

ZUSAMMENFASSUNG

DES BERICHTS AN DIE

DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT ZUM PROJEKT

„ÄRZTLICHES HANDELN UND ENTSCHEIDEN IM KRANKENHAUS UNTER VERÄNDERTEN ORGANISATORISCHEN UND ÖKONOMISCHEN RAHMENBEDINGUNGEN“ BO-890/6

WERNER VOGD, BERLIN 2006

EINLEITUNG

Die bundesdeutschen Krankenhäuser erfahren zurzeit einen tief greifenden Wandlungsprozess. Zum einen finden – oftmals verbunden mit der Privatisierung der Häuser – Konzepte moderner Unternehmensführung Eingang in den Krankenhausalltag (EDV gestütztes Controlling, ›Outsourcing‹ und Zentralisierung von wichtigen Betriebsfunktionen). Zum anderen ändert sich mit den im Januar 2003 eingeführten Diagnose Related Groups (DRG) die Form der Leistungsabrechnung grundlegend: Nicht mehr die Liegezeit, sondern die Fallpauschale wird zum primären Finanzierungsmodus.¹ Darüber hinaus wurde zwischen 2000 und 2004 das ärztliche Personal in vielen Häusern um 20 bis 30 % gekürzt.²

Die Auswirkungen dieser Prozesse auf den ärztlichen Alltag wurden auf der Basis von themenzentrierten Interviews und Feldbeobachtungen³ auf einer chirurgischen und einer internistischen Abteilung zweier städtischer Krankenhäuser in einer qualitativen Längsschnittstudie rekonstruiert. Im Zeitraum Januar 2000 bis Januar 2002 wurden vier Feldforschungsaufenthalten in zwei städtischen und zwei universitären Kliniken durchgeführt.⁴ Im Jahr 2004 wurden die städtischen Häuser ein zweites Mal aufgesucht. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf dem impliziten, in die Handlungspraxis eingelassenen Wissen, weniger auf den Reflexionen und Bewertungen der Akteure *über* ihre Praxis. Die Auswertung des empirischen Materials erfolgt anhand der dokumentarischen Methode, wie sie Ralf Bohnsack in Anlehnung an die Wissenssoziologie von Karl Mannheim weiterentwickelt hat (siehe Kapitel II.). Im Sinne der modernen Expertiseforschung wird dabei zwischen der Logik der Praxis und den Reflexionen der Akteure über ihre Praxis zu unterscheiden. Die Rekonstruktion der Veränderungsprozesse erfolgt in einer *dreifachen komparativen Analyse*. Auf der ersten Ebene steht der Prä-post-Vergleich im Vordergrund. Entsprechend wurden die Praxen und Organisationsformen der ärztlichen Arbeit aus den beiden unterschiedlichen Untersuchungsphasen für jeweils eine medizinische Disziplin in Beziehung gesetzt. Auf der zweiten Ebene wurden die Beobachtungen und Rekonstruktionen der Chirurgie und der internistischen Medizin, also zwei hinsichtlich ihrer medizinischen Kultur recht verschiedene Disziplinen, einander gegenüber gestellt. Drittens schließlich wurde das Verhältnis von beobachteter Handlungspraxis und der Bewertung dieser Praxis durch die beforschten ärztlichen

¹ Die grundlegende Idee des DRG-Systems besteht darin, die Bezahlung des Krankenhauses an die Behandlung einer bestimmten Krankheit bzw. die Erstellung einer bestimmten Diagnose zu koppeln. Für alle Patienten mit der gleichen Diagnose und entsprechender (Behandlungs-)Prozedur würde nun der gleiche Betrag erstattet, unabhängig davon, ob sich die Behandlung im Einzelfall sehr einfach oder hochgradig kompliziert darstellt. Das DRG-System belohnt rationellere Behandlungszyklen bei kürzeren Liegezeiten. Damit Patienten nicht vorschnell ›blutig‹ entlassen werden, sind für die Fallpauschalen Mindestbehandlungszeiten benannt. Zu lange Liegezeiten gehen dann jedoch zu Lasten des Krankenhauses. Ebenso können wiederholte Einweisungen mit der gleichen Diagnose innerhalb einer gewissen Zeit nicht über die gleiche Fallpauschale abgerechnet werden. Hiermit soll das Krankenhaus veranlasst werden, seine Arbeit sorgfältig zu beenden, da die erneute Einweisung Verlust, an Stelle von Profit, mit sich bringt. Da die Aufgabe eines Krankenhausaufenthaltes manchmal nicht in der Behandlung sondern in der Diagnose einer Erkrankung liegen kann, ist letzteres auch als Prozedur kodier- und abrechenbar (siehe im Projektbericht, Kap. III.1).

² Um hier das Beispiel der von uns untersuchten internistischen Station eines städtischen Krankenhauses zu geben: Im Jahr 2001 waren dort noch 3,75 Stationsarztstellen für 36 Patienten vorgesehen. 3 Jahre später waren nur noch 2,25 Ärzte für dieselbe Station eingeteilt. In der gleichen Zeit reduzierte sich der durchschnittliche Klinikaufenthalt eines Patienten von 11 auf 7 Tage. Gleichzeitig kommt es aufgrund von Ruhetagen nach Nachtdiensten, Urlaub sowie Freizeitausgleich von Überstunden zu häufigen ›Schichtwechseln‹ und damit regelmäßig zu Schnitten in der Kontinuität der ärztlichen Arbeit.

³ In den Feldbeobachtungsperioden von 3-12 Wochen Dauer wurden einzelne Behandlungsverläufe synchron bzw. zeitnah mit dem Prozessgeschehen dokumentiert, in dem die am jeweiligen Behandlungsgeschehen beteiligten Akteure mit dem Notizblock in der Hand begleitet wurden (vgl. Vogd 2005).

⁴ Vgl. die Habilitationsschrift von Werner Vogd (2004).

Akteure in den Vordergrund gestellt. Hierbei war im Sinne der dokumentarischen Interpretation zwischen den expliziten Bewertungen und den impliziten Bewertungen, den *Werthaltungen*, zu unterscheiden (Bohnsack 2006). Das den Vergleich strukturierende Dritte (*tertium comparationis*) stellt jeweils ein gemeinsames Thema dar, das in den unterschiedlichen Kontexten verhandelt wird. Die Identifikation der Themen erfolgt empirienah. Unsere Analyse werden insbesondere anhand von folgenden Themen entfaltet: *Organisation des Arbeitsalltags*, *Patientenmanagement*, *Liegezeiten*, *soziale Indikation*, *ärztliche Verwaltungsarbeit*, die *fachärztliche Ausbildung*, die *Bearbeitung von Routinefällen* und der Umgangs mit *komplexen Fallproblematiken*.

Im Sinne der methodologischen Anlage des Projektes lässt sich die vorliegende Studie als eine *dokumentarische Evaluation* der Reformprozesse in den bundesdeutschen Krankenhäusern verstehen, die auf die ärztlichen Entscheidungsprozesse fokussiert und die Veränderungen in der Krankenhausorganisation und -finanzierung jeweils als ›Interventionsvariable‹ betrachtet (Kapitel I.2).

ERGEBNISSE

Arbeitsorganisation

Für beide untersuchten Abteilungen stellt sich unter den neuen ökonomischen Bedingungen das Problem, wie unter den Randbedingungen erheblicher Kürzungen beim ärztlichen Personal ein höheres Patientenaufkommen zu bewältigen ist. Bei den Chirurgen wird diese Herausforderung durch eine Dynamisierung der Arbeitsfelder zum Preis einer deutlichen Erhöhung der *Zeiten unbezahlter* Mehrarbeit gelöst. Die Ärzte wechseln nun bei Bedarf dynamisch zwischen verschiedenen Arbeitssphären hin und her (Kapitel III.2 und III.4). Demgegenüber ist bei Internisten die Organisation der ärztlichen Arbeit im Wesentlichen gleich geblieben (Kapitel III.3 und III.5). Stattdessen werden nun insbesondere bei den Routinefällen Versorgungs- und Betreuungslücken in Kauf genommen, um das Arbeitspensum bewältigen zu können.

Die unterschiedlichen Formen, wie in den beiden Abteilungen der Rationalisierungsdruck bewältigt wird, lässt sich zwar zum Teil auch auf die jeweils unterschiedliche Personalstrukturen zurückrechnen.⁵ Doch sowohl hinsichtlich der Grundlegenden Frage, wie eine rationellere Patientenversorgung geleistet werden kann, als auch mit Blick auf die unterschiedlichen Konsequenzen für das chirurgische und internistische professionelle Ethos, sind an dieser Stelle schon einige Schlussfolgerungen möglich, die Generalisierungen erlauben, welche über die Spezifika der jeweiligen Abteilungen und ihren kulturellen und personalstrukturellen Bedingungen hinausreichen.

Patientenmanagement und Soziale Indikation

Im Stationsalltag wird nun deutlich zwischen den komplizierten Fallproblematiken und den Routinefällen unterschieden. Letztere werden – anders als früher – nur noch oberflächlich untersucht. In ihrer Betreuung werden seitens der Stationsärzte Lücken in der Versorgung in Kauf genommen und die Oberärzte widmen diesen Patienten 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.

In gewisser Weise gleicht der Akt, die medizinischen und organisatorischen Anforderungen in Balance zu halten, nun 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. Entsprechend der nicht hintergehbaren medialen Orientierung geschieht hier unter dem Strich nicht weniger Medizin sondern schnellere Medizin:

- Unterschiedliche Untersuchungen werden nun gleichzeitig angefahren, ohne zuvor das Ergebnis der ersten zunächst einmal abzuwarten.
- Man greift eher auf aufwendigere bildgebende Verfahren zurück, um Entscheidungskontingenzen aufzulösen.

⁵ Die Stationsarbeit in der chirurgischen Abteilung wird überwiegend durch Weiterbildungsassistenten geleistet. Diese sind strukturell hochgradig ausbeutbar, da sie hinsichtlich ihrer Ausbildung auf die Gunst der übergeordneten Ärzte angewiesen sind. Demgegenüber stellt sich die Personalstruktur der Internisten anders dar. Auf der Station kommen überwiegend Fachärzte in Festanstellung zum Einsatz. Aufgrund ihrer Stellung sind die Ärzte nur begrenzt zu unbezahlter Mehrarbeit zu motivieren. Die hohe Fachkompetenz auf der Stationsarztebene wird hier sozusagen kompensiert durch eine gewisse Widerständigkeit gegenüber den Versuchen der Klinikleitung, noch mehr unbezahlte ärztliche Arbeit zu institutionalisieren.

- 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 belassen.

Die Organisation der Behandlungsprozesse passt sich hier in die ökonomischen Vorgaben ein, ohne dass auf das Medizinische verzichtet wird. Unter der Schraube der Ökonomie kommt die medizinale Haltung hier gewissermaßen zu sich selbst. Früher hätte man beispielsweise einen allein lebenden pflegebedürftigen Patienten aus sozialen Gründen noch ein paar Tage länger auf der Station gepflegt oder man hätte einem Patienten nicht zugemutet, zwischen zwei Eingriffen nochmals nach Hause zu gehen, um sich dann zwischendurch vom Hausarzt eine weitere Kostenübernahme durch die Krankenkassen ausstellen zu lassen. Unter den neuen Rahmenbedingungen legitimieren in der Regel nur noch harte medizinische Gründe die Überschreitung der Liegezeit und einen erhöhten Aufwand für eine ganzheitliche Abklärung der medizinischen Ursachen. Ebenso finden längere Gespräche der Ärzte untereinander, wie auch mit den Patient und seinen Angehörigen nur noch bei den besonders problematischen Fällen statt.

Da zwangsläufig Lücken gelassen werden müssen, haben nun die Ärzte medizinisch begründet darüber zu entscheiden, wo Lücken gelassen werden können. Insbesondere mit Blick auf die Aufgaben des Fehlermanagement bekommen – im Sinne einer ökonomischeren Arbeitsorganisation zunächst zerteilten Prozessen – gerade jene Ärzte eine stärkere Bedeutung, welche aufgrund ihres Erfahrungswissens auch aus fragmentarischen Informationslagen schnell einen Überblick herstellen können. Die Verknappung der ärztlichen Arbeitskraft führt hier gleichzeitig zu höheren Kompetenzansprüchen an die ärztlichen Experten.

Komplexe Fallproblematiken

Am paradigmatischen Beispiel der ›komplexen Fallproblematiken‹ wird in umfangreicheren komparativen Analysen und Vorher/nachher-Vergleichen die Frage gestellt, ob sich unter den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen die ärztlichen Orientierungen grundlegend geändert haben. Es stellte sich die Frage, ob von ärztlicher Seite weiterhin, mit hohem Aufwand, eine anspruchsvolle Medizin betrieben wird.

In allgemeiner Form lautet die Antwort, dass in beiden Abteilungen die knapperen personellen Ressourcen wie auch das ökonomische Controlling, die Ärzte nicht daran hindern, diesen komplizierten Fällen höchste medizinische Aufmerksamkeit zu widmen.

Allerdings zeigen sich in beiden Abteilungen deutliche Veränderungen in der Arbeitsorganisation, die insbesondere bei den Internisten auf eine tendenzielle Verschiebung in den ärztlichen Orientierungen hinweisen:

- Die diagnostischen Prozesse erscheinen mit Blick auf die Liegezeiten deutlich beschleunigt. Es werden nun paradoxer Weise schneller aufwendige und teure Verfahren angewendet und man neigt dazu, verschiedenen Differenzialdiagnosen eher parallel denn sequenziell nachzugehen. Der Preis, der für die kurzen Liegezeiten zu zahlen ist, besteht in einem höherem technischen Aufwand sowie möglicherweise auch darin, im Zweifelsfall lieber eine sich im nachhinein überflüssig erweisende Untersuchung gemacht zu haben, als in Zeitnot zu kommen.
- In beiden Abteilungen entstehen aufgrund der Verknappung der ärztlichen Arbeitkraft vermehrt Diskontinuitäten in der stationsärztlichen Betreuung. Der Behandlungsfall wird hierdurch tendenziell zu einem ›Teampatient‹ über den alle beteiligten Kollegen Bescheid zu wissen haben, um dann bei Bedarf den Handlungsstab übernehmen zu können. Während für die Chirurgen die hiermit verbundene Taylorisierung der Arbeitsprozesse weniger Probleme bereitet, da sie habituell schon immer als ‚Teamspieler‘ agierten, ändert sich jedoch für die Internisten hiermit auch die *Konfiguration des Wissens* über den konkreten Fall. Dem Internisten, der gewohnt ist, die Komplexität hinsichtlich des gesamten diagnostischen, therapeutischen und sozialen Geschehens habituell zu beherrschen, „entgleitet“ nun dieser Prozess. Der integrierende Überblick kann beim Stationsarzt nicht mehr vorausgesetzt werden, sondern muss unter wechselnder Personalbesetzung situativ und *ad hoc*, etwa in einer Oberarzt- oder Chefvisite, hergestellt und aktualisiert werden. Das Fallwissen erscheint nicht mehr immer an die Person des Stationsarztes gebunden, sondern ist tendenziell eher *azentrisch* im Behandlungsteam repräsentiert, welches dann über die Patientenakte den roten Faden aufrecht erhalten muss.
- Während die Chirurgen in der Regel auch die komplizierten Fälle zu einem handlungspraktischen Abschluss bringen – im Zweifelsfall wird in den Körper geschaut – stellt sich unter den neuen Rahmenbedingungen die

Situation für die Internisten anders dar. Nicht in jedem Falle können sie nun das entsprechend ihrer medizinischen Orientierung für notwendig Erachtete vor Ort stationär abklären. Ein Teil der therapeutischen, pflegerischen und auch diagnostischen Prozesse ist in den ambulanten Bereich oder die nachsorgenden Einrichtungen auszulagern. Unter der neuen Handlungsmaxime »kompliziert zu denken, aber nicht kompliziert zu handeln«⁶, deutet sich hier eine Verschiebung im internistischen Habitus an. Auf kognitiver Ebene bleibt man zwar seiner alten Orientierung treu und versucht in generalistischer Manier alles mit zu bedenken. Handlungspraktisch ist jedoch ein Teil der Prozesse abzugeben und hiermit geht auch das unmittelbare Feedback, die sinnliche Evidenz, ob der eingeschlagene Pfad etwas gebracht hat, verloren. Nicht zuletzt aus diesem Grund scheint es lohnenswert, zu schauen, ob der internistische Ethos in Zukunft an dieser Stelle weiter »aufweichen« wird, es also mit Blick auf die Sozialisation der nachkommenden Internistengeneration zu einer grundlegenden Verschiebung im Habitus kommen könnte, die mit weniger professioneller Generalist und mehr spezialisierter Experte umschrieben werden könnte.

- Mit der Verknappung der Ressource ärztliche Arbeitszeit und hiermit verbundenen häufigen Personalwechseln verringern sich in beiden Abteilungen die Möglichkeiten, eine persönliche Arzt-Patient-Beziehung herzustellen. Entsprechend können im Krankenhausalltag die Patientencharakteristika weniger auf verstehende Art und Weise in die ärztlichen Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden.⁷
- Darüber hinaus lassen sich bei den Chirurgen Veränderungen in der Kommunikationsstruktur aufzeigen. Die neue Arbeitsorganisation manifestiert sich in einer Verflachung von Hierarchien, die den Gesamtprozess deutlich effizienter erscheinen lassen, da eine bestimmte Klasse mikropolitische Spiele nicht mehr stattfindet, welche dazu beigetragen hatten, dass Entscheidungen hinaus gezögert wurden. In Verbindung mit dem neuen Kommunikationsmedium »Funktelefon« erscheint nun die Abteilungskommunikation deutlich dynamisiert, was einerseits die Überbrückung von personellen Diskontinuitäten erleichtert, andererseits die Behandlungsprozesse beschleunigen lässt.

Mit Blick auf die recht verschiedenen medizinischen Kulturen der beiden Abteilungen zeigen sich hier also sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten. Festzuhalten bleibt, dass in beiden Fällen die medizinischen Orientierungen den primären Rahmen stellen, denen gegenüber dem ökonomische Kriterien, mikropolitische Spiele, allerdings auch die weichen Behandlungsfaktoren, wie insbesondere die Arzt-Patient-Beziehung, in den Hintergrund rücken.

Fachärztliche Ausbildung

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 (Kapitel V). Wenngleich die Ärzte hier schon immer zu außerberuflichen Arrangements gefunden haben, in ihrer Ausbildung voran zu kommen, darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich hier möglicherweise in Zukunft speziell bei den Internisten Probleme hinsichtlich des Trainings hoch qualifizierten Nachwuchs ergeben könnten. Während die operative Ausbildung der Chirurgen zwangsläufig strukturell eine face-to-face Unterweisung bleiben muss, hier also der Novize im Sehen, Hören und Fühlen seinem Lehrenden folgen kann, individualisiert sich bei den Internisten die Praxis in einer Weise, dass vermehrt die Räume verschwinden, in denen Erfahrene und Novizen sich begegnen. Speziell die Frage, wie die internistische Medizinkultur mit ihrem Kompetenzanspruch auf klinische Ganzheitlichkeit reproduziert werden kann, bleibt angesichts der derzeitigen Entwicklungen eine unbeantwortete Frage. Das städtische Krankenhaus stünde dann mit dem Wechsel der nächsten Facharztgeneration womöglich vor dem Problem, dass genau die Experten gebraucht würden, die aufgrund der strukturellen Situation nun nicht mehr ausgebildet werden.

Bewertungen und Werthaltungen der ärztlichen Akteure⁸

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

⁶ Zitat eines internistischen Chefarztes.

⁷ Dies bedeutet jedoch nicht, dass nicht – wie insbesondere bei den Chirurgen beobachtet – auf anderem Wege »Nähe« und »Vertrauen« hergestellt werden kann. Diese performativen Kommunikationsabkürzungen dürfen hier nicht als Verstehen, d.h. als der Versuch einer durch kommunikative Prozesse hergestellten Perspektivenübernahme, verstanden werden.

⁸ Die Differenzierung zwischen Bewertungen und Werthaltungen unterscheidet zwischen den explizit geäußerten Stellungnahmen der untersuchten Akteure und den impliziten Werthaltungen und Orientierungen, die sich erst in der dokumentarischen Rekonstruktion ergeben (Bohnsack 2006).

möglich, indem die vorangehend beschriebenen Rationalisierungspotentiale genutzt wurden.⁹ Doch zumindest unter medizinisch funktionalen Aspekten scheinen die Strukturen und Prozesse zu ›arbeiten‹. Nicht zuletzt ist zudem in beide Abteilungen wieder eine gewisse Planungssicherheit hinsichtlich der Zukunft der Standorte eingekehrt zu sein. Damit verbunden sind auch einige Unsicherheiten unter den Mitarbeitern verschwunden, welche das Arbeitsklima während des ersten Beobachtungszeitraum negativ beeinflusst hatten. 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 das Funktelefon und die EDV als Elemente eines dynamischeren sozio-technischen Netzwerkes einige der zuvor bestehenden Kommunikationsbarrieren zu unterlaufen. Die Abteilung findet insgesamt zu einer deutlich schnelleren Entscheidungs- und Fehlerkommunikation.

Der Befund zweier aus organisatorischer Sicht durchaus gut laufender medizinischer Abteilungen steht jedoch in Diskrepanz zu expliziten Bewertungen der ärztlichen Akteure (Kapitel VI.1 und VI.2). Auch die Ärzte beschreiben zwar auf beiden Seiten ihre Abteilungen durchaus funktions- und arbeitsfähig. Darüber hinaus wird jedoch bedauert, dass sich die Qualität der Patientenbetreuung verschlechtert bzw. dass man hier zu wenig Zeit für Gespräche habe. Zudem vermuten die Ärzte, dass sich die medizinische Versorgungsqualität mittelfristig verschlechtern werde. Außerdem wird eine zu geringe finanzielle Gratifikation der Ärzte beklagt und nicht zuletzt wird es als unzumutbar charakterisiert, dass sich die Ärzte einem technokratischen hoch verdichteten Arbeitsprozess zu unterwerfen hätten. Insbesondere die Internisten beklagen, dass ein wesentlicher Aspekt 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 unterhalb der Ärzteschaft nicht nur – wie sozial erwartbar – von den strukturellen Verlierern innerhalb der ärztlichen Hierarchie – etwa den Altassistenten – geäußert werden, sondern auch von den höheren Positionen im ärztlichen Feld geteilt werden. Dass auch unter den leitenden Ärzten der Wunsch geäußert wird, das Krankenhaus zu verlassen, bzw. sich nach anderen Berufsmöglichkeiten umgeschaut wird, deutet auf tiefe habituelle Inkongruenzen hin. Damit wird deutlich, dass die Funktionsfähigkeit der Abteilungen mit hohem psychischen Aufwand der Ärzte aufrechterhalten wird.

Die habituellen Inkongruenzen innerhalb der *Werthaltungen* im ärztlichen Feld wurden paradigmatisch am Beispiel des leitenden Oberarztes der chirurgischen Abteilung herausgearbeitet (Kapitel VI.4). 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 der impliziten Werthaltungen 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.

Dramatisiert erscheint dieser Befund mit Blick auf Gespräche, die mit den anderen Akteuren geführt wurden, welche in besonderem Maße die ärztliche Leistungselite verkörpern. Sowohl bei den Chirurgen als auch bei den Internisten wird hier über Strategien nachgedacht, das bisherige berufliche Feld zu verlassen. Nicht nur der Blick auf andere westliche Länder, in denen erheblich besserer Bezahlung und angenehmere Arbeitsbedingungen erwartet werden, auch der Wechsel vom Arztberuf in höhere Verwaltungsposten erscheint hier immer mehr als legitimer Ausweg, um den als mittlerweile unzumutbar erlebten Verhältnissen zu entkommen. Die Brisanz dieser Bewegung liegt nun darin, dass die Identifikation der Ärzte mit den Verhältnissen gleichsam von oben her weg bricht. Von dem klassischen, die hierarchischen Verhältnisse stabilisierenden 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. Hier ist für das Krankenhaus wohl eher noch mit einer weiteren Destabilisierung zu rechnen, da die innere wie auch explizite Kündigung auf verschiedensten Ebenen zum Thema werden.

⁹ Während der hoch verdichteten Arbeitsprozesse konnten vereinzelt durchaus auch „Pannen“ beobachtet werden, welche insbesondere der lückenhaften „Informationenübergabe“ bei Personalwechseln zuzurechnen sind (vgl. im Projektbericht Kapitel III.4 und III.5). In beiden Abteilungen zeigten sich jedoch im ärztlichen Team erhebliche Kompetenzen, diese und andere Fehler wieder auszubügeln, sodass sich mit Blick auf die Feldbeobachtungen keine unmittelbaren Indizien ergeben, dass die medizinische Versorgung in den untersuchten Abteilungen wirklich gefährdet sei, bzw. Patienten hinsichtlich ihrer Behandlungen mit häufigeren oder ernsteren Fehlern zu rechnen hätten. Für den Patient und seine Angehörigen mag es allerdings unter den neuen Bedingungen erheblich schwieriger geworden sein, einen Arzt anzutreffen, der den eigenen Fragen Gehör schenkt und zudem über den Fall wirklich Bescheid weiß (vgl. im Projektbericht Kapitel III.3 und III.4).

DISKUSSION

Die Ergebnisse werden zunächst für die unterschiedlichen ärztlichen Akteursgruppen reflektiert (Kapitel VII.1). Anschließend werden relevante Stakeholdergruppen des Krankenhauses in stereotypisierter Form in die Diskussion miteinbezogen (Kapitel VII.2).

Ärztliche Gruppen

Das bisherige Bild zeigt tiefe habituelle Inkongruenzen im ärztlichen Feld. Die Ärzte halten ihre Funktionsfähigkeit unter Bedingung erheblicher Erosionstendenzen hinsichtlich der Berufsmotivation aufrecht.

Im Sinne einer genaueren Analyse der ärztlichen Stakeholderinteressen sind jedoch im Folgenden nochmals verschiedene Ebenen zu rekapitulieren:

- Während die Chirurgen nur unter den organisatorischen und administrativen Zumutungen sowie einer ungenügenden Würdigung ihrer Leistungen leiden, erscheint für die Internisten ihre ärztlich-professionelle Identität bedroht. Im Sinne der Kriterien, wie sie die klassische Professionstheorie beschreibt, erfahren sie eine Deprofessionalisierung vom Arzt zum technokratischen Spezialisten.

Eine weitere Differenzierung der ärztlichen Stakeholder ergibt sich hinsichtlich der jeweiligen Stellung innerhalb der ärztlichen Hierarchie sowie mit Blick auf den Ausbildungsstatus:

- Für den Ausbildungsassistent mag unbezahlte Mehrarbeit bei hoher Arbeitsdichte unter der Voraussetzung akzeptierbar sein, hierdurch mit der ärztlichen Weiterbildung in der eigenen Berufskarriere voran zu kommen. Zumindest für die Internisten scheint selbst dieses Arrangement nicht mehr möglich, für die Chirurgen nur zum Preis einer 70 – 80 Stunden Woche. Zugleich erscheint das Fenster potentieller Aufstiegsmöglichkeiten nun kleiner geworden zu sein. Angesichts der hohen Arbeitsbelastung der Assistenzärzte, ist die Position bzw. der Beruf des gewöhnlichen Krankenhausarztes kaum noch anstrebenswert.
- Die Gruppe der Altassistenten, welche auch im letzten Drittel ihrer Berufsbiografie noch zu Nacht- und Bereitschaftsdiensten eingesetzt werden, leidet, wie zu erwarten, unter den verdichteten Arbeitsverhältnissen. Möglicherweise haben Tendenzen zur inneren Kündigung zugenommen. Nichtsdestotrotz scheint gerade dieser Gruppe kaum etwas anderes übrig zu bleiben, als die Zumutungen weiter auszuhalten bzw. eine Frühberentung anzupeilen, denn unter dem Blickwinkel der Niederlassungsbegrenzung und dem Abbau von Krankenhausbetten sind für die Fachärzte die Optionen für einen Berufswechsel unter den gegebenen Verhältnissen limitiert.
- Die Gruppe der leitenden Ärzte erlebt sich unzureichend gratifiziert und sieht ihre Leistungen nicht gewürdigt. Sie erfährt sich technokratischen Verwaltungsvorgaben unterworfen und sieht kaum noch eigene Gestaltungsmöglichkeiten. Im Unterschied zu ihren geringer qualifizierten Kollegen erscheint es ihnen als mögliche wie auch attraktive Zukunftsperspektive, sich ein anderes Berufsfeld zu erschließen.

Insgesamt zeichnet sich für die Krankenhausärzte ein recht düsteres Bild. Die Verhältnisse werden metaphorisch ›kurz vor dem bersten stehend‹ als »Zeitbombe«¹⁰ umschrieben (vgl. Kapitel VI.3). In der Bundesrepublik als Krankenhausarzt zu arbeiten, stelle unter den gegebenen Verhältnissen keine attraktive Perspektive mehr dar. Nicht nur eine den westeuropäischen Verhältnissen entsprechende Entlohnung, auch bessere Arbeitsbedingungen (im Sinne von selbst bestimmter Arbeitrhythmen, mehr Zeit für den Patientenkontakt sowie einer Entlastung aus den Verwaltungstätigkeiten verstanden) wären hier wohl als ›Essentials‹ der ärztlichen Leistungseliten zu formulieren.

Die Pflege

Im Hinblick auf unsere eigentliche Fragestellung schränken wir die folgenden Betrachtungen dahingehend ein, dass wir die Pflege nur insofern in den Blick genommen haben, wie sie die Organisation der medizinischen Arbeit berührt und beeinflusst. Selbst unter diesem begrenzten Blickwinkel zeigt sich unter den neuen Verhältnissen durchaus eine Aufwertung bzw. wachsende Bedeutung der Pflegekräfte in der medizinischen Arbeit. In beiden untersuchten Abteilungen blieb der Personalschlüssel der Pflege in etwa konstant, wenngleich sich auch hier aufgrund der stärkeren Patientenbewegungen die Arbeitsprozesse durchaus verdichtet haben. Die geringere Zahl der Ärzte führt einerseits zu einer Verlagerung organisatorischer Aufgaben, andererseits zu mehr medizinischer Verantwortung des Pflegebereichs:

¹⁰ Zitat des leitenden Oberarztes der chirurgischen Abteilung.

- Insbesondere in den Zeiten, in denen wenig oder keine Ärzte auf der Station sind, bekommen die Pflegekräfte die Aufgabe, akuten medizinischen Handlungsbedarf zu diagnostizieren, um im Zweifelsfall doch einen Arzt herbei zu rufen.
- Sie erscheinen nun verantwortlich für die Organisation der post-stationären Weiterbetreuung und den hiermit verbunden psychosozialen Fragen („Entlassungsmanagement“).
- Zudem fungieren die Pflegekräfte nun (noch mehr) als Übersetzer zwischen den knapper gehaltenen ärztlichen Patientenunterweisungen. Sie erscheinen als Medium, um den Informationstransfer möglich werden zu lassen, und gewinnen hierdurch eine wachsende Bedeutung in der Patientenführung, wie auch für die Risikokommunikation.

Strukturell gewinnt diese Akteursgruppe hierdurch mehr Autonomie und kommt hiermit tendenziell in die Rolle einer ›Semiprofession‹ und kann in diesem Sinne durchaus als Gewinner dieser Prozesse verstanden werden. Hiermit verbunden sich nun auch erhebliche Prozesse der Binnendifferenzierung innerhalb des Pflegebereichs beobachten. In Koppelung an bestimmte Weiterbildungen werden hier beispielsweise neue Aufstiegsmöglichkeiten eingeführt.

Die Patienten

Im Rahmen unserer Untersuchung haben wir die Patientenperspektive nicht eingehender beleuchtet, sondern den Patienten vereinfachend als ›Adresse‹ gerichteter Behandlungsprozesse verstanden. Selbst unter dem Blickwinkel von Common Sense-Stereotypen lässt sich keineswegs eindeutig beurteilen, ob sich für den Patienten die Verhältnisse zum Besseren oder zum Schlechteren gewendet haben.

Die kürzeren Liegezeiten werden manche Patienten vorteilhaft erleben. Dass nun schneller aufwendige diagnostische Prozeduren eingesetzt werden, mag den einen bedrohen und verunsichern, beim anderen zusätzliches Vertrauen schaffen, da nun vermehrt harte Fakten produziert werden. Dass weniger Gruppensitzungen stattfinden und man weniger Ärzte sieht, mag angesichts eines schnellen Behandlungsprozess nicht weiter verunsichern, wenn auf die Pflegekräfte gezählt werden kann, die einem Fragen beantworten und bei Bedarf doch ärztliche Hilfe hinzuziehen. Je nach sozialer Lage, gesundheitlicher Situation und persönlichen Präferenzen treten hier jeweils andere Kriterien in den Vordergrund, so dass hinsichtlich der benannten Aspekte nur schwerlich von „dem Patienten“ gesprochen werden kann.

Dennoch sind jedoch einige Aspekte zu nennen, welche vermutlich übergreifend die Patienten als Stakeholdergruppe betreffen:

- Da die Behandlungsprozesse zerteilt sind und häufige Personalwechsel stattfinden, wird die Behandlungskontinuität vermehrt über die Patientenakte und weniger über einen einzelnen Arzt hergestellt. Für die Patienten wie auch ihre Angehörigen erscheint es unter den neuen Rahmenbedingungen nun schwieriger, einen ärztlichen Adressaten zu gewinnen, der ihre Fragen beantworten kann und über den Patienten wirklich Bescheid weiß.
- Viele Behandlungsprozesse werden nun auch in räumlicher und zeitlicher Sicht zergliedert, etwa in dem Sinne, dass Patienten nach wenigen Tagen Akutkrankenhaus nochmals in eine andere Einrichtung zur Weiterbetreuung verlegt werden. Stabilere Beziehungen zum Behandlungsteam oder den Mitpatienten können unter diesen Voraussetzungen kaum noch aufgebaut werden.
- Patienten bzw. ihre Angehörigen können entsprechend dem ökonomischen Primat der kurzen Liegezeiten kaum noch mit einer so genannten „sozialen Indikation“ rechnen. Dass dann beispielsweise eine Mutter noch ein paar Tage länger auf Station gehalten wird, weil nicht damit zu rechnen ist, dass sie in ihrer Familie die nötige Ruhe bekommen würde, ist unter den neuen Bedingungen nicht mehr vorgesehen.

Wenn man dem Patienten im Sinne einer Kriterienabwägung nach den Prinzipien des Rational choice unterstellt, dass er eigentlich zur Krankenbehandlung und nicht aufgrund sozialer Motive das Krankenhaus aufsucht, dann ließe sich auch aus der Patientenperspektive durchaus mit den gegebenen Verhältnissen leben – unter der Voraussetzung, dass die Qualität der medizinischen Behandlung stimmt. Ob Letzteres unter den neuen Rahmenbedingungen eher oder weniger der Fall sein wird als früher, kann an dieser Stelle nicht einmal annäherungsweise beantwortet werden. Zudem ist hier zwischen kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen Entwicklungen zu unterscheiden. Mit Blick auf die Ergebnisse dieser Studie deutet sich jedoch eine Spannungslage an, die daraus resultiert, dass unter den gegebenen Umständen das Krankenhaus in medizinischer Hinsicht nur dann *funktioniert*, wenn qualifizierte Ärzte weiterhin bereit sind, unbezahlte Überstunden unter hoch verdichteten

Arbeitsprozessen zu leisten. Mittelfristig könnte dieses Arrangement aufbrechen – insbesondere wenn die ärztlichen Leistungseliten abwandern und manche Assistenzärzte ihre innere Kündigung vollziehen, indem sie nur noch Dienst nach Vorschrift betreiben, was dann auch die Qualität der medizinischen Versorgung beeinträchtigen könnte.

Das Krankenhausmanagement

Wenn wir der Leitung eines *Krankenhauskonzerns* rein ökonomische Motive unterstellen würden, so erschienen die jeweiligen Einnahmen Ausgaben-Rechnungen als die entscheidungsleitenden Kriterien. In den Krankenhausbetrieb übersetzt heiße dies, dass einerseits die Kosten für die angebotenen Dienstleistungen möglichst niedrig zu halten sind, andererseits im Sinne weiterer Einkommensmöglichkeiten Patienten, die als ›Kunden‹ Gewinn versprechen, anzuwerben. Da die öffentlichen Krankenhäuser der Maximalversorgung auch einen Sicherstellungsauftrag haben, stellt sich die Lage komplizierter dar, denn diese Einrichtungen haben prinzipiell jeden Patienten, bei dem die entsprechende medizinische Indikation vorliegt, zu versorgen. Anders als ein Wirtschaftsunternehmen kann das Krankenhaus nur in begrenztem Umfang seine Dienstleistungsangebote so optimieren, dass ihre Leistungspalette sich hinsichtlich segmentärer Tiefe und Breite mit den Feldern überlappt, die den höchsten Gewinn versprechen.¹¹ Eine Selektion der Patienten wird für das städtische Krankenhaus nur die Ausnahme, nicht den Regelfall darstellen können.¹² Auch wenn uns hier weder der Raum noch die betriebswirtschaftliche Kompetenz zur Verfügung steht, all die betriebswirtschaftlichen Fragen der Krankenhauses auch nur annähernd zu beschreiben, weisen unsere Untersuchungsergebnisse auf eine Reihe von Themen hin, welche die ökonomische Situation des Krankenhauses beeinflussen können.

Ein Dilemma ergibt sich aus den unterschiedlichen Zeithorizonten, entsprechend denen die ärztliche Arbeit sowohl als Produktionsfaktor, als auch als Kostenfaktor erscheint. Deshalb scheint sich hier aus kurzfristiger Perspektive für den Krankenhausträger ein Standortvorteil zu ergeben, zunächst am ärztlichen Personal anzusetzen. Die Personalkürzungen ließen sich hier auf Grund der vielen befristeten Verträge relativ leicht umzusetzen. Zudem wurden den Ärzten eine Reihe weiterer arztfremder Tätigkeiten zugeschrieben, insbesondere die mit der DRG-Codierung verbundenen Verwaltungstätigkeiten sowie die mit dem Qualitätsmanagement verbundenen Verwaltungsaufgaben. Wenngleich es insbesondere aus einem angloamerikanischen Blickwinkel ungewöhnlich ist, dass spezialisierte ärztliche Fachkräfte zur Blutabnahme sowie zum Kopieren von Akten und Archivieren von Daten eingesetzt werden, erscheint es unter dem Blickwinkel der mikropolitischen Verhältnisse des Krankenhauses aus kurzfristiger ökonomischer Perspektive zunächst opportuner, den Krankenhausärzten weitere (unbezahlte) Mehrarbeitslasten zuzuschieben, als Stationssekretäre und Dokumentationsassistenten anzustellen.

Doch selbst bei oberflächlichem Blick zeigt sich der recht prekäre Charakter dieses Arrangements:

- Angesichts eines sich andeutenden Mangels an gut ausgebildeten ärztlichen Spezialisten und einer globalen Konkurrenzsituation, in der Krankenhausärzte in Kanada, den USA und Australien mehr als das Dreifache verdienen können, ist die Gefahr nicht mehr von der Hand zu weisen, dass medizinische Abteilungen zusammenbrechen könnten, wenn die Spezialisten aus den Funktionsabteilungen abwandern. Womöglich könnte bald der Wendepunkt erreicht sein, an dem die Ärzte aus der Rolle des Duldsamen in die Position des Forderers kommen.
- Darüber hinaus deuten sich schwere Brüche in der *corporate identity* der Krankenhäuser an. Wenn man unter diesem Konzept nicht nur die formale Verkündung von Leitbildern, die grafische Gestaltung von Emblemen sowie Hochglanzbroschüren und Web-Auftritte versteht, sondern die habituelle Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Unternehmenskultur, dann muss die Situation regelrecht als dramatisch angesehen werden. Die Eliten unter den Ärzten, welche die medizinisch-wissenschaftliche Identität verkörpern, empfinden sich kaum noch als Teil der Organisation, für die sie arbeiten.

Mit Blick auf diese Befunde steht das Krankenhausmanagement vor einem Dilemma: Kurzfristig sind hinreichend Kosten einzusparen, um im *benchmarking* mit den anderen Häusern nicht ins Hintertreffen zu gelangen, also mit

¹¹ Außerdem ermitteln sich die Umsätze der bundesdeutschen Krankenhäuser keineswegs – wie man mit Blick auf die Privatisierungen der Häuser denken könnte – aus dem Wechselspiel von Angebot und Nachfrage unter den Bedingungen eines freien Marktes. Vielmehr werden die Preise im Verhandlungsprozess der unterschiedlichen korporatistischen Akteure *politisch* bestimmt. Sie erscheinen damit als hochkomplexes Produkt des Aushandelns zwischen Krankenkassen, Ländern und Kommunen, und werden zudem nicht zuletzt vom Abrechnungs- und Kodierungsverhalten der anderen Krankenhäuser beeinflusst.

¹² Selbst unter Annahme einer ausschließlich ökonomistischen Orientierung des Krankenhausträgers wird die Frage der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle in den unternehmerischen Unterscheidungen spielen, da sich einerseits kein Haus mit Blick auf seine Marktpositionierung allzu skandalöse Zustände erlauben kann und andererseits – um einer neoinstitutionalistischen Begründung zu folgen – alle diesbezüglichen Institutionen der westlichen Industrienationen, Qualitätsmanagement, Iso-Zertifizierungen, Leitbildentwicklung, etc. betreiben. Man wird sich hier also kaum dem, was bei Gleichen unter den Gleichen üblich ist, entziehen können.

Blick auf die Standortfrage nicht mit einem allzu großen Minus die Diskussion um weitere Schließungen zu eröffnen. Mittelfristig wird sich die Ressource ›ärztliche Wissensarbeit‹ vermutlich als einer der entscheidenden Produktivitätsfaktoren zeigen, als der eigentliche Grund, Patienten als Kunden für das Krankenhaus gewinnen zu können. Es könnte also für die Häuser durchaus zu einem ökonomischen Problem werden, die ärztlichen Eliten ideell und im Hinblick auf ihre medizinisch-wissenschaftliche Identität nicht mit ins Boot geholt zu haben.

Darüber hinaus weisen die Ergebnisse auf einige Probleme hin, die das Controlling der ärztlichen Arbeit betreffen. Die Kriterien, nach denen die Ärzte im internen und häuservergleichenden *benchmarking* beurteilt werden, liegen vorrangig im Parameter der Liegezeit. Darüber hinaus wird seitens der Verwaltung kontrolliert, wie schnell die Abrechnungspapiere erstellt werden. Aus den Beobachtungen der Behandlungsprozesse ergeben sich jedoch durchaus Zweifel, ob diese Parameter die *ökonomische* Performance der Abteilung korrekt abbilden:

- Es konnte beobachtet werden, dass die Ärzte, um dem Primat der kurzen Liegezeiten zu entsprechen, insbesondere bei den komplexen Fällen schneller und parallel prozessierend teure diagnostische Verfahren einsetzen. Möglicherweise wird hier aufwendige, im nachhinein betrachtet jedoch oft unnötige Medizin betrieben, deren Kosten höher liegen könnten, als der pflegerische Aufwand, welcher für eine längere Liegezeit in Rechnung zu stellen wäre.
- Speziell bei den Internisten hat die Ökonomie des ärztlichen Arbeitseinsatzes zu einer Triage unter umgekehrten Vorzeichen geführt. Da Komplikationen und Notfälle Vorrang haben, werden Patienten mit leichteren Problemen dann für einen Tag oder ein Wochenende unversorgt gelassen. Die verknappte Ressource ›ärztliche Arbeitskraft‹ führt hier zu einer medizinisch unnötigen Verlängerung der Liegezeiten.

Die Krankenkassen

In den folgenden Betrachtungen gehen wir davon aus, dass die Krankenkassen die Gesundheit *ihrer* Patienten bei möglichst geringem Kostenaufwand erhalten möchten. Wir reduzieren hier unsere Betrachtungen im Sinne einer simplifizierenden Rational choice-Argumentation auf ökonomische Motive, können also an dieser Stelle nicht die Bedeutung der Krankenkassen würdigen, welche diese auch in politischer und ideeller Hinsicht für die Qualität der Krankenversorgung spielen.

Als mittlerweile zueinander in Konkurrenz getretene kollektive Akteure agieren sie im Sinne der Versicherungslogik: Der Gesunde erscheint zunächst als Kunde. Im Krankheitsfall erscheint der Versicherte jedoch weniger als Patient, denn als Schadensfall. Ohne sich hier angemessen mit den komplexen Verhältnissen des kassenärztlichen Versicherungssystems beschäftigen zu können, zeigen unsere Untersuchungen jedoch durchaus einige Aspekte auf, welche die ökonomischen Interessen dieser Akteursgruppen *volens nolens* berühren:

- Da davon auszugehen ist, dass die Akteure des Krankenhauses versuchen werden, möglichst gut bezahlt DRGs für ihre Behandlungsprozesse herauszuholen, sind nun die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) gefordert entsprechende Gegenstrategien zu fahren, um einem übermäßigem ›*upcoding*‹ entgegen zu wirken.
- Allein schon, um den Abteilungen Einhalt zu gebieten, welche das Abrechnungssystem über Gebühr zu ihrem Vorteil ausnützen, sind also wiederum seitens der Kassen die Patientenakten zumindest stichprobenartig zu kontrollieren. Anders als bei den früheren Routineanfragen hinsichtlich der Überschreitung der Liegezeiten, ist nun seitens des MDKs nochmals die gleiche medizinische Expertise zu leisten, die bereits im Krankenhaus in die DRG-Codierung investiert wurde. Die Gegenkontrolle erfordert nicht nur einen hohen Zeitaufwand, sondern auch erheblichen klinischen Sachverstand.
- Zudem ergeben sich entsprechend der durch die DRG-Logik gesetzten Zwänge vermehrt zerteilte Behandlungsprozesse, etwa in dem Sinne, dass Patienten zunächst entlassen werden, dann zum Hausarzt gehen, um dann mit einem anderen Krankheitsbild von der Kasse einen erneuten Krankenhausaufenthalt einzufordern. Auch hier wird vermutlich der Verwaltungsaufwand steigen, ebenso der Kontrollbedarf, ob all diese Dinge wirklich rechtens angeordnet worden sind. Die höhere Intelligenz in der DRG-Verschlüsselung auf der einen Seite wird eine Antwort auf der Kontrollseite finden müssen und umgekehrt.

Medizinische Wissenschaft

Insbesondere die Bewegung der *evidence based medicine* trat mit dem Anspruch an, Ärzte zu mehr wissenschaftlich methodischer Reflexion ihrer Praxis zu befähigen, um dann systematisch die »interne klinische Evidenz« ihrer Praxis mit der »externen Evidenz« wissenschaftlichen Standards entsprechend klinischer Studien zu verbinden. Die sich hieraus ergebenden Standards und Leitlinien sollten keineswegs in eine Kochbuchmedizin

münden, sondern weiterhin die ärztliche Reflexion der Beziehung von Klinik und Wissenschaft, von Regel und begründeter Ausnahme fördern.

Wie schon in den vorangegangenen Abschnitten sind wir hier nicht in der Situation, die zentralen Denkfiguren und Werthaltungen der Protagonisten dieser Bewegung darzustellen, geschweige denn zu rekonstruieren. Wenn wir jedoch unser Untersuchungsmaterial grob daraufhin abklopfen, wie der Anspruch wissenschaftliche Medizin zu betreiben, im ärztlichen Alltag thematisiert wird und als „praktischer Sinn“ (Bourdieu) auf die jeweiligen organisatorischen Bedingungen umgebrochen wird, erscheint die wissenschaftliche Reflexion der medizinischen Praxis im Krankenhaus eher noch weiter nach hinten gedrängt worden zu sein.

- Ärztliche Spezialisten bedauern, dass sie nun »Schmalspurmedizin« betreiben müssen (vgl. insbesondere Kapitel III.3 und III.5).
- Aufgrund der Verdichtung der Arbeitsorganisation ist es für viele Ärzte aus zeitlichen Gründen nur noch bedingt möglich, über ihren Berufsalltag hinaus noch Weiterbildungsangebote (z.B. Fachtagungen) aufzusuchen. Zudem scheint die Sonderrolle von leitenden Ärzten, welche regelmäßig die wichtigen medizinischen Journale lesen, um die Kollegen über bedeutsame Ergebnisse zu informieren, angesichts des überlastenden Arbeitsalltags deutlich weniger akzeptiert zu werden.
- Mit Blick auf die effiziente Bewältigung der Routinefälle scheint mit der Einführung so genannter »Behandlungspfade« die Entwicklung zunächst mehr in Richtung einer Kochbuchmedizin zu gehen, in der dann zunächst als unreflektierte Routinen die vorgegeben Standards abgearbeitet werden, um erst dann im Falle von Komplikationen wieder auf einen reflexiveren Behandlungsmodus umzustellen.

Die Gesundheitspolitik

Der *Gesundheitspolitik* können wir aus globaler volkswirtschaftlicher Perspektive unterstellen, einerseits die Gesundheitsausgaben senken, andererseits dabei eine hohe Versorgungsqualität aufrechterhalten zu wollen. Darüber hinaus sind einige spezifischere politische Ziele in Rechnung zu stellen. Um hier sieben Jahren programmatisch sozialdemokratisch-grüner Gesundheitspolitik zu folgen, sollten die Patienten mehr am Behandlungsgeschehen partizipieren, die Prävention von Krankheiten sollte ernster genommen werden und darüber hinaus sollten die psycho-sozialen Aspekte von Krankheit mehr als bislang üblich Beachtung finden. Nicht zuletzt sollten die Behandlungsprozesse koordinierter, vernetzter – bevorzugt unter Regie des vertrauten Hausarztes – nun in integrierter Form ablaufen.

Um hier zunächst die sozialpolitischen Ziele aufzugreifen, zeigen sich mit Blick auf das Krankenhaus deutlich Tendenzen, die den gesundheitspolitischen Intentionen offensichtlich zuwiderlaufen:

- Da die medizinischen Orientierungen für die Ärzte handlungsleitend und nicht hintergebar sind, hat die Verdichtung der Arbeitsprozesse dazu geführt, dass ihr vor allem die psychosozialen Aspekte ärztlicher Arbeit zum Opfer gefallen sind. Man spricht weniger mit dem Patienten und ist weniger bereit, eine soziale Indikation zu treffen. Demgegenüber wird im Kernbereich der Medizin nicht gespart. Medizinische High-Tech-Therapie und – Diagnostik wird weiterhin geschehen und vermutlich auch in Zukunft die Kosten treiben: Die harte Medizin kommt hier sozusagen zu sich selbst, während ihre weichen Aspekte geopfert werden können.
- Das DRG-System gibt deutliche Anreize, stationäre Behandlungsprozesse zu zergliedern. Zum einen verleitet das Primat der kurzen Liegezeiten, einen Teil der für die Behandlung nötigen Pflegearbeit in andere stationäre Einrichtungen auszulagern. Zum anderen lohnt es sich verschiedene Krankheiten, die aus medizinischer Perspektive gut in einem Behandlungsprozess erledigt werden könnten, nun in verschiedene Aufenthalte aufzuteilen (vgl. Kapitel III.6). In Umkehrung der ursprünglichen Idee einer integrierenden Position, kommt dem Hausarzt in diesen Fällen nur noch die Rolle zu, die ökonomisch motivierte Desintegration der Prozesse formell abzusegnen.

Einer der Leitgedanken der Gesundheitsreform lässt sich durch den Slogan »Rationalisierung statt Rationierung« zusammenfassen. Im Sinne des Gutachtens des Sachverständigenrats sollten die Bereiche der Unter-, Über- und Fehlversorgung identifiziert, entsprechend den Erkenntnissen der *evidence based medicine* Überflüssiges und Nicht-Bewiesenes aus den Katalogen herausgestrichen werden, und nicht zuletzt sollten die jeweiligen Akteure der Versorgungslandschaft dazu motiviert werden, im Sinne einer vernünftigen Gesamtrationalität in Form von Netzwerken zu kooperieren. *Vermittelt* werden sollte dies durch die Rationalität eines Marktes, in dem sich konkurrierende Akteure wechselseitig ihre Effizienzreserven herauslocken. *Gesteuert* werden soll dies – hier nur in Bezug zu den Krankenhausleistungen – durch das DRG-System. Dieses Abrechnungssystem sollte als politisch-

ökonomisches Instrument so adjustiert werden, dass eine *leistungsbezogene* Verteilungsgerechtigkeit hergestellt wird. Im Sinne der systemtheoretischen Einsicht, dass die Lösungen der Praxis der theoretischen Reflexion weit voraus sind, lohnt gerade hier der Blick auf die empirischen Verhältnisse, den handlungspraktischen Umgang mit dem DRG-System:

- Während das DRG-System sich hinsichtlich der diagnostischen Abbildung als eher zu komplex erweist, wird die ökonomische Abbildung der Behandlung mit dem für das Krankenhaus zentralen Steuerungsparameter Liegezeit hochgradig unterkomplex behandelt. Einige empirische Hinweise sprechen dafür, dass die erhebliche Verkürzung der Liegezeiten nur zum Preis einer technisch teuer aufgerüsteten Medizin zu haben ist, die durch hoch ausgebildete Spezialisten getragen wird. Mit Blick auf die diesbezüglichen US-amerikanischen Erfahrungen muss die Reduktion der durchschnittlichen Patientenverweildauer also keineswegs zu geringeren stationären Behandlungskosten führen.
- Ein Problem des DRG-Systems besteht zweifelsohne in dem zwangsläufig hiermit verbundenen ärztlichen Verwaltungsaufwand. Insbesondere in den internistischen Disziplinen, welche es mit multimorbiden Patienten zu tun haben, muss für die Verschlüsselung eine erhebliche Expertise aufgewendet werden. Zudem bleibt das Problem virulent, dass gerade die komplizierten und schweren Fälle im System nur unzureichend abgebildet werden. Allein schon aus dem Grund, dass kein Anreiz geschaffen werden darf, diese Fälle negativ zu selektieren, werden die Abbildungen des Abrechnungssystems wohl noch komplexer werden, was wiederum zu einem höheren Kodieraufwand führen wird.

Auch wenn der Gesetzgeber dies untersagt, werden intelligente und im Sinne der medizinischen Logik vertretbare Varianten einer gewinnbringenderen DRG-Verschlüsselung (»upcoding«) wohl eine erhebliche Rolle für die Bilanz einer medizinischen Abteilung spielen. Unter der Annahme, dass bei landesweit gegebenem Basisfallwert ein bis drei Prozent Abweichung hinsichtlich der in Rechnung zu stellenden Gesamtsummen entscheidet, ob ein Haus, oder eine Abteilung aus dem Bereich der roten Zahlen herauskommt, wird sich hier wohl in Zukunft noch mehr die Frage stellen, welchen Verwaltungsaufwand das Krankenhaus für Kodierung zu investieren bereit ist. Betriebswirtschaftlich spricht so lange nichts dagegen, hier hohen Aufwand zu betreiben, insofern nur auf diesem Wege, die ökonomischen Potentiale der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ausgebeutet werden können – oder anders herum: Einnahmen bei hohem Verwaltungsaufwand erscheinen besser als keine Einnahmen. Volumenmäßig werden dabei vermutlich weniger die als offensichtlicher Betrug erkennbaren Manipulationen eine Rolle spielen. Vielmehr werden wohl eher die vielen kleinen, praktisch nur dem eingeweihten Auge sichtbaren, Verschiebungen in der Indikationsstellung ein »Spiel« einleiten, das man als »DRG-Ping-Pong« bezeichnen könnte. Seitens der Krankenhäuser würde dann eine nicht unerhebliche medizinische Expertise aufgewendet werden, um über eine verbesserte Verschlüsselung ein paar Prozent über den Durchschnitt zu kommen. Auf der Gegenseite würden die medizinischen Dienste der Krankenkassen entsprechende Kontrollen fahren, was dann auf der Krankenhausseite dazu führen würde, die Fälle noch intelligenter zu codieren. Die Gesundheitspolitik wäre nun mit dem politökonomischen Paradox konfrontiert, dass ihr bis in die Einzelfallabrechnung hineinragender Anspruch, Verteilungsgerechtigkeit herzustellen, unter dem Strich nur die Verwaltung, nicht jedoch die Patientenversorgung, stärkt und zudem *volens volens* nicht die beste Medizin, sondern die Akteursgruppen belohnt, welche das Abrechnungssystem am geschicktesten austricksen können. Möglicherweise wird man sich hier schrittweise US-amerikanischen Verhältnissen annähern, in denen ca. 30% der Krankenhausaufgaben in die Verwaltung fließen.

Darüber hinaus erscheint in diesem Zusammenhang die Frage nach Kosten und Nutzen von so genannten »Versorgungsnetzwerken« bedenkenswert. Auf oberflächlicher Ebene scheint zunächst die Idee einzuleuchten, dass Kooperationen von verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen anstrebenswert sind. Hier ist jedoch zu bedenken, dass die so genannten Elemente eines Netzwerks als Organisationen autonome Einheiten mit jeweils eigenen betriebswirtschaftlichen Interessen darstellen und zudem die Transaktionskosten der Zusammenarbeit zu berücksichtigen sind. Im Sinne der modernen Netzwerktheorie führen also netzwerkartige Kooperation keineswegs automatisch zu Rationalisierungseffekten:

- Von den Liegezeitenverkürzungen im Akutkrankenhaus profitieren insbesondere die vielen neu entstandenen Einrichtungen zur poststationären Pflege und Versorgung. Hierbei zeigt sich eine Reihe von Verschiebungen, die in ihrer Gesamtbilanz keineswegs einfach zu bewerten sind. Die Chirurgen lagern einen Teil der postoperativen Pflege in die Reha-Krankenhäuser aus. Ein Teil der diagnostischen Aufgaben wird vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben etc. Ob diese Prozesse in ihrer Summe eine höhere Rationalität aufweisen, als wenn das Akutkrankenhaus beispielsweise wie früher aus sozialer Indikation ein paar Tage poststationärer Pflege und ambulanter Weiterversorgung mit geleistet hat, bleibt eine offene Frage.

Nicht zuletzt stellt sich unter dem Blickwinkel der Nachhaltigkeitsdiskussion die Frage nach der ärztlichen Ausbildung und hiermit verbunden das Szenario eines künftigen Ärztemangels:

- Insbesondere für die Internisten, und damit auch für die Allgemeinmediziner, die in erheblichem Maße internistische Weiterbildungsabschnitte vorzuweisen haben, stellt sich das Problem, dass strukturell ihre Ausbildung innerhalb der Organisation Krankenhaus nicht mehr vorgesehen ist. Insbesondere bei den gut ausgebildeten Fachkräften könnten hier Engpässe entstehen, die mit Blick auf die derzeitige Einkommenssituation der Ärzte wohl für viele Regionen nicht ohne weiteres zu lösen sind. Zumindest muss sich hier also die Frage stellen, ob das (nicht intendierte) Sparen an der Weiterbildung längerfristig dann dadurch wieder ausgeglichen werden muss, dass »überbeuerte« ärztliche Arbeitskraft von außen einzukaufen sein wird.

Ohne hier eine vollständige Analyse und abschließende Gewichtung der Ergebnisse geben zu können, weisen die vorangehenden Reflexionen deutlich darauf hin, dass die mit der dritten Gesundheitsreform intendierten Ziele (Kosteneffizienz, Erhalt des Versorgungsstandards, Patientenpartizipation, integrierte-, präventive- und psychosoziale-Medizin) und die aus den vorliegenden Befunden abgeleiteten Tendenzen auseinanderdriften. Sowohl im Hinblick auf die volkswirtschaftlichen als auch die sozialpolitischen Ziele der Krankenhausreform ist mit erheblichen paradoxen Effekten zu rechnen.

VALIDITÄT DER ERGEBNISSE

In metatheoretischer, wie auch methodologischer Hinsicht stellt sich die dokumentarische Methode als eine der wenigen qualitativen Forschungsmethoden den Fragen der Validität und Verallgemeinerbarkeit ihrer Ergebnisse. Wenn wir unsere Ergebnisse betrachten, so zeigen die verschiedenen Befunde einen jeweils unterschiedlichen Validitätsgrad, da – um im Bild der Multidimensionalität zu bleiben – allein schon aus forschungsökonomischen Gründen nicht alle Schnittflächen mit gleichem Aufwand durch komparative Analysen beleuchtet werden konnten.

Auf einem recht hohen Niveau verallgemeinerbar stellt sich mittlerweile die schon im ersten Untersuchungszeitraum ausgearbeitete *Basistypik* dar. Nicht nur, dass mit einer psychomatischen und einer onkologischen Klinik weitere medizinische Disziplinen und Universitätsklinika mit im *Sample* liegen, gerade auch die wiederholten Studien unter den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen weisen hier auf eine stabile »Kernorientierung«, die sich zudem auch beim dokumentarischen Blick auf andere aktuelle qualitative Krankenhausstudien bestätigt (Kapitel VIII.1). Als zentrales Merkmal erscheint hier ein »praktischer Sinn« (Bourdieu), in dem medizinale Handlungslogiken *und* organisatorische Anforderungen in einer Praxis verbunden werden. Ein Arzt agiert hier weder – wie aus ökonomischer Perspektive oftmals missverstanden wird – aufgrund persönlichem oder kollektivem Gewinnstreben, noch entsprechend einer romantischen Helferperspektive als ein Menschenfreund, dem das Wohl seines Patienten über alles geht. Handlungsleitend ist für ihn als professionellen Akteur primär die Krankheit, und die hieraus entsprechend seiner medizinischen Kultur folgenden *medizinischen* Semantiken. Vielleicht liegt einer der interessantesten Befunde der aktuellen Untersuchung darin, aufzuzeigen, dass entsprechend dieser Orientierung weniger Ärzte und kürzere Liegezeiten keineswegs weniger Medizin mit sich bringen. Zudem zeigen die Ergebnisse ein hohes Generalisierungspotential hinsichtlich der Differenzierung zwischen den operativen und den konservativen medizinischen Disziplinen (Chirurgen vs. Internisten), da sich hier die Strukturlogik der jeweiligen medizinischen Handlungspraxis in der typologischen Differenzierung selbst widerspiegelt.

Die Rekonstruktionen der empirischen Verhältnisse weisen an verschiedener Stelle auf Phänomene hin, die gut durch bestimmte organisationstypische Merkmale erklärt werden können. So erscheint die Frage, ob die Stationsarbeit überwiegend durch ältere, fest angestellte Assistenten getragen wird oder durch Weiterbildungsassistenten mit Zeitverträgen, durchaus von Relevanz für die Bearbeitung mancher Themen. Fragen nach Arbeitsmotivation und Einsatzbereitschaft der Ärzte aber auch die Frage nach der ärztlichen Kompetenz im Lückenmanagement sind Aspekte, die weiter erhellt werden könnten, indem zusätzliche Vergleichshorizonte hinzugezogen werden.¹³

Darüber hinaus wirft die Diagnose der habituellen Inkongruenzen zwischen den ärztlichen Werthaltungen und der in der Organisation zu lebenden Praxis die Frage der Zeitverhältnisse auf, in denen sich – um mit Bourdieu zu sprechen – der ärztliche »Habitus« und das medizinische »Feld« wechselseitig konstituieren. Auf der einen Seite stände hier die Hypothese im Raum, dass sich vielleicht viele Ärzte in drei bis vier Jahren an die neuen Verhältnisse angepasst haben werden, und entsprechend dann auch ihre jeweiligen Praxen nicht mehr in

¹³ Hier wäre z.B. nach einer internistischen Station zu suchen, die durch junge Ärzte getragen wird, welche noch nicht den Facharztstatus besitzen, sowie nach einer chirurgischen Abteilung die überwiegend von Altassistenten getragen wird.

Diskrepanz zu ihrem eigenen Ethos empfinden. Demgegenüber ließe sich mit Blick auf die Eigenlogik der medizinischen Praxis vermuten, dass die klassischen Orientierungen im medizinischen Feld erheblich längeren Bestand haben.

Bohnsack, Ralf (2001): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. S. 225-252 in: R. Bohnsack/I. Nentwig-Gesemann/A.-M. Nohl (Hrsg.), Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Opladen: Leske und Budrich.

Bohnsack, Ralf (2006): Qualitative Evaluation und Handlungspraxis. Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung. In Uwe Flick (Hg.): Qualitative Evaluationsforschung. Reinbek bei Hamburg.

Vogd, Werner (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie. Berlin: VWF.

Vogd, Werner (2005): Teilnehmende Beobachtung. S. 89-109 in: Sven-Uwe Schmitz/Klaus Schubert (Hrsg.), Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

INHALTSVERZEICHNIS (AUSFÜHRLICHER PROJEKTBERICHT)

I Einleitung	11	
1 Evaluation im Gesundheitswesen	12	
2 Warum dokumentarische Evaluation?	12	
3 Aufbau der Arbeit	14	
II Methode	17	
1 Grundlagen einer praxeologischen Perspektive	17	
2 Differenzierung der Akteursgruppen und Stakeholder	26	
3 Datenerhebung und Kontrastierungen	29	
III Neuorganisation der ärztlichen Arbeit	35	
1 Veränderte ökonomische Rahmenbedingungen in den städtischen Krankenhäusern	35	
2 Veränderungen in einer chirurgischen Abteilung	39	
3 Veränderungen in einer internistischen Abteilung	47	
4 Der neue Arbeitstag in der Chirurgie	57	
5 Der neue Arbeitstag bei den Internisten	67	
6 Exkurs – das Fallpauschalensystem ausbeuten lernen	82	
7 Exkurs – Distinktionen zwischen Privat- und Kassenpatienten	88	
8 Internistische und chirurgische Abteilungen im Vergleich	89	
IV Ärztlicher Ethos	91	
1 Internistische Handlungsorientierungen im Jahr 2001	92	
2 Internistische Handlungsorientierungen 2004	101	
3 Chirurgische Handlungsorientierungen 2000	129	
4 Chirurgische Handlungsorientierungen 2004	133	
5 Vergleich Innere Medizin vs. Chirurgie	148	
V Ärztliche Ausbildung	151	

VI Bewertungen der Akteure	157	
1 Internistische Abteilung	157	
2 Chirurgische Abteilung	163	
3 Habitusinkongruenzen	167	
4 Explizite Bewertungen und implizite Werthaltungen		180
VII Folgerungen hinsichtlich der ärztlichen und nichtärztlichen Stakeholder		183
1 Komparative Analysen	183	
b) Internistischer vs. chirurgischer Ethos		185
c) Ausbildungsproblem der Internisten		186
d) Arbeitsorganisation vs. Bewertungen		187
e) Werthaltungen -> zerrissener Habitus		188
2 Stakeholder des Krankenhauses		188
a) ärztliche Gruppen	189	
b) die Pflege	189	
c) die Ärztekammern	190	
d) die Patienten	191	
e) das Krankenhausmanagement	192	
f) die Krankenkassen	194	
g) die medizinische Wissenschaft	195	
h) die Gesundheitspolitik	196	
VIII Ausblick	201	
1 Validität der Ergebnisse	201	
2 Abschließende Evaluation?	202	
Literatur	205	