

Verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen? Ergebnisse einer empirisch rekonstruktiven Längsschnittstudie.

Werner Vogd

Zusammenfassung: Die bundesdeutschen Krankenhäuser erfahren zurzeit einen tief greifenden Wandlungsprozess. In dieser Studie wird anhand einer qualitativen Längsschnittstudie auf Basis von vier Feldforschungsaufenthalten mittels der dokumentarischen Methode aufgezeigt, in welcher Form die neuen Rahmenbedingungen (DRGs, Personalkürzungen, etc.) die ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesse von Chirurgen und Internisten beeinflussen. Die Auswertungen zeigen auf, dass die Ärzte ihre handlungsleitenden Orientierungen im Wesentlichen beibehalten. Auf Grund der knapper werdenden Ressource ›ärztliche Arbeitskraft‹ sind nun jedoch Prioritäten zu setzen. Gespart wird insbesondere in den ›weichen‹, sozialen Bereichen der Medizin. Zudem sind bei den Routinefällen Betreuungslücken in Kauf zu nehmen, um den komplizierten Fällen hohe Aufmerksamkeit geben zu können. Die markanten Veränderungen in der Organisation der ärztlichen Arbeit weisen zum einen auf eine veränderte Rolle der Krankenhausärzte hin – mehr Experte und weniger professioneller Akteur. Zum anderen spricht einiges dafür, dass nun vermehrt Behandlungs- und Bezahlungsoptionen situativ innerhalb von Netzwerken miteinander und gegeneinander aushandelt werden müssen.

1 Einleitung

Die bundesdeutschen Krankenhäuser erfahren zurzeit einen tiefgreifenden Wandlungsprozess. Mit den im Januar 2003 eingeführten Diagnose Related Groups (DRGs) ändert sich die Form der Leistungsabrechnung für Krankenhäuser grundlegend: Nicht mehr die Liegezeit, sondern die Fallpauschale wird zum primären Finanzierungsmodus. Zum anderen finden – oftmals verbunden mit der Privatisierung der Häuser – Konzepte moderner Unternehmensführung (EDV gestütztes ›Controlling‹, ›Outsourcing‹ und Zentralisierung von wichtigen Betriebsfunktionen) Eingang in den Krankenhausalltag. Diese Prozesse verändern nicht nur die Kontexte ärztlichen Handelns, sondern beeinflussen auch die ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesse. Die Veränderung der Rahmenbedingungen der Krankenhausarbeit ist politisch gewollt. Man verspricht sich dabei vor allem eine höhere ökonomische Effizienz und damit eine Senkung der globalen Gesundheitsausgaben und möchte die Leistungsreserven im System nutzen, ohne dabei Einbußen in der Versorgungsqualität in Kauf zu nehmen.¹ In den Krankenhäusern sollen verkrustete Strukturen sowie überkommene Hierarchien abgebaut werden und vor Ort möchte man einen Ansporn zu ökonomischem wie auch qualitätsbewusstem Handeln geben. Mit Blick auf den Befund, dass die Bundesrepublik, gemessen an ihrem Bruttosozialprodukt, nach den USA und der Schweiz im internationalen Maßstab die höchsten Gesundheitsausgaben leistet, in Bezug auf die Gesundheitsparameter ihrer Bevölkerung jedoch ›nur‹ im Mittelfeld der entwickelten Industrienationen liegt (vgl. Observatory 2000), scheint der Veränderungsbedarf hinreichend plausibilisiert, so dass die benannten und anderen ins Auge gefassten Maßnahmen zur Reform des Krankenhauswesens auch sozialpolitisch legitimiert erscheinen.

¹ Um hier der Selbstdarstellung des Gesundheitsministeriums zu folgen: »Seit dem 01. Januar 2004 ist die Gesundheitsreform in Kraft. Mit ihr wurden die Weichen gestellt, unser Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen und seine drängendsten Probleme zu lösen, die Beiträge zu senken und die Ausgaben zu begrenzen. Die Gesundheitsreform geht aber weit darüber hinaus, indem sie einen Wettbewerb um mehr Qualität und mehr Effizienz angestoßen hat - ein Wettbewerb, der bereits erste Erfolge verzeichnet. Nicht zuletzt profitieren die Patientinnen und Patienten auch von den Möglichkeiten zu mehr Mitsprache, die durch die Gesundheitsreform deutlich gestärkt wurden. Die Gesundheitsreform schafft Anreize für ein stärkeres Gesundheits- und Kostenbewusstsein. Deshalb wurden auch neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen beschlossen« (<http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/gesundheitsreform/index.html> [download 16.9.2005]).

Nun stellen die Institutionen des Wohlfahrtsstaates recht komplexe Gebilde dar. Hier sind ›kulturelle‹ Eigenarten zu beachten, etwa dass sich die bundesdeutsche Geschichte der Versorgungssysteme anders darstellt als beispielsweise in Großbritannien. Zudem lassen sich Krankenhäuser nicht einfach als ein Unternehmen betrachten, dessen unprofitable Bereiche ausgelagert werden und deren gewinnträchtige Aufgaben intensiviert werden können. Die öffentlichen Krankenhäuser haben einen Sicherstellungsauftrag, müssen also die Versorgung in ihrem Gebiet prinzipiell garantieren und haben darüber hinaus hinsichtlich ihres medizinischen Personals Ausbildungsaufgaben. Medizin, Erziehung, wohlfahrtsstaatliche Aufgaben und ökonomische Rationalitäten bilden ein vielschichtiges Konglomerat. Zudem haben wir es hier mit Organisationen zu tun, die aufgrund ihrer jeweiligen Geschichte, ein Eigenleben führen, das sich äußeren Steuerungsversuchen widersetzen kann.²

Die Auswirkungen dieser Prozesse auf die ärztlichen Handlungsorientierungen wurden vom Autor an Hand der Geschehnisse auf einer *chirurgischen* und einer *internistischen* Abteilung in zwei städtischen Krankenhäusern der Maximalversorgung auf Basis einer qualitativen Längsschnittstudie rekonstruiert. Im Zeitraum Januar 2000 bis Januar 2002 wurden vier Feldforschungsaufenthalte in zwei städtischen und zwei universitären Kliniken durchgeführt (Vogd 2004b). Die zeitliche Differenzierung zwischen dieser ersten und einer zweiten in den Jahren 2004 und 2005 durchgeführten Untersuchungsphase erlaubt es, die aktuellen, markanten Veränderungen in der Krankenhausorganisation und -finanzierung in ihren Auswirkungen auf das ärztliche Handeln nachzuzeichnen.

Die Rekonstruktion der Veränderungsprozesse erfolgte in einer *dreifachen komparativen Analyse*. Auf der *ersten* Ebene stand der *prä-post*-Vergleich im Vordergrund. Hier wurden die ärztlichen Handlungspraxen bzw. die Organisationsformen ärztlicher Arbeit beider Phasen in Hinblick auf jeweils *eine* medizinische Disziplin in Beziehung gesetzt. Auf der *zweiten* Ebene wurden die Beobachtungen bzw. Rekonstruktionen aus den zwei verschiedenen *medizinischen Disziplinen* und *Kulturen* verglichen, um dann gegebenenfalls unterschiedliche Bearbeitungsformen bei den Chirurgen und den Internisten aufzuzeigen. Auf der *dritten* Ebene wurden die *Bewertungen* der ärztlichen Akteure in Beziehung zu den beobachteten Praxen gesetzt.

Datengrundlage waren zum einen mehrere *Feldbeobachtungsperioden* von 3-12 Wochen Dauer, in denen einzelne Behandlungsverläufe synchron bzw. zeitnah mit dem Prozessgeschehen dokumentiert wurden (*ad hoc*-Protokollierung der Gespräche; Ärzte wurden während ihrer Aktenarbeit, der Visiten, Besprechungen, Behandlungen etc. begleitet). Diese Fokussierung gestattet einen Zugang zu den alltagspraktischen Handlungsorientierungen der Ärzte und ermöglicht dann zu schauen, inwieweit sich die Logik der Praxis durch die neuen Rahmenbedingungen verändert hat. Parallel hierzu wurden *Experteninterviews* mit unterschiedlichen Akteuren der jeweiligen Abteilungen durchgeführt (zur Methode siehe grundlegend Bohnsack 2003; gegenstandsbezogen Vogd 2004a; 2004b; 2005b).

1.1 Methodologische Vorbemerkungen

Die Auswertung des empirischen Materials erfolgt angelehnt an die dokumentarische Methode von Bohnsack (2003). Im Sinne der modernen Expertiseforschung (Gruber 1999) wird dabei zwischen der Logik der Praxis und den Reflexionen der Akteure über ihre Praxis zu unterscheiden sein. Wir können uns dabei nicht mehr auf die Meinungen, Bewertungen und Selbstbeschreibungen der Akteure verlassen, sondern haben die latenten Strukturen ihrer Praxis herauszuarbeiten. Letztere folgt seiner eigenen Gesetzmäßigkeit und

² Siehe hierzu etwa als Beispiel die in ökonomischer Hinsicht deutlich als gescheitert zu betrachtende Schweizer Reform des Gesundheitssystems von 1996 (vgl. Gerlinger 2003).

wird niemals vollständig in den normativen Regeln einer noch so gut formulierten Theorie über die Praxis aufgehen können.³

Eine Evaluationsforschung, die ihr Augenmerk auf Praxis und damit auf die Unterscheidung zwischen ›guter‹ und ›schlechter‹ Praxis legt, wird mittelfristig nicht umhin kommen, sich der kategorialen Differenz zwischen Theorie und Praxis, Norm und Geltung und den hierdurch aufgespannten Paradoxien sozialer Ordnung zu stellen. Es wird ihr darum gehen müssen, die Logik (guter) Praxis gleichsam von innen heraus zu rekonstruieren. Um dies leisten zu können, werden wir tief in die Handlungspraxis der untersuchten professionellen Akteure eindringen müssen. Es macht dabei keinen Sinn, den am grünen Tisch entstandenen Modellen wissenschaftlicher Reinheit folgen. Vielmehr gilt es, die inneren Gesetzmäßigkeiten der Praxis herauszuarbeiten. So wird sich die Logik des ärztlichen Handelns nicht darin zeigen, was ein Arzt über sich und seine Arbeit denkt, sondern darin, was er tut. Auf dieser Ebene wird eine praxeologische Evaluationsforschung ansetzen müssen, wie sie derzeit am Arbeitsbereich Qualitative Bildungsforschung der Freien Universität Berlin erprobt und weiterentwickelt wird (vgl. Bohnsack 2006; Nentwig-Gesemann 2006). Nicht zuletzt hat eine praxisnahe Organisationsevaluation sich dem aus der Organisationsforschung bekannten Problem zu stellen, dass Evaluation und Qualitätssicherung oftmals zwar weitere bürokratische Routinen etablieren, dabei jedoch die eigentliche Logik der Praxis kaum berühren.⁴

Auch wenn mit dem hier vorgestellten Projekt eine mehrschichtige Analyse angestrebt wurde, so sind allein schon aus Gründen begrenzter personeller Kapazität, Fokussierungen zu setzen. Die empirische Anlage dieser Studie fokussiert primär auf den ärztlichen Bereich. Es geht hier vorrangig um die medizinische Profession in ihren Aspekten Medizin, Organisation und Ausbildung. Wenn dabei beispielsweise die Gruppe der Internisten als *einem* der *stakeholder* unter den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen untersucht geht, wird es im Sinne der dokumentarischen Evaluation darum, herauszufinden, was aus Perspektive des Internisten, die gute Arbeit des Internisten auszeichnet, um dann im zweiten Schritt zu schauen, inwieweit unter den veränderten organisatorischen Bedingungen eine entsprechend dieser Kriterien definierte gute Arbeit (noch) geleistet werden kann.

Die komparative Methode liefert dabei für die Analyse den entscheidenden methodologischen Schlüssel. Erst indem verschiedene Abteilungen, Zeithorizonte, Praxisformen und Fallbeispiele miteinander in Beziehung gesetzt werden, verdichten sich die Kontingenzen und Abhängigkeiten über die Betrachtung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu einem Bedeutungsgewebe, das mit zunehmenden Vergleichshorizonten an Struktur und damit an Aussagekraft gewinnt.

³ Um Missverständnissen vorzubeugen, wir möchten hier nicht die wissenschaftliche Begründung professioneller, insbesondere medizinischer Arbeit in Frage stellen, geschweige denn unterlaufen, werden aber gerade deshalb die von den Gesundheitswissenschaften bislang wenig rezipierten Ergebnisse moderner Professions- und Organisationsforschung ernst nehmen müssen. Diese führen auf, dass zwischen diesen beiden Wissensformen ein kategorialer Unterschied besteht. Zu nennen sind hier Untersuchungen wissenssoziologischer Herkunft, welche aufzeigen, dass der medizinische Alltag unter seinen zeitlichen, wissensmäßigen und organisatorischen Anforderungen notwendiger Weise überkomplex erscheint. Allein schon aus diesem Grunde ist er seitens der beteiligten Akteure nicht allein durch formale Regeln beherrschbar. Vielmehr werden auch die medizinisch professionellen Akteure einem »praktischen Sinn« folgen (Bourdieu 1997). Sie haben kunstvoll eine Balance zwischen den »widersprüchlichen Einheiten« professionellen Handelns zu halten (Oevermann 1990), wandeln Unsicherheit in Handlungsperspektiven um, indem sie auf Vertrauen und bekannte Autorität rekurrieren (Atkinson 1995; Stichweh 1996). Darüber hinaus sind auch ›größere‹ Regelverletzungen in Organisationen unvermeidbar und notwendig, um die Ordnung in Organisationen aufrechterhalten zu können (Luhmann 1999; Ortmann 2003a; Ortmann 2003b). Siehe zur empirischen Rekonstruktion der Notwendigkeit von Regelverletzungen im Krankenhaus auch Vogd (2002a).

⁴ Zu nennen sind beispielsweise die Arbeiten von Michael Power (1997) zur Zertifizierung ISO 9000, die hier im Folgenden von Günther Ortmann kommentiert werden: »Die Idee ist: Wenn schon die jeweilige Leistung nicht allgemein beurteilt und also standardisiert werden kann, so doch die Prozedur der Leistungserstellung; wenn nicht sie, dann doch ihr Management; wenn nicht dieses, so wenigstens die Dokumentation des Management-Systems. Différence von Ebenenwechsel zu Ebenenwechsel, Ersatz und Ersatz des Ersatzes und Ersatz des Ersatzes des Ersatzes, Schachteln in Schachteln in Schachteln, Kette der Supplementierungen« (Ortmann 2003a: 181).

In der Studie wurden die Analysen anhand von sechs Themen entfaltet: *Patientenmanagement, Liegezeiten, soziale Indikation, ärztliche Verwaltungsarbeit, Routinefälle, komplexe Fallproblematiken*. Da die Themen auf einem mittleren Abstraktionsgrad formuliert sind, welche eher das Prozessgeschehen und weniger die medizinischen Inhalte fixiert, wurde es möglich, sich vom unmittelbaren Krankheitsgeschehen zu lösen und so auch die Prozessierung im Einzelfall recht unterschiedlicher Krankheitsbilder vergleichend zu betrachten.

1.2 Aufbau

Da die komparative Analyse auf Basis von Beobachtungsprotokollen und Interviewprotokollen an anderer Stelle in ausführlicher Form veröffentlicht ist (Vogd 2006a), werde ich mich in diesem Beitrag überwiegend darauf beschränken die Ergebnisse darzustellen (Kap. 2).⁵ Im Folgenden wird es zunächst darum gehen, die Strukturveränderungen in den untersuchten Häusern nachzuzeichnen (2.1), um dann den Blick auf die ärztlichen Handlungsorientierungen zu lenken (2.2). Anschließend werden am Beispiel der chronologischen Schilderung des Arbeitstages auf der internistischen Station die Konsequenzen in der Neuorganisation der ärztlichen Arbeit illustriert (3). Im letzten Kapitel (4) werden die Ergebnisse aus einem professions- und organisationstheoretischen Blickwinkel zu diskutiert (4.1 und 4.2).

2 Ergebnisse

2.1 Strukturveränderungen in den untersuchten Häusern

Die untersuchten Kliniken waren im Jahr 2001, also während des ersten Beobachtungszeitraums, noch in öffentlicher Hand, sind dann jedoch an private Trägergesellschaften (»Klinikkonzerne«) übergeben worden. Mit der neuen Trägerschaft stellte sich für die Häuser die Frage der Reorganisation ihrer Abteilungen. Einige Stationen wurden geschlossen und die Klinikleitung sucht nach weiteren Rationalisierungspotentialen.

Gegenüber der ersten Erhebungsphase zeigten sich dem Forscher im Jahr 2004 folgende veränderten Rahmenbedingungen: Insbesondere im ärztlichen Bereich fanden in beiden Abteilungen Personalkürzungen im Umfang von etwa 25-30% statt. Der Pflegebereich konnte demgegenüber seinen Personalschlüssel (noch) halten, wenngleich auch hier von einer Intensivierung der Arbeit auszugehen ist (allein schon durch den höheren Patientendurchsatz bei kürzeren Liegezeiten). Aufgrund von veränderten Definitionen der Dienstformen, einer anderen Organisation der Spätdienste (und in einem Haus der Kürzung von Weihnachts- und Urlaubsgeldern) haben die Ärzte in beiden Häusern gegenüber dem Jahr 2001 eine erhebliche Gehaltseinbuße hinnehmen müssen, die sich je nach Berechnungsgrundlage auf 20-25% beziffern lässt.

Der Einkauf, die Labors, die Apotheke sowie eine Reihe von Dienstleistungen (zum Beispiel die Reinigung der medizinischen Bestecke) wurden inzwischen konzernweit zentralisiert. Dies hat für beide Abteilungen zur Folge, dass von ärztlicher Seite diesbezüglich nur noch auf Standardprozeduren zurückgegriffen werden kann. So wurde ein kostengünstigeres Blutabnahmesystem eingeführt, dass für die Ärzte jedoch aufwendiger zu bedienen ist. Da die meisten Laborarbeiten jetzt außerhalb des Hauses erledigt werden, kann nicht mehr – wie früher oft geschehen – kurz persönlich vorbeigeschaut werden, um einen Befund zu klären.

Während in beiden Häusern zum ersten Untersuchungszeitpunkt in den Arztzimmern noch keine Computer standen und die Stationen noch nicht einmal über ein eigenes Faxgerät verfügten, entspricht die bürotechnische Ausrüstung in den Jahren 2004/2005 in etwa den Standards moderner Büros. Auf jeder Station gibt es nun ein Faxgerät. Die Ärzte verfügen über Computer und können über Datenbanken auf die Patientendaten, Laborwerte, etc. zurückgreifen.

⁵ Da das dieser Arbeit zugrunde liegende methodische Vorgehen ist an verschiedener Stelle in detaillierter Form publiziert (Vogd 2004a; Vogd 2004b; Vogd 2005a; Vogd 2005b) und die dokumentarische Methode mittlerweile ein etabliertes Verfahren im Kanon rekonstruktiver Sozialforschung darstellt, kann an dieser Stelle auf weitere methodologische Ausführungen verzichtet werden.

Auch im Hinblick auf die im Haus zurückgreifbare Medizintechnik lassen sich Veränderungen feststellen. Im Gegensatz zu früher verfügen die jeweiligen Röntgenabteilungen nun beispielsweise über einen Magnetresonanztomografen und dementsprechend beginnt der Einsatz der hiermit verbundenen hochauflösenden bildgebenden Verfahren mittlerweile zur Routine zu werden.

Nicht zuletzt zeigt sich als gemeinsames Moment in den beiden Häusern die Umstellung der Kostenabrechnung von der Liegezeit auf ein Fallpauschalensystem. In den untersuchten Abteilungen oblag die Kodierung der Fallpauschalen innerhalb des DRG-Systems allein den Ärzten.⁶

Es folgen einige Erläuterungen zu den Besonderheiten dieses Abrechnungssystems.

Mit dem System der *Diagnose Related Groups* soll eine medizinisch-ökonomische Klassifizierung von Patienten ermöglicht werden. Dabei sind einerseits medizinische Kriterien (Organsystem, Ursache der Erkrankung) zu codieren, andererseits Parameter, die auf den für die Behandlung nötigen Ressourcenverbrauch hinweisen (etwa die durchgeführten Prozeduren). Entwickelt wurden die DRG's in den 70er Jahren in den USA von Robert Fetter (1991) und wurde dort dann in den 80er Jahren mit dem politischen Ziel eingeführt, die Liegezeit in den Krankenhäusern zu verkürzen.⁷

Voraussetzung für die Kodierung eines Patienten ist einerseits die Verschlüsselung einer Hauptdiagnose sowie der behandlungsrelevanten Nebendiagnosen im ICD-Code⁸ und der am Patienten durchgeführten Prozeduren, welche im ICPM-Code abgebildet werden können. Die Verschlüsselungsregeln werden in den ›Deutschen Kodierrichtlinien‹ festgehalten. Aus den Diagnosen und Prozeduren sowie dem Alter, Geschlecht, der Verweildauer und der Entlassungsart (z.B. normal, verlegt, verstorben) wird dann eine DRG am Computer entsprechend einem Algorithmus ermittelt. Zusätzlich wird zu jeder DRG das so genannte *Relativgewicht* berechnet, mittels dem dann auch die Erträge verschiedener DRGs miteinander verglichen werden können. In Kombination dieser Codes erscheint eine DRG dann als eine vierstellige Kombination aus Buchstaben und Ziffern. Sie stellt – dies ist hier zu betonen – in erster Linie eine ökonomische und nur bedingt eine medizinische Klassifikation dar, denn im Behandlungsprozess können sich beispielsweise auch eine Reihe von Prozeduren als bedeutsam erweisen, die in dem Codiersystem nicht abgebildet werden können.⁹

Die Summe, welche das Krankenhaus nun für einen Behandlungsfall in Rechnung stellen kann, errechnet sich aus dem Produkt von Relativgewicht und dem so genannten *Basisfallwert*. Der Basisfallwert als Verrechnungseinheit wurde in den Jahren 2003-2005 noch individuell für die einzelnen städtischen Krankenhäuser verhandelt, da jede Einrichtung aufgrund ihrer Geschichte und dem Umfeld, in das sie eingebunden ist, über eine andere wirtschaftliche Ausgangslage verfügt. In den Jahren 2006-2007 sollte die Verrechnungseinheit jedoch dann schrittweise an eine für ein Bundesland jeweils einheitliche Summe angepasst werden. Die einzelnen Häuser würden nun mit Blick auf die Kosteneffizienz in *Konkurrenz* zueinander treten.

Da das deutsche DRG-System anders als in den meisten anderen Ländern, in denen es bisher zum Einsatz kommt, nicht nur zur Bestimmung des Globalbudgets eines Hauses dient, sondern zur Einzelfallabrechnung genutzt werden soll, sind hier eine Reihe von Regelungen eingeführt worden, welche die vom Durchschnitt erheblich abweichenden Fälle berücksichtigen sollen. Für die meisten DRG's wurden eine obere und eine

⁶ Es gibt Häuser, in denen für diese Aufgabe spezielle Codierungsassistenten (oftmals ehemalige Krankenschwestern) eingesetzt werden, die sich dann entsprechend in die medizinische Logik der Verschlüsselung hineingearbeitet haben müssen.

⁷ Siehe aus einer wissenssoziologischen Perspektive zur Entwicklung der DRGs Sajay et al. (2005).

⁸ Der ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

⁹ Nicht jede Untersuchung bzw. Behandlung kann in Form einer DRG codiert werden. So erscheinen beispielsweise die nichtinvasiven sonographischen Untersuchungen nicht im ICPM.

untere Grenzverweildauer festgelegt. Wird dies unterschritten, wird Geld abgezogen (um ›blutige‹ Entlassungen nicht zu belohnen), wird die durchschnittliche Liegezeit erheblich überschritten, erfolgt ein Zuschlag, um auch die Komplikationen zu vergüten. Zudem werden nun Zeiten festgesetzt, in denen eine wiederholte Einweisung ins Krankenhaus nicht vergütet wird. Hierdurch soll vermieden werden, dass einzelne Häuser, den Behandlungsprozess in verschiedene Untereinheiten aufspalten, um mehrere DRG's abrechnen zu können.¹⁰

Von seiner Intention her soll das DRG-System in der aktuellen Form also einerseits Behandlungen mit kurzen Liegezeiten, welche keine erneute Einweisung nötig werden lassen, belohnen.

Krankenhausaufenthalte, in denen Patienten von einer Abteilung zur anderen verschoben werden und Verschiedenes behandelt wird, würden demgegenüber pekuniär ›bestraft‹, da das Krankenhaus trotz seines Aufwandes letztlich nur eine DRG abrechnen könne.

In Verbindung mit der EDV-mäßigen Aufarbeitung eröffnet das DRG-System viele Möglichkeiten des *Controlling* und *Benchmarking*. Der individuelle Fall kann nun mit Blick auf das Verhältnis zwischen erwarteter und durchschnittlicher Liegezeit sowie im Hinblick auf die kodierbare DRG kalkuliert werden. Hierdurch erscheinen nun deutlich sichtbar ›Gewinn‹ und ›Verlust‹ bringende Patienten. Darüber hinaus können im externen und internen Krankenhausvergleich Abteilungen, Stationen, im Prinzip sogar einzelne Ärzte und Ärzteteams miteinander in Beziehung gesetzt werden (vgl. Fischer 2005). Den Vergleichshorizont bildet jeweils die mittlere Liegezeit in Beziehung zum Durchschnitt der Behandlungskosten, welche dann auch den Basisfallwerten zugrunde gelegt werden.

2.2 Ärztliche Handlungsorientierungen

Schon in der Habilitationsschrift von Vogd (2004b) zeigte sich ein zentrales, gemeinsames *Bezugsproblem* der Krankenhausärzte, das als Leitkonflikt auf allen untersuchten Abteilungen vorkommt und in verschiedener Ausprägung in allen Themen verhandelt wird. Im weitesten Sinne handelt es sich hier um die *Balance* zwischen der *ärztlich-fachlichen* und der *ökonomischen, administrativen* und *organisationalen* Logik. Diese sich in den verschiedenen Variationen zeigende Spannungslage stellt sozusagen die *Basistypik* dar, von der aus weitere Phänomene beschrieben und differenziert werden können.

Medizinale Orientierung

Insbesondere bei den komplizierten medizinischen Verläufen, von mir als »komplexe Fallproblematiken« bezeichnet (Vogd 2004a), stellt sich die Gretchenfrage, ob Medizin entsprechend dem *state of the art* noch geleistet werden kann oder ob eine Rationierung von Leistungen hinzunehmen ist.

Der Blick auf die Art und Weise, wie Chirurgen und Internisten die komplexen Fallproblematiken im zweiten Beobachtungszeitraum bearbeiteten, zeigt *keinen* grundlegenden Wandel in den ärztlichen Orientierungen auf. Wie schon in den Jahren 2000 und 2001 findet die medizinische Auseinandersetzung mit diesen Fällen weiterhin auf hohem reflexivem Niveau statt. Die *medizinale* Orientierung drängt auch hier deutlich in den Vordergrund und diese Patienten bekommen in beiden Abteilungen weiterhin eine hohe ärztliche Aufmerksamkeit. Für die als ›komplizierte Fälle‹ indizierten Patienten ist das gesamte Behandlungsteam verantwortlich und man ist weiterhin bereit, erheblichen (Kosten-)Aufwand zu betreiben.

Die bereits im ersten Untersuchungszeitraum herausgearbeitete Basistypik ärztlichen Handelns, die einerseits durch die medizinischen, andererseits durch die organisatorisch administrativen Anforderungen aufgespannt wird, wird hier durch die Folgeuntersuchung sowohl bestätigt, als auch in noch pointierter Form präsentiert: Ökonomisch-organisatorische Anforderungen heben medizinische Kriterien nicht auf, sondern verbinden

¹⁰ De facto lässt sich das Fallsplitting dann jedoch sehr wohl beobachten (siehe Vogd 2006a: 110ff.).

sich in einer Praxis, die dann, wie zuvor, beiden Ansprüchen und Orientierungen gerecht zu werden versucht. Selbst unter der Voraussetzung offensichtlich erheblich limitierter personeller und ökonomischer Ressourcen, kann ärztlicherseits nicht auf das verzichtet werden, was entsprechend der medizinischen Handlungslogik zu tun ist.¹¹

Im Sinne der innerorganisatorischen Arbeitsökonomie sind jedoch an anderer Stelle Abstriche zu machen:

- Im Stationsalltag wird nun deutlicher als zuvor zwischen den komplizierten Fallproblematiken und den *Routinefällen* unterschieden. Letztere werden – anders als früher – nur noch oberflächlich untersucht. In der Betreuung dieser Fälle werden seitens der Stationsärzte *Lücken* in der Versorgung in Kauf genommen und die Oberärzte widmen diesen Routinefällen unter den knappen Zeitvorgaben kaum noch Aufmerksamkeit.
- Darüber hinaus sind generell die Zeiten für die Arzt-Patient-Gespräche erheblich reduziert worden, ebenso die Zeiträume für die Arzt-Arzt-Kommunikation. Es finden weniger Gruppensitzungen statt und die Dienstübergaben laufen in der Regel in schriftlicher und nicht mehr zusätzlich noch in mündlicher Form ab.

In gewisser Weise gleichen die medizinischen und organisatorischen Anforderungen einem Balanceakt, einem schwierigen Tanz auf dem Hochseil, der im Laufschrift zu vollziehen ist. Man muss Lücken in Kauf nehmen, personelle Diskontinuitäten überbrücken, hat weniger Zeit für Informationsübergaben und hat das hiermit verbundene Risiko- und Fehlermanagement zu betreiben, um die zwangsläufig entstehenden Brüche korrigieren zu können. Unter dem Primat kurzer Liegezeiten geschehen diese Prozesse in einem wesentlich kleineren Zeitfenster:

- Unterschiedliche Untersuchungen werden nun gleichzeitig angefahren, ohne zuvor das Ergebnis der ersten Untersuchung zunächst einmal abzuwarten.
- Man greift eher auf aufwendigere bildgebende Verfahren zurück, um Entscheidungskontingenzen aufzulösen.
- Patienten werden nun schneller in nachsorgende Pflegeeinrichtungen überwiesen. Zudem werden Behandlungsprozesse im Sinne der DRG-Abrechnungslogik teilweise in mehrere Krankenhausaufenthalte zerteilt, wenngleich dies immer auch unter dem Blickwinkel einer medizinischen Risikoabwägung geschieht.
- Patienten werden in deutlich geringerem Maße aus ›sozialer Indikation‹ noch für ein paar Tage auf der Station gelassen.

Während man früher beispielsweise einen allein lebenden pflegebedürftigen Patienten aus sozialen Gründen noch ein paar Tage länger auf der Station gepflegt hätte und man einem Patienten nicht zugemutet hätte, zwischen zwei Eingriffen nochmals nach Hause zu gehen, um sich dann zwischendurch vom Hausarzt eine erneute Überweisung ausstellen und eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen veranlassen zu lassen, legitimieren unter den neuen Rahmenbedingungen in der Regel nur noch harte medizinische Gründe die Überschreitung der Liegezeit. Die ganzheitliche Abklärung der medizinischen Ursachen und längere ärztliche Gespräche untereinander, sowie mit dem Patienten und seinen Angehörigen können insbesondere bei den Routinefällen nicht mehr geleistet werden.

Da nun zwangsläufig Lücken gelassen werden *müssen*, ist einerseits durch die *Ärzte medizinisch begründet* darüber zu entscheiden, *wo* Lücken gelassen werden können. Insbesondere mit Blick auf die Aufgaben des Fehlermanagements der im Sinne einer ökonomischeren Arbeitsorganisation zunächst zerteilten Prozesse bekommen gerade jene Ärzte eine stärkere Bedeutung, welche sich aufgrund ihres Erfahrungswissens auch

¹¹ Zu dem Ergebnis, dass die Medizin nicht durch eine ökonomische Kriterien geleitete Verwaltung ausgehebelt wird, kommt auch eine britische Studie auf Basis einer quantitativen Befragung (Crilly/Le Grand 2004).

aus fragmentarischen Informationslagen schnell einen Überblick verschaffen können. Die Verknappung der ärztlichen Arbeitskraft führt hier gleichzeitig zu höheren Kompetenzansprüchen an die ärztliche Expertise.

Internistisches vs. chirurgisches Ethos

Die neuen ökonomischen Rahmenbedingungen führen bei den Chirurgen zwar zu einer veränderten Arbeitsorganisation, stellen jedoch die chirurgische Arbeit nicht in ihrem eigentlichen Kernbereich in Frage. Im Sinne des bereits vertrauten chirurgischen Habitus (Vogd 2004b: 337f.) hat man sich hier eher pragmatisch den organisatorischen Verhältnissen angepasst, um dann zumindest im Operationssaal den eigenen medizinischen Orientierungen treu zu bleiben. Zudem stellte die routinemäßige Reflexion ökonomischer Prozesse für die Chirurgen schon im ersten Beobachtungsraum eine vertraute Orientierung dar. Der Behandlungsauftrag ist für sie deshalb weitestgehend unstrittig und ihre eigentliche Kunst entfaltet sich als manuelle Geschicklichkeit und kognitive-visuelle Kompetenz im Operationssaal. Im Zweifelsfall lässt sich dann für den Chirurgen – wie seit eh und je – die Fallkomplexität in aktionistischer Manier auflösen. Der Chirurg schaut in den Körper und tut dann, was sich gebietet. Zumindest hier ändern sich das chirurgische Ethos bzw. der Habitus nicht wesentlich, denn die grundlegende Konfiguration seines Wissens und Denkens erscheint (zunächst) nicht berührt.

Anders stellt sich jedoch die Situation für den internistischen Krankenhausarzt dar. Der eigene professionelle Anspruch das gesamte Krankheitsgeschehen zu begreifen und zu überblicken, um erst unter dieser Voraussetzung zu einer Behandlungsentscheidung zu gelangen, steht nicht mehr im Passungsverhältnis zu einer Abrechnungslogik, die eine kurze Liegezeit fordert und nur noch *eine* Diagnose monetär belohnt. Insbesondere in drei Feldern deuten sich hier Konsequenzen an, die mittelfristig die Konfigurationen des Wissens internistischen Handelns berühren:

- Unter der neuen Handlungsmaxime »kompliziert zu denken, aber nicht kompliziert zu handeln«,¹² deutet sich hier eine Verschiebung im internistischen Habitus an (vgl. zur ausführlichen Rekonstruktion dieser Orientierung Vogd 2006a: 149). Auf kognitiver Ebene bleibt man zwar seiner alten Orientierung treu und versucht in generalistischer Manier alles mit zu bedenken. Handlungspraktisch wird nun jedoch ein Teil der therapeutischen, pflegerischen und auch diagnostischen Prozesse in den ambulanten Bereich oder nachsorgende Einrichtungen ausgelagert. Da hierdurch auch das unmittelbare Feedback, die sinnliche Evidenz, ob der eingeschlagene Pfad etwas gebracht hat, verloren geht, stellt sich die Frage, ob die internistische Wissensgenese nicht zwangsläufig eine andere werden wird. Möglicherweise könnte es dann gerade auch mit Blick auf die Sozialisation der nachkommenden Internistengeneration durchaus zu einer Verschiebung im Habitus kommen, welche sich dann in Richtung von »mehr spezialisierte Experte« und »weniger professioneller Generalist« umschreiben ließe.
- Während die »alten« Internisten nicht selten dem Leitspruch »*watch and wait*« folgten, also davon ausgingen, dass sich bei sorgfältiger klinischer Beobachtung, die Lösung mancher Probleme von selbst zeige, werden nun in der Regel schon zu Beginn einer Behandlung parallel verschiedene, teils invasive diagnostische Prozeduren angefahren. Hierdurch werden die Prozesse zwar beschleunigt, erscheinen von ihrem Charakter aber technischer und weniger durch den klinischen Blick der Ärzte geleitet.
- Der internistische Stationsarzt erscheint auch bei den komplexen Fallproblematiken nicht mehr unbedingt als der Akteur, welcher den Patienten wirklich gut kennt, bzw. dieses Wissen im Bedarfsfalle persönlich an seinen Kollegen oder Vorgesetzten übergeben kann. Das den Behandlungsprozess verbindende Moment stellt oftmals nur noch die Patientenakte dar. Hierdurch rückt die Arzt-Patient-Beziehung weiter in den Hintergrund, während die medizinischen Aspekte des Behandlungsgeschehens noch mehr Gewicht bekommen. Im Hinblick auf das Ganze »entgleitet« dem individuellen Arzt hiermit der Prozess, denn die *Art und Weise des Fallwissens* – erscheint nun weniger an die Person des Stationsarztes gebunden, sondern manifestiert sich stattdessen nun vermehrt als *verteiltes Wissen* in der Organisation Krankenhaus.

¹² Zitat eines internistischen Chefarztes.

Die benannten Aspekte stellen *höhere Anforderungen* an die ärztliche Expertise. Die Internisten haben zwar unter den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen handlungspraktisch wesentlich geringere Spielräume, die ihnen anvertrauten Patienten (medizinisch) umfassend kennen zu lernen. Gleichzeitig wird von ihnen strukturell jedoch weiterhin verlangt werden, in *generalistischer* Manier auch auf Basis *fragmentarischer* Informationslagen ein *qualifiziertes* Urteil über die ihnen anvertrauten Patienten zu fällen.¹³

Anders als die Chirurgen, die »nur« an der Verdichtung ihrer Arbeit und unter Unterwerfung unter die administrativen Vorgaben leiden, steht für Internisten wesentlich mehr auf dem Spiel. Die Fachärzte erfahren hier eine Auflösung ihrer alten professionellen Identität und artikulieren ihr Leiden, nicht mehr entsprechend ihrer eigenen medizinischen Standards arbeiten zu können. Das internistische Ethos, die hiermit verbundene spezielle Konfiguration medizinischen Wissens, erscheint in Frage gestellt.

Ausbildungsproblem der Internisten

Unter den neuen Rahmenbedingungen kommt die ärztliche Weiterbildung als eigenständiger Auftrag, für den entsprechende Ressourcen und Zeit vorgesehen sind, in der Organisation Krankenhaus strukturell nicht mehr vor. Wenngleich die Ärzte diesbezüglich schon immer zu außerberuflichen Arrangements gefunden haben, in ihrer Ausbildung voran zu kommen, darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich hier möglicherweise in Zukunft insbesondere für die Internisten Probleme hinsichtlich des Trainings des hoch qualifizierten Nachwuchses ergeben könnten. Während die operative Ausbildung der Chirurgen zwangsläufig eine face-to-face Unterweisung bleiben muss, also der Novize im Sehen, Hören und Fühlen seinem Lehrenden folgen kann, individualisiert sich bei den Internisten die Praxis in einer Weise, in der vermehrt die Räume verschwinden, in denen Novizen und Erfahrene sich begegnen.¹⁴ Speziell die Frage, wie die internistische Medizinkultur ihren eigenen Kompetenzanspruch auf klinische Ganzheitlichkeit reproduzieren kann, bleibt angesichts der derzeitigen Entwicklungen eine unbeantwortete Frage. Das städtische Krankenhaus stände dann mit dem Wechsel der nächsten Facharztgeneration womöglich vor dem Problem, dass genau die Experten gebraucht würden, die aufgrund der strukturellen Situation jedoch nicht mehr ausgebildet werden.

Arbeitsorganisation vs. Bewertungen

Im Hinblick auf die Organisation der ärztlichen Arbeitsprozesse erscheinen beide Abteilungen funktionsfähig. Trotz der erheblichen Reduktion des ärztlichen Personals konnte in beiden Einrichtungen ein *modus operandi* gefunden werden, die medizinischen Alltagsaufgaben aus jeweils eigener Kraft zu bewältigen. Dies wurde möglich, indem die vorangehend beschriebenen Rationalisierungspotentiale genutzt wurden.

Für die Chirurgen lassen sich sogar gar einige Verbesserungen in der Arbeitsorganisation benennen: Das Primat der schnellen Entscheidungen und eine personell gesehen schlankere Abteilung haben zu flacheren Hierarchien geführt. Eine Reihe von mikropolitischen Reibungen und Spielen sind hiermit verschwunden. Zudem gestatten nun Funktelefone und die EDV als Elemente eines dynamischeren sozio-technischen Netzwerkes einige der zuvor bestehenden Kommunikationsbarrieren zu überwinden. Die Abteilung findet insgesamt zu einer deutlich schnelleren Entscheidungs- und Fehlerkommunikation (vgl. Vogd 2006b: 50ff.).

Der Befund zweier aus organisatorischer Sicht durchaus gut funktionierender Abteilungen steht jedoch im eklatanten Widerspruch zu den expliziten Bewertungen der ärztlichen Akteure. Auch die Ärzte beschreiben

¹³ Ich schließe hier an die Ergebnisse der Expertiseforschung an, dass ein umfassendes Fallverständnis erst dann entsteht, wenn der Arzt eben in seiner Berufssozialisation viele Fälle gesehen hat und erst über diesen Prozess gelernt hat, sein medizinisches Wissen so zu organisieren, auch auf fragmentarischer Informationsbasis sichere Entscheidungen zu treffen (vgl. Gruber 1994; Gruber 1999).

¹⁴ Dieses Problem stellt sich für die Facharztzubereitung aber auch für die Funktionszubereitung, die wie insbesondere Atkinson (1995) aufzeigt, darin besteht, von einem Wissenden gezeigt zu bekommen, wie man zu sehen hat.

zwar ihre Einrichtungen als durchaus funktions- und arbeitsfähig. Nichtsdestotrotz wird bedauert, dass sich die *Qualität der Patientenbetreuung* verschlechtert habe, dass man zu wenig Zeit für Gespräche finde, und außerdem vermute, dass sich mittelfristig auch die *medizinische Versorgungsqualität* verschlechtern werde. Nicht zuletzt wird eine zu geringe *finanzielle Gratifikation* der Ärzte beklagt und nicht zuletzt wird die Unterwerfung unter einen *technokratischen*, hoch verdichteten Arbeitsprozess als unzumutbar charakterisiert. Darüber hinaus beklagen die Internisten, dass wesentliche Aspekte dessen, was entsprechend der eigenen *professionellen Standards* für sie eine gute Arbeit ausmacht, unter den neuen Verhältnissen nicht mehr praktiziert werden könne.

Bemerkungswert erscheint der Befund, dass diese Bewertungen innerhalb der Ärzteschaft nicht nur, wie sozial erwartbar, von den strukturellen Verlierern innerhalb der ärztlichen Hierarchie (etwa den Altassistenten) getroffen sondern auch von den höheren Positionen im ärztlichen Feldes geteilt werden. Dass auch unter den leitenden Ärzten der Wunsch geäußert wird, das Krankenhaus zu verlassen, bzw. sich nach anderen Berufsmöglichkeiten umgeschaut wird, deutet eine tiefe *Verunsicherung* des ärztlichen *Habitus* an. Es wird deutlich, dass die Funktionsfähigkeit der Abteilungen nur mit hohem psychischem Aufwand der Ärzte aufrechterhalten werden kann.¹⁵

Die Brisanz dieser Entwicklung liegt nun darin, dass die Identifikation der Ärzte mit den Verhältnissen gleichsam von oben her weg bricht. Von dem klassischen, die hierarchischen Verhältnisse stabilisierende Moment, welches darin besteht, dass zumindest die Akteure aus den mittleren und höheren Ebenen Gewinn aus ihrer Position ziehen, um dann entsprechend dazu beizutragen, dass die Verhältnisse so bleiben wie sie sind, kann unter den gegebenen Umständen nicht mehr ausgegangen werden. Eher ist für das Krankenhaus noch mit weiteren Destabilisierungen zu rechnen, da die innere wie auch explizite Kündigung auf allen Ebenen zum Thema wird.

3 Der neue Arbeitstag bei den Internisten

Im Jahr 2001 waren auf der beobachteten Station noch 3,75 Stationsarztstellen für 36 Patienten vorgesehen. Drei Jahre später, im Jahr 2004, waren nur noch 2,25 Ärzte für dieselbe Bettenzahl eingeteilt. Da sich zugleich gegenüber dem früheren Zeitraum die durchschnittliche Liegezeit eines Patienten von 11 auf 7 Tage reduziert hat, ergibt sich allein aus rechnerischen Gründen eine erhebliche Intensivierung der ärztlichen Arbeit. Es stellt sich nun die Frage, wie diese Steigerung bewältigt wird, zumal die Klinikleitung im Gegensatz zu früher nicht mehr bereit ist, die von den Ärzten geleisteten Überstunden finanziell in Geld zu entlohnen.¹⁶

Im Prinzip teilen sich nun zwei Ärzte eine Station. Bei Vollbelegung wäre dann jeder Arzt für 18 Patienten verantwortlich. Aufgrund von Urlaub, Zeiten für den Freizeitausgleich sowie insbesondere an den Tagen, wo einer der Kollegen zum Nachtdienst zugeteilt wird, entstehen Lücken in der Stationsbetreuung, sodass *de facto* oft nur einer der vorgesehenen, an manchen Tagen sogar keiner der regulären Ärzte auf der Station anzutreffen sind. Die nun zwangsläufig entstehenden Lücken sind dann jeweils von den verbleibenden Kollegen, bzw. gegebenenfalls von einem Springer aus den Funktionsabteilungen zu überbrücken.

¹⁵ Im Sinne einer eher pragmatisch technischen Orientierung erscheint es dem Chirurgen von seinem Denkstil her, zunächst wenige Probleme zu bereiten, sich mit den neuen ökonomischen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu arrangieren. Die dokumentarische Rekonstruktion zeigt jedoch darüber hinaus einen tiefen Riss im *Habitus*. Als Teil einer ärztlichen Leistungselite, deren immense Leistungsbereitschaft wesentlich als *intrinsisch motiviert* zu verstehen ist, erfährt der Arzt sich nun in einer Situation erheblicher *Fremdbestimmung* durch organisatorische und administrative Zwänge. In Verbindung mit der fehlenden Anerkennung seiner eigenen Leistung zerbricht für ihn die Identifikation mit dem eigenen Haus (vgl. zur ausführlichen Rekonstruktion dieser Orientierung: Vogd 2006a: 228ff.).

¹⁶ Für notwendige Überstunden ist nun innerhalb von 3 Monaten ein »Freizeitausgleich« zu nehmen.

Betrachten wir nun den Arbeitsalltag eines internistischen Stationsarztes aus dem zweiten Beobachtungszeitraum. Wir beginnen mit einem Tag, dessen Ablauf und Geschehnisse durchaus als ›typisch‹ betrachtet werden kann. Zunächst sind beide Stationsärzte anwesend. Da dies jedoch unter den neuen Bedingungen mit dem knapp bemessenen Personalschlüssel immer mehr der Fall ist, werden anschließend noch Szenen vom folgenden Tag vorgestellt, an dem dann ein Arzt allein die Station versorgen musste. Hierdurch rücken beide üblichen Versorgungsmodi ins Blickfeld: zum einen die Regelversorgung, zum anderen das Lückenmanagement.

Bei den Beobachtungsprotokollen handelt es sich um Notizen, die simultan während der jeweils dargestellten Interaktionen angefertigt wurden. Wenngleich versucht wurde, Teile des Gesprächs im Wortlaut, zumindest aber sinngemäß mitzuschreiben, so ergeben sich dennoch Lücken, die im Text durch drei Punkte, »...« angezeigt sind. Gekürzte, aber im Beobachtungsprotokoll vorhandene Passagen werden durch eingeklammerte Punkte, »[...]« angedeutet. Namen von Personen und Institutionen, sowie das Datum wurden zum Schutz der beteiligten Akteure verfremdet.

Beide Stationsärzte kommen an einem Montag kurz nach acht und beginnen mit den Blutabnahmen. Anschließend werden Routinearbeiten erledigt, Konsilscheine ausgefüllt, Untersuchungen angemeldet, geschaut ob neue Befunde im Fach liegen und mit den Pflegern gesprochen, welche Dinge anliegen. Um systematisch vorgehen zu können, folgen wir der Arbeit von einem der beiden Ärzte. Neben dem Beobachter läuft während der Visite noch eine Famulantin mit.

Beginn der Visite nach Erledigung der Routinearbeiten

Dr. Kardel füllt einige Anforderungszettel aus schaut sich die neuen Befunde an, die in ihrem Fach liegen. Um zwanzig vor zehn beginnt schließlich die Visite. Die Ärztin ist heute gut in der Zeit. An anderen Tagen, wenn eine Reihe von Entlassungen anstehen und die entsprechenden (Kurz-)Arztbriefe fertig gestellt werden müssen, kann es auch schon mal vorkommen, dass die Visite erst gegen 11 Uhr oder noch später beginnen kann und sich dann noch in den Nachmittag hineinziehen wird. Die Stationsärzte beginnen in der Regel damit, sich vor dem Patientenzimmer in die Patientenakte hineinzuarbeiten, die aktuellen Befunde zu lesen, zu schauen, ob die Pflegekräfte etwas Besonderes notiert haben. Erst wenn sie sich entsprechend der aktuellen Daten ein Bild über den Patienten gemacht und daraufhin einen vorläufigen Behandlungsplan formuliert haben, betreten sie das Patientenzimmer. Gerade diese ›Kopfarbeit‹ der Internisten ist mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden.

Schnelle Verlegung vs. ›soziale Indikation‹

Die Visite beginnt bei Frau Wawarek, einer Patientin mit einer schweren Herzerkrankung, die sich nach einem Herzinfarkt erholt. Die Ärztin fragt die Patientin, ob man sie in ein anderes Haus verlegen solle. Die Frau antwortet, dass sie nicht nochmals wo anders hin möchte. Die Ärztin bemerkt daraufhin, dass man ihr dann noch ein wenig Zeit geben wolle:

9:40 Visite

Dr. Kardel: mit der Krankengymnastik ... das Laufen geht jetzt schon ein wenig besser ... möchten Sie noch in ein anderes Krankenhaus ...

Frau Wawarek: möchte nach Hause ... nicht dann wieder wo anders ...

Dr. Kardel: jetzt profitieren sie ja auch von der Krankengymnastik ... müssen wir Ihnen hier dann noch etwas Zeit geben ...

In dieser kurzen Sequenz deuten sich zwei konfligierende Handlungsrationitäten an. Auf der einen Seite steht das ökonomische Primat, die Liegezeiten zu reduzieren. Der Patientin geht es etwas besser und entsprechend würde man sie nun aus dem Akutkrankenhaus entlassen können und an eine Einrichtung überweisen, die mehr Pflege und weniger Akutmedizin betreibt. Andererseits besteht aus der Perspektive der Behandlungslogik noch kein Anlass, den stationären Krankenhausaufenthalt zu unterbrechen. Die Frau erholt

sich erst langsam, profitiert von der täglichen Krankengymnastik und ist zudem mit den Abläufen und Menschen im aktuellen Krankenhaus vertraut geworden. Entsprechend einer ›sozialen Indikation‹ entscheidet sich die Ärztin hier, die Patientin noch etwas länger im Hause zu behalten. Anders als in der chirurgischen Abteilung, scheinen – auch mit Blick auf andere Beobachtungen – im Jahr 2004 in dieser Abteilung noch Handlungs- und Entscheidungsspielräume zu bestehen, die in diesem Sinne genützt werden können.

Krankheitsbewältigungskommunikation als Teil der internistischen Arbeit

Die Visite geht im gleichen Zimmer weiter mit einer neunundachtzig jährigen Dame, die zum ersten Mal in ihrem Leben einen Herzinfarkt erlitten hatte. Die Frau hatte zuvor alleine in ihrer Wohnung gelebt und konnte sich bislang selbst versorgen. Nach dem Infarkt scheint sie bislang noch nicht in der Lage aufzustehen, um alleine zur Toilette zu gehen. Im Gespräch zwischen der Ärztin und der Patientin erklärt letztere, dass sie lieber Sterben wolle als in ein Heim verlegt zu werden. Die Ärztin schlägt ihr ›Windeln‹ und ›Hausdienst‹ als alternative Option vor, was der Dame allerdings auch nicht ganz behagt. Anschließend wird ein türkischer Patient aufgesucht, der unter einer starken Herzschwäche leidet. Da dieser nur schlecht deutsch zu verstehen und zudem die Folgen seiner Krankheit nicht zu begreifen scheint, arrangiert die Ärztin ein Gespräch mit seinen Kindern, die nun als Übersetzer fungieren sollen.

In diesen beiden Szenen werden ›psychosoziale‹ Aufgaben eines internistischen Arztes deutlich. Wie hier geht es oft auch darum, Patienten über ihren Krankheitszustand aufzuklären und Wege aufzuzeigen, wie diese ihren Alltag trotz chronischer Krankheit irgendwie bewältigen können. Anders als die Chirurgen, welche die Zeit für den Patientenkontakt während der Visiten nun in der Regel auf unter eine Minute reduzieren können, gehört für den Internisten das intensivere Gespräch mit dem Patienten mit zu seiner Arbeit, ist notwendiger Bestandteil der internistischen Art und Weise, Medizin zu betreiben.

Rationierung heißt nicht Rationalisierung

Schließlich kommt die Visitengruppe zu Herrn Gräser, einem der Ärztin bislang unbekanntem, siebzig Jahre alten Herren, der am Freitagabend noch aufgenommen wurde. Die Ärztin bemerkt, dass es eine Katastrophe sei, dass sich niemand den Patienten vorher angeschaut habe. Zudem sei es jetzt im Hinblick auf die Krankenkassen ungut, wenn der diensthabende Arzt schriftlich die Vermutung äußere, dass der Patient eigentlich nicht auf die Station gehöre. Dr. Kardel liest die vorhandenen Befunde sowie das Aufnahmeprotokoll durch und bemerkt, dass sich ihr die Sache sehr diffus darstelle:

Dr. Kardel: ... ein neuer Patient ... kam dann am 10.9. um 14:05 ... auch eine Katastrophe ... hat dann wohl keiner gesehen ... nein jetzt hier in der Akte ... steht nur 21:30 ... war dann wohl Freitag um 21:30 ... (schaut auf das Geschriebene) ... das geht jetzt auch nicht dass hier steht „ich denke mit seinem Ellebogen gehört er hier nicht hin“ ... wenn das jetzt der MDK liest ...

(liest im Aufnahmebogen) ... Ellebogen seit 3 Wochen geschwollen mit unklarer Ursache ... Patient Mittwoch zusammengebrochen ... HI vor 10 Jahren ... [HI meint ›Herzinfarkt‹]

Dr. Kardel (schaut auf die Befunde und bemerkt): ... Röntgenthorax ... etwas vergrößert ... kein Erguss ... keine Infiltrate ... Ellebogen ... Deformation entsprechend des Vorbefundes ... Sklerotisierung ... frische Entzündung nicht ausgeschlossen ...

(ein ausführlicher Anamnesezettel aus der Aufnahme liegt vor und wird angeschaut)

Dr. Kardel: ... Hausarztweisung ohne den roten Zettel ... hat er wohl telefonisch gesagt, dass er ins Krankenhaus gehen solle

Dr. Kardel: ... alles sehr diffus ... erst mal den Menschen befragen ...

Diese Sequenz verweist auf die Logik, nach der diensthabende Ärzte ihre Handlungsprioritäten setzen. Der Patient wurde offensichtlich von dem aufnehmenden Arzt nicht als ›Notfall‹ gerahmt. Entsprechend kann der Patient nun auch von den diensthabenden Ärzten zunächst unversorgt gelassen werden, bis dann am kommenden Montag ein Stationsarzt sich dem Fall annehmen wird. Dieses Arrangement erscheint hier gleichsam als Notlösung, wie ärztliche Arbeit unter knappen Personalressourcen noch organisiert werden kann. Der Preis der hierfür gezahlt werden muss, liegt nun zum einen – was ja ökonomisch nicht erwünscht ist – in einer Verlängerung der Liegezeit, zum anderen in Betreuungslücken. Die *Rationierung* der ärztlichen

Arbeitskraft führt hier nicht mehr zu einer *Rationalisierung* des Behandlungsprozesses. Der Chefarzt mag zwar weiterhin anordnen, dass auch am Wochenende Visiten stattfinden¹⁷ und dass Informationen zwischen den einzelnen Diensthabenden in einer Weise ausgetauscht werden sollen, dass eine kontinuierliche Versorgung möglich wird. *De facto* hat sich jedoch informell längst eine ›Prioritätenhierarchie‹ gebildet, die einen medizinisch noch vertretbaren Kompromiss zwischen Minimalversorgung, Patientensicherheit und in Kauf zunehmenden Betreuungslücken gestattet. Im Unterschied zum Jahr 2001 sind internistische Ärzte nur noch begrenzt verfügbar.

Der internistische Blick: Organsysteme und Krankheitsbewältigung

Im Patientenzimmer fragt die Ärztin den Patienten, warum dieser ins Krankenhaus gekommen sei. Der Patient verweist auf den deutlich verdickten rechten Ellebogen und erklärt, dass er zudem einen ›Zusammenbruch‹ erlitten habe. Die Ärztin befragt ihn zu seinem Diabetes und erklärt, dass man sich um den Arm kümmern wolle aber auch das Herz untersuchen müsse. Abschließend entfaltet sich ein Gespräch darüber, wie der Patient zu Hause versorgt werde:

(drinnen)

Dr. Kardel: Was hat Sie denn ins Krankenhaus geführt?

Patient: der Arm so dick ... (zeigt den Arm) ... Mittwoch einen Zusammenbruch ... kam die Feuerwehr ... wollte aber nicht ins Krankenhaus ... dann am Freitag den Arzt anrufen ...

Dr. Kardel: ... ihren Diabetes hat man jetzt vorher nicht festgestellt?

Patient: ... nein ...

Dr. Kardel: ... haben Sie viel Durst?

Patient: ... ja, trinke dann oft 3-4 Liter

Dr. Kardel: ... seit wann haben sie soviel Durst?

Patient: ... seit 3 Jahren ...

Dr. Kardel: ... müssen wir uns um ihren Ellebogen kümmern ... und dann auch ihr Herz untersuchen ...

(weiteres Gespräch über Pflegestufe und dass der arbeitslose Schwiegersohn sich um den Patienten kümmern würde, sowie ein weiteres Gespräch über die Augen).

Patient: Ich bin das letzte Mal vor 5 Jahren beim Augenarzt gewesen

Wieder auf dem Gang bemerkt die Ärztin, dass sie vermute, dass der Patient seine Diabeteserkrankung nicht sehr ernst nehmen würde und dass das Pflegegeld wohl der Schwiegersohn bekommen würde:

(draußen)

Dr. Kardel: ... wenn ich jetzt seinen Hausarzt anrufe, erzählt der wahrscheinlich, dass der vollkommen nicht-compliant sei ... geht seit 5 Jahren nicht zum Augenarzt ... Pflegestufe 2 ... das Geld bekommt dann wahrscheinlich der Schwiegersohn ...

Die Ärztin tastet sich hier dialogisch an das Krankheitsbild eines Diabetes heran. Zudem ist abzuklären, inwieweit das Herz in Mitleidenschaft gezogen ist. Anschließend gilt es zu klären, wie sich die häusliche Versorgung des Patienten darstellt. Das Gespräch wird zwar straff geführt – man verliert sich hier nicht in unnötige Details – dennoch wird nicht auf die klassische internistische Herangehensweise verzichtet, in der nun der ›ganze‹ Mensch mit seinen Organsystemen – hier dann sowohl das Herz als auch der Zuckerstoffwechsel – in den Blick kommen und auch die Krankheitseinsicht zu berücksichtigen ist. Während

¹⁷ Instruktiv ist ein Gespräch aus der Abteilungsbesprechung, in der es um die Frage geht, ob in den Bereitschaftsdiensten am Wochenende eine Visite durchgeführt werden solle (dokumentiert in Vogd 2006a: 95f.). Während formal nun in den Bereitschaftsdiensten keine ärztlichen Routinearbeiten mehr geleistet werden dürfen, besteht der Chefarzt auch am Wochenende, trotz der planmäßig nicht mehr vorgesehenen ärztlichen Besetzung, weiterhin auf einer richtigen Visite. Doch auch wenn diese angeordnet, findet sie dann – wie unser Beispiel zeigt – *de facto* nicht bzw. nur noch in rudimentärer Form statt. In der Ausdeutung der Dienstaufgaben geht es nun darum, was noch als ärztliche Routine und was dann Ausnahme- bzw. Notfall zu verstehen ist. Als weiterer Grenzfall erscheint hier das Problem wenn Ärzte ihren Patienten außerhalb der Dienstzeit eine arterielle Schleuse ziehen müssen. Der Oberarzt habe jetzt zwar angeordnet, dass in diesen Fällen bis zum nächsten Tag zu warten ist. Aber eigentlich, so die Argumentation der Stationsärzte, könne er dies jetzt nicht anordnen, da die Verantwortung ja hier beim Dienst habenden Arzt liege. Hier werden die Prioritäten seitens der Ärzte in anderer Richtung, nämlich zugunsten medizinischer Sicherheit gesetzt. Diese und eine Reihe ähnlich gelagerter Beispiele zeigen auf, dass hier in der Abteilung zur Zeit der Beobachtung nach einer neuen Balancen gesucht wird, ärztliche und organisatorische Anforderungen miteinander zu verbinden, da die bisherigen Lösungen weder mit der Personalsituation noch mit dem Anspruch, keine ungesetzlichen Arbeitsstunden zu leisten, vereinbar sind.

sich die Chirurgie vom Patientengespräch noch mehr verabschiedet hat – übrig bleibt die Frage, ob und wo was weh tue – bleibt das ausführlichere Patientengespräch für den Internisten essentiell.

Die Visite geht weiter. Es folgen ein Diabetiker, dem die Ärztin versucht beizubringen, sich selber Insulin zu spritzen, ein Herr, der vor kurzem einen Herzinfarkt erlitten hatte, eine Dame mit einer Lungenentzündung sowie ein älterer Mann mit einem diabetischen Fuß, der ausführlicher examiniert wird.

Zergliederung des Behandlungsprozesses in Akutmedizin und medizinische Pflege

Anschließend wird Frau Müller, eine ältere Dame, aufgesucht, die dann in ein anderes Krankenhaus verlegt werden soll. Die Patientin möchte die Verlegung zuvor mit ihrer Tochter durchsprechen. Die Ärztin kündigt an, trotzdem schon mal zu fragen, ob ein Bett frei ist.

Das neue Abrechnungssystem führt hier zu einer paradigmatischen Wende im Bettenmanagement. Der Behandlungsprozess ist nun entsprechend der abrechnungstechnischen Vorgaben tendenziell auf verschiedene Institutionen zu verteilen. Anstelle auf der Station wie früher einer medizinischen und pflegerischen Situationslogik zu folgen (etwa zu schauen, ob das Bett für bedürftigere Patienten gebraucht wird), ist nun tendenziell nach dem formalen Kriterium ›durchschnittliche Liegezeit‹ zu entscheiden. Patienten, die sich nach einer Behandlung noch nicht hinreichend erholt haben, um wieder nach Hause zu gehen, sind nun in andere, im Hinblick auf den Tagessatz preiswertere Häuser zu verlegen. Medizinisch und pflegerisch macht die Verlegung zwar keinen Sinn, da man Pflege, Krankengymnastik, etc. genauso gut im gleichen Haus fortführen könnte. Da diese Betreuung vom Krankenhaus jedoch nicht mehr in Rechnung gestellt werden kann, sehen sich nun die Ärzte veranlasst, ihre Patienten auf sanfte Weise dazu zu bewegen, die Einrichtung zu wechseln.

Fehlermanagement auf Ebene der fachärztlichen Stationsärzte

Zwischendurch geht die Ärztin ins Stationszimmer um im krankenhausinternen Intranet zu schauen, ob die Laborwerte von Frau Kramer schon vorliegen. Sie erklärt, dass sie die Frau jetzt auch mit einer niedrigen Gerinnung zur Untersuchung schicken werde:

Dr. Kardel: Jetzt schnell noch im Computer nach dem Quick von Frau Kramer gucken ...

Dr. Kardel: ... 49 ... noch zu hoch ... Mittwoch angemeldet ... Montag und Mittwoch vertauscht ... wenn sich im Kalender erst einmal ein Fehler einschleicht, ... um 13:00 erst mal zur Untersuchung ... das kann man ihr jetzt nicht zumuten, sie hier zu lassen ... wenn wir dann allerdings eine Probe nehmen müssen, wird sie vielleicht noch mal kommen müssen, weil das Blut zu dünn ist ...

Im Hinblick auf das Management von Fehlern und Pannen findet die Stationsärztin eine Lösung, ohne hier die höheren Leitungsebenen involvieren zu müssen. Im Sinne der von Vogd (2004b: 384f.) ausgearbeiteten »Kompetenztypik« verfügt sie als erfahrene Fachärztin über die formale wie auch fachliche Autorität, selber nach Lösungen zu suchen. Demgegenüber würde in einem solchen Falle auf der chirurgischen Station, die überwiegend von Weiterbildungsassistenten betreut wird, wahrscheinlich der Oberarzt einzuschalten sein. Eine solche Panne würde automatisch größere Kreise ziehen (vgl. Vogd 2006a: Kapitel III.4).

Internistische Visite: Chronische Fälle, differenzialdiagnostische Abklärung; ethisch problematische Entscheidungen

Die Visite geht weiter. Eine 40 jährige Frau mit einem Lungeninfarkt wird nochmals über die Konsequenzen ihrer Krankheit aufgeklärt und informiert, dass nun eine sorgfältige Thromboseprophylaxe angesagt sei. Anschließend wird ein schwer herzkranker Mann mit einer so genannten chronisch obstruktiven Lungenkrankheit untersucht. Der Patient klagt über seine Atembeschwerden. Da sich jedoch kein Hinweis für einen akuten Infarkt ergeben hat und für die Ärztin nicht zu erwarten ist, dass sich der Gesundheitszustand durch weitere Therapien verbessern ließe, plant Dr. Kardel die Entlassung des Patienten. Anschließend kommt die Ärztin zu Herrn Fischer. Sie erklärt, dass man bei diesem Patienten eine Aortenstenose entdeckt habe, was eine Indikation für einen chirurgischen Eingriff darstelle. Zudem arbeite seine Schilddrüse nicht richtig, was theoretisch auch von einem Drüsenkrebs verursacht worden sein könne.

Als nächstes geht es zu Frau Radjun, einer 60 Jahre alten Patientin, die sich weigert zu essen. Die Ärztin erklärt der Famulantin, dass die Frau aufgrund einer Alkoholerkrankung dement geworden sei. Sie habe zwar eine gerichtlich eingesetzte Betreuung, aber trotzdem sei es eine schwerwiegende Entscheidung, sich jetzt für eine Zwangsernährung zu entscheiden.

Weiterhin schlechte Verzahnung der diagnostischen Prozesse

Im nächsten Zimmer liegt Herr Kleinert, ein Patient, der über kein Langzeitgedächtnis mehr verfügt. Da eine Alkoholgeschichte bekannt ist, wollen die Ärzte nun abklären, ob hierin der Grund für die Gedächtnisschwäche liegt, oder ob die Problematik durch einen Tumor verursacht worden sei:

(auf dem Gang)

(die Ärztin schlägt die Akte von Herrn Kleinert auf. Am Formular vom letzten Neurokonsil heftet ein Zettel auf dem geschrieben steht: „Leider bisher CCT und MMR Bilder noch nicht gesehen. Die Bilder zurzeit nicht auf Station. Bitte Widervorlage der Bilder.“)

Dr. Kardel (liest den Bericht des Konsiliariums): Konsil schlägt Abklärung der Eosinophilie vor noch ein bisschen Labordiagnostik treiben ... Burreliose-Titer, Lues)

Beobachter: Im Prinzip geht es um ...

Dr. Kardel: ... ob die Symptomatik jetzt mit dem Tumor zusammenhängen kann ...

Famulantin: ... der Hausarzt?

Dr. Kardel: Donnerstagnachmittag war der nicht da ... sonst bin ich nicht dazu gekommen anzurufen ...

Im gleichen Zimmer liegt Herr Spondel. Auch hier wartet die Ärztin noch auf das Ergebnis einer diagnostischen Prozedur.

An dieser Stelle wird wieder deutlich, dass sich die unterschiedlichen Zeitrhythmen der diagnostischen Prozesse nur schlecht verzahnen. Die Stationsärztin wartet auf die Interpretation der >Kopfbilder< durch die Neurologin. Als diese zur Konsultation auf die Station kommt, lagen die Aufnahmen noch in der Röntgenabteilung. Ebenso ist der Hausarzt nicht unbedingt dann zu sprechen, wenn die Ärztin Zeit für einen Anruf findet. Während in der chirurgischen Abteilung mit dem Stationshandy ein sozialer Zwang entsteht, dieses zu nutzen, um zeitliche und räumliche Distanzen effizient zu überbrücken, lässt sich bei den Internisten eine ähnliche Beschleunigung der ärztlichen Kommunikation nicht feststellen. Im Hinblick auf die Synchronisierung von Diagnostik und Stationsarbeit hat sich hier gegenüber dem Jahr 2001 wenig verändert. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die internistische Abteilung – selbst mit der Einführung der Handytechnologie – über die Bereitschaft gezeigt hätte, die bei den Chirurgen zu beobachtende Intensivierung der ärztlichen Kommunikationsarbeit zu leisten. Einerseits befinden sich die meisten Ärzte dieser Abteilung aufgrund unbefristeter Arbeitsverträge nicht in der strukturellen Position, grenzenlos ausgebeutet werden zu können. Andererseits würde einer solchen Veränderung möglicherweise der Habitus gestandener internistischer Praktiker entgegenstehen, seine Arbeitsrhythmen selbst zu bestimmen.

Vor der Mittagsbesprechung noch schnell ein paar Anrufe machen

Die Visite findet schließlich ihren Abschluss in einem Zimmer mit zwei Herren. Mit dem ersten spricht sie kurz über die anstehende Herzkatheteruntersuchung. Dem anderen erklärt die Ärztin, dass es nun darum gehe, den hohen Blutdruck so einzustellen, so dass andere Krankheiten verhindert werden könnten.

Um fünf nach zwölf ist die Visite schließlich beendet. Die Ärztin greift zum Telefon und wählt die Telefonnummer des Sozialdienstes, um nachzufragen, ob mittlerweile für den Patienten, der in ein Rehakrankenhaus verlegt werden sollte, die Finanzierungsfrage geklärt worden sei:

12:05 (im Arztzimmer)

Dr. Kardel (telefoniert mit dem Sozialdienst): Herr Matthes ... die Frage mit der Reha ... muss ja jetzt auch auf das Insulin geachtet werden ... ist ja jetzt schon fünf Tage her, dass ich gefragt habe ... ist ja dann auch im Interesse der Kassen, dass er nicht so lange bleibt ...

Anschließend versucht die Ärztin den Hausarzt von Herrn Kleinert zu erreichen und bemerkt zuvor, dass es ungünstig sei, wenn die konsiliarischen Untersuchungen zu einer Zeit stattfänden, wo die Stationsärzte nicht vor Ort seien.

Gedankenlesen anstelle guter Kurvenführung

Um viertel nach zwölf machen sich die Stationsärzte auf den Weg zur Röntgenbesprechung. Auf der Treppe erklärt die Ärztin ihrem Kollegen, dass dieser am nächsten Tag allein auf der Station sein werde. Sie habe jetzt allerdings die Patientenkurven nicht allzu gut geführt. Der Kollege antwortet, dass alle Ärzte ihre Kurven mittlerweile nicht mehr so gut führen würden:

12:15 (auf dem Weg zur Röntgenbesprechung)

Dr. Kardel (zu Dr. Elwert der morgen allein auf der Station sein wird): Ich habe jetzt nicht mehr eine so gute Kurvenführung ... gut, Du kannst ja jetzt Gedankenlesen ...

Dr. Elwert: Wir haben jetzt alle keine gute Kurvenführung mehr ...

Die Patientenkurve, insbesondere das Deckblatt mit den aktuellen Informationen, soll dem nachfolgenden Arzt ein brauchbares Abbild der medizinischen Situation des Patienten geben, so dass sich ein Kollege in Sekundenschnelle in den Fall hineindenken kann, ohne die ganzen Unterlagen lesen bzw. den Patienten befragen zu müssen. Die Ärztin offenbart ihrem Kollegen hier, dass sie zurzeit nicht mehr in der Lage sei, vor der Übergabe an den Kollegen, ihre Akten entsprechend elegant aufzuarbeiten. Der Kollege drückt hier ›Verständnis‹ aus, denn keiner der Ärzte könne dies mehr leisten. In der Praxis hat man längst einen *modus operandi* gefunden, auch ohne entsprechend aufbereitete Schriftstücke, in der Vertretung eines Kollegen zu Recht zu kommen. Die Ärztin drückt diese Fähigkeit mit der Metapher »Gedankenlesen« aus. Hiermit ist die Intuition der erfahrenen Kollegen gemeint, sich dann auch ohne ›leitlinienmäßige‹ Protokollierung zu Recht finden können. Als erfahrene Experten sind sie in der Lage, sich auch aus *fragmentarischen Informationen* ein brauchbares Bild über die vorliegende Situation aufzubauen. Entsprechend können sie die Lücken, die durch ein knappes Zeit- und Personalmanagement entstehen, in der Regel recht gut überbrücken.¹⁸

Dienstbesprechungen ohne Lösung – noch kein kohärenter Organisationshabitus

Um viertel nach zwölf findet die Röntgenbesprechung statt. In knapp zehn Minuten werden die neuen Bilder der internistischen Patienten der Abteilung besprochen. Anschließend treffen sich die Ärzte kurz in einem Vorraum zur Dienstübergabe. Hier wird unter anderem ausführlicher über einem Patienten gesprochen, der einen Herzinfarkt gehabt hat, jetzt aber möglicherweise nur psychosomatische Symptome zeige.

Frau Dr. Kardel spricht das Problem mit dem neurologischen Konsil eines ihrer Patienten an. Sie hätte vier Tage auf das Konsil gewartet und nun läge immer noch kein Ergebnis vor, da die Röntgenbilder nicht da gewesen seien:

Dr. Kardel: ... jetzt organisatorische Probleme ... neurologisches Konsil ... jetzt die Bilder nicht da gewesen ... hat dann 3-4 Tage gedauert und wird dann wohl wieder ...

Chefarzt: Jetzt uns ansprechen, wenn wir Ihnen helfen können ...

Dr. Elwert: ... würde ich jetzt mal unterstützen ... ist dann unklar, wer die neurologischen Konsile macht ... Frau Melchus ...

Dr. Kardel: ... die Röntgenbilder sollten dann auf der Röntgenbesprechung gezeigt werden ... und da war sie dann nicht da, oder sie wurden dann nicht gezeigt

Chefarzt: ... müssen wir uns kümmern, wenn da ein Auftrag nicht erfüllt wird ...

Dr. Marin: ... die ist doch nach dem Hamburger Modell ... geht doch gar nicht, dass die am Wochenende arbeitet.

Chefarzt: Hamburger Modell hin oder her ...

Dr. Kardel: ...

¹⁸ Wie die Expertiseforschung aufzeigt (Gruber 1994), verfügen die erfahrenen Fachärzte über ein so genanntes »prozedurales Wissen«. Sie binden Informationen wieder an die Erinnerung konkreter Fälle an und sind hierüber gegenüber dem Novizen zu einer Mustererkennung auch in »schlecht definierten Domänen« in der Lage. Sie können sich »aus Konstellationen, die ihrer Expertendomäne entstammen, offenbar sehr rasch „Sinn machen“, sie können die vielen einzelnen Informationsteile zeitlich wie räumlich integrieren und zu semantisch bedeutsamen Mustern bündeln« (Gruber 1999: 27ff.).

Chefarzt: ... jetzt nicht den Beleidigten machen ... es mir dann sagen ... wenn es Probleme gibt ... der neurologische Chefarzt sitzt ja dann gleich nebenan ... also dafür bin ich dann da ... gut, jetzt nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Chefarzt, aber wenn es dann Probleme gibt ...

Desweiteren beklagt der Chefarzt, dass kein Arzt aus der Abteilung den internationalen Kardiologenkongress in München besucht habe. Dr. Marin erwidert, dass ihr dies allein schon wegen der Dienste nicht möglich gewesen sei. Anschließend macht Dr. Elwert die Gruppe darauf aufmerksam, dass sich mit den neuen Dienstplänen nun eine Überlappung von zwei Stunden ergebe, in der dann die Stationsärzte während ihrer regulären Arbeitszeit auch den Dienst für die anderen Stationen der Abteilung leisten müssten. Insbesondere wenn dann auch noch das zeitaufwendige Schleusenziehen ausgeführt werden müsse, gäbe es Probleme. Nach einer kurzen Diskussion erwähnt der Chefarzt, dass man im Oktober zwar noch eine halbe Arztstelle bekomme, aber dennoch mit Blick auf die anstehenden Personalkürzungen der anderen Abteilungen im Krankenhaus kaum die kurzen Liegezeiten halten könne.

Auf dem Weg zu Kantine bemerkt ein Kollege, dass eine Abteilungsbesprechung an sich ja eine gute Sache wäre, doch wenn man zu keinem Ergebnis mehr kommen könne, die Veranstaltung nur noch deprimierend sei:

Dr. Torstenson: Ist jetzt unsinnig die Besprechung ... im Prinzip ist es ja richtig, dass die Abteilung sich bespricht ... doch jetzt ohne Konklusion und Ergebnis ... ist dann eher deprimierend ... gibt dann keine Lösung ...

Während des Mittagessens unterhalten sich die Stationsärzte, ob es besser sei, die vielen anfallenden Überstunden und Überlastungen aufzuschreiben und formell einzureichen. Dagegen würde allerdings die Gefahr sprechen, dass die Klinikleitung dann möglicherweise einen Schichtdienst einführen könnte, der von den Ärzten als noch belastender empfunden würde als die aktuelle Lösung. Ein Arzt erläutert die Strategie, die auf seiner Station gefahren werde. Man folge nun den Anordnungen von oben nicht immer »allzu päpstlich«. So würden dann z. B. Patienten, bei denen dies nicht unbedingt notwendig sei, bei der Visite nicht mehr angesehen. Eine Kollegin bezeichnet dieses Vorgehen als eine »Privatlösung«, welche für die Abteilung letztlich nicht tragbar sei.

Die verschiedenen vorangehenden Szenen lassen deutlich werden, dass die Ärzte hier um Lösungen ringen, wie unter den neuen Bedingungen der ärztliche Alltag organisiert werden kann. Auf der einen Seite erscheint nun immer deutlicher das Problem der verknappten Ressource »ärztliche Arbeitskraft«. Auf der anderen Seite steht das neue Primat der kurzen Liegezeiten. Sowohl in der Verzahnung von diagnostischen und konsiliarischen Diensten mit den anderen Abteilungen als auch in der Dienstorganisation kommt es nun zu Engpässen, die wiederum nur dadurch bewältigt werden können, dass einige Arbeiten liegen gelassen werden und Aufträge teilweise nicht mehr zeitnah erfüllt werden können.

Innerhalb der ärztlichen Hierarchie steht der Chefarzt für den Anspruch, die medizinische Exzellenz weiterhin hochzuhalten. Man hätte schließlich auf den Kardiologenkongress fahren müssen und habe die für sein Fachgebiet relevanten Artikel zu studieren.¹⁹ Ebenso scheint es für ihn keine Frage, dass selbst am Wochenende jeder Patient während der Visite ärztlich betreut wird. Die Stationsärzte klagen demgegenüber über Auslastung ihrer Arbeitskapazitäten. Nicht selten haben sie mehrere Wochenenddienste in Folge zu leisten und möchten ihre restliche Freizeit nicht auch noch auf einem Kongress verbringen. Der Anspruch an eine hohe wissenschaftlich medizinische Kultur und der Alltag der organisatorischen Realitäten stehen hier unvermittelt gegenüber. Im ersten Beobachtungszeitraum erfüllten die Abteilungsbesprechungen noch die Funktion, die Abteilung zu integrieren. Es wurden Lösungen suggeriert, zumindest in ritueller Form.²⁰ Nun

¹⁹ Der Chefarzt der Abteilung vertritt offensiv den wissenschaftlich medizinischen Diskurs. Er liest eine Reihe medizinischer Fachzeitschriften verteilt regelmäßig Kopien von Artikeln an die Ärzte. Er organisiert Tagungen zu speziellen internistischen Fachfragen und äußert die Erwartung, dass auch einige seiner Ärzte hieran teilnehmen.

²⁰ Zu rituellen Funktionen von Abteilungs- und Teambesprechungen siehe Vogd (2004b: 258ff.).

enden diese Besprechungen oftmals ohne (rituelle) Konklusion und werden entsprechend als »deprimierend« erlebt. Stattdessen ist die Stimmung gereizt und von wechselseitigen Vorwürfen geprägt.

Die Abteilung findet hinsichtlich der Organisation ihrer Arbeitsprozesse nicht zu einer kohärenten Form, die auf *informeller* Ebene auf eine hohe Legitimationsbasis zurückgreifen kann. Die Lösung vieler Kollegen, nicht mehr allen Anordnungen »päpstlich« nachzukommen, erscheinen noch als »Privatstrategien«, jedoch (noch) nicht als allgemein und informell akzeptierter *modus operandi* einer Abteilung, die sich *formellen* Anforderungen konfrontiert sieht, die in der Praxis nicht mehr zu erfüllen sind. Man ringt um die richtige Form, fragt sich, ob man die Überstunden weiterhin *nicht* aufschreiben soll, um Schlimmeres zu vermeiden, und ob es nicht die praktikabelste Lösung sei, den Betreuungsstandard »inoffiziell« etwas herunterzuschrauben.

Die in einer Sequenz anklingende Geste des Chefarztes, ihn im Falle organisatorischer Probleme mit anderen Abteilungen anzusprechen, um dann die Sache von Chefarzt zu Chefarzt regeln, erscheint hier nur noch als Karikatur des alten omnipotenten Regenten, der *de facto* schon längst nicht mehr über die Macht verfügt, auf die Ebene der Praxis durchzugreifen.

Fließende Grenzen zwischen Routinearbeit, Nachtdienst und Patientenversorgung

Nach dem Essen setzt sich die Ärztin ins Arztzimmer und versucht die Hausärzte zwei ihrer Patienten zu erreichen. Anschließend setzt sie sich ins Arztzimmer und kodiert die Diagnosen der zu entlassenden Patienten im DRG-System und fertigt parallel hierzu die Kurzarztbriefe an. Anders als bei den Chirurgen lassen sich viele Fälle nicht in zwei bis drei Minuten erledigen. Nicht selten brauchen die Stationsärzte für Kodierung und Kurzarztbrief zwanzig bis dreißig Minuten. Um 14:40 kommt der Oberarzt auf die Station und fragt die Ärztin, ob er ihr helfen könne. Um 16:00 beginnt der Dienst von Frau Dr. Kardel. Als internistische Fachärztin ist sie die kommende Nacht für die Betreuung der internistischen Abteilung zuständig. Im Falle eines ruhigen Dienstes mit wenigen Notaufnahmen und Komplikationen kann sie die Zeit nutzen, um Arztbriefe zu schreiben. Zuvor wird sie jedoch noch in einer zeitaufwendigen Prozedur zwei »Schleusen«²¹ zu ziehen haben. Bis der anzulegende Druckverband dicht hält, wird die Ärztin dann jeweils etwa 40 Minuten dem Patienten beistehen und auf die Punktionsstelle »drücken« müssen.

Am Dienstagmorgen ist Dr. Kardel nach dem Nachtdienst noch für einige Zeit auf der Station anzutreffen. Sie versucht telefonisch einige Termine zur weitergehenden Diagnostik zu vereinbaren und sucht noch zwei ihrer Patienten auf. Nachdem die hiermit verbundenen schriftlichen Arbeiten erledigt sind (Konsilscheine ausfüllen und Patientenakten aktualisieren), geht sie um 9 Uhr nach Hause,.

Tagsüber wird sie nicht auf der Station sein. Ihr Kollege wird bei Bedarf auch ihre Patienten mit versorgen müssen. Um viertel nach neun kommt Herr Dr. Elwert auf die Station. Er sieht seine Kollegin nicht mehr. Offiziell beginnt sein Dienst heute um 10:00. Er kommt jedoch an diesem Tag schon früher und beginnt die Papiere einiger Patienten fertig zu stellen, welche am gleichen Tag noch entlassen werden sollen.

Aufgewertet zum Stationsoberarzt?

Im Arztzimmer erwähnt der Stationsarzt gegenüber dem Beobachter, dass es zurzeit Stress unter den Kollegen geben würde. Am Abend habe sich Frau Kardel darüber aufgeregt, dass er im Wochenenddienst ihre Patienten nicht mehr angeschaut habe. Doch selbst unter Vorraussetzung besserer schriftlicher Kommunikation und Aktenführung wären die Dinge jetzt kaum anders zu bewältigen. Außerdem würde man jetzt bei den Kurven der Kollegin auch nicht auf den ersten Blick durchschauen können. Es entfaltet sich ein kurzes Gespräch über die Rolle der Stationsärzte:

Dr. Elwert: ... ist jetzt wirklich ein richtiger Stress unter den Kollegen ... und das geht dann auch auf das Persönliche ... gestern

²¹ Eine Schleuse ist ein arterieller Zugang, der für die Herzkatheteruntersuchung in eine Bein- oder Armarterie gelegt wird.

Beobachter: Jetzt wegen dem Gespräch beim Mittagessen ... oder war das am Abend?

Dr. Elwert: ... gab dann Abends noch Zoff mit Sabine [Dr. Kardel] ... besonders dass ich dann am Wochenende die Frau mit der Gastroskopie nicht gesehen habe und die Neuaufnahme ... hat sich dann auch der Oberarzt [Dr. Maasen] krank gemeldet ... jetzt nur noch ein Oberarzt ... jetzt die von der Funktion, die wissen jetzt nicht, wie das hier läuft ... die sind dann noch nicht lange genug hier ... das wir dann am Wochenende eben keine Visite machen können ... Rolf [der andere Stationsarzt, der gerade für sechs Wochen in Freizeitausgleich ist] und ich wissen das dann jetzt, wie das zu bewältigen ist ... [...]

Dr. Elwert: ... sie [Frau Dr. Kardel] glaubt dann noch, dass das dadurch zu bewältigen ist, dass man eine andere Kurvenführung macht ... aber das ist dann einfach so (zeigt eine Kurve von Dr. Kardel) ... hier blickt man dann auch nicht durch ... das, was jetzt ansteht, ist auch nicht auf den ersten Blick sichtbar ... steht jetzt hier zwar was drin, was aber dann eigentlich irrelevant ist ... sind ja jetzt die Mitralklappen im Vordergrund ...

[...]

Beobachter: ... es gibt dann unlösbare Probleme und da ist es dann besser, dass man die nicht expliziert, sonst geht es dann nach hinten los

Dr. Elwert: Johanna [eine Kollegin] ... und hat dann jetzt als Frau auch so einen hysterischen Zug ... hat dann auch ein besonderes Problem ... alle haben feste Verträge ... und sie hat jetzt nur eine halbe Stelle fest ... dann denn Rest so zusammengestückelt ... ein viertel hier ... eine vierte da ... dass ist dann ihre Situation ... hat Angst ...

[...]

Beobachter: ... jetzt auch in der Mittagsbesprechung ... habe ich jetzt auch den Eindruck, dass der Frust einfach an die falsche Adresse geht ... der Chef ist dann ebenso ohnmächtig, wie Stationsärzte.

Dr. Elwert: Sehe ich jetzt nicht so ... er könnte das jetzt organisatorisch auch anders entscheiden ... mehr die Oberärzte in die Stationsarbeit ... das könnte der dann entscheiden ... was ich hier mache ... (zeigt auf die Codierungen und Arztbriefe, die er gerade am Computer erstellt) ... dass können in dieser Effektivität nur wir von der Station ... hat sich dann unsere Aufgabe auch verändert ... das, was wir machen, ist dann viel mehr, als dann früher der Stationsarzt geleistet hat ... unsere Rolle ist dann eher wie ein Stationsoberarzt ... das denke ich, ist das Problem, dass das gar nicht gewürdigt wird ... der Chef sieht das dann gar nicht, was wir hier machen ...

Die Gesprächsequenzen bestärken die vorangehend entfaltete These, dass innerhalb des ärztlichen Teams noch kein kollektiver Modus operandi gefunden worden ist, wie in praktikabler Weise mit den engen Zeitvorgaben und knappen Personalressourcen umgegangen werden kann.

Zudem zeichnen sich hier Verschiebungen im ärztlichen Rollengefüge ab. Der Kollege beschreibt seine Arbeit zum »Stationsoberarzt« aufgewertet. Während im Jahr 2001 noch bei vielen Entscheidungen im ärztlichen Team der Oberarzt einbezogen werden konnte, hat der Stationsarzt unter dem neuen Zeitdruck viele relevante Entscheidungen allein zu treffen. Insbesondere die ökonomisch bedeutsame diagnostische Codierung und die im Arztbrief zu formulierenden Anschlüsse der medizinischen Weiterbetreuung liegen nun allein in seiner Hand. Gerade in diesen Feldern ist eine hohe ärztliche Kompetenz von Nöten, ebenso im Lückenmanagement, welches ohne größere Pannen wohl nur durch erfahrene Ärzte geleistet werden kann.

Darüber hinaus deuten sich hier weitere Spannungslagen an: Die erfahrenen Altassistenten mit den festen Verträgen sind nicht mehr unbegrenzt ausbeutbar. Demgegenüber haben die Kollegen mit den gestückelten und befristeten Verträgen Angst, dass sie die Leidtragenden künftiger Zumutungen sein werden.

Verwaltungsarbeiten

Von halb 9:30 bis 10:10 fertigt Dr. Elwert zwei Kurzarztbriefe an und codiert einige Fälle entsprechend dem DRG-System am Computer. Da eine Krankengeschichte sich etwas komplizierter darstellt (gastrointestinale Blutung und ein tumoröses Geschehen), braucht er hier um die 20 Minuten, bis die Codierungen der richtigen Diagnosen gefunden sind. Anschließend geschieht dieselbe Prozedur für einen Patienten, der zu einer Herzkatheteruntersuchung aufgenommen wurde.

Informationslücken überbrücken

Um viertel nach zehn beginnt die Chefarztvisite. Der Stationsarzt hatte zwar zuvor telefonisch um eine Verschiebung gebeten, da die Kollegin nicht da sei und auch er selbst erst um 10 Uhr mit der Arbeit angefangen habe. Doch die Visite findet regulär, wie jeden Dienstagmorgen auf dieser Station statt. Da der Stationsarzt viele der Patienten nicht kennt und sich auch zuvor nicht in ihre Akten hineingearbeitet hat, steht die Visitengruppe, zu der sich um 10 Uhr noch der Oberarzt gesellt, unvorbereitet vor einigen

Patientenzimmern. Der Chefarzt bemerkt daraufhin, dass die neuen Verhältnisse jetzt anderer Vorgehensweisen bedürfen:

(in einem Patientenzimmer)

Dr. Elwert (schaut einige Sekunden in die Akte):

Chefarzt: Herr Clemens ... ist der Patient mit dem Ventrikel ... T2 ... das weiß ich sogar ... *(zu Dr. Elwert)* dass müssen Sie jetzt wissen ... ist jetzt einer von den 36 Patienten, wo alle Bescheid wissen müssen ... weiß jetzt nicht, was Frau Dr. Kardel vor hat ... vielleicht sogar die Neurochirurgie ... oder Bestrahlung ...

(draußen)

Chefarzt: Hat mein alter Chef dann wieder recht gehabt ... sagte dann immer „Alkohol ist an vielem Schuld, aber nicht an allem“

Chefarzt: jetzt verlegen wir ihn auf die Neurologie

(Dr. Elwert trägt in die Kurve seiner Kollegin ein „verlegen -> Neurologie“)

Chefarzt: ... jetzt mit der Akte ... können wir auch draußen gucken ... wir brauchen uns ja jetzt nicht blöder machen, als wir sind ... draußen schauen, braucht dann genauso lang, wie drinnen, also können wir das jetzt auch draußen machen ... die neuen Verhältnisse brauchen neue Vorgehensweisen ... nur die schwierigen Fälle, die müssen jetzt von allen gewusst werden ... gibt ja immer nur 2-3 von diesen auf der Station ...

Die Visite handelt sich nun von Zimmer zu Zimmer. Der Chefarzt trifft auch Anordnungen, welche die Patienten der abwesenden Kollegin betreffen.²²

Bei einer achtzig jährigen Dame, die sich dem Essen und der Medikamentengabe verweigert, ergibt sich ein längeres Gespräch mit einer Angehörigen. Die Tochter als Betreuerin der Mutter ist im Zwiespalt. Einerseits möchte sie ihre Mutter nicht zur Einnahme der Medikamente zwingen. Andererseits missbehagt ihr die Vorstellung, dass die Frau in absehbarer Zeit verhungern könne. Die Ärzte beraten abschließend untereinander nochmalig, wie in diesem Falle am Besten vorzugehen sei.

Die Röntgenbesprechung beginnt etwas verspätet. Doch von der untersuchten Station ist kein Arzt anwesend. Eine Kollegin von der Nachbarstation schreibt für Elwert mit, der indessen noch auf der Station weilt, um einen weiteren Entlassungsbrief fertig zu stellen.

Beim Mittagessen in der Kantine spricht eine Kollegin von der Nachbarstation an, dass sie heute morgen allein auf der Station gewesen sei, und dann das Problem gehabt habe, dass sie bei Fragen zu bestimmten Patienten nicht antworten konnte, da dies eben nicht ihre Patienten waren:

Dr. Müller: ist dann auch blöd, wenn man von 8:00 bis 10:00 alleine auf der Station ... die Schwestern fragen was, da ruft jemand an ... und ich kann dann gar nichts zu sagen, weil das nicht meine Patienten sind ...

Dr. Elwert: ja, das entgleitet einem dann ...

²² Dies kann dann zu Irritationen führen, etwa wenn der Chefarzt über Absprachen, die zuvor zwischen Stationsarzt und Patient getroffen worden, nicht informiert wird:

Mittwoch, 8.9., 9:10 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Elwert: Gestern war ich dann alleine da ... und dann noch Chefvisite ... ich weiß ja jetzt auch nicht, was es unter den Bedingungen soll ... ich hatte von den meisten Patienten keine Ahnung ... vielleicht hat der jetzt noch die Haltung ... vielleicht, weil er noch ein bisschen älter ist ...

Beobachter: ... und der ist dann zu allen Patienten?

Dr. Elwert: Ja, kam dann um halb ... und war dann auch ein bisschen blöd ... kenne die Patienten von der anderen Seite ja gar nicht ... kann dann nur aus der Akte vorlesen ... weiß dann aber auch nicht, ob das jetzt noch aktuell stimmt ... jetzt bei dem einen Patienten, wo das CT einen Tag vorher ...

Beobachter: Herr Doro ...

Dr. Elwert: Ja ... da hatte ich das Röntgen zwar noch so vage in Erinnerung ... und dann viel es mir auf einmal wieder ein, dass war ja gestern ...

Beobachter: Und jetzt? Wurde da jetzt eine Entscheidung?

Dr. Elwert: Punktieren will er ihn ... ist dann auch so eine Sache ... ich weiß jetzt nichts näher über den Patienten ... sein Befinden ... wie der so drauf ist ... konnte dann ja jetzt nur nach der Akte ... aber ob das jetzt sinnvoll ist ...

Beobachter: Hast Du dann vormittags die ganzen Akten durchgeschaut?

Dr. Elwert: Nein, da habe ich jetzt überhaupt keine Zeit für ... muss ja dann Blutentnahmen ... Untersuchungen anordnen ... die ganzen Entlassungen ... kann ich dann nur noch aus der Akte vorlesen ... gut, ich komme dann meistens schon schnell herein ...

Beobachter: Und mit der Punktion ist jetzt entschieden?

Dr. Elwert: Er sagt dann „ist ja wirklich ein seltener und interessanter Fall ... aber eigentlich kann er das ja jetzt gar nicht entscheiden ... ich kenne den Patienten ja jetzt gar nicht ...“

Die vorangehenden Beobachtungsbeispiele zeigen auf, dass die internistische Abteilung nach Wegen sucht, die erheblichen Diskontinuitäten in der stationsärztlichen Betreuung bewältigen zu können. Die Dienstpläne haben Lücken, die durch ›Improvisation‹ gefüllt werden müssen. Allein die Patientenakte stellt nun das Band der Kontinuität dar. Zwar gilt weiterhin, dass nur der betreuende Stationsarzt ›wirklich‹ in den Fall mit all seinen psychosozialen Implikationen eingearbeitet ist. Es gehört also weiterhin ein Arzt zu einem Patienten, doch anders als noch im Jahr 2001 entstehen nun häufig Brüche, die überbrückt werden müssen.

Im ersten Beobachtungszeitraum zeigte sich dabei noch eine andere funktionale Aufgabenteilung zwischen Oberarzt- und Chefvisiten. Letztere fungierten dann oft als ›Joker‹ und brachten bisher nicht bedachte, neue Varianten in den Entscheidungsprozess hinein, während die Oberärzte gerne beratend hinzugezogen wurden, um sich hinsichtlich prekärer Entscheidungen abzusichern. Diese Struktur fällt nun mehr und mehr auseinander. Die Chefvisite macht keinen Sinn mehr, wenn die Ärzte nicht mehr die entsprechenden ›Vorlagen‹ liefern können. Ebenso fällt die Kommunikation mit den Pflegekräften, Angehörigen, Konsiliarern auseinander, wenn nicht der richtige Arzt als Ansprechpartner auf Station fungiert. Anders als bei den chirurgischen Routineeingriffen – eine Gallenoperation ist soweit standardisierbar, dass der Handlungsstab ohne Informationsverluste von einem Kollegen an den anderen weitergegeben werden kann – ist es fraglich ob viele der typischen internistischen Behandlungsfälle soweit ›taylorisiert‹ werden können, dass Patienten ohne Verluste auf Basis formalisierter Prozesse an den Kollegen übergeben werden können. Im Notfall wird dann zwar schnell ein Kollege einspringen und in der Regel sofort nach einem kurzen Blick in die Akte und auf die klinische Symptomatik entscheiden können, was zu tun ist. Doch in den subtileren Fragen des differenzialdiagnostischen Vorgehens, der therapeutischen Einstellung und den psychosozialen Konsequenzen der jeweiligen Optionen lässt sich das Fallprozedere nur bedingt formalisieren. In diesem Sinne erscheint es fraglich, ob die internistische Abteilung für die Zukunft eine andere Lösung finden wird, als die Patientenbetreuung an einen persönlich betreuenden einzelnen Arzt anzubinden.

4 Diskussion

4.1 Professionstheoretische Überlegungen

Angesichts der sich hier geschilderten Änderungen in der Organisation des Krankenhauses stellt sich die Frage, ob das, was in der klassischen Professionalisierungstheorie und in der durch Oevermann (1996) revidierten Form als Kennzeichen ärztlicher Professionalität benannt wird,²³ noch für den Arzt im modernen Krankenhaus gilt, oder ob nicht vielmehr Stichwehs Vermutung nachgegangen werden müsste, dass »gerade Organisationen in ihrem internen Prozessieren, die Grenzen zwischen Professionen auflösen, also der Verdacht eines Bedeutungsverlustes der Professionen durch den Hinweis auf Organisationen eher noch gestützt wird« (Stichweh 1996: 50). Die Definitionsmacht für organisatorische Belange gelangt zunehmend in nicht-medizinische Hände. Der Klientelbezug, also das individualspezifische Anpassen und interaktive Aushandeln therapeutischer Optionen, verschwindet hinter Dienstleistungsaufträgen, die im Sinne eines mittlerweile hochgradig arbeitsteilig organisierten Versorgungsbetriebes durch andere Einrichtungen gestellt werden. Zudem erheben seit einiger Zeit vermehrt auch gesundheitswissenschaftliche Eliten nichtärztlicher Provenienz Ansprüche auf Machtpositionen innerhalb der Organisationen des Gesundheitssystems (s.

²³ Carr-Saunders und Wilson (1933) definierten in den 30er Jahren Professionen dadurch, dass ihre Akteure eine spezialisierte intellektuelle Techniken beherrschen, die durch Natur- oder Rechtswissenschaften begründet werden und in einer längeren Ausbildung erlernt wird. Der Professionelle habe dabei ein Bewusstsein der Verantwortlichkeit gegenüber seinem Klienten und der Gesellschaft und handele überwiegend im Interesse des Gemeinwohls und nicht aufgrund individueller Profitinteressen. Die Professionen würden hier eine gesellschaftliche Sonderstellung begründen, sozusagen einen dritten Stand, der eine eigene Machtsphäre bilde. Parsons (1968) Begriff des »professionellen Komplexes« schließt an diese Überlegungen an. Oevermann greift in seinem professionstheoretischen Ansatz zunächst auf das Anliegen der klassischen Positionen zurück. Anders als in der Freidson'schen Ideologiekritik werden Professionen nicht mehr als oligarchisches Kartell machtbewusster Akteure angesehen, sondern stellen die Antwort auf ein Grundproblem der medizinischen Handlungslogik dar, welches sich aus der spezifischen Strukturlogik der Arzt-Patient-Beziehung ergebe (vgl. auch Oevermann 1996).

Hafferty/Light 1995; Hafferty/McKinlay 1993; Vogd 2002b). Die klassische Professionalisierungstheorie hätte dann – so die These – einen eingeschränkten Geltungsbereich. Der Hausarzt, der Frauenarzt und der Kinderarzt würde diesem Typus noch am ehesten entsprechen, während man beim Krankenhausarzt wohl eher von einem medizinischen Experten sprechen müsste, der nur noch für die medizinischen Aspekte eines Behandlungsprozesses die Verantwortung trägt.

Nichtsdestotrotz wäre die Bedeutung der ärztlichen Expertise bei dieser Form der Arbeitsorganisation keineswegs geschmälert. Vielmehr stellt die verschärfte Zeitknappheit und die erhöhten Anforderungen an ein Fehlermanagement, was mit Lücken umzugehen weiß, nochmals höhere Erwartungen und Kompetenzansprüche an die medizinischen Rollenträger. Da nun auch die persönliche Fallanbindung mehr und mehr wegfällt und der Arzt damit auch nicht mehr um die personalen Spezifika der ihm anvertrauten Patienten weiß, wird das *medizinische* Fachurteil umso bedeutsamer. Es stellt nun den einzigen Bezugspunkt dar, um auf Basis oftmals widersprüchlicher Aktenlage zu einer Entscheidung zu kommen. Aus dem Blickwinkel der dokumentarischen Rekonstruktion der ärztlichen Handlungsorientierungen steht das *Bezugsproblem* einer *medizinisch abgesicherten Entscheidung* im Mittelpunkt. Gerade der Umgang mit den komplexen Fallproblematiken, wo die Ärzte weiterhin – oftmals auch gegen den ausdrücklichen Wunsch ihrer Patienten und entgegen der ökonomischen Rationalitätsmaxime – höchsten diagnostischen Aufwand betreiben, lässt deutlich werden, dass es hier nicht um die performativen Aspekte von Medizin, um ihre Inszenierung geht. Die ärztlichen Orientierungen sind vielmehr bis ins Mark hinein durch Medizinalität geprägt. Unter der Gretchenfrage verknappter Ressourcen kann auf die Beschäftigung mit den psychosozialen Patientencharakteristika – auch auf Freundlichkeit – verzichtet werden, nicht jedoch auf Medizin. Auch wenn die Krankenhausärzte dies explizit bedauern und den hiermit verbundenen Verlust an ›Ganzheitlichkeit‹ beklagen, vollziehen sie handlungspraktisch zurzeit genau die beklagte Wandlung vom professionellen Akteur zum medizinischen Experten. Im Hinblick auf das medizinische Risikomanagement bleiben sie die unhintergehbare Autorität und nur sie können (und müssen) entscheiden, wo in medizinisch verantwortbarer Weise Lücken gelassen werden können.

Während die medizinische und rechtliche Verantwortungshoheit bei den Ärzten bleibt, gewinnt jedoch gleichzeitig die Pflege an organisationaler Bedeutung. Allein schon aus der Tatsache, dass ärztliche Kommunikationszeit zur äußerst knappen Ressource wird und die Pflegekräfte allein schon zahlenmäßig deutlich präsenter auf den Stationen sind, tragen diese nun deutlich mehr Verantwortung für das Gelingen des Gesamtprozesses, sei es in der psychosozialen Patientenführung oder der im Risikomanagement, etwa in dem Sinne, dass die von ärztlicher Seite nur ungenügend betreuten Patienten von der Pflege zu überwachen sind, um dann gegebenenfalls den rechtlich verantwortlich zeichnenden Arzt hinzu rufen zu können.

Wenngleich die Ärzte in Bezug auf das Krankenhausmanagement einen deutlichen Verlust an Macht und Einfluss hinnehmen mussten (vgl. Hafferty/Light 1995), reifiziert sich mit dem Rückzug auf ihre medizinische Expertenrolle zugleich ihre Stellung innerhalb der Medizin. Deutlich wird dies mit der Anforderung einer höheren Reflexivität der Behandlungsprozesse. Nicht nur die diagnostischen Unsicherheiten (Fox 1969) und das Problem der therapeutisch erzeugten Artefakte (Wagner 1995) muss nun bewältigt werden, sondern auch die Lasten der organisationsbedingten Rationierungen. Zudem erzeugen die Abrechnungsmodalitäten des DRG-Systems eine neue Komplexität, aus der nicht nur die Verwaltung sondern auch die Ärzte Machtgewinne ziehen können. Nur der eingeweihte ärztliche Experte verfügt über das Wissen, die vielschichtigen Ebenen medizinischer Dokumentation – einschließlich ihrer Fehler – zu decodieren und hinter den vielfältigen administrativen Mogeleyen, das Wesentliche des Behandlungsgeschehens zu rekonstruieren. Aufgrund einer weiteren ›Taylorisierung‹ seiner Arbeit mag zwar der einzelne Arzt, die Kontrolle über das Krankenhaus wie über den Behandlungsprozess verlieren, bleibt aber dennoch unersetzbar als entscheidender Knotenpunkt im Behandlungsprozesses. Eliot Freidson (2001)

folgend, der mittlerweile von seiner früheren ›Deprofessionalisierungsthese‹ Abstand nimmt, sprechen die hier vorgestellten Ergebnisse dafür, dass im modernen Krankenhaus die drei ›Logiken‹ »bureaucratism«, »economism« und »professionalism« gleichzeitig und parallel auf die Spitze getrieben werden.²⁴

Formell bleibt die hierarchische Stellung der Ärzte zwar ungebrochen, auf organisationaler Ebene »entgleitet« ihnen jedoch nun der Prozess und sie müssen sich nun als Teil einer Heterarchie erleben, sind also auf andere (Patienten, Pflegekräfte, Kollegen) angewiesen, ohne diese wirklich kontrollieren zu können.

Die hiermit verbundenen habituellen Inkongruenzen, der Verlust an professioneller Autonomie, drückt sich in bislang ungewohnten neuen Allianzen zwischen Mediziner, Patienten, Gewerkschaftern und Vertretern der pharmazeutischen Industrie aus. Gleich dem Übergang des Adels vom Feudalismus zur Moderne scheint auch das ärztliche Selbstbild einem tief greifenden Wandel unterworfen. Selbst die Chefärzte müssen heute erfahren, dass sich ihre Macht nur noch auf bestimmte Rollensegmente reduziert und sie sich im Kontakt mit dem Verwaltungsdirektor nicht selten in der Position des Gedeemühten wieder finden. Der Arzt ist nicht mehr *captain of the ship* sondern Teil eines Behandlungsnetzwerkes, das ihm nur noch in den medizinischen (Teil-)Fragen Entscheidungsautonomie zuweist.

4.2 Organisationssoziologische Überlegungen

Innerorganisatorisch ergibt sich aus diesen Prozessen eine Reihe von Verschiebungen. Die verknappte Ressource ›ärztliche Arbeitskraft‹ wertet den Mediziner als Experten zugleich auf, wie sie ihm als Arzt allein schon aus zeitlichen Gründen die Freiheitsräume nimmt, sich in die Sphären einzuschalten, die außerhalb der Spezialkompetenzen liegen, für die er eingesetzt wird. Nur noch in Ausnahmefällen wird der Oberarzt eine ausführliche Gruppenvisite leisten können. Nur das Scheitern der Routinen wird den Stationsarzt dazu legitimieren, die bereits durch die Aufnahme vorsortierten Patienten nochmals persönlich zu befragen und zu untersuchen. Der Zeitdruck wird von ihm verlangen – solange möglich – nach Aktenlage zu entscheiden.

Durchaus auch im Sinne der *actor network theory* (vgl. Latour 2000) bekommt die Krankenakte dabei eine konstitutive Rolle, sowohl in der Organisation der medizinischen Arbeit als auch in der Routinisierung der Behandlungsprozesse (siehe auch Berg 1992; Berg 1996). Sie steht einerseits für die Bedeutungswandlung der ärztlichen Rolle (weniger Beziehung zum Patienten, mehr ärztliche Expertise). Andererseits steht sie für die Banalität der Anschlussfähigkeit einer Medizin in Organisationen qua Akte, steht also für eine medizinische Praxis, die ihre Organisationsform wie auch ihre Rationalität und Legitimität eben dadurch erhält, dass verschriftete Befunde an verschriftete Befunde anschließen. Die Leistung der Akte besteht dann darin, dass sie gleichzeitig für eine Festlegung steht, die dann jedoch in ihrer Abstraktionslage so unbestimmt ist, dass sie sukzessive weiterer Festlegungen durch die ärztliche Tätigkeit bedarf. Dass die Ärzte unter den aktuellen Bedingungen einerseits vermehrt auf die Akte angewiesen sind, andererseits jedoch unter dem Zeitdruck nur noch bedingt eine gute Aktenführung leisten können, also auf »Gedankenlesen« angewiesen sind, ist aus dieser Perspektive kein Widerspruch sondern eben Ausdruck eines Arrangements, dass auch unter erheblichen Unschärfen Sicherheit zu erzeugen hat.²⁵ Die Kontingenzen, welche früher im Krankenhaus, zumindest noch ansatzweise, im ›professionellen Modus‹ innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung adsorbiert wurden, werden jetzt durch ›Organisation‹ geschlossen. Homolog und komplementär hierzu gewinnt nun die DRG-Technologie Anteil an der Vermittlung dieser Prozesse. DRGs stellen in diesem Sinne »leaky black boxes« dar, eben diese »knowledge objects« (Lowe 2001), um die hierum sich die organisationalen Prozesse gruppieren. Die Accounting-Methoden des Fallpauschalensystems erscheinen aus dieser Perspektive keineswegs als feste Systeme mit gut definierten Zwecken sondern als Konstruktionen,

²⁴ Dies stünde auch im Einklang mit der Modernisierungsthese von Rudolf Stichweh (1996), dass in modernen Organisationen mit fortschreitender funktionaler Differenzierung zunehmend der Professionelle alten Typs verschwindet, damit jedoch keineswegs die Expertenrolle. Siehe zum Verhältnis von Professionen, Organisationen und Gesellschaft auch Klatetzki und Take (2005).

²⁵ Siehe hierzu als mittlerweile klassischen Text: »Good‹ Organizational reasons for ›bad‹ Medical Records« (Garfinkel 1974).

die sich erst mit der Dauer verfestigen und ihrerseits (auch für die Ärzte) Möglichkeiten zu weiteren Entscheidungen und Verantwortlichkeiten eröffnen.

Mit der Zerteilung von Behandlungsprozessen in Einheiten, die durch verschiedene Organisationen bearbeitet werden, deutet sich eine Reihe weiterer organisationssoziologischer Konsequenzen an, die eine Analyse auf Basis netzwerktheoretischer Überlegungen nahelegen (vgl. White 1992; Windeler 2001). Allein das Primat der kurzen Liegezeiten verlangt nach einer Kooperation mit ambulanten Diensten, niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen, anderen Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen. Das mit der Einführung der DRGs verbundene ökonomische Controlling führt darüber hinaus zu einer dynamischen Relationierung von Leistung und Bezahlung in jeweils verschiedenen organisatorischen Einheiten.

Während das alte Krankenhaus – wenngleich als inoffizielle gesellschaftliche Funktion²⁶ – nicht nur Diagnose, Isolation und Therapie sondern auch soziale Indikation, Pflege, Sterbebegleitung zu leisten hatte, verteilen sich diese Aufgaben nun in *Behandlungsnetzwerken*, die aus unterschiedlichen Organisationen und Einzelakteuren gebildet werden (siehe für die diesbezüglich weiter ausdifferenzierten Verhältnisse in den USA: Scott, et al. 2000). Die Krankenhäuser werden zwar weiterhin allein schon aus technischen und administrativen Gründen ein Zentrum der Krankenbehandlung bilden, werden aber dann weder organisatorisch eine Einheit mehr darstellen (etwa wenn Belegärzte die Infrastruktur des Krankenhauses anmieten) noch den Behandlungsprozess als ganzes integrieren können. Dieser erscheint nun auch institutionell zergliedert (etwa indem vorbereitende Diagnostik, Akutbehandlung, nachsorgende Pflege und dem palliativ gelinderten Sterben jeweils von verschiedenen institutionellen Trägern übernommen werden).

Unter den alten Verhältnissen waren Therapie und deren Finanzierung, aber auch die hieran angekoppelten Machtverhältnisse, gesichert. Heute haben die Ärzte mit anderen Häusern, nachsorgenden Einrichtungen und ambulanten Ärzten für ihre Patienten die Weiterbetreuungschancen abzutasten. Nicht zuletzt werden der Patient und seine Angehörigen selbst zu einem Teil des Netzwerkes, haben nun vermehrt persönlich an diesen Vorgängen mitzuarbeiten, sei es in der Pflege, im Einfordern von Finanzmitteln oder in der Organisation von Beschwerdemacht, um den Irregularitäten in den Behandlungsprozessen eigene Kontrollversuche entgegenzusetzen.²⁷

Danksagung

Ein herzlicher Dank an all die Ärzte, welche uns einen Einblick in ihren schwierigen Alltag gestattet haben und ohne die diese Studien nicht möglich gewesen wären.

Atkinson, Paul (1995): *Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic*. London Thousand Oaks New Delhi: Sage Publications.

Berg, Marc (1992): The construction of medicals disposals. *Medical sociology and medical problem solving in clinical practise*. In: *Sociology of Health & Illness*, 14, 2, S. 151-180.

Berg, Marc (1996): Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. In: *Sociology of Health and Illness*, 18, 4, S. 499-524.

Bohnsack, Ralf (2003): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: UTB.

²⁶ Vgl. Rohde (1974: 450ff.).

²⁷ In diesem Sinne erscheint dann auch die Prozessfreudigkeit in den Vereinigten Staaten unter einem anderen Licht, nämlich als Kontrollversuche innerhalb von Netzwerken, in denen jeder Part versucht eine Balance zwischen Identität und Kontrolle zu finden.

- Bohnsack, Ralf (2006): Qualitative Evaluation und Handlungspraxis. Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung. In: Uwe Flick (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung. Reinbeck. rororo, S. 135-182
- Bourdieu, Pierre (1997): Méditations pascaliennes. Paris: Seuil.
- Carr-Saunders, Alexander Morris/Wilson, Paul Alexander (1933): The Professions. Oxford: Clarendon.
- Crilly, Tessa/Le Grand, Julian (2004): The motivation and behaviour of hospital Trusts. In: Social Science & Medicine, 58, S. 1809-1823.
- Fetter, Robert B./Brand, David A./Gamache, Dianne E (1991): DRGs: their design and development. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
- Fischer, Wolfram (2005): Neue Methoden für Krankenhaus-Betriebsvergleiche: Ein Werkstattbuch zur Visualisierung DRG-basierter Daten. Wolfertswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.
- Fox, Renée (1969): Training for Uncertainty. In: R. K. Merton/G. G. Reader/P. L. Kendall (Hg.): The Student Physician. Intruductory Studies in the Sociology of Medical Education. Cambridge Massachusetts. Harvard Univ. Press., S. 207-241
- Freidson, Eliot (2001): Professionalism. The third logic. Cambridge, Mass.: Polity Press.
- Garfinkel, Harold (1974): "Good" Organizational Reasons for "Bad" Clinical Records. In: Roy Turner (Hg.): Ethnomethodology. Selected Readings. Harmondsworth. Penguin, S. 109-127
- Gerlinger, Thomas (2003): Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Gruber, Hans (1994): Expertise. Modelle und empirische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gruber, Hans (1999): Mustererkennung und Erfahrungswissen. In: R. M. Fischer/W. Bartens (Hg.): Zwischen Erfahrung und Beweis. Medizinische Entscheidungen und Evidence-based Medicine. Bern Göttingen Toronto. Hans Huber, S. 25-52
- Hafferty, Frederic W./Light, Donald W. (1995): Professional dynamics and the changing nature of medical work. In: Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue, 1995, S. 132-153.
- Hafferty, Frederic W./McKinlay, John B. (Hrsg.) (1993): The Changing medical profession. An International Perspective. New York Oxford: Oxford University Press.
- Klatetzki, Thomas/Tacke, Veronika (2005): Organisation und Profession. Organisation und Gesellschaft. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Latour, Bruno (2000): Die Hoffnung der Pandora. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Lowe, A. (2001): Casemix accounting systems and medical coding – Organisational actors balanced on "leaky black boxes". In: Journal of Organizational Change Management, 14, 1, S. 79-100.
- Luhmann, Niklas (1999): Funktionen und Folgen formaler Organisation. Berlin: Duncker & Humblot.
- Nentwig-Gesemann, Iris (2006): Dokumentarische Evaluationsforschung. In: Uwe Flick (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung. Reinbeck. rororo, S. 159-182
- Observatory, European (2000): European Observatory on Health Care Systems. Deutschland. Copenhagen: WHO, Regionalbüro Europa.
- Oevermann, Ulrich (1990): Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung. Frankfurt/Main.

- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Arno Combe/Werner Helsper (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main. Suhrkamp, S. 70-182
- Ortmann, Günther (2003a): Organisation und Welterschließung. Dekonstruktionen. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Ortmann, Günther (2003b): Regel und Ausnahme. Paradoxien sozialer Ordnung. Suhrkamp Frankfurt/Main.
- Parsons, Talcott (1968): Professions. In: (Hg.): International Encyclopedia of the Social Science. S. 536-547
- Power, Michael (1997): The Audit Society. Rituals of Verification. Oxford: Oxford University Press.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Sajay, Samuel/Dirsmith, Mark W./McElroy, Barbara (2005): Monetized medicine: from physical to the fiscal. In: Accounting Organizations and Society, 30, S. 249-278.
- Scott, W. Richard/Ruef, Martin/Mendel, Peter J./Caronna, Carol R. (2000): Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care. Chicago: The University of Chicago Press.
- Stichweh, Rudolf (1996): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: Arno Combe/Werner Helsper (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main. Suhrkamp, S. 49-69
- Vogd, Werner (2002a): Die Bedeutung von "Rahmen" (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, "was der Fall ist" im gewöhnlichen Krankenhausalltag. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS), 2002, 2, S. 321-346.
- Vogd, Werner (2002b): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. In: Zeitschrift für Soziologie, 31, 4, S. 294-315.
- Vogd, Werner (2004a): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus bei komplexer Fallproblematik im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen. In: Zeitschrift für Soziologie, 33, 1, S. 26-47.
- Vogd, Werner (2004b): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie. Berlin: VWF.
- Vogd, Werner (2005a): Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung. Eine empirische Versöhnung unterschiedlicher theoretischer Perspektiven. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Vogd, Werner (2005b): Teilnehmende Beobachtung. In: Sven-Uwe Schmitz/Klaus Schubert (Hg.): Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre. Opladen. Verlag Barbara Budrich, S. 89-109
- Vogd, Werner (2006a): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Huber Verlag: Bern.
- Vogd, Werner (2006b): Paradoxien einer chirurgischen Abteilung, deren leitenden Akteure zugleich entscheiden und funktionieren sollen. In: Irmhild Saake/Werner Vogd (Hg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zu Problemen der organisierten Medizin. Frankfurt/Main. S.

Wagner, Gerald (1995): Die Modernisierung der modernen Medizin. Die "epistemologische Krise" der Intensivmedizin als ein Beispiel reflexiver Verwissenschaftlichung. In: Soziale Welt, 46, 3, S. 266-281.

White, Harrison C. (1992): Identity and control. A structural theory of social action. Prinjeton NJ: Princeton University Press.

Windeler, Arnold (2001): Unternehmensnetzwerke. Konstitution und Strukturation. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.