gegen Verbundbildung Argumentieren mit der mangelnden politischen Durchsetzbarkeit
Gewerkschaften	(Ressourcen siehe Widerstands-Spiel der Gewerkschaften)	Teilweise Unterstützung von Verbundkonzepten
	Z: BR sind ‚Kunden‘ und tendenziell gegen Fusionen bzw. damit einhergehende Strukturkonsolidierung; Rechtsberatung	Widerstand gegen Konsolidierung von Strukturen

Kommunalpolitiker_innen. Bezogen auf die Akteursgruppe der Kommunalpolitiker_innen liegt es einigen IPs zufolge „meistens [] an der Politik“ (I9, GS, 96; vgl. I4, B, 221; I7, GF, 363) bzw. an der „Geltungssucht“ oder dem Interesse am „persönlichen Vorteil“ einzelner Personen (I8, M, 62), dass kKH „zu großem Maße noch Einzelkämpfer“ sind (I8, M, 20; vgl. I9, GS, 308; I7, GF, 361) und Fusionen oder/und Verbundbildungen häufig scheitern (I8, M, 62; I9, GS, 96). Einige IPs beschreiben, dass Kommunen „pro domo“ (I6, E, 191) arbeiten bzw. „Kirchturmpolitik“ betreiben würden, d. h. Einzelinteressen an den Standorten verfolgen, die vor das Wohl der Gesamtbevölkerung gestellt werden (I2a, B, 23; vgl. I5, B, 179; I1b, B, 49; I7, GF, 369; I28, GF, 14; I5, B, 252). Dieses standortbezogene Auftrags- bzw. Rollenverständnis zeigt sich auch in der Aussage eines/r Landrät_in:

„[Der Bürgermeister der Nachbarkommune] ist dafür gewählt, um alle Ressourcen [seiner Kommune] dafür einzusetzen, dass es den [dortigen] Bürgern gut geht. Und ich muss alle Ressourcen des Kreises einsetzen, dass es meiner Bevölkerung gut geht. Das ist mein Job“ (I33, LR, 108).

Weil Standortfragen aus der eigenen Perspektive begriffen würden, ist es einer/m Oberbürgermeister_in zufolge

„unglaublich schwierig, übergeordnet für einen Verbund zu werben. Weil natürlich jeder [...] Bürgermeister oder Oberbürgermeister dann die Sorge hat: Ich muss ja was abgeben“ (I30, OB, 35).

Das heißt, das Nachordnen gesamtgesellschaftlicher Interessen hinter regionale Interessen wird u. a. auf die Verantwortung für eine bestimmte Gebietskörperschaft zurückgeführt (z. B. I8, M, 40; I30, OB, 33). „Dieses Vereinzelte“ wird von einer IP aus der Beratung als eines „der größten Probleme, die wir haben“, beschrieben (I5, B, 168). Von anderen IPs wird ein solches Verhalten

als fehlende Betrachtung aus höherer Warte (I8, M, 40) und als Rückzug auf eine „rein formale Position“ (I7, GF, 497) beschrieben, die dem inhaltlichen Sinne der Position eines/r Landrät_in widerspreche (I7, GF, 497; vgl. ähnlich I5, B, 165). Wie bereits (indirekt) deutlich wird, löst die Integration von Krankenhäusern Angst vor Machtverlust aus. Die Befürchtung des Machtverlustes bezieht sich einigen IPs zufolge auf wirtschaftliche (I4, B, 143; I9, GS, 32; I7, GF, 369, 394) und organisatorisch-administrative Mittel, insbesondere Stimmanteile¹⁴⁴ an der Krankenhausgesellschaft (I7, GF, 395; I4, B, 8, 223). Da Interesse an Machterhalt (I33, LR, 56; I8, M, 61; I1b, B, 49) und ein Denkschema wie „Macht ist nicht teilbar – wenn ich sie in ein Größeres gebe, gebe ich sie ab, oder habe weniger davon, oder habe sie ganz“ (I3, B, 35) bestehen, herrscht diesen IPs zufolge vielerorts Widerstand, der sich z. B. in Argumenten von Kommunalpolitiker_innen, die gegen Verbundbildungen sprechen, zeige:

Diese sagen: „Uns geht es nicht ganz so schlecht wie den anderen. Denen geht es doch noch schlechter“, und: „Zwei Lahme machen noch keinen Rennläufer“, „Das bringt doch dann eh nichts, dann privatisier ich lieber“, „Der andere Landkreis, der versucht uns zu dominieren“ (I8, M, 62).

Das Abgrenzungsverhalten kommunalpolitischer Akteure ist eng an das *Wählermaximierungsspiel* (Abschn. 5.4.2) gekoppelt, in dem Sinne, dass politische Mandatsträger_innen Abgrenzungsverhalten zeigen, um Wählerstimmen zu gewinnen. Beispielsweise würden Fusionen als „Wahlkampfthema“ (I9, GS, 332), d. h. als politischer Spielball, instrumentalisiert, zumal diese auch zustimmungspflichtig durch das Kommunalparlament sind (I7, GF, 383). IPs mit politischem Hintergrund legitimieren politische Abgrenzungsstrategien mit den Interessen der regionalen Bevölkerung, die in Konkurrenz denke (I33, LR, 52), am Erhalt bestehender Strukturen interessiert sei (I30, OB, 33; I8, M, 40) und eine nahe gelegene Gesundheitsversorgung bzw. ein eigenes Krankenhaus wünsche (I30, OB, 28, 30; I33, LR, 32; I12, LR, 38) und ihre Interessen über kommunalpolitische Strukturen einbringe (I30, OB, 27, 32). Die Qualität der medizinischen Versorgung und die Wirtschaftlichkeit spielen einzelnen IPs zufolge eine untergeordnete Rolle, weil diese Faktoren für die Bevölkerung schwer bewertbar seien (I30, OB, 28; I33, LR, 33). Veränderungsprozesse, die zu einer Reduktion von Strukturen, im Sinne von Arbeitsplätzen oder des Leistungsangebots, führen, würden negativ aufgenommen (I33, LR, 72, 76, 90; vgl. I7, GF, 518; I8, M, 61).¹⁴⁵ Bei Verbänden und Fusionen

¹⁴⁴ Einem/r Berater_in zufolge scheitern „neun von zehn sinnvolle Verbände [], [daran] [] dass man sich über die Frage streitet, wer 51 und wer 49 Prozent hat“ (I4, B, 8), obwohl die Stimmrechte unabhängig davon, ob die nominalen Anteile 1 %, 5 % oder 51 % betragen, durch rechtliche Gestaltungen stark sein könnten (I4, B, 290).

¹⁴⁵ Bezogen auf die Interessen der allgemeinen Bevölkerung sind die Erkenntnisse einer Studie zur Reformbereitschaft (Heinemann et al., 2012) spannend und aufschlussreich, weil die Studie aufzeigt, inwiefern ausgelöste Zwänge, bspw. durch Mitfinanzierung, mit eigenen Interessen und Reformbereitschaft zusammenhängen: Drei Viertel der Befragten beurteilen grundlegende Reformen als notwendig, aber fast die Hälfte lehnt sowohl Beitragserhöhungen als auch Leistungskürzungen ab (ebd., S. 62 f.). Allgemein gilt: Je höher die wahrgenommene Notwendigkeit der Reform, desto höher die Akzeptanz von Reformen. Dabei werden

zu erwartende Proteste der Bevölkerung (I8, M, 61) und der Gewerkschaften (I4, B, 100) sowie negative Berichterstattung durch die Presse (I8, M, 81) werden als Zwänge betrachtet.

Geschäftsführungen. Auch Geschäftsführungen sind einzelnen IPs zufolge primär am Erhalt ‚ihres‘ Krankenhauses und ihrer Position interessiert bzw. gegen Verbundstrukturen, weil sie den Verlust von Macht befürchten: IPs beschreiben, dass bei Diskussionen um Verbundthemen „9 von 10“ Geschäftsführungen (I4, B, 39) alles schlechtreden, indem sie mittels ihres Expert_innenwissens (I4, B, 37) „fachlich-sachliche Gründe [...], von denen ich sage, dass es sich lohnt, sich mit ihnen auseinanderzusetzen“ anbringen (I4, B, 39). Begründet werde die Ablehnung z. B. damit, dass es keine weiteren Wirtschaftlichkeitspotenziale im Bereich des Einkaufs gebe, obwohl „gerade dort noch am meisten Potenzial“ liege (I8, M, 30). Des Weiteren werde mit der mangelnden kommunalpolitischen Durchsetzbarkeit argumentiert (I7, GF, 392; I4, B, 52). Manche IPs nehmen an, dass dies erfolgt, „weil sie [die GFs] Macht fürchten“ (I4, B, 39) bzw. „Sorge [haben], nur noch Befehlsempfänger zu werden und Gestaltungsspielräume zu verlieren“ (I9, GS, 13). Eine GF beschreibt es selbst sehr deutlich:

„Wenn Sie einen Zusammenschluss haben – nehmen Sie nur fünf Häuser –, dann ist einer an der Spitze. Heute sind fünf Herrscher da. Dann haben Sie von den fünf zumindest einige, die keine freien Herrscher mehr sind. Das will keiner“ (I7, GF, 392).

Gewerkschaften. Einigen IPs zufolge unterstützen Gewerkschaften den Zusammenschluss von kommunalen Häusern analog zu privaten und konfessionellen Häusern (I9, GS, 8; I8, M, 202; I12, LR, 90; I7, GF, 366) und merken auch an, dass Verbundschließungen noch zu wenig erfolgten (z. B. I0, GS, 307). Eine IP aus dieser Akteursgruppe beschreibt aber auch eine „ambivalent[e]“ Haltung (I9, GS, 20), bezogen auf Fusionen und die häufig damit einhergehende Konsolidierung von Strukturen: Eine Betrachtungsebene sei das gesundheitspolitische Geschehen bzw. seien die „Auswirkungen [...] auf den Trägermix in Deutschland“ (I9, GS, 34):

„Gesundheitspolitisch, gesundheitsökonomisch würde ich sagen [...], es haben alle recht, die sagen, wir haben zu viele Krankenhäuser [...], [weil] wir momentan in Riesenschritten in eine eher profitorientierte Krankenhauslandschaft kommen, die wahrscheinlich dazu führt, dass am Ende dieser Prozesse kommunale Krankenhäuser marginalisiert sind. Das wäre fatal“ (I9, GS, 23).

Beitragssteigerungen gegenüber Leistungskürzungen präferiert – insbesondere von Menschen, die bisher keine Beträge leisten, d. h. von jungen Menschen. Auch Beamte, die von einer solchen Maßnahme nicht direkt betroffen sind, sind deutliche Befürworter, während Selbstständige, die durch die steigenden Arbeitskosten stärker als Angestellte von derartigen Reformen betroffen sind, eine geringere Bereitschaft zeigen. Generell sind Menschen mit einem höheren Haushaltseinkommen und einer höheren Bildung eher bereit, Reformen im Bereich der Beiträge und Leistungen zu akzeptieren (ebd.).

Um die kommunalen Krankenhäuser „in einer Wettbewerbssituation überhaupt noch am Markt zu halten“ (I9, GS, 8), wäre ver.di unter bestimmten Umständen auch für „weniger Krankenhäuser oder eine andere Krankenhausstruktur“ offen (I10, GS, 184). Eine andere Betrachtungsebene seien aber die Auswirkungen auf die „Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die da arbeiten“ (I9, GS, 34): Um die Interessen der Mitglieder zu realisieren, könne es „durchaus sein, dass wir, gemeinsam mit unseren Mitgliedern, erstmal um den Erhalt von Häusern kämpfen“ (I9, GS, 21), um „die Versorgung vor Ort aufrecht[zuerhalten]“ oder um „Arbeitsplätze [zu] sichern“ (I9, GS, 21; vgl. I4, B, 167). Diese unterschiedlichen Ebenen erklären möglicherweise auch das unterschiedliche Agieren, das eine GF in Bezug auf unterschiedliche gewerkschaftliche Funktionärssebenen beschreibt: „Ver.di war für diesen Zusammenschluss. [...] Aber die örtlichen Gewerkschaftsvertreter, die waren dagegen“ (I7, GF, 366 ff.)“. Gewerkschaften, und insbesondere die örtlichen Gewerkschaftsvertretungen, befinden sich in einem Zwang, da die „wesentlichen Akteure“ von ver.di ihre Betriebsräte sind (I9, GS, 14), die überwiegend Vorbehalte gegen Verbundstrukturen (I8, M, 202; I7, GF, 366; I12, LR, 90; I5, B, 252) bzw. Schließungen (I9, GS, 347) hätten. Der Widerstand wird von manchen IPs darauf zurückgeführt, dass Standortinteressen (I12, LR, 95), die Anzahl der Freigestellten (I12, LR, 96) und die Sicherung des eigenen Jobs (I9, GS, 18) dominierten.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die initiierten Veränderungsprozesse auf allen Ebenen Widerstände auslösen, die im Kern vergleichbar sind: Veränderungen rütteln an bestehenden Machtverhältnissen und im Zuge von Veränderungen werden in der Regel bestimmten Akteuren Machtbereiche abgesprochen, während andere Akteure dadurch, dass ihnen z. B. mehr Verantwortung bzw. mehr (Entscheidungs- und Gestaltungs-)Macht zugesprochen wird, an Einfluss gewinnen. Wer Machtverlust befürchten muss, hält somit eher an Strukturen fest. Wer potenziell durch die Veränderung Macht gewinnen kann, ist eher bereit und motiviert, die Veränderungen (mit-)zugestalten.

6 Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern durch eine hohe Komplexität auszeichnen. Sie finden auf Ebene des Bundes, des Landes, der Kommune und der Organisation statt und reichen von Wandel 3. Ordnung, z. B. Sektor-Reformen, über Wandel 2. Ordnung, z. B. Fusionen oder Prozessoptimierungen, zu Wandel 1. Ordnung, z. B. kontinuierliche Verbesserungsprozesse (Ordnungen nach Kuipers et al., 2014, siehe Abschn. 3.1). In dieser Arbeit stand nicht ein spezifischer Veränderungsprozess im Fokus, sondern es ging um die mit der Initiierung und Umsetzung von Veränderungen zusammenhängenden Dynamiken, die sich aus politikorientierter Perspektive als Machtspiele fassen lassen, und die multiplen, zum Teil konfligierenden Rationalitäten folgen. In der politischen Arena von Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern erweisen sich zudem die Initiierung und die Umsetzung von Veränderungen selbst als Strategien unterschiedlicher Akteure. So stellen Sektor-Reformen eine Strategie des Bundesgesundheitsministeriums und Prozessoptimierungen eine Strategie von Geschäftsführungen dar.

Im Folgenden stelle ich zunächst die Ergebnisse zusammengefasst in Spielen dar; diese umfassen die im Rahmen von Veränderungsprozessen relevanten Akteure, ihre Interessen, Strategien und die sie umgebenden strukturellen Bedingungen (Abschn. 6.1). Anschließend erläutere ich, was dies für Führung in kommunalen Krankenhäusern bedeutet (6.2) und diskutiere dies vor dem Hintergrund der Literatur. Darauf folgend zeige ich den theoretischen Beitrag (6.3), Limitationen der Studie sowie Implikationen für Forschung (6.4) und Praxis (6.5) auf.

6.1 Spiele im Rahmen von Veränderungsprozessen

Da eine Vielzahl von Akteuren das Gelingen von Veränderungsprozessen beeinflusst, zeichnet sich die Arena durch eine *Komplexität der Akteurslandschaft* aus. Dabei variiert der Einfluss der Akteure in Abhängigkeit von der Art und Phase des Veränderungsprozesses. Beispielsweise haben Mitarbeitende wenig Einfluss bei Sektor-Reformen, aber viel Einfluss bei Prozessoptimierungen in der Umsetzungsphase. Über alle Veränderungen hinweg sind die politische Eigentümerin, die Geschäftsführung, die Chefärzt_innen, der Betriebsrat und die Beschäftigten zentrale Akteure; darüber hinaus sind zahlreiche weitere Akteure einflussreich, wie in den Ergebnissen aufgezeigt wurde (siehe Abschn. 5.1, Abb. 11).

Die Akteursvielfalt bringt eine *Interessenvielfalt* mit sich. Saliente Interessen sind v. a. die Qualität der medizinischen Versorgung, Wirtschaftlichkeit und Rechtssicherheit, kommunalpolitische Rendite und gute Arbeitsbedingungen. Diese konfliktieren teilweise, was v. a. in den Spannungsfeldern ‚Konkretisieren des Gemeinwohls vs. Wirtschaftlichkeit des Unternehmens‘ und ‚eine optimale Qualität der Versorgung, koste es, was es wolle vs. eine ausreichende, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung‘ ersichtlich ist. Gemeinsame Interessen sind z. B. der Erhalt der öffentlichen Trägerschaft und die Überzeugung, dass die Gesundheitsversorgung gesellschaftlich finanzierbar und wirtschaftlich im Sinne eines sparsamen Umgangs mit öffentlichen Ressourcen organisiert sein sollte.

Zur Realisierung ihrer Interessen nutzen die Akteure Strategien, die, bezogen auf die sie umgebenden strukturellen Bedingungen, rational im Sinne von zielführend sind. Letztlich sind alle Strategien als *Führungs-Strategien* zu verstehen. Während manche dieser Führungs-Strategien strukturkonservierend sind und darauf abzielen, Veränderungen in kommunalen Krankenhäusern, die letztlich dem New Public Management (NPM) zugeordnet werden können, zu verhindern (*Widerstands-Strategien*), zielen andere darauf ab, solche Veränderungen umzusetzen (*Change-Management-Strategien*). Strukturelle Bedingungen können dabei sowohl restringierend als auch ermöglichend in der Verfolgung eigener Interessen sein, d. h. Zwänge oder Ressourcen darstellen. Die Vielfalt der Strategien illustriert wiederum die Freiheit der Akteure innerhalb struktureller Zwänge.

Im Konzept des Spiels werden die Strategien der Akteure mit den strukturellen Bedingungen verknüpft. Die Ergebnisse der Arbeit sind im Überblick in Tabelle 61 aufgeführt. Die Tabelle gibt Aufschluss über die parallel stattfindenden insgesamt 25 Spiele, zentrale Akteure, Interessen und Strategien, sowie über die Rationalitäten, die in den Spielen deutlich werden. Die Spiele finden auf unterschiedlichen Ebenen statt, stellen zum Teil Reaktionen aufeinander dar und sind teilweise ineinander verschachtelt. Auf die Inhalte der Tabelle nehme ich im Anschluss Bezug. Um dies zu erleichtern, sind die Spiele mit Nummern versehen, indiziert durch eine Raute (#) in der ersten, zweiten oder dritten Spalte¹⁴⁶ der Tabelle.

Die hier deutlich werdende Komplexität und die Vielfalt der Akteure, ihrer Interessen und Strategien sowie die multiplen, konkurrierenden Rationalitäten zeigen, dass das kommunale Krankenhausunternehmen ein ‚extreme or ‚unusual‘ context[]‘ bzw. Forschungsfall ist – und somit besonders interessant für neue Erkenntnisse (Bamberger & Pratt, 2010, S. 665).

¹⁴⁶ Ob die Aufführung in der ersten, zweiten oder dritten Spalte erfolgt ist abhängig von der Anzahl der Ebenen, auf denen das Spiel stattfindet, bzw. der Akteure, die das Spiel spielen.

Tab. 61: Liste der Spiele

<i>Spielname</i>	<i>Ebene</i>	<i>Primäre Akteure</i>	<i>Weitere Akteure im Spiel</i>	<i>Interesse der primären Akteure</i>	<i>Beispielhafte Strategien</i>	<i>Dominante Rationalität</i>	<i>Als Spiel benannt in:</i>
#1 Wettbewerbs-Spiel	Bund und Land	Bundesministerium für Gesundheit	(private) Wettbewerber, Wissenschaft	Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit, qualitative Versorgung, Beitragsstabilität, → Effizienzsteigerung	Klare Anforderungen und Vorschriften definieren, Vergleichbarkeit herstellen, Gesetzgebung gestalten/umsetzen, Argumentation der Notwendigkeit	Ökonomisch	Dieser Arbeit
#3 Daumen-schrauben-Spiel		Landesministerium (HMSI), Krankenkassen		Begrenzte Ressourcen anderweitig verwenden, Wirtschaftlichkeit	Unzureichende Refinanzierung von Investitionen und betrieblichen Aufwänden		Dieser Arbeit
#4 Widerstands-Spiel		Gewerkschaft	Politik, Öffentlichkeit, Presse, Beschäftigte im KH	Gestaltung der Gesellschaft im Interesse der Arbeitnehmenden; bestmögliche Arbeitsbedingungen	Widerstand leisten über Kritik am Status Quo (Ökonomisierung v. Gesundheit), Mobilisierung Dritter und Aufbau von öffentl., polit. und betriebl. Druck	Politisch	(Mintzberg, 1983)
#14 Bargaining- und Widerstands-Spiel	Organisation	Betriebsrat	Geschäftsführung, Beschäftigte	Bestmögliche Arbeitsbedingungen und Erhalt Arbeitsplätze	Geben und Nehmen, Aushandlung von Kompromissen; Widerstand leisten, indem Opposition zur GF aufgebaut wird, über Gegenkommunikation, Mobilisierung Dritter und Aufbau von öffentl., polit. und betriebl. Druck, rechtliche Eskalation		(Bogumil & Kißler, 1998b) (Mintzberg, 1983)
#5 Mitglieder-maximierungs-Spiel	Bund und Land	Gewerkschaft	Gewerkschaftsmitglieder, Presse	Mitglieder gewinnen, Sichtbarkeit	KKH als politischen Spielball nutzen, öffentlichkeitswirksame Konflikte, z. B. Streiks		(Benennung in Anlehnung an das Wähler-maximierungs-Spiel nach Bogumil & Kißler, 1998b)
#7 Gewinn-maximierungs-Spiel		Ärzt_innen	Patient_innen, Marburger Bund	Individuellen Gewinn steigern	Einnahmen erhöhen über Ausweitung von Leistungen / organisierte Forderung nach höherer (tarifl.) Vergütung, Privatliquidation, Nebenerwerb	Wirtschaftlich	Dieser Arbeit

<i>Spielname</i>	<i>Ebene</i>	<i>Primäre Akteure</i>	<i>Beteiligte</i>	<i>Interesse der primären Akteure</i>	<i>Beispielhafte Strategien</i>	<i>Dominante Rationalität</i>	<i>Als Spiel benannt in:</i>
Wähler-maximierungs-Spiele	Bund und Land	#2 Bundes-/Landespolitik	Bürger_innen, Presse	Politische Mehrheiten gewinnen	Vermeidung von Strategien, die sich negativ auf Wahl auswirken können, z. B. Delegation schwerer Entscheidungen auf KH-Ebene	Politisch	(Bogumil & Kißler, 1998b)
	Kommune	#8 Kommunalpolitische Mandatsträger in Aufsichtsgremien	Bürger_innen, Presse	Politische Mehrheiten gewinnen, Kommunale Rendite	Weiterleben der politischen Rolle im AR, kKH als parteipolitischen Spielball nutzen, Erhalt von Strukturen, späte Reagibilität, finanzielle Unterstützung des kKH		
	Organisation	#16 Betriebsrat	Beschäftigte	Mehrheiten gewinnen	Über Aufzeigen von Interessenkonflikten Sichtbarkeit und eigenen Nutzen aufzeigen		
#9 Rationale-Politik-Spiel	Kommune	Kommunalpolitik		Gemeinwohl in kommunalen Organisationen konkretisieren	parteipolitische Stillhaltenmanöver, Einbringen kommunalpolitischer Interessen ausschließlich über Gesellschafterin; Ausfüllen der AR-Rolle		(Bogumil & Kißler, 1998b)
#10 Strategische-Kandidaten-Spiel		Geschäftsführung, weitere Akteure im Management	Kommunalpolitische Akteure, regional Meinungsführende, Presse, Beschäftigte	Mehrheiten gewinnen und Spielraum ausweiten	Politikgerechte Gestaltung von Veränderungen, Berücksichtigung politischer Interessen und der sozialen Praxis	Multirational*	(Mintzberg, 1983)
#11 Partizipations-Spiel	Kommune und Organisation			Legitimation, Feedback, Akzeptanz u. a.	Beteiligung externer und interner Akteure, Koalitionsbildung		Dieser Arbeit
Verbetriebs-wirtschaftlichungs-Spiele	Bund und Land	#6 Gewerkschaft	Beschäftigte, Mitglieder	Finanzielle Schlagkraft	Einnahmen erhöhen über Mitgliederzuwachs, Kostensenkung	Ökonomisch	Dieser Arbeit
	Organisation	#12 Geschäftsführung	Beschäftigte, Patient_innen	Bedarfwirtschaftlichkeit und Effizienz, Rechtssicherheit, gute med. Versorgung	Steigerung der Produktivität, z. B. über Kostensenkungen und Leistungssteigerung, Veränderungen in Strukturen, Prozessen und auf personeller Ebene, politische Lobbyarbeit		
Budget-Spiel	Organisation	#13 Geschäftsführung	Krankenkassen	Erhöhung der Betriebsmittel	Verhandlungen zu Leistungssteigerungen		(Mintzberg, 1983)
		# 21 Ärztliche vs. pflegerische Berufsgruppe		Ressourcen/Macht erhalten bzw. verändern, um eigene Gruppe zu stärken	Erhalten (AD) vs. Rütteln (PD) an Machtasymmetrie zwischen Berufsgruppen; z. B. Ringen um Stellenanteile, Anerkennung, Einkommen		

<i>Spielname</i>	<i>Ebene</i>	<i>Primäre Akteure</i>	<i>Beteiligte</i>	<i>Interesse der primären Akteure</i>	<i>Beispielhafte Strategien</i>	<i>Dominante Rationalität</i>	<i>Als Spiel benannt in:</i>
#15 Co-Management-Spiel	Organisation	Betriebsrat	Geschäftsführung	Gestaltung des Betriebs im Interesse von Betrieb und Beschäftigten	Kooperative Gestaltung von Veränderungen mit GF, gemeinsame Verantwortung, Konsensorientierung	Politisch	(Bogumil & Kißler, 1998b)
#17 Expertise-Spiel		Chefärzt_innen (CA)	Geschäftsführung (GF)	Optimale medizinische Versorgung unabhängig von ökonomischen Gesichtspunkten, Erhalt der medizinischen Dominanz und Autonomie	CA: Expert_innenwissen ausspielen und mit dem Leichentuch wedeln; GF: Beratungen beauftragen, auf Benchmarks verweisen	Medizinisch	(Mintzberg, 1983)
#18 Einflüster-Spiel					CA: Über kommunalpolitische Beziehungen auf Geschäftsführung einwirken; GF: Lobbyarbeit	Politisch	Dieser Arbeit
#19 Spiel der rivalisierenden Lager					CA: Rückzug auf Rolle als Leistungsträger_in, Abwertung GF, sich Veränderungen entziehen; GF: Rückzug auf Rolle als Finanzverantwortliche_r, materielle Anreize	Medizinisch vs. ökonomisch	(Mintzberg, 1983)
Integrations-Spiele	Organisation	Geschäftsführung	#20 (Chef-)Ärzt_innen u. a. patientennahe Berufsgruppen	Verbesserung Wirtschaftlichkeit, Qualität der med. Leistungen und Qualität der Zusammenarbeit	Medizin und Ökonomie integrieren über gemeinsame Ziele, qualitative Verbindung, systemische Betrachtung, Perspektivwechsel	Multirational*	Dieser Arbeit
			#23 Berufsgruppen (Ärztlicher und Pflegedienst); fachliche Richtungen		Berufsgruppen, Fachrichtungen und Abteilungen integrieren über gemeinsame Ziele, Prozessmanagement, integrierende Arbeitsformate und Funktionen, Appelle, Anordnungen		
	Kommune und Land	Landesministerium (HMSI)	#24 Kommunen, Geschäftsführung, Gewerkschaft, BR	Krankenhäuser integrieren über Fusionen, Verbände, finanzielle und rechtliche Anreize bzw. Sanktionen, Dialog mit Beteiligten			
Abgrenzungs-Spiele	#22 Organisation	Ärztliche vs. pflegerische Berufsgruppe; Abteilungen		Durchsetzung der Interessen der eigenen Gruppe, Autonomie wahren	Identifikation mit Berufsgruppe bzw. Fachrichtung, nebeneinander statt miteinander arbeiten, Abgrenzung statt Kooperation, wenig Dialog, Punkte abjagen	Diverse**	Dieser Arbeit
	#25 Kommune	Politiker_innen, Geschäftsführung, Gewerkschaft	Bürger_innen, Presse		Kirchturmpolitik (Politik), mit fehlender politischer Durchsetzbarkeit argumentieren (GF), Widerstand gegen Reduktion von Strukturen (GS)		

* verschiedene Rationalitäten integriert in einem Akteur ** verschiedene Rationalitäten verteilt auf diverse Akteure

Im Folgenden werden die in der Arbeit analysierten Spiele, die in Tabelle 61 aufgeführt waren, zusammenfassend erläutert und in Beziehung zueinander gesetzt. Zunächst werden die Spiele auf Bundes- und Landesebene, dann die Spiele auf Kommunalebene und schließlich die Spiele auf Organisationsebene erläutert.

Bundes- und Landesebene. Auf Bundesebene- und Landesebene prägt das *Wettbewerbs-Spiel* (#1) das Spielfeld. Die Spielregeln besagen, dass gewinnt, wer wirtschaftlich agiert. Initiierende Akteure sind das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die dem BMG nachgeordneten Akteure. Das Interesse dieser Akteure ist es, eine bedarfsgerechte, qualitative und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Bürger_innen zu gewährleisten, langfristig den Satz der Beitragsstabilität zu wahren und das System solidarisch finanzierbar zu halten. Zu diesem Zweck werden im *Wettbewerbs-Spiel* diverse Strategien verfolgt, z. B. Reformen erlassen¹⁴⁷, die auf einen Strukturwandel abzielen, was u. a. mit Ländervergleichen begründet wird: Im europäischen Vergleich sind in Deutschland die Gesundheitsausgaben überdurchschnittlich hoch und machen EU-weit den größten Teil am Bruttoinlandsprodukt aus (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2017). Zudem hat Deutschland überdurchschnittlich viel ärztliches und pflegerisches Personal, mit steigender Tendenz, aber aufgrund der überdurchschnittlichen Kapazitäten letztlich eine geringe Personal-am-Bett-Quote (ebd.). Das Wettbewerbs-Spiel löst für die kommunalen Krankenhäuser Veränderungsdruck aus, insbesondere bezogen auf ihre Wirtschaftlichkeit.

Dieser Druck wird durch wirtschaftliche Strategien wie die unzureichende Investitionsfinanzierung und die in der Betriebskostenfinanzierung entstehende ‚Personalkostenschere‘ im Rahmen des *Daumenschrauben-Spiels* (#3) weiter verschärft. Zentrale Akteure dieses Spiels sind das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) und die Krankenkassen. Allein der durch das Daumenschrauben-Spiel ausgelöste wirtschaftliche Druck beträgt, illustriert in Personalstellen, rund 76 Vollkräfte pro Jahr für ein durchschnittlich großes kKH. Als zentrale Ressourcen zur Durchsetzung ihrer Interessen dienen den Akteuren v. a. existierende Gesetze sowie die Verfügung über finanzielle Mittel.

Diese beiden Spiele führen dazu, dass wirtschaftliche Kriterien in der Krankenhauslandschaft einen zunehmend hohen Stellenwert erlangt haben und ein Paradigmenwechsel eingeläutet wurde, der sich u. a. darin zeigt, dass Wirtschaftlichkeit in den Deutungsschemata der Geschäftsführungen, aber auch anderer Akteure in den Kommunen und

¹⁴⁷ Solche Reformen umfassen z. B. die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems, das Fördern von Verbundbildungen und, damit einhergehend, die Konsolidierung von Strukturen.

im Krankenhaus, einen hohen Stellenwert hat (vgl. Bär & Pohlmann, 2016; Riehl, 2011). Auch die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft ist in Zusammenhang mit diesen Spielen zu sehen – bundesweit befinden sich heute rund ein Drittel der Krankenhäuser in privater Trägerschaft (Statistisches Bundesamt, 2018a). Deren wirtschaftlicher Erfolg setzt Benchmarks für alle und vermittelt das Denkschema, dass Krankenhäuser nicht nur wirtschaftlich zu führen sind, sondern sogar hohe Renditen erwirtschaften können – was wiederum den Druck für Krankenhäuser aller Trägerschaften verstärkt.

Zwar wird die Zielsetzung der Bundes- bzw. Landespolitik, Strukturen zu konsolidieren, von Akteuren aus Kommunalpolitik, Gewerkschaft und Krankenhaus nachvollzogen und teilweise für richtig befunden, dennoch löst die Art der Umsetzung Kritik aus, weil sie mit einem massiven Zwang und Überlebenskämpfen auf Organisationsebene einhergeht. Kritisiert wird z. B., dass die Umsetzung über einen undifferenzierten Wettbewerb stattfindet, vorhandene Instrumente wie der Krankenhausplan unzureichend genutzt würden und schwierige Entscheidungen ungeachtet der dadurch entstehenden Probleme auf Krankensebene delegiert würden. Diese politisch statt sachlich ausgerichteten Strategien geben Anlass zu der Annahme, dass es letztlich um die Vermeidung von Strategien geht, die sich negativ auf die Wiederwahl auswirken könnten, und dass politische Akteure auf Bundes- und Landesebene ein *Wählermaximierungs-Spiel* (#2) (in Anlehnung an Bogumil & Kibler, 1998b) spielen. In diesem Spiel gewinnt, wer die meisten Wählerstimmen und damit die politische Mehrheit hat (ebd.).

Die durch eine ökonomische Rationalität geprägten *Wettbewerbs- und Daumenschrauben-Spiele* gehen aufgrund des Zwangs zur Produktivitätssteigerung mit erhöhtem Druck und größerer Arbeitsbelastung für Beschäftigte einher. Die Gewerkschaft ver.di reagiert mit einem *Widerstands-Spiel* (#4) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 188) und nutzt sowohl subtilere als auch offen aggressive Widerstands-Strategien. Die Spielregeln besagen, dass gewinnt, wer erfolgreich opponiert. Opponiert wird gegen eine Ökonomisierung der Krankenhäuser, insbesondere gegen das leistungsorientierte DRG-Vergütungssystem und gegen Veränderungen im Sinne des NPM, sofern diese mit negativen Konsequenzen für Beschäftigte einhergehen. Zentrale Interessen ver.dis sind gute Arbeitsbedingungen, der Erhalt von Arbeitsplätzen und Flächentarifverträgen, idealerweise eine Abkehr von Markt und Wettbewerb und eine Daseinsvorsorge in öffentlicher Hand. In der Verfolgung ihrer Interessen nutzt ver.di z. B. die Sensitivität der Eigentümerin gegenüber einer negativen Öffentlichkeit, das Arbeitskampfrecht und die Verzahnung mit den Betriebsräten als Ressourcen, um politisch, tariflich und betrieblich Druck auszuüben. Die Erzeugung von Druck erfolgt bspw. über

politische Kampagnen, das Thematisieren und Skandalisieren der Problematik in der Öffentlichkeit, (die Androhung von) Streiks sowie die Erweiterung des Konflikts auf die (partei-)politische Ebene. Weiterhin wird Lobbyarbeit betrieben und es werden die Interessen der Beschäftigten über das politische Netzwerk und den parlamentarischen Arm, aber auch über die Sitze in den Aufsichtsgremien der Selbstverwaltung in Kranken-, Unfall- und Rentenversicherungen platziert. Ferner werden in sozialen Kooperationen gemeinsame Interessen öffentlichkeitswirksam vertreten. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Strategien gewerkschaftlicher Interessenvertretung sehr vielfältig sind (vgl. Seibring, 2010).

Der Widerstand seitens der Gewerkschaft wird von den vom Widerstand betroffenen Akteuren, v. a. Manager_innen im Krankenhaus, im Kern nachvollzogen, löst aber dennoch deren Kritik sowie Kritik aus den eigenen Reihen aus. Kritisiert wird u. a. die unpassende Begriffsverwendung der Ökonomisierung bei kKH, da diese bedarfswirtschaftlich und gemeinwohlorientiert ausgerichtet sind. Auch wird bemängelt, dass Gewerkschaften in ihrem Vorgehen nicht nach Trägerschaft differenzieren – so werden z. B. vor allem kKH bestreikt, obwohl diese am ehesten den Interessen der Gewerkschaft entsprechen, und weniger private Häuser, obwohl diese erwerbswirtschaftlich und gewinnorientiert agieren. Die vorrangige Bestreikung von kKH wird auf den dort höheren Organisationsgrad zurückgeführt, und es wird kritisiert, dass ver.di mit den Streiks v. a. eigene Interessen verfolge, nämlich die Erregung von Aufmerksamkeit, um Mitglieder zu gewinnen.

Dies verweist auf ein weiteres Spiel der Gewerkschaft, das *Mitgliedermaximierungsspiel* (#5) (in Anlehnung an das Wählermaximierungsspiel nach Bogumil & Kibler, 1998b). Die Spielregeln besagen, dass möglichst viele Mitglieder gewonnen werden müssen, um gesellschaftlich Einfluss nehmen zu können. Da ver.di eine freiwillige Mitgliederorganisation ist, ist für die Gewinnung von Mitgliedern zunächst deren Aufmerksamkeit erforderlich, was wiederum die Sichtbarkeit ver.dis voraussetzt. Folglich werden mit öffentlichkeitswirksamen Strategien wie Streiks Interessenkonflikte und der potenzielle Nutzen durch den Beitritt in die Gewerkschaft aufgezeigt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass kKH und die Pflege zu diesem Zweck als politischer Spielball instrumentalisiert werden, weil in beiden eine hohes Politisierungspotenzial liegt. Die Ergebnisse stützen damit auch die Ergebnisse anderer Studien, denen zufolge Gewerkschaften vermehrt auf Strategien wie Organizing und Konfliktorientierung setzen, um ihre Primär- und Organisationsmacht zu stärken (Brinkmann & Nachtwey, 2010). Dabei erläutern Greifenstein und Kibler (2014, S. 109) den Zusammenhang zwischen Konflikt- und Kampfstrategien und Mitgliedergewinnung folgendermaßen: Wenn eine Gewerkschaft ohne eindrucksvolle Arbeitskämpfe Verhandlungslösungen im Sinne der

Beschäftigten erzielt, fehlt diesen der Anreiz, der Gewerkschaft beizutreten. Anders ausgedrückt, erhöht eine kämpferische Gewerkschaft den Anteil Organisierter in der Belegschaft und mit ihm auch den Organisationsgrad des Betriebsrates, während eine Gewerkschaft, die einem friedensstiftenden Politikmuster folgt, die Anteile Unorganisierter in den Betriebsräten stärkt (ebd.).

Überdies hat das Mitgliedermaximierungs-Spiel auch eine wirtschaftliche Komponente, da die Gewinnung von Mitgliedern auch dazu dient, finanzielle Ressourcen aufzubauen, die bspw. für kostenintensive Streiks erforderlich sind. Damit agiert die Gewerkschaft ver.di analog zu kKH, die Fälle maximieren (siehe *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel*, #12). Beide maximieren ihre Leistungen bzw. ihre Einkommensquelle, um innerhalb ihres Systems handlungsfähig und im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern bzw. Gewerkschaften erfolgreich zu sein. Die wirtschaftliche Komponente der Mitgliedermaximierung, aber auch weitere Strategien, die auf eine bessere Wirtschaftlichkeit ausgerichtet sind, z. B. die Reduktion der Personalkosten über Personalabbau, weisen darauf hin, dass ver.di auch ein *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#6), bezogen auf die eigene Organisation, spielt. Dies ist zunächst überraschend, da sie Gleiches in kKH kritisieren, zeigt aber einfach auf, dass sich auch ver.di, analog zu bedarfs- und gemeinwohlorientierten kKH, in einem wirtschaftlichen Handlungssystem befindet und in Teilen auch einer solchen Rationalität folgt.

Auch andere Kritiker_innen der Ökonomisierung, ein Teil der Ärzteschaft, erntet von Akteuren aus dem Management, der Arbeitnehmervertretung und aus eigenen Reihen Kritik für bestimmte Verhaltensweisen, die nicht konform sind mit den kritischen Äußerungen einiger Ärzt_innen: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass einige Ärzt_innen wirtschaftliches bzw. haushaltendes Agieren auf Organisationsebene ablehnen, aber individuell nach Gewinnmaximierung streben. Das Streben nach und das Erlangen von Gewinn sind durchaus legitim, interessant ist in diesem Zusammenhang aber, dass dieses Interesse nicht offen postuliert und bei anderen negativ bewertet wird. In diesem *Gewinnmaximierungs-Spiel* (#7) geht es weniger um das Überleben am Markt, bezogen auf ein diverses Kollektiv, wie bei den kKH und ver.di, sondern stärker um den Erhalt individueller Privilegien bzw. der starken Machtposition einer kleineren, vergleichsweise homogenen Gruppe wie der Ärzteschaft. Strategien sind z. B. Privatliquidation und Nebenerwerb.

Bezogen auf die bisherigen Spiele sind Kerstings (2002) gerechtigkeitsethische Ausführungen zu der Gesundheitsversorgung aufschlussreich: Unser solidarisch-gemeinschaftliches System ist derart ausgestaltet, dass die Bezahlung der Leistung durch Dritte erfolgt; Bürger_innen können somit Leistungen in Anspruch nehmen und diese von allen anderen

individuellen Interessen und Ressourcen abkoppeln. Weil die individuellen Patient_innen einen größtmöglichen individuellen Nutzen erzielen wollen, erzeugen sie eine Übernachfrage der Gesundheitsversorgung. Die Ärzt_innen verstärken das konsumierende Verhalten der Bürger_innen, indem sie die Nachfrage stimulieren und die Behandlung verlängern¹⁴⁸ – beide verhalten sich marktgetreu und subjektiv rational, indem sie ihren Eigennutzen maximieren. Für das Gesamtsozialsystem ist das Verhalten aber irrational. Folglich ist in einer Solidargemeinschaft gerechtigkeithethisch Minimalismus geboten, weil die Bürger_innen ein Recht darauf haben, dass ihre Abgaben und Steuern möglichst effektiv verwendet werden und sich „das von ihnen zwangsfinanzierte System der öffentlichen Gesundheitsversorgung im Legitimitätsrahmen der Grundversorgung hält“ (Kersting, 2002, S. 45). Versorgungsmaximalismus – „alles für alle, koste es was es wolle“ (ebd., S. 28) – ist gesellschaftlich nicht finanzierbar und erzeugt somit Knappheit. Knappheit bringt wiederum Leistungen in Konkurrenz und erfordert Entscheidungen darüber, „welche Leistungen und welche Therapien für wen unter welchen Umständen von der kollektiven Versicherung bezahlt werden sollen und welche nicht“ (ebd., S. 28.). Ferner würde Versorgungsmaximalismus auf gesellschaftlicher Ebene keine Ressourcen für die „Bereitstellung anderer öffentlicher Güter übriglassen“ und so zu „einer beträchtlichen kulturellen und sozialen Verarmung des öffentlichen Lebens führen“ (ebd., S. 40). Diese Argumente verleihen einem ökonomischen Vorgehen auf staatlicher Ebene, welches kollektive Wohlfahrt zum Ziel hat, seine Rationalität.

Kommunale Ebene. Für Krankenhäuser aller Trägerschaften gelten die Vorgaben aus dem bundes- und landespolitischen Raum. Die Besonderheit kommunaler Krankenhäuser besteht aber darin, dass die Eigentümerin des kKH, die kommunale Gebietskörperschaft, sich ebenfalls in einem politischen Handlungssystem befindet und gemeinwohlorientiert ausgerichtet ist. Bedingt durch die politische Eigentümerin bestehen auf Gesellschafterebene plurale Interessen – v. a. eine attraktive Kommune und somit eine gute regionale Gesundheitsversorgung, Wirtschaft, Infrastruktur und Arbeitsplätze, aber auch Wirtschaftlichkeit (nicht: Gewinnmaximierung) der kommunalen Unternehmen. Die Gesellschafterin entsendet für die Arbeitgeberseite in der Regel politische Mandatsträger_innen in den Aufsichtsrat, folglich besteht häufig Personenidentität zwischen Mitgliedern der Gesellschafterversammlung und des Aufsichtsrats. Aufgrund der politischen Durchdringung

¹⁴⁸ Der Text stammt aus dem Jahr 2002, vor Einführung des DRG-Systems. Ökonomische Anreize bestanden zu dieser Zeit in der Verlängerung der Verweildauer (I16, BR, 113). Heute besteht der ökonomische Anreiz darin, die Anzahl der (im aktuellen DRG-System gut vergüteten) Fälle zu maximieren.

des Aufsichtsrats werden die kommunalpolitischen Interessen der Gesellschafterin in den Aufsichtsrat kaskadiert. Damit entsteht ein Spannungsfeld zwischen kommunalpolitischen und unternehmerischen Interessen, insbesondere zwischen der Erfüllung öffentlicher Aufgaben und dem Wirtschaftlichkeitsprinzip einer privatrechtlichen Unternehmung. Dies entspricht dem bekannten Konflikt in öffentlichen Unternehmen zwischen sozialen, volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Zielen bzw. zwischen öffentlichem Auftrag und finanziellem Ergebnis (vgl. Dietrich, 2012, S. 7). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass dieser Konflikt seitens der politischen Mandatsträger_innen im Aufsichtsrat mehrheitlich zugunsten der politischen Rolle aufgelöst wird, was u. a. durch fehlendes Expert_innenwissen im ökonomischen und unternehmensrechtlichen Bereich mitbedingt zu sein scheint. Indem politische Aufsichtsratsmitglieder ihre unternehmerische Rolle nicht adäquat einnehmen, kontrollieren sie aus politikorientierter Perspektive damit eine große Unsicherheitszone und verfügen über entsprechende Macht.

Aufgrund der Dominanz des politischen Handlungssystems prägt auf kommunalpolitischer Ebene insbesondere das *Wählermaximierungs-Spiel* (#8) (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b) das Spielfeld. Das *Wählermaximierungs-Spiel* wird durch die Zwänge des demokratisch-politischen Herrschaftssystems ausgelöst. Die Spielregeln besagen, dass Mehrheiten gewonnen werden müssen, um Einfluss nehmen zu können, und dass Dissens zwischen den Parteien erforderlich ist, damit Unterschiede sichtbar sind, weil Parteien gerade aufgrund ihrer unterschiedlichen Meinungen gewählt werden (Bogumil & Kißler, 1998b). Kommunalpolitische Akteure spielen dieses Spiel aber nicht nur in kommunalpolitischen Gremien, sondern auch in den Aufsichtsgremien des kKH, d. h. in Gesellschafterversammlung und Aufsichtsrat. Das Interesse der Akteure ist es, kommunale Rendite zu generieren, um Wählerstimmen zu erhalten, was eine positive Wahrnehmung durch die wahlberechtigte Bevölkerung voraussetzt. Diese und die Medien sind folglich wichtige Mitspielende. In diesem Spiel geht es um Macht, und nicht um die Sache – folglich kommen eher politische als sachlich oder unternehmerisch ausgerichtete Strategien zum Tragen. Die strukturellen Bedingungen werden dabei teilweise als Zwang wahrgenommen, aber auch als Legitimation für die eigenen Strategien verwendet. Kommunalpolitische Akteure richten sich an den Interessen der Bevölkerung (z. B. eine attraktive Kommune, Arbeitsplätze und Erhalt nahe liegender Versorgungsstrukturen) aus, da diese über kommunale Gremien und die Wahlen Einfluss nimmt. Weil Demokratie von Dissens und dem Aufzeigen von Gegensätzen lebt, wird auch die Strategie der parteipolitischen Profilierung zwischen den unterschiedlichen politischen Akteuren der Arbeitgeberseite im Aufsichtsrat verfolgt und das kKH als parteipolitischer

Spielball instrumentalisiert; in diesem Kontext dient auch die Öffentlichkeit als Bande im Spiel (vgl. Bogumil & Kißler, 1998b). Überdies richten die Akteure ihr Handeln zeitlich an Wahlen aus und agieren aufgrund begrenzter Amtsperioden kurzfristig; auch können mit dem Wechsel der politischen Führung grundlegende Richtungswechsel in der strategischen Ausrichtung des kKH einhergehen. Um politische Ruhe zu wahren, kommen vielfach defensive und strukturkonservierende Strategien zum Einsatz, z. B. das Aufrechterhalten unwirtschaftlicher Strukturen, Entscheidungsvermeidung und späte Reagibilität bezogen auf Veränderungserfordernisse, das Erteilen paradoxer Handlungsanweisungen an die Geschäftsführung sowie notfalls das Auswechseln der Geschäftsführung, um das eigene politische Image reinzuwaschen. Auch kommen, innerhalb rechtlicher und wirtschaftlicher Grenzen und abhängig vom politischen Willen, finanzielle Strategien zum Einsatz, z. B. die finanzielle Unterstützung des Krankenhauses. Die in diesem Spiel starke Abhängigkeit von einer positiven Öffentlichkeit stellt für die amtierende Politik und die Geschäftsführung des kKH tendenziell einen Zwang dar, während sie für die Opposition und die Arbeitnehmervertretungen eine zentrale Ressource darstellt.

Eine Alternative stellt das *Rationale-Politik-Spiel* (#9) (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b, S. 142) dar. Während es sich beim *Wählermaximierungs-Spiel* um ein Routine-Spiel handelt (Bogumil & Kißler, 1998b), in dem es darum geht, den Status Quo zu erhalten (Ortmann et al., 1990), stellt das *Rationale-Politik-Spiel* ein Innovations-Spiel dar (Bogumil & Kißler, 1998b), welches eine Veränderung der Routine-Spiele und ihrer Regeln zum Ziel hat (Ortmann et al., 1990). Zentral in diesem Spiel ist, dass die politischen Akteure als Kollektiv agieren und auf Parteipolitik verzichten, zu diesem Zweck erfolgen politische Stillhaltevereinbarungen (vgl. Bogumil & Kißler, 1998b). Überdies erfolgt eine Trennung zwischen Gesellschafter- und Aufsichtsratsrolle. Über die Gesellschafterversammlung werden kollektive kommunale Interessen eingebracht. Im Aufsichtsrat wird die politische Rolle verlassen und stattdessen die unternehmerische Rolle eingenommen. Dies umfasst z. B., dass der Geschäftsführung Handlungsspielraum gewährt und sich nicht in Entscheidungen eingemischt wird, die formal der Geschäftsführung obliegen, und dass Bypässe, die z. B. über den Betriebsrat oder Chefärzt_innen initiiert werden, unterbunden werden. Allerdings weisen die Ergebnisse darauf hin, dass das Rationale-Politik-Spiel eher selten gespielt wird. Die Mehrzahl politischer Mandatsträger_innen im Aufsichtsrat scheint tendenziell weder dem Unternehmen verpflichtet zu agieren (was der Rolle entspräche) noch dem kollektiven Gemeinwohl (was bereits eine Rollenkonfusion mit der Gesellschafterrolle darstellen würde), sondern vor allem parteipolitisch zu agieren, wie im *Wählermaximierungs-Spiel* dargestellt

(was weder der Aufsichtsratsrolle noch der Gesellschafterrolle entspricht). Strukturelle Bedingungen, die dies begünstigen, sind z. B. die Personalunion von Gesellschafter- und Aufsichtsratsmitglied und eine damit einhergehende Rollenkonfusion sowie unzureichendes Expert_innenwissen.

Für die Geschäftsführung eröffnet das Verfolgen kommunalpolitischer Interessen der Gesellschafterin und insbesondere der Aufsichtsratsmitglieder ein schwieriges Spannungsfeld. Die Pole des Spannungsfeldes sind auf der einen Seite die (nicht wirtschaftlichen) Interessen der Gesellschafterin und auf der anderen Seite die Wirtschaftlichkeitsverpflichtung aufgrund rechtlicher Regelungen und finanzieller Zwänge. Die Geschäftsführung agiert in diesem Spannungsfeld, indem sie die politische Rationalität in ihr Handeln integriert und das *Strategische-Kandidaten-Spiel* (#10) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 194) spielt, in dem es um die Realisierung organisationalen Wandels geht. Die Spielregeln besagen, dass erstens ‚Kandidaten‘ (z. B. Veränderungsprojekte) gefunden, verkauft und schließlich durchgesetzt werden müssen, und zweitens, dass die Geschäftsführung für die Umsetzung bestimmter Veränderungen politische Mehrheiten gewinnen muss, bevor diese formal vollzogen werden können (ebd.). Zu diesem Zweck nutzt sie größtenteils politische Change-Management-Strategien im Sinne einer Politik hinter der Bühne. Strategien sind z. B. die Pflege der politischen Landschaft und das Gewinnen von Koalitionspartner_innen, die politikgerechte Gestaltung von Veränderungsprozessen und das Eingehen auf politische Interessen, was insgesamt eine Kenntnis der politischen Arena und politisches Fingerspitzengefühl erfordert. Insbesondere wird bei schwierigen Veränderungsprozessen, z. B. bei Konsolidierungen, die soziale Praxis öffentlicher Unternehmen bei personalpolitischen Maßnahmen berücksichtigt, auch wenn dies aus einer rein wirtschaftlichen Perspektive dysfunktional ist.¹⁴⁹

Einen zentralen Stellenwert in der Umsetzung von Veränderungen nimmt der ‚Verkauf strategischer Kandidaten‘ ein; dieser erfolgt in Expert_innenorganisationen über die Beteiligung von Machtgruppen (Mintzberg, 1983). Dies gilt umso mehr, wenn es sich, wie es beim kKH der Fall ist, nicht nur um eine Expert_innenorganisation, sondern zudem um eine politische Organisation handelt, und ist im *Partizipations-Spiel* (#11) dargestellt. Dieses Spiel stellt also gewissermaßen ein Teil-Spiel des *Strategische-Kandidaten-Spiels* dar und dient letztlich dazu, Bereitschaft für die Umsetzung von Veränderungen zu erzeugen und Verbündete zu finden, weil das Expert_innensystem und das politische demokratische System sowohl

¹⁴⁹ An diesem Punkt ist eine Verknüpfung mit dem *Bargaining- und Widerstands-Spiel* des Betriebsrates (#14) zu sehen, in dem die Geschäftsführung auch auf die Interessen des Betriebsrats eingeht, um dessen Zustimmung zu bestimmten Maßnahmen zu erwirken (vgl. Bogumil & Kibler, 1998b).

Freiwilligkeit und Selbstverpflichtung der Akteure als auch Mehrheiten erfordert. Die Geschäftsführung und andere Akteure aus dem Krankenhausmanagement nutzen die Strategie der Beteiligung in ihren vielfältigen Facetten. Diese findet in unterschiedlichsten Formaten statt und reicht von informellen bilateralen Gesprächen über Workshops mit unterschiedlichen Interessengruppen bis hin zu offiziellen Klausuren. Inhärenter Bestandteil ist die Kommunikation. Die Inhalte der Kommunikation umfassen v. a. die Erläuterung, warum die Veränderung erfolgt (das dominante Argument ist hier die wirtschaftliche Bedrohung des Krankenhauses), welches Ziel anvisiert wird (z. B. Erhalt der kommunalen Trägerschaft), und welchen Nutzen die Veränderung für das Kollektiv und Individualakteure bringt. Damit werden in diesem Spiel die drei Strategien¹⁵⁰, die Bogumil und Kießler (1998b) zur Einleitung von Innovations-Spielen nennen, angewandt. Weil die Beteiligung sowohl bezogen auf krankenhausexterne als auch auf -interne Adressat_innen erfolgt, z. B. über (partei-)politische und gesellschaftliche Bühnen sowie interne Kommunikationskanäle zu Führungskräften, Betriebsrat und Mitarbeitenden, markiert das Spiel auch den Übergang zur Organisationsebene.

Organisationsebene. Kommunale Krankenhäuser befinden sich in Veränderungszwängen, weil sie in einem politischen Klima, in dem Wirtschaftlichkeit ein zentrales Interesse ist, häufig für ihre Unwirtschaftlichkeit kritisiert werden. Folglich ist unzureichende Wirtschaftlichkeit der häufigste Treiber für Veränderungsprozesse. Die Ergebnisse zeigen, dass die im Durchschnitt geringere Wirtschaftlichkeit kommunaler Krankenhäuser im Vergleich mit Krankenhäusern in privater Trägerschaft multifaktoriell bedingt ist. Gründe sind z. B., dass das oberste Ziel kommunaler Krankenhäuser nicht die Erwirtschaftung von Gewinnen, sondern die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ist, dass die politische Eigentümerin kommunale Rendite erwirtschaften will, dass Krankenhäuser als politischer Spielball instrumentalisiert werden und dass die fehlende Investitionsförderung und die Personalkostenschere kommunale Krankenhäuser stärker treffen, weil ihnen die Ressourcen für Investitionen fehlen und sie darüber hinaus an die Tarife des öffentlichen Dienstes gebunden sind.

Organisationsebene – Geschäftsführungen und nachgeordnete Führungskräfte. Durch die auf eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit abzielenden *Wettbewerbs- und Daumenschrauben-Spiele* werden ein Verdrängungswettbewerb und ein Überlebenskampf zwischen den Krankenhäusern ausgelöst. Um am Markt zu bestehen, initiieren

¹⁵⁰ 1) Aussicht auf Gewinne, 2) Verbreitung der Einsicht, dass Veränderung erforderlich ist für das Überleben der Organisation, 3) Mobilisierung von Druck, z. B. ökonomisch; siehe auch Abschnitt 2.1.5.

Geschäftsführungen das *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#12), das v. a. durch privatwirtschaftliche Strategien gekennzeichnet ist. Diese stellen gewissermaßen einen ‚sachlichen‘ Strang an Strategien dar – und damit eine ergänzende, andere Spielart als die politischen Strategien im *Strategische-Kandidaten-* und im *Partizipations-Spiel*. Die Regeln des Spiels besagen, dass diejenigen gewinnen, die wirtschaftlich agieren. Folglich sind Geschäftsführungen daran interessiert, neben der Qualität der medizinischen Versorgung auch die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens sicherzustellen. Gemeinsam mit der Eigentümerin und den Arbeitnehmervertretungen besteht darüber hinaus Interesse daran, das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft zu erhalten. Zu diesem Zweck heben Geschäftsführungen Wirtschaftlichkeitspotenziale bzw. erhöhen die Produktivität z. B. über den Dreiklang aus Leistungssteigerung, Reduktion der Personal- und Sachkosten sowie Investitionen. Als Ressourcen dienen hier z. B. leistungsorientierte Steuerungsinstrumente (etwa Personal- und Leistungscontrolling, Wirtschaftspläne) sowie Investitionsmittel. Eine weitere zentrale Strategie stellt die Einleitung bzw. Umsetzung unterschiedlicher Arten von Veränderungen in den Strukturen und Prozessen sowie auf der personellen Ebene dar (z. B. Restrukturierungen, Prozessoptimierungen, Personalentwicklung). Ressourcen in diesem Kontext sind u. a. das Direktionsrecht und das Expert_innenwissen in diversen Bereichen, auch eingekauft über externe Berater_innen. Um die Wirtschaftlichkeit des Gesamtunternehmens zu sichern und gleichzeitig alle für die Versorgung erforderlichen Leistungen aufrechtzuerhalten, ist auch die Querfinanzierung eine zentrale Strategie, was bestätigt, dass Geschäftsführungen danach streben, ein positives Ergebnis für das Gesamtunternehmen zu erwirtschaften und die Kosten-Bilanz der Gesamtorganisation und der Solidaritätsgedanke, nicht aber die Profit-Seite, im Vordergrund stehen (Bär & Pohlmann, 2016, S. 245). Ferner findet auch, z. B. über Verbandsstrukturen, politische Lobbyarbeit statt, um die Rahmenbedingungen im Sinne kommunaler Krankenhäuser zu beeinflussen.

Da Leistungssteigerungen mit den Krankenkassen verhandelt werden müssen, findet flankierend ein jährliches *Budget-Spiel* (#13) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 197 f.) zwischen Geschäftsführung und Krankenkassen statt, dessen Ausgang maßgeblich die Höhe des wirtschaftlichen Drucks der Folgejahre mitbestimmt. Dies illustriert erneut, wie wichtig Krankenkassen – neben dem HMSI – für den finanziellen Spielraum der Kliniken sind.

Organisationsebene – Betriebsrat. Die Arbeitnehmervertretungen können den Zwang der Geschäftsführungen zu wirtschaftlich orientierten Strategien und Veränderungsprozessen aufgrund der Zwänge des Systems teilweise nachvollziehen, aber kritisieren die damit

verbundenen negativen Konsequenzen für das Personal. Auf betrieblicher Ebene manifestiert sich diese Kritik in *Bargaining-* (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b, S. 133) und *Widerstands-Spielen* (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 188) (#14), die ich aneinander gekoppelt sehe. *Bargaining-Spiele* sind Routine-Spiele (Bogumil & Kißler, 1998b), d. h., sie dienen dazu, den Status Quo zu erhalten (Ortmann et al., 1990). Zentrale Interessen des Betriebsrates sind u. a. gute Arbeitsbedingungen sowie der Erhalt von Arbeitsplätzen, Tarifbindung und kommunale Trägerschaft. Betriebsräte nutzen z. B. ihre politischen Beziehungen zur Eigentümerin als Ressource (vgl. Bogumil & Kißler, 1998b) und betreiben dort Lobbyarbeit. Ist dies nicht ausreichend für die Realisierung eigener Interessen, drohen Betriebsräte kommunalpolitischen Akteuren mit potenziellen Schwierigkeiten bei der Wiederwahl, z. B. durch das Externalisieren von Konflikten und eine negative Öffentlichkeit (vgl. Bogumil & Kißler, 1998b)¹⁵¹, wobei die Abhängigkeit der Kommunalpolitiker_innen von einer positiven Öffentlichkeit und das Politisierungspotenzial kommunaler Krankenhäuser zentrale Ressourcen darstellen. Die Strategie der Mobilisierung von Politik und Öffentlichkeit erinnert an das, was Mintzberg (1983) als *Whistle-Blowing-Game* beschrieben hat und welches in dieser Arbeit nicht als Extra-Spiel ausgearbeitet wurde. Das Spiel erfolgt, wenn eine Norm verletzt wird (hier z. B. die bisherige soziale Praxis) und Insider (Beschäftigte; hier auch Betriebsrat) ihr Wissen an Dritte (z. B. Politik, Öffentlichkeit) weitergeben, um diese für ihre Interessen zu mobilisieren (ebd., S. 198). Anders als von Mintzberg beschrieben, ist hier allerdings die Intention: Es soll weniger organisationaler Wandel mitbewirkt als vielmehr die soziale Praxis bzw. bestehende Strukturen erhalten werden. Ferner nutzen Betriebsräte ihren Kommunikationskanal zu den Beschäftigten, um zu mobilisieren, z. B. indem offensiv über Probleme informiert und eine Gegenkommunikation zur Kommunikation der Arbeitgeberin aufgebaut wird, über Stimmungsmache und betriebspolitische Aktionen bis hin zu Streiks in Verzahnung mit den Gewerkschaften. Diese Strategien eint, dass Druck über die Mobilisierung Dritter (Politik, Öffentlichkeit, Beschäftigte) auf die Geschäftsführung aufgebaut wird. Darüber hinaus werden ‚klassische‘, d. h. rechtliche Ressourcen zur betrieblichen bzw. Unternehmensmitbestimmung genutzt, um zu verhandeln, und um Veränderungsprozesse, auch öffentlichkeitswirksam, zu bremsen oder zu blockieren (Bogumil & Kißler, 1998b; Reiners, 2012) oder sich auf die sogenannte Schutz- und Kontrollfunktion zurückzuziehen.

¹⁵¹ Dies steht im Gegensatz zu einer Fallstudie in einem privaten Krankenhaus, in dem die Betriebsräte eine Erweiterung der „betrieblichen Bargainingarena“ in die Zivilgesellschaft nicht verfolgen (Greifenstein & Kißler, 2014, S. 102).

Die Ergebnisse zeigen weiter, dass auch ein *Co-Management-Spiel* (#15) (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b, S. 143) von Betriebsräten gespielt wird. Strategien in diesem Spiel sind, in Abgrenzung zu den konfliktären Strategien im Kontext des *Bargaining- und Widerstands-Spiels* kooperativer Art, z. B. die gemeinsame Entwicklung von Ideen mit der Geschäftsführung und die aktive Mitgestaltung von Veränderungsprozessen (vgl. Bogumil & Kißler, 1998b). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das *Co-Management-Spiel* etwas seltener gespielt wird. Dies mag verschiedene Ursachen haben: Erstens erfordert Co-Management eine über rechtliche Normen hinausgehende frühzeitige und umfassende Beteiligung (Greifenstein, 2014, S. 99; vgl. Schwarz-Kocher et al., 2011), folglich mag es an einer für dieses Spiel unzureichenden Beteiligung seitens der Geschäftsführung liegen. Zweitens könnte es an den schwierigen strukturellen Bedingungen der Gesundheitsbranche liegen. Drittens könnte es auf eine gesellschaftspolitische statt betriebspolitische Ausrichtung des Betriebsrats zurückzuführen sein. Es mag viertens daran liegen, dass viele Menschen dazu neigen, an Gewohntem und an eigenen erarbeiteten Positionen festzuhalten – das *Co-Management-Spiel* aber ein Innovations-Spiel darstellt (Bogumil & Kißler, 1998b) und eine Veränderung der Routine-Spiele und ihrer Regeln zum Ziel hat (Ortmann et al., 1990). Fünftens könnte ein selteneres Vorkommen des Spiels mit Interessen der Betriebsräte an der eigenen Wiederwahl begründet werden: Die Übernahme der Gestaltungsfunktion im Co-Management ermöglicht ein Mitgestalten und impliziert gleichermaßen ein Mitverantworten von Veränderungen. Folglich erhöht ein Betriebsrat, der die Gestaltungsfunktion ausübt, das Risiko, dass ihn die Belegschaft für Entscheidungen, die er mitträgt, verantwortlich macht (Greifenstein, 2014). Ein Betriebsrat, der sich auf die Schutz- und Kontrollfunktion zurückzieht – wie im Kontext des *Bargaining- und Widerstands-Spiels* – erhöht hingegen seine Chance auf Akzeptanz bei der Belegschaft und damit auf Wiederwahl (ebd.). Den Beschäftigten ist hiermit allerdings nicht nachhaltig gedient, da ein Betriebsrat, der sich auf die Schutz- und Kontrollfunktion zurückzieht, langfristig an Gestaltungskraft verliert, um im Rahmen von Veränderungsprozessen nachhaltige Gewinne für die Beschäftigten zu erzielen (ebd., S. 100).

Der letzte Punkt deutet darauf hin, dass der Betriebsrat auch eigene Interessen verfolgt, nämlich die eigene Wiederwahl, und damit in Analogie zu Politiker_innen ebenfalls ein *Wählermaximierungs-Spiel* (#16) (in Anlehnung an Bogumil & Kißler, 1998b) spielt. Auch die Demokratie des Betriebsrats erfordert Sichtbarkeit und die eindeutige Vertretung von Wähler_inneninteressen, um (wieder-)gewählt zu werden. Folglich ist z. B. das Aufzeigen von Interessengegensätzen und das Treiben von Konflikten gegenüber der Geschäftsführung aus Sicht von Betriebsratsmitgliedern, die wiedergewählt werden möchten, erfolgversprechend und

damit rational. Mit Blick auf die Umsetzung von Veränderungsprozessen sind Widerstands-Strategien eher hinderlich und innovationshemmend und können langfristig negative Konsequenzen für Beschäftigte auslösen: Das Ablehnen der Gestaltungsfunktion und der aktiven Mitarbeit in Veränderungsprozessen führt dazu, dass die Sicht des Betriebsrates und damit der Beschäftigten verloren geht. Zudem zielen die Widerstands-Strategien vielfach auf die Achillesferse der politischen Eigentümerin – ihre Abhängigkeit von einer positiven Öffentlichkeit – und verstärken deren abwartendes Verhalten. Dies, gekoppelt mit einer fehlenden Bereitschaft des Betriebsrats für Kompromisse, macht das Umsetzen von Veränderungen, die bspw. für einen langfristigen Erhalt der kommunalen Trägerschaft und ein Bestehen im Wettbewerbsumfeld erforderlich wären, quasi unmöglich.

Die Unterschiedlichkeit der Strategien der Betriebsräte ist teilweise in der Verzahnung mit der Gewerkschaft zu sehen und verweist auf die Existenz unterschiedlicher Strömungen (Revolutionäre vs. Reformer), die tendenziell mit unterschiedlichen Ausrichtungen bzw. Strategien einhergehen (Kampf vs. Kooperation). Ferner verweisen die Ergebnisse auf Interessenkonflikte *innerhalb* des Betriebsrates, konkret Beschäftigten- vs. Betriebsinteressen, Gewerkschafts- vs. Betriebsinteressen, Betriebsrats- vs. Beschäftigteninteressen, die in der Literatur bereits 1958 von Fürstenberg (2000 [1958])¹⁵² beschrieben wurden, sowie Individual- vs. Kollektivinteressen. Die Ergebnisse lassen die Annahme zu, dass die Verfolgung gewerkschaftlicher Interessen innerhalb des Betriebsrats eher mit einer gesellschaftspolitischen Ausrichtung einhergeht, wie sie z. B. von Greifenstein und Kißler (2014) in Bezug auf organisierte Betriebsräte beschrieben wird (vgl. auch Social Movement Logic, Yu, 2013). Im Gegensatz hierzu steht eine betriebspolitische Ausrichtung, die Greifenstein und Kißler (2014) in Bezug auf unorganisierte Betriebsräte beschreiben (vgl. auch Occupational Logic, Yu, 2013). Überdies spiegelt die Vielfalt der Strategien unterschiedliche Betriebsrat-Typen wider, die in der empirischen Mitbestimmungsforschung unterschieden werden, z. B. von Kotthoff (1994), Müller-Jentsch und Seitz (1998) und Schwarz-Kocher et al. (2010; 2011). Die Ergebnisse der hiesigen Arbeit bekräftigen dabei die Aussage von Schwarz-Kocher et al. (2010, S. 99; 2011, S. 237), dass Betriebsräte „situativ und themenbezogen“ den unterschiedlichen Typen zugeschriebene Strategien anwenden.

Organisationsebene – (Chef-)Ärzt_innen. Aber nicht nur seitens des Betriebsrats erfolgt Widerstand. Die *Wettbewerbs-, Daumenschrauben- und Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiele*

¹⁵² Im Jahr 2000 ist die Neuausgabe erfolgt.

verhelfen wirtschaftlichen Parametern zu einem höheren Stellenwert, fordern die über lange Zeit dominante medizinische Rationalität heraus und rütteln an bestehenden Machtverhältnissen. Die unterschiedlichen Sichtweisen auf das Geschehen im Krankenhaus aus medizinischer vs. ökonomischer Perspektive zeigen sich z. B. in Spannungsfeldern wie „Heilung vs. effizienter Einsatz begrenzter Ressourcen und Gesetzestreue“ und „bestmögliche Versorgung, koste es, was es wolle vs. bestmögliche Versorgung innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen“. Durch die zunehmende Präsenz wirtschaftlicher Parameter wird nicht nur die Dominanz der medizinischen Rationalität infrage gestellt, zusätzlich entsteht auch Leistungsverdichtung und Mehrbelastung. Diese Konsequenzen bedingen den Widerstand von Akteuren, die ihre Rationalität aus dem medizinischen Handlungssystem beziehen, d. h. den patientennahen Berufsgruppen. Weil die Chefärzt_innen als besonders einflussreich in Veränderungsprozessen beschrieben wurden und als die (bis dato und teilweise auch noch heute) informell Steuernden im Krankenhaus gesehen werden, lag der Fokus in dieser Arbeit primär auf ihnen. Ihr Widerstand zeigt sich im *Expertise-Spiel* (#17), im *Einflüster-Spiel* (#18) und im *Spiel der rivalisierenden Lager* (#19) und ist in der Regel gegen die Geschäftsführung als zentrale Repräsentantin der ökonomischen Rationalität gerichtet. In diesen Spielen handelt es sich letztlich um Machtkämpfe bzw. um die Frage, welche Rationalität die andere dominiert. Zentrale Interessen vieler Chefärzt_innen sind die optimale medizinische Qualität und Versorgung unabhängig von ökonomischen Fragestellungen sowie Autonomie und Machterhalt. Zentrale Interessen der GF sind Wirtschaftlichkeit, die Qualität der Versorgung und Rechtssicherheit.

Im *Expertise-Spiel* (#17) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 198f.) nutzen Chefärzt_innen Expert_innenwissen als zentrale Ressource und spielen dieses aus (vgl. Neuberger, 1995), z. B. indem sie „mit dem Leichentuch wedeln“ bzw. fachlich-qualitative Bedenken, bezogen auf die Versorgung der Patient_innen, adressieren. Die Geschäftsführung reagiert auf diese Strategien mit unterschiedlichen Gegenstrategien, z. B. dem Beauftragen von Beratungen (vgl. Neuberger, 1995), dem Besuch von Krankenhäusern, die die anvisierte Veränderung erfolgreich umgesetzt haben, oder mit dem Verweis auf Benchmarks aus ihren Netzwerken. Dennoch kontrollieren Chefärzt_innen aufgrund ihres medizinischen Expert_innenwissens und der potenziellen Auswirkungen auf Menschenleben eine zentrale Unsicherheitsquelle und verfügen über entsprechende Macht. Diese wird allerdings dann reduziert, wenn eine Person mit medizinischem Expert_innenwissen die Rolle der Geschäftsführung innehat – was ein Grund sein mag, warum teilweise Doppelspitzen aus kaufmännischer und medizinischer GF existieren.

Im *Einflüster-Spiel* (#18) nutzen manche Chefärzt_innen ihre Kanäle zur politischen Führung des Krankenhauses, um ihre Interessen zu realisieren. Dieses Spiel erinnert in Teilen an das *Whistle-Blowing-* und das *Young-Turks-Game* Mintzbergs (1983, 1985), unterscheidet sich aber vom Ersten darin, dass Chefärzt_innen, auch hierarchisch, eine machtvolle Position innehaben, und vom Zweiten, indem es nicht für, sondern gegen organisationalen Wandel geht; folglich hat es in dieser Arbeit einen eigenen Namen erhalten. Die zentrale Strategie besteht darin, direkt und/oder indirekt auf die Eigentümerin bzw. die politischen Aufsichtsratsmitglieder einzuwirken, indem die eigenen Anliegen bei politischen Entscheidungsträger_innen und/oder den Medien platziert werden, die Geschäftsführung kritisiert und ggf. auch deren Wechsel gefordert wird. Wichtige Ressourcen sind hierbei v. a. ihr lokales Netzwerk und Renommee sowie der Kontakt zu wichtigen (kommunalpolitischen) Entscheidungsträger_innen, nebst direktem Patientenkontakt und gesamtgesellschaftlichem Ansehen. Politische Mandatstragende werden als empfänglich für diese Steuerung von unten beschrieben, allerdings mit abnehmender Tendenz, was auf den großen betriebswirtschaftlichen Druck zurückgeführt wird. Um dieser Steuerung „von unten“ den Boden zu entziehen, betreibt die Geschäftsführung z. B. kommunalpolitische Lobbyarbeit, wie auch im Kontext des *Strategische-Kandidaten-* und des *Partizipations-Spiels* illustriert, verweist auf wirtschaftliche und gesundheitspolitische Zwänge, klärt die Chefärzt_innen über die Rechte und Pflichten des Arbeits- bzw. Dienstverhältnisses auf und trifft informelle Vereinbarungen mit diesen. Wichtige Ressourcen der Geschäftsführung sind z. B. ihr kommunalpolitisches Netzwerk und wirtschaftlicher Druck als Legitimation für Veränderungen. In diesem Spiel verfügen die Chefärzt_innen in der Regel über mehr Ressourcen als die Geschäftsführung: Sie genießen eine bessere öffentliche Reputation als Manager_innen und sind bestens vernetzt. Wenn ein/e Chefärzt_in die Strategie wählt, öffentlichkeitswirksam Unruhe herbeizuführen, ist es im Falle einer öffentlichen Auseinandersetzung wahrscheinlicher, dass sich die Bürger_innen, u. a. auch aufgrund gesellschaftlicher Denkschemata (im Sinne von: ‚Ärzt_innen sind gut und retten Leben, Geschäftsführende sind profitorientiert und rücksichtslos‘) eher mit Chefärzt_innen solidarisieren als mit der Geschäftsführung, d. h., auch diese geteilten gesellschaftlichen Normen stellen eine Ressource für Ärzt_innen dar. Eine weitere Ressource der Ärzt_innen im Spiel ist der Zwang politischer Mandatsträger_innen, Mehrheiten zu gewinnen. Aufgrund dieser strukturellen Bedingung haben kommunalpolitische Akteure ein Interesse daran, negative Presse unbedingt zu verhindern, und sind ggf. eher geneigt, ihre autoritativ-administrativen Mittel zu nutzen und die Geschäftsführung auszuwechseln. Strukturell verstärkt werden könnte dies durch rechtliche und finanzielle Bedingungen: Die

Geschäftsführung hat häufig einen befristeten Vertrag und ein geringeres Gehalt als Chefärzt_innen, folglich ist die Trennung von einer Geschäftsführung rechtlich einfacher und finanziell günstiger.

Das *Spiel der rivalisierenden Lager* (#19) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 204 f.) ist letztlich ein Kampf zwischen einem mono- und einem multirationalen Vorgehen. In diesem Spiel bekämpfen sich zwei feindliche Lager (Neuberger, 1995): eine Teilgruppe der Chefärzt_innen, die ihre Rationalität ausschließlich aus dem medizinischen Handlungssystem bezieht und die Medizin als Maß aller Dinge betrachtet, und eine Geschäftsführung, die eine Integration von medizinischer und ökonomischer Rationalität anstrebt. Zentrale Widerstands-Strategien der Chefärzt_innen, die dieses Spiel spielen, sind der Rückzug auf ihre Rolle als Leistungstragende und auf ihre Reputation, die Berufung auf die fachliche Autonomie, passiver Widerstand und die Abwertung der nicht medizinischen Geschäftsführung und anderer Berufsgruppen mit weniger gesellschaftlichem Prestige und geringerem Bildungsstand (also alle anderen Akteure im Krankenhaus). Als Ressourcen dienen den Chefärzt_innen hierbei v. a. ihre Rolle als Leistungs- und Reputationstragende und der damit verbundene Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit des kKH, ihre organisatorische Stellung, ihr Berufsrecht, ihr hoher Bildungsstand sowie das Obrigkeitsdenken der anderen Personen im Sinne von konsensgestützter Macht (sensu Ortmann et al., 1990). Die Geschäftsführung reagiert auf die Strategien der Chefärzt_innen, indem sie sich z. B. ihrerseits auf ihre finanzielle Verantwortung zurückzieht, auf Befugnisse und arbeits- bzw. dienstvertragliche Pflichten hinweist oder materielle Anreize setzt (z. B. Gehaltserhöhungen). Da Chefärzt_innen in der Regel außertariflich angestellt sind, verfügt die Geschäftsführung in Bezug auf materielle Anreize über mehr Spielraum als bei den meisten Beschäftigten. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass die Strategie der Anordnung auf Basis des Direktionsrechts eher selten verfolgt wird, weil die organisatorische Weisungsbefugnis der Geschäftsführungen gegenüber den Chefärzt_innen nur eine relativ schwache Ressource darstellt. Dies kann auf den öffentlichen Kontext und, damit zusammenhängend, auf die Macht der Chefärzt_innen und die Art des Krankenhauses als Expert_innenorganisation zurückgeführt werden.

Die Geschäftsführung und andere Akteure aus dem Management reagieren auf den Konflikt zwischen medizinischer und ökonomischer Rationalität und die daraus resultierenden Spiele mit einem *Integrations-Spiel* (#20). In diesem Spiel geht es darum, die integrativen Aspekte von Medizin und Ökonomie zu betonen, anstatt sich auf die Gegensätze zu fokussieren, um den Blick und damit auch den Gang in eine gemeinsame Richtung zu ermöglichen. Verfolgt werden v. a. integrative Change-Management-Strategien, in denen man sich auf gemeinsame

Interessen und Ziele fokussiert (z. B. Patientenwohl), Medizin und Ökonomie qualitativ verbunden und durch eine systemische Betrachtung andere Perspektiven (z. B. Finanzierende) nachvollzogen werden und auch gerechtigkeithethisch argumentiert wird. Ressourcen sind v. a. gesundheitsökonomisches Expert_innenwissen inklusive gesellschafts- und krankenhausrechtlicher Kenntnisse. Die gerechtigkeithethische Argumentation zeigt sich z. B. in den Ausführungen Kerstings (2002), die qualitative Verbindung von Medizin und Ökonomie bei Sturm (2002). Letzterem zufolge sollten Wirtschaftlichkeit und Humanität nicht gegenübergestellt werden, weil „Wirtschaftlichkeit [] sogar eine der Bedingungen wahrer Humanität [ist], denn wo mit suboptimaler Wirtschaftlichkeit gearbeitet wird, wird verschwendet, was anderen Patienten oder anderen sinnvollen Verwendungen zustünde oder doch wenigstens zu Gute kommen könnte und so verlorengelht“ (Sturm, 2002, S. 219).

Organisationsebene – patientennahe Berufsgruppen. Ferner lösen die durch die *Wettbewerbs- und Daumenschrauben-Spiele* bewirkte Mittelknappheit, der daraus resultierende Überlebenskampf der Krankenhäuser und die darauf im Kontext des *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiels* durch die Geschäftsführungen angestoßenen Veränderungsprozesse (z. B. die Reorganisation von Tätigkeiten) Verteilungskämpfe bzw. *Budget-Spiele* (#21) (in Anlehnung an Mintzberg, 1983, S. 197f.) zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal aus. Im *Budget-Spiel* geht es darum, die eigene Machtposition zu wahren oder auszubauen und mehr Ressourcen zu erhalten (Neuberger, 1995). Sowohl das ärztliche als auch das pflegerische Personal ist in Bezug auf seine Interessen und Strategien divers – der hiesige Fokus lag auf den an Struktur- und damit Machterhalt interessierten Ärzt_innen und den an Machtgewinnung und damit an Veränderung interessierten Pflegekräften, wenngleich die Interviews zeigen, dass es ebenso Ärzt_innen gibt, die an Machtabgabe interessiert sind und sich hierfür aktiv einsetzen, und Pflegekräfte, die mehr Macht bzw. die mit der Macht einhergehende Verantwortung ablehnen. Strategien der Ärzt_innen sind z. B. die informelle Delegation, die sich nicht in den Stellenanteilen widerspiegelt, und die vorrangige Ausübung ärztlicher Tätigkeiten unabhängig von der prozessualen Sinnhaftigkeit. Dabei stehen Ärzt_innen zahlreiche Ressourcen zur Verfügung, z. B. rechtliche Normen und die Arbeitsorganisation im Krankenhaus nach dem medizinischen Modell. Strategien der Pflegekräfte sind u. a. die Akademisierung und die Professionalisierung durch Expert_innenstandards, die Klärung des eigenen Selbstverständnisses und eine entsprechende (Re-)Präsentation nach außen. Als Ressourcen dienen ihnen z. B. ihre Organisationsmacht aufgrund ihrer Gruppengröße, ihre Stellung im Organisationsprozess als

Prozessverantwortliche und die positiven Effekte, die durch eine Erstarkung der Pflege im Krankenhaus entstehen können (bspw. verbesserte Wirtschaftlichkeit und Attraktivität des Pflegeberufs).

Im Zusammenhang mit den *Budget-Spielen* sind auch institutionalisierte Grabenkämpfe bzw. *Abgrenzungs-Spiele* (#22) zwischen Berufsgruppen (ärztlicher Dienst vs. Pflegedienst) und zwischen Fachrichtungen bzw. Abteilungen zu sehen. In *Abgrenzungs-Spielen* sind die beteiligten Akteure an der Wahrung der Interessen der eigenen Gruppe interessiert und ‚schauen nicht über den eigenen Tellerrand‘. Die Strategien der unterschiedlichen Akteure sind vergleichbar, z. B. der Fokus auf die eigene Berufsgruppe oder die eigene klinische Abteilung und nicht auf den bzw. die Patient_in oder das Gesamthaus, ein Nebeneinander- statt Miteinanderarbeiten sowie wenig Dialog, Abstimmung und Kooperation. Zu diesen Strategien tragen strukturelle Zwänge maßgeblich bei. Bei der Abgrenzung zwischen Pflege- und ärztlichem Dienst sind dies z. B. eine funktionsorientierte Arbeitsorganisation, fehlendes Prozessmanagement und eine Versäulung, die sich sowohl in der Krankenhausleitung hochzieht als auch überbetrieblich ersichtlich ist in unterschiedlichen Interessenvertretungen, die ebenfalls Abgrenzungsverhalten zeigen (z. B. Marburger Bund vs. ver.di). Strukturelle Bedingungen, die zu der Abgrenzung zwischen den Fachgebieten bzw. fachlichen Abteilungen beitragen, sind z. B. unterschiedliche Ausbildungen, getrennte Stellenpläne und das Finanzierungssystem, welches das Abrechnen der Patient_innen über eine Abteilung vorgibt.

Auf das Abgrenzungsverhalten und die damit einhergehenden negativen sozialen und finanziellen Konsequenzen reagiert die Geschäftsführung mit einem weiteren *Integrations-Spiel* (#23) – diesmal geht es um die Integration *innerhalb* der medizinischen Rationalität, d. h. der unterschiedlichen patientennahen Berufsgruppen bzw. der unterschiedlichen fachlichen Abteilungen. Die Geschäftsführung und andere an Integration interessierte Akteure aus dem Management nutzen veränderungsfördernde integrative Strategien, z. B. gemeinsame Ziele, integrative Arbeitsformate, (die Einführung von) Prozessmanagement und die Etablierung integrativer Funktionen. In diesem Spiel nutzt die Geschäftsführung u. a. ihre formelle Autorität und die damit einhergehenden Möglichkeiten, um Änderungen an den Strukturen und Prozessen der Organisation bzw. der Arbeitsorganisation vorzunehmen, als Ressource.

Multiple Ebenen. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass *Integrations-Spiele* (#24) auch zwischen Krankenhäusern stattfinden, d. h. auf überbetrieblicher Ebene. Das *Integrations-Spiel* zwischen Krankenhäusern wird insbesondere vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration

betrieben. Integrations-Strategien sind z. B. Gesetzesänderungen, finanzielle Anreize und Dialogformate mit den Beteiligten bzw. Betroffenen.

Auch hier zeigt sich die Gegenreaktion in *Abgrenzungs-Spielen* (#25), diesmal seitens Kommunen, Geschäftsführungen und Arbeitnehmervertretungen. Deren Strategien sind z. B. Kirchturmpolitik, das Anbringen von Argumenten, die gegen eine Integration sprechen, und Widerstand in Zusammenarbeit mit den Betriebsräten. Im Allgemeinen stellen Abgrenzungs-Spiele aufgrund ihrer strukturkonservierenden Wirkung *Routine-Spiele* dar, *Integrations-Spiele* hingegen Innovations-Spiele, da eine Veränderung der Regeln anvisiert wird.

Konkurrenz und Kooperation. Deutlich werden in den Spielen die grundlegenden Prinzipien der Konkurrenz und der Kooperation. Dominierend wirkt zunächst das Prinzip der Konkurrenz, das sich auf fast allen Ebenen und Spielen zeigt, z. B. in *Wählermaximierungs-Spielen*, in *Abgrenzungs-Spiele* oder im *Rivalisierende-Lager-Spiel* zwischen Chefärzt_innen und Geschäftsführung, um nur drei zu nennen. Das Prinzip der Kooperation, das gewissermaßen als Gegenpol gesehen werden kann, ist seltener direkt zu beobachten, z. B. im Kontext des *Co-Management-Spiels* und der *Integrations-Spiele*; subtiler ist es allerdings häufiger zugegen, z. B. bei der Strategie der Verbundbildung im Rahmen der politischen Lobbyarbeit im Kontext des *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiels* oder in den Koalitionsbildungen im *Widerstands-Spiel* und im *Strategische-Kandidaten-Spiel*.

Soziale Identität, Werte und Gruppenverhalten. Im Zusammenhang mit Konkurrenz und Kooperation ist auch die Ebene der Identifikation zu sehen. Es wird deutlich, dass es einen großen Unterschied in Bezug auf Interessen und Strategien und damit auf das Miteinander macht, ob Akteure sich als Teil der Gesamtgesellschaft, der Kommune, des Verbandes oder der Gewerkschaft, der Arbeitgebenden, der Arbeitnehmenden, des Krankenhauses, der Berufsgruppe, der Abteilung, ihrer Familie oder sich selbst sehen, bzw. mit welcher größeren oder kleineren Teilgruppe sie sich identifizieren und welche individuellen und/oder kollektiven Interessen sie dementsprechend verfolgen. Da die Ebene der Identifikation so handlungsleitend ist, stellt ein Einwirken auf die Ebene der Identität durch Führende auch einen entsprechenden Hebel für Veränderungen dar, wie psychologische Perspektiven in der Führungsforschung (z. B. Haslam et al., 2011), die sich auf die Theorie der sozialen Identität und Gruppenverhalten (Tajfel, 1978; Tajfel & Turner, 1979) beziehen, zeigen. Im Sinne des Gemeinwohls ist es folglich sinnvoll, wenn sich Menschen mit einer größeren Gruppe (z. B. Gesellschaft, Organisation) identifizieren, anstatt mit einer kleineren Teilgruppe (z. B. Berufsgruppe,

Abteilung), um im Interesse dieser größeren Gruppe miteinander und nicht gegeneinander zu agieren. In diesem Zusammenhang spielt auch der Fokus auf gemeinsame Werte eine wichtige Rolle (z. B. Gerechtigkeit, Fürsorge), da Werte Überzeugungen bzw. Einstellungen zugrunde liegen und handlungsleitend sind (Schwartz et al., 2012). Dies ist z. B. im Kontext der *Integrations-Spiele* in Ansätzen ersichtlich. Dabei kann es hilfreich sein, im Blick zu haben, dass Werte tendenziell entweder persönlich-individualistisch (z. B. Erfolg) oder sozial-kollektivistisch (z. B. Fürsorge) ausgerichtet sind, bzw. entweder eine Offenheit für Veränderungen ausdrücken (z. B. Toleranz) oder Bewahrung anstreben (z. B. Tradition, Regelkonformität) – woraus wiederum Konfliktpotenzial zwischen den jeweiligen Akteuren bzw. Akteursgruppen entstehen kann (Schwartz et al., 2012).

6.2 Führung in Veränderungsprozessen

Bezogen auf Führung im Kontext von Veränderungsprozessen weisen die Ergebnisse darauf hin, dass 1.) Führung in kommunalen Krankenhäusern sich von Führung in privaten Unternehmen unterscheidet und 2.) der Kontext politische Strategien im Change Management erfordert, dass 3.) gleichzeitig ein elitäres, ein pluralistisches, teils politisiertes Führungssystem vorliegt, welches 4.) eine Betrachtung von Führung als Prozess bekräftigt. Dies wird im Folgenden erläutert.

Führung im öffentlichen Sektor ist anders als in der Privatwirtschaft. Erstens stützen die Ergebnisse der Arbeit die These, dass die Rahmenbedingungen, insbesondere der politische Kontext, einen starken Einfluss auf Führung in öffentlichen Unternehmen haben und sich Führung zwar nicht in grundlegenden Verantwortlichkeiten, jedoch in Teilen von Führung in der Privatwirtschaft unterscheidet (vgl. Kuipers et al., 2014; Ritz et al., 2016; Rybnikova & Lang, 2016; van Wart, 2013; Vogel, 2017; Vogel & Masal, 2015). Die Ergebnisse der Arbeit weisen darauf hin, dass es bspw. dahingehend ‚Abweichungen‘ von Führung bzw. Führungsinstrumenten im privaten Sektor gibt, dass Führungskräfte im öffentlichen Sektor nur eingeschränkt über „klassische“ Führungsinstrumente bzw. Machtmittel wie Beförderungen, Belohnungen oder Sanktionen verfügen (vgl. Ritz et al., 2016), da das Gehalt der tariflich Angestellten durch Flächentarifverträge und ZVK in großem Umfang determiniert ist, Entlassungen politisch schwer durchsetzbar sind, eine starke Mitbestimmung existiert und diese eher an einer Bedarfsgerechtigkeit als an einer Leistungsgerechtigkeit interessiert zu sein scheint. Überdies weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Geschäftsführungen nicht nur durch den Kontext beeinflusst werden, sondern diesen durch Partizipation in wichtigen

außerorganisationalen Strukturen auch selbst beeinflussen (Downe et al., 2004; Grantham, 2001; Kuipers et al., 2014), z. B. durch politische Lobbyarbeit in Form von Verbundbildung, Verbandsarbeit und Gremienarbeit, wie im *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#12) gezeigt wird.

Politische Strategien im Change Management. Zweitens weisen die Ergebnisse darauf hin, dass an Veränderungen interessierte Akteure „klassische“ Change-Management-Strategien anwenden, wie Dringlichkeit aufbauen über das Aufzeigen von Wettbewerbsrealitäten und Krisen (vgl. Kotter, 2007 [1995]), das Gestalten von Veränderungen über die Einstellung von Personen, die im Sinne des Zielbildes agieren (vgl. Blümel, 2016; Kotter, 2007 [1995]), sowie das Fördern von Lernen und Entwicklung – sowohl auf personeller als auch auf organisationaler Ebene (vgl. Crozier & Friedberg, 1993; Vahs, 2003). Aufgrund der Struktur des Kontextes stellen diese Führungsaktivitäten im Rahmen von Veränderungsprozessen zwar notwendige, aber nicht hinreichende Strategien dar (vgl. Van der Voet et al., 2014; Van der Voet et al., 2015).

So zeigen die Ergebnisse der Arbeit, dass aufgrund der politischen Rationalität der Eigentümerin und der Eigenheiten einer Expert_innenorganisation politisches Handeln in Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern indiziert ist. Dies umfasst verschiedene Change-Management-Strategien: die politikorientierte Gestaltung von Veränderungsprozessen und das Eingehen auf politische Interessen (vgl. Crozier & Friedberg, 1993; Vogel, 2017), auch dann, wenn dies für sie zusätzlichen Aufwand verursacht (vgl. Political Loyalty Leadership nach Tummers und Knies, 2016). Dies umfasst, dass im Interesse der Kommunalpolitik bestehende soziale Praktiken und Routinen öffentlicher Organisationen zumeist berücksichtigt werden (vgl. Denis et al., 2005), um „Ruhe“ zu wahren bzw. eine negative Öffentlichkeit zu vermeiden. Dies betrifft insbesondere personalpolitische Fragestellungen, in denen stark auf die Interessen des Betriebsrats und der Beschäftigten eingegangen wird. Die Rücksichtnahme auf politische Interessen impliziert auch, dass Entscheidungen für Veränderungen in passenden Zeitfenstern getroffen werden (vgl. Denis et al., 2005; Fernandez & Rainey, 2006). So finden öffentlich potenziell negativ rezipierte Veränderungen bspw. nicht vor einer Wahl statt. Zudem können Personalien auf Gesellschafterebene oder im Krankenhaus erfordern, dass bestimmte Amtszeiten oder Anstellungsverhältnisse ‚überwintert‘ werden müssen, um Veränderungen durchführen zu können. Da die Legitimation durch kommunalpolitische Mandatsträger_innen für die erfolgreiche Umsetzung von Veränderungsprozessen erforderlich ist, baut die

Geschäftsführung gute, belastbare Beziehungen (vgl. Crosby & Bryson, 2005) zu internen und externen Akteuren auf, pflegt ihr politisches Netzwerk (vgl. Kickert, 2010; Van der Voet et al., 2014; Van der Voet et al., 2015) und bildet, darauf aufbauend, Koalitionen (vgl. Bogumil & Kißler, 1998b; Brückner-Bozetti, 2015; Crosby & Bryson, 2005; Denis et al., 2001), auch über die Organisationsgrenzen hinaus, um ihren Handlungsspielraum zu erweitern. Insbesondere die Beziehung zwischen der/dem Aufsichtsratsvorsitzenden, d. h. der politischen Führung (in der Regel Landrät_in, Bürgermeister_in, Oberbürgermeister_in oder zuständige/r Dezernent_in) und der Geschäftsführung, wird als bedeutsam für die Gestaltung von Veränderungen erachtet (vgl. Fernandez & Rainey, 2006). Diese Bedeutsamkeit wird u. a. mit der unzureichenden fachlich-unternehmerischen Kompetenz und dem (partei-)politischen statt unternehmerischen Agieren der Aufsichtsratsmitglieder begründet. Auch die guten Beziehungen von (Chef-)Ärzt_innen und Arbeitnehmern bzw. Arbeitnehmervertretung in die Kommunalpolitik sowie die Sensitivität der Politik gegenüber der öffentlichen Wahrnehmung spielen hierbei eine wichtige Rolle. Folglich sind für die Geschäftsführung wichtige interne Bündnispartner_innen insbesondere Chefärzt_innen und Betriebsrat, und externe Bündnispartner_innen insbesondere politische Mandatsträger_innen, auch über die Akteure in den Aufsichtsgremien des Krankenhausunternehmens hinaus, da tragende unternehmerische Entscheidungen der Zustimmung kommunalpolitischer Gremien bedürfen. Diese Strategien waren v. a. im *Strategische-Kandidaten-Spiel* (#10) ersichtlich.

Um Bündnispartner_innen für Veränderungen zu gewinnen, erfolgt eine intensive Beteiligung krankenhausexterner und -interner Akteure (vgl. Brückner-Bozetti, 2015; Fernandez & Rainey, 2006) durch das Management unterschiedlicher Ebenen, wie im *Participations-Spiel* (#11) ersichtlich und auch von Crozier und Friedberg (1993, siehe Abschn. 2.2) thematisiert. Ziel der Beteiligung ist es, Kompromisse (vgl. Van der Voet et al., 2015), d. h. von allen beteiligten Personen akzeptierte Lösungen, zu denen man durch gegenseitige Zugeständnisse gelangt, bzw. Konsense (vgl. Crozier & Friedberg, 1993; Haveri, 2006) und geteilte Auffassungen zu erwirken und die für Veränderungsprozesse erforderliche Legitimation für das Vorgehen zu erhalten (vgl. Rüegg-Sturm et al., 2015; Schedler & Eicher, 2013). Ein weiteres Ziel ist es, umsetzbare Lösungen zu entwickeln und den Wandel bereits im Alltäglichen durch gemeinsames Lernen und Ausprobieren von Neuem erfolgen zu lassen (vgl. Crozier & Friedberg, 1993). Um Akzeptanz bzw. Zustimmung zu erwirken, gehen die Veränderungspromotoren in ihrer Kommunikation auf die unterschiedlichen Rationalitäten der Akteure ein (vgl. Bogumil, 2017; Crozier & Friedberg, 1993; Schedler & Rüegg-Sturm, 2013c). So erfolgt die Argumentation für eine Veränderung sowohl politisch, rechtlich,

wirtschaftlich, medizinisch und ethisch als auch regionalpolitisch – je nach Adressat_in. Dabei integrieren Veränderungspromotoren unterschiedliche Interessen und Werte bzw. schlagen zwischen diesen eine Brücke (vgl. Denis et al., 2005). Dies wird u. a. im *Integrations-Spiel* (#20) deutlich, wo die ökonomische und die medizinische Rationalität verbunden werden und durch gerechtigkeitsethische Argumente auf gemeinsame Werte und Überzeugungen fokussiert wird.

Aufgrund der umfangreichen Beteiligung und der Konsensorientierung erfolgen Veränderungen häufig sehr langsam. Insgesamt sprechen die Ergebnisse dieser Arbeit dafür, dass Geduld, Diplomatie, Kompromissbereitschaft sowie ein wohlwollendes Verständnis für die politische, die medizinische und die ökonomische Rationalität unerlässlich sind, um Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern zu gestalten. Bezogen auf die Geschäftsführung als häufige Initiatorin von Veränderungsprozessen heißt das, anders formuliert, dass ihre faktische Macht letztlich davon abhängig ist, wie mikropolitisch versiert sie Veränderungsprozesse bzw. die Beziehungen mit anderen formellen Führungskräften und informell Führenden, insbesondere mit der Politik, Chefärzt_innen und dem Betriebsrat, gestaltet, und wie gut sie es schafft, unterschiedliche Rationalitäten in ihrem Denken und Handeln zu integrieren und im Sinne eines geteilten Wertesystems zu führen.

Damit stützen die Ergebnisse die Aussage, dass Change Management in öffentlichen Organisationen spezifische Strategien erfordert (Fernandez & Rainey, 2006), und sie stellen andere etablierte Vorgehensmodelle bzw. Erfolgsfaktoren, wie das von Kotter (2007 [1995]), für den spezifischen Kontext öffentlicher Organisationen infrage. Insbesondere stützen die Ergebnisse dieser Arbeit die Kritik Hughes (2016) an Kotters Modell (2007 [1995]): Die Ergebnisse zeigen, dass Macht, Politik und Ethik zentrale Aspekte in Veränderungsprozessen in kKH sind, dass Widerstand bzw. das Scheitern von Veränderungsprozessen sowohl strukturell als auch personell bedingt ist, und dass personeller Widerstand häufig gute Gründe hat. Sie zeigen überdies, dass inkrementeller und kultursensitiver Wandel indiziert ist, also der spezifische kulturelle Kontext berücksichtigt werden muss (vgl. Crozier & Friedberg, 1993; Hughes, 2016).

Parallele Existenz elitärer, pluralistischer und politisierter Führungssysteme. Drittens verweisen die Ergebnisse der Arbeit auf unterschiedliche Führungssysteme in kommunalen Krankenhäusern. Diese variieren in Abhängigkeit davon, welche Führungs- bzw. Managementebene und ob die formelle oder informelle Führungsstruktur bzw. Machtverteilung

betrachtet wird. Beobachtbar sind v. a. ein elitäres, ein pluralistisches und ein politisiertes Führungssystem, wie im Folgenden erläutert wird.

Formell betrachtet, ist Führung in kommunalen Krankenhäusern auf der ersten Managementebene durch die Eigentümerstruktur (macht-)pluralistisch aufgebaut, sodass die Zielsetzung und Politik des Krankenhausunternehmens durch die Interessen der Öffentlichkeit, der Gesellschafterin und die Arbeitnehmenden bestimmt wird (vgl. Hennig, 2018). Folglich liegt auf der ersten Managementebene ein pluralistisches Führungssystem (Reihlen & Lesner, 2012) vor, in dem politische Mandatsträger_innen, die nicht Teil des Aufsichtsrates sind, sowie regionale Meinungsführer_innen, die Presse und die Wähler_innen, Einfluss auf das Geschehen im Unternehmen nehmen, selbst dann, wenn sie nicht unmittelbar beteiligt oder betroffen sind.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass die weiteren Führungs- bzw. Managementebenen formell weitestgehend als elitäres Führungssystem (Reihlen & Lesner, 2012) aufgebaut sind. In der organisationalen Struktur eines privatrechtlich geführten Krankenhauses ist das oberste Organ die Gesellschafterin, es folgen der Aufsichtsrat, die Geschäftsführung und das beratende Direktorium. Die interne Organisationsstruktur ist durch drei funktional getrennte, hierarchische Säulen (ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Verwaltungsdienst) geprägt, mit den damit einhergehenden formellen Befugnissen der Führungskräfte bzw. der eingeschränkten Autonomie von Beschäftigten ohne Führungsfunktion. Die Ergebnisse zeigen, dass dieses elitäre Führungssystem innerhalb der Säulen auch so gelebt wird, mit einer starken Betonung von Top-Down-Management ab Ebene der Chefärzt_innen (4. Managementebene) im ärztlichen Dienst bzw. der Pflege- und Verwaltungsdirektion (3. Managementebene) im Pflege- und Verwaltungsdienst. Eine Abbildung des formellen Führungssystems war in Abschnitt 3.2 unter Punkt 2, Abbildung 6 ersichtlich.

Diese Betrachtung unterschiedlicher Ebenen von Führung mag einen Erklärungsansatz dafür geben, warum, wie von Van de Voet et al. (2014) diskutiert, in der Führungsforschung in öffentlichen Organisationen sowohl eine Betrachtung von geteilter, pluralistischer Führung als auch von traditioneller, elitärer Führung nebeneinander bestehen (Van der Voet et al., 2014).

Einen weiteren Erklärungsansatz kann die Unterscheidung von formeller und informeller Führung geben, allerdings wird die Betrachtung damit auch verkompliziert. Die strategische Organisationsanalyse (Crozier & Friedberg, 1993) führt durch die Untersuchung der Machtbeziehungen letztlich zum Aufdecken der informellen Machtstruktur, die das formelle Organigramm „ergänzt, berichtigt“ oder „sogar beseitigt“, und somit das „wirkliche Organigramm der Organisation“ (S. 55) und einen Bezugspunkt für die Strategien der Akteure darstellt. Diese informelle Führungsstruktur erlaubt, die reale Tragweite offizieller Autorität

besser zu bestimmen, die Spielräume der Akteure abzuschätzen und die Abweichungen zwischen der Organisationsfassade und realen Prozessen besser zu verstehen (ebd.).

Betrachten wir nun, basierend auf den Ergebnissen dieser Arbeit, die informelle Führungs- bzw. Machtstruktur kommunaler Krankenhäuser, so zeichnet sich ein pluralistisches und teils politisiertes Bild der Führung ab, welches von der formellen Führungsstruktur abweicht bzw. diese konterkariert (vgl. Sachs, 1994). Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass verschiedenste Akteure über Macht verfügen und Einfluss nehmen. Diese Akteure verfügen über Freiraum in Verhandlungen, weil sie Ungewissheitszonen als Quellen von Macht, wie weiter oben in den Spielen dargestellt, kontrollieren (vgl. Crozier & Friedberg, 1993, S. 54).

Einflussreiche Akteure und beispielhafte Ressourcen werden im Folgenden unter Verweis auf Spiele, in denen dies deutlich wird, genannt. Die Macht politischer Mandatsträger_innen in Gesellschafterversammlung und Aufsichtsrat sowie die Macht der Geschäftsführung erschließen sich aus der formalen hierarchischen Organisationsstruktur, d. h. aus formaler Autorität, sind aber nicht auf diese beschränkt. Die Macht dieser Akteure wird u. a. im *Strategische-Kandidaten-Spiel* (#10) und im *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#12) deutlich. Auch weitere kommunalpolitische Akteure, die nicht Teil dieser unternehmerischen Gremien sind, die regionale Gesellschaft, regionale Meinungsführer_innen und die Presse, sind einflussreich. Ihre Macht erschließt sich v. a. aus der politischen Eigentümerschaft und ihren Möglichkeiten, Interessen über kommunalpolitische Gremien einzuspielen, sowie aus der Abhängigkeit der Politik von einer positiven Wahrnehmung durch die Bevölkerung. Dies wird sowohl in den strukturellen Bedingungen der kommunalen Ebene (Abschn. 5.4.1) als auch im *Wählermaximierungs-Spiel* (#8) deutlich. Auch Beschäftigte sind einflussreicher, als es ihre formale Position zunächst vermuten ließe, ebenso ihre Vertretungen, also Betriebsrat und Gewerkschaft. Ihre Macht basiert z. B. auf der Greifbarkeit der Eigentümerin und auf politischen Beziehungen, wie im *Bargaining- und Widerstands-Spiel* des Betriebsrats (#14) und im *Widerstands-Spiel* der Gewerkschaft (#4) aufgezeigt wurde. Von ihrem Machtpotenzial her betrachtet, sind v. a. Chefärzt_innen weitaus einflussreicher, als es das Organigramm als Abbildung des formellen Führungssystems zunächst vermuten ließe, und eher analog zum Einfluss der Geschäftsführung zu sehen. Ihre Macht basiert auf diversen Ressourcen (v. a. politische Beziehungen zur Eigentümerin und zum Aufsichtsrat, gesellschaftlicher Status, Expert_innenwissen und organisatorische Stellung im Krankenhaus) und wird in verschiedenen Spielen deutlich, v. a. im *Expertise-Spiel* (#17), im *Einflüster-Spiel* (#18) und im *Spiel der rivalisierenden Lager* (#19). Einfluss nehmen weiterhin die Gesundheitspolitik, die Interessenverbände der Krankenhausträger (v. a. DKG, HKG) und der Kostenträger (v. a.

GKV) auf Bundes- und Landesebene. Dies wird v. a. im *Wettbewerbs-Spiel* (#1), im *Daumenschrauben-Spiel* (#3) und im *Budget-Spiel* zwischen Geschäftsführung und Krankenkassen (#13) deutlich. Die Ergebnisse bekräftigen die Studie von Denis et al. (2001), der zufolge in Krankenhäusern pluralistische Machtstrukturen herrschen, die nach Akteuren, Beziehungen der Akteure untereinander, Macht- und Legitimationsquellen sowie Druckmittel, die sie kontrollieren, formalisiert werden können.

Auch die Betrachtung der Berufsgruppen im Krankenhaus zeigt, dass die Macht informell nicht deckungsgleich mit dem Organigramm verteilt ist. Macht und Einfluss sind hier vor allem eine Frage der Funktion bzw. der Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe. In der Betrachtung von Berufsgruppen ist der ärztliche Dienst am mächtigsten, gefolgt von Verwaltungsdienst und Pflegedienst, d. h., es liegt neben der formellen Hierarchie eine informelle Hierarchie zwischen den Säulen vor. Diese Machtasymmetrie innerhalb der patientennahen Berufsgruppen, d. h. zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst, ist auf diverse Ressourcen der Ärzt_innen zurückzuführen, z. B. auf deren Behandlungs-, Weisungs- und Delegationsmacht (vgl. Schulze, 1989), wie ausführlich im *Budget-Spiel* (# 21) dargelegt. Auch konsensgestützte Macht (Ortmann et al., 1990) spielt in der Machtasymmetrie zwischen Ärzt_innen und Pflegekräften eine wichtige Rolle, da ein Teil der Pflege durchaus selbst an dieser Machtasymmetrie festhält.

Die Ergebnisse weisen weiter darauf hin, dass das pluralistische System häufiger in ein politisiertes System (Reihlen & Lesner, 2012) mündet. Dies erschwert konstruktive Lösungen. Die Politisierung des Systems ist bspw. daran ersichtlich, dass Partikularinteressen vor gemeinsame Interessen gestellt werden, dass gegeneinander statt miteinander agiert wird, und dass das Krankenhaus von verschiedenen Akteuren für ihre jeweiligen Interessen instrumentalisiert wird. Dies zeigt sich z. B. in den *Wählermaximierungs-Spielen* der kommunalpolitischen Akteure im Aufsichtsrat (#8) und im Betriebsrat (#16), in *Budget-Spielen* (#21) und in *Abgrenzungs-Spielen* (#22, #25). Politisierte Systeme bergen die Gefahr, dass sich kommunale Krankenhäuser im Wettbewerb mit Krankenhäusern anderer Trägerschaften selbst lähmen, notwendige Veränderungen nicht durchlaufen und sich somit selbst abschaffen, weil sie nicht fähig bzw. bereit sind, innerhalb der aktuellen Rahmenbedingungen von Markt und Wettbewerb zu agieren. Die Ergebnisse stützen in diesem Zusammenhang und bezogen auf das Überleben im Wettbewerb auch die Aussagen, dass Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern durch den Einfluss der Kommunalpolitik und der Arbeitnehmervertretung, durch umfangreiche Beteiligungsnotwendigkeiten und durch fehlende Synergien aufgrund von Einzelkämpfertum gegenüber privaten Krankenhäusern benachteiligt sind (vgl. Hanneken et

al., 2010; Wabnitz, 2013). Dies kann dazu führen, dass die in politischen Handlungssystemen rationalen Strategien (die in Kommunen, Gewerkschaften und Betriebsräten dominieren) z. B. zu einer noch stärkeren – wenn auch nicht intendierten – Privatisierung kommunaler Krankenhäuser beitragen.

Führung ist ein Prozess. Viertens indizieren die Ergebnisse der Arbeit und das vorherrschende pluralistische Führungssystem die Betrachtung von Führung als Prozess (vgl. Denis et al., 2005; Reihlen & Lesner, 2012; Schedler & Rüegg-Sturm, 2013a). Damit bekräftigen die Ergebnisse, dass Führung ein Prozess ist, der mit dem Erwerb und der Nutzung von Macht, Legitimität und Wissen verbunden ist – in diesem Sinne ist für eine erfolgreiche Umsetzung von Veränderungen erforderlich, dass sich eine (formale) Führungskraft als Teil eines laufenden und mit anderen geteilten Prozesses sieht und nicht als eine externe Autorität, die ihren Willen durchsetzen kann (vgl. Denis et al., 2005). Der Prozesscharakter von Führung in kommunalen Krankenhäusern zeigt sich auch darin, dass Führung „nach unten“, „nach oben“ und „zur Seite“ erfolgt. Führung „nach oben“, d. h. durch hierarchisch unterstellte Führungskräfte und Mitarbeitende, zeigt sich in unterschiedlichen Spielen, z. B. im *Strategische-Kandidaten-Spiel* bzw. der Pflege der politischen Landschaft durch die Geschäftsführung (#10), im *Einflüster-Spiel* bzw. der ‚Fehlsteuerung‘ der Politik durch die Chefärzt_innen (#18), und in Form von *Widerstands-Spielen* bzw. der Mobilisierung von Öffentlichkeit und Politik durch die Arbeitnehmervvertretungen (#4, #14).

Damit bestätigen die Ergebnisse der Arbeit die Aussagen von By et al. (2016) und stellen stillschweigende Annahmen in der Forschung zu Change Leadership infrage: Es zeigt sich v. a., dass es keiner formalen Führungsrolle bedarf, um zu führen. Vielmehr gibt es sowohl innerhalb als auch außerhalb der Krankenhausorganisation plurale Einflussnehmende. Auch wenn diese Akteure nicht alle mit einer formellen Führungsfunktion ausgestattet sind, so können diese dennoch als Führende bezeichnet werden, weil Führung, wie By et al. (2016) konstatieren, eine Frage von Handlung und Einfluss ist, und nicht von Titeln. Die Ergebnisse bestätigen auch, dass die Anzahl der Führenden nicht begrenzt und Widerstand keine Frage der Position ist, d. h., Führungskräfte sind nicht automatisch Veränderungspromotoren, und Mitarbeitende sind nicht automatisch Widerständler_innen (vgl. By et al., 2016).

6.3 Theoretischer Beitrag

In dieser Arbeit wird der theoretische Mehrwert einer politikorientierten Perspektive auf unterschiedliche Art und Weise deutlich. Durch eine machttheoretische Betrachtung des

öffentlichen Kontextes, unterschiedlicher Akteure, ihrer Interessen und Interaktionen wird der Blick auf Aspekte gelenkt, die bei einer funktionalistischen Perspektive weitestgehend ausgeblendet werden (vgl. z. B. Ortlieb, 2010). Somit können ökonomie- und managementorientierte theoretische Ansätze in der Organisations-, Change-Management- und Führungsforschung auf eine Weise ergänzt werden, die ihren Erklärungsgehalt erhöht.

In der bisherigen Organisationsforschung ist der Non-Profit-Sektor deutlich unterrepräsentiert, obwohl die Forschung in besonderen Kontexten wie dem öffentlichen Sektor in der Vergangenheit bereichernde Erkenntnisse zutage gebracht hat (Bamberger & Pratt, 2010) und der öffentliche Sektor in vielen Ländern, so auch in Deutschland, einen beträchtlichen Arbeitsbereich darstellt (z. B. Statista, 2008, 2015). Durch die Betrachtung kommunaler Krankenhäuser als Beispiel öffentlicher gemeinwohlorientierter Organisationen trägt die Arbeit dazu bei, das akademische Wissen in Bezug auf Führung und Change Management in diesem Bereich zu erweitern.

Mikropolitische Spiele. Zunächst leistet die Arbeit einen Beitrag durch das Herausarbeiten mikropolitischer *Spiele* im Kontext von Veränderungsprozessen. Bezogen auf die Spiele liegt der Beitrag dieser Arbeit konkret in 1.) der Transferierung bekannter Spiele auf neue Kontexte und Akteure, 2.) der Ausdifferenzierung bekannter Spiele, 3.) der Beschreibung neuer Spiele, 4.) der Verknüpfung der Spiele miteinander und 5.) dem Aufzeigen der in den Spielen deutlich werdenden Rationalitäten. Diese Punkte tragen alle dazu bei, das theoretische Verständnis von Führung im Kontext von Veränderungsprozessen zu erweitern und werden im Folgenden erläutert.

Erstens ist ein Beitrag der Arbeit die Transferierung bereits beschriebener Spiele auf einen anderen Kontext und andere Akteure. In der rechten Spalte der Tabelle 61 war ersichtlich, welche Spiele von anderen Autor_innen beschrieben und in dieser Arbeit auf einen anderen Kontext oder/und andere Akteure transferiert wurden. Beispielsweise wurde das *Wählermaximierungs-Spiel* (# 8), das Bogumil und Kißler (1998b) im Kontext von Kommunalverwaltungen und bezogen auf die Leitungsebene beschrieben haben, auf die Leitungsebene im Kontext kommunaler Krankenhausunternehmen transferiert. Dies ist insofern interessant, als in Hessen nahezu alle kommunalen Krankenhäuser im Gegensatz zu Kommunalverwaltungen in privater Rechtsform geführt werden. Die Umwandlung kommunaler Krankenhäuser von Eigenbetrieben in private Rechtsformen war und ist eine Strategie, um der Wirtschaftlichkeit einen größeren Stellenwert einzuräumen bzw. die politische Rationalität in kommunalen Organisationen zu begrenzen. Die Ergebnisse dieser

Arbeit zeigen aber eindrücklich, dass eine eindimensionale (normative) Strategie – der Wandel der Rechtsform in eine (g)GmbH oder (g)AG – nicht hinreichend ist, um eine stärkere Präsenz der ökonomischen Rationalität zu erreichen (vgl. auch Hanneken et al., 2010). Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass das oberste Ziel eines kommunalen Krankenhauses weiterhin eine gute Gesundheitsversorgung im Sinne von Daseinsvorsorge ist und Wirtschaftlichkeit im Sinne von Bedarfsdeckung dem nachgeordnet ist (vgl. Sonnentag, 2017). Zum anderen bringen kommunalpolitische Akteure ihre politischen Interessen weiterhin über ihre autoritativ-administrativen Ressourcen ein, z. B. als Gesellschafterin über Durchgriffsrechte in der GmbH oder über ihre Sitze im Aufsichtsrat. Verschiedenste strukturelle Bedingungen, wie unter Abschnitt 5.4.1 und 5.4.2 beschrieben, tragen dazu bei, dass die Aufsichtsratsmitglieder der Arbeitgeberseite eher dazu tendieren, (partei-)politisch zu agieren, als im Interesse des Krankenhausunternehmens zu handeln. Auch die de facto pluralistisch verteilte Macht in der Arena (siehe ausführlich Abschnitt 6.2) trägt hierzu bei. Das *Wählermaximierungs-Spiel* wurde darüber hinaus auch auf andere Akteursgruppen – den Betriebsrat (#16) und die Gewerkschaft (#5) – transferiert, wobei es bei diesen, der Zielgruppe entsprechend, als *Mitgliedermaximierungs-Spiel* titulierte wird.

Zweitens ist ein Beitrag der Arbeit die Konkretisierung und Ausdifferenzierung *aller* bekannten Spiele. Beispielsweise wurden die von Bogumil und Kißler (1998b, S. 131) benannten Strategien (parteilpolitische Profilierung, Konkurrenzverhalten, das Einmischen in das Alltagsgeschäft und die Mobilisierung der Öffentlichkeit) im Wählermaximierungs-Spiel der kommunalpolitischen Akteure (#8) bezogen auf den spezifischen Kontext konkretisiert und durch einige weitere Strategien und Ressourcen ergänzt (z. B. paradoxe Handlungsanweisung an die Geschäftsführung geben und das Politisierbarkeitspotenzial von KKH). Das Konkretisieren und Ausdifferenzieren der strukturellen Bedingungen und Strategien macht abstrakte Konzepte durch kontextspezifische Beispiele besser greifbar und vermittelbar. Überdies liefern die Ausführungen Antworten auf die forschungsleitende Unterfrage, welche Strategien die Umsetzung von Veränderungen wahrscheinlich machen, und geben damit konkrete Gestaltungsempfehlungen für die erfolgreiche Umsetzung von Veränderungsprozessen. Dies ist z. B. im *Strategische-Kandidaten-Spiel* (#10) und im *Partizipations-Spiel* des Managements (#11) gut ersichtlich.

Drittens ist ein Beitrag der Arbeit die Identifikation und differenzierte Erläuterung neuer Spiele. In der rechten Spalte der Tabelle 61 ist ersichtlich, welche Spiele erstmalig in dieser Arbeit benannt und beschrieben sind. Identifiziert wurden somit 3 Spiel-,Familien‘: durch eine wirtschaftliche oder ökonomische Rationalität geprägte Spiele, durch Abgrenzung geprägte

Spiele und durch Integration geprägte Spiele. Die *Integrations-Spiele* stellen gewissermaßen einen Ansatz für den Umgang mit unterschiedlichen Rationalitäten und damit einen zentralen Veränderungsansatz dar.

Viertens ist ein Beitrag der Arbeit die Verknüpfung der Spiele miteinander. Die Verknüpfung der Spiele war grafisch illustriert in Abbildung 14 („Gesamtmodell Spiele“) in Kapitel 5.2. Diese Grafik zeigt auf, wie manche Spiele andere Spiele bedingen: Beispielsweise lösen das *Wettbewerbs- und das Daumenschrauben-Spiel* (#1, #3), die auf Bundes- und Landesebene gespielt werden, Überlebenskämpfe zwischen Organisationen und damit das *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#12) auf Organisationsebene aus, was wiederum zu Verteilungskämpfen zwischen den Berufsgruppen innerhalb einer Organisation führt, die sich im *Budget-Spiel* (#21) zeigen. In diesem Fall wird die ökonomische Rationalität durch die Ebenen kaskadiert. Diese Verknüpfung der Spiele ermöglicht ein tieferes Verständnis des Feldes, eine Einschätzung der Macht bestimmter Rationalitäten und damit auch der Ansatzpunkte für Veränderung.

Fünftens ist ein Beitrag der Arbeit das Aufzeigen der unterschiedlichen *Rationalität(en)*, auf die die Spiele verweisen. Diese sind in Tabelle 61 in der zweiten Spalte von rechts aufgeführt. Bedingt durch die Akteursvielfalt und eine hohe Komplexität der strukturellen Bedingungen sind in kKH unterschiedliche Rationalitäten präsent, was bedeutet, dass die Arena durch Multirationalität geprägt ist: Salient sind die ökonomische Rationalität (die auch die rechtliche und die wirtschaftliche Rationalität umfasst), die politische und die medizinische Rationalität. Das Konstrukt der Rationalitäten ist insofern sehr interessant und hilfreich, weil es die Komplexität durch das Vorhandensein konkurrierender Handlungssysteme aufzeigt. Crozier und Friedberg (1993) beschreiben das Aufzeigen der „widersprüchlichen, sich in vielfältigen organisatorischen Spielen konkretisierenden und integrierenden Rationalitäten“ sogar als einen der wertvollsten Beiträge der strategischen Organisationsanalyse (ebd., S. 226).

Während davon ausgegangen werden kann, dass in einem privaten Unternehmen die wirtschaftliche Rationalität in der Regel vorherrscht (Ziel: Gewinnmaximierung), ist ein kommunales Unternehmen bereits mit der politischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Rationalität (Ziele: Gemeinwohl, Rechtssicherheit, ausgeglichener Haushalt) konfrontiert. Das kommunale *Krankenhausunternehmen* übertrifft diese Vielfalt, indem zu den genannten Rationalitäten noch die medizinische Rationalität hinzukommt (Ziel: bestmögliche medizinische Qualität). Damit bekräftigen die Ergebnisse dieser Arbeit die Aussage, dass sich ein Krankenhaus in einem pluralistischen und von institutioneller Komplexität geprägten Kontext befindet (Schedler & Eicher, 2013) bzw. eine Prägung durch unterschiedliche

institutionelle Logiken¹⁵³ (die medizinische Profession, den Staat¹⁵⁴ und den Markt) vorliegt (Scott et al., 2000). Forschungsergebnisse, denen zufolge im Krankenhaus eine professionelle und eine Business-Logik nebeneinander bestehen (van den Broek et al., 2014), werden dahingehend ergänzt, dass neben der medizinischen und der wirtschaftlichen auch die rechtliche und die politische Rationalität integriert werden müssen – Letzteres bezogen auf den spezifischen Kontext *kommunaler* Krankenhäuser; was auch unterstreicht, wie wichtig die Berücksichtigung des Kontextes in der Führungsforschung ist. In privat getragenen Krankenhäusern ist davon auszugehen, dass die politische Rationalität nicht gleichermaßen berücksichtigt werden muss (da erstens die Eigentümerin nicht die Kommunalpolitik ist und zweitens somit der Einfluss der Ärzt_innen und des Betriebsrats geringer ist).

Da im kKH verschiedene Rationalitäten bzw. Handlungssysteme (v. a. das Gesundheits-, Politik-, Wirtschafts- und Rechtssystem und das der Professionen) nebeneinander bestehen, ist die Annahme der Dominanz wirtschaftlichen Denkens und Handelns generell falsch (vgl. Rüegg-Sturm et al., 2015; Schedler & Eicher, 2013). Die Ergebnisse geben Anlass zu der Annahme, dass ein einseitig wirtschaftliches Vorgehen nicht nur in öffentlichen, öffentlich-rechtlich¹⁵⁵ geführten Organisationen wie Verwaltungen (Bogumil 2017, Ridder & Hoon, 2010; Reichel, 2010), sondern auch in öffentlichen, privatrechtlich geführten Unternehmen wie kommunalen Krankenhäusern zu Umsetzungsdefiziten führt. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass, je stärker politisch die Eigentümerin agiert, desto ungeeigneter ein rein ökonomisch (wirtschaftlich-rechtlich) ausgerichtetes Vorgehen ist (vgl. ähnlich Bogumil, 2017). Positiv formuliert, indizieren die Ergebnisse der Arbeit ein multirationales Vorgehen, bezogen auf Führung im Allgemeinen und auf Veränderungsprozesse (vgl. ähnlich Bogumil, 2017; Rüegg-Sturm et al., 2015; Schedler & Rüegg-Sturm, 2013c), d. h. eine Integration der ökonomischen (wirtschaftlichen und rechtlichen), politischen und medizinischen Rationalität in Haltung und Verhalten. Damit trägt diese Arbeit dazu bei, neben der ökonomischen Rationalität auch die für den öffentlichen Kontext spezifische politische sowie die für den Krankenhauskontext spezifische medizinische Rationalität besser nachvollziehen und im Sinne eines multirationalen Vorgehens auf diese eingehen zu können.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse auf, dass Kämpfe zwischen Rationalitäten stattfinden (vgl. Crozier & Friedberg, 1993, S. 226) – dies wird sowohl innerhalb einzelner

¹⁵³ Die Nähe zu dem Konstrukt wurde unter 2.1.2 erläutert.

¹⁵⁴ Umfasst rechtliche und politische Charakteristika.

¹⁵⁵ Zur Unterscheidung der Rechtsformen siehe Abschnitt 4.2, Punkt 3.

Spiele als auch zwischen unterschiedlichen Spielen deutlich. Diese Kämpfe finden aufgrund der Strukturiertheit des Handlungsfeldes v. a. zwischen politischer und ökonomischer sowie ökonomischer und medizinischer Rationalität statt bzw. zwischen Akteuren, die im Sinne dieser Rationalitäten agieren (z. B. kommunalpolitische Akteure im Aufsichtsrat vs. Geschäftsführung, Geschäftsführung vs. Ärzt_innen).

Interessant und überraschend (wenngleich logisch im Rahmen der strategischen Organisationsanalyse) ist auch, dass vergleichbare Spiele von unterschiedlichen Akteuren und auf unterschiedlichen Ebenen gespielt werden, bedingt durch die Spielregeln der jeweiligen Rationalität bzw. des jeweiligen Handlungssystems, innerhalb dessen die Akteure agieren: Politische Handlungssysteme bedingen eine politische Rationalität und erfordern „politische“ Spiele, in denen es um die Gewinnung von Mehrheiten geht – diese werden von Politiker_innen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene in *Wählermaximierungs-Spielen* (#2, #8), aber auch von Gewerkschaften im *Mitgliedermaximierungs-Spiel* (#5), von Betriebsräten im *Wählermaximierungs-Spiel* (#16) und von Geschäftsführungen im *Strategische-Kandidaten-Spiel* (#10) und im *Partizipations-Spiel* (#11) gespielt. Wirtschaftliche bzw. ökonomische Handlungssysteme bedingen eine ebensolche Rationalität und lösen ebensolche Spiele aus – diese werden von der Bundespolitik im *Wettbewerbs-Spiel* (#1), von der Landespolitik im *Daumenschrauben-Spiel* (#3), von der Geschäftsführung im *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#12) und von den Berufsgruppen im *Budget-Spiel* (#21) gespielt, aber eben auch von Akteuren, die grundlegende Kritik an diesen Spielen üben: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass auch Gewerkschaften ein *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#6) spielen und Ärzt_innen ein *Gewinnmaximierungs-Spiel* (#7). Die Omnipräsenz ökonomischer bzw. wirtschaftlicher Spiele zeigt, wie stark diese Rationalität in unserer Gesellschaft ist. Diese Dominanz spiegelt sich auch in dem regulären gesellschaftlichen Verständnis von ‚Rationalität‘: Dieser Begriff wird häufig automatisch mit der wirtschaftlichen Rationalität gleichgesetzt und mit Kosten und Nutzen in Zusammenhang gebracht. Auch *Abgrenzungs-Spiele* werden von verschiedenen Akteuren und auf unterschiedlichen Ebenen gespielt: intraprofessionell, d. h. zwischen verschiedenen Fachrichtungen bzw. -abteilungen, interprofessionell, also z. B. zwischen ärztlichem Dienst und Pflegedienst (#22), sowie interorganisational, d. h. zwischen Krankenhäusern bzw. Kommunen und Geschäftsführenden (#25). *Abgrenzungs-Spiele* zeichnen sich eher durch eine ‚Mono‘-Rationalität aus und stehen in Wechselwirkung mit *Integrations-Spielen*, die durch Multirationalität charakterisiert sind. Letztere werden z. B. auf Organisationsebene von Akteuren im Management (#23) sowie auf Landesebene vom Ministerium (#24) gespielt. Dies verdeutlicht zum einen, dass weder *Abgrenzungs-* noch

Integrations-Spiele Spielarten einer Akteursgruppe sind, sondern das eigene Verhalten stark davon abhängt, ob die eigene Macht bedroht ist oder nicht. Zum anderen zeigt die Arbeit auch eine Pendelbewegung zwischen beiden Spielen auf.

Einzelne Erkenntnisse, wie die Interessenkonflikte zwischen Akteuren, die ihre Rationalität aus einem politischen Handlungssystem beziehen, und Akteuren, die ihre Rationalität aus einem ökonomischen Handlungssystem beziehen, und die sich bspw. im Spannungsfeld „Gemeinwohl konkretisieren vs. Wirtschaftlichkeit“ zeigen, sowie damit zusammenhängende Spiele, sind naturalistisch generalisierbar¹⁵⁶ (Stake, 2000) auf andere Unternehmen in kommunaler Trägerschaft. Überdies sind Konflikte zwischen professioneller (hier: medizinischer) und ökonomischer Rationalität naturalistisch generalisierbar auf andere Expert_inneneinrichtungen, z. B. Universitäten.

Ferner tragen die Ergebnisse zur (kritischen) Organisationsforschung bei, indem Perspektiven aufgezeigt werden, die gesellschaftlichen Stereotypen zunächst entgegenstehen: Durch bestimmte Spiele, bspw. das *Gewinnmaximierungs-Spiel* der Ärzt_innen oder das *Wählermaximierungs- und Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* der Gewerkschaften, wird deutlich, dass diese Akteure durchaus auch eigene Interessen verfolgen und nicht per se und immer im Sinne der Patient_innen bzw. des Gemeinwohls handeln. Auch wird deutlich, dass das Management kommunaler Krankenhäuser tendenziell abweichend vom Stereotyp des Managements in der Privatwirtschaft handelt: eben nicht gewinnmaximierend, sondern aus einem Solidaritätsgedanken heraus haushaltend (vgl. Bär & Pohlmann, 2016), und dabei möglichst gute medizinische Leistungen und Regeltreue verfolgt. Damit wird ein differenziertes und teils überraschendes Bild der unterschiedlichen Akteure gezeichnet.

Weitere Beiträge. Die bisherige Forschung zeigt ferner, dass nicht nur der öffentliche Sektor im Allgemeinen, sondern auch die Forschung zu Führung im öffentlichen Sektor im Speziellen im Vergleich zur Privatwirtschaft unterrepräsentiert ist (Vogel & Masal, 2015) – diese Arbeit trägt dazu bei, diese Lücke etwas mehr zu schließen. Zudem berücksichtigt die Forschung zu Führung im öffentlichen Sektor den spezifischen öffentlichen Kontext und die Interaktion unterschiedlicher Elemente (z. B. des Kontext und des Führungsprozesses) nicht ausreichend (Vogel & Masal, 2015). Der hier adressierten Notwendigkeit von *Kontextualisierung und Komplexität* (van Wart, 2013; Vogel & Masal, 2015) wird in dieser Arbeit durch den Zugang der politikorientierten Perspektive vollumfänglich entsprochen, sodass eine holistischere

¹⁵⁶ Das heißt: auf ähnliche Fälle übertragbar (siehe Kapitel 4).

Betrachtung von Führung in Veränderungsprozessen erfolgt. In der Analyse wurden verschiedene Ebenen, wie von Getha-Taylor et al. (2011) nahegelegt, betrachtet, konkret die Bundes- und Landes-, die Kommunal- und Organisationsebene sowie die Ebene der Akteure.

Zudem existiert in bestehender Forschung häufig ein zu enger Fokus auf einzelne Akteure, insbesondere auf Manager_innen (Bamberger & Pratt, 2010), weitere Akteure werden häufig ausgeblendet. Mit der *Multiakteurs-Perspektive* leistet die Arbeit einen wichtigen Beitrag, indem mehrere Akteure, wie von Van Slyke und Alexander (2006) angetragen, zu Wort kommen – v. a. auch solche, die bisher ausgeblendet wurden, aber Einfluss im Kontext von Veränderungsprozessen haben. In der Arbeit wurden die Perspektiven verschiedener Akteure unterschiedlicher Management-Ebenen, aber auch von Betriebsräten, Gewerkschaften, dem Ministerium sowie Beratenden als Meta-Akteuren, erfasst. Durch das Nachvollziehen der verschiedenen Perspektiven der Akteure werden verschiedene subjektive Wahrheiten und Rationalitäten, die im Kontext von Veränderungsprozessen relevant sind, deutlich. Aus dieser multiperspektivischen und interpretativen Sicht können soziale Phänomene umfassender erklärt bzw. verstanden und somit wissenschaftlicher Fortschritt generiert werden (Özbilgin & Tatli, 2011). Die Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass, um Führung in Veränderungsprozessen zu verstehen, der Fokus auf das formale Management im öffentlichen Sektor deutlich zu eng ist, weil eine überraschende Vielzahl von Akteuren Einfluss auf das Gelingen von Veränderungsprozessen nimmt – auch wenn diese Akteure zunächst nicht ‚direkt‘ in Zusammenhang mit dem kKH gesehen werden oder keine formale Führungsposition innehaben. Die Akteursvielfalt illustriert, dass Führung im Kontext von Veränderungsprozessen in öffentlichen Organisationen sowohl elitär als auch pluralistisch und teils politisiert verstanden werden kann und somit politische Strategien und eine Betrachtung von Führung als Prozess indiziert sind.

Ferner leistet die Arbeit einen wichtigen Beitrag, indem sie aufzeigt, dass für den privatwirtschaftlichen Sektor klassische Führungsstrategien bzw. -instrumente im spezifischen Kontext des öffentlichen Sektors und der Expert_innenorganisation nicht unmittelbar greifen – so spielen bspw. formale Weisungsmacht und materielle Belohnungen eine geringere Rolle, während Partizipation unerlässlich ist.

Zu guter Letzt leistet die Arbeit einen wertvollen Beitrag mit der *ganzheitlichen Betrachtung des weiten Themas Führung und Change Management*, das bisher durch verschiedene Forschungsfelder (Hughes, 2018) und vielfach getrennte Forschung (Hughes, 2018; Kuipers et al., 2014; Van der Voet et al., 2014) geprägt ist. Das Überwinden akademischer Grenzen und die Integration unterschiedlicher kontextueller Ebenen, Strukturen

und Akteure sowie deren Interaktionen ermöglichen ein ganzheitliches, differenziertes und vor allem realitätsnäheres Bild. Diese Komplexität wird durch die Komplexität des Feldes (der Gesundheitsbranche bzw. des Krankenhauses) noch weiter erhöht – die Metapher des Spiels diene damit auch dazu, diese Komplexität in verdauliche Häppchen zu strukturieren und leichter fassbar zu machen. Eine zentrale Leistung der Arbeit ist damit die Strukturierung einer äußerst breiten Thematik in einem sehr komplexen Feld.

6.4 Limitationen der Studie und Implikationen für die Forschung

Die größte Stärke der Arbeit – das Betrachten verschiedener Akteure und Strukturen auf unterschiedlichen Ebenen und das Nachvollziehen verschiedener Rationalitäten – ist zugleich aber auch ihre größte Schwäche. Da die Fragestellung sehr komplex war, sind das Forschungsvorgehen und die Forschungsergebnisse ‚genau‘ und, bezogen auf Arten von Veränderungsprozessen, ‚allgemein‘¹⁵⁷ – und damit zwangsläufig umfangreich und mit einer erheblichen Komplexität ausgestattet, was zu einem recht langen, Konzentration fordernden Ergebnisteil geführt hat. Mit der komplexen und realitätsnahen Deskription des Feldes habe ich auf die Kritik reagiert, dass wissenschaftliche Modelle zu vereinfachend und realitätsfremd seien. Die im Folgenden skizzierten Schwächen der Arbeit bieten Anlass für weitergehende Studien bzw. eine Quelle für Hypothesen, die in quantitativer oder qualitativer Forschung bzw. Mixed-Methods-Verfahren untersucht werden könnten.

Erstens wurden in dieser Arbeit viele unterschiedliche Akteure und Ebenen betrachtet, sodass sich in den Ergebnissen viele Spiele zwischen einzelnen Akteuren herauskristallisiert haben, die aber aufgrund der Komplexität nicht immer im Detail analysiert wurden. Zukünftige Studien könnten dementsprechend, wie z. B. durch Grandy (2014) erfolgt, einzelne Akteurskonstellationen bzw. einzelne Spiele tiefergehend untersuchen.

Zweitens waren die Akteursperspektiven aufgrund einer unterschiedlichen Anzahl von Interviewten aus den jeweiligen Akteursgruppen unterschiedlich stark vertreten, sodass bspw. die Perspektive der Ärzt_innen im Vergleich zu Management, Arbeitnehmervertretung und Pflege unterdurchschnittlich repräsentiert war. Damit besteht die Gefahr, dass diese Perspektive nicht angemessen differenziert dargestellt ist. In zukünftigen Studien sollte verstärkt auf eine gleichmäßige Verteilung der verschiedenen Akteursgruppen geachtet werden.

¹⁵⁷ Weick nennt diese Art von Forschung die „2-Uhr-Forschung“ (1985, S. 55). Ich folge Weick (1985), der sich auf Thorngate (1976) bezieht, dahingehend, dass das Vorgehen und die Ergebnisse nicht einfach sein *können*, weil Theorien sozialen Verhaltens nicht gleichzeitig *allgemein*, *einfach* und *genau* sein können.

Drittens ist das betrachtete Thema sensibel, sodass die Problematik der sozialen Erwünschtheit (z. B. Döring & Bortz, 2016, S. 437) besteht. Dieser Problematik wurde begegnet, indem Fragen nach der eigenen Referenzgruppe und der Fremdwahrnehmung in Bezug auf andere Akteursgruppen gestellt wurden, da es einfacher ist, bei anderen sozial unerwünschte Interessen und Verhalten zu beschreiben. Dritte können das Verhalten, das sie selbst bei anderen wahrnehmen, beschreiben, aber sie können nicht die Gründe für das Verhalten der anderen kennen, sondern nur mutmaßen, was in diesen Menschen vorgeht und sie antreibt. Dies führt dazu, dass Begründungen für das Verhalten anderer letztlich immer Mutmaßungen bzw. „Unterstellungen“ sind. Zudem ist anzunehmen, dass auch mit Aussagen zu Dritten (Fremdaussagen) eigene Interessen verfolgt werden, z. B., sich selbst durch den sozialen Vergleich nach unten in ein positiveres Licht zu rücken. Ergebnisse bzw. Spiele, die primär aus den Aussagen Dritter resultieren, bieten sich dafür an, entsprechende Thesen zu formulieren und diese in Studien mit beteiligten Akteuren dezidiert zu untersuchen; hierbei ist im Besonderen auf das Phänomen der sozialen Erwünschtheit zu achten.

Viertens bringt der interpretative Forschungszugang mit einem Fokus auf die subjektiven Sichtweisen vielfältiger Akteure mit sich, dass die Ergebnisse auf einzelnen Aussagen basieren. Da erstens die Mengen zu gering waren und zweitens keine Mengenganalysen stattgefunden haben, kann diese Studie nicht repräsentativ sein. Zukünftige Studien könnten Teil-Ergebnisse dieser Arbeit in quantitativen Forschungsdesigns mit ausreichend großen Stichproben überprüfen, um statistische Generalisierbarkeit zu ermöglichen. Beispielsweise könnten in einer quantitativen, repräsentativen Erhebung die Bedürfnisse patientennaher Berufsgruppen, bezogen auf den Wunsch nach Kompetenzen und Verantwortung, nach Arbeit auf Augenhöhe und nach Werten (differenziert nach Trägerschaft des Krankenhauses, Berufsgruppe, Beruf, Position, Funktion, Alter, Zugehörigkeit und Vergütung), erhoben werden. Damit könnte eine Kartografie der Interessen dieser wichtigen Gruppen, die vom Fachkräftemangel besonders betroffen sind, angelegt werden, und ggf. im Anschluss in der Praxis mit personalpolitischen Maßnahmen auf diese Interessen eingegangen werden.

Fünftens kann als Schwäche der Arbeit angebracht werden, dass keine spezifische Art von Veränderungsprozess im Fokus stand, was eine gewisse Unschärfe in den Ergebnissen mit sich bringt. In zukünftigen Studien könnten für einzelne Arten von Veränderungsprozessen, idealerweise im Zeitverlauf, politikorientierte Analysen durchgeführt werden. Wichtige Veränderungsprozesse wären z. B. bei Veränderungen dritter Ordnung die Reform zur

Herauslösung der Pflegekosten aus dem DRG-System oder bei Veränderungen zweiter Ordnung Fusionsprozesse zwischen kommunalen Krankenhäusern.

Sechstens ist diese Arbeit auf einen bestimmten Kontext (ein Bundesland in Deutschland) beschränkt. Da in den Interviews mehrfach auf andere Kontexte, insbesondere skandinavische Länder, bezogen auf strukturelle Bedingungen und die Zusammenarbeit von Ärzt_innen und Pflegekräften, verwiesen wurde, könnten zukünftige Studien komparative Analysen (zwischen Deutschland und z. B. Dänemark) durchführen. Variablen könnten die Art der Zusammenarbeit zwischen Pflege und ärztlichem Dienst, die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten, die Qualität der Leistungserbringung und die Kosten sein. Da in den Interviews das in Deutschland bestehende Hierarchiegefälle zwischen Ärzteschaft und Pflege vielfach kritisch thematisiert wurde, könnte überdies geschaut werden, ob es auch innerhalb Deutschlands Ausnahmen von der Regel gibt, und wenn ja, wie es diese Krankenhäuser trotz der herrschenden strukturellen Bedingungen geschafft haben, (mehr) Augenhöhe zwischen den Berufsgruppen zu etablieren und zu leben.

Zuletzt kann kritisch betrachtet werden, dass nicht ganz eindeutig definiert ist, wer genau unter die Akteursgruppe der „Pflege“ im Krankenhaus fällt. Das ist darauf zurückzuführen, dass dies je nach Sichtachse (z. B. Kostensicht oder Unterstellungsverhältnis etc.) sowie zwischen den Krankenhäusern und teils sogar zwischen Abteilungen variiert. Da die Interviews deutlich aufgezeigt haben, dass nicht eindeutig ist, wer eigentlich in die Gruppe der Pflege gehört, bzw. dass „die“ Pflege von unterschiedlichen Akteuren unterschiedlich definiert wird, könnten zukünftige Studien eine politikorientierte Analyse bezogen auf diese Berufsgruppe durchführen und mit einer eindeutig definierten und machtvollen Gruppe, z. B. den Ärzt_innen, vergleichen. Im Rahmen dieser Analyse könnte untersucht werden, wer von wem aufgrund welcher Merkmale (z. B. Tätigkeiten, Unterstellung, Krankenhausbuchführungsverordnung) in die Gruppe „der Pflege“ gezählt wird, sodass deutlich wird, von wem eigentlich gesprochen wird, wenn von „der Pflege“ die Rede ist, und was dies machtpolitisch impliziert.

Interessant und ein ausreichendes Material für eine eigene Studie wäre zudem die Analyse geschlechterspezifischer Aspekte im Vergleich von Ärzteschaft und Pflege: Wieso wird sogar heute häufig noch von „Schwestern“ und „Ärzten“ gesprochen? Wieso sind die meisten Chefärzt_innen männlich? Wie kann man dies ändern? Wie wirkt sich die Feminisierung der Medizin bisher bereits darauf aus?

Trotz der aufgezeigten Limitationen bietet die Arbeit zahlreiche interessante Einblicke in Führung und Change Management und wertvolle Beiträge für Theorie und Praxis.

6.5 Implikationen für die Praxis

Die hier erfolgte politikorientierte Analyse von Führung im Kontext von Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern in Hessen leistet einen praktischen Beitrag, indem ein Muster unterschiedlicher Handlungskontexte und damit unterschiedlicher Rationalitäten gezeigt und verdeutlicht wird, welche strukturellen Bedingungen einerseits und welche Akteure mit ihren Interessen und Strategien andererseits Einfluss auf Veränderungsprozesse nehmen. Auch wurde gezeigt, welche Konflikte und Widerstände im Kontext von Veränderungsprozessen, die sich weitestgehend unter dem NPM subsumieren lassen bzw. mit diesem einhergehen, zum Tragen kommen können. Dabei legen die Ergebnisse insbesondere politische und informelle Aspekte offen, deren Kenntnis Akteuren, die das Spielfeld und die Akteure verstehen möchten, zuträglich sein können. Das in dieser Arbeit enthaltene Wissen ermöglicht es, Konzepte und Vorgehensweisen zu entwickeln, die spezifisch auf kommunale Krankenhäuser zugeschnitten sind. Diese haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, von den beteiligten und betroffenen Akteuren, in Anbetracht der politischen, medizinischen und ökonomischen Erfordernisse des Krankenhauses und seiner Umwelt, akzeptiert und nachhaltig umgesetzt werden zu können.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden verschiedene Akteure befragt, und die Ergebnisse verdeutlichen, dass es keine ‚richtige‘ oder ‚bessere‘ Perspektive gibt, sondern Bewertungen eine Frage des jeweiligen Handlungskontextes und des eigenen Standpunktes sind. Die in dieser Arbeit aufgezeigten Strategien können je nach Blickwinkel veränderungshinderlich (Widerstands-Strategien) oder veränderungsförderlich (Change-Management-Strategien) sein. Beispielsweise sind die in dieser Arbeit aufgezeigten Strategien der Gewerkschaft gegen eine Ökonomisierung des Gesundheitswesens, d. h. in Bezug auf Veränderungsprozesse, die unter dem NPM subsumiert werden können, veränderungshinderlich und somit in diesem Kontext als Widerstands-Strategien bezeichnet. In Bezug auf andere Veränderungen, z. B. Veränderungen sozial-normativer Ordnungen, können sie hingegen veränderungsförderlich und somit Change-Management-Strategien sein.

Unabhängig von der Intention, die hinter Widerstand steht, und auch wenn dieser bei der Umsetzung von bestimmten Veränderungen ein Hindernis darstellt, bewerte ich diesen allgemein nicht negativ. Vielmehr birgt Widerstand die Chance, genauer hinzuschauen und zu reflektieren, was wertvoll und damit erhaltenswert ist, und zu schauen, ob eine neue Struktur, ein neuer Prozess oder eine alternative Technologie wirklich und nachhaltig eine überlegene Wirkung zeigt – in Bezug auf die wirtschaftliche *und auch andere* Dimensionen.

Die Arbeit bestätigt, dass Veränderung im Allgemeinen auch immer eine Veränderung von Machtstrukturen erfordert (Crozier & Friedberg, 1993). Um eine Veränderung der Verhältnisse in kKH zu erreichen und Veränderungen umzusetzen, sind folgende Aktivitäten zu empfehlen (in Anlehnung an Crozier & Friedberg, 1993; Doppler & Lauterberg, 2014; Popitz, 1976): Zunächst gilt es zu klären, wer mehr Macht erhalten möchte/sollte (z. B. man selbst, die eigene Gruppe, eine Gruppe in der Organisation), und zu schauen, ob diese Personen bereit sind, a) mehr Verantwortung zu tragen, da mit mehr Macht auch mehr Verantwortung einhergeht, und b) mit einer zeitweiligen Unsicherheit zu leben, da die Sicherheit und Ordnung, die mit den aktuellen Machtverhältnissen einhergeht, zumindest zeitweise entfällt. Zudem gilt es die bestehenden Machtverhältnisse im Feld zu erkennen und zu benennen. Einen Überblick hierzu vermittelt diese Arbeit durch die Darstellung relevanter Akteure, ihrer Ressourcen und Strategien. Dies impliziert auch, dass sich die Akteure durch Selbstreflexion und -erkenntnis eigene Ressourcen und Strategien bewusst machen und somit den eigenen Handlungsspielraum erweitern können. Potenzielle Ressourcen und Strategien zur Realisierung eigener Interessen sind nach Akteuren geordnet im Ergebnisteil zu Beginn jedes Spiels in der Tabelle („Strukturelle Bedingungen und Strategien im Rahmen des X-Spiels des Akteurs Y“) ersichtlich. Überdies ist in dem Fließtext, der den Tabellen folgt, für die jeweiligen Akteure Material in Bezug auf mögliche Argumentationslinien zu finden. Damit können die Ergebnisse *allen* in dieser Arbeit betrachteten Akteuren bei der Entdeckung und Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums dienlich sein. Des Weiteren erfordert Veränderung, die bestehende Machtverteilung, Machtprivilegien und Statussymbole infrage zu stellen, offen Kritik an den bestehenden Verhältnissen zu üben und Widerstand gegen Missstände zu leisten (auch hier ist viel Material im Ergebnisteil zu finden, u. a. in den *Widerstands-Spielen*). Indem Kritik, Widerspruch und Widerstand als Kompetenzen gefördert werden, können erstarrte Strukturen und Machtbeziehungen aus dem Gleichgewicht gebracht werden und Veränderungen erfolgen. Bei alledem ist Achtsamkeit in Bezug darauf geboten, dass man sich nur für das einsetzt, was man selbst für richtig und wichtig hält und sich nicht als Spielball anderer Akteure und ihrer Interessen instrumentalisieren lässt – zumal dies, wie die Arbeit zeigt, eine gängige Strategie verschiedener Akteure ist. Schließlich ist ein klares, positives Bild von der zukünftigen Machtverteilung erforderlich (z. B.: Soll die Macht eher elitär oder partizipativer verteilt sein? Wer soll wie viel Macht innehaben?) sowie Organisieren und Mobilisieren, um gemeinsam mit Bündnispartner_innen Veränderungen zu gestalten.

Ein wertvoller Beitrag für die Praxis ist das Konzept der Rationalitäten. Die Reflexion über unterschiedliche Rationalitäten kann zum Erkennen von Zwängen und Freiheiten der

Akteure anregen (vgl. Crozier & Friedberg, 1993, S. 261). Das Verständnis unterschiedlicher Rationalitäten (z. B. der politischen, medizinischen und ökonomischen Rationalität) ermöglicht es, zu verstehen, warum sich ein Akteur so und nicht anders verhält – u. a. kann es Widerstand in Veränderungsprozessen plausibel erklären. Es verdeutlicht, dass Menschen Situationen unterschiedlich wahrnehmen und bewerten, und es erklärt, warum Konflikte und Meinungsverschiedenheiten unvermeidlich sind. Das Wissen um unterschiedliche Rationalitäten dient damit sowohl der Analyse von Situationen als auch der Umsetzung von Veränderungsvorhaben. Wenn bewusst Perspektiven anderer Akteure eingenommen und ihre Zwänge nachvollzogen werden, können eine neue Sicht auf die Situation, Verständnis für den oder die andere(n) und ein verändertes Miteinander entstehen. Die Chance zu nachhaltiger und positiv konnotierter Veränderung besteht dann, wenn sich Akteure unterschiedlicher Rationalität auf Augenhöhe begegnen, die anderen Perspektiven als gleichberechtigt und gleichwertig zur eigenen Perspektive sehen und in einen Dialog treten mit dem ernstgemeinten Ziel des Interessenausgleichs bzw. der Kompromissfindung. Das Streben nach vollständiger Integration oder nach Konsens bleibt sicher ein Streben, bietet aber mehr als eine einseitige Interessenverfolgung – unabhängig davon, dass es in einem politischen System geboten ist.

Bezogen auf Konsense gibt die Arbeit auch Aufschluss über die Einheit in der Vielfalt der Perspektiven bzw. Interessen. So sind sich bspw. viele der befragten Akteure darüber einig, dass Krankenhäuser bedarfsorientiert und gemeinwohlorientiert ausgerichtet sein sollten, dass kommunale Krankenhäuser bzw., allgemeiner formuliert, eine Gesundheitsversorgung in öffentlicher Hand erhalten werden sollte, und dass Wirtschaftlichkeit im Sinne eines achtsamen Umgangs mit Ressourcen notwendig ist, um unser Solidarsystem zu erhalten.

Basierend auf den in dieser Arbeit aufgezeigten Machtkonstellationen, Führungs- und Change-Management-Strategien formuliere ich weiter unten beispielhaft einige Anregungen. Diese können dazu beitragen, die o. g. gemeinsame Interessen zu realisieren, indem sie für bestimmte Themen sensibilisieren und Veränderungspromotor_innen einzelne Argumente an die Hand geben. Da ich damit eine politisierende Intention verfolge, thematisiere ich auch tiefgreifende und aus politikorientierter Perspektive aufgrund der Beschaffenheit des Feldes schwer umsetzbar erscheinende Veränderungsansätze. Da Herausforderungen auf multiplen Ebenen bestehen und multifaktoriell bedingt sind, sind folglich auch multiple Ansatzmöglichkeiten vorhanden. Die Anregungen sind analog zur Strukturierung der Ergebnisse von außen nach innen kommend formuliert (zunächst bezogen auf die Bundes- und Landesebene, dann auf die kommunale Ebene und schließlich auf die Organisationsebene) und

beziehen sich auf die Haltung und das Verhalten von Personen sowie auf Prozesse und Strukturen.

Bundes- und Landesebene. Bezogen auf die Bundes- und Landesebene ergeben sich aus der Arbeit Ansatzpunkte bezogen 1.) auf die Organisation der Versorgung, 2.) auf die Finanzierung und 3.) auf den Krankenhausplan der Länder.

Erstens wurde die Trennung in ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung und insbesondere die doppelte Facharztschiene von IPs aus allen Akteursgruppen massiv kritisiert und als eine Kernursache unterschiedlicher Probleme (u. a. hohe Kosten, geringere Qualität und Patient_innenzufriedenheit) benannt. Folglich scheint die Aufhebung – oder zumindest die bessere Integration – der Sektorengrenzen indiziert, wenngleich dies aus politikorientierter Sicht, insbesondere aufgrund der Macht der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der niedergelassenen Ärzteschaft eine Herkulesaufgabe darzustellen scheint.

Zweitens deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die unzureichende Finanzierung, wie im *Daumenschrauben-Spiel* illustriert, der Kern vieler Probleme ist und damit auch potenzielle Lösungen beinhaltet. Kämen die für die Gesundheit zuständigen Ministerien auf Landesebene der Investitionsfinanzierung, wie gesetzlich im KHG festgelegt, nach, würden viele Probleme an der Wurzel gelöst und das aufwendige und ressourcenintensive Erarbeiten und Erlassen neuer Reformen und die damit einhergehenden ressourcenintensiven Konsequenzen auf Organisationsebene überflüssig. Eine Investitionsfinanzierung in rechtlich vorgesehenem Umfang würde den Druck für die Geschäftsführung reduzieren, Investitionen über Betriebsmittel querzufinanzieren und somit die Beschäftigten in vielerlei Hinsicht entlasten. Die Entlastung wäre noch stärker, wenn zudem die Krankenkassen in vollem Umfang ihren Finanzierungsverpflichtungen nachkämen, indem sie Tarifsteigerungen, Zuschläge und Ausbildungskosten in vollem Maße und unter Berücksichtigung des Zeitverzugs in der Finanzierung refinanzierten. Würde zudem die Zahl der Studienplätze für Ärzt_innen an den Universitäten und die Zahl der Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpfleger_innen an den Schulen in den Feststellungsbescheiden durch die zuständigen Ministerien erhöht, bestünden weniger Hindernisse für die Krankenhäuser, zukünftig mehr Auszubildende in den vom Fachkräftemangel betroffenen Berufen auszubilden. Ideal wäre, wenn sich Gewerkschaften, kommunale Träger_innen und Geschäftsführungen gemeinsam organisierten und für gemeinsame Ziele (z. B. auskömmliche Finanzierung und Erhalt der kommunalen Trägerschaft) auf landes- und bundespolitische Akteure einwirken würden, auch über die Mobilisierung von Beschäftigten und Öffentlichkeit und das Erzeugen politischen Drucks. Da

Kommunen und Geschäftsführungen aufgrund der Investitionsfinanzierung in einer starken Abhängigkeit vom Land stehen, Kommunen eine höhere Finanzierung aufgrund der Krankenhausumlage¹⁵⁸ indirekt mittragen müssten und folglich beide einen offenen Konflikt wahrscheinlich scheuen, wäre eine Kampagnenführung durch die Gewerkschaften und Betriebsräte aus machtpolitischen Überlegungen sinnvoller.

Drittens zeigen die Ergebnisse, dass vorhandene Instrumente, konkret der Krankenhausplan der Bundesländer, noch besser genutzt werden könnten. Viele interviewte Akteure befürworteten, wenn im Krankenhausplan die im Sinne des SGB V für die Versorgung der Bevölkerung ‚erforderlichen‘ Krankenhausstrukturen definiert und finanziell bevorteilt würden, sodass sich diese aus dem Verdrängungswettbewerb und Überlebenskampf der Krankenhäuser herauslösen könnten. Im Anschluss würden idealerweise die Bundesländer zusammenkommen und einen Bundeskrankenhausplan entwerfen, was auch eine Forderung der Gewerkschaft war, sodass auch die Bundeslandgrenzen sinnvoll geregelt sind. Auch wenn dies für die Politiker_innen, die diese Änderung umsetzen würden, möglicherweise das Ende ihrer politischen Karriere bedeuten würde, wäre es im tiefen Sinne eine Vertretung der Interessen der Gesellschaft, da ein differenzierter Krankenhausplan eine Argumentations- und Handlungsgrundlage schaffen würde, die der Gesamtgesellschaft und dem Personal in den Krankenhäusern zugutekäme: Ein differenzierter Krankenhausplan würde zielgerichtete Schließungen nicht erforderlicher Strukturen oder deren Umwandlung in alternative Versorgungsmodelle, z. B. medizinische Versorgungszentren, unterstützen. Diese Reduktion würde wiederum ermöglichen, dass freiwerdendes Personal in den verbleibenden Häusern tätig werden kann, dortiges Personal entlastet und die Personal-am-Bett-Quote verbessert würde. Durch eine angemessene Personalstruktur und eine ausreichende Größe der Krankenhäuser würden zudem die Qualität der Leistungen für die Patient_innen und die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten verbessert, da z. B. mehr Planbarkeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf möglich wäre. Freiwerdende Ressourcen können alternativ bzw. additiv bspw. in medizintechnische und digitale Strukturen investiert oder für die Refinanzierung von Leistungen, die im DRG-System unterfinanziert, aber notwendig sind, verwendet werden.

Kommunale Ebene. Bezogen auf die kommunale Ebene ergeben sich aus der Arbeit Ansatzpunkte bezogen auf 1.) Verbundbildungen und die Interessenvertretung kommunaler

¹⁵⁸ In Hessen beteiligen sich die Landkreise und kreisfreien Städte an den Kosten der Krankenhausfinanzierung mit einer vom Land zu erhebenden Krankenhausumlage nach Maßgabe des § 51 des Finanzausgleichsgesetzes (DKG, 2017).

Krankenhäuser, 2.) den Umgang mit Interessen- bzw. Zielpluralität durch die Aufsichtsgremien und 3.) die Personalauswahl der Geschäftsführung.

Erstens zeigen die Ergebnisse der Arbeit, dass ein Zusammenschluss kommunaler Krankenhäuser in gesellschaftsrechtlichen Verbänden geboten ist, weil die Krankenhauslandschaft zunehmend durch Konzernstrukturen seitens privater und konfessioneller bzw. freigemeinnütziger Träger geprägt ist und Verbundstrukturen die eigene Chance, im Wettbewerb zu überleben, verbessern – u. a. durch Skalen- bzw. Synergieeffekte, Wissenstransfer und Marktmacht. Zudem weisen die Ergebnisse der Arbeit darauf hin, dass Verbundstrukturen kommunaler Krankenhäuser, in denen Mitgliedshäuser organisatorisch und rechtlich eigenständig bleiben – wie z. B. der Klinikverbund Hessen e. V. –, sinnvoll sind. Derartige Verbundstrukturen könnten u. a. für die gemeinsame Entwicklung von Strategien für den langfristigen Erhalt und Erfolg kommunaler Krankenhäuser, für Wissenstransfer und mittels spezieller Regelungen ggf. auch für den Austausch oder Hospitationen von Personal genutzt werden. Solche Verbände sind auch deshalb sinnvoll, weil Verbänden in der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens eine mächtige Rolle zukommt. Andere Interessenvertretungen von Krankenhäusern, wie die Hessische oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft, sind zwar mächtig, vertreten aber auch die Interessen der Krankenhäuser in privater oder konfessioneller Trägerschaft, die teilweise von den Interessen kommunaler Krankenhäuser abweichen. Folglich ist es sinnvoll, eine „eigene“ Interessenvertretung zu haben. Dies könnte eine Inspiration für andere Bundesländer darstellen. Regulär werden die Interessen der Kommunen (und damit auch der kommunalen Krankenhäuser) auf Bundes- und Landesebene über die kommunalen Spitzenverbände eingebracht. Da die Arbeit darauf hindeutet, dass Fachexpertise bezogen auf die Krankenhauslandschaft bei den Trägerkommunen eher unzureichend vorhanden zu sein scheint, zudem nicht alle Kommunen über eigene Krankenhäuser verfügen und dieses Thema demzufolge wahrscheinlich eine geringere Priorität in der Interessenvertretung genießt, wäre auch denkbar, dass die Interessen kommunaler Krankenhäuser durch eine/n fachlich versierte Repräsentant_in in den kommunalen Spitzenverbänden eingebracht würden, um eine angemessene Vertretung sicherzustellen.

Zweitens deutet die Arbeit auf teils massive Herausforderungen in der Krankenhausorganisation hin, die aus der mit der Multirationalität einhergehenden Zielpluralität kommunaler Krankenhäuser (z. B. gemeinwohlorientierte Daseinsvorsorge, qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, Attraktivität der Kommune, Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses, Rechtssicherheit, gute Arbeitsbedingungen) resultieren. Dementsprechend

wäre es sinnvoll, zunächst auf Trägerebene zu spezifizieren, was „Erfolg“ für das kommunale Krankenhaus bedeutet, bzw. welche Dimensionen Erfolg umfasst, und hieraus strategische Ziele abzuleiten. Da die Ziele häufig konfliktieren, sollte seitens der Aufsichtsgremien der Versuch unternommen werden, diese Ziele in einer Hierarchie aufeinander zu beziehen, damit die Geschäftsführung diese im Anschluss innerhalb der Organisation zumindest diskutieren kann. Dies könnte dazu führen, dass mehr Klarheit bzw. Orientierung als bisher besteht, welche Rationalität wann in welchem Ausmaß handlungsleitend sein soll. In diesem Zusammenhang wäre es günstig, wenn die politischen Mandatsträger_innen in den Aufsichtsgremien die Herausforderungen, die aus ihren multiplen Rollen (Politiker_in, Gesellschafterin, Aufsichtsratsmitglied) und Interessen (z. B. parteipolitische Interessen, kommunalpolitische Interessen, Unternehmensinteressen) resultieren, ihren Umgang damit und erforderliche Ressourcen (z. B. unternehmerisches Expert_innenwissen) reflektierten.

Drittens zeigen die Ergebnisse der Arbeit, dass die Position der Geschäftsführung besondere Kompetenzen (im Sinne von Fähigkeiten) erfordert. Erforderlich sind neben den inhaltlich-fachlichen Kompetenzen in Gesundheitsökonomie (und Medizin bei einer medizinischen Geschäftsführung) soziale und politische Kompetenzen, um bewusst mit Multirationalität, pluralistischen bzw. politisierten Machtstrukturen sowie mit Mikro-, Kommunal-, Bundes- und Landespolitik umgehen und bspw. Koalitionen bilden zu können. Idealerweise sollte eine Geschäftsführung die Machtquellen und (potenziellen) Machtbeziehungen¹⁵⁹ im System, damit (potenziell) einhergehende Rückkopplungen sowie die Spiele, die häufiger gespielt werden, kennen und einordnen können, da diese letztlich zum Arbeitsalltag dazugehören. Von besonderer Wichtigkeit ist das Interesse am und die Fähigkeit zum Aufbau von guten, vertrauensvollen Beziehungen auf Augenhöhe mit kommunalpolitischen Entscheidungsträger_innen, Betriebsrat und (Chef-)Ärzt_innen. Aufgrund der Wichtigkeit dieser Anforderungen für erfolgreiche Führung im Kontext von Veränderungsprozessen ist es empfehlenswert, dass die Gesellschafterin diese im Rahmen einer professionellen, DIN 33430 gemäßen Personalauswahl berücksichtigt.

Organisationsebene. Bezogen auf die Organisationsebene ergeben sich aus den Ergebnissen dieser Arbeit Ansatzpunkte im Hinblick auf 1.) Management bzw. Führung, 2.) die Organisation der klinischen Arbeit und 3.) die Betriebsratsarbeit.

¹⁵⁹ Dies umfasst insbesondere die Beziehungen von (Chef-)Ärzt_innen, Beschäftigten und Betriebsrat zur kommunalpolitischen Ebene, die Verzahnung zwischen Betriebsrat und Gewerkschaft sowie die Rolle der Öffentlichkeit und der Presse (vgl. Abb. 13).

Erstens zeigt die Arbeit, wie weiter oben ausführlich darlegt, dass in kommunalen Krankenhäusern elitäre, pluralistische und teils politisierte Machtstrukturen bestehen. Dementsprechend ist es für die Geschäftsführung, die häufig Promotorin von Veränderungsprozessen ist, und weitere an Veränderung interessierte Akteure zunächst empfehlenswert, sich des ganzen Spektrums an Strategien und Ressourcen, die zur Verfügung stehen, zu bedienen (Rückgriff auf die formale Autorität, rechtliche Normen sowie wirtschaftliche, technische und psycho-soziale Mittel) und v. a. politisch zu agieren¹⁶⁰, um solidarisches Handeln im Unternehmen sicherzustellen. Weil die Arena von Multirationalität geprägt ist, ist ein multirationales Vorgehen empfehlenswert. Dies impliziert, auf verschiedene Rationalitäten und Interessen – v. a. politische, rechtliche, ökonomische und medizinische – einzugehen, systemische Zusammenhänge aufzuzeigen und Handlungsoptionen und strukturelle Zwänge zu erläutern bzw. gemeinsam zu entwickeln. Sowohl Interessengegensätze als auch gemeinsame Interessen sollten thematisiert werden, um zielorientiert auf Kompromisse und idealerweise Konsense hinarbeiten zu können. Das Darstellen unterschiedlicher Positionen und damit einhergehender struktureller Bedingungen sowie Dialoge zwischen den Akteuren können dazu beitragen, andere Perspektiven nachzuvollziehen, das gegenseitige Verständnis zu fördern und ein Verharren in alten Feindbildern und Grabenkämpfen zu reduzieren. Hierbei ist die Schaffung von Kommunikations-, Organisations- und Personalstrukturen, die die Integration von Rationalitäten fördern, hilfreich. Bei der Reflexion von Herausforderungen, Ursachen und Lösungen sollte idealerweise inneren Faktoren (z. B. Wertvorstellungen, Einstellungen) und äußeren Faktoren (z. B. wirtschaftliche Bedingungen, materielles Wohlergehen, technologischer Fortschritt, soziale Sicherheit, Umwelt) der gleiche Wert beigemessen werden. Ferner sollten sowohl die Haltung als auch das Verhalten von Akteuren sowie strukturelle Bedingungen adressiert werden.

Zweitens wurde im jüngeren gesellschaftlichen Diskurs auf die Defizite von Krankenhäusern und die Unzufriedenheit der patientennahen Berufsgruppen, insbesondere der Pflegekräfte geschaut. Es ist empfehlenswert, dieses Bild durch Thematisierung der Ressourcen und positiven Aspekte, die es zweifelsohne auch gibt, zu ergänzen, und eine differenzierte Ursachenanalyse der Arbeitsunzufriedenheit sowie der Faktoren, die mit Arbeitszufriedenheit in Zusammenhang stehen, im eigenen Haus oder häuserübergreifend durchzuführen. Die Arbeit deutet darauf hin, dass einige Akteure aus der Pflege neben der viel thematisierten

¹⁶⁰ Konkrete Change-Management-Strategien waren in Abschnitt 6.2, Punkt 2 punkteil zusammengefasst. Eine vollständige Übersicht potenzieller Ressourcen und Strategien ist ersichtlich im *Strategische-Kandidaten-Spiel* (#10; Abschn. 5.4.5), im *Partizipations-Spiel* (#11; Abschn. 5.4.6), im *Verbetriebswirtschaftlichungs-Spiel* (#12; Abschn. 5.5.1.1) und in den *Integrations-Spielen* (#20, 23; Abschn. 5.5.4.4 und 5.5.5.3).

Personalausstattung und der Vergütung z. B. Grabenkämpfe zwischen den Berufsgruppen, die informelle Übernahme ärztlicher Tätigkeiten und dysfunktionale Prozesse als belastend empfinden. Um die finanziellen und sozialen Reibungsverluste, die hierdurch entstehen, reduzieren zu können, scheint es sinnvoll, bspw. Prozessmanager_innen zu etablieren und Aufgaben, Kompetenzen (insbesondere Weisungs-, Gestaltungs- und Entscheidungskompetenzen), Verantwortungen und Schnittstellen eindeutig zu definieren und formal zu fixieren. Überdies könnten, wie Grandy (2014) vorschlägt, die organisatorischen formalen Regeln an das gelebte Gewohnheitsrecht angeglichen werden. Dies könnte z. B., wie an der Medizinischen Hochschule Hannover erfolgt, in Form einer Dienst- bzw. Betriebsvereinbarung erfolgen (Medizinische Hochschule Hannover, 2008). Akteure aus dem Pflegedienst können aktiv zu dieser Veränderung beitragen, indem sie sich mit ihren Interessen eindeutiger positionieren und organisieren – sowohl auf betrieblicher als auch auf überbetrieblicher Ebene.

Drittens weisen die Ergebnisse darauf hin, dass ein Betriebsrat, der sich auf die Kontroll- und Schutzfunktion zurückzieht und die Gestaltungsfunktion nicht wahrnimmt, nicht nachhaltig im Sinne der Beschäftigten agiert und organisierte Betriebsräte, die gewerkschaftliche Ziele vor betriebspolitische Ziele stellen, nicht primär im Sinne der Beschäftigten des betroffenen Unternehmens agieren. Folglich sei hier empfohlen, alle im BetrVG vorgesehenen Funktionen auszuüben, d. h. die Kontroll-, die Schutz- und die Gestaltungsfunktion, auch wenn sich dies bei dem Mitverantworteten schwieriger Veränderungen negativ auf die eigene Wiederwahl auswirken könnte. Für alle Betriebsräte kann ein Auseinandersetzen, z. B. gemeinschaftlich im Betriebsratsgremium, mit den Strömungen und Interessenkonflikten, die mit dieser Rolle einhergehen, interessant sein. Für gewerkschaftlich organisierte Betriebsräte im Speziellen kann es sinnvoll sein, die eigene Doppelrolle zu reflektieren, um bewusst die Wahl zu treffen, aus welcher Rolle agiert werden soll.

7 Schlusswort

Zielsetzung der Arbeit war es, Führung im Kontext von Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern als politische Arena mit ihren Akteuren, Interessen, Strategien und Strukturen aus politikorientierter Perspektive zu analysieren. Damit konnte dieses Phänomen besser verständlich gemacht werden, indem Handlungszusammenhänge aus politikorientierter Perspektive erklärt sowie Strategien für die Durchführung von Veränderungen und Empfehlungen für Veränderungsansätze abgeleitet wurden. Als theoretischer Bezugsrahmen

und Analysebasis diene die strategische Organisationsanalyse (Crozier & Friedberg, 1993), erweitert um die Strukturationstheorie (Giddens, 1988) zur mikropolitischen Analyse durch Ortmann et al. (1990). Der Forschungsansatz zeichnet sich durch eine Integration der System- bzw. Strukturperspektive und der Akteursperspektive aus, sodass die Ergebnisse zum einen aufzeigen, *was* sich verändert und *warum* Veränderung geschieht, und zum anderen, *wie* der Wandel innerhalb der Organisation gestaltet wird. Gegenstand der Untersuchung war Führung in Veränderungsprozessen im Kontext kommunaler Krankenhäuser. Die empirische Erhebung und Analyse erfolgte mittels qualitativem, interpretativem Fallstudienansatz mit Daten aus Dokumenten und 34 Expert_inneninterviews. Es wurden 12 Krankenhäuser bzw. Krankenhausverbände im Bundesland Hessen betrachtet. Die Expert_inneninterviews wurden mit unterschiedlichen Akteuren durchgeführt, um Perspektivenvielfalt und eine umfassende Sichtweise zu ermöglichen. Es wurden Gewerkschaften, Akteure aus dem für Krankenhäuser zuständigen Landesministerium, dem Krankenhausaufsichtsrat vorsitzende Kommunalpolitiker_innen, Geschäftsführungen und nachgeordnete ärztliche und pflegerische Führungskräfte, Betriebsratvorsitzende sowie Krankenhaus- und Managementberater_innen befragt. Die Arbeit verdeutlicht, dass zahlreiche Akteure und komplexe strukturelle Bedingungen auf unterschiedlichen Ebenen Führung und Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern beeinflussen, und dass für die erfolgreiche Umsetzung von Veränderungen die Kenntnis einflussreicher Akteure, ihrer Interessen und potenziellen Strategien sowie struktureller Bedingungen dienlich ist. Der zentrale Beitrag dieser Arbeit ist die Verknüpfung unterschiedlicher Akteure, ihrer (Führungs- und Change-Management-)Strategien und struktureller Bedingungen auf unterschiedlichen Ebenen in ein zugleich breites und tiefes Gesamtbild.

Literaturverzeichnis

- A&W Online. (2017a, 3.1.2017). *Chefärzte sind Deutschlands Spitzenverdiener*. Arzt und Wirtschaft Online. Landsberg: Verlag Moderne Industrie GmbH. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.arzt-wirtschaft.de/chefaerzte-sind-die-spitzenverdiener/>
- A&W Online. (2017b, 2.5.2017). *Was niedergelassene Ärzte verdienen*. Arzt und Wirtschaft Online. Landsberg: Verlag Moderne Industrie GmbH. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.arzt-wirtschaft.de/was-niedergelassene-aerzte-verdienen/>
- ÄAppO. (2019). *Approbationsordnung für Ärzte (Stand 2002)*. Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.10.2019, von: https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html
- Ahlene, E., Campagna, D. S., Emons, D. O., Frerichs, D. M., Jagodzinski, R., Klein-Schneider, H., . . . Weckes, M. (2014). *Offensive betriebliche Mitbestimmung – Für gute Arbeit im nachhaltigen Unternehmen*. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.boeckler.de/pdf/p_betriebl_mitbestimmung_online.pdf
- AktG. (2017). *Aktiengesetz (Stand 2017)*. Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.8.2017, von: <https://www.gesetze-im-internet.de/aktg/>
- Albrecht, D. M., & Töpfer, A. (2017). *Handbuch Changemanagement im Krankenhaus* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Allen, D. (1997). The Nursing-Medical Boundary: A Negotiated Order? *Sociology of Health and Illness*, 19(4), 498-520. doi:10.1111/j.1467-9566.1997.tb00415.x
- Alt, R. (2005). Mikropolitik. In E. Weik & R. Lang (Hrsg.), *Moderne Organisationstheorien* (S. 295-328). Wiesbaden: Gabler.
- Altmann, A., Qualen, K., Eggeling, U., Asmussen, C., & Pättschke, D. (2005). *Kommunalbericht 2005*. Kiel: Landesrechnungshof Schleswig Holstein. Abgerufen am 1.9.2019, von: <http://www.landesrechnungshof-sh.de/file/komu2005-tz14.pdf>
- Alvesson, M., & Kärreman, D. (2007). Constructing Mystery: Empirical Matters in Theory Development. *Academy of Management Review*, 32(4), 1265-1281. doi:10.5465/amr.2007.26586822
- Anwar, A. (2007, 29.10.2007). *Tausende Krankenschwestern drohen mit Massenkündigung*. Spiegel Online. Hamburg: Der Spiegel GmbH & Co. KG. Abgerufen am 1.9.2019, von: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/arbeitskampf-extrem-tausende-krankenschwestern-drohen-mit-massenkuendigung-a-513592.html>
- ARD (Produzent). (2019, 15.7.2019). *Krankenhäuser schließen - Leben retten?* Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.ardmediathek.de/daserste/player/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RILmRIL3JlcG9ydGFnZSBfIGRva3VtZW50YXRpb2gaW0gZXJzdGVuL2E0ZDZjOGNiLTYwYzEtNGQ0MC04ZmVjLThjZWMI1NDFhZmFIOA/>
- Armenakis, A. A., & Bedeian, A. G. (1999). Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s. *Journal of Management*, 25(3), 293-315. doi:10.1016/S0149-2063(99)00004-5
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. doi:10.1080/01944366908977225
- Ärzteblatt. (2019a, 7.11.2019). *Klinikverbund Hessen ruft nach mehr Geld für Investitionen*. Deutsches Ärzteblatt. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH. Abgerufen am 1.12.2019, von: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107216/Klinikverbund-Hessen-ruft-nach-mehr-Geld-fuer-Investitionen>
- Ärzteblatt. (2019b, 29.5.2019). *Klinikverbund Hessen ruft nach mehr Investitionsmitteln*. Deutsches Ärzteblatt. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH. Abgerufen am 1.9.2019,

- von: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103484/Klinikverbund-Hessen-ruft-nach-mehr-Investitionsmitteln>
- Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C. M., & Wuckel, C. (2016). *Krankenhaus Rating Report 2016*. Heidelberg: medhochzwei.
- Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C. M., & Wuckel, C. (2017). *Krankenhaus Rating Report 2017*. Heidelberg: medhochzwei.
- Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C. M., & Wuckel, C. (2018). *Krankenhaus Rating Report 2018*. Heidelberg: medhochzwei.
- Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C. M., & Wuckel, C. (2019). *Krankenhaus Rating Report 2019*. Heidelberg: medhochzwei.
- Bamberger, P. A., & Pratt, M. G. (2010). Moving Forward by Looking Back: Reclaiming Unconventional Research Contexts and Samples in Organizational Scholarship. *Academy of Management Journal*, 53(4), 665-671. doi:10.5465/amj.2010.52814357
- Bansal, P., & Corley, K. (2011). The Coming of Age for Qualitative Research: Embracing the Diversity of Qualitative Methods. *Academy of Management Journal*, 54(2), 233-237. doi:10.5465/amj.2011.60262792
- BÄO. (2019). *Bundesärzteordnung (Stand 2019)*. Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.10.2019, von: www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html
- Bär, S., & Pohlmann, M. (2016). Kurswechsel im Krankenhaus. In I. Bode & W. Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses: Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive* (S. 229-250). Wiesbaden: Springer.
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2. Aufl.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc/Psychology Press.
- Batistič, S., Černe, M., & Vogel, B. (2017). Just how multi-level is leadership research? A document co-citation analysis 1980–2013 on leadership constructs and outcomes. *The Leadership Quarterly*, 28(1), 86-103. doi:10.1016/j.leaqua.2016.10.007
- Bäumer, H. (1997). Modernisierung der öffentlichen Verwaltung als Auseinandersetzungs- und Einfühlungsprozeß. Ein Erfahrungsbericht. In H. Hill & H. Klages (Hrsg.), *Modernisierungserfolge von Spitzenverwaltungen: Eine Dokumentation zum 3. Speyerer Qualitätswettbewerb 1996* (S. 67-82). Stuttgart: Raabe.
- Becker, K. B., & Schrörs, T. (2019, 15.7.2020). *Scharfe Kritik an Studie zu Krankenhaus-Schließungen*. Frankfurter Allgemeine Zeitung. Frankfurt: Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH. Abgerufen am 1.9.2020, von: <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/kritik-an-bertelsmann-zur-schliessung-jedes-zweiten-krankenhauses-16285806.html>
- Begenau, J., Schubert, C., & Vogt, W. (2005). *Medizinsoziologie der ärztlichen Praxis. Szenarien - Fälle - Theorien*. Bern: Huber.
- Behruzi, D. (2017). Bagger statt Beschäftigte. *drei*, 62, 3. Berlin: Ver.di Fachbereich 3 - Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/service/drei/drei-62/++co++bc552292-6612-11e7-ab7e-52540066e5a9>
- Bethmann, A., Hilgenböcker, E., & Wright, M. (2019). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 1-13). Berlin, Heidelberg: Springer.
- BetrVG. (2019). *Betriebsverfassungsgesetz (Stand 2018)* Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.1.2019, von: www.gesetze-im-internet.de/betrvg/
- Bijkerk, J. A. (2014). Leitungsstrukturen. In W. Zapp & B. Schmidt-Rettig (Hrsg.), *Krankenhausmanagement* (S. 132-140). Stuttgart: Kohlhammer.

- Blum, K., Offermanns, M., & Morton, A. (2017). *Strategieentwicklung in kommunalen Krankenhäusern*. Köln: Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) & BDO Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/2017-11_strategieentwicklung_in_kommunalen_krankenhaeusern.pdf
- Blümel, A. (2016). *Von der Hochschulverwaltung zum Hochschulmanagement*. Wiesbaden: Springer VS.
- BMG. (2018). Spahn: „Wir haben Wort gehalten“ Bundestag beschließt Pflegepersonal-Stärkungsgesetz [Pressemitteilung]. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2018/2018_4/2018-11-09-26_PM_Bundestag_PpSG.pdf
- BMG. (2019a). *Gesetzesentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)*. am 1.9.2018, von: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf
- BMG. (2019b). *Krankenhausfinanzierung*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>
- BMG. (2019c). *Pflegepersonaluntergrenzen*. Abgerufen am 1.8.2019, von: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html>
- Böcken, J. (2019, 15.7.2019). *Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich/>
- Bogumil, J. (2017). 20 Jahre Neues Steuerungsmodell - eine Bilanz. In C. Brüning & U. Schliesky (Hrsg.), *Kommunale Verwaltungsreform* (S. 13-30). Nomos: Baden Baden.
- Bogumil, J., & Kißler, L. (1998a). Die Beschäftigten im Modernisierungsprozeß - Akteure oder Agierende? *Industrielle Beziehungen*, 5(3), 298-320.
- Bogumil, J., & Kißler, L. (1998b). Verwaltungsmodernisierung als Machtspiel. Zu den heimlichen Logiken kommunaler Modernisierungsprozesse. In D. Budäus, P. Conrad, & G. Schreyögg (Hrsg.), *New Public Management* (Bd. 8, S. 123-149). Berlin: De Gruyter.
- Bogumil, J., & Schmid, J. (2001). *Politik in Organisationen: Organisationstheoretische Ansätze und praxisbezogene Anwendungsbeispiele* (Bd. 31). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bräutigam, C., Evans, M., Hilbert, J., & Öz, F. (2014). *Arbeitspapier 306. Arbeitsreport Krankenhaus*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Abgerufen am 1.1.2019, von: https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf
- Brinkmann, U., & Nachtwey, O. (2010). Gewerkschaften. Krise und strategische Neuorientierung der Gewerkschaften. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, 13-14(Okt. 2010), 21-28. Abgerufen am 1.8.2019, von: <http://www.bpb.de/apuz/32848/krise-und-strategische-neuorientierung-der-gewerkschaften?p=all>
- Bröchler, S., & Grunden, T. (2014). *Informelle Politik: Konzepte, Akteure und Prozesse*. Wiesbaden: Springer.
- Brückner-Bozetti, P. (2015). *Unternehmensberatung und Partizipation: eine empirische Untersuchung in Krankenhausunternehmen*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Brümmer, M. (2014). Besonderheiten von Chefarztverträgen. In W. Zapp & B. Schmidt-Rettig (Hrsg.), *Krankenhausmanagement* (S. 231-237). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brüning, C. (2017). Einführung. In C. Brüning & U. Schliesky (Hrsg.), *Kommunale Verwaltungsreform* (S. 7-12). Nomos: Baden Baden.

- Bühler, S. (2015). Krankenhäuser nachts zum Teil gefährlich unterbesetzt. Auswertung des Nachtdienst-Checks in der Nacht vom 5. auf den 6. März 2015 [Pressemitteilung]. Abgerufen am 1.8.2019, von: https://www.verdi.de/++file++54f9afcd6f6844065a000062/download/Auswertung_Nachtdienstcheck.pdf
- Bundesgesetzblatt. (2018). Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung–PpUGV). In *Nr.34 vom 10.10.* Bonn: Bundesanzeiger Verlag.
- Busse, R. (2017). Wir haben einfach zu viele Häuser. *G+G Gesundheit und Gesellschaft*, 20(1/17), 38-41. Berlin: AOK Bundesverband. Abgerufen am 1.8.2019, von: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/gesundheit_und_gesellschaft/gug/gg_01_17_interview.pdf
- Busse, R., Ganten, D., Huster, S., Reinhardt, E. R., Suttorp, N., & Wiesing, U. (2016). *Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem*. Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina. Abgerufen am 16.11.2017, von: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf
- By, R. T., Hughes, M., & Ford, J. (2016). Change Leadership: Oxymoron and Myths. *Journal of Change Management*, 16(1), 8-17. doi:10.1080/14697017.2016.1137425
- Castel, P., & Friedberg, E. (2010). Institutional Change as an Interactive Process: The Case of the Modernization of the French Cancer Centers. *Organization Science*, 21(2), 311-330. doi:10.1287/orsc.1090.0442
- Charan, R., Drotter, S., & Noel, J. (2001). *The Leadership Pipeline: How to Build the Leadership-Powered Company*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Crosby, B. C., & Bryson, J. M. (2005). *Leadership for the Common Good: Tackling Public Problems in a Shared-Power World*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1993). *Die Zwänge kollektiven Handelns: über Macht und Organisation*. Frankfurt am Main: Hain.
- DBfK. (2019). *Darum brauchen wir Pflegekammern*. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php>
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *The Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837. doi:10.2307/3069417
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2005). Rethinking Leadership in Public Organizations. In E. Ferlie, L. E. J. Lynn, & C. Pollitt (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Public Management* (S. 446-467). Oxford: Oxford University Press.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2010). The Practice of Leadership in the Messy World of Organizations. *Leadership*, 6(1), 67-88. doi:10.1177/1742715009354233
- Diekmann, C., & Blickle, G. (2012). Persönlichkeit, mikropolitische Macht und Performanz. In B. Knoblach, T. Oltmanns, I. Hajnal, & D. Fink (Hrsg.), *Macht in Unternehmen* (S. 235-251). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Diesing, P. (1962). *Reason in Society: Five Types of Decisions and Their Social Conditions*. University of Illinois Press: Urbana.
- Dietrich, I. (2012). *Öffentliche Unternehmen in Deutschland. Eine Analyse von Mikrodaten der amtlichen Statistik*. H. G. Strohe (Hrsg.), Vol. 3. *Potsdamer Schriften zu Statistik und Wirtschaft*. Abgerufen am 1.8.2019, von <https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/files/5917/pssw03.pdf>
- Dilchert, B. (2012, 10.10.). *Personalarbeit in einem kommunalen Gesundheitskonzern – eine Balance zwischen Wirtschaftlichkeit, Beschäftigteninteressen und Patientenorientierung*. Vortrag, präsentiert auf der Ver.di-Arbeitsdirektoren-

- Konferenz, Berlin. Abgerufen am 1.9.2019, unter: https://www.boeckler.de/pdf/v_2012_10_09_dilchert.pdf
- Dip. (2016). Krankenhausfinanzierung: Pflege hat verloren! Seit 2004 erheblich mehr für die Ärzte und weniger für die Pflege [Pressemitteilung]. Abgerufen am 1.8.2019, von: http://www.dip.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/?tx_ttnews%5Bpointer%5D=1&tx_ttnews%5BbackPid%5D=62&tx_ttnews%5Btt_news%5D=235&cHash=2049c5d08bd6a07888da03b820aa8fa5
- DKG. (2015). *Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD für ein Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)*. Berlin: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit. Abgerufen am 1.8.2019, von: <https://www.bundestag.de/blob/386082/220058e9cadd9468dda062fc69178fdb/deutsche-krankhausgesellschaft-e--v---dkg--data.pdf>
- DKG. (2017). *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: März 2017*. Berlin: Deutsche Krankenhausgesellschaft. Abgerufen am 1.9.2019, von: http://www.dkgev.de/media/file/47281.2017-04-18_PM-Anlage-DKG-Bestandsaufnahme_Krankenhausplanung_Investitionsfinanzierung.pdf
- DKG. (2018). DKG zu den Aussagen des GKV-Spitzenverbandes: Bewusste Nebelkerze oder Unkenntnis der Lage? [Pressemitteilung]. Abgerufen am 26.6.2018, von: https://www.dkgev.de/media/file/71821.2018-01-11_PM_DKG_zu_den_Aussagen_der_GKV-Spitzenverbandes.pdf
- Döhle, P. (2013). Wie im richtigen Leben. *brand eins*, 6, 36-37. Hamburg: Brand Eins Medien AG. Abgerufen am 1.8.2019, von: <https://www.brandeins.de/magazine/brand-eins-wirtschaftsmagazin/2013/motivation/blick-in-die-bilanz-wie-im-richtigen-leben>
- Doppler, K., Fuhrmann, H., Lebbe-Waschke, B., & Voigt, B. (Hrsg.). (2011). *Unternehmenswandel gegen Widerstände*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Doppler, K., & Lauterberg, C. (2014). *Change Management* (13. Aufl.). Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dowideit, A. (2016, 7.8.). Genosse Ausbeuter. *Welt*. Berlin: Springer. Abgerufen am 1.8.2019, von: <https://www.welt.de/print/wams/wirtschaft/article157532017/Genosse-Ausbeuter.html>
- Downe, J., Hartley, J., & Rashman, L. (2004). Evaluating the extent of inter-organizational learning and change in local authorities through the english beacon council scheme. *Public Management Review*, 6(4), 531-554. doi:10.1080/1471903042000303328
- Dresing, T., & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. Marburg: Eigenverlag.
- Egner, B. (2013a). Das Ratsmitglied, das unbekannte Wesen. In B. Egner, M.-C. Krapp, & H. Heinelt (Hrsg.), *Das deutsche Gemeinderatsmitglied* (S. 57-68). Wiesbaden.
- Egner, B. (2013b). Die Funktion der Räte im Bundesländervergleich. In B. Egner, M.-C. Krapp, & H. Heinelt (Hrsg.), *Das deutsche Gemeinderatsmitglied* (S. 17-56). Wiesbaden: Springer.
- Eibelshäuser, M. (2013). *Vierundzwanzigster zusammenfassender Bericht: Gesundheitswesen - Kliniken*. Darmstadt: Hessischer Rechnungshof. Abgerufen am 1.8.2019, von: https://rechnungshof.hessen.de/sites/rechnungshof.hessen.de/files/content-downloads/UEPKK_24_Bericht.pdf
- Emmerich, A. (2001). *Führung von unten: Konzept, Kontext und Prozess*. Wiesbaden: Gabler Edition Wissenschaft.

- Fernandez, S., & Rainey, H. G. (2006). Managing Successful Organizational Change in the Public Sector. *Public Administration Review*, 66(2), 168-176. doi:10.1111/j.1540-6210.2006.00570.x
- Fitsch, H. (2007). *Beratung und Veränderung in Organisationen: eine mikropolitische Untersuchung von Umsetzungsschwierigkeiten in Beratungsprozessen am Beispiel der Einführung von Lean Production in einem Automobilkonzern*. Marburg: Metropolis Verlag.
- forsa, & dbb. (2016). *Bürgerbefragung Öffentlicher Dienst 2016*. Berlin: Bundesleitung des dbb beamtenbund und tarifunion & forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH. Abgerufen am 1.8.2019, von: https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2016/forsa_2016.pdf
- Fottler, M. D., Blair, J. D., Whitehead, C. J., Laus, M. D., & Savage, G. T. (1989). Assessing Key Stakeholders: Who Matters to Hospitals and Why? *Hospital & health services administration*, 34(4), 525.
- Franke, L., & Lorenz, H. (Regisseure). (2018). *Der marktgerechte Patient*. In. Salzgeber & Co. Medien GmbH.
- Friedberg, E. (1995). *Ordnung und Macht: Dynamiken organisierten Handelns*. Frankfurt a.M., New York: Campus Verlag.
- Friedland, R., & Alford, R. R. (1991). Bringing Society back in: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In W. Powell & P. J. DiMaggio (Hrsg.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (S. 232-263). Chicago: Chicago Press.
- Fürstenberg, F. (2000 [1958]). Der Betriebsrat als Grenzinstitution. In F. Fürstenberg (Hrsg.), *Arbeitsbeziehungen im gesellschaftlichen Wandel*. München, Mering.
- Gbe-bund. (2018). *Case Mix*. Bonn: Statistisches Bundesamt & Robert Koch Institut. Abgerufen am 1.9.2019, von: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=26558&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=55198098&hlp_nr=2&p_janein=J
- GdG. (2019, 30.09.2019). Es bleibt dabei, ver.di will auch künftig keine Tarifverträge für die eigenen Beschäftigten abschließen [Pressemitteilung]. Abgerufen am 1.10.2019, von: <http://www.g-d-g.org/dervgb/wp-content/uploads/2019/09/Pressemeldung-keine-TV-ver.di-30.09.2019.pdf>
- Genster, G., Steffen, M., Maucher, M., & Zander, B. (2016). *Personalbemessung in Krankenhäusern im internationalen Vergleich*. Berlin: Ver.di. Abgerufen am 1.8.2019, von: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++597b2cdf1b4cd11fdacb87e/download/V03-17-041%20Brosch_Personalbemessung_WEB.cleaned.pdf
- Gerlinger, T., & Noweski, M. (2012a). Allgemeine Charakteristika. *Gesundheitspolitik*. Abgerufen am 1.8.2019, von: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72724/allgemeine-charakteristika>
- Gerlinger, T., & Noweski, M. (2012b). Individualakteurinnen und -akteure. *Gesundheitspolitik*. Abgerufen am 1.8.2019, von: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72747/individualakteurinnen-und-akteure>
- Gerlinger, T., & Noweski, M. (2012c). Staatliche Akteure. *Gesundheitspolitik*. Abgerufen am 6.3.2018, von: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72726/staatliche-akteure>
- Gerlinger, T., & Noweski, M. (2014a). Freie Organisationen und Institutionen. *Gesundheitspolitik*. Abgerufen am 1.8.2019, von:

- <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72742/freie-organisationen-und-institutionen>
- Gerlinger, T., & Noweski, M. (2014b). Organisationen und Institutionen der Selbstverwaltung. *Gesundheitspolitik*. Abgerufen am 1.8.2019, von: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72733/organisationen-und-institutionen>
- Getha-Taylor, H., Holmes, M. H., Jacobson, W. S., Morse, R. S., & Sowa, J. E. (2011). Focusing the Public Leadership Lens: Research Propositions and Questions in the Minnowbrook Tradition. Supplement 1. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(83-97).
- GG. (2019). *Grundgesetz (Stand 2019)*. Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.12.2019, von: <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/index.html>
- Giddens, A. (1988). *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Giddens, A. (1989). A Reply to my Critics. In D. Held & J. B. Thompson (Hrsg.), *Social Theory of Modern Societies. Anthony Giddens and his Critics* (S. 249-301). Cambridge u.a.: Cambridge University Press.
- Giddens, A. (1991). Structuration Theory: Past, Present and Future. In C. Bryant & D. Jary (Hrsg.), *Giddens Theory of Structuration: A Critical Appreciation* (S. 201-221). London, New York: Routledge.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15-31. doi:10.1177/1094428112452151
- GKV. (2018). Gesamtkonzept für Krankenhauspflege statt Gießkannenprinzip [Pressemitteilung]. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_649984.jsp
- Glassner, V., Pernicka, S., & Dittmar, N. (2015). *Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor*. STUDY Nummer 306, Dezember 2015, Hans Böckler Stiftung (Hrsg.). Abgerufen am 1.8.2019, von https://www.researchgate.net/publication/292139866_Arbeitsbeziehungen_im_Krankenhaussektor/link/56a9e3c008ae2df82165cd9a/download
- GmbHG. (2017). *Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung (Stand 2017)*. Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.8.2017, von: <http://www.gesetze-im-internet.de/gmbhg/>
- Göbel, M. (1999). *Verwaltungsmanagement unter Veränderungsdruck: eine mikropolitische Analyse*. München: Hampp.
- Goedereis, K. (2017). Grundlegende Aspekte der Angebotspolitik und Leistungsplanung. In J. Oswald, B. Schmidt-Rettig, & S. Eichhorn (Hrsg.), *Krankenhausmanagementlehre* (2. Aufl., S. 468-508). Stuttgart: Kohlhammer.
- Goepfert, A. (2013). Träger und Unternehmensformen. In A. Goepfert & C. B. Conrad (Hrsg.), *Unternehmen Krankenhaus*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Grandy, S. (2014). "Spiele im Krankenhaus" Strategien der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen TurnusärztInnen und Krankenschwestern bzw. Pfleger im Setting Krankenhaus – eine Fallstudie. Wien: Universität Wien. Abgerufen am 1.9.2019, von: http://othes.univie.ac.at/32662/1/2014-02-19_9906673.pdf
- Grantham, A. (2001). How Networks Explain Unintended Policy Implementation Outcomes: The Case of UK Rail Privatization. *Public Administration*, 79(4), 851-870. doi:10.1111/1467-9299.00283

- Grasselt, N., & Korte, K.-R. (Hrsg.). (2008). *Führung in Politik und Wirtschaft: Instrumente, Stile und Techniken*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Greifenstein, R. (2014). Repräsentationsprobleme, Politikfähigkeit und Sozialprofil der Betriebsräte. In J. Bogumil & E. Wiechmann (Hrsg.), *Arbeitsbeziehungen und Demokratie im Wandel* (S. 98-120). Baden-Baden: Nomos.
- Greifenstein, R., & Kißler, L. (2014). *Wen Betriebsräte repräsentieren*. Berlin: Edition sigma.
- Greifenstein, R., Kißler, L., & Lang, H. (2017). *Trendreport Betriebsratwahlen 2014*. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung. Abgerufen am 1.8.2019, von: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_350.pdf
- Grossmann, R., & Scala, K. (Hrsg.). (2002). *Intelligentes Krankenhaus. Innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen*. Wien: Springer Verlag.
- Hanneken, A., König, S., Pulm, J., Schmaus, M., Steffen, P., & Blum, K. (2010). *Das erfolgreiche kommunale Krankenhaus*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) & Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK). Abgerufen am 1.8.2019, von: https://www.ivkk.de/images/downloads/2010-05-04_Endbericht_Erfolgreiches_kommunales_Krankenhaus_IVKK.pdf
- Haslam, S. A., Reicher, S., & Platow, M. J. (2011). *The New Psychology of Leadership. Identity, Influence and Power*. New York, NY: Psychology Press.
- Haveri, A. (2006). Complexity in Local Government Change: Limits to Rational Reforming. *Public Management Review*, 8(1), 31-46. doi:10.1080/14719030500518667
- Heinemann, F., Hennighausen, T., & Schröder, C. (2012). *Der Weg zu einer „Agenda 2030“. Reformen zwischen objektiver Notwendigkeit und individueller Verweigerung*. München: Stiftung Familienunternehmen. Abgerufen am 1.9.2019, von: http://ftp.zew.de/pub/zew-docs/gutachten/sfu-studie_agenda2030.pdf
- Helmers, K.-U. (2018). Ökonomisierung. *Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin*, 4, 4-7.
- Hennig, A. (2018). *Unternehmensverfassung*. Gabler Wirtschaftslexikon. Abgerufen am 1.8.2019, von: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/9312/unternehmensverfassung-v17.html>
- Hensche Rechtsanwälte. (2018). Informationen zum Thema Berufsrecht der Ärzte. *Krankenhausrecht online*. Abgerufen am 1.8.2019, von: https://www.info-krankenhausrecht.de/Rechtsanwalt_Arztrecht_Medizinrecht_Berufsrecht_Berufsrecht_01.html#tocitem1
- HGO. (2018). *Hessische Gemeindeordnung (HGO) (Stand 2018)*. Hürth: Wolters Kluwer Deutschland GmbH - Gesetze des Bundes und der Länder. Abgerufen am 1.8.2018, von: http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?xid=146137,1
- HKHG 2011. (2017). *Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2011 - HKHG 2011) (Stand 2017)*. Wiesbaden: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Abgerufen am 1.7.2017, von: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/hessisches_krankenhausgesetz_2011_-_hkhg_2011.pdf
- Hönigsberger, H. (2008). *Der parlamentarische Arm*. Berlin: Edition Sigma.
- Hoppe, A. (2014). Anforderungen an Leadership und organisatorischen Wandel aus der Perspektive der Organisationspsychologie. In W. Zapp & B. Schmidt-Rettig (Hrsg.), *Krankenhausmanagement* (S. 59-66). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hughes, M. (2016). Leading Changes: Why Transformation Explanations Fail. *Leadership*, 12(4), 449-469.
- Hughes, M. (2018). Reflections: Studying Organizational Change Leadership as a Subfield. *Journal of Change Management*, 18(1), 10-22. doi:10.1080/14697017.2017.1387219

- IAQ. (2018). *Gesundheitsausgaben absolut und in % des BIP 1992-2016*. Duisburg, Essen: Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen. Abgerufen am 1.8.2019, von: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV111.pdf
- Iding, H. (2000). *Hinter den Kulissen der Organisationsberatung*. Opladen: Leske und Budrich.
- ifb. (2018). *Lexikon für die tägliche Betriebsratsarbeit* (Online-Lexikon). Seehausen am Staffelsee: Institut zur Fortbildung von Betriebsräten (ifb). Abgerufen am 1.8.2019, von: <https://www.ifb.de/betriebsratsvorsitzende/lexikon/A.html>
- IfD. (2013). *Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer - Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig*. Allensbach: Institut für Demoskopie Allensbach. Abgerufen am 10.11.2017, von: http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/PD_2013_05.pdf
- IHK Darmstadt. (2016). *Wer hat das Sagen in der GmbH?* Abgerufen am 8.8.2018, von: https://www.darmstadt.ihk.de/produktmarken/Beraten-und-informieren/recht_und_fair_play/Wirtschaftsrecht/Rechtsformen/Kapitalgesellschaft/SagenGmbH/2552058
- Iseringhausen, O., & Staender, J. (2012). *Das Krankenhaus als Organisation*. In M. Apelt & V. Tacke (Hrsg.), *Handbuch Organisationstypen* (S. 185-203). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Iwd. (2017, 13.1.2017). *Mit Streiklust gegen Mitgliederschwund*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft Köln. Abgerufen am 1.8.2019, von: <https://www.iwd.de/artikel/mit-streiklust-gegen-mitgliederschwund-320660/>
- Iwd. (2018, 26.10.2018). *Gehaltsvergleich für Akademiker: Ärzte liegen vorn*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.iwd.de/artikel/gehaltsvergleich-fuer-akademiker-aerzte-liegen-vorn-408373/>
- Jasper, U. (2017, 24.1.). *Das Aufsichtsratsmandat in öffentlichen Unternehmen. Rechtsrahmen – Handlungsspielräume und Risiken zwischen Gesellschaftsrecht und Kommunalrecht*. Vortrag, präsentiert im Rahmen des Behörden Spiegel-Seminar, Düsseldorf. Abgerufen am 1.8.2019, unter: https://www.heuking.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Vortraege/2017/12_Rechtsrahmen_Handlungsspielraeume_Jasper.pdf
- Judson, A. S. (1991). *Changing Behavior in Organizations: Minimizing Resistance to Change*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Kersting, W. (2002). *Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung*. In O. Schöffski & J. M. G. v.d. Schulenburg (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen: Studienausgabe* (S. 25-49). Berlin, Heidelberg: Springer.
- KHEntgG. (2019). *Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) (Stand 2019)*. Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.2.2020, von: www.gesetze-im-internet.de/khentgg/
- KHG. (2017). *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) (Stand 2016)*. Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.7.2017, von: <http://www.gesetze-im-internet.de/khg/>
- Kickert, W. J. M. (2010). *Managing Emergent and Complex Change: the Case of Dutch Agencification*. *International Review of Administrative Sciences*, 76(3), 489-515. doi:10.1177/0020852310373172
- Kienbaum. (2016). *Chefärzte sind die Spitzenverdiener in Krankenhäusern* [Pressemitteilung]. Abgerufen am 15.7.2017, von: <https://www.kienbaum.com/de/news/presse/chefaerzte-sind-die-spitzenverdiener-in-krankenhaeusern>

- Klinikverbund Hessen. (2019, 1.9.2019). Klinikverbund Hessen. Abgerufen am 1.9.2019, von: <http://klinikverbund-hessen.de/startseite.html>
- Kma, & Kienbaum. (2017, 30.11.). Krankenhaus-Manager verbuchen größere Gehaltssteigerung als Ärzte. *kma Online*. Stuttgart: Thieme Verlag. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/krankenhaus-manager-verbuchen-groessere-gehaltssteigerung-als-aerzte-a-36295>
- Köchling, S., Heuwinkel, F., Rulle, O., Kamp, A., Groteschulte, J., Hauth, I., . . . Daalman, A. (2014). *Der Aufsichtsrat im Krankenhaus – Basiswissen und Leitlinien für die strategische Weiterentwicklung*. Münster: BPG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.bpg-muenster.de/fachpublikationen/der-aufsichtsrat-im-krankenhaus-basiswissen-und-leitlinien-fur-die-strategische-weiterentwicklung>
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Kotter, J. P. (2007 [1995]). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, 85(1), 96.
- Kotthoff, H. (1994). *Betriebsräte und Bürgerstatus: Wandel und Kontinuität betrieblicher Mitbestimmung* (Bd. 8). München: Hampp.
- Krapohl, C. (2018, 6.2.). Chefarztvertrag: Individuelle Vertragsgestaltung im rechtssicheren Rahmen. Abgerufen am 1.9.2019 von <https://www.praktischerarzt.de/blog/chefarztvertrag/>
- Krapp, M.-C., & Egner, B. (2013). Parteien in der Kommunalpolitik. In B. Egner, M.-C. Krapp, & H. Heinelt (Hrsg.), *Das deutsche Gemeinderatsmitglied* (S. 69-82). Wiesbaden: Springer VS.
- Krell, G. (1996). Orientierungsversuche einer Lehre vom Personal. In W. Weber (Hrsg.), *Grundlagen der Personalwirtschaft. Theorien und Konzepte* (S. 19-37). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Krüger, W. (1994). *Organisation der Unternehmung* (3. Aufl.). Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Krüger, W. (2014). *Excellence in Change* (5., überarb. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler
- Kühl, S. (2015). *Sisyphos im Management* (2. Aufl.). Frankfurt, New York: Campus.
- Kühl, S. (2017). *Laterales Führen: eine kurze organisationstheoretisch informierte Handreichung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kuipers, B. S., Higgs, M., Kickert, W., Tummers, L., Grandia, J., & van Der Voet, J. (2014). The Management of Change in Public Organizations: A Literature Review. *Public Administration*, 92(1), 1-20. doi:10.1111/padm.12040
- Kurz, S. (2012). *Mikropolitik politischer Organisationen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- LabourNet Germany. (2017). *ver.di lehnt Tarifverhandlungen mit der Gewerkschaft der Gewerkschaftsbeschäftigten (GdG) ab*. Bochum: Labour Net Germany. Abgerufen am 11.11.2017, von: <http://www.labournet.de/branchen/gewerkschaften/ver-di-lehnt-tarifverhandlungen-mit-der-gewerkschaft-der-gewerkschaftsbeschaeftigten-gdg-ab/>
- Laloux, F. (2017). *Reinventing Organizations. Ein illustrierter Leitfaden für sinnstiftende Formen der Zusammenarbeit*. München: Vahlen.
- Langer, J. (2017). Brandbrief aus dem Krankenhaus: „Eine menschenwürdige Arbeit zu verrichten nicht mehr möglich“. Berlin: Epoch Times Europe GmbH. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.epochtimes.de/politik/deutschland/brandbrief-aus-dem-krankenhaus-eine-menschenwuerdige-arbeit-zu-verrichten-nicht-mehr-moeglich-a2030452.html#>
- Laschet, H. (2018, 9.1.2018). *GKV drängt auf den Abbau von Überkapazitäten*. Neu-Isenburg: Ärztezeitung online. Abgerufen am 1.8.2019, von:

- https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/bedarfsplanung/article/955040/krankenhaeuser-gkv-draengt-abbau-ueberkapazitaeten.html
- Lessat, J. (2016). *Die Guten zahlen schlecht*. Stuttgart: Kontext: Wochenzeitung. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.kontextwochenzeitung.de/gesellschaft/279/die-guten-zahlen-schlecht-3802.html?tx_pwcomments_pi1%5Baction%5D=new&tx_pwcomments_pi1%5BcommentToReplyTo%5D=11042&tx_pwcomments_pi1%5Bcontroller%5D=Comment&Hash=8b1e3b1de6137e67fe81eea9ba14e15c
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Löcher, A. (2014). *Mikropolitische Dynamik im Innovationsprozess*. Wiesbaden: Springer VS.
- Loos, S., Albrecht, M., & Zich, K. (2019). *Zukunftsfähige Krankenhausversorgung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Bericht_KH-Landschaft_final.pdf
- Luther, & TKM GmbH. (2012). *Konzept für den Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen – Unternehmenskonzept für einen „Konzern öffentlicher Krankenhäuser“*. Wiesbaden: Luther Rechtsanwaltsgesellschaft, TK Management GmbH. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/konzept_fuer_den_erhalt_oeffentlicher_kliniktraegerschaften.pdf
- Luther, & TKM GmbH. (2013). *Konzept für den Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen – Unternehmenskonzept für einen „Konzern öffentlicher Krankenhäuser“*. 22 Feststellungen, Konkretisierungen und Optimierungsvorschläge. Wiesbaden: Luther Rechtsanwaltsgesellschaft, TK Management GmbH. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/konzept_fuer_den_erhalt_oeffentlicher_kliniktraegerschaften.pdf
- Machnig, M. (2012). Machtspiele oder Zukunft? In B. Knobloch, T. Oltmanns, I. Hajnal, & D. Fink (Hrsg.), *Macht in Unternehmen* (S. 327-332). Wiesbaden: Gabler.
- Mantz, S. (2017, 20. und 21. Januar 2017). *Unternehmens- und Kommunikationskultur Health Care - gestern, heute, jetzt*. Vortrag, präsentiert auf dem Kongress Pflege 2017, Berlin. Abgerufen am 28.12.2017, unter: <https://www.youtube.com/watch?v=z9ytk2pdgik&sns=em>
- Manzei, A., Schnabel, M., & Schmiede, R. (2014). Embedded Competition – Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen? In A. Manzei & R. Schmiede (Hrsg.), *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen* (S. 11-34). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Marburger Bund. (2018, 24.9.). Zunehmendes Profitstreben gefährdet Patienten und Ärzte! [Pressemitteilung]. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.marburger-bund.de/nrw-rlp/pressemitteilung/zunehmendes-profitstreben-gefaehrdet-patienten-und-aerzte>
- Marburger Bund. (2019, 6.9.2019). *Weg mit den Fallpauschalen! Schluss mit der Ökonomisierung!* Bad Segeberg: Marburger Bund, Landesverband Schleswig Holstein. Abgerufen am 1.10.2019, von: <https://www.marburger-bund.de/schleswig-holstein/meldungen/weg-mit-den-fallpauschalen-schluss-mit-der-oekonomisierung>
- March, J., & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. New York: Wiley.
- Maruschke, C. (2006). *Reorganisationen und Mikropolitik: Eine Analyse am Beispiel eines Baukonzerns*. Marburg: Philipps-Universität Marburg 2006, Soziologie.
- MAXQDA. (1989 – 2019). *Software für qualitative Datenanalyse*. Berlin: VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH.
- MBO-Ä. (2019). *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2018)*. Berlin: Bundesärztekammer. Abgerufen am 1.10.2019, von: <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/>

- McNulty, T., & Ferlie, E. (2004). Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. *Organization Studies*, 25(8), 1389-1412. doi:10.1177/0170840604046349
- MDK Nordrhein. (2019). Fakten zur Abrechnungsprüfung im Krankenhaus. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.mdk-nordrhein.de/leistungserbringer/krankenhaus/fakten-zur-pruefung/>
- MDS, & MDK. (2019). *In Kürze: Die Arbeit der medizinischen Dienste. Zahlen, Daten, Fakten 2018*. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) Abgerufen am 1.9.2019, von: [https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/00 MDK allgemein/2018 MDK ZDF Kurzversion.pdf](https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/00_MDK_allgemein/2018_MDK_ZDF_Kurzversion.pdf)
- Medizinische Hochschule Hannover. (2008). *Dienstvereinbarung zur Übernahme ausgewählter Tätigkeiten aus dem ärztlichen Bereich durch das Pflegepersonal* Hannover: Medizinische Hochschule Hannover. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.mh-hannover.de/fileadmin/zentrale_einrichtungen/personalrat/downloads/Dienstvereinbarungen/dvaerztlichetaetigkeitenmitanlagenstand722008.pdf
- Mintzberg, H. (1983). *Power in and Around Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (1985). The Organization as Political Arena. *Journal of Management Studies*, 22(2), 133-154. doi:10.1111/j.1467-6486.1985.tb00069.x
- Mintzberg, H. (2016). Species of Organizations. Abgerufen am 1.9.2019 von <http://www.mintzberg.org/blog/organization-species>
- MitbestG. (2017). *Gesetz über die Mitbestimmung der Arbeitnehmer (Mitbestimmungsgesetz - MitbestG). Stand vom 24.4.2015* Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.7.2017, von: <http://www.gesetze-im-internet.de/mitbestg/>
- Moers, M., & Schiemann, D. (2017). Grundlegende Aspekte der Pflegeleistung. In J. Oswald, B. Schmidt-Rettig, & S. Eichhorn (Hrsg.), *Krankenhaus-Managementlehre* (2. Aufl., S. 383-399). Stuttgart: Kohlhammer.
- Moore, M., & Hartley, J. (2008). Innovations in Governance. *Public Management Review*, 10(1), 3-20. doi:10.1080/14719030701763161
- Muhr, T. (2004). *Beratung und Macht: Organisationsberatung aus mikropolitischer Perspektive* (Bd. 4): VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Müller-Jentsch, W., & Seitz, B. (1998). Betriebsräte gewinnen Konturen: Ergebnisse einer Betriebsräte-Befragung im Maschinenbau. *Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management*, 5(4), 361-386.
- Neuberger, O. (1995). *Mikropolitik*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Nienhüser, W. (2004). Politikorientierte Ansätze des Managements. In E. Gaugler, W. A. Oechsler, & W. Weber (Hrsg.), *Handwörterbuch des Personalwesens* (S. 1671-1685). Stuttgart.
- OECD, & EU. (2017). *Health at a Glance 2017: Wo steht Deutschland?* Health at a Glance: Europe. Paris: OECD & European Union. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.slideshare.net/oecdberlin/gesundheits-auf-einen-blick-2017-deutschland-im-oecdvergleich>
- OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017*. State of Health in the EU. Paris, Brüssel: OECD Publishing & European Observatory on Health Systems and Policies. Abgerufen am 1.9.2019, von: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285200-de>
- Oechsler, W. A. (2011). Reorganisation des Personalmanagement. In R. Koch, P. Conrad, & W. H. Lorig (Hrsg.), *New Public Service* (2., überarb. u. erw. Aufl., S. 247-271). Wiesbaden: Gabler Verlag.

- Öffentlicher Dienst.Info. (2017a). Entgelttabelle TVöD (VKA) 2017. Abgerufen am 14.11.2017, von: <http://www.oeffentlichen-dienst.de/images/pdf/tvoed-vka.pdf>
- Öffentlicher Dienst.Info. (2017b). Gehaltsrechner TV-Ärzte VKA 2017. Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern 2017 (TV-Ärzte/VKA). Abgerufen am 14.11.2017, von: <http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/aerzte/kommunal?id=tv-aerzte-vka-2017>
- Offermanns, G. (2011). *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ortenau Klinikum. (2019, 27.3.2018). *Wie finanziert sich ein Krankenhaus?* Offenburg: Landratsamt Ortenaukreis und Ortenau Klinikum. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://agenda2030-ortenau-klinikum.de/aktuelles/aktueller-artikel/wie-finanziert-sich-ein-krankenhaus/>
- Ortlieb, R. (2003). *Betrieblicher Krankenstand als personalpolitische Arena: Eine Längsschnittanalyse*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Ortlieb, R. (2010). Theoretische Ansätze des Human Resource Managements. In B. Werkmann-Karcher & J. Rietiker (Hrsg.), *Angewandte Psychologie für das Human Resource Management: Konzepte und Instrumente für ein wirkungsvolles Personalmanagement* (S. 7-24). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ortlieb, R., & Stein, S. (2008). "Ideen kann man nicht wie Kirschen vom Baum pflücken" - Eine politikorientierte Analyse des Betrieblichen Vorschlagswesens mit Fallbeispiel. *Zeitschrift für Personalforschung*, 22(4), 388-412.
- Ortmann, G. (2012). Macht in Organisationen und die Bürde des Entscheidens: Zehn theoretische Einsichten für die Praxis. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 43(2), 121-136. doi:10.1007/s11612-012-0176-9
- Ortmann, G., & Becker, A. (1995). Management und Mikropolitik. In *Formen der Produktion: Organisation und Rekursivität* (S. 43-80). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ortmann, G., Windeler, A., Becker, A., & Schulz, H.-J. (1990). *Computer und Macht in Organisationen*. Wiesbaden: Springer.
- Ospina, S. M. (2017). Collective Leadership and Context in Public Administration: Bridging Public Leadership Research and Leadership Studies. *Public Administration Review*, 77(2), 275-287. doi:10.1111/puar.12706
- Özbilgin, M., & Tatli, A. (2011). Mapping out the field of equality and diversity: Rise of individualism and voluntarism. *Human Relations*, 64(9), 1229–1253.
- Parry, K. W. (2011). Leadership and Organization Theory. In A. Bryman, D. Collinson, K. Grint, B. Jackson, & M. Uhl-Bien (Hrsg.), *The Sage Handbook of Leadership* (S. 53–70). London: Sage.
- Paschke, E. (2013). ver.di Personalcheck in Krankenhäusern [Pressemitteilung]. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++585046b9e58deb53481777b2/download/2013_02_Pressestatement-Personalcheck.pdf
- Pettigrew, A. M. (1985). *The Awakening Giant: Continuity and Change in Imperial Chem. Industries*. Oxford: Blackwell.
- PfIBG. (2019). *Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG) (Stand 2020)*. Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.2.2020, von: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/>
- Philippidou, S., Karageorgiou, M., Tarantilis, C., Soderquist, E., & Prastacos, G. (2008). Meeting the Challenge of Technology-Driven Change within an Institutional Context: The Greek Case. *Public Administration*, 86(2), 429–442. doi:10.1111/j.1467-9299.2008.00712.x

- Popitz, H. (1976) Prozesse der Machtbildung. In, *Recht und Staat in Geschichte und Gegenwart* (3. ed.). Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Pratt, M. G. (2008). Fitting Oval Pegs Into Round Holes: Tensions in Evaluating and Publishing Qualitative Research in Top-Tier North American Journals. *Organizational Research Methods*, 11(3), 481-509. doi:10.1177/1094428107303349
- Rakowitz, N. (2017). *Krankenhaus statt Fabrik. Bedarfsgerecht. Gemeinwohlorientiert.* (3. Aufl.). Maintal: Bündnis Krankenhaus statt Fabrik. Abgerufen am 1.2.2019, von: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/196>
- Rakowitz, N. (2019). *Krankenhaus statt Fabrik. Bedarfsgerecht. Gemeinwohlorientiert.* Maintal: Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (4. Aufl.). Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/1>
- Rehling, M. (2008). *Personalentwicklung als Pilotprojekt an einer Hochschule: Eine strukturationstheoretisch und mikropolitisch geleitete Analyse.* München u.a.: Hampp.
- Reichel, K. (2010). *Reorganisation als politische Arena.* Wiesbaden: Gabler.
- Reihlen, M., & Lesner, M. (2012). Führungssysteme: Eine machtpolitische Analyse. In B. Knobloch, T. Oltmanns, I. Hajnal, & D. Fink (Hrsg.), *Macht in Unternehmen* (S. 99-116). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Reiners, M. (2012). *Gescheiterte Übersteuerung. Verflechtungen, Netzwerke und Mikropolitik bei der Neuen Steuerung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Riehl, A. (2011). *Controlling im Krankenhaus. Eine strukturationstheoretische Analyse der Schnittstelle Controller-Arzt dargestellt am Beispiel der inneren Medizin.* Lohmar: EUL Verlag.
- Riehl, A. (2015). Die Konzeption eines normativ orientierten Krankenhausmanagements als Ausgangspunkt. In W. Zapp (Hrsg.), *Krankenhausmanagement. Organisatorischer Wandel und Leadership* (S. 47-52). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ritz, A., Neumann, O., & Schott, C. (2016). Motivationsmanagement in öffentlichen Organisationen - Public Sector Motivation versus Public Service Motivation. *Zeitschrift Führung + Organisation (ZfO)*, 85(4), 229-235.
- Robertson, P. J., & Seneviratne, S. J. (1995). Outcomes of Planned Organizational Change in the Public Sector: A Meta-Analytic Comparison to the Private Sector. *Public Administration Review*, 55(6), 547-558.
- Rohe, K. (1994). *Politik* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ruddat, M. (2018). *Mediziner*innen am Ende.* TAZ.de. Berlin: TAZ Verlags- und Vertriebs GmbH. Abgerufen am 1.9.2019, von: <http://taz.de/!5550069/>
- Rüegg-Sturm, J., & Grand, S. (2014). *Das St.Galler Management-Modell.* Bern: Haupt.
- Rüegg-Sturm, J., Schedler, K., & Schumacher, T. (2015). Multirationales Management: fünf Bearbeitungsformen für sich widersprechende Rationalitäten in Organisationen. *Organisationsentwicklung: Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management*, 34(2), 4-11.
- Rybnikova, I., & Lang, R. (2016). Führungsdilemmas in der kommunalen Verwaltung. *Zeitschrift Führung + Organisation: ZfO*, 85(4), 243-248.
- Sachs, I. (1994). *Handlungsspielräume des Krankenhausmanagements: Bestandsaufnahme und Perspektiven.* Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Sandner, K. (1989). Unternehmenspolitik – Politik im Unternehmen. Zum Begriff des Politischen in der Betriebswirtschaftslehre. In K. Sandner (Hrsg.), *Politische Prozesse in Unternehmen* (S. 45-76). Berlin u.a.: Springer.
- Schäfer, F. (2011). *Kommunales Change Management. Strategien für Reformen im öffentlichen Dienst.* Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Schedler, K., & Eicher, A. (2013). Multirationales Management in der Verwaltung. In K. Schedler & J. Rüegg-Sturm (Hrsg.), *Multirationales Management* (S. 135-148). Bern: Haupt.

- Schedler, K., & Proeller, I. (2011). *New Public Management* (5. korr. Aufl.). Stuttgart: UTB.
- Schedler, K., & Rüegg-Sturm, J. (2013a). Einführung. In K. Schedler & J. Rüegg-Sturm (Hrsg.), *Multirationales Management* (S. 13-28). Bern: Haupt Verlag.
- Schedler, K., & Rüegg-Sturm, J. (2013b). Rationalität - Begriff, Bildung und Wirkung. In K. Schedler & J. Rüegg-Sturm (Hrsg.), *Multirationales Management* (S. 33-60). Bern: Haupt Verlag.
- Schedler, K., & Rüegg-Sturm, J. (Hrsg.). (2013c). *Multirationales Management*. Bern: Haupt Verlag.
- Scherm, E., & Pietsch, G. (2007). *Organisation: Theorie, Gestaltung, Wandel*. München, Wien: Oldenbourg.
- Schiemann, D., & Büscher, A. (2017). Konzeptionelle Aspekte der Pflegeleistung. In J. Oswald, B. Schmidt-Rettig, & S. Eichhorn (Hrsg.), *Krankenhaus-Managementlehre* (2. Aufl., S. 400-422). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt-Rettig, B. (2017). Managementstrukturen und Leitungsorganisation. In J. Oswald, B. Schmidt-Rettig, & S. Eichhorn (Hrsg.), *Krankenhausmanagementlehre* (2. Aufl., S. 242-294). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt-Rettig, B., & Oswald, J. (2017). Entgeltabrechnung und Budgetvereinbarung. In J. Oswald, B. Schmidt-Rettig, & S. Eichhorn (Hrsg.), *Krankenhausmanagementlehre* (2. Aufl., S. 509-538). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, E., Groeneveld, S., & van De Walle, S. (2017). A Change Management Perspective on Public Sector Cutback Management: Towards a Framework for Analysis. *Public Management Review*, 19(10), 1538-1555. doi:10.1080/14719037.2017.1296488
- Schmitt, A. (2018). *Helios-Frankenwaldklinik: Was hat der "Brandbrief" der Mitarbeiter bewirkt?* Bamberg: inFranken.de GmbH & Co KG. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.infranken.de/regional/kronach/helios-frankenwaldklinik-was-hat-der-brandbrief-der-mitarbeiter-bewirkt;art219,3794012>
- Schneider, G., & Toyka-Seid, C. (2017). *Das junge Politik-Lexikon*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung 2017. Abgerufen am 1.9.2019, von: <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/das-junge-politik-lexikon/161506/politik>
- Schneider, J., & Kölbl, R. (2016). Königreich Krankenhaus. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.swr.de/swr2/programm/sendungen/wissen/koenigreich-krankenhaus/-/id=660374/did=16805412/nid=660374/z3se7u/index.html>
- Schreyögg, J., & Milstein, R. (2016). *Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern*. Hamburg: Hamburg Center for Health Economics. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Pflegebericht.pdf
- Schulze, H. (1989). *Organisationsgestaltung und strategische Organisationsanalyse: dargestellt am Beispiel der Krankenhausorganisation*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schwaerzel. (2017). *Thesen zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens*. Konzernbetriebsrat Asklepios Kliniken Verwaltungs GmbH. Abgerufen am 15.7.2017, von: <https://gesundheit-soziales-hamburg.verdi.de/branchen/krankenhaeuser/++co++3755aac4-1074-11e7-ad22-525400afa9cc>
- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., . . . Konty, M. (2012). Refining the Theory of Basic Individual Values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(4)(4), 663-688. doi:10.1037/a0029393
- Schwarz-Kocher, M., Dispan, J., Richter, U., & Seibold, B. (2010). Betriebsratshandeln im Modus arbeitsorientierter Innovationsprozesse. *WSI-Mitteilungen*, 2, 95-102.

- Schwarz-Kocher, M., Kirner, E., Dispan, J., Jäger, A., Richter, U., Seibold, B., & Weißfloch, U. (2011). *Interessenvertretungen im Innovationsprozess: der Einfluss von Mitbestimmung und Beschäftigtenbeteiligung auf betriebliche Innovationen* (Bd. 125). Berlin: ed. sigma.
- Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., & Caronna, C. A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press, Health Administration.
- Seibring, A. (2010). Gewerkschaften. Gewerkschaftliche Organisation im Wandel. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, 13-14 (29. März 2010), 29-35.
- SGB V. (2017). *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (Stand 2017)*. Bonn: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz & Bundesamt für Justiz. Abgerufen am 1.8.2017, von: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/
- Sieben, B. (2007). *Management und Emotionen: Analyse einer ambivalenten Verknüpfung*. Frankfurt am Main: Campus.
- Siess, M. (2003). Universitätsklinik im Wettbewerb. In M. Arnold, J. Klauber, & H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt Krankenhaus im Wettbewerb* (S. 137-146). Stuttgart: Schattauer.
- Simon, M. (2015). Lobbyismus in der Gesundheitspolitik. *Gesundheitspolitik*. Abgerufen am 1.9.2019, von: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/200658/lobbyismus-in-der-gesundheitspolitik>
- Sonnentag, A. (2017). Trägerstrukturen und Rechtsformen. In J. Oswald, B. Schmidt-Rettig, & S. Eichhorn (Hrsg.), *Krankenhausmanagementlehre* (2. Aufl., S. 224-241). Stuttgart: Kohlhammer.
- SPON. (2016, 11.7.2016). *Gewerkschaft bestreikt Gewerkschaft*. Hamburg: DER SPIEGEL GmbH & Co. KG. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/ver-di-gewerkschaft-bestreikt-gewerkschaft-a-1102431.html>
- Spreizer, H.-W. (2017). *Kollektives Arbeitsrecht*. St. Wendel: Zentrum für Aus- und Fortbildung im Recht (ZAR).
- Staehele, W. H. (2014). *Management: Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive* (8. Aufl.). München: Vahlen.
- Stake, R. (2000). Case Studies. In N. D. Y. Lincoln (Hrsg.), *Handbook of Qualitative Research* (2. Aufl., S. 435-454). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Statista. (2008). Anteil der Beschäftigten im öffentlichen Dienst an der Gesamtbeschäftigung in den OECD-Ländern im Jahr 2004. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37720/umfrage/beschaefigte-im-oeffentlichen-dienst-in-oecd-laendern/>
- Statista. (2015). Sind Sie im öffentlichen Dienst beschäftigt? Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/173412/umfrage/taetigkeit-im-oeffentlichen-dienst/>
- Statista. (2019). Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2018 Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/>
- Statistisches Bundesamt. (2016). *Finanzen und Steuern. Personal des öffentlichen Dienstes 2015. Fachserie 14 Reihe 6*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00027084/2140600157004.pdf

- Statistisches Bundesamt. (2018a). *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.1.1*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4
- Statistisches Bundesamt. (2018b). *Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12 Reihe 6.3*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/kostennachweis-krankenhaeuser-2120630177004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2019). *Verdienste und Arbeitskosten. Index der Tarifverdienste und Arbeitszeiten. Fachserie 16 Reihe 4.3*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis). Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Tarifverdienste-Tarifbindung/Publikationen/Downloads-Tarifverdienste-Tarifbindung/tarifverdienst-2160430183244.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Statistisches Bundesamt. (2020). Gesundheitsausgaben im Jahr 2018 um 4 % gestiegen [Pressemitteilung]. Abgerufen am 13.5.2020, von: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/05/PD20_164_23611.htm
- Step Stone. (2018). *StepStone Gehaltsreport 2018*. Düsseldorf: Step Stone. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://www.stepstone.de/ueber-stepstone/wp-content/uploads/2018/02/Stepstone_Gehaltsreport_Fach-und-Fuerungskr%C3%A4fte_WEB.pdf
- Stern. (2019, 15.9.2019). *Medizin für Menschen - Ärzte fordern Rückbesinnung auf Heilkunst statt Profit*. Hamburg: Stern. Abgerufen am 1.10.2019, von: <https://www.stern.de/gesundheit/aerzte-appell-im-stern--die-titelgeschichte-zum-nachlesen-8902860.html>
- Stock-Homburg, R. (2007). Nothing is as Constant as Change. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 77(7), 795-861. doi:10.1007/s11573-007-0059-7
- Stumpfögger, N., Kiank, C., Dehmlow, M., Sauermann, A., & Lindner, M. (2017). *Nachtdienst-Report: Personalmangel und Versorgungsprobleme in deutschen Krankenhäusern*. Berlin: Ver.di, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Abgerufen am 1.8.2019, von: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++58cbd19ae58deb02e1da95e3/download/verdi-Nachtdienst-Report%20FINAL.pdf>
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation Sociale. In S. Moscovici (Hrsg.), *Introduction à la Psychologie Sociale* (S. 272-302). Paris: Larousse.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. London, New York, San Francisco: Academic Press.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Hrsg.), *The social psychology of intergroup relations* (S. 33-47). Monterey, CA.
- Thorngate, W. (1976). "In General" vs. "It depends". Some Comments of the Gergen-Schlenker Debate. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2, 404-410.
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (1999). Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958-1990. *American Journal of Sociology*, 105(3), 801-843.

- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). Institutional Logics. In R. Greenwood, C. Oliver, Sahlin-Andersson, & R. Suddaby (Hrsg.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism* (S. 99-129). Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perspective. A New Approach to Culture, Structure, and Process*. Oxford: Oxford University Press.
- Treibel, J. (2014). Formales und informelles Führen und Folgen in Parteien: ein mikropolitische Ansatz zur Analyse von internen Entscheidungsprozessen am Beispiel der FDP. In S. Bröchler & T. Grunden (Hrsg.), *Informelle Politik*. Wiesbaden: Springer VS.
- Tummers, L., & Knies, E. (2016). Measuring Public Leadership: Developing Scales for Four Key Public Leadership Roles. *Public Administration*, 94(2), 433-451. doi:10.1111/padm.12224
- Vahs, D. (2003). *Change Management in schwierigen Zeiten - Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Veränderungsprozessen*. Esslingen: Change Management Institut. Abgerufen am 1.9.2019, von: http://www.org-portal.org/fileadmin/media/legacy/Change_Management_in_schwierigen_Zeiten_Studie_2003_CMI_VAHS.pdf
- Vahs, D., & Weiland, A. (2013). *Workbook Change Management: Methoden und Techniken*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- van den Broek, J., Boselie, P., & Paauwe, J. (2014). Multiple Institutional Logics in Health Care : 'Productive Ward: Releasing Time to Care'. *Public Management Review*, 16(1), 1-20. doi:10.1080/14719037.2013.770059
- Van der Voet, J. (2016). Change Leadership and Public Sector Organizational Change: Examining the Interactions of Transformational Leadership Style and Red Tape. *The American Review of Public Administration*, 46(6), 660-682. doi:10.1177/0275074015574769
- Van der Voet, J., Groeneveld, S., & Kuipers, B. S. (2014). Talking the Talk or Walking the Walk? The Leadership of Planned and Emergent Change in a Public Organization. *Journal of Change Management*, 14(2), 171-191. doi:10.1080/14697017.2013.805160
- Van der Voet, J., Kuipers, B., & Groeneveld, S. (2015). Held Back and Pushed Forward: Leading Change in a Complex Public Sector Environment. *Journal of Organizational Change Management*, 28(2), 290-300. doi:10.1108/JOCM-09-2013-0182
- van Slyke, D. M., & Alexander, R. W. (2006). Public Service Leadership: Opportunities for Clarity and Coherence. *American Review of Public Administration*, 36(4), 362-374. doi:10.1177/0275074006293628
- van Wart, M. (2013). Administrative Leadership Theory: A Reassessment after 10 years. *Public Administration*, 91(3), 521-543. doi:10.1111/padm.12017
- Vdek. (2019a, 28.2.2019). *Landesbasisfallwerte 2005-2019*. Abgerufen am 28.2.2019, von: https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_1272177946/file.res/22_lbfw_2005_2019_DMH.pdf
- Ver.di. (2013a). *162.000 Stellen fehlen*. Berlin: ver.di Bundesverwaltung, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++585046e7e58deb53481777b6/download/2013_02_Flugblatt_Personalcheck.pdf
- Ver.di. (2013b). *Daten zum Personalcheck in Krankenhäusern am 19. Februar 2013*. Berlin: ver.di Bundesverwaltung, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Abgerufen am 1.9.2019, von: https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5850470fe58deb52f269b165/download/2013_02_Daten-zum-Personalcheck.pdf

- Ver.di. (2017a). *Betriebsrat erzwingt Entlastung*. Praxisheft 1. Berlin: ver.di Bundesverwaltung, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Abgerufen am 1.2.2019, von: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++4e36c1b2-918c-11e7-8753-525400423e78>
- Ver.di. (2017b). *Mehr von uns ist besser für alle*. Berlin: ver.di Bundesverwaltung, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Abgerufen am 1.9.2019, von: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++3991a0d2-3be8-11e7-bd01-525400423e78>
- VKA. (2018). *Kommunale Krankenhäuser*. Abgerufen am 1.9.2019, von: http://tarifrunde.vka.de/fileadmin/user_upload/180227_One-Pager_Krankenhaeuser.pdf?_=1520010809
- Vogel, D. (2017). Führung im Public Sector. Wie wird geführt und welche Veränderungen stehen an? *PERSONALquarterly*, 69(1), 15-19. doi:10.31219/osf.io/d39kt
- Vogel, R., & Masal, D. (2015). Public Leadership: A Review of the Literature and Framework for Future Research. *Public Management Review*, 17(8), 1165-1189. doi:10.1080/14719037.2014.895031
- Vogt, W. (2016). Das Missverstehen des Ökonomischen. In I. Bode & W. Vogd (Hrsg.), *Mutationen im Krankenhaus* (S. 281-307). Wiesbaden: Springer.
- Wabnitz, R. J. (2013). Kommune und Krankenhauswesen – zwischen staatlicher Steuerung, Kommunalisierung, Privatisierung und Fusion. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 337-350). Wiesbaden: Springer.
- Weick, K. (1985). *Der Prozeß des Organisierens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Welch, C., & Piekkari, R. (2017). How Should We (not) Judge the ‘Quality’ of Qualitative Research? A Re-assessment of Current Evaluative Criteria in International Business. *Journal of World Business*, 52(5), 714-725. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jwb.2017.05.007>
- Willich, G. v. (2010). *Restrukturierung und Macht: Fallstudie einer Konzernreorganisation*. Mering, München: Hampp.
- Wirtschaft Regional. (2015, 7.8.2015). *AOK-Bezirksrat beleuchtet die Krankenhäuser*. Wirtschaft Regional. Aalen: SDZ Druck und Medien GmbH. Abgerufen am 1.9.2019, von: <http://www.wirtschaft-regional.de/827458>
- Wright, M. T., Block, M., & Unger, H. v. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 35–52). Bern: Huber.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5. Aufl.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yu, K.-H. (2013). Institutionalization in the Context of Institutional Pluralism: Politics as a Generative Process. *Organization Studies*, 34(1), 105-131. doi:10.1177/0170840612464755
- Yukl, G. (2011). *Leadership in Organizations* (7. Aufl.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Zander, B., & Busse, R. (2017). Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. In P. Bechtel, I. Smerdka-Arhelger, & K. Lipp (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen* (S. 125-137). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Zander, B., Köppen, J., & Busse, R. (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In Klauber, Geraedts, Friedrich, & Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2017* (S. 61-78). Stuttgart: Schattauer-Verlag.

Zündorf, L. (1982). Machtprozesse in Industrieunternehmen. In G. Schmidt, H.-J. Braczyk, & J. v. d. Knesebeck (Hrsg.), *Materialien zur Industriosozologie* (Bd. 24, S. 166-184). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Anhang

Anhang A: Halbstrukturierter Gesprächsleitfaden

Teil Inhalte (*Kursiv geschriebene Fragen wurden häufiger gestellt)

A Kennenlernen und Gesprächseinstieg

- Dank für Teilnahme
 - Erläuterung Datenschutzerklärung und Audioaufzeichnung
 - Ziel der Forschungsarbeit
 - Ablauf des Gesprächs
-

B Hintergrund der Interviewpartner_innen

- *Seit wann arbeiten Sie hier? In welcher Funktion sind Sie tätig?*
 - *Welche beruflichen Stationen haben Sie vorher durchlaufen?*
 - *Bezogen auf Krankenhäuser: Kennen Sie hauptsächlich kommunale Strukturen oder auch freigemeinnützige oder private?*
-

C Veränderungsprozesse

- *Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 „völlig unwichtig“ und 10 „höchste Relevanz“ bedeutet: Wie wichtig ist Ihnen persönlich das Thema Veränderungsprozesse in kommunalen Krankenhäusern? Bitte erläutern Sie kurz, wie Sie zu dieser Einschätzung kommen.*
 - *Welche Arten von Veränderungsprozessen haben Sie in den letzten 5-10 Jahren erlebt/begleitet?*
 - *Wer initiiert in der Regel Veränderungsprozesse?*
 - *Welche Strategien haben erfolgreich zur Umsetzung von Veränderungen beigetragen? Worin lag Ihrer Meinung nach der Erfolg?*
 - *Welche Herausforderungen sind Ihnen dabei (wiederholt) begegnet?*
 - *Welche Möglichkeiten der (Mit-)Gestaltung hatten/haben Sie?*
 - *Wohin geht Ihrer Meinung nach der Trend für kommunale Häuser? Welche Arten von Veränderungsprozessen werden sich häufen?*
-

D Krankenhausexterne und -interne Strukturen

- *Gibt es Ihrer Erfahrung nach organisationsexterne Faktoren, die Veränderungsprozesse begünstigen oder behindern? Können Sie mir erläutern, wie Sie zu Ihrer Einschätzung kommen?*
 - *Was zeichnet ihrer Erfahrung nach kommunale Strukturen aus? Was sind Ihrer Meinung nach Besonderheiten oder besondere Herausforderungen, die aus der kommunalen Trägerschaft resultieren und im Veränderungsprozess berücksichtigt werden müssen – auch im Gegensatz zu Krankenhäusern in anderen Trägerschaften?*
 - *Was sind Ihrer Erfahrung nach Besonderheiten oder besondere Herausforderungen, die aus der Gesundheits- bzw. Krankenhausbranche resultieren?*
 - *Gibt es Ihrer Erfahrung nach organisationsinterne Faktoren, die den Veränderungsprozess begünstigen oder behindern? Können Sie mir erläutern, wie Sie zu Ihrer Einschätzung kommen?*
 - *Ggf. aktueursspezifische Nach- bzw. Unterfragen, z. B. zur Strukturierung des Pflegedienstes*
 - *Wie haben Sie auf diese Faktoren eingewirkt, um den Veränderungsprozesse in Ihrem Sinne zu beeinflussen?*
-

E Akteure (Fremdwahrnehmung)

- *Wer sind Ihrer Erfahrung nach wichtige Akteure in Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern? Wer nimmt Einfluss, d. h. verhindert, verlangsamt oder beschleunigt Veränderungsprozesse? Können Sie mir das beispielhaft erläutern?*
 - *Welche drei Akteure sind Ihrer Erfahrung nach am einflussreichsten in Veränderungsprozessen?*
 - *Ggf. Nachfragen zu der Wahrnehmung anderer Akteure im Veränderungsprozess:*
 - *Worum, glauben Sie, geht/ging es den Akteuren? Was ist ihnen wichtig, was sind ihre Interessen?*
 - *Welche Mittel haben die Akteure, um ihre Interessen durchzusetzen?*
 - *Welche Handlungen welcher Akteure haben positiv zur Umsetzung der angestrebten Veränderungen beigetragen? Können Sie das an einem Beispiel erläutern?*
 - *Welche Handlungen welcher Akteure haben die Umsetzung der angestrebten Veränderungen ver-/behindert? Können Sie das an einem Beispiel erläutern?*
-

-
- Wie nehmen Sie die Beziehung/Zusammenarbeit zwischen Akteur A und Akteur B wahr?
 - Wie sind die Machtverhältnisse der Akteure im Veränderungsprozess gelagert? Wer koaliert mit wem?
 - Welche Dynamiken oder Spiele welcher Akteure erleben Sie immer wieder?
-

F Akteur (Selbstwahrnehmung)

- *Was ist Ihnen wichtig im Rahmen von Veränderungsprozessen?*
 - *Wie sind Sie im Rahmen des Veränderungsprozesses vorgegangen, um dieses Interesse (ggf. auch gegen den Widerstand anderer Akteure) zu verwirklichen? Können Sie mir das beispielhaft erläutern?*
 - Ggf. Nachfragen zu bestimmten Strategien, die in vorherigen Interviews oder in der Literatur genannt wurden:
 - *Wie gestalten Sie die Beziehung zu verschiedenen internen und externen Akteuren, damit diese Interessen verwirklicht werden?*
 - Ggf. Nachfragen: Mit wem arbeiten Sie zusammen, um Ihre Interessen zu realisieren? Wurden Sie unterstützt? Von wem?
 - Auf welche Akteure wirken Sie in welcher Form ein, um Ihre Interessen zu realisieren?
 - *Wie wirken Sie auf welche Strukturen (genannte Faktoren nennen) ein, um die Veränderung zu realisieren bzw. Ihre Interessen zu verwirklichen?*
 - *Was bzw. welche Strategien waren wirksam, um Veränderungen umzusetzen bzw. Ihre Interessen (ggf. abweichend; nennen) zu realisieren? Worin lag Ihrer Meinung nach der Erfolg?*
 - *Welche Mittel stehen Ihnen zur Verfügung, um ihre Interessen zu verwirklichen? / Wie begründen oder legitimieren Sie Ihr Handeln oder die Verhältnisse?*
 - *Gab oder gibt es Herausforderungen? Welche? Wie haben Sie diese gelöst?*
-

G Diskussion zu spezifischen Themen

Investitionen und Wirtschaftlichkeit

Die Länder kommen den Investitionszahlungen nicht in ausreichendem Maße nach. Manche Kommunen bezuschussen ihre Kliniken und/oder tragen Teile der Investitionskosten, andere nicht.

- Wie ist Ihre Haltung dazu?
- Ist Ihrer Ansicht nach eine wirtschaftliche, d. h. kostendeckende, Betriebsführung von kommunalen Kliniken möglich? Wie?
- Wie erklären Sie sich, dass manche kommunalen Kliniken kostendeckend arbeiten und andere nicht?

Strukturelle Bereinigung der Krankenhauslandschaft

Deutschland belegt im internationalen Vergleich bei den Gesundheitsausgaben eine Spitzenposition, die Pro-Kopf-Ausgaben werden nur von der Schweiz und den Vereinigten Staaten übertroffen (OECD & EU, 2017), sodass ein weiterer Kostenanstieg vermieden werden soll, bzw. eine Kostenreduktion angestrebt wird. Ein Weg ist die Bereinigung der Krankenhausstrukturen, z. B. in Form von Fusionen und Schließungen, die nicht zuletzt durch jüngere Reformen auch gefördert und bspw. auch vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration befürwortet wird. Würde man die deutsche Krankenhauslandschaft nach dänischem Vorbild strukturell bereinigen, hätten wir anstatt knapp 2.000 circa 330 Krankenhäuser (Busse, 2017; vgl. Busse et al., 2016).

- Welche Haltung haben Sie hierzu?
- Was sind Ihrer Erfahrung nach Gründe dafür, dass Fusionen eher zögerlich stattfinden?

Organizing (Ver.di)

Ver.di verfolgt in manchen Häusern die Organizing-Strategie.

- Welche Haltung haben Sie dazu?
-

H Gesprächsabschluss

- Gibt es abschließend noch etwas, was Sie gerne hinzufügen würden? Habe ich etwas Wichtiges vergessen zu fragen?
 - Haben Sie abschließend noch Fragen?
 - Sollte ich im Nachgang wider Erwarten Nachfragen haben – darf ich Sie dann schriftlich oder telefonisch kontaktieren?
 - Gibt es noch jemanden, der oder die Ihnen einfällt, mit dem/der ich zu diesem Thema sprechen könnte? Wäre es möglich, dass Sie den Kontakt herstellen?
 - Vielen Dank!
-

Working Papers des Forschungsclusters OPAL der Helmut-Schmidt-Universität:

- 01. Hintze, Astrid 2018:** Entwicklung und Implementierung einer Cluster-Dachmarke - Konzeptualisierung auf strukturationstheoretischer Basis am Beispiel des Luftfahrtclusters Metropolregion Hamburg
- 02. Collien, Isabel 2018:** Functions of boundary spanning in context: A postcolonial, power-sensitive perspective
- 03. Pötschke, Ivonne 2019:** The Ties That Bind: Exploring relationship-oriented values in family firms from employees' perspective
- 04. Meister-Scheytt, Claudia 2019:** Governance von Universitäten: Das Beispiel österreichischer Universitätsräte
- 05. Heller, Manja Annegret 2020:** Ist der Mehrwert auch mehr wert? – Eine qualitative Untersuchung von CSV in Clustern am Beispiel der Hamburg Aviation WoMen Group
- 06. Spieß, Julia 2021:** Führung und Machtspiele in Veränderungsprozessen in kommunalen Krankenhäusern

OPPAL

WORK
ING
PAPERS

ORGANISATION
PERSONAL
ARBEIT
LEADERSHIP


HELMUT SCHMIDT
UNIVERSITÄT
Universität der Bundeswehr Hamburg