

Kodieren als Beruf

Die Kodierfachkräfte, eine Beschäftigtengruppe des Krankenhauses im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.)

Vorgelegt im Fachbereich 5: Gesellschaftswissenschaften

Fachgruppe Soziologie

der Universität Kassel

Vorgelegt von

Andreas Pfeuffer

Tag der Disputation: 15. April 2021

Erstgutachter:

Prof. Dr. Berthold Vogel (Universität Kassel)

Zweitgutachter:

Prof. Dr. Franz Schultheis (Zeppelin University Friedrichshafen)

Danksagung

Die der Arbeit zugrundeliegenden empirischen Daten wurden überwiegend im Rahmen des am Hamburger Institut für Sozialforschung (HIS) gemeinsam mit dem Soziologischen Seminar der Universität St. Gallen und der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) in Wien gemeinsam durchgeführten Dreiländer-Projekts „Im Dienste öffentlicher Güter. Akteure, Institutionen, Praktiken“ erhoben. Die Untersuchung wurde von Oktober 2010 bis März 2013 durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG, den Österreichischen Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung FWF und den Schweizerischen Nationalfonds SNF finanziert. Eine Anschlussförderung meiner Arbeit erfolgte durch das Hamburger Institut für Sozialforschung und das Zentrum für Europäische Gesellschaftsforschung e.V. in Konstanz. Im Rahmen der mir von meinem Arbeitgeber, der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, gewährten Weiterbildungspauschale konnte ich diese Arbeit abschließen. Diesen Einrichtungen gilt mein ausdrücklicher Dank.

Am Projekt wirkten mit: Berthold Vogel, Lisa Grabe, Sascha Wiegrefe, Anja Rieck (HIS Hamburg), Franz Schultheis, Constantin Wagner, Michael Gemperle, Kristina Mau (Soziologisches Seminar der Universität St. Gallen), Jörg Flecker, Manfred Krenn, Maria Tschernitz (FORBA, Wien). Ihnen allen sei herzlich gedankt für die Zusammenarbeit, den Austausch, die gemeinsam geführten Interviews (v.a. Lisa Grabe) und für die gute Zeit, die wir miteinander hatten.

Mein Dank gilt auch all den aus Anonymitätsgründen nicht mit Namen genannten Menschen, die mir und uns ihre Zeit geopfert haben, um Auskunft zu geben über ihre Arbeit im Medizincontrolling, im Pflegedienst, im ärztlichen Dienst und in der Verwaltung der von uns untersuchten Krankenhäuser sowie beim MDK. Unter ihnen sei die in der Arbeit „Frau Dr. Ehrlich“ genannte Person nochmals gesondert bedankt für die informellen Auskünfte und vor allem für das soziale Kapital, an dem sie mich in Form ihrer Vermittlung zu verschiedenen Interviewpersonen hat teilhaben lassen.

Ein ganz herzliche Dankeschön gilt meinen Betreuern, in erster Linie natürlich Berthold Vogel, der mir die Mitarbeit in diesem spannenden Projekt ermöglicht und den Glauben an die Fertigstellung dieser Arbeit nicht aufgegeben hat, aber auch Franz Schultheis und Kirsten Aner, die sich so spontan bereit erklärt haben, am Promotionsverfahren mitzuwirken und dieses „Ungetüm“ von Dissertation zu begutachten.

Meinem „großen Bruder“, Dr. med. Hans-Peter Pfeuffer, möchte ich dafür danken, dass er mir in einem entscheidenden Moment, als die weiter empirische Untersuchung in Frage stand, die Möglichkeit zur Hospitation in Krankenhaus II vermittelt hat.

In dieser Arbeit geht es viel um die Wertschätzung unsichtbarer Arbeit, weshalb ich nach all den Jahren auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Verwaltung und Bibliothek des Hamburger Instituts für Sozialforschung, aber auch besonders Kristina Mau vom Zentrum für Europäische Gesellschaftsforschung) für ihre immer gerne geleistete Unterstützung in allen Belangen in meinen Dank einschließen möchte, ebenso aber auch Frau Birgit Lippeck für die immer rasch und gewissenhaft angefertigten Transkripte.

Widmung

Widmen möchte ich diese Arbeit zuallererst meinen Eltern, Hans und Maria Pfeuffer, die mich in den Jahren eines in den 1980er Jahren noch möglichen langen Studiums immer vorbehaltlos unterstützt haben, auch wenn sie die Soziologie für ein etwas dubioses Geschäft hielten; dann natürlich meinen Töchtern Dore und Toni Mühlhäußer sowie meiner Partnerin Betina Bielang für ihre arg strapazierte Geduld über all die Jahre (Danke Toni für's regelmäßige Insistieren und Nachfragen, wie weit ich denn bin! Du weißt gar nicht, wie wichtig das gewesen ist) und einfach dafür, dass sie da sind.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	„Hohepriester“, „Bürokratenkaste“?	7
1.2	Gegenstand der Arbeit	11
1.3	„Der Tümpel der Empirie“	15
1.4	Konzeptuelle Einbettung und Leitfragen	17
1.5	Überblick über die Untersuchung und die leitenden Fragestellungen	24
2	Untersuchungsfelder und Methode	26
2.1	Das Feld: Krankenhaus I	26
2.2	Strukturelle Daten	27
2.2.1	Finanzielle Rahmenbedingungen – Strategien zur Bewältigung der Krise	27
2.2.2	Organisation	28
2.2.3	Zur Erhebung in Krankenhaus I	29
2.3	Das Feld: Krankenhaus II	30
2.3.1	Zur Erhebung in Krankenhaus II	31
2.4	Zur Erhebung beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	32
2.5	Methodisches	32
3	DRGs und die Industrialisierung der Krankenhausbehandlung	33
3.1	Von der Einzigartigkeit der medizinischen Behandlung zu ihrer Standardisierung	33
3.2	Die Vorgeschichte der DRG-Einführung in Deutschland	39
3.3	Reduktion von Komplexität vs. Einzelfallgerechtigkeit – das Dilemma der DRGs	43
3.4	Von der Diagnose zur DRG	46
3.5	Von der DRG zum Preis	48
3.6	Ökonomische Anreize im Krankenhaussektor	50
3.7	DRGs als „Quasi-Objekte“ und <i>going concern</i>	58
4	Die Pflege im DRG-System	64
4.1	Beschäftigungsabbau in der Pflege: Eine Folge des DRG-Systems?	66

4.2	Exkurs: Die Personalentwicklung im untersuchten Krankenhaus I	74
4.3	Die Arbeitsbedingungen in der Pflege	78
4.4	Arbeitszeiten	82
4.5	Die Einkommensdimension	85
4.6	Qualität der Pflege	85
4.7	„Anerkennung“ der Pflegearbeit	87
4.7.1	„Sichtbarkeit“ durch Pflegedokumentationssysteme	90
4.7.2	Anerkennung der Pflege im DRG-System?	94
4.7.3	Ein gescheiterter erster Schritt zur Anerkennung der Pflegetätigkeit – „Pflegeförderprogramm“ und „PKMS“	98
4.8	Wirtschaftlichkeit und Ökonomisierung: Der Einfluss wirtschaftlicher Ziele auf pflegerisches Handeln	102
4.8.1	Brezeln am Morgen ja, tägliches Fußwaschen nein – Über das „Einsickern“ ökonomischer Orientierungen in den Pfltag	105
4.8.2	Gelungenes Enrolment der Pflege?	109
4.9	Zusammenfassung	114
5	Medizinisches Kodieren – ein „dirty work“? Und wenn ja, für wen?	116
5.1	„Mittlerweile gibt es Kodierfachkräfte, die das für uns übernehmen“	116
5.2	Berufssoziologische Überlegungen	123
5.3	Der „Zwang“ zur Dokumentation und die „Delegation“ ärztlicher Tätigkeiten	129
5.4	Die „negotiated order“ des Kodierens	132
5.4.1	Ein prominenter Verfechter des ärztlichen Kodierens	134
5.4.2	Ein weiterer Gegner der Delegation	135
5.4.3	Die Befürworter der Delegation	136
5.5	„Für meine Erfüllung [...] interessiert mich das einen hohlen Dreck, ob ich das jetzt gut kodiert habe oder nicht“. Ärztliche Kodierarbeit als „Dirty work“	137
5.6	Die Umsetzung in Krankenhaus I	143
6	Kodieren als Beruf oder: We're Only in It for the Money	147

6.1	Kodierfachkräfte, <i>Medical Coder</i> , <i>Casemix Performer</i> – Ist Kodieren tatsächlich ein Beruf?	150
6.2	Repräsentationsarbeit	153
6.3	Thirteen Medical Coders tell their story...	155
6.3.1	Berufsverläufe – Wege ins Medizincontrolling	155
6.3.2	Individuelle und kollektive Strategien der Beschäftigten: Exit, Teilzeit und Professionalisierungsstrategien	157
6.3.3	Die ehemaligen Pflegekräfte im Medizincontrolling	162
6.3.4	Kodierfachkraft beim MDK	174
6.3.5	Die Medizinischen Dokumentare	183
6.3.6	Früherer Beruf: Arzthelferin	191
6.4	Kodierfachkräfte bei der Arbeit	196
6.4.1	Der Ort in der Organisation: Das Medizincontrolling als Scharnier zwischen Medizin und Betriebswirtschaft	196
6.4.2	Kodieren zwischen Formalität und Informalität	197
6.4.3	Die Arbeitsbedingungen der Kodierfachkräfte	205
6.4.4	Berufliche Sozialisation in der Mitte des Lebens	212
6.4.5	Fallbesprechung, Morgensvisite, Fallkodierung – Kodierfachkräfte in der beruflichen Praxis	215
6.4.6	Im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen	229
7	Die „Grenzstelle“ des Krankenhauses: Fallprüfungen durch den MDK und organisiertes Misstrauen zwischen Organisationen	239
7.1	Ein Fall von „Nachsorge“: Abrechnungsprüfungen durch Krankenkassen und MDK	239
7.2	Vertrauen und Misstrauen zwischen Organisationen	244
7.3	Grenzstellen der Organisation	252
8	Schluss: Nochmals zum Vorwurf: „Hohepriester“, „Bürokratenkaste“?	259
9	Literatur	263
10	Übersicht über die im Text zitierten Interviews	283

1 Einleitung

1.1 „Hohepriester“, „Bürokratenkaste“?

In den Zeiten der Corona-Pandemie werden wir der Bedeutung sogenannter „systemrelevanter“ Berufe gewahr, es kommt „die verkannte Hierarchie des gesellschaftliche Nutzens der Berufe“ (Mauger 2020: 145) ans grelle Tageslicht. Es sind Berufe darunter, an die man sofort denkt, weil sie an „vorderster Front“ im Kampf gegen das Virus stehen, die Ärztinnen und Ärzte und die Pflegekräfte in den Krankenhäusern, andere, die einem nicht sofort in den Sinn kommen, da sie oft unsichtbar, im Hintergrund wirken, das fängt schon an bei den Pflegekräften der ambulanten und stationären Pflege, die viel weniger im Licht der Aufmerksamkeit standen als ihre Kolleginnen und Kollegen in den Spitälern. Darunter sind aber auch diejenigen, die die „Infrastrukturen“ aufrecht erhalten und das gesellschaftliche Leben am Laufen halten, oft Beschäftigte „kleiner“, wenig prestigereicher und meist unterbezahlter Berufe, die ihr Brot im öffentlichen Dienst, beim „arbeitenden Staat“ verdienen wie die Busfahrer oder die Müllmänner, oder auch in der privaten oder privatisierten Wirtschaft, wie die Kassiererinnen in den Supermärkten, die Bäckereifachverkäuferinnen oder die Paketzusteller (Méda 2020). Man spendet (einigen von) ihnen Applaus von Balkonen und Fenstern aus, zollt ihnen für einige Augenblicke die Anerkennung, die sie verdienen. Das sind Augenblicke, die Émile Durkheim als Momente der kollektiven Aufwallung, der „Efferveszenz“ bezeichnet hat, in der die Gesellschaft in einem außeralltäglichen Moment sich selbst erfährt (Durkheim 1981). Je mehr man darüber nachdenkt, umso mehr wird einem wieder das eigentlich banale Faktum bewusst, dass die arbeitsteilige Organisation moderner Gesellschaften auf einem ungeheuren Geflecht von Interdependenzen beruht, das „organische Solidarität“ ermöglicht und herstellt (Durkheim 1988).

Auch die Politik hat sich dem Applaus in feierlichen Zeremonien angeschlossen und gar Gelder bereitgestellt für diejenigen, die in den Krankenhäusern während der Krise selbstlos ihren Dienst auf den für die Corona-Patienten reservierten Stationen geleistet haben. Das war gewiss eine noble Geste, doch löste sie in der Folge eine Gerechtigkeitsdebatte aus, denn in den Krankenhäusern musste der Betrieb auch in den übrigen Bereichen aufrechterhalten werden, auf den normalen Stationen, in den Labors, der Küche, ja auch im Zentrum der „Bürokratie“ eines solchen Hauses, der Verwaltung. Es stellt sich die Frage: Wer ist und was heißt eigentlich „systemrelevant“? Diese Arbeit befasst sich mit einem „kleinen“ Beruf des Krankenhauses, der obendrein Teil der Verwaltung ist. Diejenigen, die diesen Beruf ausüben, haben durchaus eine Vorstellung davon, dass sie „systemrelevant“ sind, freilich in einem etwas anderen Sinne.

Damit bewegt sich diese Arbeit etwas abseits der ausgetretenen Pfade der Soziologie der Professionen des Gesundheitswesens, aber auch der Krankenhaussoziologie. Diese befassen sich vorwiegend mit der Ärzteschaft oder der Arzt-Patienten-Beziehung, erst an zweiter Stelle mit dem Pflegedienst. Die Krankenhaussoziologie wiederum hat den Organisationscharakter dieser Einrichtung im Blick. In den vergangenen Jahren kamen als dominante Themen auch die Managerialisierung des Arztberufs und die Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Organisation Krankenhaus, auf die darin tätigen Professionen hinzu. Eine Lücke tat sich aber lange Zeit in der deutschsprachigen Soziologie auf, wenn es um die Verwaltung von Krankenhäusern geht, die nur selten Aufmerksamkeit erregte (vgl. als Ausnahmen etwa Rohde 1974). Das hat sich

in den letzten Jahren erst geändert (zur Verwaltungsspitze der Krankenhäuser Bär 2012, zum Krankenhausmanagement nun Vogd et al. 2018). Vielleicht liegt es daran, dass der Forschungsgegenstand „Verwaltung“ spröde wirkt und deshalb auch im akademischen Feld offenbar weniger Distinktionsgewinne abwirft. Allerdings nehmen heute – blendet man den umfassenden Kontext der Gesundheitspolitik sowie die medizinische und technische Entwicklung einmal aus und fokussiert nur auf das Krankenhaus als Organisation – die Entwicklungen, die das medizinische und pflegerische Handeln im akutstationären Geschehen mit am stärksten beeinflussen, meist von der „Verwaltung“, oder etwas zeitgemäßer formuliert, vom „Management“ ihren Ausgang. Vielleicht steht just dieser Wandel der Lexik für das, was sich geändert hat: Es wird nicht mehr einfach nur still im Hintergrund verwaltet, nein, es wird allerorten entwickelt, gesteuert, Controlling betrieben, gebenchmarkt, eben: „gemanagt“. Es lohnt sich also durchaus, den Fokus einmal weg von den üblichen Themen und Akteuren auf das zu richten, was sich abseits der mehr und mehr Hotellobbys ähnelnden Eingangsbereiche von deutschen Krankenhäusern in den Kulissen der – bleiben wir bei der altmodischen Bezeichnung – Verwaltung abspielt. Als Verwaltung des Krankenhauses seien – sicherlich grob vereinfachend – diejenigen Bereiche bezeichnet, die nicht mit der Arbeit an den Patienten, also an deren medizinischer und pflegerischer Versorgung unmittelbar oder mittelbar (Labore usw.) befasst sind, sondern mit der Aufrechterhaltung des „Betriebs“ der Organisation Krankenhaus, nicht zuletzt mit deren Finanzierung (Kette 2017).

Der Gegenstand dieser Arbeit, nämlich das Medizinische Kodieren im Rahmen der Abrechnung stationärer Leistungen von Krankenhäusern sowie das Personal, das mit dieser Aufgabe betraut ist, geriet als Teil dieser Verwaltung ungeachtet seiner „Unsichtbarkeit“¹ vor einigen Jahren unfreiwillig ins Rampenlicht der populären Ratgeberliteratur zum Gesundheitswesen. Man konnte außerhalb der Krankenhäuser den Eindruck bekommen, dass auch hinter den Kulissen „etwas gespielt“ wird, dass es dort nicht mit rechten Dingen zugeht. Dr. med. Paul Brandenburg, der in seinem 2013 erschienenen Buch *Kliniken und Nebenwirkungen* über das „Überleben in Deutschlands Krankenhäusern“, so der Untertitel, Aufklärung² verschaffen will, beschreibt das Treiben dieses Personals folgendermaßen:

In den Krankenhäusern der Nation hat sich seit Einführung der DRG eine ganze Reihe neuer Verwaltungsberufe festgesetzt, u.a. sogenannte Codierassistenten, DRG-Beauftragte und Controller. Sie sind die Hohepriester des Systems und stellen im Auftrag der Geschäftsführung sicher, dass der [...] Grouper stets „richtig“ gefüttert wird. „Richtig“ bedeutet, in einer Weise, dass die höchste Pauschale für die Klinik dabei herauskommt. Zugleich – und hier wird es schmutzig – versuchen diese Damen und Herren teilweise aktiv Ärzte dahingehend zu beeinflussen, dass sie bei den Patienten besonders grouperfreundliche Diagnosen stellen (Brandenburg 2013: 52).

¹ Das Thema „unsichtbare Arbeit“ liegt seit langem im Kreuzungspunkt wissenschaftshistorischer Untersuchungen, der Arbeiten Anselm Strauss‘ und der gendersensiblen Arbeitsforschung (vgl. beispielsweise Shapin 1989 und Star/Strauss 1999). Vor einigen Jahren war es auch Gegenstand eines von Medizinhistorikern veranstalteten Workshops am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf mit dem Titel „Die Unsichtbaren‘ – Hilfsberufe in der Medizin und den Naturwissenschaften“ (16.-17. Januar 2015), an dem der Autor teilgenommen hat (vgl. den Tagungsbericht unter: <http://www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-5981>).

² Auf den im Handel verkauften Exemplaren prangte zusätzlich noch ein leuchtend roter, runder Aufkleber mit der Aufschrift: „Ein Arzt klärt auf“.

Abbildung 1: Titelbild des Buches von Dr. med. Paul Brandenburg (2013)



Man kann sich fragen, für wen die auf dem Buchcover abgebildeten grünen Gummihandschuhe gedacht sind. Sind es einfach die Handschuhe des Autors, der sie endgültig ausgezogen hat, da er dem Arztberuf den Rücken gekehrt hat, sind es die der Krankenhausbeschäftigten, die sie für ihre schmutzigen Praktiken benötigen, oder die des Lesers, der sie anziehen sollte, wenn er sich die in dem Buch enthaltenen Beschreibungen von allerhand schmutzigen Dingen und Unappetitlichkeiten zu Gemüte führt?

Quelle: www.fischerverlage.de

Im Anschluss daran führt Brandenburg einige Beispiele für „schmutzige“ Praktiken an, an denen das genannte Personal beteiligt ist. In einem Radiointerview in der SR 2-Sendung „Fragen an den Autor“ (2013b) geht er gar noch etwas ausführlicher auf die oben genannten „Verwaltungsberufe“ ein:

Ja, ich wünschte auch, ich hätte keine Ahnung, was das ist. Die lernt man allerdings sehr früh kennen an den Krankenhäusern, das sind sozusagen die Paladine des Verwaltungschefs. Also, Sie müssen als Arzt heutzutage – gerade als Arzt so in den unteren Rängen, kann man sagen – einen Großteil Ihrer Arbeitszeit darauf verwenden, dass Sie das, was Sie am Patienten machen und was Sie am Patienten sehen, codieren, dass Sie also diese Dinge, die sie tun, umsetzen in maschinenverständige [sic!] Zahlenblöcke, weil hinter jeder Handlung – Spritze geben, Medikament, Diagnose-Stellen – steht ein Code, der einfließt nachher in die DRG-Ermittlung. Das heißt, Sie tippen alle möglichen Diagnosen und Prozeduren ein in einen Computer, und ein Computerprogramm namens Grouper errechnet daraus auf dunklen Pfaden die so genannte DRG, das ist dann die Fallpauschale, die zutrifft. Und weil die Ärzte das naturgemäß nicht so gerne machen – die verbringen ihre Zeit lieber beim Patienten und bei sinnvollen Tätigkeiten –, da gibt es eine Horde von Aufpassern, das sind diese Codierassistenten und die DRG-Beauftragten. Und Sie sitzen dann als Arzt tatsächlich einmal wöchentlich oder manchmal auch nur einmal monatlich, meistens eher häufiger, in so Meetings, ja, die sie eigentlich umgehen wollten mit ihrer Berufswahl, und da hält Ihnen ein DRG-Beauftragter weit-schweifige Vorträge darüber, was sie alles noch codieren müssen, wie Sie besser codieren – und da wird's dann interessant –, wie Sie doch bitte noch andere Krankheiten dazu codieren sollen, damit günstigere DRG-Codes rauskommen. Oder er hält Ihnen Vorträge darüber, dass Sie die Patienten zu spät entlassen, dass Sie also beispielweise doch bitte jede Gallenblase einen Tag früher entlassen sollen, weil sie über der oberen Grenzwelldauer sind. Das sind wirklich ganz absurde Vorträge, wo sie

sich als Arzt erklären lassen müssen, wie Medizin funktionieren muss, damit es in diese Verwaltungslogik passt.³

Drei Dinge sind es, die Brandenburg in den zitierten Passagen übel aufstoßen: Zum einen die bürokratische Durchorganisation medizinischen Arbeitens und dessen Unterwerfung unter die administrative bzw. betriebswirtschaftliche Logik, anders ausgedrückt: „die Beschreibung der Praxis einer Profession in den Kategorien einer anderen“ (Samuel et al. 2005: 254); sodann die Unterwerfung des Versorgungsgeschehens unter die Maximen der Erlösoptimierung („dass die höchste Pauschale für die Klinik dabei herauskommt“) und schließlich: die Infragestellung der ehemals unangefochtenen Dominanz der ärztlichen Profession durch neue administrative Eliten („die Paladine des Verwaltungschefs“, die „Horde von Aufpassern“). Während die Ärzte⁴ also ihre kostbare Zeit „naturgemäß“ lieber „sinnvollen“ Tätigkeiten widmen, geht dieses Personal – so kann man *ex negativo* schließen – seinen unsinnigen, sinnlosen, vielleicht gar widersinnigen, und das heißt, in schädlicher Weise auf die behauptete Rationalität ärztlichen Handelns Einfluss nehmenden Geschäften nach. Aus der Sicht mancher – nicht aller, wie sich unten zeigen wird – Ärzte ein Kampf des Bösen gegen das Gute.

Brandenburg steht bei weitem nicht allein mit seiner Kritik. Dem Chor derer, die im deutschsprachigen Raum „die Ökonomisierung des ganzen Spitalalltags“ und die Deprofessionalisierung des Arztberufes anprangern, gehört auch der Schweizer Ökonom Mathias Binswanger an, der 2010 in seiner Brandrede wider die allerorten vorgenommene Installierung „sinnloser Wettbewerbe“ ebenfalls dem „Unsinn“, jedoch speziell dem Unsinn des Messens, Evaluierens, des Benchmarkings und des Controllings und künstlicher Wettbewerbe ohne Markt zu Leibe rücken will. Er spricht ebenfalls davon, dass Ärzte „immer mehr Daten produzieren, erfassen, verarbeiten und auswerten“ müssen. „Wo bisher Chefärzte dominierten, haben immer mehr CEOs, Manager und Controller das Szepter übernommen. Spitäler werden so zunehmend zu eigenständigen Unternehmen, die die Ware ‚stationäre Gesundheitsdienstleistungen‘ möglichst effizient herstellen sollen.“ (Binswanger 2010: 192)

Vor allem an größeren Krankenhäusern entstehen auch immer gigantischere Controllingabteilungen, welche den ganzen Datenfluss organisieren, überprüfen, evaluieren und ‚optimieren‘ und so die Ärzte administrativ auf Trab halten. Nur wenn diese sich weitgehend von ihren Patienten fernhalten, schaffen sie es, diesen neuen Ansprüchen gerecht zu werden. Aus einer reinen Controller-Sicht ist eine Klinik nämlich dann erst optimal, wenn sich Arzt und Patient nur noch bei der Operation begegnen. Alle anderen Patientenkontakte bedeuten zusätzliche Kosten ohne entsprechende Erträge. (ebd.)

Auch Binswanger diagnostiziert – in einer fast schon saint-simonistisch anmutenden Kritik – eine Zunahme der Bürokratie im Krankenhaus und den Bedarf an immer größerem „Wissen zur Überprüfung, Abrechnung und vor allem zur Optimierung der Fallpauschalen“, das dazu geführt hat, dass „im Krankenhausbereich bereits ganz neue Berufe entstanden sind wie etwa Medizincontroller und Kodierer, und weitere werden mit P4P [Pay für Performance; Anm. A. Pf.] sicher noch folgen.“ Insgesamt trage „die neue Gesundheits-

³ Transkription des Radiointerviews von mir; A.Pf.

⁴ Um der besseren Lesbarkeit willen verzichte ich auf die durchgängige Anwendung der geschlechtersensiblen Schreibweise. Mit der Nennung der gängigen (und in der Regel männlichen) Funktionsbezeichnung ist immer auch die jeweils andere (in der Regel weibliche) Form mit gemeint. Bei sämtlichen Namen von Interviewpersonen handelt es sich um Pseudonyme, ebenso wurden die beiden Untersuchungsfelder weitgehend anonymisiert.

bürokratie entscheidend dazu bei, dass sich das Gesundheitswesen in vielen Ländern zum eigentlichen Beschäftigungsmotor entwickelt. [...] In keinem anderen Sektor der Wirtschaft sorgt die Produktion von Unsinn für dermaßen viele Arbeitsplätze und hilft somit, die Arbeitslosenraten tief zu halten.“ (Binswanger 2010: 212)

Es kann nicht Sinn und Zweck der vorliegenden Arbeit sein, Bürokratiekritik oder Kritik an den Ökonomisierungstendenzen im deutschen Gesundheitswesen zu betreiben, freilich können einem als beobachtendem Zeitgenossen in der Tat derartige Gedanken kommen: So hat beispielsweise die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO AG in ihrem für die Deutsche Krankenhausgesellschaft erstellten und damit gewiss nicht gänzlich neutralen Gutachten errechnet, dass sich hierzulande die Personalkosten des Medizincontrollings und der Kodierfachkräfte pro Krankenhaus im Durchschnitt jährlich auf ca. 341.000 Euro belaufen. „Hochgerechnet auf alle deutschen Krankenhäuser sind in diesen Bereichen ca. 13.700 Mitarbeiter beschäftigt und kosten das Gesundheitssystem jährlich 0,7 Mrd. Euro – rein auf Seiten der Krankenhäuser. Gemessen an den mittleren Behandlungskosten eines stationären Krankenhausbehandlungsfalls in Deutschland bedeutet dies, dass für diese Aufwendungen ca. 190.000 Patienten stationär behandelt werden könnten.“ (BDO AG 2011b: 61) Der Aufwand für Software und die entsprechenden Kosten bei den Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) oder dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)⁵ wären dem noch hinzuzuaddieren. In Deutschland habe man bis heute, um nochmals den Schweizer Ökonom Mathias Binswanger zu zitieren, „vorsichtigerweise darauf verzichtet, genauer auszurechnen, wieviel die Verwendung der Fallpauschalen tatsächlich kostet oder einspart. Das Resultat könnte nämlich unangenehme Wahrheiten an den Tag bringen.“ (Binswanger 2010: 213)⁶

1.2 Gegenstand der Arbeit

Diese Arbeit handelt – es wurde schon angedeutet – unter anderem von der Tätigkeit der von Dr. Brandenburg geißelten „Damen und Herren“, dieser vermeintlichen oder tatsächlichen „Bürokratenkaste“, die es „sich in dem verkorksten System bequem gemacht“ hat (Brandenburg 2013a: 57). Ob sich diese Beschäftigten zu Recht als „Hohepriester des Systems“ bezeichnen lassen und ob es in dem System wirklich so bequem zugeht, daran darf man durchaus Zweifel hegen – dies sei schon einmal vorweggesagt.

Es geht hier überhaupt nicht darum, Paul Brandenburgs und Mathias Binswangers Diagnosen zu widerlegen oder im Gegenteil im Konsens mit ihnen das DRG-System als Ganzes an den Pranger zu stellen. Von einer normativen Perspektive aus betrachtet, könnte man durchaus Sympathien für ihre Standpunkte entwickeln und erfreut darüber sein, dass mit der medizinischen Profession (Brandenburg) und ihrem Beharren auf professioneller Autonomie und dem wachsamem Auge der nicht-orthodoxen Ökonomie (Binswanger) noch

⁵ Wesentliche Funktionseinheiten des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurden mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Mai 2020 unter dem Dach des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu einer Behörde zusammengeführt.

⁶ Woolhandler et al. haben vor einige Jahren schon in einem USA-Kanada-Vergleich errechnet, dass der Anteil der Beschäftigten im Verwaltungsbereich des Gesundheitswesens von 18,2 Prozent im Jahr 1969 auf 27,3% im Jahr 1999 angestiegen ist und dass „after exclusions, administration accounted for 31.0 percent of health care expenditures in the United States“ (Woolhandler et al. 2003: 772). Konkret heißt das, dass zum Zeitpunkt der Berechnung von jedem in den USA für Gesundheit ausgegebenen Dollar 30 Cent für Verwaltungszwecke aufgewendet wurden.

einige Felsen in der Brandung gegen die von Politikern, neoliberalen Gesundheitsökonomern und Krankenhausmanagern vorangetriebene Unterwerfung medizinischer Versorgung unter die Maximen der Profitmaximierung existieren. Ihre in einem breitenwirksamen Format geäußerten Wortmeldungen sind sicherlich recht exponiert. Sie stehen jedoch keineswegs allein auf weiter Flur, auch wenn sich das ärztliche Unbehagen an der Fallkodierung und am „Unsinn“ des DRG-Systems in Artikeln in den medizinischen Standesorganen etwas stärker gefiltert Ausdruck verschafft. „Dafür bin ich nicht angetreten und habe diesen Beruf ergreifen wollen“ ist, so Sebastian Klinke, eine häufige Aussage der Befragten in der groß angelegten „WAMP-Studie“ zu den Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Klinke 2008: 42; die Zusammenfassung der Studie findet sich in Braun et al. 2010). Überhaupt scheint diese Formulierung zu einem Topos, einer Pathosformel in der Positionierung von Ärzten gegenüber dem neuen Geist, der in den Krankenhäusern Einzug gehalten hat, geronnen zu sein. So fasst der Klinikseelsorger eines kommunalen Krankenhauses, den Arne Manzeschke im Rahmen seines Forschungsprojekts „Diakonie und Ökonomie“ befragt hat, mit beinahe den gleichen Worten pauschal die Haltung der Mitarbeiter dieses Hauses zusammen: „Dafür bin ich nicht Pfleger, Arzt, Krankengymnast geworden“ (Manzeschke 2010: 186). Die Formel des Antritts zum Dienst evoziert ein Ethos des Beamtentums, es geht um die Dignität eines ganzen Berufsstandes.⁷ Es fragt sich nur: Ist die Sache wirklich so einfach wie sie sich für Kritiker wie Brandenburg oder Binswanger darstellt?

Wie gesagt, hegt diese Arbeit keineswegs die Ambition, im Für und Wider zum Fallpauschalensystem ein abschließendes Urteil zu fällen. Es geht hier eher darum, den Sinn oder – in Anlehnung an die Äußerungen Brandenburgs und Binswangers und mit etwas Lust an der Paradoxie formuliert – den Sinn all dieses produzierten „Unsinn“ freizulegen. Sinn, freilich auf einer ganz anderen Ebene, es geht nämlich um den subjektiven Sinn, den die genannten, mit der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren befassten Personen mit ihrer täglichen Arbeit verbinden. Und einige von ihnen kommen in den Interviews dann durchaus zu dem Schluss, dass vieles davon Unsinn ist, andere zur Überraschung des Beobachters arrangieren sich damit....

Ihre Hommage auf ihren berühmten Lehrer und Kollegen Anselm Strauss schloss die 2010 verstorbene Soziologin Susan Leigh Star mit folgender Aufgabenstellung an eine Soziologie des Unsichtbaren ab:

To do a sociology of the invisible means to take on the erasing process as the central human behavior of concern, and then track that comparatively across domains. This is, in the end, a profoundly political process, since so many modern forms of social control rely on the erasure or silencing of various workers, on deleting their work from representations of the work. (Star 1991: 281)

⁷ Unübersehbar sind auch die militärischen Konnotationen: Man tritt auch zum Dienst an in der Armee. Und wenn man bedenkt, dass die ärztlichen Grade des Krankenhauses ursprünglich den Diensträngen der preußischen Armee entstammen, ist die Anrufung einer gefährdeten oder verletzten Ehre durchaus folgerichtig. Der Sänger Udo Lindenberg greift ironischer Weise in einem Interview mit dem österreichischen *Kurier* vom 26.04.2016 ebenfalls auf diese Formel zurück: „Wir sind damals als Musiker angetreten, um die Welt zu verändern: Rebellion, Anti-Vietnam wie Dylan, Bürgerrechtsbewegung wie Belafonte! Wir wollten die Welt zu einem faireren, besseren Ort machen. Aber heute frage ich mich: Wann fangen wir damit an? Kann ich mit Liedern genug bewirken? Denn wenn ich in manchen Ländern in Europa und auch in Deutschland so einen Abrutsch ins rechte, nationalistische Eck sehe, denke ich, *dafür bin ich nicht angetreten*.“ (<https://kurier.at/kultur/dafuer-bin-ich-nicht-angetreten/195.266.272> ; Hervorhebung von mir; A.Pf.)

Dieses auf den ersten Blick ominös erscheinende Unsichtbare, das den Gegenstand einer eigens damit befassten Soziologie abgeben soll, bleibt nicht abstrakt, sondern bezieht sich offensichtlich auf „work“ und auf diejenigen, die es verrichten, die „various workers“, die Beschäftigten. Im Zentrum dieser Arbeit stehen freilich nicht die nach außen hin als repräsentativ für das Geschehen im Krankenhaus geltenden emblematischen und in diesem Sinne „sichtbaren“ Figuren: der heroisch operierende – und selbstverständlich männliche – Chirurg oder der anhand bildgebender Verfahren, Kurven und Befunden eine Differenzialdiagnose erstellende Internist, die beide auf der Vorderbühne des Geschehens agieren; ebenso wenig die meist nur als Kollektiv wahrgenommenen, sich aufopferungsvoll um die Patienten kümmernden – und selbstverständlich weiblichen – Pflegekräfte, die in diesem Spiel als Statisten fungieren; vielmehr geht es um eine Gruppe von Personen, die – um im Bild zu bleiben – hinter den Kulissen agiert und eine weitgehend unsichtbare Arbeit verrichtet, die außerhalb der Organisation Krankenhaus in der Regel weder bekannt ist noch wahrgenommen wird – innerhalb der Krankenhäuser, so die Klage der Betroffenen, bisweilen freilich auch nicht: die Arbeit der dem Medizincontrolling zugeordneten Kodierfachkräfte. Es wäre auch nicht so vorteilhaft, wenn sie allzu auffällig im Rampenlicht stünden, weil es an diesem Ort doch eigentlich um die Erbringung eines öffentlichen Gutes und nicht um Geld und das Erzielen von Profit gehen sollte.

Man muss schon einen Blick in die amtliche Statistik werfen, um eine vage Vorstellung von den neben dem Ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst zahlreichen im Krankenhaus sonst noch tätigen Berufswelten zu bekommen: dem „Medizinisch-technischen Dienst“, dem „Funktionsdienst“, dem „Klinischen Hauspersonal“, dem „Wirtschafts- und Versorgungsdienst“, dem „Technischen Dienst“, dem „Verwaltungsdienst“, den „Sonderdiensten“ und als Restkategorie dem „Sonstigen Personal“ (hinter diesen Personalkategorien steht nochmals ein breiter Fächer von Berufen wie etwa die Medizinisch-technischen Assistenten/-innen, Apotheker/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Diätassistenten/-innen...). Sichtbarkeit bzw. Unsichtbarkeit im Krankenhaus korrelieren also offenbar im Großen und Ganzen mit einem Statusgefälle.

Sie alle tragen in irgendeiner Form als Statistinnen, Kulissenschieber, Kassiererinnen, Platzanweiser usw. zum Gelingen der Dienstleistungen bei, die in der „Krankenhaus-Welt“ erbracht werden.⁸

Angesichts der zahlreichen älteren und aktuellen sozialwissenschaftlichen Studien zu den Berufsgruppen des Krankenhauses, den klassischen Professionen, den Semi- oder Para-Professionen, v.a. der Ärzteschaft oder der Pflege, oder den bis vor einigen Jahren in der Forschung relativ unberücksichtigt gebliebenen Verwaltungsfunktionen (hierzu nochmals der Hinweis auf Bär 2012a), muss man sich beinahe schon rechtfertigen, einer zahlenmäßig nicht allzu bedeutenden und hinsichtlich ihrer Rekrutierung, ihrer Qualifikationen und ihres Aufgabenzuschnittes so amorphen Gruppe wie derjenigen der Kodierfachkräfte, klinischen Kodierer, Kodierassistenten, *Medical Coder* oder Medizinischen Dokumentare – nicht einmal die Bezeichnungen sind einheitlich – eine solche Aufmerksamkeit zu widmen. Die dieser Arbeit zugrunde liegende

⁸ Insofern sei als eine Inspiration auf die Art Worlds von Howard S. Becker verwiesen, der die Welt der Kunst als arbeitsteilige Koproduktion versteht und darauf aufmerksam macht, welche „ephemären“ Tätigkeiten dazu beitragen, dass kleine oder große Kunst entsteht: „All artistic work, like all human activity, involves the joint activity of a number, often a large number, of people. Through their cooperation, the art work we eventually see or hear comes to be and continues to be. The work always shows signs of that cooperation. The forms of cooperation may be ephemeral, but often become more or less routine, producing patterns of collective activity we can call an art world.“ (Becker 2008: 1)

und im Zuge der Feldforschung aufgekommene Intuition – ein „Zufallsfund“⁹, wenn man so will – bestand darin, dass durch den Fokus auf die scheinbar marginale Gruppe der Kodierfachkräfte¹⁰, auf ihre Berufsbiographien, die Entstehung ihrer Tätigkeit und ihres spezifischen Aufgabenzuschnitts, auf ihre Arbeitssituation und ihr berufliches Selbstverständnis eine etwas andere Zeitdiagnose der Krankenhausversorgung in Deutschland unter dem Vorzeichen des DRG-Systems entstehen könnte.

Ihre Aufgaben sind durchaus einzureihen in die Liste von neuartigen Tätigkeiten im öffentlichen Bereich, die Berthold Vogel als Folge des Umbaus des „arbeitenden Staats“ ausmacht: „[...] mit der stärkeren Marktorientierung staatlichen Handelns, mit der steigenden Nachfrage nach Beratung und Therapie entwickeln sich auch in den öffentlichen Diensten neue berufliche Gelegenheiten und es eröffnen sich neue soziale Karrierefelder. Andere Arbeitnehmerfiguren machen nun Karriere: der Controller, der Mediator, der Projektentwickler, der Therapeut oder der Case-Manager.“ (Vogel 2010: 924) Während sich mit dem Ausbau der Infrastrukturen des sorgenden Staates (Bode 2013) von den 60er Jahren bis in die 80er Jahre hinein zunächst vor allem in den Professionen und Semiprofessionen des Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Bildungswesens sowie der öffentlichen Verwaltung, umfangreiche Beschäftigungschancen in der direkten Bereitstellung öffentlicher Güter für die jeweilige Klientel boten – Abram de Swaan sprach in seiner in Englisch 1988 erschienen Studie *In care of the state* von einer „Machtübernahme“ (de Swaan 1993: 249) – haben die nun neu entstandenen Tätigkeiten – es wird hier immer schwieriger, von Berufen oder Professionen im klassischen Sinn zu sprechen – häufig weniger mit klientenorientierten Dienstleistungen zu tun, sondern nehmen Aufgaben wahr, die mit der *accountability*, also der Rechenschaft von Leistungserbringern gegenüber den Adressaten, Auftraggebern oder Geldgebern – im Falle der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen bzw. der Gemeinschaft der Versicherten – über ihr eigenes Handeln zu tun haben. Accounting- bzw. Controllingsysteme bilden ganz allgemein Ressourcen der Herrschaft, indem sie ermöglichen, Akteure zur Verantwortung zu ziehen oder ihre Leistungen zu messen und Einfluss auf ihre Mittelallokation zu nehmen (Becker 2014: 139). Und nicht zuletzt repräsentieren Controllingsysteme Regeln für erlaubtes und nicht erlaubtes Handeln, für Belohnung und Bestrafung, sie dokumentieren finanzielle Verantwortlichkeiten. Das alles gilt für das DRG-System, es gilt innerhalb des Krankenhauses, wenn es um die „Profitabilität“ einzelner Abteilungen und Zentren geht, aber auch im Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern der Krankenhausbehandlungen. Und wenn es um Herrschaft, um finanzielle, personelle und symbolische Ressourcen, um die Durchsetzung formaler Regeln geht, dann sind auch Spannungen, Konflikte, Machtkämpfe, informelle Regelüberschreitungen und mikropolitische Spiele nicht weit. Die Kodierfachkräfte als mit der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Rahmen der Abrechnung von medizinischen Leistungen über Fallpauschalen befasstes Personal eignen sich ausgezeichnet, um über derartige Phänomene Auskunft zu geben, die im Zuge der in der Forschung vielfach als „Ökonomisierung

⁹ Rolf Lindner verweist in seinem schönen Essay *Serendipity und andere Merkwürdigkeiten* auf Gary Fine und James Deegan, die darauf aufmerksam gemacht haben, „dass Zufallsfunde, die in der Regel mit der experimentellen Forschung in Zusammenhang gebracht werden, auch in der Feldforschung eine bedeutende Rolle spielen. Vor allem die Eröffnungsphase der Forschung scheint reich an solchen Gelegenheiten zu sein, stolpert man doch gerade dann über etwas, das, räumt man es nicht einfach als störend beiseite, zu neuen Einsichten führen kann. (Lindner 2012: 7) Die Kodierfachkräfte waren ein solcher Fund.

¹⁰ Der Einfachheit halber seien all die genannten Berufsbezeichnungen unter diesem Rubrum zusammengefasst.

des Krankenhauswesens“ (vgl. zur Definition Kühn 2003, 2004; Schimank/Volkman 2008) bezeichneten Prozesse stehen. Ebenso bieten sie sich an, um auch die interprofessionellen Dynamiken zwischen den im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen sowie Professionalisierungsbestrebungen neuer Berufe untersuchen zu können. Ausgehend von dieser auf den ersten Blick in den Krankenhäusern scheinbar „randständigen“ Tätigkeitsgruppe kann konkret die in der Forschung aufgeworfene Frage nach den „Orientierungsdilemmata“ bzw. der „Ambivalenz des Handelns kulturell spezifisch sozialisierter und ‚unter Außendruck‘ geratener Organisationsakteure“ (Bode 2010a: 84; Bode 2010b) angesichts der Veränderungen der „Governance“ im Gesundheitswesen konkretisiert werden. Die Kodierfachkräfte stellen damit ein nicht unwesentliches, bisher aber noch fehlendes Puzzleteil dar, mit dem sich das Bild des gegenwärtigen Krankenhauswesens vervollständigen lässt.

1.3 „Der Tümpel der Empirie“

Gewiss können im Rahmen einer an zwei mittelgroßen Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft erarbeiteten Fallstudie nur begrenzt Aussagen getroffen werden, die auch für die Situation eines Großklinikums wie beispielsweise der Berliner Charité gelten, an der zum Zeitpunkt der Erhebungen zu dieser Arbeit ca. 140 Medizinische Kodierassistenten – eine andere Bezeichnung für Kodierfachkräfte – beschäftigt sind.¹¹ Ein im statistischen Sinne repräsentatives Bild, wie es eine groß angelegte Umfrage hervorbringen würde, kann und soll dabei also nicht herauskommen. Diese Arbeit stellt sich also bewusst in eine andere, eine monographisch orientierte Tradition der empirischen Sozialforschung, deren Geschichte Alain Desrosières (1989) oder Wolfgang Bonß (1982) im Kontrast zu ihrem Gegenspieler, der „Enquete“, bis weit ins 19. Jahrhundert zurückverfolgt haben. Dass in der zumindest in Deutschland von quantitativen bzw. standardisierten Ansätzen dominierten Gesundheits- bzw. Versorgungsforschung ein Nachholbedarf an interpretativen, ethnographischen, subjektorientierten, teilnehmend beobachtenden Ansätzen zur Schließung der „qualitativen Lücke“ besteht, ist eine Forderung, die immer häufiger erhoben wird (Manzei/Schnabel/Schmiede 2015: 24).¹² Es sei freilich den kritischen Leserinnen und Lesern überlassen, ob diese Arbeit den Ansprüchen so unterschiedlicher monographisch vorgehender Ansätze wie der industriesoziologischen Betriebsfallstudie (vgl. Pflüger et al. 2010; Pongratz et al 2010) oder ethnographischer Studien genügt (vgl. Götz 2007; 2010; Breidenstein et al. 2013; Thomas 2010).¹³

Diese Arbeit über die Kodierfachkräfte und den Kodierprozess handelt indirekt auch von der Situation der Krankenhäuser in Deutschland und somit von einem in der Krise befindlichen Kernelement der wohlfahrtsstaatlichen Infrastruktur (Bode 2013: 36). So schätzte etwa das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in dem von ihm herausgegebenen Krankenhaus-Rating-Report aus dem Jahr 2012 – also in der Anfangsphase der empirischen Erhebungen für diese Arbeit –, dass fast jedem sechsten der

¹¹ Mündliche Mitteilung eines leitenden Arztes der Charité Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2012 an den Autor.

¹² Das bezeugt auch die Gründung einer „Arbeitsgruppe Qualitative Methoden“ im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung e.V. (DNVF) (vgl. Meyer et al. 2012, sowie die Bestandsaufnahme solcher Forschungen in Karbach et al. 2012).

¹³ Möglicherweise wird sie das nicht in Gänze, was neben der mäandrierenden Entstehungsgeschichte dieser Arbeit (s. Kapitel 2) als einem sich aus einem anders gelagerten Forschungsprojekt allmählich „ausmündelnden“ Vorhaben, unfreiwilligem Einzelkämpfertum sowie einem allzu „wild“ lesenden Autor zu einem Gutteil aber auch seinem Untersuchungsgegenstand, seinem Forschungsfeld zuzuschreiben ist.

ca. 2.050 deutschen Krankenhäuser die Schließung oder der Verkauf drohe (Der Spiegel 2012). Am schlechtesten schnitten in diesem Rating die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft ab, diejenigen in privater Trägerschaft am besten. Die Trägerschaft allein erklärt freilich nicht alles, gibt es doch auch zahlreiche erfolgreiche öffentliche Krankenhäuser, wie ein Gutachten des Interessenverbands kommunaler Krankenhäuser e.V. und des Deutschen Krankenhausinstituts belegt (Hanneken et al. 2010). Auch das zweite, im Rahmen dieser Arbeit untersuchte Kreiskrankenhaus steht hierfür – was ihm und den dort Beschäftigten allerdings nicht das Schicksal erspart hat, von einem großen privaten Klinikkonzern wenige Jahre nach Abschluss der dortigen Erhebungen in einem zweiten Anlauf doch „geschluckt“ zu werden.

Die zahlreichen verfügbaren statistischen Daten und Studien über die derzeitige Lage der deutschen Kliniken, über steigende Fallzahlen bei reduziertem Personalbestand, über die Belastungen und den Druck, denen die Beschäftigten aller Berufsgruppen ausgesetzt sind, aber auch die eigene Forschungserfahrung belehren einen, dass vielerorts – vielleicht mit Ausnahme von Universitätskliniken, die von Haus aus über medizinsoziologische Institute mit entsprechenden Zugangsmöglichkeiten verfügen – gegenwärtig kaum Kapazität, vor allem aber praktisch keine Zeit für die Betreuung externer Forschung vorhanden ist. Hinzu kommt, dass vermutlich nur wenige Geschäftsführer einen Außenstehenden willkommen heißen, der hinter die Fassade, die „Schauseite der Organisation“, abseits der heutzutage eher Hotelrezeptionen ähnelnden Eingangsbereiche mit den von Qualitätsprüfungsagenturen ausgestellten, allerorten aufgehängten Zertifizierungsurkunden blicken und womöglich über unerquickliche Arbeitsbedingungen oder gar informelle Praktiken und Qualitätsmängel in der medizinischen Versorgung berichten könnte (vgl. prägnant dazu: Kühl 2011: 89 ff). Insofern ist der im Zuge der Entstehung dieser Arbeit – in einem Fall mehrfach unterbrochene, schließlich gänzlich versperrte – Zugang zu zwei Häusern, einem, das nach der früheren Einteilung in den Landeskrankenhausplänen¹⁴ als Haus der Grund- und Regelversorgung, ein anderes, das als Haus der Zentralversorgung klassifiziert war, einerseits ein Glücksfall, andererseits Grund zur Enttäuschung der forscherschen Ambitionen. Und so ist auch diese Untersuchung eine Illustration für die Lehre, die Johann Jürgen Rohde, dem „Leitfossil“ der Krankenhaussoziologie, von einem seiner akademischen Lehrer, Ernesto Grassi, erteilt wurde: nämlich „daß sich das Wort Empirie vom Griechischen herleitet, das in ursprünglicher Bedeutung ‚durch den Sumpf waten‘ meint“. (Rohde 1987: 25) Wie schreibt Karl Popper in seiner Logik der Forschung so treffend: „Die empirische Basis der Wissenschaft ist nichts Absolutes; die Wissenschaft baut nicht auf Felsengrund; es ist eher ein Sumpfland“ (Popper 1935: 66). Für den knietief durch die Niederungen der Empirie watenden, manchmal darin stecken bleibenden – oder um es mit Everett Hughes zu sagen – sich mit „the human mess“ abmühenden Soziologen¹⁵ ist es daher nicht angezeigt, es den ebenfalls im Sumpf sitzenden Fröschen aus Ovids Metamorphosen nachzutun und seine unerquickliche Situation lautstark zu schmähen – *quamvis sint sub aqua, sub aqua maledicere temptant* –, sondern gerade

¹⁴ Die in den früheren Krankenhausplanungen vorgenommene Zuweisung von Leistungsstufen wurde in Baden-Württemberg inzwischen aufgehoben (Ministerium für Arbeits- und Sozialordnung Baden-Württemberg 2010: 6).

¹⁵ Dem Bonmot Everett C. Hughes zufolge „suhlt“ sich der Soziologe gar in „menschlichem Durcheinander“, was die besondere Schwierigkeit ausmacht, daraus noch theoretisch anspruchsvolle, „reine“ Extrakte zu destillieren: „[...] And this illustrates the fate of each branch of social science; that while it refines and purifies its theoretical core, its logic, it can never free itself from the human mess. Wallowing there, each purist will find himself in the company of others who, although they seek to create a different pure product of logic, must extract it from this same mess.“ (Hughes 1984c: 100)

diesen Umstand ins Positive zu kehren und als beredten Ausdruck der gegenwärtigen Lage der deutschen Kliniken, ein eigentlich der Analyse wertiges Faktum anzusehen.¹⁶ Das Glas ist, je nach eingenommenem Blickwinkel, halbleer – nach dem der Methodenlehrbücher – oder halbvoll – nach dem des sich durch die bisweilen widrigen Erfahrungen bei der empirischen Forschung in Organisationen in Bescheidenheit übenden Soziologen.

1.4 Konzeptuelle Einbettung und Leitfragen

Die vorliegende Arbeit lässt sich nicht auf eine bestimmte soziologische Teildisziplin oder einen bestimmten Forschungsansatz verpflichten. Im Forschungsgegenstand schneiden sich die verschiedenen Blickwinkel arbeits- und berufs- bzw. professionssoziologischer, organisations- sowie medizinsoziologischer Fragestellungen. Die Fruchtbarkeit des gewählten Vorgehens liegt möglicher Weise gerade darin, die jeweiligen Perspektiven im Hinblick auf ein Thema von hoher politischer Brisanz zum Konvergieren zu bringen, damit zugleich aber auch einen distanzierten Blick auf ein von politischen Kontroversen und medialer Skandalberichterstattung begleitetes Thema zu gewinnen (vgl. zu den öffentlichkeitswirksamen Stellungnahmen zu Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen und Abrechnungsbetrug im Rahmen der fallpauschalenbezogenen Abrechnung vgl. beispielsweise Kölbel 2013; Fiori/Bunzenmeier/Roeder 2010; Spiegel Online 2010; Bohsem 2012; Faller 2012; Heinemann 2014).

Doch gerade derartige medial aufgeheizte Auseinandersetzungen zeigen, dass es dabei nicht nur um Geld geht, sondern auch die – in Bourdieu'schen Termini ausgedrückt – symbolische Ordnung des Feldes der Krankenbehandlung thematisiert wird. Mit der Einführung der auf Fallpauschalen basierenden Abrechnung von Krankenhausleistungen vollzog sich ein Umbruch innerhalb des in vielerlei Hinsicht stark durchherrschten Feldes der Krankenhausversorgung mit seiner ehemals – wie viele meinen – stärker auf das Gemeinwohl und auf professionelle medizinische Standards verpflichteten Orthodoxie, indem mit neuen Akteuren, einem neuen Finanzierungssystem und neuartigen Steuerungsformen und -techniken (vgl. Chiappello/Gilbert 2013) zunehmend heterodoxe Positionen im Feld an Macht gewonnen haben. Es ist zugleich eine symbolische Revolution, im Zuge derer diese hierzulande seit noch nicht allzu langer Zeit ins Feld eingetretenen Akteure ihre aus Gesundheitsökonomie und Controlling stammenden Denk- und Handlungskategorien gegenüber einer etablierten professionellen Praxis der Mediziner durchzusetzen bemüht sind. Diese um die emblematischen Figuren des Chefarztes und des Krankenhausmanagers gebildete hochdynamische „Figuration“ umfasst dabei auch noch die Pflege, die in ihren vielfältigen individuellen wie kollektiven Professionalisierungsbemühungen ebenfalls mehr oder weniger erfolgreich Deutungsansprüche geltend zu machen sucht.

Wie dieses Feld bzw. die involvierten Akteure konkret mit diesem Umbruch umgehen und einen neuen stabilen Zustand zu etablieren suchen, welche veränderten Machtbalancen sich daraus ergeben und welche Strategien der Anpassung und des „Unterlaufens“ im Goffman'schen Sinne dabei verfolgt werden, das

¹⁶ Es gibt – abgesehen von der ethnographischen Forschung – meines Wissens kaum Analysen des Verwehrens von Feldzugängen durch Institutionen und deren Vertreter. Eine Ausnahme stellt ein Artikel von Muriel Darmon (2005) dar, der im Kontext ihrer herausragenden, hierzulande jedoch leider kaum wahrgenommenen Studie zu den Karrieren von an Anorexie leidenden jungen Frauen in französischen psychiatrischen Einrichtungen entstanden ist (Darmon 2003).

blieb mit Ausnahme einiger weniger Studien – etwa des am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen nach Einführung des DRG-Systems in Deutschland durchgeführten WAMP-Projekts („Wandel in Medizin und Pflege im DRG-System“; vgl. Braun et al. 2010, Buhr/Klinke 2006a; 2006b), der aus einem Lehrforschungsprojekt hervorgegangenen Untersuchung über „Veränderungspotenziale in Krankenhausorganisationen“ von Crojethovic et al. (2014), Robin Mohans Studie über den Wandel der pflegerischen Arbeit im ökonomisierten Krankenhaus (2019), sowie vor allem der Untersuchungen Werner Vogds (2004, 2006a, 2006b, 2006c, 2011) – in der sozialwissenschaftlichen und politisch interessierten Öffentlichkeit weitgehend unterbelichtet.¹⁷ Wenn darüber ausführlicher berichtet wird, dann geschah dies bis vor einiger Zeit eher im grellen Licht der Skandalberichterstattung über Abrechnungsverstöße, Fallzahlensteigerungen, medizinisch nicht bzw. vermeintlich nicht gerechtfertigte Knie- und Hüftgelenkprothesen usw. Abgesehen von der im Wesentlichen normativen bzw. pragmatisch, jedoch nicht wissenschaftlich-analytisch orientierten Literatur aus dem Bereich Krankenhausmanagement bzw. -controlling blieben dieser Vorgänge lange Zeit wenig reflektiert.

Eine der grundlegenden Fragestellungen dieser Untersuchung besteht daher darin, die oben genannten Wandlungsprozess an einem für die Organisation Krankenhaus sicher nicht unwesentlichen Prozess exemplarisch zu untersuchen, nämlich – konkret an der Sache formuliert – zu fragen, was denn eigentlich (und für dieses „eigentlich“ könnte man auch die Formulierung „empirisch“ oder „in der Praxis“ einsetzen) in und zwischen den Bereichen des Krankenhauses sowie darüber hinaus im Umgang mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung formell wie informell¹⁸, regelkonform wie regelabweichend¹⁹ geschieht, wenn eine Krankenhausbehandlung „abgerechnet“ werden soll.

Der schon erwähnte Klassiker der Krankenhaussoziologie, Johann Jürgen Rohde, spricht vom Krankenhaus als einer „von ihren Aufgaben her überdeterminierten Organisation“, in der sich auf konflikträchtige Art und Weise mehrere „Zielkomplexe“ – systemtheoretisch arbeitende Organisationssoziologen sprechen heute eher von Zwecken oder „gesellschaftlichen Kontexturen“, die mit der funktionalen Differenzierung der modernen Gesellschaft als autonome Funktionsbezüge entstanden sind (vgl. Vogd 2011: 71 f) – institutionalisiert finden und sich mit differenten kulturellen Orientierungen verbinden (Rohde 1973: 20 ff; vgl. zu den „Zwecken“ des Krankenhauses allgemein Rohde 1962: 172-187).²⁰

- Der medizinische Zielkomplex richtet sich auf die professionell bestimmte, kritisch-rationale Gestaltung des Behandlungsgeschehens.
- Die pflegerische Versorgung zielt, so Rohde, darauf, Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen, ihn zu beschützen, aber auch zu kontrollieren. Das mag zumindest für die Zeit der Abfassung von Rohdes krankenhausesoziologischen Untersuchungen zutreffen, weniger jedoch für die heutigen

¹⁷ Darüber hinaus sind in den vergangenen Jahren mehrere Sammelbände erschienen, deren krankenhausesoziologische Einzelbeiträge sich teilweise auf eigene empirische Forschungen stützen, bspw. Manzei/Schmiede 2014, Bode/Vogd 2016 und zuletzt Dieterich et al. 2019.

¹⁸ Siehe zu diesem Komplex aus organisationssoziologischer Perspektive die Beiträge in von Groddeck/Wilz (2015) und Crojethovic et al. (2014).

¹⁹ Siehe hierzu grundlegend und ebenfalls aus organisationssoziologischer Perspektive Ortmann (2003).

²⁰ Dass mit den Zweckkonflikten innerhalb der Organisation Krankenhaus auch Autoritätskonflikte verbunden, allerdings alles andere als deckungsgleich sind, sei hier schon einmal angemerkt. Vgl. dazu Rohde 1974: 352 und 357 ff.

Aufgabendefinitionen von professionalisierter Krankenpflege, deren Vertreter die Ziele der Pflege viel weiter fassen als es Rohde tut und beispielsweise dem „Empowerment“, der Stärkung der Selbstpflegekompetenz und Vorbereitung auf die Alltagsbewältigung der Patienten, aber auch ihrer Angehörigen, also der Förderung der Kompetenzen durch Patientenedukation, Schulung, Anleitung und Beratung großes Gewicht zu messen. Und dies wird umso wichtiger, je kürzer die Verweildauern im Krankenhaus werden (vgl. Bartholomeyczik 2011: 321 ff; 2013: 47).

- Beim Zielkomplex Lehre, Ausbildung und Weiterbildung liegen die Mitglieder des Krankenhauses selbst im Blick der personengerichteten Aktivität. Der Zielkomplex Forschung verlangt sachorientierte, auf die Gewinnung generalisierter Erkenntnisse ausgelegte und tendenziell „a-soziale Handlungsmuster“.
- Der administrativ-betriebliche Zielbereich, der Bereich der „Selbsterhaltung und Weiterentwicklung der Institution in ökonomischer, technischer sowie personeller Hinsicht [...], „der ganz sicher nicht nur von den übrigen Zielbereichen unterschieden ist, sondern häufig geradezu als Fremdkörper in der Institution des Krankenhauses empfunden wird“, bildet schließlich den Bezugspunkt „bürokratischer, technischer und ökonomistischer“ Handlungsstrategien, weil hier „nicht die eigentlichen Leistungsziele des Krankenhauses im Vordergrund“ stehen, „sondern der Nutzen, den die Organisation selber und deren Mitglieder haben wollen“ (Rohde 1974: 23 f, die Zusammenfassung der Ausführungen Rohdes orientiert sich teilweise an Iseringshausen/Staender 2012: 186).
- Hinzufügen lassen sich mit Vogd noch die „Kontexturen“ Politik, Recht, Religion und Patient (2011: 71 ff).

Wir wollen hier bewusst um der Reduktion von Komplexität willen stark vereinfachen und uns – dabei obendrein zwei der von Rohde genannten Zielkomplexe zusammenfassend – auf zwei Zwecke konzentrieren: den offensichtlichsten, nämlich 1.) medizinisch-pflegerische Versorgungsleistungen zu erbringen und dabei den Patienten im Rahmen einer von der akut-stationären Aufnahme bis zur Entlassung reichenden Falltrajektorie (oft auch als Patientenkarriere bezeichnet) zu behandeln. Der Prozess der Verfolgung dieses Zwecks ist gemeinhin der zentrale Gegenstand der Medizin- oder Krankenhaussoziologie (das wären die Kontexturen Medizin und Pflege); 2.) seit den 1980er Jahren immer mehr in den Vordergrund tretend und für ihre Selbsterhaltung als Organisation nicht minder bedeutend, die Versorgung der Organisation mit den für den erstgenannten Zweck nötigen (finanziellen), aber immer knappen Ressourcen (das wäre die Kontextur Wirtschaft).²¹

Der eben verwendete Begriff „Trajektorie“, der in deutschen Übersetzungen oft auch mit „Verlaufskurve“ wiedergegeben wird, entstammt den krankenhausesoziologischen Arbeiten von Anselm Strauss und Mitarbeitern. In Absetzung von dem alltagssprachlichen wie auch professionellen Terminus des Krankheitsverlaufs (*course of illness*) verwenden sie ihn, „to refer not only to the physiological unfolding of a patient’s disease but to the total *organization of work* done over that course, plus the *impact* on those involved with

²¹ Die Befürchtung, dass sich der Nexus von Zweck und Mittel angesichts zunehmender Privatisierungen und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen umkehrt, ist schon seit geraumer Zeit ein Thema sozialwissenschaftlicher und gesundheitsethischer Untersuchungen (vgl. Kühn 2003, Heubel/Kettner/Manzeschke 2010; zur Thematik der Ökonomisierung allgemein Schimank/Volkman 2008).

that work and its organization. For different illnesses, the trajectory will involve different medical and nursing actions, different kinds of skills and other resources, a different parceling out of tasks among workers [...], and involving quite different relationships – instrumental and expressive – both among the workers.” (Strauss et al. 1997: 8; Hervorhebungen von den Autoren). Strauss et al. zufolge ist er als analytischer Begriff für ein soziologisches Verständnis des Umgangs aller beteiligten Akteure (einschließlich des Patienten selbst) mit der Krankheit, der *social organization of medical work*, unerlässlich, um nicht den Relevanzen der Krankenhausakteure verhaftet zu bleiben, trotzdem aber ihrer Sicht der Dinge gerecht zu werden.

Dieses arbeitssoziologische Konzept wird in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen und zu einem der zentralen Begriffe gemacht werden, im Unterschied zu Strauss et al. geht es hier jedoch nicht in erster Linie um die medizinisch-pflegerische Trajektorie. Diese setzt vielmehr eine parallel zu ihr verlaufende und zu ihr und dem *illness course* in vielfachen Wechselbezügen stehende zweite Trajektorie – von Strauss auch als *arc of work* bezeichnet – in Gang, eben den schon erwähnten Prozess, im Zuge dessen ein Objekt, nämlich die DRG, „fabriziert“ wird: von der mit dem Eintritt des Patienten gestellten Aufnahmediagnose, der Dokumentation der am Patienten erfolgenden medizinischen Prozeduren, pflegerischen Maßnahmen und weiteren Diagnosen und sonstigen patientenbezogenen Daten, über deren Kodierung bis zur letztlich erfolgenden Abrechnung beim Kostenträger. Hier soll deshalb von der DRG-Trajektorie gesprochen werden. Es geht also im Sinne der *science and technology studies* um den Prozess der Fabrikation eines immateriellen Objekts, eines „Quasi-Objekts“ (vgl. Kapitel 3), die freilich nicht unabhängig von einer „Realität“, dem Behandlungsverlauf, erfolgt, sondern in manchen Aspekten lose, in manchen Aspekten eng gekoppelt (zum Begriff des *loose coupling*, Weick 2009 und Wolff 2010).

Um die oben beschriebenen *Zwecke* hat sich eine Konfliktlinie innerhalb des Krankenhauses entwickelt bzw. verschärft, sie stellt ein entscheidendes „enjeu“ in den symbolischen und materiellen Kämpfen des Krankenhauses dar. Doch schon zu den Zeiten, in denen Rohde schrieb, war das Verhältnis zwischen Medizin und Verwaltung bzw. Management durch einen „natürlichen“ Grundantagonismus“ bestimmt (Rohde 1974: 355), ein Verhältnis, in dem es, wie die sozialwissenschaftliche Diskussion festgestellt hat, seither zu massiven Gewichtsverlagerungen gekommen ist. Im Zuge der stärkeren Unterwerfung der Leistungserbringung unter betriebswirtschaftliche Kontrolle und verschärft durch das seit Anfang 2004 umgesetzte Krankenhausfinanzierungssystem sehen sich die Ärzte wie auch das Pflegepersonal und ganz besonders auch Kodierfachkräfte in Krankenhäusern mit der Anforderung konfrontiert, ihr Handeln und Entscheiden in ihrer jeweiligen Tätigkeit stärker an Kosten- und Erlöskriterien zu orientieren.

Aus dem Blickwinkel der Luhmann'schen Organisationssoziologie sollte dies eigentlich kein größeres Problem darstellen. Ihr zufolge „reproduzieren sich“, so Stephan Wolff, „Organisationen auf der Basis von Entscheidungen und differenzieren sich dadurch aus, dass sie Entscheidungen über Entscheidungen generieren. [...] Über die Mitgliedschaftsregelung vermag sich eine Organisation bei ihren Dispositionen über Zwecksetzungen und Programmentscheidungen weitgehend von den besonderen Motiven und Meinungen der an ihr (in der Form von Mitgliedern) partizipierenden Personen *abzukoppeln* und nach eigenen Ratio-

nalitätskriterien vorzugehen.“ (Wolff 1999: 40) Damit umschreibt er die in den frühen Schriften zur Organisationssoziologie von Luhmann eingeführte „Zweck-Motiv-Trennung“, (Luhmann 1964: 42), der zufolge mit der Übernahme der Organisationsrolle durch das Mitglied eine „homogenisierte Mitgliedschaftsmotivation“ gesichert wird. Diese Behauptung mag man Luhmann, der Fragen der Moral und des Ethos, wie Günter Ortman urteilt, als Störfaktoren für seine Theorie weitgehend ausgeblendet hatte (vgl. Ortman 2010), für Industriebetriebe vielleicht durchgehen lassen. Schwieriger wird es schon im Bereich öffentlicher Verwaltung, die ja zumindest in der Frühphase seiner Publikationstätigkeit Luhmanns primäres Forschungsfeld darstellte. Vollends kritisch zu betrachten ist diese Sichtweise dann aber im Bereich der Erbringung öffentlicher Güter, also in klassisch gemeinwohlorientierten und von Professionen und ihren jeweiligen Professionskulturen dominierten Organisationen wie Krankenhäusern, seien diese nun in öffentlicher, frei-gemeinnütziger oder gar privater Trägerschaft (vgl. in diesem Zusammenhang die Forschungen zum Thema „Public Service Motivation“, ein Überblick findet sich in Pfeuffer/Vogel/Wiegrefe 2014). Krankenhäuser als Einrichtungen der sozialen Daseinsvorsorge weisen zwar, wie Ingo Bode schreibt, „Basismerkmale *formaler Organisationen* auf; grundlegend für sie sind allerdings besondere *Akteursprofile* und *Umwelteinbettungen*“ (Bode 2013: 39). Das Organisationserfordernis der Trennung von Organisationszweck und Mitgliederinteresse konfliktiert also mit dem Umstand, dass Krankenhäuser tendenziell solche Personen zu Mitgliedern machen, „die, wie die Vertreter etablierter Professionen, qua beruflicher Sozialisation ganz bestimmte erwartbare Selbst-Programmierungen schon mitbringen.“ (Wolff 1999: 40) Die Handlungsorientierungen der Mitglieder – hier der Angehörigen des ärztlichen wie des Pflegedienstes – werden „wesentlich organisationsextern, im Kontext der betreffenden Berufsgruppe bestimmt“ (Iseringhausen/Staender 2012: 186). Und das kann ja durchaus auch funktional sein wie das Beispiel der innerhalb des Pflegedienstes – ungeachtet vielerlei Zumutungen in Form von Personalreduzierungen, Stationsfusionen usw. – anzutreffenden Neigung zur Selbstausbeutung zeigt. Hier ist gewiss nicht der Ort, um über Grundannahmen der Organisationssoziologie zu richten, zumal man sich ja durchaus auch die Frage stellen kann, ob nicht das besondere Ethos gemeinwohlorientierter Berufe in Zeiten von Privatisierungen, knappen Haushaltslagen öffentlicher Kassen und steigenden Flexibilisierungs- und Prekarisierungs- und Projektifizierungstendenzen ohnehin einer Erosion unterliegt, derartige spezielle Arbeitscharaktere also nicht mehr prämiert werden (vgl. zu dieser Frage Grabe/Pfeuffer/Vogel 2012a; Grabe/Pfeuffer/Vogel 2012b; Pfeuffer/Vogel/Wiegrefe 2014: 214; Pfeuffer/Vogel 2016).

Diese die interne Konfliktlinie verschärfende Besonderheit von Krankenhäusern als professionellen Organisationen hat aber für unser besonderes Interesse zur Folge, dass wir es – so eine Hypothese dieser Arbeit – im Überschneidungsbereich der beiden als Trajektorien bezeichneten Prozesse mit einer spannungsreichen und konfliktgeladenen Zone zu tun haben. Die ständig herzustellende „Verknüpfung“ der ersten (Patientenversorgung) mit der zweiten Trajektorie (der der Verfertigung einer abrechnungsfähigen DRG) und die damit erforderliche Bearbeitung von aus den unterschiedlichen „conflicting“ bzw. „competing institutional logics“ (Reay/Hinings 2009) resultierenden „Spannungen“ gehört organisatorisch zum Tätigkeitsfeld des Medizincontrollings.

Kodierfachkräfte sind also in verschiedener Hinsicht Grenzgänger, erwerbsbiographisch kommen sie – das wird noch zu zeigen sein – überwiegend aus einer ganz anderen Welt und sind nun Teil der Verwaltung und des Controllings, zugleich müssen sie in ihrer täglichen Arbeit zwischen den beiden Welten der stationären Versorgung und der Verwaltung vermitteln, um in Kooperation mit den Berufsgruppen des ärztlichen Dienstes und der Pflege ein „Produkt“ zu „fabrizieren“²², nämlich die letztendlich abrechnungsfähige DRG, und dieses in Zusammenarbeit mit den Angehörigen des ärztlichen Dienstes gegebenenfalls gegenüber der Organisationsumwelt aus Krankenkassen bzw. MDK zu verteidigen.

Damit ist eine weitere, homolog zu der innerhalb des Krankenhauses verlaufenden, Konfliktlinie zwischen der Organisation Krankenhaus und den Kostenträgern, vor allem den gesetzlichen Krankenkassen und deren Prüforgang, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) angesprochen. Mit der Abrechnung der Fallpauschale beim Kostenträger bzw. der eventuellen Überprüfung des Falls durch den MDK zeigt sich also deutlich, dass die ohnehin schon „komplexe Organisation“ Krankenhaus ein „offenes System“ darstellt, was zur Folge hat, dass man sich „nicht nur mit dem ‚Innenleben‘ dieser Institution befassen sollte, sondern auch mit dessen sozialer Umwelt, für die und von der das Krankenhaus lebt“. (Rohde 1987: 27f) Folglich wurde im Verlauf des Forschungsprozesses – nicht geplant, sondern durch Zufälle bei der Felderschließung ermöglicht – das Verhältnis zum MDK ebenfalls in die empirische Erhebung einbezogen. In dieser Perspektive erscheinen die Kodierfachkräfte, die ja sowieso schon eine Grenzstelle zwischen der Verwaltung und dem medizinisch-pflegerischem Geschehen besetzen, zusätzlich noch als eine Grenzstellenprofession an den Rändern der Organisation, was seitens ihrer Angehörigen eine gewisse „Schnittstellenkompetenz“ erfordert. Diese Funktion teilen sie etwa mit der von Markus Märker und Hannu Turba in einer ähnlichen Perspektive untersuchten Krankenhaussozialarbeit. Wie die beiden unter Verweis auf Niklas Luhmann (Luhmann 1964: 224), Veronika Tacke (Tacke 1997: 17) und Reay/Hinings schreiben, macht sich „durch die ‚Widersprüchlichkeit der Systemrationalität‘ vieler Organisationen [...] Ambivalenz insbesondere an deren Grenzstellen bemerkbar [...], was letztere ‚zwingt [...], Verantwortung für neue Informationen zu übernehmen, Initiativen zu ergreifen, Rollenverpflichtungen über die Grenzen hinweg einzugehen, [...] also] Unruhe zu stiften‘ [...]. Spannungen und Widersprüche – verstanden als ‚competing institutional logics‘ (Reay/Hinings 2009) – treten hier besonders deutlich zu Tage“. (Märker/Turba 2016: 191)

Wenn Rohde schon für die 70er und 80er Jahre des vorangegangenen Jahrhunderts die „Interdependenz“ der Organisation und ihrer Umwelt sowie deren „Konfliktträchtigkeit“ feststellen konnte, die sich „sowohl in der realen Struktur der Organisation als auch in ihrer Zielverwirklichung“ niederschlägt, (Rohde 1987: 28), deutet das darauf hin, dass der betreffende Sachverhalt sich schon lange vor der Einführung des DRG-Systems so dargestellt hat und es wohl nie ein goldenes Zeitalter der Krankenhausfinanzierung gegeben hat, in dem die Krankenhäuser nach Gutdünken wirtschaften konnten, am ehesten vielleicht noch im Anschluss an die Verabschiedung des Krankenhausgesetzes (KHG) 1970, also in der Phase des schon beinahe

²² Ganz in dem Sinne, in dem Karin Knorr-Cetina in Bezug auf die Arbeit in naturwissenschaftlichen Labors von der „Fabrikation von Erkenntnis“ spricht (Knorr-Cetina 1984).

sprichwörtlichen „kurzen Traums immerwährender Prosperität“ (Lutz 1989) bei Vollbeschäftigung und gut gefüllten Sozialkassen.

Dennoch kann man davon ausgehen, dass es seither bezüglich der Konflikträchtigkeit eher zu einer Verschärfung gekommen ist. Davon zeugen die zu Beginn der Untersuchung beinahe schon im Jahrestakt von den Krankenkassenverbänden lancierten Medienkampagnen, in denen massenhafter Abrechnungsbetrug seitens der Krankenhäuser angeprangert wurde. Beispielsweise im Frühjahr 2012 gerieten angebliche Manipulationen wieder einmal in die Schlagzeilen. Am 25. März jenes Jahres wurde unter der Überschrift „Rezept gegen Abzocker-Kliniken. Wer betrügt, soll zahlen“ in der Süddeutschen Zeitung berichtet, dass die deutschen Krankenkassen aufgrund überhöhter Abrechnungen jährlich ca. 1,5 Milliarden zu viel an die Krankenhäuser zahlen. Obendrein seien für Kliniken, die einer „Schummelei“ überführt würden, Strafzahlungen gesetzlich gar nicht vorgesehen, egal wie hoch oder wie dreist die falsche Abrechnung des Krankenhauses ausfällt. Zwischen dreißig und vierzig Prozent der Abrechnungen seien nach Schätzungen des Bundesrechnungshofes bzw. des Spitzenverbandes der deutschen Krankenkassen nachweislich falsch (Bohsem 2012). Es lagen zu dieser in Deutschland seit 2006 diskutierte Frage²³ bereits kriminologische Gutachten und Untersuchungen (Kölbel 2010 und 2013) vor, die CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag wollte so schnell wie möglich ein Gesetz durch das Parlament bringen, nach dessen Inkrafttreten solche Kliniken das 1,5-fache des Differenzbetrags als Strafe hätten zahlen müssen. Ebenso regelmäßig reagierte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf derartige Vorwürfe mit eigenen Kampagnen und Gutachten.

In den Jahren nach der Erhebung für diese Arbeit sind die Kassenverbände freilich etwas zahmer und ruhiger in dieser Hinsicht geworden, nicht zuletzt, nachdem öffentlich ruchbar wurde, dass einige von ihnen pikanter Weise im Zusammenhang mit dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in größerem Stil selbst Versichertendaten manipuliert – ein dem unten noch näher zu beschreibendem Upcoding von Diagnosen und Prozeduren durchaus vergleichbares Verfahren – hatten, um in den Genuss höherer Transferzahlungen aus dem Solidarfonds zu kommen (Zeit Online 2013). Auch hier spielten also informelle Praktiken des Kodierens eine Rolle.

Es ging und geht also, das kann man soweit festhalten, um viel Geld. Und das ist im deutschen Gesundheitswesen schon sehr lange knapp. Möglicher Weise wird es auch knappgehalten, wenn man bedenkt, dass die Entwicklung der Krankenhausaufgaben – legt man wie international üblich als Maßstab für die Beurteilung der „Proportionalität“ von Gesundheitsausgaben den prozentualen Anteil derselben am Bruttoinlandsprodukt zugrunde – kritischen Wissenschaftlern zufolge „weder in der alten Bundesrepublik Deutschland noch im vereinten Deutschland Ursache der regelmäßig wiederkehrenden Finanzierungsprobleme der GKV sein können“ (Simon 2007a: 45ff; 2010: 274; vgl. auch Reiners 2011: 67ff und 2009: 17ff). Ihr Anteil ist – entgegen allen in den Medien begierig aufgegriffenen Alarmrufen und dem Topos von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ schlicht nicht gestiegen. Doch auch hier scheint wie so oft das so genannte

²³ In den Vereinigten Staaten ist die Debatte und die damit einher gehende wissenschaftliche Erforschung des *upcoding* aufgrund der schon viel früher erfolgten Einführung der Abrechnung nach DRGs in das Medicare-System bereits seit den 1980er Jahren in Gange (vgl. beispielsweise Silverman/Skinner 2004 mit vielen Literaturhinweisen).

„Thomas-Theorem“ zu gelten: „If men define situations as real, they are real in their consequences“ (Thomas/Thomas 1928: 572).

1.5 Überblick über die Untersuchung und die leitenden Fragestellungen

Im Anschluss an eine Übersicht über den Entstehungskontext der vorliegenden Arbeit, die Untersuchungsfelder und einige methodische Bemerkungen (Kapitel 2) wird ein kurzer Überblick über die Entstehung des DRG-Systems, seine Einführung in Deutschland sowie seine Funktionsprinzipien gegeben. Es geht unter dem Strich darum, wie ein Krankenhaus Erlöse generieren kann – dies alles freilich nur insoweit es für den Fortgang der vorliegenden Arbeit von Interesse ist (Kapitel 3). In diesem Überblick sollen freilich auch schon die soziologischen Konzepte miteingeführt werden, die den Gegenstand soziologisch zu fassen vermögen: Die DRGs lassen sich nämlich aus der Perspektive der Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) als *Quasi-Objekte* (B. Latour, M. Serres) fassen, aus der Sicht der französischen Konventionenschule aber auch als *Forminvestitionen*. Der Abrechnungsprozess von Krankenhausleistungen wiederum ließe sich, wie oben schon näher ausgeführt, als Trajektorie im Sinne der Arbeitssoziologie Anselm Strauss' fassen. Unter Rückgriff auf jedes dieser Konzepte ließe sich jeweils eine ganze Arbeit schreiben, hier seien sie jedoch im Sinne einer „fröhlichen Wissenschaft“ als Anregungspotenziale aufgefasst, mit denen sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln jeweils eigene Fragen an den Gegenstand generieren lassen.

Wie später in Kapitel 6 festgestellt werden wird, rekrutieren sich die Kodierfachkräfte überwiegend aus ehemaligen Pflegefachkräften. Kapitel 4 geht daher einerseits der Frage nach, warum Pflegekräfte so zahlreich ihren Beruf verlassen, andererseits aber – und das ist um Einiges aufschlussreicher – warum die Angehörigen des Pflegedienstes nicht vollkommen ablehnend gegenüber den bürokratischen Aspekten ihres Berufs wie der Pflegedokumentation oder dem Kodieren im Rahmen der Pflegekomplexmaßnahmen (PKMS) eingestellt sind und einige von ihnen gar eine „horizontale Karriere“ ins Medizincontrolling einschlagen. Das Thema Dokumentation ist eng verbunden mit der Problematik „unsichtbarer“ Arbeit in der Pflege, die unsichtbare Arbeit wiederum ist Teil einer Anerkennungsproblematik.

Kapitel 5 geht von der Beobachtung aus, dass das Kodieren in den Anfangszeiten des deutschen DRG-Systems ein neuartiges Tätigkeitsfeld darstellte, bei dem noch nicht klar war, wer es überhaupt bestellen sollte. In berufssoziologischer Hinsicht geht es also um die Rekonstruktion der Genese eines neu entstehenden Berufes mit noch unklaren Konturen aus den unterschiedlichen Interessenlagen der beteiligten Akteure (Kodierfachkräfte/Medizinische Dokumentationsassistenten/innen, Ärzteschaft, Krankenhäuser, staatliche Akteure, Aus- und Weiterbildungseinrichtungen, Berufsverbände). Anhand des Interviewmaterials, v.a. aber auch auf der Basis der Auswertung von Artikeln aus der Fachpresse des Krankenhauswesens wird der Prozess nachgezeichnet, im Zuge dessen sich hinsichtlich der Aufgabe des Kodierens eine *negotiated order* im Krankenhaus verfestigte, in der eine eigene Gruppe von Beschäftigten von der Ärzteschaft die Rolle des Kodierens übertragen bekam, wodurch sich die Tätigkeit der Kodierfachkräfte zu einem relativ klar abgrenzbaren organisatorischen Feld verdichtete. Dass dies nicht zwangsläufig so kommen musste, zeigen die anhand des Materials herausgearbeiteten konträren Stellungnahmen und Positionen.

Kapitel 6 holt zunächst etwas weiter aus und behandelt die Dynamik des Feldes der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der Entstehung neuer Tätigkeiten darin, bevor gezeigt wird, woher sich die mit dem Kodieren befassten Personen in den Krankenhäusern rekrutieren. Aus der Kontrastierung der Berufsverläufe der Personen aus dem Untersuchungssample ergibt sich ein recht buntes Bild an unterschiedlichen vorangegangenen Tätigkeiten, Ausbildungen und Motiven für den Wechsel ins Medizincontrolling. Wir stoßen hier auf Medizinische Dokumentare, Arzthelferinnen, Stationsassistentinnen usw. Den Löwenanteil bilden bei den Kodierfachkräften jedoch ehemalige Pflegefachkräfte. Im selben Kapitel wird dann das Kodieren aus arbeitssoziologischer Perspektive behandelt. Zunächst werden auf der Basis der Interviews mit Kodierfachkräften sowie teilnehmender Beobachtung des Kodierprozesses mit Patientenakte und „Grupper“ Beschreibungen der Interaktionen zwischen Kodierfachkräften und Angehörigen des ärztlichen Dienstes und der Pflege im Klinikalltag die konkreten Arbeitssituationen und Arbeitsbedingungen dargestellt, bevor dann in Form einer Fallkontrastierung unterschiedliche Deutungsmuster, differenzierte Vorstellungen und Praktiken von Kodierfachkräften herausgearbeitet und auf ihre Entstehungsbedingungen rückbezogen werden. Untersuchungsleitend ist die Frage, welche Rolle professionelle Dispositionen (vgl. dazu Avril/Cartier/Serre 2010, S. 73-120) dabei spielen, also spezifische Arten und Weisen, zu denken, wahrnehmen und zu handeln, die im Verlauf einer Lebensgeschichte und einer beruflichen Sozialisation erworben und ausgebildet wurden.

Kapitel 7 behandelt das Verhältnis der Organisation Krankenhaus zum Kontrollorgan der Krankenversicherungen, dem MDK. Wie in der Einleitung schon erwähnt, herrscht aufgrund von realen oder vermeintlichen Missbräuchen und Abrechnungsbetrug sowie einem medialen Schlagabtausch zwischen den Akteuren dieser Debatte ein Misstrauensverhältnis zwischen der Organisation Krankenhaus und den Kostenträgern, das in Form des Auftrags der Abrechnungsprüfungen an den MDK institutionalisiert ist. In der Tat besteht eine Grauzone, ein gewisser Korridor zwischen Regeleinhaltung und Regelumgehung, zwischen Rightcoding und Upcoding, innerhalb dessen sich die Akteure des Krankenhauses bewegen und dessen sie sich durchaus auch informell bedienen. Inwieweit es sich dabei um Regelverstöße und damit um illegale Praktiken handelt, ist oft schwer nachzuweisen und damit auch häufig umstritten. Das Medizincontrolling als Grenzstelle der Organisation Krankenhaus hat damit eine heikle Aufgabe im Verhältnis zwischen dem Imperativ der Erlössicherung des eigenen Hauses und der Vermeidung von Rückforderungen der Kostenträger und von zusätzlichem bürokratischem Aufwand. Die Frage, wie die Außensicht auf das Geschehen in den Krankenhäusern aus der Perspektive der Mitarbeitenden des MDK aussieht und zu welchen informellen Arrangements es dabei kommen kann, wird auf der Basis der Interviews beim MDK und aus Krankenhäusern unter Rückgriff auf die soziologische Vertrauens- und Verantwortungstheorie angegangen.

Das Schlusskapitel 8 zieht ein Resümee des Vorausgegangenen und geht dabei nochmals auf die eingangs wiedergegebene Polemik von Dr. Brandenburg ein.

2 Untersuchungsfelder und Methode

2.1 Das Feld: Krankenhaus I

Das empirische Material aus dem Krankenhaus, in dem der überwiegende Teil der Erhebungen durchgeführt wurden, stellt eine Momentaufnahme in einem längeren Prozess dar. Vergleiche man die Entwicklungen in der untersuchten Klinik mit einem großen Gewässer, so könnte man sagen, dass in den vorangegangenen Jahren einige markante Ereignisse sowie die Medienberichte darüber hohe Wellen an der Wasseroberfläche geschlagen haben: Da gibt es zum einen den Fall eines ehemals leitenden Verwaltungsmitarbeiters, der für einen für das Klinikum günstig abgeschlossenen Versorgungsvertrag arbeitsgerichtlich einen als unverschämt hoch wahrgenommenen Bonus einfordert, zum anderen eine bei demselben städtischen Träger, allerdings in einem Altenpflegeheim, beschäftigten Pflegekraft, der wegen der Mitnachhausnahme übrig gebliebener Lebensmittel der Arbeitsvertrag fristlos gekündigt wird; im Lauf der Jahre wechselt mehrfach die Geschäftsführung; doch exakt zu Beginn der Erhebungen kommt es zur fristlosen Entlassung des ärztlichen Direktors der Klinik aufgrund eines von ihm und zahlreichen Kolleginnen und Kollegen unterzeichneten offenen Briefes an den Träger des Hauses, daraufhin erfolgt der kollektive Rücktritt des Personalrates, die Kündigung zahlreicher Mitarbeiter sowohl aus dem ärztlichen Dienst wie aus der Pflege, Vertreter eines privaten Klinik Konzerns artikulieren gegenüber dem Träger des Krankenhauses ihr Interesse an einer Übernahme. Grundiert wird das Ganze von den seit Jahren in den Bilanzen vorherrschenden roten Zahlen, von der Ungewissheit bei vielen Beschäftigten, wie es mit dem Haus und mit ihnen selbst weitergehen wird...²⁴

Die Untersuchung wurde geführt mit der Intention, eher das Geschehen unterhalb dieser zunächst als „Störung“ wahrgenommenen „oberflächlichen“ Turbulenzen zu fassen, sozusagen die Tiefenströmungen, die vermeintlich repräsentativer seien für das Geschehen an deutschen Krankenhäusern als das Ereignishafte, also das, was sowohl die Beschäftigten wie auch die Untersuchenden täglich aus der lokalen Presse erfahren. Doch angesichts dessen, was an anderen Kliniken auf regionaler Ebene zur gleichen Zeit zu beobachten war, angesichts der Situation öffentlicher (und anderer) Kliniken auf Bundesebene, stellte sich schnell die Frage, ob diese Turbulenzen auf der Ebene der Ereignisse wirklich den Blick auf die Strukturen und vielleicht auch auf die Strukturbrüche trübten und was an diesem einen Fall der lokalen Situation geschuldet, partikular ist, und was letztlich Ausdruck übergreifender Prozesse und damit in irgendeiner Form für das „Ganze“, für die „Situation“ der deutschen Krankenhauslandschaft steht und gewissermaßen „repräsentativ“ ist. Es wurde rasch klar, dass die Trennung in eine Ereignisebene und eine (das Forschungsteam eigentlich interessierende) Strukturebene der Sache und den Wahrnehmungen der Beschäftigten nicht gerecht wird und damit auch Erkenntnisgewinne verschenkt. Wenn sich den Interviewern gegenüber im Gespräch vor allem langjährige Beschäftigte über ihre Biographien, ihre Arbeit, über die Wandlungen an „ihrem“

²⁴ Aus Gründen der Anonymisierung können die Ereignisse hier nur kursorisch angedeutet werden.

Klinikum äußerten, dann taten sie das gefärbt durch die für viele von ihnen brennende gegenwärtige Situation, die sich an irgendeinem anderen Krankenhaus in Deutschland in gewissem Sinne ähnlich hätte darstellen können.

2.2 Strukturelle Daten

Das untersuchte Klinikum wurde im Krankenhausplan des Bundeslandes als ein Akutkrankenhaus der Zentralversorgung geführt. Als Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft bzw. als Eigenbetrieb einer städtischen Stiftung war es mit seinen ca. 350 Betten (im Qualitätsbericht 2008 sind es noch 425 Betten) und rund 900 Beschäftigten, darunter 400 Pflegekräften (in Vollzeitäquivalenten: 191 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, 22 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sowie fünf Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen in 2010; 218 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, 36 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen sowie vier Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen in 2008), und 150 Angehörigen des ärztlichen Dienstes (in Vollzeitkräften 113 Ärzte in 2010 sowie 104 in 2008)²⁵, um nur die wichtigsten Gruppen zu nennen, ein bedeutender Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor in der Region. Jährlich werden zur Untersuchungszeit ca. 15.000 Patienten stationär behandelt und rund 7.000 Operationen durchgeführt. Organisatorisch umfasst es eine große Bandbreite an Fachkliniken: ein Zentrum für Innere Medizin, eine Frauenklinik, eine Klinik für Kinder und Jugendliche mit angeschlossenem Sozialpädiatrischem Zentrum, eine Klinik für Viszeral-, Kinder- und Gefäßchirurgie, eine Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, eine Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, eine Klinik für Urologie und Kinderurologie, eine Klinik für Schmerzbehandlung, eine Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, eine Klinik für Thoraxchirurgie, ein Institut für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin, ein Institut für Pathologie, eine Belegabteilung für Strahlenheilkunde und Nukleartherapie, eine Belegabteilung für Augenheilkunde sowie eine Belegabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

2.2.1 Finanzielle Rahmenbedingungen – Strategien zur Bewältigung der Krise

Nachdem das Klinikum seit Jahren rote Zahlen produzierte, wurde Anfang 2011 der Schuldenstand ohne bestehende Kredite mit ca. 9 Millionen Euro beziffert. Der Verlust allein für das Jahr 2010 lag bei ca. 2,7 Millionen Euro.

Im Oktober 2010 hat sich die Situation insofern verbessert, als das Klinikum eine Zusage aus der Landesförderung für umfangreiche Neubauvorhaben auf seinem Gelände bekommen hat. Es sind nun Fördergelder von insgesamt ca. 50 Millionen Euro verfügbar, von denen ein Großteil auf einen neuen Funktionstrakt des Klinikums entfällt (zentrale Operationssäle, Patientenaufnahme mit Notfallversorgung, Radiologie und Unfallchirurgie), 12,9 Millionen für den Neubau bzw. Umzug einer zum gleichen Träger gehörenden und mit Gewinn arbeitenden orthopädischen Fachklinik auf das Klinikumsgelände.

²⁵ Zentrum für Innere Medizin: 2008: 87 Vollkräfte Gesundheits- und Krankenpfleger, 2010: 53 Vollkräfte Gesundheits- und Krankenpfleger. Fachabteilung Klinik für Viszeral, Thorax- und Gefäßchirurgie: 2008 32 Vollkräfte Gesundheits- und Krankenpfleger, 2010: 29 Vollkräfte Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachabteilung Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie 38 Vollkräfte Gesundheits- und Krankenpfleger in 2008, Fachabteilung Klinik für Viszeral - Kinder- und Gefäßchirurgie 29 Vollkräfte Gesundheits- und Krankenpfleger in 2010, Fachabteilung Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie 36 in 2010.

Gezielt wurden in den vergangenen Jahren Fachbereiche in medizinischen Zentren und Schwerpunkten vernetzt und im Rahmen der Qualitätssicherung zertifiziert sowie Kooperationen mit in der Region gelegenen privaten wie öffentlichen Kliniken aufgebaut.

Im August 2011 nahm ein neu errichtetes Facharztzentrum mit insgesamt 14 Facharztpraxen seinen Betrieb auf, von denen sechs im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) der Trägerstiftung zusammengefasst sind. Durch die direkte räumliche Anbindung der fachärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen, eines Ambulanten Operationszentrums sowie des erweiterten Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) an das Hauptgebäude des Klinikums soll die Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich erheblich gestärkt und aufgewertet werden.

Noch nicht ganz abgeschlossen war zum Zeitpunkt der Erhebung die Einführung der elektronischen Patientenakte. Optimiert wurde die prästationäre Aufnahme von Patienten, um Wartezeiten zu verringern, Leerlauf zu vermeiden und die Transparenz zu steigern. Geplant, aber noch nicht realisiert, war ein umfassendes Fallmanagement, das die Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung und darüber hinaus begleitet. Vor allem was das poststationäre Geschehen anbelangt, ist es nach Aussagen von Angehörigen des ärztlichen Dienstes wie der Pflege noch ein weiter Weg. Ein umfassendes, über die gesetzlichen Vorgaben weiter hinausgehendes Qualitätsmanagement, gab der Geschäftsführer zu Beginn der Untersuchung bedauernd zum Ausdruck, sei noch nicht installiert.

Ein Leitbild für das gesamte Klinikum, wie es andere Häuser in ihren Internet-Auftritten präsentieren, sucht man zum Zeitpunkt der Erhebungen hier vergeblich.

Im Dezember 2012, also ein Jahr nach Abschluss der Haupterhebung, wurde das Klinikum nach langem politischem Tauziehen in eine gemeinnützige Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH umgewandelt und gemeinsam mit weiteren regionalen Kliniken in eine auf Kreisebene angesiedelte gemeinnützige Gesundheitsverbands-GmbH eingebracht. Damit ist der Verbleib des Hauses in öffentlicher Trägerschaft vorerst gesichert, freilich bedeutet dies nicht, dass angesichts von Mindestmengenvorgaben und der Erlössituation doppelt vorhandene Strukturen weiterhin aufrechterhalten werden. Auch innerhalb des neuen Verbunds gibt es in der Folge Kämpfe um Zuständigkeiten und Kompetenzen, die nicht ohne Auswirkungen auf die Situation der Beschäftigten und ihre Wahrnehmungen bleiben. Ein Bestandsschutz für die Altbeschäftigten soll die Beschäftigungsbedingungen im Wesentlichen gewährleisten. Zudem werden sich die Informations- und Mitwirkungsmöglichkeiten der zukünftigen Personalvertretung nach dem Beginn der Geltung des Betriebsverfassungsgesetzes enorm verbessern (Interview mit der zuständigen Sekretärin der Gewerkschaft ver.di; D-K-Ex1)

2.2.2 Organisation

Klassischerweise war in Deutschland der Vorstand eines Krankenhauses dreigliedrig mit ärztlichem Direktor, Verwaltungsdirektor und Pflegedienstleitung oder Krankenpflegedirektor besetzt. (Bär 2010: 295) Zum Zeitpunkt der Haupterhebung basierte die Leitungsstruktur des Klinikums nicht mehr auf einer Doppelspitze mit zwei Direktoren, einem Ärztlichen Direktor und einem Klinikdirektor für Finanzen und Verwaltung. Schon im Dezember 2008 wurde beschlossen, dass diese (nach einer Zwischenphase, während der

der Geschäftsführer eines benachbarten Krankenhauses als Interimsmanager fungierte) mit Dienstantritt des zur Zeit der Erhebung amtierenden Geschäftsführers, eines gelernten Kaufmanns, im Oktober 2009 abgeschafft würde. Seine Bezeichnung ist weiterhin Geschäftsführer und nicht CEO.

Von Bedeutung für die Arbeit ist, dass nach einem Konflikt innerhalb der Spitze des Hauses zwischen der Geschäftsführung und dem ärztlichen Direktor sowie innerhalb der Ärzteschaft der ärztliche Direktor gekündigt wird. Im Zusammenhang mit diesem Konflikt verliert auch die Leitung des Medizincontrollings ihre Funktion. Stattdessen übernimmt der Leiter des Finanzcontrollings in Personalunion die Leitung des Medizincontrollings.

2.2.3 Zur Erhebung in Krankenhaus I

Es ist ein nicht unbedeutender Umstand, dass eine Krankenhausleitung in einer äußerst kritischen Situation, was sowohl die Finanzlage des Hauses als auch heftige interne Auseinandersetzungen anbelangt, die Zusage für eine derartige Untersuchung gibt. Das wirft die Frage auf, welche Interessen die Geschäftsführung damit verfolgte. Möglicherweise waren es schlicht die Empfehlungsschreiben oder eine wohlwollende Haltung des Oberbürgermeisters der als Träger des Hauses fungierenden Stadt, die den Ausschlag gaben. Auf jeden Fall, und das ist nicht unbedeutend, wurden fast alle Interviewpartner von der Assistentin der Geschäftsführung, im Falle des ärztlichen Dienstes nach Absprache mit den Angehörigen desselben, im Fall der anderen Personalgruppen auf Vorschlag ihrer Vorgesetzten (v.a. der Pflegedirektion) ausgesucht. Das schloss überraschender Weise nicht aus, dass sich die Befragten zum Teil offen, wenn nicht gar in höchstem Maße kritisch äußerten, so dass man sich fragen kann, ob dahinter seitens einiger Akteure in den schwebenden mikropolitischen Auseinandersetzungen nicht gar ein gewisses Kalkül stand. Dass mit der Untersuchung Interessen verschiedener Akteure berührt waren, zeigt nicht zuletzt die Reaktion der Personalratsvorsitzenden, die sich darüber empörte, dass im Haus eine derartige Umfrage mit Beschäftigten durchgeführt würde, ohne dass der Personalrat darüber in Kenntnis gesetzt bzw. seine Zustimmung eingeholt werde. Nachdem sich der Personalrat in einer Sitzung versichert hatte, dass die Untersuchungsziele und -fragen seinen eigenen Interessen durchaus nicht zuwider liefen, schaltete er sich informell in die Vermittlung ein und schlug selbst noch Interviewpartner vor, von denen aus Zeitgründen allerdings nur wenige berücksichtigt werden konnten.

Die Haupterhebung mit den meisten Beschäftigten in Krankenhaus I begann im April 2011. Aufgrund der mit der fristlosen Kündigung des ärztlichen Direktors offenkundig gewordenen internen Konflikte²⁶ wurde das Interviewerteam seitens der Geschäftsführung gebeten, zunächst von Gesprächen mit Angehörigen des ärztlichen Dienstes abzusehen. Im Rahmen der Fallstudie wurden in den folgenden Monaten zunächst insgesamt 17 Personen (Interviews D-K-1 bis D-K-17) aus den Bereichen Medizinischer Dienst, Pflegedienst und Verwaltung interviewt. Unter den interviewten Personen aus dem ärztlichen Dienst befanden sich zwei Chefarzte, zwei Oberärzte, eine Fachärztin sowie eine Assistenzärztin. Die Pflege war mit sechs Personen

²⁶ Es wäre für eine Untersuchung mit Fallstudiencharakter sicher von größtem Interesse gewesen, stärker auf die Geschehnisse vor und hinter den Kulissen einzugehen. Allerdings musste darauf aus Gründen der Anonymisierung und zum Schutz der InformantInnen verzichtet werden.

vertreten, darunter der stellvertretende Pflegedirektor und eine Stationsleiterin, die vier Pflegerinnen waren allesamt Pflegefachkräfte, da das Klinikum praktisch keine Pflegehilfen beschäftigt. Aus der Verwaltung wurden der Leiter des Berufsbildungszentrums der Klinik, der Leiter der Finanzbuchhaltung, zwei Angehörige der Personalsachbearbeitung (m und w) sowie eine Medizinische Kodierfachkraft (w) aus dem Bereich des Medizincontrollings befragt. Im Vorfeld der Untersuchung wurde ein Interview mit der betreuenden Sekretärin der Gewerkschaft ver.di geführt.

Bei der Auswertung der Interviews aus dieser ersten Erhebungsphase zeichnete sich ab, dass der Bereich Medizincontrolling bzw. die Tätigkeit der Kodierfachkräfte ein aufschlussreiches und bisher noch nicht erforschtes Thema abgeben könnten. Die Bitte an den Leiter des Medizin- und Finanzcontrollings, weitere Kodierfachkräfte interviewen zu dürfen, wurde zwar positiv beschieden – das Interview mit dem Leiter dieser Abteilung selbst kam tatsächlich zustande –, allerdings wurde ich über die kommenden anderthalb Jahre immer wieder mit dem Argument getröstet, die Abteilung wäre vollkommen überlastet und schiebe einen Berg an Akten vor sich her, was für die Klinik ein enormes Liquiditätsdefizit verursache. Tatsächlich fiel bei der Begehung der Abteilung auf, dass überall in den Büros große Stapel mit offenbar noch nicht abgearbeiteten Patientenakten auf den Tischen und Schränken lagen.

Erst nach anderthalb Jahren kam es zu zwei weiteren Interviews mit Kodierfachkräften (ein m, eine f), die allerdings unter der Auflage seitens des Leiters des Medizin- und Finanzcontrollings geführt wurden, möglichst jeweils nach zwanzig Minuten abzuschließen.

Später sollte sich freilich herausstellen, dass ein weiterer Grund für das Herausschieben der zugesagten Interviewtermine sowie der Beobachtungsstudie die heftigen internen Konflikte innerhalb des Medizincontrollings und letztlich die Kündigung beinahe aller anfänglich beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewesen sein könnten. Über informelle Kontakte kam nämlich ein über längere Zeit mündlich und schriftlich geführter Austausch mit der ehemaligen ärztlichen Leiterin der Abteilung Medizincontrolling (die Abteilung bekam nach der Funktionsenthebung dieser Ärztin in Zusammenhang mit dem Konflikt um den ärztlichen Direktor zusammen mit dem Finanzcontrolling eine einheitliche Leitung, eben den besagten Leiter Medizin- und Finanzcontrolling) zustande, in dem die Hintergründe über die Vorkommnisse offengelegt wurden. Auf diese Weise kamen nicht nur zwei lange offene Interviews mit besagter Person über die Kodiertätigkeit sowie die Abteilung Medizincontrolling zustande, darüber hinaus wurden auch Interviews zu drei weiteren ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung (Kodierfachkräfte bzw. Medizinische Dokumentaren, zwei Frauen und ein Mann) sowie zu dem entlassenen und zwischenzeitlich in anderer Position tätigen ärztlichen Direktor des Krankenhauses vermittelt. Schließlich setzte die ehemalige Leiterin des Medizincontrolling sich über ihre persönlichen Beziehungen dafür ein, dass die mit der Kontrolle von Krankenhausfällen befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der in der Region ansässigen Dienststelle des MDK interviewt werden konnten.

2.3 Das Feld: Krankenhaus II

Krankenhaus II kann an dieser Stelle nur recht kurz präsentiert werden, da die hier stattfindenden Erhebungen als Ersatz für die abgebrochene Erhebung (Arbeitsplatzbeobachtung) in Krankenhaus I nachträglich

ins Untersuchungsdesign aufgenommen wurden und daher dort nur das Medizincontrolling bzw. die Kodierfachkräfte im Fokus standen, also keine Interviews mit weiteren Berufsgruppen geführt wurden oder anderweitig Daten gesammelt werden konnten.

Der Eigentümer des Hauses war zur Zeit der Erhebung und noch bis 2015 ein süddeutscher Landkreis, der sich stark für dessen Erhalt engagierte und viel investierte. Zum Zeitpunkt des Feldaufenthaltes und in den Jahren zuvor weist das Haus ein verhältnismäßig niedriges Defizit (im Geschäftsjahr 2016 wies es einen Jahresfehlbetrag von 0,2 Mio. Euro aus) auf, es war also nicht aufgrund von finanziellen Engpässen in seinem Bestand bedroht.

Am gleichen Standort befindet sich die Zentrale eines großen privaten Klinikkonzerns. Dieser beabsichtigte in früheren Jahren, das Kreiskrankenhaus sowie ein weiteres Haus, ebenfalls ein Haus in Eigentümerschaft des Kreises, zu übernehmen, was aber im Jahr 2005 durch das Kartellamt untersagt wurde. Dieses zweite genannte Kreiskrankenhaus hatte 1969 den Betrieb mit 103 Betten eröffnet und wurde nach dem genannten Scheitern des Verkaufs 2005 unter großen Protesten der Bevölkerung geschlossen, da die Defizite nicht mehr über die Kreisumlage aufgefangen werden konnten. Schließlich hatte es noch ein weiteres, in öffentlicher Hand befindliches Kreiskrankenhaus mit zuletzt 117 Betten gegeben, dessen Anfänge in die Zeit um 1900 reichen. Es hatte um 1930 eine Erweiterung erfahren, bekam einen Neubau, der 1967 offiziell in Betrieb ging, wurde aber schon im Jahr 2003 geschlossen.

Das sich an den Grundsätzen der Grund- und Regelversorgung orientierende untersuchte Kreiskrankenhaus verfügte zur Zeit des Feldaufenthaltes über 225 stationäre Betten sowie acht Palliativ- und acht teilstationäre Dialyseplätze, die sich auf sieben Allgemeinstationen, eine Intensivstation und eine Intermediate-Care-Station verteilen. Jährlich wurden rund 10.000 stationäre und 16.000 ambulante Patienten behandelt.

Nachdem der private Klinikkonzern, dessen Zentrale sich am gleichen Ort befindet, aufgrund einer Schiefelage bis 2014 zahlreiche Kliniken und medizinischen Versorgungszentren hatte veräußern müssen, daher die kartellrechtlichen Vorbehalte gegen die Übernahme des untersuchten Kreiskrankenhauses nicht mehr gegeben waren und somit ein „hinreichender Wettbewerbsdruck“ existierte, ging das Haus mit dem Ziel der Integration in die Hand des privaten Klinikkonzerns über. Der Betriebsübergang erfolgte zu Beginn des Jahres 2016. Aus inoffiziellen Quellen erfährt man, der Konzern habe Druck auf die Politik ausgeübt mit der Drohung, seine Zentrale aus der Stadt abzuziehen und das Vorhaben des kompletten Neubaus eines Gesundheitscampus mit einer Investitionssumme von 180 Mio. Euro nicht durchzuführen. Für die rund 540 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (ca. 420 Vollzeitkräfte) der Kreisklinik existierte eine Beschäftigungsgarantie bis Ende 2018. Solange hatte auch der Haus-Tarifvertrag der Kreisklinik Bestand. Die Integration und der Umzug der Kreisklinik in den Konzern ist schließlich zum Jahreswechsel 2018/2019 erfolgt.

2.3.1 Zur Erhebung in Krankenhaus II

In diesem Haus wurde im Januar 2014 während zweier Wochen die zunächst in Krankenhaus I vorgesehene Beobachtungsstudie der Arbeit der Kodierfachkräfte durchgeführt. Mir wurde seitens der Geschäftsführung erlaubt, die Kodierfachkräfte bei ihren täglichen Arbeiten als Hospitant zu begleiten, d.h. an den Morgen-

besprechungen des ärztlichen Dienstes der Inneren Medizin und an den Visiten auf der Intensivstation sowie der Station Innere Medizin teilzunehmen und schließlich Arbeitsplatzbeobachtungen beim Bearbeiten der Patientenakten und bei der Kodierarbeit am Grouper durchzuführen. Nach außen war ich – in Zivilbekleidung – durch ein Namensschild als Angehöriger des Medizincontrollings erkenntlich. Die vier während der Erhebung anwesenden Kodierfachkräfte wurden während ihrer Arbeitszeit in ihren Büros interviewt.

2.4 Zur Erhebung beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Die Erhebungen beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde ermöglicht durch die Vermittlung der ehemaligen Leiterin des Medizincontrollings, in dieser Arbeit Hanna Ehrlich genannt (D-K-23a und D-K-23b), was durchaus ein gewisses Licht auf die Beziehungen zwischen den beiden Organisationen zu werfen vermag. Die Interviews fanden dann nach einer kurzen Einführung der Personen seitens der Teamleitung des Kodierteams, einer Ärztin, sowie der Vorstellung des Interviewers und der Hintergründe und Interessen der vorliegenden Arbeit, in den jeweiligen Büros der Kodierfachkräfte bzw. der Teamleiterin statt. Alle Interviews fanden unter einem gewissen Zeitdruck statt, was die Möglichkeit, in der Interviewführung, gezielt narrative und biographisch tiefer reichende Antworten zu evozieren, stark einschränkte.

2.5 Methodisches

Die Interviews mit allen Berufsgruppen wurden anhand eines semi-standardisierten Leitfadens geführt und durch eine institutsexterne Dienstleisterin transkribiert. Die Auswertungen erfolgten überwiegend inhaltsanalytisch. Die teilnehmende Beobachtung in Krankenhaus II orientierte sich an den *workplace studies* (Knoblauch/Heath 1999; Bergmann 2006), wobei das Intervenieren der Kodierfachkräfte in den verschiedenen Phasen der DRG-Trajektorie und an den verschiedenen Orten des Krankenhauses sowie das Kodieren von Fällen anhand der Krankenakte am PC mittels teilnehmender Beobachtung und eines „Go-Along“ (Kusenbach 2008) erhoben wurde. In Krankenhaus II wurde im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung ein Feldtagebuch geführt, in dem Beobachtungen, Äußerungen im Rahmen von Interaktionen und erste Ideen festgehalten wurden.

3 DRGs und die Industrialisierung der Krankenhausbehandlung

Zunächst ein Umweg, obendrein ein vielleicht etwas technisch anmutender, in dem das im Zentrum dieser Arbeit stehende Kodierpersonal praktisch noch keine Rolle spielt. Wir müssen nämlich, um die Inhalte der Tätigkeit der Kodierfachkräfte verstehen zu können, weiter ausholen und zunächst den Entstehungskontext der DRGs, mit denen die Angehörigen des Medizincontrollings täglich befasst sind, von ihrer „Erfindung“ durch die Forschergruppe an der Universität Yale um Robert B. Fetter in den 1980er Jahren bis zu ihrer Einführung in den Kontext des deutschen Gesundheitswesens nachzeichnen und die Grundzüge des Fallpauschalensystems erläutern. Das soll hier nur insoweit geschehen, als es für das Verständnis der weiteren Analysen erforderlich ist. Die Komplexität des DRG-Systems, insbesondere des Fallgruppensystems, und der dafür in der Praxis zu betreibende bürokratische Aufwand lässt sich mit als ein Grund dafür ansehen, dass die Handhabung des Systems an eine eigene Organisationseinheit „ausgelagert“ wurde, dass vor allem seitens der Ärzteschaft ein Bedarf an ihr artikuliert wurde (vgl. Kapitel 5); die Komplexität und der bürokratische Aufwand bestimmen zugleich aber auch (negativ wie positiv) über ihre Arbeitssituation (vgl. Kapitel 6); schließlich bedingen die Komplexität und Unübersichtlichkeit des Systems auch die sich öffnenden Spielräume und Grauzonen bei der Handhabung, ja sie können gar zu einem Einfallstor für Manipulationen in Bezug auf die Abrechnung von Krankenhausleistungen werden

Es geht im hier folgenden Teil allerdings weniger um eine „Ideengeschichte“ des DRG-Systems – dergleichen wurde andernorts schon geleistet (vgl. bspw. Preston 1992, Chilingarian 2008 und Wiley 2011) –, sondern um den Versuch, das ihrer Erfindung ursprünglich zugrundeliegende Problem, seine Lösung und dessen Transformation theoretisch zu fassen, diese „Black Box“ (im Sinne der Akteur-Netzwerk-Theorie²⁷) DRG rekonstruktiv zu öffnen, also die Bedingungen ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung der Beobachtung zugänglich zu machen, bevor wir in den folgenden Kapiteln auf den Umgang mit ihnen, ihren praktischen Gebrauch eingehen können.

3.1 Von der Einzigartigkeit der medizinischen Behandlung zu ihrer Standardisierung

Gehen wir zunächst von der für die Medizinsoziologie klassischen Beschreibung der Arzt-Patienten-Beziehung durch Parsons aus, wie er sie in *The social system* idealtypisch beschrieben hat (Parsons 1951: 428-479). Arzt wie Patient sind darin Träger sozialer Rollen, Rechte und Pflichten beider sind in Form gesellschaftlicher Erwartungen festgelegt. Der hilfsbedürftige, in einer für ihn existentiellen Situation stehende Laie steht dabei einem professionellen Experten gegenüber. Als Angehöriger einer Profession handelt der Arzt dabei auf der Basis einer medizinischen Ausbildung und allgemeingültiger wissenschaftlicher Erkenntnisse, er richtet sich in seinem Handeln auf die Behandlung von Krankheit bzw. die Erhaltung von Gesundheit, dies alles in einer affektiv neutralen Grundhaltung, immer in universalistischer und dem Gemeinwohl verpflichteter Orientierung – so das von Parsons beschriebene Ideal.

²⁷ „Eine Black Box enthält, was nicht länger beachtet werden muss - jene Dinge, deren Inhalte zum Gegenstand der Indifferenz geworden sind. Je mehr Elemente man in Black Boxes platzieren kann – Denkweisen, Angewohnheiten, Kräfte und Objekte –, desto größer sind die Konstruktionen, die man aufstellen kann“ (Callon/Latour 1981: 285, zitiert nach der deutschen Übersetzung in Belliger/Krieger 2006: 83).

Wie gesagt handelt es sich um eine idealtypische Beschreibung, und es überrascht niemanden, dass die Realität von diesem Bild stark abweicht, dass die Arzt-Patienten-Beziehung, und dies offenbar zunehmend, in übergeordnete gesellschaftliche Kontexte eingebettet ist, bürokratische und ökonomische Logiken sie immer stärker überformen; dass insbesondere in der Krankenhausbehandlung der Patient eine zunehmend vernetzte Behandlungstrajektorie durchläuft, an der verschiedenste Spezialisten und Labore beteiligt sind (Schubert/Vogd 2008); dass v.a. mit hohem ökonomischem Kapital ausgestattete Patienten unabhängig von existentiellen Situationen zunehmend auch als Konsumenten in einem Markt von Gesundheitsdienstleistungen auftreten; dass sich schließlich unter Umständen auch die Balance des im Parsons'schen Modell asymmetrischen, von Autorität geprägten Verhältnisses angesichts neuartiger Ideale von „informed consent“ und „shared decision making“ sowie seitens mit hohem kulturellen Kapital ausgestatteter, so genannter „informierter Patienten“ gewaltig verschieben und zum Gegenstand von Aushandlungsprozessen werden kann (vgl. Schubert 2010: 144; für die ärztlichen Strategien des Umgangs mit informierten Patienten Tezcan-Güntekin 2010).

Ein Aspekt der traditionell gedachten Arzt-Patienten-Beziehung, der auch in der Parsons'schen Beschreibung des professionellen Handelns von Ärzten nicht direkt angesprochen wird, besteht darin, dass „der ärztliche Behandlungsfall eine hochindividuelle Entscheidung darstelle, die sich einer Kategorisierung entzieht“ (Burchardi 2017: 1), eine einzigartige Arzt-Patienten-Interaktion, die sich nicht standardisieren lasse – eine Ansicht, die man versucht ist, angesichts heute serienmäßig vorgenommener Einsetzung von Knie- und Hüftgelenksendoprothesen, als Ideologie längst vergangener Tage müde zu belächeln, wenn wir auch insofern differenzieren müssen, dass sie dem internistischen Verständnis noch näher kommt als dem chirurgischen. In den Begrifflichkeiten von Schütz und Luckmann gesprochen, können Arzt und Patient sich sowohl als Typen – und damit als Träger gesellschaftlich geformter Rollen – wie auch als Individuen – also als Träger ganz persönlicher und möglicherweise sehr spezifischer Erfahrungen – gegenüberstehen, auch stellt eine Diagnose *per definitionem* eine Typisierung dar. Man könnte jedoch, normativ gewendet, davon ausgehen, dass „in einer ‚guten‘ Arzt-Patienten-Beziehung [...] auf eine überzogene *Typisierung* der Interaktionspartner verzichtet werden und die *Einzigartigkeit* des jeweiligen Gegenübers im Vordergrund der Begegnung stehen“ würde (Begenau/Schubert/Vogd 2010b: 15; Kursivsetzung durch die Autoren)

Aus der Soziologie der Dienstleistungen kommt ein weiteres Argument dafür, dass ein personenbezogenes Dienstleistungsunternehmen wie das Krankenhaus nicht wie ein normales Industrieunternehmen geführt werden kann: „Personenbezogene Dienstleistungen unterliegen dem *Uno-actu-Prinzip*. Die zu bearbeitenden ‚Güter‘ sind nicht irgendwelche Produkte, Gegenstände oder Informationen, sondern Menschen. Und die lassen sich nicht nach standardisierten Vorgaben ‚bearbeiten‘ und ‚aufbewahren‘“ (Schroeter 2006: 141f). Ein Argument, das vieles für sich hat, unter dem Aufstieg der *Evidence Based Medicine* und der damit einher gehenden Möglichkeit der Standardisierung von Behandlungspfaden aber einen mächtigen Gegner bekommen hat (vgl. dazu Timmermans/Berg 2003, sowie für Deutschland die Auseinandersetzung zwischen Werner Vogd 2002 und 2003 und Johann Behrens 2003).

Aus der Perspektive eines Krankenhausmanagers stellt sich die Situation so dar, dass man, überließe man den Ärzten die Definition der „Produkte“ eines Krankenhauses, „mehrere Tausend unterschiedliche Patiententypen und damit entsprechend viele Produkte“ bekäme (Vera 2009: e12). Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10) enthält derzeit in ihrer feinsten Untergliederung 12.161 Krankheitsklassen, der entsprechende Prozedurenkatalog etwa 4.000 Prozeduren. Für den Arzt, der ja für jeden Patienten eine Einzelfallbeurteilung abgeben und dabei situationsspezifische Umstände, ebenso Multimorbiditäten und unterschiedliche Krankheitsverläufe berücksichtigen muss, kann sich also potenziell jeder Fall, bei allen wissenschaftlich fundierten wie auch alltagspraktischen Typisierungen, die auch er vornimmt, als einzigartig darstellen.²⁸

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht gab es lange Zeit wenig Grund, diese Vorstellung ernsthaft zu problematisieren, so lange die medizinische Seite der Krankenhausbehandlung vom Abrechnungsgeschehen relativ abgekoppelt war, die Häuser nach dem Kostendeckungsprinzip jeden stationären Aufenthalt entsprechend seiner Dauer vergütet bekamen. Angesichts knapper werdender Sozialkassen und einer ideologischen Wende, die darauf abzielte, mehr markt- und wettbewerbsorientierte Elemente in das Gesundheitswesen einzuführen, ging man – zunächst in den USA – daran, das Geschehen in den Krankenhäusern stärker zu durchleuchten und zu rationalisieren.

Für das Team an der Universität Yale um den studierten Elektroingenieur und Professor für Industriebetriebslehre Robert Fetter, das der Frage nachging, ob Methoden der Qualitäts- und Kostenkontrolle, wie sie in der Industrie üblich sind, auch auf das Krankenhaus anwendbar sind, stellte sich das Problem, dass der obigen Anschauungsweise entsprechend jeder Patient ein einzigartiges Produkt des Krankenhauses darstellte und somit eine „präzise quantitative Messung des Krankenhausoutputs nicht möglich und ein Vergleich der Behandlungskosten nicht sinnvoll“ wäre. (Vera 2009: e11) Hinzu kommen noch offenkundige Unterschiede zwischen den bei offenbar gleichen Diagnosen von einzelnen Ärzten vorgenommenen Behandlungen, die sie als eine der Komplexität und situationsspezifischen Natur von Krankheit geschuldete „Folge professionsspezifischer Praxis“ rechtfertigen, während sie in den Augen Feters und seiner Mitarbeiter eher der „Beweis für einen Mangel an Standardisierung der ärztlichen Praxis“ darstellten. Und entsprechend transformierten die „statistisch geschulten Ingenieure die zwischen Medizinern feststellbaren Unterschiede hinsichtlich Diagnosen und Behandlungen als statistische Variationen“ (Samuel et al.: 256f). Fetter und seine Mitarbeiterinnen mussten also, um die Leistungen des Krankenhauses standardisierbar und messbar zu machen, gerade die Gemeinsamkeiten der Patienten bzw. der Krankenbehandlung identifizieren, statt ihre Unterschiede hervorzuheben. Die Idee Feters bestand zunächst wie angedeutet darin,

²⁸ Dem Medizinsoziologen und -historiker Gerd Göckenjan zufolge ist diese die absolute Singularität des Krankheitsfalles betonnende Sicht kennzeichnend für die um die Mitte des 19. Jahrhunderts in der deutschsprachigen Ärzteschaft verbreiteten Vorbehalte gegenüber der aus Frankreich kommenden naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin mit ihren „statistischen Systematisierungen, dem Mangel an Individualisierung“. Stellvertretend zitiert er die Schrift „Die neuere Medizin in Frankreich, nach Theorie und Praxis“ des Marienbader Badearztes Emil Kratzmann: „Wie viele geringfügige Umstände hinsichtlich des Alters und Geschlechtes, der Körperconstitution des Kranken und der äusseren, ihn umgebenden Verhältnisse kommen hierbei zu berücksichtigen. Wie viele andere hinsichtlich der der In- und Extensität der Krankheit selbst, ihrer Dauer, der sie begleitenden Komplikationen, heute oder morgen, da oder dort etc.“ (Kratzmann 1846, 206, zit. nach Göckenjan 1985: 242)

Schwankungen der „Produktionskosten“ einer stationären Behandlung prinzipiell als Abweichungen von einer Norm anzusehen, die statistisch über Mittelwertbildung in den Griff zu bekommen war. Als Industrieingenieur unterschied er analytisch zwei Produktionsfunktionen des Krankenhauses, von denen die erste „Produktionsfaktoren, wie z.B. Arbeit und Material in Zwischenprodukte, wie z.B. Operationen oder Laboruntersuchungen“ umwandelte; die zweite wandelte diese Zwischenprodukte auf der Grundlage von ärztlichen Diagnosen und Behandlungsentscheidungen in Maßnahmenbündel zur Behandlung von Patienten“ um. Und genau diese stellten für ihn die „Produkte“ bzw. den „output“ des Krankenhauses dar. Sie mussten aber noch weiter spezifiziert werden. Und hier kommt die zweite „Idee“ Fetters ins Spiel: Bei potenziell mehreren Tausend Diagnosen bzw. Behandlungsentscheidungen konnten die Leistungen eines Krankenhauses nicht gemessen werden. Es ging also darum, sie durch Aggregationen auf eine niedrigere Anzahl zu reduzieren. Da Fetter am Ressourcenverbrauch interessiert war, wäre das einfachste Kriterium gewesen, sich dabei an den angefallenen Kosten zu orientieren. Allerdings wäre „eine rein kostenorientierte Produktsystematik [...] bei Ärzten und Pflegekräften, die naturgemäß eine medizinisch geprägte Sichtweise auf das Krankenhausgeschehen haben, auf wenig Akzeptanz [ge]stoßen.“ (Vera 2009: e12; Samuel et al. 2005: 259) Um die Ärzte „mitzunehmen“, die ja im Leistungsgeschehen des Krankenhauses und v.a. bei den Behandlungsentscheidungen und damit für den Ressourcenverbrauch eine prominente und entscheidende Rolle spielen, musste die gebildete Systematik auch medizinische Aspekte berücksichtigen. Und das gelang Fetter schließlich, indem er seine Klassifikation auf der Basis von zwei Merkmalen aufbaute: zum einen auf einem homogenen Ressourcenverbrauch, zum andern auf medizinischer Kohärenz. Letztere wird erzeugt, indem in einem ersten Schritt bei der Kodierung eines stationären Falles die Patienten einer sich an Organsystemen (Kreislauf, Atmungsorgane, Nervensystem usw.) orientierenden Hauptdiagnosegruppen zugeordnet werden, in einem zweiten Schritt wird dann eine spezifischere Einordnung vorgenommen, die sich an der jeweils durchgeführten Behandlung orientiert. Hier spielen dann auch Nebendiagnosen, der Schweregrad der Erkrankung oder Komplikationen eine Rolle. Auf dieser Ebene werden aber – und das ist das Entscheidende – zusätzlich über ein kompliziertes Verfahren von Algorithmen der Ressourcenverbrauch und damit die Behandlungskosten für die Bildung der Gruppen miteinbezogen. Jede DRG impliziert durch statistische Mittelwertbildungen und die Standardabweichungen der zugrundeliegenden Fälle eng eingegrenzte Behandlungskosten. Einzelne Behandlungsvarianten bedeuteten, wie gesagt, für Fetter und Mitarbeiter nur Abweichungen von einem statistischen Standard. Das DRG-System bricht also, indem prinzipiell jeder Fall in eine sich durch medizinische Kriterien und homogenen Ressourcenverbrauch gebildete Gruppe einordnen lässt, mit der Idee des absolut singulären Krankheitsfalles bzw. der für nicht-standardisierbar gehaltenen, einzigartigen Arzt-Patienten-Beziehung. Die Entwicklung der DRGs lässt sich also als Sieg der zweiten Sichtweise auf die Unterschiede hinsichtlich ärztlichen Handelns ansehen (Samuel et al. 2005: 256). Anders als für die verarbeitende Industrie war vor der Erfindung der DRGs durch Fetters Team nicht klar, was eigentlich das Produkt des Krankenhauses, verstanden als Produktionseinheit medizinischer Dienstleistungen, sein könnte (ebd. 258). Nun steht jede DRG betriebswirtschaftlich gesehen für ein „Produkt“ bzw. eine „Produktlinie“ (Lowe 2001: 86) des Krankenhauses und damit lässt sich die Erbringung dieses Produkts hinsichtlich ihres Ressourcenverbrauchs optimieren. Eine DRG ist also „eine statistische

Klassifikation von Patienten, die hinsichtlich zweier Bedingungen gefiltert werden: dem homogenen Ressourcenverbrauch und klinischer Kohärenz“ (Samuel et al 2005: 260). Es lassen sich nun für einzelne Behandlungen Kostenvergleiche durchführen, es können aber auch ganze Abteilungen, einzelne Ärzte, ja Kliniken oder gar Krankenhauskategorien (etwa nach Trägerschaften) gemessen an der Zahl (die behandelten Fälle) und dem Preis der insgesamt "erzeugten" Produkte (der in der Terminologie des Krankenhausmanagements als Case Mix Index bezeichnet wird) einem „Benchmarking“ unterzogen werden.

Es wäre historisch gesehen nicht korrekt, die heute viel geschmähte Nutzung DRGs als Vergütungsmechanismus dem „Erfinder“ in die Schuhe zu schieben, ging es ihm damals in den 1960er Jahren doch nur darum, in der Industrie gebräuchliche Methoden der Kosten- und Qualitätskontrolle auf das Krankenhaus anzuwenden. Das medizinische Urteil der Ärzte sollte zu einer Variablen in einem Produktionsprozess werden (Samuel et al 2005: 259). Betriebswirte konnten die Effizienz und Effektivität des Krankenhauses bestimmen, während die Verwaltung nach Wegen zur Steigerung der Produktivität suchen konnte. Explizit ging es darum, auch die Ärzteschaft in das Management der Organisation einzubinden, der nicht, wie es in Abbotts Professionstheorie (Abbott 1988) angedacht ist, ihr Terrain, ihre *jurisdiction*, streitig gemacht wurde, viel mehr wurden die Ärzte als Professionsangehörige, wie es Samuel et al. ausdrücken, von den Ingenieuren in die *hospital-factory* integriert: „By articulating DRGs to the cost of production, the medical profession could, from now on, be held accountable for the financial consequences of their professional work.“ (Samuel et al. 2005: 261) Das ärztliche Urteilsvermögen sollte von nun an durch Produktspezifizierungen und Finanzkategorien „moduliert“ werden (Ebd.). In Fetters eigenen Worten ist „Hospital industry as a whole [...] still more concerned with improving its revenues than with managing its costs. Identifying and confronting physicians who are less effective than their peers must become a first priority“ (Fetter 1991b: 22)

Unterm Strich war also eine Rationalisierung durch bessere Ressourcenausnutzung, aber noch nicht eine Kommerzialisierung des Krankenhauses bzw. eine Kommodifizierung von Gesundheitsleistungen erreicht. Der Wandel im Gebrauch der DRGs von einem Produkt zu einer Ware war eher eine von den Ingenieuren nicht vorhergesehene Umnutzung des Systems. Fetter selbst betonte später, es sei ein verbreitetes Missverständnis, dass sie „als Bezahlmechanismus für die Vergütung von Krankenhäusern geschaffen worden wären.“ (Fetter 1991b: 8)²⁹ Nachdem die Ingenieure in einer „symbolischen Revolution“ die ärztliche Praxis in ein messbares Produkt verwandelt hatten, konnten die Gesundheitsökonomien in der ökonomischen Theorie eine Begründung dafür entwickeln, dass sich professionell erbrachte Dienstleistungen auch denken lassen, „als ob sie Waren wären“, und erst dadurch konnte schließlich das Bundesgesetz über Medicare-Vergütungen von 1983 „das Produkt ohne Markt mit dem Markt verknüpfen, der kein Produkt hatte.“ (Samuel et al. 2005: 269)

²⁹ Im Jahr 1993 schrieb er: „The spread of DRGs as a basis, in the main, for the financing of hospitals in many countries is a gratifying development. But those of us who were involved in their development would like to see uses beyond simply financial allocations to hospitals. The major uses should be in cost and quality control with respect to hospital performance.“ (Fetter 1993: V) So auch Chilingarian (2008: 5): „In fact, DRGs were never designed to be a payment mechanism; they were designed for managing hospitals.“

Mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRGs vollzog sich der „Übergang von einer manufakturmäßig orientierten Arbeitsorganisation in eine Arbeitsorganisation, die sich am Flussprinzip der industriellen Produktion ausrichtet. (Wendl 2009: 226)

Samuel et al. fassen den Prozess folgendermaßen zusammen: „It would seem [...] that accountants work on products fabricated by engineers and traded in a bazaar dreamt up by economists. By statistically reducing the professional practice of medicine to a factory product the engineers gave the accountants a new object for which to calculate the costs of production. Similarly, by theoretically reducing the professional service of medical care to a commodity, the economists provided accountants with new arenas for financial management.“ (Samuel et al. 2005: 270)

In den meisten Ländern ist man mit dem Ziel, die DRGs zur Reduzierung steigender Gesundheitskosten einzuführen, letztlich gescheitert. Ein nicht zu vernachlässigender Nebeneffekt besteht jedoch darin, dass sich mit den Gesundheitsökonominnen und *accountants* Akteure einen Platz im Feld der Gesundheitsversorgung erobert haben, die dessen am Gemeinwohl, dem Universellen orientierter Eigenlogik eine an Partikular- und Profitinteressen orientierte heterodoxe Logik gegenüberstellen. Das *enjeux*, also das, worum es in einem gesellschaftlichen Feld geht, das umstritten ist, um das gekämpft wird, hat sich damit verschoben.³⁰ Bei der Definition des Problems ärztlicher Praxis als eines Problems medizinischer Kosten haben sich diese neuen Akteure unentbehrlich gemacht (Samuel et al. 2005: 271). Damit gerät aber auch das spezifische Ethos, das bei den traditionell im Feld der Erbringung öffentlicher Güter Agierenden zumindest als Norm Geltung besessen hatte, unter Druck.³¹

Nach der Erfindung der DRGs dauerte es noch bis in die 1990er Jahre, bis man in Europa soweit war, diese Innovation in die nationalen Gesundheitssysteme zu implementieren. Die Geschichte dieser „Migration“ und sukzessiven „Globalisierung“ einer „Managerial Innovation in Health Care“ ist erst in den Anfängen geschrieben, eine soziologische Rekonstruktion des Import-/Exportgeschäfts der entsprechenden Ideen sowie der jeweiligen Promotoren, die wie etwa der ehemalige *Directeur des Hôpitaux* im französischen Gesundheitsministerium Jean de Kervasdoué nach einem Amerika-Aufenthalt die entsprechenden Umsetzungen in Frankreich initiiert hatten³², steht noch aus, insbesondere für Deutschland.³³ Daher muss die folgende Rekonstruktion notwendigerweise auf die institutionellen Reformen beschränkt bleiben.

³⁰ Vgl. für die für die Erbringung öffentlicher Güter fruchtbar gemachte Feldtheorie Bourdieu und Schlicht 2012.

³¹ Freilich darf man sich keinen Illusionen hingeben bezüglich der Uneigennützigkeit der Tätigkeit im Dienste des Gemeinwohls angesichts der bis in die Gegenwart noch bei leitenden Ärzten möglichen „Privatliquidation“, also der Praxis, gegenüber den privatversicherten zunächst persönlich abzurechnen und aus dieser Eigenliquidation Nutzungsentgelte an das Krankenhaus abzugeben (vgl. Wendl 2009: 225).

³² Juven (2016: 62ff)

³³ Einen Anfang machen die beiden Bände „The Migration of Managerial Innovation“ (Kimberly/de Pouvourville 1993) und „The Globalization of Managerial Innovation in Health Care“ (Kimberly/de Pouvourville/D’Aunno 2008; hier insbesondere der Beitrag von Chilingarian), die auch Beiträge zu Deutschland enthalten. In Frankreich ist die Aufarbeitung durch die soziologisch orientierte Geschichte der Gesundheitsökonomie von Daniel Benamouzig (2005) sowie die auf zahlreichen Interviews mit zentralen Akteuren beruhende These in Soziologie von Pierre-André Juven (2016) ungleich viel weiter. Vgl. auch Busse et al. 2011 sowie Burchardi 2017.

3.2 Die Vorgeschichte der DRG-Einführung in Deutschland³⁴

Die Krankenhausfinanzierung beruht in der Bundesrepublik Deutschland seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)³⁵ von 1972, mit dem die Jahrzehnte währende Unterfinanzierung und unzureichende Modernisierung sowie der chronische Personalmangel der Kliniken ein Ende fand (Simon 2010: 33-34, 38-39), auf der so genannten dualen Finanzierung (Böhm/Henkel 2009).

Den ersten Bestandteil dieses Finanzierungsmodus bilden die Investitionskosten, etwa für Neubauten, Umbauten und Erweiterungen sowie für Mobiliar oder Geräte. Sie werden über eine öffentliche Investitionsförderung aus Steuermitteln erbracht. Der Gesetzgeber war der Überzeugung, dass die Vorhaltung von Krankenhäusern eine staatliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge sei, weshalb deren Finanzierung nicht von den Beitragszahlern, sondern der Gesamtheit der Steuerzahler zu tragen sei. Für die Plankrankenhäuser, also solche Kliniken, die in den ebenfalls im KHG 1972 eingeführten Krankenhausplänen der Länder aufgenommen sind, geschieht das durch KHG-Fördermittel, die die Länder aufzubringen haben. Investitionsmaßnahmen der Hochschulkliniken dagegen werden aus Mitteln des Hochschulbauförderprogramms finanziert (Simon 2010: 290).

Allerdings sind die jährlichen Investitionsfördermittel trotz steigender Kosten und eines wachsenden Investitionsbedarfs seit langen Jahren schon rückläufig, nämlich von 3,9 Mrd. Euro im Jahr 1993 auf knapp 2,7 Mrd. Euro im Jahr 2011 (Braun 2014: 94 unter Bezugnahme auf Deutscher Bundestag 2013, 8-9).

Mit dem Gesetz zur Krankenhausfinanzierungsreform von 2009 können die Länder nun die im KHG bestehende Möglichkeit zur Pauschal- und Einzelförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ersetzen, die sich an der Zahl und der Schwere der behandelten Fälle und damit am „Case Mix“ eines Krankenhauses, also am Instrument der Fallpauschalen orientieren. Dadurch kann die Verteilung, wie Klenk und Reiter zu Recht anmerken, entpolitisiert und zu einem quasi-technischen Vorgang gemacht werden (Klenk/Reiter 2012: 120). Allerdings sind diese Investitionspauschalen nicht als Vollfinanzierungen kalkuliert, sondern erfordern von den Trägern systematisch, private Mittel, etwa in Form von Darlehen, einzubringen. Faktisch werden diese bewilligten Mittel als Darlehen aufgenommen, das Land trägt Zinsen und Tilgung (Klenk/Reiter: 2012: 118). Die Länder kommen daher immer weniger ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge nach, dagegen werden Banken über die Darlehensgewährung indirekt zu „zentralen Akteuren der Krankenhauspolitik, die die Struktur der Krankenhauslandschaft mitbestimmen (Klenk/Reiter: 2012: 118). Dies verschiebt das derzeit bestehende Ungleichgewicht zugunsten der privaten Träger, die im Vergleich zu den öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern ihre Investitionen leichter über den Kapitalmarkt finanzieren und damit die Investitionsmittel, die ja auch sie von den Ländern gewährt bekommen, insofern ihre Häuser in die Landeskrankenhauspläne aufgenommen sind, aufstocken können.

³⁴ Vgl. zur Krankenhausversorgung und -finanzierung insgesamt Blum 2012, Simon 2000a und 2010: 255-318, auf die sich die nachfolgenden Ausführungen maßgeblich stützen.

³⁵ Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972 (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG; BGBl. I, S. 1009).

Die zweite und in unserem Zusammenhang zentrale Komponente der dualen Finanzierung von Krankenhäusern bilden die Entgelte, die den Patienten bzw. deren Kostenträgern, also den Krankenkassen, in Rechnung gestellt werden. Bis zur Umstellung auf das Fallpauschalensystem beruhte das Entgeltsystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 und der 1973 erlassenen Bundespflegesatzverordnung auf allgemeinen, tagesbezogenen Pflegesätzen, die für alle Patienten gleich zu berechnen waren (Simon 2010: 38). Den Kern des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bildete das „Selbstkostendeckungsprinzip“, demzufolge die Pflegesätze derart bemessen sein sollten, dass sie die laufenden Kosten deckten. Waren die Kosten nicht gedeckt, hatte das Krankenhaus ein Recht auf Nachverhandlung der für das jeweils folgende Jahr ausgehandelten Pflegesätze. 1984 wurde das Selbstkostendeckungsprinzip formal abgeschafft, wenn es auch faktisch durch Ausnahmeregelungen weiter bestand, bis 1993 die Krankenhausbudgets entsprechend der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen bei Fortbestand zahlreicher Ausnahmetatbestände gedeckelt wurden.³⁶ Nicht zufällig begann der massive Stellenabbau in den Krankenhäusern 1996, also in dem Jahr, in dem auch diese Ausnahmeregelungen weitgehend abgeschafft wurden (Simon 2014: 161 f) und setzte sich bei einer pauschalen Kürzung der Krankenhausbudgets um 1% in den Jahren 1997-1999 erwartungsgemäß fort.

Und auch die Gemeinden waren angesichts der steigenden Verschuldung ihrer Haushalte nicht mehr bereit, die Defizite der unter ihrer Trägerschaft stehenden Häuser weiter zu tragen. Spätestens bei Einführung der DRGs wandelten daher viele von ihnen die Rechtsform ihrer Häuser etwa von Regiebetrieben in kommunale GmbHs um. Sie verlangten von den in der Folge neu eingesetzten und häufig – statt des aus Verwaltungsleiter, einem ehrenamtlichen ärztlichen Direktor und einem bzw. einer Pflegedirektor/-in zusammengesetzten Direktoriums – nur noch aus einem Geschäftsführer (plus eventuell einem nun hauptamtlich tätigen ärztlichen Direktor) bestehenden Management nun ausgeglichene Haushalte oder gar Überschüsse. Die so organisierte Geschäftsführung konnte durch den Träger besser auf monetäre Ziele verpflichtet und die Einführung dieser Verpflichtungen auch kontrolliert bzw. gegebenenfalls auch erzwungen werden (Simon 2014: 164).

Im Gesetzgebungsverfahren zur Einführung der DRGs wurden diese tagesgleichen Pflegesätze von den Befürwortern der Krankenhausfinanzierungsreform als „Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer“ angesehen. Die Häuser hatten dieser Unterstellung zufolge ein Interesse an einer möglichst langen Verweildauer der Patienten, um so den Erlös pro Fall zu steigern. Durch das neue Entgeltsystem sollten die Ressourcen dagegen „bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden“ (BT-Drucksache 14/6893:26).

Bevor jedoch das im Folgenden noch näher zu beschreibende DRG-System beschlossen und eingeführt wurde, hatte man mit der überarbeiteten Bundespflegesatzverordnung von 1995 schon ein „selbstgestricktes Fallpauschalen- und Sonderentgeltsystem“ aus tagesbezogenen Pflegesätzen und pauschalierten Entgelten eingeführt, das jedoch – so die Äußerung eines leitenden Fachbeamten des BMG – „auf Dauer keine

³⁶ 2013 wurde die Koppelung an die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied zugunsten eines vom Statistischen Bundesamt errechneten und an die Preisentwicklung im Krankenhausbereich angelehnten „Orientierungswertes“ abgelöst (Simon 2014: 165; Statistisches Bundesamt 2012).

Lösung“ war (Baum 2000: M132; Simon 2000b: 10-11). Dies ist für unsere Fragestellung insofern von großer Bedeutung als man in den Krankenhäusern also schon vor der Einführung des DRG-Systems jahrelange Erfahrung mit Fallpauschalen hat sammeln können und müssen, was insbesondere die chirurgischen Fächer betraf, die von diesen Pauschalen in erster Linie betroffen waren (Simon 2000b: 10 f). Pauschalen existierten, das wird in der Diskussion häufig vergessen, damals schon für die Kalkulation und Bezahlung von immerhin rund 25% aller Krankenhausleistungen (Braun 2014: 91).

Unter rot-grüner Regierung wurden dann aber im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ein komplett neues und umfassendes Entgeltsystem beschlossen, das nach einem Stufenplan eingeführt wurde und von dem – mit Ausnahme der Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutischen Medizin – heute praktisch sämtliche Leistungen erfasst sind. Nach Aussage des Leiters der Unterabteilung Gesundheitsversorgung im Bundesministerium für Gesundheit und heutigem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, stellt die Einführung des neuen Entgeltsystems „die revolutionärste Veränderung im Krankenhausbereich aller Zeiten dar“ (Baum 2000: M132). In einem solchen System werden alle Krankenhausleistungen eines anhand verschiedener Parameter definierten Behandlungsfalles, unabhängig von den faktisch angefallenen Kosten und bis zu einem gewissen Grad auch unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer des Patienten, pauschal vergütet. Diese Pauschalen sind für Kassen- wie für Privatpatienten einheitlich (Simon 2010: 299). Erstmals sollten alle Behandlungsleistungen vollständig über das DRG-System vergütet werden, was so noch nie in anderen Ländern umgesetzt worden war (Burchardi 2017: 1). Die zentralen Rechtsvorschriften für das DRG-System wurden mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) von 2002 geregelt, das etwa die das KHG betreffenden Änderungen und das Krankenhausentgeltgesetz enthielt.

Der Umstieg sollte zum 1. Januar 2003 erfolgen, allerdings war dieser nicht für alle Krankenhäuser verpflichtend, da zu diesem Zeitpunkt v.a. noch keine ausreichende Datenbasis für eine auf den Ist-Kosten der hiesigen Krankenhäuser beruhende Kalkulation von Fallpauschalen vorlagen. Die Häuser, die zu diesem Zeitpunkt dennoch auf das neue System umsteigen wollten, bekamen einen finanziellen Anreiz, sie wurden nämlich von einer verordneten Nullrunde bei den Budgetverhandlungen ausgenommen. Das dieser Untersuchung in erster Linie zugrunde liegende Krankenhaus I befand sich unter diesen etwa 1000 so genannten „Optionskrankenhäusern“. Ab 2004 sollte das System schließlich für alle Krankenhäuser verbindlich werden. Im Zuge dieser Umstellung „wurde das Entgeltsystem schrittweise von einem überwiegenden Pflegesatzsystem in ein Fallpauschalensystem umgewandelt.“ (Simon 2010: 294) Dieses System sollte sich nach Vorgabe des Bundesgesundheitsministeriums an einem im Ausland bereits erprobten Fallpauschalensystem orientieren. Die Entscheidung fiel schließlich zugunsten der *Australian Refined Diagnosis Related Groups* (AR-DRGs) aus. Allerdings wies damals schon Don Hindle, der Direktor der Australian Health Care Association Canberra und ein bekannter Experte und Mitentwickler des australischen DRG-Systems, darauf hin, dass Australien bei der Vergütung bewusst auf das Prinzip der 100%igen Kostendeckung und auf den Einschluss der Intensivmedizin verzichtet habe, und warnte diesbezüglich davor, dies in Deutschland so umzusetzen. Er stellte ebenfalls fest, dass beispielweise im Bereich Intensivmedizin Definitionen für Qualität eingeführt werden müssten, etwa Voraussetzungen für einen Intensivplatz, 24-stündige ärztliche Präsenz, ausreichende Pflegeschlüssel usw. (Burchardi 2017: 3), also alles Themen, die aufgrund ihrer

Nichtbeachtung in Deutschland über die Jahre zu Problemen führten und mühsam nachgebessert werden mussten.

In der ersten Phase von 2003 bis 2004 wirkte sich die Umstellung noch budgetneutral aus, d.h. die Fallpauschalen waren auf der Grundlage der hausspezifischen Ist-Kosten berechnet. In der zweiten, der so genannten Konvergenzphase, die ursprünglich vom 1. Januar 2005 bis zum 31. Dezember 2008 dauern sollte, jedoch nochmals auf den 31. Dezember 2009 ausgeweitet wurde, wurden die zuvor für jedes Krankenhaus kalkulierten Fallpauschalen schrittweise an eine für jedes Bundesland und schließlich an eine bundesweit einheitliche Vergütungshöhe angeglichen. Im Zuge dieser – aus Kassensicht „quälend lange[n]“ – Konvergenzphase (Malzahn 2013: 34) kam es schließlich zu der durch das auf Durchschnittskosten beruhende System verursachten Aufspaltung der Krankenhäuser in „Gewinner“ und „Verlierer“ (Baum/Tuschen 2000), also Häuser, deren Behandlungskosten pro DRG bzw. auf alle Fälle des Hauses bezogen unter bzw. über den für jedes Bundesland jeweils kalkulierten durchschnittlichen Kosten lagen.

Die Ziele bei der Einführung der DRGs in Deutschland bestanden darin, über Anreizwirkungen „die zukünftig zu erwartenden Kostensteigerungen zu begrenzen, die Bezahlung medizinischer Leitungen im Krankenhaus zu vereinheitlichen (*gleicher Preis für gleiche Leistungen*), die Verweildauer weiter zu reduzieren und Leistungstransparenz herzustellen.“ (Reifferscheid/Thomas/Wasem 2013: 4) Die gesamte Krankenhausversorgung wurde unter Rationalisierungsdruck gesetzt. Es war aber durchaus auch politisch intendiert, dass die genannten „Verlierer“, also „die am schlechtesten wirtschaftenden Krankenhäuser aus der Versorgung ausscheiden“ (Malzahn 2013: 34), d.h. entweder schließen oder verkauft werden müssen. Dass dies geschehen ist und auch und auch in nächster Zukunft so sein wird, ist zwar bekannt, wenn auch solche Schließungen und Verkäufe nicht nur auf das DRG-System allein, sondern beispielsweise auch auf die mangelnde Investitionsfinanzierung der Bundesländer zurückzuführen sind. Kurioserweise lässt sich jedoch das Ausmaß der Schließungen nicht genau beziffern. An der Zahl der in der Krankenhausstatistik ausgewiesenen Kliniken lässt es sich nicht ablesen, da „der dort erkennbare Rückgang zu einem erheblichen – vermutlich weit überwiegenden – Teil auf Fusionen und Übernahmen von Krankenhäusern zurück zu führen ist.“ (Simon 2010: 296f) So wird etwa „der Vivantes-Konzern in Berlin mit neun ursprünglich eigenständigen Krankenhäusern als ein Krankenhaus gezählt“, was mit daran liegt, „dass das ‚Krankenhaus‘ nie gesetzlich definiert worden ist.“ (Malzahn 2013: 37) Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) schätzt in dem von ihm herausgegebenen Krankenhaus-Report 2012 jedenfalls, dass fast jedem sechsten der nach der Bundesstatistik verbliebenen ca. 2050 verbliebenen deutschen Krankenhäuser in Zukunft die Schließung oder der Verkauf drohe (Spiegel online 06/2012).

Nichtsdestotrotz ist und bleibt das deutsche Entgeltsystem kein reines Fallpauschalen-, sondern ein äußerst komplexes Mischsystem aus Pauschalen und weiteren Entgelten, die notwendige Ausnahmen von den auf DRGs basierenden Regelungen darstellen (für eine bereits vereinfachte Übersicht über all diese Entgeltarten Simon 2010: 298 ff). Solche Vergütungen gibt es beispielsweise in Form von „ergänzenden Entgelten“, die bei den im Krankenhausjargon als „Langlieger“ bezeichneten Fällen, bei denen die für die jeweilige DRG vorgesehene obere Grenzverweildauer überschritten wird, für jeden weiteren Belegungstag anfallen. Diese ergänzenden Entgelte sind jedoch nicht kostendeckend, d.h. so niedrig kalkuliert, dass kein Anreiz

besteht, einen Patienten nur um des höheren Erlöses willen im Haus zu behalten. Analog dazu existieren jedoch auch Abschläge auf die vorgesehene Fallpauschale, die zur Geltung kommen, wenn die vorgesehene untere Grenzverweildauer unterschritten wird. Diese wurde mit dem Argument eingeführt, die vor Einführung der DRGs in Deutschland befürchteten „blutigen Entlassungen“ auszuschließen.

Des Weiteren existieren beispielsweise auch Sicherstellungszuschläge für das Vorhalten von Leistungen, die aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend über Fallpauschalen finanzierbar sind, jedoch für die Versorgung der Bevölkerung, insbesondere in ländlichen Gebieten notwendig sind. Einer ähnlichen Logik folgen die sonstigen Entgelte für speziell anerkannte „besondere Einrichtungen“ etwa für Schwerbrandverletzte oder für Isolierstationen. Schließlich können die Häuser sich auch über fall- oder tagesbezogene Zusatzentgelte bzw. sonstige Entgelte mitfinanzieren, wenn sie noch nicht in den Fallpauschalenkatalog aufgenommene Untersuchungen und Behandlungen praktizieren.

Nichtsdestotrotz sticht das deutsche DRG-System aus den vergleichbaren Systemen anderer Länder dadurch hervor, dass es „als einziges System weltweit zu fast 100% Krankenhausleistungen über Fallpauschalen abrechnet und die hochkomplexen Fälle nicht wie in anderen DRG-Ländern üblich sondervergütet werden“ (Hamman 2007: 3).

3.3 Reduktion von Komplexität vs. Einzelfallgerechtigkeit – das Dilemma der DRGs

Das GKV-GRG schrieb vor, dass das Patientenklassifikationssystem zwar Komplexitäten und Komorbiditäten, also Nebenerkrankungen, abbilden sollte. Es sollte aber auch praktikabel sein, also nicht zu stark differenziert werden, um den Aufwand für die Fallgruppenzuordnung von Patienten nicht ausufern zu lassen. Eine der wichtigsten Anforderungen an dieses Patientenklassifikationssystem nach der DRG-Logik ist nämlich ein möglichst hohes Maß an „Kostenhomogenität“, sonst wäre es als Basis für die Abrechnung von Krankenhausleistungen untauglich. „Fallgruppen sollen so gebildet sein, daß bei gleicher Diagnose und Behandlung Kostenunterschiede aus keinem anderen Grund als unwirtschaftlicher Betriebsführung entstehen können.“ (Simon 2000b: 28) Allerdings lässt sich der Eindruck nicht von der Hand weisen, dass man mit dem deutschen DRG-System die Quadratur des Kreises zu erreichen versucht hat, da Kostenhomogenität und Praktikabilität [...] in einem umgekehrt proportionalen Verhältnis zueinander“ stehen. (Simon 2000b: 29)

Das bezeugen auch die immer wieder und zwar symmetrisch zueinander aufflackernden Kritiken einerseits gegen die Komplexität des Systems und den bürokratischen Aufwand damit, andererseits gegen die durch die Reduktion von Komplexität verlorene „Einzelfallgerechtigkeit“, also das Unvermögen des Systems, die Besonderheiten von Behandlungsfällen oder Patientengruppen (wie etwa schwerkranken Kindern in Kinderkliniken; vgl. die ursprünglich von Eltern- und Fördervereinen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Tübingen gegründete Initiative „Ich bin keine Fallpauschale“³⁷; vgl. für den französischen Fall die Analyse von Juven der Initiative für eine angemessene Finanzierung der Behandlung der Stoff-

³⁷ Vgl. die Website <https://www.ichbinkeinefallpauschale.de/>

wechselerkrankung Muskoviszidose in Juven 2015: 161ff) oder örtlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen, ihnen „gerecht“ zu werden, sie angemessen zu vergüten. So werden bei der Kalkulation der Pauschalen nur solche Fälle in das System aufgenommen, die mehr als 30-mal gemeldet werden. Behandlungsfälle, die im jeweiligen Jahr seltener vorkommen, werden als statistisch nicht relevant angesehen und daher auch nicht ins Fallpauschalensystem übernommen. Das trifft besonders auf die so genannten „Extremkostenfälle“ zu, die somit nicht vergütet werden können.

Der Sinn einer Pauschale ist aber die Reduzierung von Transaktionskosten, womit unweigerlich Gerechtigkeitsprobleme einhergehen. Ein hoher Differenzierungsgrad des Patientenklassifikationssystems durch die Ausweitung der Anzahl der DRGs („DRGs als lernendes Vergütungssystem“; vgl. Roeder/Bunzemeier/Fiori 2007) führt von der Tendenz her immer näher an eine Einzelleistungsvergütung heran, die, auf die Spitze getrieben, großen bürokratischen Aufwand verursachen würde.

Das Dilemma zeigt sich wie schon gesagt am Beispiel der Behandlung von Kindern: Für die DRG-Version von 2007 hatte man in beinahe allen Hauptdiagnosekategorien 154 Alterssplitts eingeführt, die gewährleisten sollen, „dass der entsprechende Aufwand, der mit der Behandlung von Kindern einhergeht, sachgerechter vergütet wird.“ Allerdings wurde „die Anzahl der G-DRGs, für deren Zuordnung das Alter relevant ist, [...] von 106 auf 260 mehr als verdoppelt“. (Roeder/Bunzemeier/Fiori 2007: 33).³⁸

Ursprünglich sollte das G-DRG-System nur 600 bis 800 G-DRG-Fallpauschalen umfassen (Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG, 2000). In der Version 2019 liegt die Zahl der G-DRGs nun aber schon bei 1.318 DRG-Fallpauschalen (2018: 1.292) und 214 Zusatzentgelten (Roeder/Fiori/Bunzemeier 2020:

Während die „Abbildung“ der Standardversorgung im DRG-System als „weitestgehend gelungen“ bezeichnet wird, haben die Weiterentwicklungen des Systems gezeigt, dass das Ziel der „Vergütungsgerechtigkeit“, also die Abbildung von Problembereichen „nur noch mit einer deutlichen Zunahme an Komplexität, Intransparenz und Instabilität sowie in der Konsequenz mit einer Steigerung der administrativen Tätigkeiten (Dokumentation, Fallprüfung, Entgeltverhandlungen) erkaufte werden kann.“ Für Berufe wie die hier behandelten Kodierfachkräfte entsteht dadurch ein zunehmender Bedarf, die Kehrseite des Prozesses ist jedoch, dass „Ressourcen, die für administrative Tätigkeiten eingesetzt werden müssen, für die primäre Leistungsvergütung am Patienten verloren [gehen].“ (Roeder/Bunzemeier/Fiori 2007: 42)

Mit diesem Dilemma sind zugleich auch zwei Positionen im Streit um Krankenhausabrechnungen bezeichnet. Während der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, im Deutschen Ärzteblatt mahnte, dass der Terminus Komplexität das System nur noch unzureichend beschreibe.

³⁸ Das Beispiel ist auch deshalb interessant, weil es zeigt, wie die Kritik am DRG-System zu mobilisieren vermag, wenn sie dessen Auswirkungen auf Patientenkategorien wie alte Menschen oder Kinder skandalisiert. Die ursprünglich von einer Gruppe von Eltern, Pflegekräften und Ärzten an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Tübingen gegründete Initiative „Ich bin keine Fallpauschale“ konnte 2014 der Parlamentarischen Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Annette Widmann-Mauz, eine von mehr als 19.000 Personen unterzeichnete Petition überreichen, in der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe aufgefordert wird, sich für die finanzielle Sicherung der Behandlung schwerstkranker Kinder einzusetzen. Vgl. Die Internetseite der Initiative: www.ichbinkeinefallpauschale.de/

Wenn 15 000 mögliche Krankheiten, gemessen in ICD-Codes, mittels 30.000 möglichen Behandlungsschritten, dargestellt in OPS-Codes, in 1.200 Fallpauschalen gepresst würden, dabei noch sechs Schweregrade zu berücksichtigen seien, gebe jede Abrechnung Spielraum für Beanstandungen. „Wir haben mittlerweile ein Level erreicht, das es für den Praktiker vor Ort schier unmöglich macht, das System noch zu händeln“. Der Leiter der Abteilung Krankenhaus des GKV-Spitzenverbandes, Wulf-Dietrich Leber, betont dagegen die Notwendigkeit der Komplexität. Wenn man komplexe Eingriffe höher vergüten wolle als einfache Fälle, dann benötige man ein komplexes Vergütungssystem. Zudem rechne ein normales Krankenhaus lediglich rund 400 DRGs ab (Osterloh 2019: 71).

Betrachtet man das DRG-System – und auch dieses Dilemma – unter dem Blickwinkel der so genannten *Economie des conventions* bzw. eines ihrer Begründer, Laurent Thévenot, dann könnte man sie als „Forminvestitionen“ (Thévenot 1984; Thévenot 1986)³⁹ begreifen. Denn analog zu materiellen Investitionen – die Immobilisierungen von Kapital sind⁴⁰ – wie im Fall der Anschaffung von Maschinen für die Produktion – lassen sich auch auf der Ebene von Informationen, etwa bei statistischen Kategorien und Klassifikationen, vergleichbare Immobilisierungen von Formen feststellen, die mehr oder weniger dauerhaft sind. Dafür ist „Investitionsarbeit“ nötig, also eine symbolische Arbeit der Herstellung von Formen, die die Vergleichbarkeit von Menschen oder Dingen möglich machen, was wiederum die Einführung von Prinzipien der Vergleichbarkeit voraussetzt, die von den Vertretern der *Economie des conventions* wie Laurent Thévenot, Luc Boltanski oder Alain Desrosières als Äquivalenzen bezeichnet werden (Diaz-Bone 2015: 89). Forminvestitionen institutionalisieren und generalisieren aber nicht zwangsläufig auf lokaler Ebene gefundene und praktizierte Routinen, vereinheitlichen sie und weiten sie dadurch auf einen größeren geographischen Raum aus, sondern können auch auf zentraler Ebene erarbeitet und implementiert werden. In der Regel ist das der Staat, „der in der Lage ist, im Rahmen seiner territorialen Zuständigkeit universell gleich oder ähnliche Erkenntnis- und Bewertungsstrukturen durchzusetzen und für ihre Verinnerlichung zu sorgen, und daß er aufgrund dessen die Grundlage eines logischen Konformismus und eines moralische Konformismus ist [...]“ (Bourdieu 1998: 116).

Formen, wie sie die DRGs darstellen, etablieren praktisch Äquivalenzen zwischen vormals unvergleichbaren, inkommensurablen Objekten oder Personen, in diesem Fall Patienten bzw. Krankheitsfällen, denn man kann, wie oben erläutert, auch davon ausgehen, dass alle Objekte oder Personen bzw. Krankheitsfälle singular, d. h. einzigartig sind. „Erst Konventionen erlauben zu bestimmen, welche Objekte oder Personen derselben Kategorie zugeordnet werden können, d.h. praktisch dieselbe Kodierung erhalten und in diesem Sinne ‚äquivalent‘ sind. Entsprechend bestimmen Konventionen, welche Objekte oder Personen unterschiedlich kodiert werden müssen, weil sie nicht derselben Kategorie zugeordnet werden können.“ (Diaz-Bone 2015: 293)

³⁹ Ich stütze mich hier auf die Darstellung der wichtigsten Grundannahmen und Konzepte der *Économie des conventions* bei Diaz-Bone 2015, hier insbesondere 89ff.

⁴⁰ Bowker und Star sprechen hinsichtlich der Etablierung von Standards und Klassifikationen von „kognitiven Infrastrukturen“, die einer breiten Nutzung durch unterschiedlichste Akteure offenstehen und ja ebenfalls Investitionen erfordern (Bowker/Star 1999).

Für Thévenot variiert die „Rendite“ einer Forminvestition neben der Solidität der materiellen Ausstattung („material equipment involved“) vor allem mit zwei weiteren Dimensionen: der räumlichen und der zeitlichen Geltung der Form. „Once an investment has been made, it will have a ‘temporal validity’: that is, the period of time in which it is operative in a community of users. It will also have a ‘spatial validity’, which refers to the boundaries demarcating the community within which the form will be valid.“ (Thévenot 2009, zit. nach Diaz-Bone 2015: 296).

Mit der Einführung des German-DRG-Systems wurde dieses von Anfang an auf die gesamte akutstationäre Versorgung in Deutschland ausgeweitet.⁴¹ Diese Ausweitung der *räumlichen Geltung* bezog sich jedoch noch nicht auf die Vergütung, die von den Kostenträgern für eine bestimmte DRG geleistet wird. Die so genannten Basisfallwerte, also der für den „durchschnittlichen“ Behandlungsfall gezahlte Preis (s. unten) wurden erst im Lauf der Jahre schrittweise von krankenhausspezifischen Basisfallwerten über für jedes Bundesland eigene Landesbasisfallwerte zu dem nun geltenden Bundesbasisfallwert (derzeit 3.679,62 Euro) schrittweise angeglichen. Das bedeutet, dass auch hinsichtlich der Vergütungen ein nationaler Äquivalenzraum geschaffen wurde (vgl. zu dem Begriff des Äquivalenzraumes Desrosières 2005: 12 und 29).

Anders sieht es dagegen bei der *zeitlichen Geltung* aus. Angesichts des oben geschilderten Dilemmas, das der Gegensatz zwischen Reduktion von Komplexität und eigentlich angestrebter Einzelfallgerechtigkeit für das DRG-System darstellt, wird also deutlich, dass mit Forminvestitionen auch „Opfer“ (*sacrifices* bei Thévenot) verbunden sind:

Denn Forminvestitionen können die räumliche und zeitliche Reichweite von Formen nur über eine Generalisierung erreichen. Generalisierungen führen zu Verlusten, wie man anhand von Klassifikationen schnell verdeutlichen kann. Denn Klassifikationen müssen von den Einzelheiten der Einzelfälle absehen, wenn Klassifikationen deutlich weniger Kategorien einhalten sollen als Fälle zu klassifizieren sind. Die Generalisierung, die Formen und Klassifikationen erreichen sollen, geht auf Kosten der Detailliertheit“ (Diaz-Bone 2015: 90).

Wie gezeigt, müssen diese „Black Boxes“ (im Sinne der Akteur-Netzwerk-Theorie) jährlich wieder vom InEK aufgebrochen werden, um die veränderten Kostenstrukturen berücksichtigen, aber auch um den Besonderheiten von Behandlungsfällen oder Patientengruppen durch erhöhte Komplexität gerecht werden zu können. Durch die jährliche Revision der DRGs (die ja ein „lernendes System“ darstellen) wird die Forminvestition immer wieder erneuert, werden neue Konventionen und neue Äquivalenzen erstellt, was ein mit neuen „Investitionskosten“ verbundenes und aufwändiges Verfahren darstellt und auch Folgekosten bei den Akteuren nach sich zieht, die, wie die Ärzte und die Kodierfachkräfte, mit dem Klassifikationssystem arbeiten müssen. Diese Zunahme an Komplexität ist letztendlich auch mitverantwortlich für den weiterhin zunehmenden Zeitaufwand für Dokumentationstätigkeiten im ärztlichen Dienst, auf die im Kapitel 5 noch näher eingegangen wird.

3.4 Von der Diagnose zur DRG

Wie „funktionieren“ nun aber diese DRGs? Oder anders gefragt: Was passiert genau, wenn die Angehörigen des ärztlichen Dienstes und die Kodierfachkräfte einen Fall erfassen und kodieren? Und wie kommt

⁴¹ Die Psychiatrie, die Psychosomatik und die psychotherapeutische Medizin waren von der Umstellung zunächst ausgenommen.

diese Kodierung zu ihrem „Preis“, der Fallpauschale? Das soll im Folgenden in der gebotenen Kürze dargestellt werden.⁴²

Die Erfindung von Fetter und Kollegen hatte, wie oben dargestellt, darin bestanden, ein Fallgruppensystem zu konstruieren, in dem annähernd die Gesamtheit der Krankenhauspatienten nach bestimmten Kriterien ihren Platz finden. Das ist in dem den DRGs zugrundeliegenden Fallgruppensystem im Prinzip auch so, allerdings wird heute die Gesamtheit der deutschen Krankenhauspatienten einer von ca. 1.300 Fallgruppen zugeordnet.

Bei der Berechnung der DRG, die von den Kodierfachkräften im Medizincontrolling mittels der Gruppierungssoftware, dem „Grouper“, vorgenommen wird, gehen in erster Linie die Hauptdiagnose, eventuelle Nebendiagnosen sowie die diagnostischen und therapeutischen Prozeduren ein. Erstere werden nach der deutschen Version der erwähnten ICD-Klassifikation, den ICD-10-GM kodiert, Letztere nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Diese Prozeduren haben in letzter Zeit, so Simon, zunehmend an Bedeutung gewonnen, „so dass sich das DRG-System im Grunde von einem diagnoseorientierten zu einem prozedurenorientierten System entwickelt hat.“ (Simon 2017: 248)

Für die genauere Zuordnung der Patienten finden bei einem Teil der DRGs zusätzlich noch der Aufnahmegrund, das Alter, das Geschlecht, das Aufnahmegewicht (v.a. bei Neugeborenen), die Beatmungstunden, die Verweildauer und der Entlassungsgrund Berücksichtigung. Dabei sind zwingend die vom InEK, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, jährlich herausgegebenen Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

Konkret erfolgt dies folgendermaßen: Der Grouper geht schrittweise vor. In einem *ersten Schritt* prüft er zunächst, ob ein Fehler oder ein besonders schwerer Fall wie etwa eine Organtransplantation vorliegt. Letzterer wird in eine der so genannten Prä-MDCs herausgefiltert (MDC: Major Diagnostic Category). Der *zweite Schritt* besteht darin, den Fall einer der 23 Hauptdiagnosegruppen zuzuordnen, die sich im Wesentlichen an den Organsystemen (Kreislauf, Atmungsorgane, Nervensystem usw.) orientieren. Im darauffolgenden *dritten Schritt* werden die Fälle einer der drei als Partitionen bezeichneten Kategorien zugeordnet, die sich nach der jeweiligen Behandlung – operativ, medizinisch oder andere – richtet. Aus diesem Prozess resultiert die Zuordnung zu einer der Basis-DRGs, deren Anzahl zur Zeit der Erhebungen, also im Jahr 2013, bei 592 lag.

Wie gesagt wird ein Teil der Basis-DRGs in einem *vierten und letzten Schritt* entsprechend des in elf Stufen unterteilten Schweregrads der Erkrankung, der sich anhand der Nebendiagnosen und Nebenleistungen sowie anhand der bereits genannten Kriterien Alter, Geschlecht und Aufnahmegewicht usw. ergibt, einer DRG in der feinsten Ausdifferenzierung des Systems zugeordnet. In den Schweregradstufen drückt sich

⁴² Ich halte mich hier sehr eng an die Darstellung von Simon, weil sie die einzelnen Schritte der „Fabrikation“ der Fallpauschale anschaulich wiedergibt (Simon 2017: 244ff).

aus, dass die Eingabe von Nebendiagnosen, -leistungen oder bestimmter Patientenmerkmale zu einer signifikanten Veränderung der Behandlungskosten führt. Die Entscheidung darüber, ob eine Basis-DRG in solche Schweregrade ausdifferenziert wird, wird auf der Basis der Kostendaten der schon erwähnten Kalkulationskrankenhäuser getroffen. Gibt eine Kodierfachkraft also zusätzlich zur Basis-DRG eine Nebendiagnose ein, kann es dazu führen, dass der Fall in eine höher bewertete DRG führt. Daher ist es für den Erlös aus einem Fall enorm wichtig, dass der ärztliche Dienst wie auch die Pflege lückenlos alle Daten und Tätigkeiten erfassen, die den Schweregrad beeinflussen können. Was nicht nachprüfbar und mit Belegen (Laborberichten, Kurven, Auszügen von Beatmungsmaschinen usw.) in der Patientenakte dokumentiert ist, bleibt für den Kostenträger „unsichtbar“ und mindert den Erlös des Falls (s. Kapitel 3 und Kapitel 6). Wie Frau Ehrlich, die ehemalige Leiterin des Medizincontrollings sagt: „Und die Ärzte sind oft der Ansicht, es reicht, wenn sie das im Arztbrief erwähnen. Aber das ist völlig sinnlos. Es muss wirklich nachvollziehbar, irgendwo in der Akte zu finden sein.“ (D-K-23)

Durch das so genannte „Kodieren“, also die Eingabe aller relevanten Daten in die Gruppierungssoftware, den so genannten Grouper, wird ein vierstelliger Kode generiert, der aus Buchstaben und Zahlen besteht (vgl. das Beispiel für die Kodierlogik bei Simon 2017: 247, Tabelle 7-7). In diesem Kode spiegelt sich die Hauptdiagnosegruppe wider, beispielsweise im Kode „B02D“:

B: Die Hauptdiagnosegruppe B: Krankheiten und Störungen des Nervensystems

02: chirurgische Prozedur

D: Schweregrad D: komplizierte Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter >5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC [= *Comorbidity or Complications*], ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur.

Ganz zentral ist an diesem Punkt die folgende Feststellung: Die Schwere der Krankheit und damit zusammenhängend sämtliche am Patienten geleistete Arbeit, der Ressourcenaufwand, der für die Behandlung seitens der Organisation betrieben wird, all dies ist für den Kostenträger nicht erlösrelevant, kann dem Krankenhaus nicht vergütet werden, wenn es nicht (korrekt) dokumentiert und kodiert ist. Es bleibt „unsichtbare Arbeit“, unsichtbarer Aufwand. „Controlling produziert Sichtbarkeit“ (Becker 2014: 141), im Fall der Fallpauschalen die Sichtbarkeit der Kosten der Behandlung, also der auf den Organisationszweck bezogene Verbrauch von Ressourcen. Damit wird aber auch deutlich, dass die Kosten und ihre Repräsentation in Gestalt der DRG selbst eine sehr voraussetzungsvolle soziale Konstruktion sind, die auf vielen Ebenen, in vielen Arenen vorgenommen wird und an der zahlreiche Akteure (Ärzte, Pflegekräfte, Kodierfachkräfte, aber auch die an der Kostenrechnung von Krankenhäusern Beteiligten, die Konstrukteure des DRG-Systems beim InEK, die Medizininformatiker beim DIMDI, dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information) beteiligt sind.

3.5 Von der DRG zum Preis

Wie kommt nun aber die DRG zu ihrem Preis? Das Verfahren zur Bildung des Preises – auch dies lässt sich natürlich als eine soziale Konstruktion oder auch als eine Forminvestition beschreiben, in die bestimmte „Konventionen“ im Sinne der *Économie des conventions*, Eingang gefunden haben – besteht aus

zwei Stufen. Zunächst werden für jede DRG bundesweit geltend die Bewertungsrelationen gebildet und im Fallpauschalenkatalog festgehalten. Diese Bewertungsrelationen drücken die vom InEK auf der Basis der Ist-Kostendaten der Kalkulationskrankenhäusern jährlich „ermittelte durchschnittliche Kostenintensität der jeweiligen DRG zu den anderen DRGs aus. Die Versorgung von Patienten einer mit 2,0 bewerteten DRG ist demnach *im Durchschnitt* doppelt so kostenaufwendig wie die von Patienten einer mit 1,0 bewerteten DRG.“ (Simon 2017: 249; Hervorhebung von mir; A. Pf.) Diese Bewertungsrelation ist also noch kein Preis, sondern, wie der Name sagt, ein relationaler Wert, der den durchschnittlichen Ressourcenaufwand eines Falles in Relation zu allen anderen durchschnittlichen Ressourcenaufwänden von DRGs angibt. Es geht also in diesem Vergütungssystem keineswegs darum, die tatsächlich für einen Fall entstandenen Kosten zu vergüten, sondern die Kosten, die im Durchschnitt entstehen, so dass eine Behandlung, die – aus welchen Gründen auch immer: aufgrund einer organisatorisch noch vergleichsweise wenig durchrationalisierten Leistungserbringung oder aufgrund der Kontingenzen des Genesungsprozesses des Patienten – mehr Ressourcen bindet als es durchschnittlich der Fall ist, für das Krankenhaus Liquiditätseinbußen verursacht.

In einem zweiten Schritt wird die Bewertungsrelation der DRG eines Falles mit einem Wert multipliziert, dem so genannten Basisfallwert. Dieser ist der Preis für eine DRG mit der Bewertungsrelation 1,0. Aktuell (2020) beträgt dieser Wert 3.679,62 Euro, 2013 in einem der Jahre der Erhebungen für diese Arbeit lag er in Baden-Württemberg bei 3.114,29 Euro. Damals wurden für jedes Bundesland noch Landesbasisfallwerte zugrunde gelegt. In den Folgejahren ab 2015 bis 2019 kam es zu einer sukzessiven Angleichung dieser Werte im Rahmen eines Konvergenzprozesses bis zum Jahr 2020, ab dem nun ein bundeseinheitlicher Basisfallwert gilt. Dieser kann zwar als Indikator für die durchschnittlichen Kosten eines Krankenhausfalles in Deutschland betrachtet werden. Allerdings ist er damit nicht identisch, da er keine rein rechnerische Größe darstellt, sondern das Ergebnis politischer Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Simon 2017: 249). Kontingenzen auf allen Ebenen!

In der Alltagspraxis bedeutet dies: Wenn die Kodierfachkraft anhand der Patientenakte und der bereits vom ärztlichen Dienst vorgenommenen Diagnosen die Daten in den Grouper eingegeben und die entsprechende DRG bestimmt hat, kann sie unmittelbar feststellen, wie hoch der Erlös für den Fall ist und ob die Eingabe weiterer Tatbestände den Fall noch „triggert“, das heißt in eine höher bewertete DRG bringt und damit einen noch höheren Erlös erzielt.

3.6 Ökonomische Anreize im Krankenhaussektor

Abbildung 2: Zielfunktion der Anreizstrukturen des DRG-Systems

$$\begin{aligned}
 \text{Gewinn} = & \underbrace{\sum_{i=1}^i m_i p_i}_{\text{Umsatz}} + \underbrace{\sum_{i=1}^i \sum_{j=1}^i (o_i (BT_{ij} (Kom_{ij}) - OGVD_i) - u_i (UGVD_i - BT_{ij} (Kom_{ij})))}_{\text{Zu- bzw. Abschläge für Über- bzw. Unterlieger}} \\
 & - \underbrace{\sum_{i=1}^i \sum_{j=1}^i (c_{ij} (m_i BT_{ij} (Kom_{ij}), Kom_{ij}))}_{\text{Variable Kosten}} - \underbrace{c_{fix}}_{\text{Fixkosten}} - \underbrace{\left(\sum_{i=1}^i (m_i p_i - m_i pv_i (mv_i)) \right)}_{\text{Mehrleistungsabschlag}} \\
 & + a \underbrace{\left(\sum_{i=1}^i mv_i pv_i (mv_i) - \sum_{i=1}^i m_i pv_i (mv_i) \right)}_{\text{Budgetausgleich}}
 \end{aligned}$$

i = DRG – Index
j = Patienten – Index
m_i = Menge DRG *i*
m_{vi} = vereinbarte Menge DRG *i*
p_i = Pauschale DRG *i*
pv_i = effektive Pauschale DRG *i* (bei Mehrleistungsabschlag)
o_i = Überliegerzuschlag DRG *i*
OGVD_i = obere Grenzverweildauer
u_i = Unterliegerabschlag DRG *i*
UGVD_i = Untere Grenzverweildauer
c_{ij} = var. Kosten von Patienten *j* in DRG *i*
c_{fix} = fixe Kosten Krankenhaus
BT_{ij} = Belegungstage von Patienten *j* in DRG *i*
Kom_{ij} = Komorbiditäten und Komplikationen von Patienten *j* in DRG *i*
a = Ausgleichsfaktor

Quelle: übernommen aus Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 5

Die abgebildete „Zielfunktion“ sieht für den gesundheitsökonomischen Laien äußerst beeindruckend, wenn nicht gar einschüchternd aus. Allerdings kann sie für sich in Anspruch nehmen, die durch das DRG-System eingeführten ökonomischen Anreizstrukturen für Krankenhäuser in einem – zumindest für den betriebswirtschaftlich beschlagenen Leser – übersichtlichen Modell zu formalisieren.⁴³ Eine solche Formalisierung wäre gewiss nicht möglich, wenn nicht durch die „Erfindung“ der DRG’s in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts durch Fetter und Kollegen das „Produkt“ des Krankenhauses bestimmt worden wäre, dessen „Produktion“ sich nun in einer Prozessanalyse darstellen lässt. Die Autoren des Artikels, dem sie entnommen ist, allesamt Gesundheitsökonominnen, merken an, dass sie sich dessen bewusst sind, „dass Krankenhäuser in der Regel auch weitere Ziele (z.B. Behandlungsqualität, Prestige o.ä.) verfolgen und somit nicht ausschließlich auf die Gewinnmaximierung abzielen. Da unter DRG-Bedingungen die Existenz [der

⁴³ Die Autoren verzichten auf „die Abbildung von nachrangig wichtigen Abrechnungsspezifika“, um „das komplexe Vergütungssystem formal übersichtlich darstellen zu können“ (Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 5).

Krankenhäuser; Anm. A. Pf.] vom wirtschaftlichen Handeln abhängt, ist die dargestellte Zielfunktion dennoch von entscheidender Bedeutung.“ (Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 5). Klammern wir für einen Moment die Überzeugung aus, dass die Annahme rationaler individueller wie kollektiver Akteure eine „pure mathematische Fiktion [darstellt], die von vornherein auf einer gewaltigen Abstraktion basiert, da sie im Namen einer ebenso engen wie strengen Auffassung von Rationalität – als individueller Rationalität – zwei Dinge ausklammert, nämlich die ökonomischen und sozialen Voraussetzungen der rationalen Dispositionen und der ökonomischen und sozialen Strukturen, die die Voraussetzungen ihrer Ausübung sind.“ (Bourdieu 1998) Wir akzeptieren also diese *ceteris paribus*-Annahme und betrachten jeweils kurz die verschiedenen „Stellschrauben“, die den Krankenhäusern als kollektivem Akteur zur Verfügung stehen, um ihren Gewinn zu maximieren. Dabei werden wir sehen, dass das Krankenhausmanagement, aber auch der ärztliche Dienst, schließlich auch das Medizincontrolling und die Kodierfachkräfte auf einige dieser „Stellschrauben“ Einfluss nehmen können.⁴⁴ Diese Stellschrauben lassen sich in zwei Gruppen, nämlich Strategien zu Steigerung des Erlöses und solche der Vermeidung bzw. Reduzierung von Kosten aufteilen. Man könnte auch eine alternative Einteilung vornehmen, nämlich in regelkonforme und von der Regel abweichende, informelle Strategien und Handlungen. Letzteres wird in den einzelnen Kapiteln immer wieder Thema sein, vor allem aber im Kapitel 7, in dem es um das spannungsreiche Verhältnis von MDK und Krankenhäusern geht. Es soll im Folgenden nicht auf alle Terme dieser Zielfunktion eingegangen werden, sondern nur auf diejenigen, die in der Öffentlichkeit diskutierte Themen berühren, bzw. auf diejenigen, die für das Handeln der Kodierfachkräfte von Belang sind.

- Der *erste Term* repräsentiert den vorläufigen Umsatz, der auf den Fallzahlen und den jeweiligen Vergütungspauschalen für eine bestimmte DRG basiert. Auf diesen Punkt konzentriert sich das erlösorientierte Bemühen, möglichst hochpreisige DRGs – solche mit einem hohen Relativgewicht (Bewertungsrelation) – zu behandeln (Case-Mix-Steigerung) und diese in möglichst hoher Zahl. Mit Letzterem ist die mittlerweile so kontrovers diskutierte Frage der „Mengenausweitung“ angesprochen (vgl. hierzu den Schwerpunkt des Krankenhaus-Reports 2013 (Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hg.) 2013; Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2012; Blum/Offermanns 2012), also des empirisch feststellbaren Anstiegs der stationär behandelten Fälle insgesamt, aber auch von speziellen Behandlungen wie Hüft- und Knie-Endoprothesen-Implantationen, Wirbelsäulenoperationen oder Herzschrittmacherimplantationen. Der Case-Mix, womit man die Summe aller mit den effektiven Relativgewichten (Schweregrad) gewichteten stationären Fälle auf DRG-Ebene bezeichnet, ist zwischen 2006 und 2010 tatsächlich stark angestiegen. Insgesamt nahm die Summe aller Case-Mix-Punkte um 13 Prozent zu. „Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 3,1 Prozent. Die durchschnittliche Fallzahl stieg über denselben Zeitraum um 8,1 Prozent bzw. im Durchschnitt um 2,0 Prozent pro Jahr“ (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2012: 3).⁴⁵

⁴⁴ Die folgenden Ausführungen orientieren sich an der Darstellung von Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 6 ff.

⁴⁵ Werner Vogd hat kürzlich die Entwicklung der „Mengenausweitung“ und deren Folgen anhand einiger statistischer Daten zusammengefasst: „Gemäß der Datenlage des Statistischen Bundesamtes kann im Zeitraum von 2003 bis 2013 zwar eine Reduktion der Krankenhäuser um etwa 10 % (von 2.197 auf 1.996 Häuser) festgestellt werden, zugleich erhöhte sich aber die Fallzahl um

Von Kostenträgerseite, also seitens der Krankenkassen wird der Vorwurf erhoben, dass die steigenden Fallzahlen nicht nur oder nicht primär medizinisch indiziert seien. Demographische Faktoren oder die mit diesen in Zusammenhang stehende Morbiditätsentwicklung erklärten den Kassen zufolge nur einen Teil des Anstiegs. Die Fallzahlen lassen sich zum einen erhöhen durch entsprechende Markenbildung (vgl. Bär 2012c), PR-Arbeit und ein gutes Image des Hauses in der Öffentlichkeit und den Medien, v.a. auch durch ein entsprechendes Einweisermanagement (was auch schon zu Fällen von illegalen Geldzahlungen an niedergelassene Ärzte geführt hat, damit diese ihre Patienten in das entsprechende Haus einweisen) beeinflussen; zum anderen geschieht dies durch die Beeinflussung der Patienten zur Inanspruchnahme von elektiven stationären Leistungen, eine Form der Beeinflussung, der durch die für das Arzt-Patienten-Verhältnis (vgl. insgesamt Begenau/Schubert/Vogd: 2010, sowie Bär 2009) konstitutive Informationsasymmetrie Vorschub geleistet wird (Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 8).

Schließlich stellt auch das so genannte „Fallsplitting“ eine Möglichkeit der Mengenausweitung dar. Darunter versteht man die „künstliche“ Aufteilung eines Falles, um zwei Pauschalen abrechnen zu können, obwohl zwei Diagnosen in einem Aufenthalt behandelt werden müssten (Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 8, Dirschedl 2009). Um dies zu vermeiden, hat der Gesetzgeber bestimmte Fristen eingeführt, innerhalb derer eine Wiederaufnahme desselben Patienten die Abrechnung einer neuen Fallpauschale verhindert (30 Tage). Das kann in der Realität dazu führen, dass Wiederaufnahmen außerhalb dieser Frist geplant und evtl. mit dem Patienten und/oder dem Hausarzt abgesprochen werden.

Das Spiel mit den Regeln

Dass das Fallsplitting nicht nur eine theoretische Möglichkeit, sondern auch Alltag in Kliniken ist, belegt eine der wenigen Interviewpassagen, in denen eine Angehörige des ärztlichen Dienstes im Interview offen über ihre eigene nicht regelkonforme Dokumentationspraxis spricht. Die folgende Passage aus einem Interview mit einer jungen Assistenzärztin zeigt zudem, welche Motive auch für die unteren Ränge des ärztlichen Dienstes in den Krankenhäusern hinter einer solchen Praxis stehen können, sie zeigt auch, dass bei diesen Entscheidungen in der retrospektiven Interpretation unterschiedliche Wertbezüge hergestellt werden.

Frau Djamal⁴⁶: Anders ist es auch, was jetzt überall so ist, mit DRG, die Fallabrechnung, also auch für den Patienten, wenn der sagt, „Eigentlich komme ich wegen“, was weiß ich, „einem Nabelbruch. Gleichzeitig habe ich aber Hämorrhoiden. Können wir das nicht in einer OP operieren, in einer Narkose?“ Geht schon, aber man kann nur eins abrechnen. Das heißt, lieber macht man das, man lässt ihn kommen, operiert das eine, lässt ihn 30 Tage später – wichtig ist, dass 30 Tage dazwischen sind – wiederkommen, operiert das andere. Und das Schlimme ist, dass man das machen

etwa ein Viertel. Da zudem die Zahl der ambulant durchgeführten Eingriffe massiv angestiegen ist (von 575.613 Operationen im Jahr 2002 auf 1.854.125 Operationen 2010), darüber hinaus vermehrt kompliziertere und aufwendigere Eingriffe durchgeführt werden und nicht zuletzt der Verwaltungsaufwand in den Krankenhäusern deutlich gestiegen ist, verwundert es nicht, dass sich die bereinigten Kosten pro Fall seit 1991 von € 15.521 auf € 33.746 mehr als verdoppelt haben. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass die Minderung der Bettenzahl in den Akutkrankenhäusern durch einen starken Anstieg der Betten in den vorsorgenden und nachsorgenden Einrichtungen kompensiert worden ist (von 144.172 im Jahr 1991 auf 171.724 im Jahr 2010). (Vogd 2018: 39)

⁴⁶ Bei den Personen- und Ortsnamen handelt es sich um Pseudonyme, die Funktionsbezeichnungen sind zur besseren Anonymisierung in der Regel ebenfalls leicht abgeändert. Die Sigle D-K-11 steht für das Interview 11 im Bereich Krankenhäuser im deutschen Sample des D-A-CH-Projekts „Im Dienste öffentlicher Güter“.

muss, um zu überleben. Also das kriegen wir ja auch immer mit von wegen Privatisierungsgeschichten, Fusionsgeschichten, miese Zahlen, mehr Fallzahlen, bla bla bla. Da wird man schon sehr drauf getrimmt. Und am Anfang sieht man es so überhaupt nicht ein, weil man ist irgendwie jung und enthusiastisch und idealistisch und möchte eigentlich nur gute Arbeit leisten und das machen, was vor allem sinnvoll ist. Und irgendwann, wenn man dann halt merkt, „Ok, ihr habt dieses Jahr nur so und so viele Fälle gestrichen [sic!], dann streichen wir euch die Stelle hier wieder weg“ – ist bei uns auch so passiert – dann fängt man als Assistenzarzt einfach an, weil man halt selber sagt, wir möchten nicht noch weniger werden und macht das halt so mit. Also man wird regelrecht dazu gezwungen, weil ansonsten kann man die Arbeit überhaupt nicht mehr leisten, weil man dann einfach zu wenig Personal hat, und dann muss man das halt so machen. Man muss dann halt auf die DRGs achten, man muss auf die Patientenverweildauer achten, man muss Patienten dazu überreden, irgendwie einen Tag länger zu bleiben, auch wenn es medizinisch nur noch so mäßig indiziert ist, oder sie halt fast ein bisschen kränker machen im Arztbrief, damit der MDK das dann auch wirklich zahlt, weil solche Argumente, wie: die Patientin ist 82 und alleine zu Hause und braucht vielleicht noch einen Tag zur Erholung, weil sich sonst kaum einer um sie kümmern kann, oder: die Tochter muss halt noch arbeiten und kann erst ab morgen sich um sie kümmern, zählt nicht. Das sind so menschliche Sachen, die zählen *überhaupt* nicht. (D-K-11)

Konkret heißt das: Hätte man die Hämorrhoiden beim ersten Aufenthalt des Patienten gleich mitoperiert, hätte man diese auch nur als Nebendiagnose abrechnen können. Dadurch, dass aus den beiden Diagnosen durch Entlassung und Wiederaufnahme nach Ablauf der Sperrfrist aber zwei Fälle gemacht werden, können die Hämorrhoiden als eigene Hauptdiagnose abgerechnet werden, was insgesamt einen höheren Erlös erbringt.

Während dieses Fallsplitting eine dem Patienten gegenüber eindeutig unethische Form „brauchbarer Illegalität“ (Luhmann) darstellt, ist die Praxis, die ältere Patientin in der Dokumentation „künstlich“ kranker darzustellen als sie wirklich ist, eine Form der Regelabweichung, die in diesem Fall der Patientin zugutekommt, die aber das Krankenhaus dadurch, dass eine medizinische Indikation vorgetäuscht wird und so ein, wenn auch nicht kostendeckender Zuschlag (s. unten) gezahlt wird, nicht zu stark belastet.

Das Interviewzitat macht deutlich, dass in der Praxis die unterschiedlichen Orientierungen – am Patientenwohl, an den eigenen Arbeitsbedingungen oder an den formalen oder informellen Vorgaben der Organisation oder den Kodierrichtlinien des InEK – offenbar situativ zur Geltung kommen. Und das deutet darauf hin, dass es falsch wäre, die Ärzteschaft in formal korrekt und unkorrekt Agierende, in ethisch integre und unethisch Handelnde einzuteilen. Welche Rolle Habitus und professionsspezifische Orientierungen für die Ärzteschaft bei solchen Entscheidungen spielen, ist durchaus eine Forschungsfrage, die in vielerlei Hinsicht in den Arbeiten von Werner Vogd angegangen wird (2004, 2006a, 2006b, 2011).

Die Höhe der Fallzahlen und die Ausrichtung auf DRGs mit hohem Relativgewicht stellen zwei Stellschrauben dar, die zwar von der Klinikleitung, dem Controlling und der leitenden Ärzteschaft strategisch beeinflusst werden können. Aus dem Case-Mix, also der Summe der Bewertungsrelationen (s. oben unter 3.5) der behandelten Fälle, lässt sich nämlich das Leistungsvolumen der Gesamtorganisation oder einzelner Abteilungen ablesen, aus dem Case-Mix-Index, der Division des Case-Mix durch die Zahl der behandelten Fälle ergibt sich wiederum die durchschnittliche Kostenaufwändigkeit der Fälle der Einrichtung. Auf dieser Basis lassen sich entsprechend strategische Entscheidungen über die zukünftige Ausrichtung einzelner Abteilungen oder des gesamten Hauses ableiten.

Zwei DRG-assoziierte Versorgungsveränderungen sind in diesem Zusammenhang besonders eindrücklich:⁴⁷ Eine Studie von Jürges und Köberlein konnte den Einfluss des DRG-Systems auf die Kodierung des Geburtsgewichts von Frühlingen nachweisen. Es wurde gezeigt, dass das kodierte Gewicht der Frühlinge seit Einführung der DRG mehr als zufällig genau unterhalb der jeweils hoch erlösrelevanten Schwellenwerte lag (Jürges/Köberlein 2015). Eine Überprüfung ist für die Kassen hier praktisch nicht möglich, weil sich das Gewicht nach wenigen Tagen vom dokumentierten Wert entfernt hat. Wollte man diese Praxis unter ethischen Maßstäben bewerten, so läge hier nur unethisches Verhalten gegenüber den Kassen vor. In dem zweiten Beispiel sieht das jedoch ganz anders aus, da die faktische Behandlung sich aufgrund der Erlösorientierung zuungunsten des Patienten ändert: Biermann und Geissler (2016) untersuchten die Zahl der Beatmungsfälle und Beatmungstunden im Zeitverlauf. Sie konnten zum einen eine Zunahme solcher hochgradig erlösrelevanter Fälle sowie innerhalb dieser Fälle einen Anstieg der durchschnittlichen Beatmungstunden feststellen. Gerade oberhalb der Schwelle von 96 Stunden Beatmungsdauer fanden sie eine auffällige Häufung. Die im Rahmen der Interviews beim MDK befragte Kodierfachkraft Herr Buchner bestätigt aus seiner Sicht eine derartige Praxis:

Also man sollte immer mal wieder, auch wenn die immer, wenn 97 Beatmungstunden verschlüsselt sind, auch 97 Beatmungstunden zutreffend sind, sollte man vielleicht nicht jeden Fall vorlegen, aber vielleicht mal in einem halben Jahr mal wieder einen Fall. Und solche Stufen wie mit dieser Beatmung von 96 auf 97 Stunden, die sind einfach eingebaut, und da muss man halt dann mit leben. Mittlerweile habe ich bei einigen, vor allem bei den kleineren Kliniken, den Verdacht, dass die das genau wissen, nebenher eine Uhr mitlaufen haben und dann genau in der 97sten, 98sten Stunde dann extubieren. Hat allerdings, würde ich denken, einen sehr hohen logistischen Aufwand. Also da so eine Intensivstation hat so in der Regel zehn bis zwölf Betten, da bei jedem zu wissen, wann er über die nächste Stufe ist, und dann extra noch intubiert zu lassen so, das... (2) Also das ist schon...

Derartige Überlegungen und Entscheidungen liegen freilich außerhalb der Reichweite der Kodierfachkräfte. Die Kodierfachkräfte können allerhöchstens auf der Basis ihrer Kenntnis der Bewertungen der einzelnen DRGs beratend Einfluss auf ärztliche oder pflegerische Entscheidungen, etwa bezüglich der Verweildauer, der Beatmungstunden oder der Dokumentation des Geburtsgewichts, nehmen. Mengenausweitungen sind jedoch auf kurze Frist nur dann sinnvoll, wenn solche Mehrleistungen in den Budgetverhandlungen im Vorhinein mit den Krankenkassen vereinbart werden. Allerdings „können auch unvereinbarte Mehrleistungen potenziell sinnvoll sein, da hierdurch die Vereinbarung von Mengenausweitungen im Folgejahr vereinfacht wird“, insofern sich die Budgetvereinbarungen mit den Kassen auf die Leistungsstruktur des jeweiligen Vorjahres beziehen. Das Hinnehmen von Abschlägen im laufenden Jahr wird wettgemacht durch vollständig im Budget berücksichtigte Mehrleistungen (Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 9 sowie Fn. 11). Das scheint eine Strategie vor allem der privaten Klinikkonzerne zu sein, die die finanziellen Mittel und ein entsprechend aufgestelltes Finanz- und Medizincontrolling haben, um solche sich erst längerfristig auszahlenden Strategien verfolgen zu können.

- Die Einflussmöglichkeiten der Kodierfachkräfte stellen sich für den *zweiten Term* der Funktion schon anders dar. „Er beschreibt die Summe der Zu- und Abschläge, die bei Über- bzw. Unterliegern auftreten“.

⁴⁷ Sie werden neben ähnlichen Veränderungen von Geraedts 2019: 258ff referiert.

Für jede einzelne DRG ist nämlich eine untere und obere Grenzverweildauer kalkuliert, deren Unter- oder Überschreitung sich in Form von finanziellen Abschlägen negativ erlösrelevant auswirkt. In dem für ein Krankenhaus optimalen Fall liegt der Entlasszeitpunkt zwischen der unteren Grenzverweildauer und der mittleren Verweildauer, da bis zu diesem Zeitpunkt die anfallenden Kosten bei einem Krankenhaus mit einer durchschnittlichen Kostenstruktur niedriger sind als die Fallpauschale, die sich ja – zumindest der Theorie nach – aus den durchschnittlichen Kosten aller Kalkulationskrankenhäuser für die jeweilige DRG ergibt.

Die finanziellen Abschläge bei einer Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer sollen den Anreiz zu frühen Entlassungen (in den Medien polemisch oft als „blutige“ Entlassungen bezeichnet) verringern, da in diesem Falle dem Krankenhaus ja die entsprechende Fallpauschale gezahlt würde, ohne dass jedoch noch ein weiterer Aufwand und damit weitere Kosten entstünden. Bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer („Langliegerfälle“) gibt es zwar Zuschläge für jeden weiteren Tag, die allerdings so niedrig gehalten sind, dass kein Anreiz entsteht, die Verweildauer weiter auszudehnen, wie dies nach dem alten Vergütungssystem vor Einführung der DRGs der Fall war. Auf diese Stellschraube können nun die Kodierfachkräfte durchaus Einfluss nehmen, insofern ihnen aufgetragen ist, Verweildauersteuerung zu betreiben. Dies geschieht, indem sie schon frühzeitig, also direkt nach der Aufnahme eines Patienten und der Meldung des stationären Falles mit einer Eingangs-DRG an den Kostenträger, die potenzielle mittlere Verweildauer ermitteln und den behandelnden Ärzten kommunizieren sowie im weiteren Behandlungsverlauf auf deren mögliche Einhaltung hinwirken.

- Der dritte und vierte Term bilden die Kostenseite des Leistungsanbieters ab. Das sind zum einen die Fixkosten des Hauses, die allerdings durch Skalenerträge (durch Lerneffekte und eine bessere Auslastung von Geräten, Räumlichkeiten und Personal) gesenkt werden können, was einen Anreiz zur Mengenausweitung (s. das oben dazu Gesagte) darstellt. Das Modell von Reifferscheid, Dominik und Wasem (2013: 6) beinhaltet zum anderen einen komorbiditäts- und komplikationsbedingten Anstieg der variablen Kosten, da diese Komorbiditäten und Komplikationen in der Regel auch mit einem entsprechend höheren Ressourcenverbrauch verbunden sind. Dieser wird teilweise durch das DRG-System abgebildet und kann über eine Erhöhung des Schweregrades zur Eingruppierung in eine höhere DRG führen und damit einen höheren Erlös generieren. Allerdings gilt dies eben nicht für alle Komorbiditäten und zusätzlich weisen etwa 50% der Basis-DRGs keinerlei Schweregraddifferenzierung auf (Reifferscheid, Dominik und Wasem (2013: 11, Fn. 19), so dass es bei bestimmten komplexen Fällen oder schweren Erkrankungen zu einer unvollständigen Deckung der Kosten kommen kann. Dies bildet wiederum einen Anreiz zu verstärkter Patientenselektion, mittels derer potenziell unrentable Fälle vermieden werden können. So kann es, wie vor zwei Jahren eine aufsehenerregende Reportage im Zeit-Magazin zeigte, durchaus vorkommen, dass Notärzte in Städten mit mehreren Kliniken eine Odyssee von Krankenhaus zu Krankenhaus durchmachen müssen, um für eine 85-jährige Frau mit Verdacht auf Schlaganfall – also eine „eher unrentable Patientin“ – eine aufnahmebereite Klinik zu finden (Faller 2012).

Freilich müssen Komorbiditäten und Komplikationen entsprechend erfasst und kodiert werden, und damit kommen an diesem Punkt wieder die Kodierenden, sowohl aus dem ärztlichen Dienst wie auch aus dem

Medizincontrolling ins Spiel. Empirisch lässt sich nachweisen, dass Krankenhäuser mehr oder weniger intensiv Komorbiditäten und Komplikationen kodieren, dies in Abhängigkeit davon, ob diese sich (mehr oder weniger) als erlösrelevant erweisen. Da sich dies von Jahr zu Jahr ändern kann, bestimmte Komorbiditäten und Komplikationen also bezüglich ihres „Preises“, also eigentlich ihres Relativgewichts, auf- oder abgewertet werden, lässt sich auch ein entsprechend „verändertes Kodierverhalten“ seitens der Kliniken nachweisen, dem keine veränderte Leistungsstruktur bzw. ein steigender Ressourcenverbrauch des Krankenhauses zugrunde liegt (Wasem et al. 2007).

Für die Kodierfachkräfte, aber auch die kodierenden Ärzte besteht also ein Anreiz, umfassend zu dokumentieren und zu kodieren, also zumindest „Rightcoding“ zu praktizieren, wenn nicht gar darüber hinaus „durch Manipulationen der Dokumentationen gegenüber dem realen Leistungsgeschehen hinsichtlich der Höhe der abrechenbaren Bewertungsrelationen ‚nachzuhelfen‘“, also „Upcoding“ zu betreiben (Wasem et al. 2007: 50). Upcoding als „regelwidriges Verhalten [...], das bewusst darauf abzielt, durch inkorrekte Angaben ein höheres Entgelt zu erreichen“ (Sievert 2011, zit. nach Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 10), erfolgt beispielsweise durch das Vertauschen von Haupt- und Nebendiagnose oder auch durch das Dokumentieren von Nebendiagnosen und Prozeduren unter dem Gesichtspunkt der Erlösmaximierung (Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 10).

Der Gesetzgeber hat nun geregelt, dass „Mehrerlöse, die gegenüber dem in den Budgetverhandlungen prospektiv vereinbarten Erlösbudget eines Krankenhauses unterjährig durch eine veränderte Kodierung erzielt werden, vom Krankenhaus vollständig zurückzuzahlen sind.“ Mehrerlöse, die aufgrund realer Leistungsänderungen entstehen, sollen den Krankenhäusern dagegen anteilsweise zur Deckung der zusätzlich entstandenen Kosten belassen werden (Wasem et al. 2007: 50). Es ist allerdings schwierig, „Upcoding“ von „Rightcoding“ zu unterscheiden und damit nachzuweisen, ein Graubereich besteht in jedem Fall. Faktisch entspricht die Dokumentation nur in einem sehr unscharfen Sinne der ‚Wirklichkeit‘ des Versorgungsgeschehens im Krankenhaus. In der Regel „ist das allerdings weniger das Resultat eines offenen oder bewussten Betrugs [...], sondern vielmehr der Ausnutzung von Interpretationsspielräumen (Mohan 2019: 282). Betrachtet man, wie hier geschehen, das Krankenhaus als rational unter Unsicherheit operierenden Akteur, so besteht für es ein Anreiz zum Upcoding, der von der Aufdeckungswahrscheinlichkeit durch die Kassen oder den MDK abhängig ist. Dass in der Realität allerdings noch andere Umstände eine Rolle spielen, beispielsweise das sich etablierende Vertrauen zwischen dem Medizincontrolling und dem MDK oder ein spezifisches Berufsethos der Kodierenden, soll hier zunächst außen vor bleiben und wird Gegenstand der Kapitel 6 und 7 sein.

Wir haben anhand des Modells und entsprechender Beispiele gesehen, dass das DRG-System für die Krankenhäuser erlösorientierte wie auch kostenorientierte ökonomische Anreize setzt (vgl. die Übersicht bei Reifferscheid, Dominik und Wasem 2013: 7). Für die Kodierfachkräfte in ihrem alltäglichen Handeln relevant sind allerdings nur wenige von ihnen, nämlich die Anreize zum Rightcoding und zum Upcoding auf der Seite der erlösrelevanten Anreize, zur Verweildauerreduktion auf der Seite der kostenorientierten Anreize. In keinem Fall sind die Kodierfachkräfte juristisch verantwortlich für die von ihnen vorgenommenen

Kodierungen, da es sich ja um vom ärztlichen Dienst delegierte Tätigkeiten handelt. Und auch über die Verweildauer entscheiden letztlich die behandelnden Ärzte, doch können sie theoretisch durch entsprechende Beratung, persönlichen Druck, mikropolitische Spiele, etwa über vorgesetzte Ärzte oder die Geschäftsführung das Handeln der Angehörigen des ärztlichen Dienstes oder Pflegekräfte zu entsprechend beeinflussen. Nicht zuletzt haben sie, was die Kodierung anbelangt, durch ihre oft im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten bessere Kenntnis der Kodierrichtlinien, der Codes und des DRG-Systems überhaupt, nicht unerheblich aber auch aufgrund der mangelnden zeitlichen Ressourcen für Kodierungsfragen sowie der mangelnden Bereitschaft bei vielen Ärzten, sich intensiver mit diesen Fragen zu befassen, einen nicht geringzuschätzenden Einfluss.

Das in der Einleitung zitierte Pamphlet des Dr. Brandenburg verschleierte, dass sich auch viele Ärztinnen und Ärzte – mehr oder weniger freiwillig – mit dem System arrangiert, es mittlerweile auch „auszubeuten gelernt haben“ (vgl. Vogd 2006: 50 und 110 ff), ja gar zu dessen Promotoren geworden sind. Neben dem im Kasten oben wiedergegebenen Beispiel der Assistenzärztin aus Krankenhaus I soll dies noch ein weiterer Fall verdeutlichen.

Erlösoptimierung

Eine Angehörige des Medizincontrollings dieses Krankenhauses spricht im Interview über einen Chefarzt, der systematisch versucht, mehr aus einem Fall „herauszuholen“, um den Erlös seiner Abteilung zu steigern:

Frau Ehrlich: Patient kommt rein mit Bauchweh. Dafür gibt es einen Code R10 irgendwas. Bauchweh. Keine Ahnung was er hat. Dann stellt sich heraus, er hat schon ewig keinen Stuhlgang mehr gehabt und hat Verstopfung. Okay, jetzt sind wir bei Verstopfung, ist schon ein bisschen genauer. Und dann stellt sich heraus, Ursache der Verstopfung ist ein Darmkrebs, der den Darm zugemacht hat. Und ja, dann nimmt man halt das betroffene Stück dann raus, und ja, dann gibt es da so Unterschiede, je nachdem welches Stück Darm man rausnimmt. Und dann kommt man in unterschiedliche DRGs. Also wenn sie das Rektum, den Enddarm rausnehmen, gibt das eine teurere DRG als wenn sie den Dickdarmabschnitt davor rausnehmen. Und der besagte Chefarzt, der nimmt also grundsätzlich das Rektum raus [bzw. kodiert er so als ob; Anm. d Verf.], weil das in eine höherpreisige DRG führt, anstatt des vorherigen Darmabschnitts. So kodiert er sie. In der Praxis macht er natürlich den letzten Darmabschnitt raus und noch ein kleines bisschen vom vorherigen. Das muss einfach so sein wegen der Durchblutung. Und dann argumentiert er beim MDK zum Beispiel, dass das so sein muss, weil er hat ja noch ein Stück von diesem anderen Darmabschnitt auch rausgenommen. Das ist zwecklos, weil im OP-Bericht genau beschrieben ist, was er alles rausgenommen hat. Aber, ja.

Dieser Chirurg mag, was die Behandlung des Patienten anbelangt, durchaus nach den professionellen Standards arbeiten, für die wirtschaftliche Erwägungen nicht maßgeblich sind. Was jedoch die Seite des Dokumentierens und Kodierens angeht, spielt der ökonomische Aspekt dann doch eine Rolle. Er versucht, das Maximum aus einem Fall herauszuholen, ihn „hochzutriggern“ und mittels „Manipulationen gegenüber dem realen Leistungsgeschehen hinsichtlich der abrechenbaren Bewertungsrelationen ‚nachzuhelfen‘“. Damit betreibt er illegales „Upcoding“ (Wasem et al. 2007: 50). Das wäre durchaus im Sinne dessen, was Luhmann (1964: 304 ff) als „brauchbare Illegalität“ bezeichnet hat, ein Handeln also, das funktional im Sinne des Organisationszwecks der Ressourcenoptimierung ausfällt – besser gesagt: ausfallen könnte, denn

wie die interviewte Ärztin betont, müsste die Kodierung, um „wasserdicht“ zu sein und bei der Kasse bzw. beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) „durchzugehen“, noch mit dem OP-Bericht und den Befunden der Pathologie „abgestimmt“ sein, was schon einen höheren Grad an krimineller Energie und Organisation voraussetzte.⁴⁸

Wasserdicht sein, heißt vor allen Dingen, dass sich die verschiedenen Eintragungen in der Patientenakte nicht widersprechen. Sind sie widerspruchsfrei, können Kasse oder MDK in der Regel wenig daran aussetzen.

Frau Ehrlich: Was ich schlecht finde an dem System ist, dass die... Es werden hohe Vorgaben gemacht, was dann letztlich beim Kodierer hängen bleibt. "Guck, dass du eine teure DRG rauskriegst, kodiere das und das. Es muss doch möglich sein, das so zu dokumentieren, dass das auch rauskommt." Und irgendwo sind die Grenzen der Dokumentation erreicht. Ich kann nicht sagen, der Patient hatte eine Harninkontinenz, wenn in der Pflegedokumentation ständig steht, Patient ist mit Besuch im Café, Patient ist selbständig in der Körperpflege. [...] Und wenn der Arzt dann in die Fieberkurve schreibt, Patient ist harninkontinent, dann ist das nicht dokumentiert. Dann ist das ein wertloses Gekritzel. (D-K-23)

Anreize für Upcoding bestehen für die leitenden Ärzte durchaus. Bekanntlich wurde im vor einigen Jahren in der Medienöffentlichkeit, aber auch seitens der Selbstverwaltungsorgane der Ärzteschaft die Existenz von Chefarztverträgen heftig kritisiert, in denen Bonuszahlungen an die Erlössituation der Abteilungen, etwa gemessen am Case-Mix-Index, geknüpft sind.⁴⁹

3.7 DRGs als „Quasi-Objekte“ und *going concern*

Am oben zur Funktionsweise der DRGs Gesagten ist ein Aspekt vielleicht nur unterschwellig deutlich geworden: Das DRG-System stellt einen „Kompromiss“ zwischen zwei Welten dar (vgl. zum Begriff des Kompromisses zwischen Welten Boltanski/Thévenot 2007: 365ff), der Welt der Medizin und der Welt der Betriebswirtschaft. Für ihre Formierung werden medizinische Aspekte berücksichtigt, wofür die Diagnosen nach der internationalen Standardklassifikation ICD 10 stehen oder die von Ärzten durchgeführten Prozeduren und deren Klassifikation OPS. Ob dieser Kompromiss, diese „Übersetzung“ (Callon) hinsichtlich des ärztlichen Dienstes gelungen, also durchgängig, dauerhaft und stabil ist, ist eine andere Frage. Die Existenz der Kodierfachkräfte als neuer Tätigkeitsgruppe im Krankenhaus, das wird diese Arbeit und insbesondere das Kapitel 5 zeigen, ist ein Beleg dafür, dass man hier skeptisch sein darf. So schreibt Michael Simon:

DRG-Abrechnungskodes sind für Zwecke der Information über Diagnosen und Leistungen ungeeignet, weil sie medizinisch inhomogen sind. DRG-Fallgruppen schließen zum weit überwiegenden Teil sehr unterschiedliche Diagnosen und auch Leistungen ein, denn Ziel der Konstruktion von DRG-Fallpauschalen ist nicht ein möglichst hohes Maß an medizinischer oder pflegerischer Homogenität, sondern vor allem eine hohe Kostenhomogenität. Fallgruppen werden in erster Linie so zusammengestellt, dass die darin eingeschlossenen Fallkollektive möglichst gleich hohe Kosten aufweisen. (Simon 2019: 304)

⁴⁸ Dass es solche Absprachen zwischen Klinikmanagern und Ärzten durchaus vorkommen können, zeigen etwa die Ermittlungen gegen DRK- oder Helios-Kliniken in Berlin und Schwerin in den Jahren 2010 und 2011 (TAZ 15.6.2011; Deutsches Ärzteblatt 14.7.2010 und 21.6.2011).

⁴⁹ Vgl. zur Diskussion über Chefarzt-Boni Fäßler/Biller-Andorno 2019.

Und es gibt genügend Beispiele für DRGs, die in medizinischer Hinsicht sehr inhomogen und damit auch für das ärztliche Personal nicht unmittelbar nachvollziehbar sind (Simon 2017: 248). Es handelt sich also nur zum Teil um ein nach medizinischen Kriterien gebildetes System. Dennoch würde ich die – auch von anderen Autoren gedeckte – These aufstellen, dass man bei der Konstruktion der Systematik durch die Kombination von betriebswirtschaftlichen Merkmalen (dem durchschnittlichen Ressourcenverbrauch in der jeweiligen DRG) und medizinischen Kriterien (der Kodierung etwa nach der ICD-Klassifikation) versucht hat, eine Brücke hin zu den Ärzten geschaffen, um diese am System zu „interessieren“ bzw. umgekehrt, um zumindest ihre Ablehnung in Grenzen zu halten. Dadurch, dass die DRG-Klassifikation auf den Diagnose-Klassifikationen „aufsitzt“, wird eine gemeinsame Sprache möglich oder zumindest die Übersetzung von der Sprache der Medizin in die Sprache des DRG-Systems (Juven 2013: 822). Das bedeutet jedoch nicht, dass damit „Verständigung“ geschaffen wäre, denn letztlich ist der DRG-Klassifikation im Vergleich zu den feinsten Nosologien die Komplexität des Körpers und der Medizin fremd, was immer wieder dazu führt, dass die Kodierfachkräfte von den behandelnden Ärzten Präzisierungen hinsichtlich der Diagnose verlangen, die in den Augen Letzterer bzw. in der Praxis für sie wenig Sinn macht.

Es finden sich zahlreiche Anhaltspunkte dafür, dass unter DRG-Bedingungen Ärzte selbst dann Effizienzaspekte bei ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen, wenn sie nicht durch die Krankenhausleitung dazu angehalten werden, wie Antonio Vera feststellt, dessen Aussage zwar im Großen und Ganzen zutreffend ist, die man aber mitnichten pauschalisieren darf, wie in Kapitel 5 noch zu zeigen sein wird. Die Kodierung der Diagnosen ist dabei der „Einstieg ins System“:

Die Notwendigkeit, Diagnosen zu dokumentieren, wird von Ärzten nicht in Frage gestellt, sodass die Kodierung der Diagnosen für DRG-Zwecke vielen Ärzten als Einstieg in das DRG-System dient. Sobald sie sich aber mit DRGs auseinandersetzen, werden soziale Prozesse in Gang gesetzt, die häufig unbewusst die Akzeptanz von DRGs erhöhen. [...] Allein die Tatsache, dass das DRG-System Informationen über die durchschnittlichen Behandlungskosten für einzelne DRGs generiert und den Ärzten zur Verfügung stellt, führt dazu, dass die Ärzte sich unbewusst daran orientieren – interessanterweise auch dann, wenn die Validität dieser Werte von den meisten Ärzten angezweifelt wird. Hinzu kommt, dass die DRG-Systematik und die damit zusammenhängenden betriebswirtschaftlichen Fachausdrücke Eingang in das Vokabular der Krankenhausärzte finden. Diese erworbene sprachliche Kompetenz der Ärzte hat zur Folge, dass betriebswirtschaftliche Argumente in stärkerem Ausmaß auch von der Ärzteschaft im Rahmen von Fachgesprächen und sonstigen Diskussionen im Krankenhaus benutzt werden. (Vera 2009: e16)

Das, was mit der oben verwendeten Formulierung „interessieren“ gefasst werden soll, ist im hier behandelten Zusammenhang von größter Bedeutung. Es geht um die Frage „heterogener Kooperation“, also darum, wie es möglich ist, dass „Akteure mit unterschiedlichem institutionellen, fachlichem, sozialem, kulturellem und teilweise sogar historischem Kontext bei der Lösung wissenschaftlicher und technischer Probleme erfolgreich zusammenarbeiten“ (Strübing 2005: 251).

Es soll das Interesse geweckt werden für die betriebswirtschaftlichen Ziele, die Erlössituation des Krankenhauses, auf einer etwas niedrigeren Ebene für den Erlös bzw. die Kosten des einzelnen Behandlungsfalles. Dazu werden auch informationstechnische Neuerungen genutzt, wie etwa in der Krankenhaussoftware installierte Ampel-Modelle für jeden Fall, die dessen Status (vor allem die Verweildauer) anzeigen, aber auch für ganze Abteilungen die Erlössituation visuell in Erinnerung rufen. So berichtet Herr Renner,

der Leiter des Finanzcontrollings und nun auch des Medizincontrollings, im Interview, dass die Controlling-Abteilung gerade an einer Automatisierung des Berichtswesens arbeite, das dann stündlich die aktuellen Casemix-Zahlen der jeweiligen Bereiche in Form eines Benchmarkings veröffentlicht, so dass jeder Arzt sehen kann, „was der andere Fachbereich macht“.

Herr Renner: Also da stehen keine Patientennamen mehr, sondern da stehen nur noch Case Mix, Schweregrad, Fallzahl insgesamt, da stehen die DRGs dort. Und es gibt auch eine Gesamtstatistik und da kommen Zahlen – rot oder blau – raus je nachdem, ob man...

– Und man kann dann auch die anderen Kliniken und Abteilungen sehen?

Herr Renner: Ja, möchte ich auch, dass die das sehen, damit die motiviert sind. (D-K-20)

Es soll damit also auch unterschwellig eine permanente Konkurrenzsituation zwischen Abteilungen bzw. leitenden Ärzten geschaffen werden, die das gesamte Haus unter Spannung setzt. Ein radikaler Bruch mit der unter dem ehemaligen ärztlichen Direktor, Herrn Gerlach, herrschenden Maxime, der zufolge allen bewusst sein sollte, dass es im Entgeltsystem Bereiche gibt, die unterfinanziert sind und auch nicht so erlösstark sein können wie andere Bereiche.

Herr Gerlach: Mein Punkt war immer der, dass man unabhängig von der Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit eines Faches das Gesamte im Auge haben muss, und wir waren da eigentlich auf einem guten Weg. Das kann man natürlich nicht jedem vermitteln, auch nicht jedem Chefarztkollegen, aber dass man sagt: „Also pass auf, also du bist in der wirklich angespannten Situation, die ist unverschuldet, weil du ein Fach hast, ne, wo sich nicht so viel abbildet und immer Zahlen, Mindestmengen und was du vorhalten musst, gerade in so relativ, ich will nicht sagen kleinen, aber mittleren Kliniken ist das ein Riesens Problem. [...] Das heißt, einer, der ein kleines Fach hat, der muss aber, der muss Mindestsachen vorhalten, Personal, und dann wird es unwirtschaftlich; und wie kann man das... Dann geht es schon los, der Kladderadatsch, ne? Macht man dann gemeinsame Dienste, dann musst du wieder deine Standards verraten, Facharztstandards und so weiter und so fort, dann guckst du auf den nächsten, der wird vielleicht neidisch und so: „Wieso krieg ich das nicht?“. Also es ist ein ständiges Sich-Austauschen im günstigsten Sinne, im blödesten Sinne ein ständiges Hickhack, und das bringt das System mit sich, und das schafft Unfriede bei denen, die die Leistungen erbringen. Nicht nur der Einzelne droht auf der Strecke zu bleiben, sondern das Miteinander. Wissen sie, wenn das so seziert wird, und einer kommt morgens rein und der wird nur angeguckt: „Na, wie viel hat er jetzt gebracht DRG-mäßig oder so“, dann ist das noch nicht mehr normal. Entschuldigung. (D-K-29)

Vor allem die innere Medizin, deren Chefarzt ja Herr Gerlach war, hat im Gegensatz zur Chirurgie mit dem Problem zu kämpfen. Frau Ehrlich arbeitet den Unterschied zwischen beiden Fächern aus der Sicht des Medizincontrollings heraus:

Frau Ehrlich: Die Innere ist stärker auf das angewiesen, was halt so reinkommt, in der Chirurgie also... In der Inneren haben sie eher weniger elektive Patienten. Im DRG-Zeitalter gibt's das nicht mehr, dass jemand vier Wochen zum Durchuntersuchen ins Krankenhaus geht. Da kommen wirklich die Notfälle oder die Fälle, die man unter ambulanten Bedingungen nicht endoskopieren kann, weil sie Bluter sind, oder so Sachen.

I: Ja, ja.

Frau Ehrlich: In der Chirurgie hat man eher Elektiveingriffe, die man machen kann, aber vielleicht nicht unbedingt machen muss. Man kann sich seine Galle mit Steinen rausnehmen [lassen], muss aber nicht, wenn ewig nichts war. Oder ja, auch bei den arthroskopischen Sachen ist... Gut, die gehen auch meistens jetzt in den ambulanten Bereich über. Aber da ist ein etwas größerer Spielraum.

I: Mhm. Also könnte man sagen so, die Innere ist stärker unter Druck. Oder, mit dem System klar zu kommen. Schon, ja?

Frau Ehrlich: Weil, es ist so, dass eher ältere multimorbide Menschen in der Inneren sind, die dann auch stärker pflegebedürftig

sind. Und die Pflegebedürftigkeit, so bei den Grundtätigkeiten, Körperpflege, Essen, Trinken, Mobilisierung, ist im DRG-System insgesamt schwer abzubilden. Beim einen oder anderen können sie noch eine Diagnose dran kleben, die vielleicht schweregradsteigernd wirkt. Aber so diese ganzen grundpflegerischen Sachen sind schlecht abgebildet. So dass sie, wenn sie Kosten, Personalkosten, Pflegepersonalkosten und mögliche Erlöse einander gegenüberstellen, fällt die Innere meist hinten runter. (D-K-23)

Allerdings ist diese Unterscheidung zwischen den chirurgischen Fächern und der inneren Medizin noch zu einfach. Das hat mit der Forcierung ambulanter Behandlungen und der Gründung von Tageskliniken und Medizinischen Versorgungszentren zu tun:

Herr Gerlach: [...] hinterher haben wir dieses MVZ gegründet. Und dadurch sind natürlich auch Erlöse, ist klar, weggebrochen, wie überhaupt auch in der Inneren Medizin, Gastroenterologie ja auch, vieles, vieles viel mehr ambulant gemacht wird als früher. Das heißt, das Abdriften, Chirurgen kriegen es auch teilweise zu spüren, in nichtstationäre Bereiche, was gut ist für den Patienten und bestimmt auch für die Medizin, das hat stattgefunden, und das schmälert natürlich die Erlössituation in den einzelnen Abteilungen. Beispiel Chirurg-, Leistenhernien oder so was. Da sind sie ja immer halb mit einem Bein sonst wo, wenn sie noch einen stationär operieren, ne? Also das hat sich auch da völlig gewandelt, und teilweise unberechenbar, und da musst du sehen, wie das Geld da reinkommt. Und da geht es dann los, wie sehr lässt du dich verbiegen? (D-K-29)

Die Vermittlung eines Bewusstseins für „Zwecke“ ist immer wieder Thema von unterschiedlichen Theorieschulen und von Konzeptbildungen wie der Akteur-Netzwerk-Theorie (Latour, Callon, Akrich, Law und andere) oder dem Konzept der *Boundary objects* von Susan Leigh Star und Geoffrey Bowker, früher aber auch schon durch Everett C. Hughes, den akademischen Lehrer Erving Goffmans, Howard Beckers, Anselm Strauss' oder Eliott Freidsons (Hughes 1971b; vgl. zu Hughes Chapoulie 1996).

Hughes prägte 1957 für das Verständnis dessen, worum es hier geht, das Konzept des „*going concern*“, „to refer to groups of people sufficiently committed to something to act in concert over time“ (Clarke/Gerson 1992: 187; zit. nach Strübing 1997: 369, Hughes 1984b). Jörg Strübing illustriert das Hughes'sche Konzept folgendermaßen: „Was ein *going concern* ist, kann man sich in etwa so vorstellen: Wenn es zwei ein Projekt betreibenden EntwicklerInnen z.B. gelingt, ihre Projektidee dem Management als ökonomisch und unternehmensstrategisch erstrebenswert zu verkaufen und zugleich ihre TechnikerInnenkollegen vom fachlichen Reiz der Sache zu überzeugen, dann haben sie einen *going concern* etabliert. Damit ist jeweils ein organisatorischer und zugleich ein interaktiver Prozeß in Gang, und – zumindest im Kern – ein Kreis von Akteuren zueinander in Beziehung gesetzt.“ (Strübing 1997: 369 f) In vergleichbarer Weise lässt sich die DRG-Kodierung als solch ein *going concern* ansehen, als ein Interaktionszusammenhang, der ebenfalls das *commitment* verschiedener beteiligter Akteure erfordert. Für die Akteure der medizinisch-pflegerischen Falltrajektorie war der *going concern*, also das, was für sie auf dem Spiel steht (Bourdieu spricht von einem feldspezifischen *enjeu*), worum es hier geht. In den in der Einleitung zitierten Worten der Ärzte bzw. sonstigen Krankenhausbeschäftigten: Das, wofür sie als Ärzte und Pflegekräfte „angetreten sind“. Die Aufnahme eines Patienten im Krankenhaus setzt – und das ist das Neuartige – seit der Einführung von Fallpauschalen auf der Verwaltungsseite einen organisatorischen wie interaktiven Prozess, die DRG-Trajektorie, in Gang, durch den Angehörige des ärztlichen Dienstes, Pflegekräfte und Verwaltungsmitarbeiter mit einem neuartigen *concern* konfrontiert werden. Allerdings haben ihn sich die Mitarbeiter des Krankenhauses – das zeigen etwa die in der Einleitung zitierten Äußerungen von Paul Brandenburg – (noch) nicht allesamt oder nur widerwillig zu eigen gemacht. Und gerade dies stellt einen zentralen Faktor für das Gelingen oder Scheitern

dieses *going concern* dar. Auch die Arbeit der Kodierfachkräfte besteht zu einem guten Teil darin, „institutional work“ (Currie et al. 2012) zu betreiben, die beteiligten Akteure „bei der Stange zu halten“, ihnen diesen *concern* in Erinnerung zu rufen. Dass sie im Zuge dessen zugleich professionelle Machtspielräume aufrechterhalten und ausbauen, ist nicht verwunderlich. Inwieweit und auf welcher Seite die Kodierfachkräfte in diesen Konflikten agieren, steht aber nicht von vornherein fest. Eine Hypothese dieser Arbeit ist es, dass habituell oder professionell geprägte Dispositionen und Prägungen ungeachtet organisatorischer Programmierungen eine Rolle spielen. *Habitus* bzw. *profession matters*, könnte man auch sagen...

Wenn von „Interessieren“ die Rede ist, bietet sich noch ein weiteres begriffliches Instrumentarium an, nämlich das der Akteur-Netzwerk-Theorie, wo der insbesondere von Callon eingebracht Begriff „Interessement“ ebenfalls eine Rolle spielt (Callon 1986).⁵⁰ Netzwerke entstehen mittels Interaktionen, Transaktionen, Aushandlungen und Vermittlungen zwischen menschlichen und nicht-menschlichen Akteuren. Da die Interaktionen zwischen Akteuren häufig in entgegengesetzte Handlungsprogramme eingebunden sind, kann die Kommunikation zwischen Akteuren als Aushandeln eines „Interessenausgleiches“ betrachtet werden. Das Bemühen, Akteuren in einem solchen Zusammenhang Rollen und Funktionen zuzuschreiben, ihre Interessen anzugleichen und gemeinsam auszurichten, Koalitionen zu bilden oder wieder aufzulösen, wird in der Akteur-Netzwerk-Theorie als „Übersetzung“ bezeichnet (Belliger/Krieger 2006: 38f). Wenn die Vertreter der Akteur-Netzwerk-Theorie davon ausgehen, dass Übersetzung gegenseitig, multilateral, verteilt und als Netzwerkdynamik zu verstehen ist, kann man dem noch folgen, allerdings sind Zweifel angebracht, wenn behauptet wird, dass sie „nicht als intentionale Strategie individueller Subjekte“ zu verstehen ist (Belliger/Krieger 2006: 39).

Callon unterscheidet bei der Übersetzung vier Phasen: die *Problematisierung*, das *Interessement*, das *Enrolment* und die *Mobilisierung*.

Die *Problematisierung* beginnt dort, wo ein Problembewusstsein besteht, das geteilt werden muss, um kooperatives Handeln zu bewirken. „Der übersetzende Akteur definiert ein Problem so, dass andere es als ihr Problem akzeptieren. Das *Interessement* ist die Phase, in der eine Rollen- und Funktionsverteilungen zur Lösung des Problems vorgenommen werden. Akteure, die in andere Netzwerke eingebunden sind, werden in das neue Netzwerk eingebunden. Es werden Akteure zu Verbündeten gemacht und Allianzen geschmiedet. Beim *Enrolment* kommt es darauf an, dass Akteure die ihnen zugedachten Rollen tatsächlich übernehmen und zu Verbündeten werden. Das *Enrolment* muss aber auch reziprok sein, d.h. das *Enrolment* ist ein Transformationsprozess, der alle beteiligten Akteure einbezieht. In der Phase der *Mobilisierung* treten die Akteure dann tatsächlich in Transaktionen ein. Die einzelnen Positionen im Netzwerk stabilisieren sich, es werden nun gemeinsame Ziele aktiv verfolgt. Erfolgreiche Netzwerkbildung, so Strübing, setzt allerdings voraus, dass die betroffenen Entitäten die ihnen zugeschriebenen Rollen akzeptieren, ihnen also keinen Widerstand entgegen setzen oder aber gar nicht erst in der Lage sind, derartigen Widerstand zu entfalten.“ (Strübing 2005: 307)

⁵⁰ Es geht hier nicht darum, sich im Für und Wider gegenüber der Akteur-Netzwerk-Theorie zu positionieren (etwa über die Kritik an der Intentionalität von Aktanten oder dem Symmetrie-Begriff), sondern das, was die von dieser Theorierichtung eingebrachte Perspektive an Erkenntnispotenzial bringt, – bei einem nicht zu leugnenden Eklektizismus – zu nutzen.

Man kann nun, wie Lowe vorgeschlagen hat, das DRG-System als technologisches Objekt innerhalb von Netzwerken soziotechnischer Beziehungen ansehen. „The medical coding system is an example, of a non-human actant, which forces the compliance of human actors in fulfilling the information needs of the system.“ (Lowe 2001: 89). Die DRG wäre demnach ein Aktant gemäß der Begrifflichkeit von Latour (2007), eine wirkungsmächtige Entität, die neue Wirklichkeiten schafft, entsprechend „instrumentiert“ ist (Patientenakte, Grouper-Software usw.) und in netzwerkartige Handlungszusammenhänge mit den humanen Akteuren tritt, bei ihnen ein Problembewusstsein zu erzeugen und sie als Verbündete zu gewinnen versucht.

Die technische Instrumentierung, mit der die „direkte Kontrolle des Entscheidungsverhaltens sowie der Tätigkeiten des Personals auf der Station durch medizinische und administrative Vorgesetzte“ (Manzei 2011: 212) übernommen wird, skizziert Herr Renner, Leiter des Finanz- und Medizincontrollings von Krankenhaus I, als er im Interview die Funktionsweise dieses Berichtswesens und die dahinterstehende Intention erläutert:

Herr Renner: Wir arbeiten gerade an einer Automatisierung des Berichtswesens, dann wird das nicht mehr händisch aktualisiert, sondern dann wird es stündlich vom System gemacht. Das wird auch schon bald verfügbar sein. Also mehrmals am Tag tun wir die aktuellen Case Mix-Zahlen der jeweiligen Bereiche veröffentlichen. [...] Das machen wir seit mehreren Jahren wie gesagt händisch so und jeder Arzt kann sehen, was der andere Fachbereich macht. Also da stehen keine Patientennamen mehr, sondern da stehen nur noch Case Mix, Schweregrad, Fallzahl insgesamt, da stehen die DRGs dort. Und es gibt auch eine Gesamtstatistik und da kommen Zahlen rot oder blau raus, je nachdem, ob man...

I: Und man kann dann auch die anderen Kliniken und Abteilungen sehen.

Herr Renner: Ja, möchte ich auch, dass die das sehen, damit die motiviert sind. (D-K-20)

Der Aktanten-Begriff stützt sich unter anderem auf den Begriff des „Quasi-Objekts“, den Michel Serres eingeführt hat. Damit ist etwa die Rolle des Balls als eines Mitspielers in einem Ballspiel erfasst, dem die Spieler nachjagen, der sie untereinander als Spieler und Gegner verbindet. „Das Quasi-Objekt ist ein das Soziale oder das Kollektiv webende Objekt“ (so die treffende Formulierung im Wikipedia-Artikel zur Akteur-Netzwerk-Theorie).⁵¹

⁵¹ Man ist damit auch hier versucht, ihn in Zusammenhang zu bringen mit dem Bourdieuschen Begriff des „enjeu“, also mit dem Einsatz in einem Spiel, dem, was auf dem Spiel steht, worum gespielt wird. Doch beim Weiterdenken stößt man schnell an die Grenzen der Kongruenz dieser Theoriebausteine.

4 Die Pflege im DRG-System

In diesem Kapitel wird ein Umweg eingeschlagen, es geht hier nicht um die Kodierfachkräfte, sondern um den Pflegedienst des Krankenhauses. Das hat seinen Grund darin, dass wir, wenn wir die DRG-Trajektorie weiter verfolgen und die an der „Fabrikation“ der abzurechnenden DRG beteiligten Akteursgruppen ins Auge fassen, auch auf die „unscheinbare“, man könnte mit Blick auf das Folgende auch sagen: „unsichtbare“ Tätigkeit der Krankenpflege stoßen. Der Pflegedienst scheint auf den ersten Blick von dem Geschehen um die DRGs weit entfernt zu sein, hat er doch – so könnte man meinen – recht wenig mit den für das Fallpauschalensystem zentralen Aktivitäten der Diagnosestellung, der Durchführung von operativen Prozeduren zu tun, die genuin ärztliche Tätigkeiten darstellen. Das gilt, wie bereits gesagt wurde, auch für die Kodierung, die *de jure* ebenfalls in den ärztlichen Verantwortungsbereich fällt.⁵²

Der Umweg lohnt sich, denn zum einen rekrutiert sich der überwiegende Teil der Kodierfachkräfte aus ehemaligen Pflegekräften (s. hierzu Kapitel 6), zum andern – und darum soll es hier in erster Linie gehen – ist der Pflegedienst der Krankenhäuser in mehrfacher Hinsicht vom Fallpauschalensystem betroffen. Es gibt inzwischen im deutschsprachigen Raum zwar zahlreiche mehr oder weniger umfangreiche, mehr oder weniger empirisch fundierte Untersuchungen, die sich mit den Auswirkungen des Systems auf das ärztliche Handeln, mit der Managerialisierung ärztlicher Tätigkeit oder der (vermeintlichen) Deprofessionalisierung im Zuge veränderter Machtbalancen, neuer Steuerungsformen (Prozessstandardisierungen, klinischer Behandlungspfade und evidenzbasierter Medizin) befassen. Stellvertretend für einige dieser Themen stehen sicherlich ganz an erster Stelle die Forschungen des Medizinsoziologen Werner Vogd (um nur die Monographien zu nennen: Vogd 2004, Vogd 2006c, Vogd 2011). Der Pflege wurde in dieser Hinsicht jedoch viel weniger Aufmerksamkeit zuteil. Dennoch sind einige wichtige soziologische Arbeiten zu nennen: die aus der WAMP-Studie hervorgegangenen Publikationen zum Pflegedienst der Krankenhäuser (Braun 2014, Braun et al. 2010, Braun et al. 2011, Braun/Müller 2005, Braun/Klinke/Müller 2010), Kira Marrs' schon 2008 erschienener arbeitssoziologischer Vergleich der Auswirkungen ökonomischer Steuerungsmechanismen in zwei verschiedenen Dienstleistungsbereichen, in den IT-Berufen und in der akutstationären Pflege (Marrs 2008, Marrs 2007), sowie schließlich mehrere in Artikelform erschienene Studien von Karina Becker (Becker 2016, Becker et al. 2017) und Britta Zander (Zander/Dobler/Busse 2013; Zander 2017; Zander/Köppen/Busse 2017). 2019 ist mit Robin Mohans publizierter Dissertation „Die Ökonomisierung des Krankenhauses“ (Mohan 2019) eine Untersuchung erschienen, die, sowohl was Fragestellung und Anlage der Untersuchung als auch die Feinheit der vorgenommenen Interpretationen angeht, äußerst inspirierend ist.⁵³

Für Mohan ist Ökonomisierung nicht in erster Linie als Zweck-Mittel-Verkehrung des medizinisch-pflegerischen Handelns zu fassen (so bei Kühn in verschiedenen Publikationen, etwa Kühn 2004, oder bei Bode

⁵² So nachzulesen in den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2012, VI: „Die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren, insbesondere der Hauptdiagnose, liegt beim behandelnden Arzt, unabhängig davon ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornimmt“.

⁵³ Ich behandle hier nicht näher die Literaturlage bezüglich des Pflegemanagements bzw. der Pflegedienstleitungen. Hier liegen ebenfalls einige Untersuchungen vor Grimm 2013; Wolf/Ostermann 2016, und neuerdings Vogd et al. 2018.

2013), ebenso wenig nur als relative Durchdringung gesellschaftlicher Teilsysteme im Sinne einer Stufenskala (so der Vorschlag von Schimank/Volkman 2008) (Mohan 2019: 24 ff). Stattdessen knüpft er an den Marx'schen Wertbegriff an und unterscheidet zwischen einer Gebrauchswert- und einer Tauschwertorientierung pflegerischen Handelns. Methodisch überzeugend und empirisch fruchtbar erscheint mir vor allem die Aufschlüsselung des übergreifenden Interesses an den Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Pflege in zwei getrennt voneinander zu beantwortende Forschungsfragen. Bewusst offengehalten, um Phänomene einfangen zu können, „die aus einem bestimmten theoretischen Vorverständnis von Ökonomisierung heraus nicht berücksichtigt würden“, wird das Thema Ökonomie in der ersten von ihnen bewusst nicht adressiert, wenn gefragt wird: „Mit welchen Problemen und Konflikten sehen sich Pflegekräfte in ihrer Alltagspraxis konfrontiert?“ Zugleich hat diese Frage aber auch geschlossenen Charakter, insofern mit ihr Ökonomisierung nur in Form von Problemen und Konflikten eingefangen werden kann (Mohan 2019: 178). Komplementär dazu bringt die zweite Forschungsfrage von Mohan ein Moment der Öffnung, indem „Phänomene der Ökonomisierung nicht als Probleme oder Konflikte präjudiziert sind“, sondern auch als Routinen und Selbstverständlichkeiten ablaufen, indem danach gefragt wird, wie „Tauschwertbezüge für die Pflegekräfte relevant [werden] und wie [...] sich die Pflegekräfte zu diesen ökonomisierungsrelevanten Themen [positionieren]“ (Mohan 2019: 179).

Die erste der beiden Fragen, die also eher die Betroffenheit der Pflege adressiert, wurde bereits in einer Reihe von Studien angegangen, etwa in den bereits genannten Veröffentlichungen aus dem WAMP-Projekt oder den regelmäßigen Erhebungen des Pflegeethermometers (vgl. Isfort et al. verschiedene Jahrgänge; Isfort/Weidner 2011). Sie wird aber in diesem Kapitel nochmals aufgegriffen, um die Situation in dem hier untersuchten Krankenhaus I mit den vorliegenden Ergebnissen aus repräsentativen Befragungen abgleichen zu können. Zum einen geschieht das mit Blick auf die Daten zur Entwicklung der Personalsituation über mehrere Jahre anhand der Personalstatistik von Krankenhaus I, die von der Geschäftsführung zur Verfügung gestellt wurden, zum anderen auf der Basis des Interviewmaterials mit Angehörigen des Pflegedienstes. Zunächst soll also der Frage nachgegangen werden, wie sich die Beschäftigung in den Krankenhäusern im Bereich der Pflege und damit auch die Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte im Zuge der Einführung des DRG-Systems verändert haben, was eher auf eine „indirekte“ Betroffenheit abzielt, die sich, wie Mohan betont, in Problemen und Konflikten niederschlagen kann.

Die von Mohan ans Material gestellte zweite Frage wird hier – wenn auch in anderen Begrifflichkeiten – ebenfalls angegangen anhand der Äußerungen der Interviewpersonen aus der Pflege bezüglich ihrer Involviertheit in Aufgaben der Kodierung und der Dokumentation zu Abrechnungszwecken im Zusammenhang mit dem so genannten Pflegekomplexmaßnahmen-score. Die Kodierung liegt, wie erwähnt, in der Verantwortung der Ärzteschaft, Pflegekräfte können freilich auf dem Wege der Delegation ebenfalls mit dieser Aufgabe betraut sein. In diesem zweiten Teil des Kapitels zur Pflege geht es also darum, inwieweit die Pflegekräfte zu Akteuren der Ökonomisierung des Krankenhauswesens werden (können) und welche Interessen sie dabei verfolgen. Dabei interessiert vor allem die Frage, ob es den Makroakteuren in der Krankenhauspolitik sowie dem jeweiligen Krankenhausmanagement gelungen ist, das Fallpauschalensystem zu

einem für die Pflege relevanten *going concern* (Everett C. Hughes) zu machen, der die „Mitspielbereitschaft“ der Pflegekräfte zu mobilisieren vermag.⁵⁴ Anders ausgedrückt geht es darum, inwieweit die Pflege sich von der Verpflichtung zur Dokumentation in Form der Leistungserfassung und zeitweise sogar von der Notwendigkeit der Dokumentation im Zusammenhang mit der Erlösoptimierung hat überzeugen lassen, ganz allgemein hinter dem DRG-System steht und sich verpflichtet hat, mit den anderen Beteiligten im Hinblick auf bestimmte Ziele zusammenarbeiten – dies trotz oder gerade wegen der im ersten Teil des Kapitels aufgezeigten massiven Auswirkungen auf die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen. Dabei wird auch gezeigt, welche eigene Agenda, welche professionellen Interessen an Sichtbarkeit und institutioneller Anerkennung die Pflege damit verfolgt.

4.1 Beschäftigungsabbau in der Pflege: Eine Folge des DRG-Systems?

Zunächst einmal ist der Pflegebereich im Krankenhaus von den Auswirkungen des Fallpauschalen-Systems insofern betroffen, als die in Antizipation bzw. im Zuge der Einführung des DRG-Systems durch die Krankenhausleitungen vorgenommenen Stellenkürzungen und sonstigen Rationalisierungsmaßnahmen ganz konkrete Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften hatten und immer noch haben.⁵⁵

Einer 2012 durchgeführten Untersuchung im Rahmen des internationalen RN4Cast-Projekts zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf Krankenhauspflegekräfte und deren Wahrnehmungen ihres Arbeitsumfelds, der Pflegequalität und der Arbeitszufriedenheit zufolge hatte die in den vorausgegangenen zehn Jahren immer stärker ausgedünnte Personaldecke in der Pflege negative Konsequenzen für die seitens der Pflegekräfte wahrgenommene Pflegequalität (mit Ausnahme der Patientensicherheit), was sich wiederum signifikant auf die Arbeitszufriedenheit und emotionale Erschöpfung (Burn out) auswirkte (Zander/Dobler/Busse 2013; s. die Ausführungen dazu unten).

Präzisieren muss man allerdings, dass dieser Prozess, im Verlauf dessen in Deutschland fast 50.000 Stellen abgebaut wurden, nicht erst mit dem oder im Vorgriff auf das Fallpauschalensystem eingesetzt hat, sondern schon im Zuge der Deckelung und Kürzungen der Krankenhausbudgets seit den 1990er Jahren. Die Einführung des DRG-Systems hat Entwicklungen also nur nochmals forciert, die schon lange vorher eingesetzt hatten (Nock/Hielscher/Peters 2013: 12 ff; Simon 2007b, 2008, 2013, 2014: 166, Isfort et al. 2010: 22). Auch war mit der Aussetzung und dann Aufhebung der 1993 eingeführten Pflegepersonalregelung (PPR) ein wichtiges personalpolitisches Instrument für die Begründung zusätzlichen Pflegepersonalbedarfs entfallen (Nock/Hielscher/Peters 2013: 13). Diese für die weitere Entwicklung der Beschäftigung in der Krankenpflege fatale Entscheidung wurde jüngst revidiert, indem erste Pflegepersonaluntergrenzen für die Normalstationen dreier Fachabteilungen (Geriatric, Unfallchirurgie und Kardiologie) und für alle Arten von

⁵⁴ Oder in den Begrifflichkeiten der Akteur-Netzwerk-Theorie: Ob die „Übersetzung“ vollzogen werden konnte, indem durch „Problematisierung“ ein gemeinsam geteiltes Problembewusstsein erzeugt, ihr „Interessement“ geweckt und ihr „Enrolment“ in das DRG-System erreicht werden konnte (vgl. zur Entwicklung der Begrifflichkeiten v.a. Callon 1986). Laut Belliger und Krieger ist dies „der dauernde Versuch, Akteure in ein Netzwerk einzubinden, indem sie in Rollen und Interessen ‚übersetzt‘ werden (Latour 1987), d.h. indem ihre Interessen angeglichen und gemeinsam ausgerichtet werden. Übersetzungen in irgendeiner Form ermöglichen kooperatives Handeln, da solches Handeln gemeinsame Ziele und Interessen voraussetzt.“ (Belliger/Krieger 2006: 39)

⁵⁵ Die zahlenmäßige Entwicklung der Beschäftigungssituation in der Pflege von Krankenhaus I im Vergleich zur bundesweiten Entwicklung und die subjektive Deutung der Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen werden weiter unten erläutert.

Intensivstationen zum 1. Januar 2019 eingeführt wurden und nun weiterentwickelt und auf weitere pflegesensitive Bereiche ausgeweitet werden sollen. Simon zufolge wird jedoch kritisiert, dass die in der Verordnung vorgegebenen Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen zu niedrig seien, um eine bedarfsgerechte Personalbesetzung gewährleisten zu können. Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung enthalte kein Verfahren zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs, sondern nur Vorgaben für eine Minimalbesetzung (Simon 2019: 4).

Global gesehen kam es schon ab Mitte der 1990er Jahre zu einem Rückgang der Beschäftigung in allen Krankenhäusern. Von diesem Rückgang waren allerdings die beiden Personalgruppen, der ärztliche Dienst und das nicht-ärztliche Personal höchst ungleich betroffen (vgl. zum Thema „Ökonomisierung und soziale Ungleichheit im Krankenhaus“ in Bezug auf die Auswirkungen auf die verschiedenen Berufsgruppen Simon 2014), unabhängig davon, ob man nun den Rückgang der Anzahl der Beschäftigten oder der Vollkräfte misst. Gerade die Pflege als umfangreichste Personalkategorie des Krankenhauses hatte auch die größten Verluste zu beklagen.⁵⁶

Zwischen 1996 und 2008 wurden laut Pflgethermometer 2009, einer vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) jährlich durchgeführten Erhebung zur Situation verschiedener Pflegebereiche, insgesamt etwa 50.000 Vollkraftstellen in der Krankenhauspflege abgebaut, was einem Minus von 14,2% entspricht. Im Jahr 2008 deutete sich endlich eine Richtungsänderung an, als bundesweit erstmals seit über zehn Jahren in den allgemeinen Krankenhäusern 1.840 Vollkräfte im Pflegedienst aufgebaut wurden (Isfort et al. 2011: 7; ausführlicher Isfort et al 2010).⁵⁷ Diese Trendumkehr hat sich bis 2012, dem Jahr, in dem die Erhebungen in Krankenhaus I begannen, entsprechend den Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes, bestätigt (s. Tabelle 2).

Anhand der Tabelle 1 zu den Vollkräften lassen sich gut die Phasen mit einem ausgeprägten Abbau der Beschäftigung im nichtärztlichen Dienst aufzeigen, während der ärztliche Dienst seit Anfang der 90er Jahre bis auf wenige Ausnahmejahre kontinuierlich zugenommen hat. Simon (2014: 167 f, Fn. 3) errechnet auf der Basis der Kopfzahlen eine Nettozunahme von 17.300 beschäftigten Ärzten von 1995 bis 2006.

Tabelle 1: Vollkräfte im ärztlichen und im nicht-ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern.

	Vollkräfte	davon			Teilzeit in % der Beschäftigten der Pflege
	insgesamt	Ärztlicher Dienst	Nicht-ärztliches Personal	davon Pflegepersonal	
1991	815.551	91.279	724.272	296.518	27,3
1992	827.011	93.921	733.090	303.990	28,8
1993	821.767	91.951	729.816	306.127	30,3

⁵⁶ Simon (2014: 167, Fn. 2) weist darauf hin, dass „zum ‚Pflegedienst‘ der Krankenhäuser [...] in der Krankenhausstatistik nur das Pflegepersonal sogenannter ‚bettenführender‘ Abteilungen gezählt [wird], also Normal- und Intensivstationen. Das Personal in OP, Anästhesie, Ambulanz etc. wird in der Statistik unter der Rubrik ‚Funktionsdienste‘ gesondert ausgewiesen und leider ohne Angabe des dort beschäftigten Pflegepersonals. Die Aussagen zum Stellenabbau beziehen sich von daher nur auf die bettenführenden Bereiche.“

⁵⁷ Eine ausführliche Analyse des Personalabbaus in der Pflege, auf deren Argumentation hier punktuell zurückgegriffen wird, hat der Gesundheitswissenschaftler Michael Simon unternommen (Simon 2007b, 2008). Allerdings beschränkt sie sich aufgrund ihres Erscheinungsjahres nur auf die Entwicklungen bis zum Jahr 2006. Teilweise auf aktuelleren Daten beruht Simon (2014).

1994	822.929	93.035	729.894	313.359	31,4
1995	832.377	97.380	734.998	322.110	32,0
1996	827.225	100.039	727.186	322.418	33,4
1997	812.889	101.381	711.508	316.253	34,1
1998	803.356	102.912	700.443	313.281	34,9
1999	797.195	103.764	693.432	311.086	35,5
2000	787.694	104.339	683.354	308.138	36,6
2001	785.484	105.747	679.738	307.309	38,1
2002	777.719	107.489	670.230	299.512	39,7
2003	769.432	108.840	660.592	293.020	41,7
2004	752.432	112.242	640.190	282.890	43,8
2005	747.149	116.336	630.813	278.118	45,4
2006	743.505	118.398	625.107	275.427	46,5
2007	743.797	120.674	623.124	274.481	47,1
2008	748.308	122.704	625.604	276.320	47,5
2009	756.967	125.607	631.361	278.763	47,7
2010	764.595	129.136	635.459	280.841	48,0
2011	771.847	133.233	638.614	284.576	48,5
2012	780.024	136.479	643.554	285.264	48,9
2013	790.972	140.356	650.615	287.444	49,1
2014	799.120	143.807	655.314	289.258	49,5
2015	806.920	147.228	659.692	291.013	49,9
2016	818.910	150.981	667.929	295.001	50,2
2017	831.009	153.861	677.148	297.292	50,7
2018	845.093	157.069	688.024	300.109	51,7

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 „Gesundheit“, Reihe 6.1.1 „Grunddaten der Krankenhäuser“ verschiedene Jahrgänge.

Diese Entwicklung lässt sich auch für die einzelnen Personalkategorien des nicht-ärztlichen Dienstes detaillierter aufzeigen.

Tabelle 2: Vollkräfte ausgewählter Personalkategorien in allgemeinen Krankenhäusern.

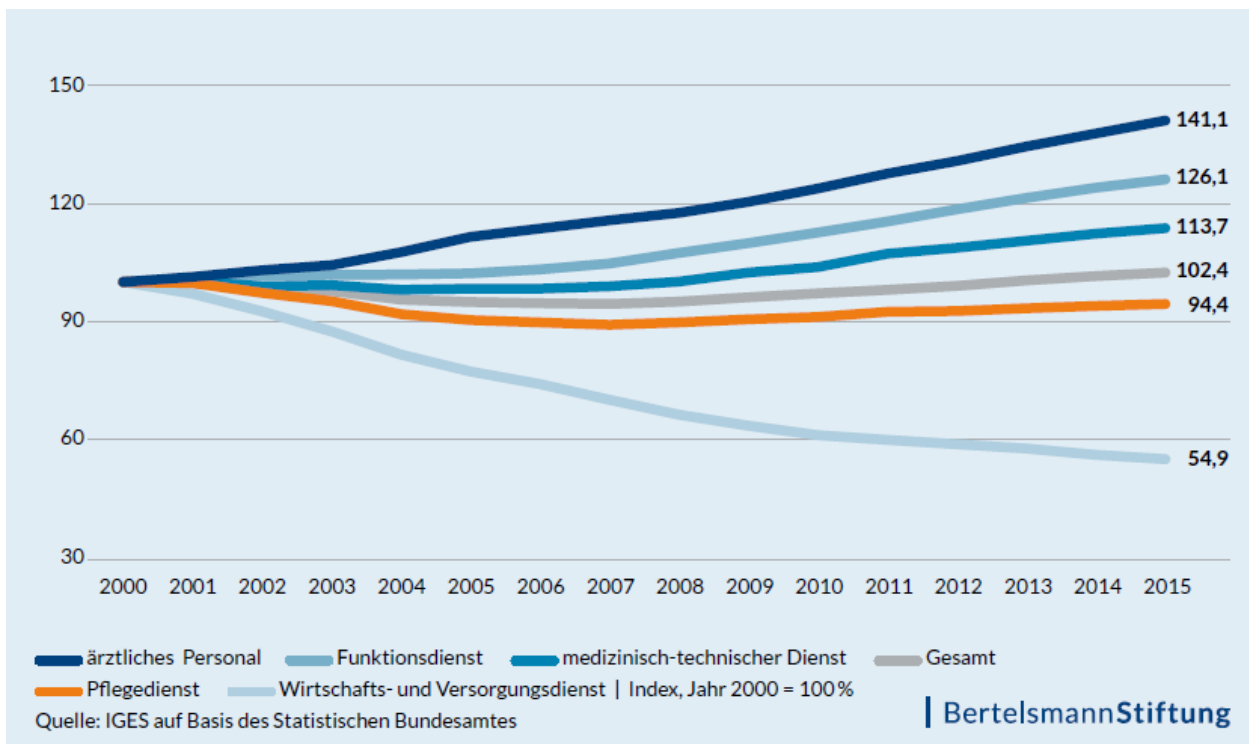
	Vollkräfte insges.	Ärztl. Dienst	Pflegedienst	Med.-techn. Dienst	Funktions- dienst	Klin. Haus- personal	Wirtschafts- u. Versor- gungsdienst	Techn. Dienst	Verwal- tungsdienst
1991	815.551	91.279	296.518	117.347	75.384	38.923	89.350	22.423	56.859
1992	827.011	93.921	303.990	118.698	75.943	37.469	88.960	21.884	57.501
1993	821.767	91.951	306.127	117.586	76.847	35.204	86.609	21.225	56.895
1994	822.929	93.035	313.359	115.864	77.197	33.107	83.315	21.274	56.165
1995	832.377	97.380	322.110	119.141	78.323	31.132	80.559	21.041	56.866
1996	827.225	100.039	322.418	120.144	78.330	29.505	77.249	20.843	57.002
1997	812.889	101.381	316.253	119.158	78.302	27.374	73.257	20.520	56.190
1998	803.356	102.912	313.281	118.580	78.786	25.123	70.269	20.184	55.444
1999	797.195	103.764	311.086	118.437	79.503	23.269	67.770	19.978	55.113
2000	787.694	104.339	308.138	118.525	80.020	20.887	64.640	19.580	54.368
2001	785.484	105.747	307.309	118.794	80.900	20.013	62.676	19.137	54.597
2002	777.719	107.489	299.512	117.199	81.286	18.604	59.817	18.611	54.209
2003	769.432	108.840	293.020	117.582	81.500	17.678	56.501	18.394	54.414
2004	752.432	112.242	282.890	116.200	81.563	15.522	52.690	17.883	53.546
2005	747.149	116.336	278.118	116.531	81.776	14.064	49.889	17.451	53.891
2006	743.505	118.398	275.427	116.305	82.511	13.303	47.740	17.283	53.639
2007	743.797	120.674	274.481	117.244	83.780	12.581	45.243	16.841	53.699

2008	748.308	122.704	276.320	118.635	85.924	11.550	42.770	16.468	54.182
2009	756.967	125.607	278.763	121.336	87.958	10.831	41.013	16.183	54.649
2010	764.595	129.136	280.841	123.039	90.120	10.276	39.447	16.340	55.354
2011	771.847	133.233	284.576	127.032	92.385	9.743	38.361	15.889	55.994
2012	780.024	136.479	285.264	128.835	94.824	9.657	37.912	15.759	56.738
2013	790.972	140.356	287.444	130.995	97.118	9.750	37.230	15.781	57.729
2014	799.120	143.807	289.258	133.092	99.199	9.616	36.212	15.523	58.018
2015	806.920	147.228	291.013	134.790	100.876	9.259	35.502	15.206	58.416
2016	818.910	150.981	295.001	136.185	103.388	9.084	34.850	15.049	59.139
2017	831.009	153.861	297.292	139.152	105.911	8.842	33.923	15.072	59.869
2018	845.093	157.069	300.109	143.279	109.005	8.340	33.790	14.894	60.581

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 „Gesundheit“, Reihe 6.1.1 „Grunddaten der Krankenhäuser“ verschiedene Jahrgänge.

Abbildung 3 zeigt das überdurchschnittliche Wachstum der Vollkräfte im ärztlichen Dienst im Vergleich zu den übrigen Beschäftigtengruppen. Deutlich wird auch, dass der Pflegedienst trotz der Personalzuwächse noch nicht einmal das Niveau vom Jahr 2000 wiedererreicht hat.

Abbildung 3: Entwicklung der Vollkräfte nach Dienstarten im Zeitverlauf, Indexdarstellung in Prozent, 2000-2015



Quelle: Graphik entnommen aus Albrecht et al. 2017

Der Pflegewissenschaftler Michael Simon identifiziert in seiner schon erwähnten Studie zum Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser (Simon 2007b; 2008) seit dem Beginn der 1990er Jahre drei Phasen der Entwicklung der Personalbesetzung, die sich eindeutig mit drei Phasen der Entwicklung des regulatorischen Rahmens der Krankenhausgesetzgebung in Deutschland in Verbindung bringen lassen.

1) Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde 1993 eine Deckelung der Krankenhausbudgets durchgesetzt, die dem zuvor noch im Gange befindlichen Personalaufbau über alle Gruppen hinweg ein Ende setzte und das Personal in den Reinigungsdiensten und Küchen sowie den medizinisch-technischen Dienst auch in den folgenden Jahren am härtesten traf. Die Ausnahmen waren der ärztliche Dienst⁵⁸ sowie der Pflegedienst, der auf Grund der damals noch geltenden Pflege-Personalregelung zunächst einen weiteren Ausbau erfuhr. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993, das zwar die Budgetdeckelung einführte, enthielt noch als §13 diese Pflege-Personalregelung, mit der man auf den seit 1989 konstatierten „Pflegetotstand“ an den Krankenhäusern reagieren wollte. Wie auch heute erneut gefordert und mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals ab dem 1.1.2019 nun teilweise auch umgesetzt wird, sah sie eine gesetzliche Regelung der Personalbemessung für den Pflegedienst der Krankenhäuser vor und enthielt eine Reihe von Regeln und Verfahren zur Ermittlung von verbindlichen Planstellen. Ursprünglich war ein Mehrbedarf von 26.000 Vollzeitstellen errechnet worden, von denen aber nur ca. 21.000 geschaffen worden waren, als die Regelung ausgesetzt wurde. Seit Abschaffung der Pflege-Personalregelung im Jahr 1996 gibt es keine solche gesetzliche Regelung mehr, die den in den folgenden Jahren sich vollziehenden Absturz der Stellen im Pflegebereich hätte verhindern können.

Gleichzeitig kam es jedoch zu einem Rückgang des Anteils der Vollzeitstellen in der Pflege zugunsten des Anteils von Teilzeitbeschäftigten (vgl. Tabelle 2). Simon vermutet, dass diese Entwicklung in der ersten Hälfte der 90er Jahre noch auf entsprechende Arbeitszeitwünsche der Beschäftigten zurückzuführen ist. Denn „insbesondere die auf Grund der PPR [Pflegepersonalregelung; Anm. A. Pf.] erforderliche kurzfristige Gewinnung von Pflegepersonal war sicherlich nur dadurch möglich, dass Krankenschwestern nach einer Familienphase für die Rückkehr in ihren Beruf gewonnen werden konnten.“ (Simon 2007b: 40) Freilich wird diese „Freiwilligkeit“ teilweise auch mit den in Deutschland mangelhaft entwickelten Strukturen der Kinderbetreuung zusammenhängen.

2) Mit der von 1995 bis 2000 reichenden und durch eine verschärfte Deckelung der Budgets ausgelösten zweiten Phase der Stellenentwicklung im Pflegebereich setzte ein bis ca. 2007 anhaltender Personalabbau im Bereich des nicht-ärztlichen Personals ein. Die Zahl der Vollkräfte wurde zwischen 1995 und 2000 um 44.683 (-4,5%) und die der Beschäftigten um 33.988 (-3,5%) reduziert, wobei der stärkste Einschnitt im Jahr 1997 auf das 1996 beschlossene „Beitragsentlastungsgesetz“ erfolgte.⁵⁹ Der Abbau beim bzw. die Auslagerung des klinischen Hauspersonals sowie des Personals im Wirtschafts- und Versorgungsdienst wurde nun noch forciert. Während 1995 noch ca. 20% der Stellen für klinisches Hauspersonal und ca. 10% im Wirtschafts- und Versorgungsdienst abgebaut wurden, lag der Rückgang in dieser Phase nun bei 32,9% bzw. 19,8%. Die Verschärfung der Budgetdeckelung traf damit vornehmlich die gering qualifizierten Teile der Krankenhausbeschäftigten, die auf dem Arbeitsmarkt ohnehin geringere Chancen haben. Schon in den vorausgehenden Jahren lag die jährliche Veränderungsrate der statistischen Kategorie der „anderen Berufe im Gesundheitswesen“ zwischen 1997 und 2001 Weinmann (2005: 11) zufolge durchschnittlich bei -3,1%

⁵⁸ Der Rückgang beim ärztlichen Dienst im Jahr 1993 ist dagegen auf eine Niederlassungswelle von Krankenhausärzten zurückzuführen.

⁵⁹ Die Differenz zwischen Beschäftigten und Vollzeitstellen ist auf die weitere Zunahme von Teilzeitstellen zurückzuführen.

gegenüber einer Entwicklung der übergeordneten Personalkategorie des „nichtärztlichen Personals“ von -0,7%. Laut Daten des Statistischen Bundesamts umfasste dieser Bereich im Jahr 2012 in allen Krankenhäusern nur noch umgerechnet 11.465 Vollzeitstellen, deren Anteil am gesamten Krankenhauspersonal macht also gerade noch 1% aus (Statistisches Bundesamt 2013, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 „Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhausversorgung 2012“). Dieser Bereich, der neben dem Technischen Dienst in den vergangenen Jahrzehnten besonders unter Stellenabbau und Outsourcing gelitten hat, sei hier stellvertretend für die oft vergessene Rolle kommunaler bzw. öffentlicher Arbeitgeber für das bis zur Privatisierungswelle in den 1990er Jahren kontinuierlich bestehende Angebot an – oft mit körperlicher Belastung verbundenen – „Arbeitertätigkeiten“, etwa in den kommunalen Betrieben der Daseinsvorsorge oder bei Bundesbahn und Bundespost, genannt. Will man die Integrationswirkung des öffentlichen Dienstes angemessen erfassen, bedarf es eines Blickes, der sämtliche Regionen des sozialen Raumes auslotet (vgl. dazu Grabe/Pfeuffer/Vogel 2012b).

Dieser oben genannte Trend zum verschärften Stellenabbau lässt sich aber in dieser Phase auch schon in der Pflege ausmachen, wo der Anteil der Krankenpflegehelfer und -helferinnen sowie derjenige der Pflegepersonen ohne Ausbildung schon vorher zurückgegangen war und dies auch die folgenden Jahre über tun sollte. Das mag aber nicht nur an der verschärften ökonomischen Situation der Krankenhäuser, sondern auch am Strukturwandel der Qualifikationen in der Bevölkerung überhaupt gelegen haben. Jedenfalls fielen auf diese beiden Berufsgruppen im Zeitraum 1995 bis 2005 75% des gesamten Personalabbaus im Pflegedienst (Simon 2007b: 61).

Die markanteste Entwicklung in dieser Phase ist also sicherlich der Abbau im Pflegedienst, der unmittelbar nach Aufhebung der Pflege-Personalregelung 1996 einsetzte und ebenfalls in Tabelle 2 ablesbar ist. Er ist in allen im Pflegedienst mit langjährigen Pflegekräften geführten Interviews das Thema Nummer eins, die Stellschraube, die in der Wahrnehmung der Pflegekräfte dafür sorgte, dass der Arbeitsdruck und -belastungen gestiegen sind und die Qualität der Arbeit nur schwer oder gar nicht gehalten werden kann (s. unten).

Allein 1997, im ersten Jahr ohne PPR wurden 6.000 Vollzeitstellen gestrichen. Allerdings lag der Abbau von 2% der Vollzeitkräfte zwischen 1995 und 2000 um das Doppelte über den pauschalen Budgetkürzungen von 1%, so dass diese nicht allein dafür verantwortlich gemacht werden können. Hinzu kommt ein weiteres erklärendes Moment: In der Diskussion darüber, ob die DRGs ursächlich mit Abbau der Beschäftigung in der Pflege verbunden sind, wird von den Befürwortern des Fallpauschalensystems meist darauf hingewiesen, dass der Abbau schon früher eingesetzt habe, was, wie oben schon beschrieben, durchaus nicht falsch ist.⁶⁰ Dabei wird allerdings vergessen oder unterschlagen, dass just im Jahr 1996, also zu dem Zeitpunkt, ab dem die Aufbauphase in der Pflege beendet und die Abbauphase beginnt, für ca. 25% der Krankenhausleistungen ein „von der Anreizwirkung mit den späteren DRGs vergleichbares“ Vergütungsinstrument auf der Basis von Fallpauschalen eingeführt wurde (Braun 2014: 91 und 98).

⁶⁰ Beispielsweise behauptet der Endbericht der offiziellen Begleitforschung zur Einführung der DRGs, der Abbau von beschäftigten Pflegevollkräften habe sich seit der DRG-Einführung „nicht bzw. nur in sehr geringem Umfang weiter fortgesetzt“ (Fürstenberg et al. 2013, X, zit. nach Braun 2014: 98).

3) Die dritte Phase ist gekennzeichnet durch die Regelungen der unter Rot-Grün verabschiedeten Gesundheitsreform 2000 und hier nun tatsächlich in erster Linie durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland auf das DRG-System. Der dadurch erzeugte ökonomische Druck auf eine große Zahl von Krankenhäusern, die voraussichtlich unter den neuen Bedingungen nicht wirtschaftlich arbeiten konnten, setzte nun einen weiteren Abbau von Stellen im Pflegedienst in erheblichem Umfang in Gang. „In Erwartung massiver Verluste ab der „Scharfstellung“ des DRG-Systems erreichten die Kostenreduzierungen insbesondere in den Jahren 2003 und 2004 [...] neue Höhepunkte. Insgesamt wurde die Zahl der Beschäftigten in den Krankenhäusern innerhalb der drei Jahre vor dem Inkrafttreten des Fallpauschalengesetzes im Jahr 2002 bis zur Scharfstellung des DRG-Systems im Jahr 2005 um ca. 50.000 reduziert. Damit entfielen allein auf diese drei Jahre ca. 55% des gesamten Personalabbaus im Zehnjahreszeitraum 1996-2006.“ (Simon 2014: 166)

Während in den vorangegangenen Phasen, wie schon angesprochen, im Bereich der Pflege vor allem die ungelerten Pflegehilfskräfte sowie die Pflegekräfte mit einjähriger Pflegehilfeausbildung vom Stellenabbau betroffen waren⁶¹, traf dieser nun mit voller Wucht auch den Bereich der dreijährig ausgebildeten „qualifizierten“ Pflegekräfte, was zweifelsohne den Auswirkungen des DRG-Systems zuzuordnen ist, das zwar erst im Jahr 2005 „scharfgeschaltet“ werden sollte, seine Wirkung jedoch schon in den Jahren vorher zeigte, da die Krankenhäuser nicht unvorbereitet diesen Termin abwarten konnten und absehbare Defizite vermeiden wollten. Die ersten Daten über durchschnittliche Fallkosten und Basisfallwerte kursierten bereits und wurden schon in Kostensenkungsprogramme umgesetzt. Die Zahl dieser qualifizierten Pflegekräfte sank im Zeitraum 2002 bis 2007 um ca. 33.000 Vollkräfte (Simon 2019: 226f).

Nachdem es ab 2007, organisiert von Pflegeverbänden und Gewerkschaften, zu bundesweiten Protestaktionen, einer Unterschriftenaktion mit mehr als 185.000 Unterschriften und am 25.9.2008 in Berlin zu einer zentralen Demonstration mit ca. 130.000 Krankenhausbeschäftigten gekommen war, reagierte die Bundesregierung mit einem Pflegeförderprogramm, das dann in ähnlicher Weise 2016, allerdings nur mit der Hälfte der finanziellen Mittel nochmals aufgelegt wurde. Daraufhin setzte bundesweit erstmals seit 1996 wieder ein Aufbau beim Pflegepersonal ein, der mit 19.000 Vollkräften bis 2016 jedoch bei weitem nicht ausreichte, um die Verluste zwischen 2002 und 2007 auszugleichen oder gar das Niveau von 1996 wieder zu erreichen (Simon 2019: 227).

Neben Personalabbau im Pflegedienst und im Wirtschafts- und Versorgungsdienst kam es zur zeitweiligen Nicht-Besetzung von Stellen sowie zur nicht vollständigen Umsetzung von Tarifabschlüssen, zur Streichung von Sonderzahlungen und freiwilligen sozialen Leistungen. Vor allem kam es aber auch zu einer weiteren Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen, die nun nicht mehr ohne weiteres als „freiwillig“ angesehen werden konnten, sondern als „Managementstrategie zur Flexibilisierung des Arbeitseinsatzes

⁶¹ Berechnungen Michael Simons zufolge entfielen auf die zwischen 1995 und 2006 verringerte Zahl von 36.500 Beschäftigten im Pflegedienst 28.500 bzw. 81% auf diese beiden Kategorien. Die Zahl der ungelerten Pflegehilfskräfte verringerte sich um 41,7%, die der einjährig ausgebildeten Pflegehelferinnen um 44,5% (Simon 2014: 170).

und Reduzierung der Personalkosten“. Die Folge davon sind die viel beklagten Mehrbelastungen der Beschäftigten durch den zunehmend häufigeren Wechsel des betreuenden Personals und den etwa mit der Informationsweitergabe gestiegenen Aufwand (Simon 2007b: 61).

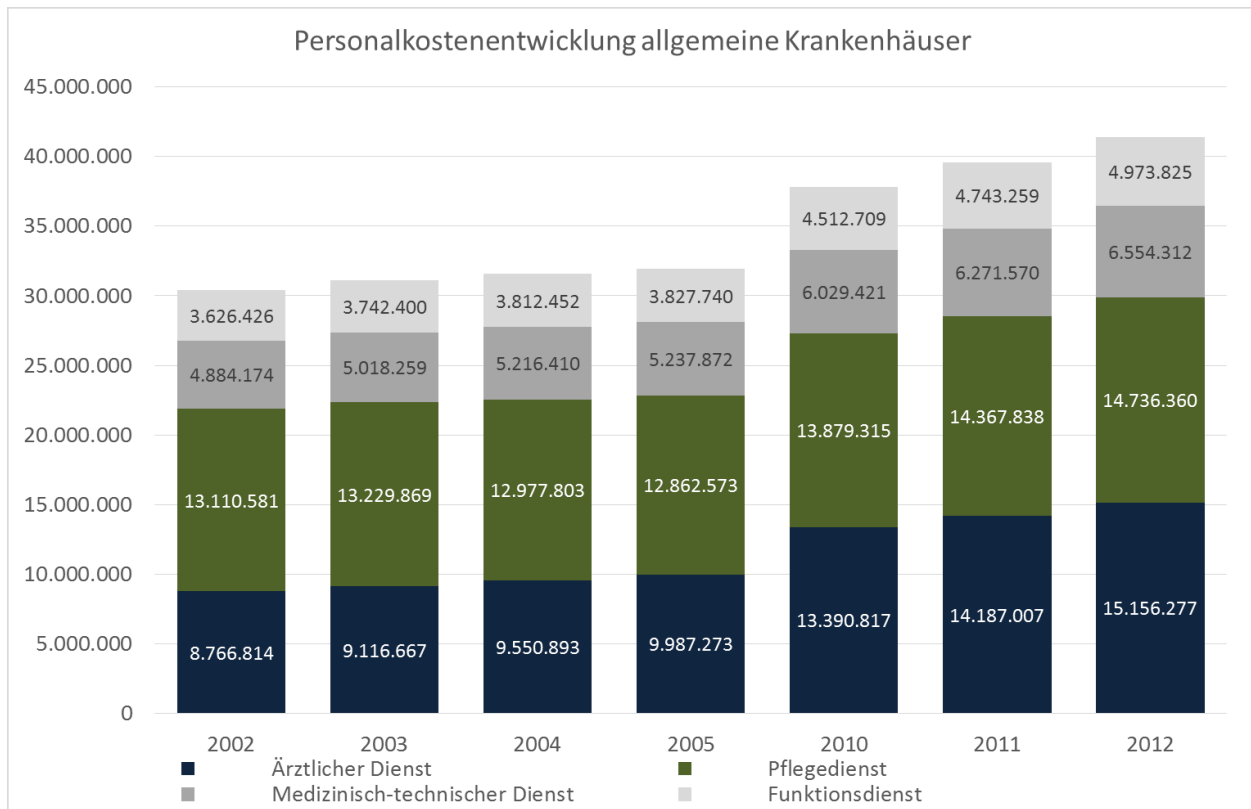
In der von 2002 bis 2007 reichenden Phase des Abbaus beim Pflegepersonal ging dagegen jedoch der Aufbau des Personals im ärztlichen Dienst weiter. Modellrechnungen von Simon (2007b) zeigen, dass sich der Personalabbau in der Pflege und den anderen nicht-ärztlichen Bereichen nicht allein auf die Budgetdeckungen und die Einführung des DRG-Systems zurückführen lassen, sondern auf eine krankenhausinterne Umverteilung der Mittel weg vom Pflegedienst und den sonstigen Personalkategorien hin zum ärztlichen Dienst. Von den zwischen 1995 und 2005 im Pflegebereich abgebauten Stellen lassen sich lediglich 44% durch die Budgetentwicklung der Allgemeinkrankenhäuser erklären, die restlichen ca. 56% bzw. ca. 25.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst wurden offensichtlich zu Zwecken der internen Umverteilung von finanziellen Mitteln gestrichen. Der Hauptzweck war offensichtlich die Finanzierung zusätzlicher Arztstellen, was dadurch möglich geworden war, dass es seit Abschaffung der Pflege-Personalregelung keine gesetzliche Untergrenze für die Stellenbesetzung in der Pflege mehr gab.

Da die Gehälter im ärztlichen Dienst deutlich über denjenigen der übrigen Berufsgruppen liegen, führte eine Ausweitung der Stellen hier zu einem überproportionalen Anstieg des Anteils der entsprechenden Personalkosten an den Gesamtpersonalkosten (vgl. unten Abbildung 4 zu den Personalkosten). Während die Gesamtpersonalkosten zwischen 1996 und 2001 um 7,4% stiegen, lag der Anstieg der Personalkosten des ärztlichen Dienstes bei 15,7%. Im Zeitraum 2002 bis 2005 stiegen die Personalkosten insgesamt um 4,1%, die des ärztlichen Dienstes dagegen um 13,9%, ein Trend, der in der Folgezeit auf Grund der Durchsetzungskraft der Spartengewerkschaft der Ärzte, des Marburger Bunds, und der seit 2006 von ihm erreichten Tarifabschlüsse auf einem noch höheren Niveau weiterging und sich zuungunsten der übrigen Beschäftigtenkategorien in den Krankenhäusern auswirkt (vgl. zur Entwicklung des Marburger Bunds Greef 2012, und insbesondere zur Bedeutung der Ärztestreiks 2005/2006 Martens 2007, 2008; zu den Spartengewerkschaften insgesamt Keller 2008, 2009).⁶² Dieser Trend setzte sich laut Pflege thermometer 2014 in den Folgejahren fort:

Im Zeitraum von 2002 bis 2012 erhöhten sich die Personalkosten der allgemeinen Krankenhäuser im Pflegedienst von 13,1 Milliarden Euro auf 14,7 Milliarden. Betrachtet man den relativen Zuwachs für den angegebenen Zeitraum, lässt sich beobachten, dass die Personalkosten der Pflege im Beobachtungszeitraum um 12,4 Prozent stiegen. Wesentlich höher stieg der Kostenbereich absolut und auch relativ betrachtet bei den Personalausgaben des ärztlichen Dienstes. Die Personalkosten im ärztlichen Dienst stiegen von 8,8 auf 15,2 Milliarden Euro. Der Kostenzuwachs beträgt insgesamt 6,4 Milliarden Euro und die prozentuale Steigerungsrate liegt anteilig bei 72,9 Prozent.

⁶² Diese Personalkostensteigerungen wurden nur zu ungefähr 8% durch Sonderzuweisungen aufgrund gesetzlicher Regelungen aufgefangen. D.h. ca. 92% der Personalkostensteigerungen zugunsten des ärztlichen Dienstes wurden durch interne Umverteilungen zulasten anderer Dienstarten gegenfinanziert (Simon 2014: 168).

Abbildung 4: Personalkostenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern, 2002 bis 2012



Quelle: Pflege-Thermometer 2014; Isfort et al. 2014: 16

Trotz der genannten Trendwende beim Personalbestand der Pflege seit 2008 hat sich diese Entwicklung bis ins Jahr 2012, als die Erhebungen für diese Arbeit begannen, jedoch nicht grundlegend geändert. Während 2008 der Anteil der Personalkosten des ärztlichen Dienstes an den gesamten Personalkosten (40,9 Mrd. Euro) noch bei 28,5% (11, 6 Mrd. Euro) lag, erhöhte er sich bis 2012 auf 31,1% (15,1 Mrd. Euro). Dies ungeachtet sogar des Umstandes, dass im Jahr 2009 laut einer Umfrage des DKI 4.000 Stellen im ärztlichen Bereich der Krankenhäuser nicht besetzt werden konnten (Blum et al 2009). Dagegen sank der Anteil der Personalkosten des Pflegedienstes im gleichen Zeitraum von 31,9% (13 Mrd. Euro) auf 30,2% (14,7 Mrd. Euro) (Statistisches Bundesamt – Kostennachweis der Krankenhäuser 2009; 2013).

4.2 Exkurs: Die Personalentwicklung im untersuchten Krankenhaus I

Werfen wir an dieser Stelle einen Blick auf die Entwicklungen in dem vorrangig untersuchten Krankenhaus I. Die Veränderungen für die einzelnen Personalkategorien werden im Folgenden mit den entsprechenden Veränderungen auf Bundesebene kontrastiert, wobei aus Vergleichsgründen (im Gegensatz zu den Tabellen 1 und 2) die ebenfalls in öffentlicher Hand befindlichen Allgemeinkrankenhäuser anhand der „Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1“ des Statistischen Bundesamts herangezogen werden. Für das untersuchte Krankenhaus lagen uns zum Zeitpunkt der Erhebung die Personaldaten für die Jahre 2001 bis 2011 vor.⁶³

⁶³ Unsicherheiten bestehen bei den vom Krankenhaus überlassenen personalstatistischen Daten hinsichtlich der Korrektheit der Umrechnung in Vollzeitkräfte.

Bei einem ersten Blick auf die wichtigsten Personalkategorien fallen, wie zu erwarten, zunächst global eine Ausweitung des ärztlichen Dienstes und ein Abbau des Pflegedienstes ins Auge.

Während im ärztlichen Dienst 2001 91,4 Vollkräfte hauptamtlich am Klinikum beschäftigt waren, sind es 2011 schon 110,1.⁶⁴ Das bedeutet eine Steigerung von 20,5%. Bundesweit betrug die Steigerung im gleichen Zeitraum dagegen nur 12,1%.⁶⁵ Diese Steigerung ist bei relativ gleich bleibender Anzahl von leitenden Ärzten im untersuchten Krankenhaus (von 2001 bis 2007 gab es 11 leitende Ärzte, seither schwankt die Zahl zwischen 14 und 12) vor allem auf einen starken Anstieg bei den Oberärzten zurückzuführen. Ihre Zahl stieg zwischen 2001 und 2011 von 18 auf 33 Beschäftigte (nicht Vollzeitäquivalente!), was eine Steigerung um 83% bedeutet. Bundesweit betrug in den in öffentlicher Hand befindlichen Allgemeinkrankenhäusern im gleichen Zeitraum der Zuwachs nur 29%.

Des Weiteren ist ein starkes Anwachsen der Kategorie der Assistenzärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung für die Zunahme der Ärzte sowohl in dem untersuchten Krankenhaus wie bundesweit verantwortlich. Während die Zahl der Assistenzärzte mit Weiterbildung am untersuchten Krankenhaus zwischen 33 und 41 schwankt, steigt die Zahl der Assistenzärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung von 25 im Jahr 2001 relativ kontinuierlich auf 56 im Jahr 2010 bzw. 53 im Jahr 2011, was wohl teilweise damit zu tun hat, dass seit 2004 der Status der Ärzte im Praktikum abgeschafft und diese unter die Assistenzärzte gezählt werden.

Während die Kategorie der leitenden Ärzte und Ärztinnen bis heute eine ausschließliche Männerdomäne darstellt, setzt in Krankenhaus I bei den Oberärztinnen und Oberärzten mit einem Anstieg des Frauenanteils von 16,6% im Jahr 2001 auf 21,2% im Jahr 2011 eine zögerliche Feminisierung des ärztlichen Dienstes ein. Seit 2007 ist auch der Anteil der Assistenzärztinnen sowohl bei denen mit wie bei denen ohne Weiterbildung höher als der der Assistenzärzte.

Diesem Ausbau des ärztlichen Dienstes steht ein eindeutiger Abbau im Pflegedienst gegenüber. Gegenüber 2001 wurde im untersuchten Krankenhaus der Pflegedienst in Vollzeitkräften (292,4 VZÄ) bis 2011 (213,3 VZÄ) um 27% reduziert. Bundesweit verzeichnete der Pflegedienst in den in öffentlicher Hand befindlichen Allgemeinkrankenhäusern nur eine Reduktion um 17,3%. Dieses allgemein beobachtbare Auseinanderklaffen der Entwicklung der beiden Personalkategorien – Ausbau des ärztlichen Dienstes gegenüber einem Abbau im Pflegedienst – fällt in dem untersuchten Krankenhaus also noch markanter aus als auf Bundesebene. Die Personalentwicklung wäre noch in Relation zur Entwicklung der Fallzahlen zu setzen, allerdings lagen uns dafür leider keine Daten vor.

Von den insgesamt 315 beschäftigten Pflegekräften (darunter nur 28 Männer) bei den genannten 213,3 Vollzeitäquivalenten waren 2011, dem Jahr vor Beginn der Befragung, ca. die Hälfte nur in Teilzeit (darunter wiederum nur 3 Männer) beschäftigt.

⁶⁴ Die Angaben in Vollzeitäquivalenten geben den Jahresdurchschnitt wieder. Den Beschäftigtenzahlen liegt dagegen in der Krankenhausstatistik der Stand am 31.12. des jeweiligen Jahres zugrunde.

⁶⁵ Möglicherweise ist die Differenz zwischen dem untersuchten Krankenhaus und der Veränderung auf Bundesebene geringer, da 2001 noch die Ärzte im Praktikum (AIP) mitgezählt wurden, ab 2004 nicht mehr.

Bemerkenswert für den Pflegedienst in Krankenhaus I ist der Umstand, dass hier mit 32 Beschäftigten sehr wenige Pflegehilfskräfte bzw. „Krankenpflegehelfer/innen“ beschäftigt sind, wovon 29 weiblich sind, von denen wiederum 19 in Teilzeit arbeiten. Dies entspricht einem für Deutschland etwa im Unterscheid zu Frankreich charakteristischen Trend (Méhaut et al. 2010: 319-366). Die Stationsleitung einer durch eine in zwei Stufen verlaufenen Fusion neu eingerichteten interdisziplinären Privatstation⁶⁶ begründet das für ihren Zuständigkeitsbereich dadurch, dass die Einstellung von Pflegehilfskräften oder Servicekräften bei einer ohnehin mit examinierten Pflegekräften zu knapp besetzten Station nur auf Kosten des bestehenden Stellen geschehen könnte:

I: Warum gibt es denn hier keine Assistenten so was? Gibt es das auf dieser Privatstation nicht? Oder gibt es das insgesamt nicht?

Frau Grego: Das gibt es schon, insgesamt, sehr vereinzelt. Das war eben immer so, wenn wir so was hätten haben wollen, hätte dafür ein Anteil der Examierten-Stellen abgebaut werden müssen. Und da wir schon auf Minimum arbeiten, also wir arbeiten schon morgens, sind wir halt oft alleine mit Auszubildenden. Haben wir uns halt immer nicht vorstellen können, wenn da einfach noch jemand weg ist. [...] Und wir haben eine Krankenpflegehelferin, die auch schon lange da ist. Auf anderen Stationen gibt es auch teilweise Stations-Sekretärinnen. [...] wir müssten einfach immer auf irgendwelche Stellen-Anteile der examinierten Krankenschwestern verzichten dafür. Also es wird nichts zusätzlich eingestellt, sondern anstatt. (D-K-7)

Die auf derselben Station tätige Teilzeitkraft, Frau Leandro, schildert diese Entwicklung und wie sich diese auf die Zusammenarbeit innerhalb der Station und zwischen Stationen auswirkt:

Frau Leandro: Allerdings wird es halt jetzt schlimmer. Weil in der Regel war es ja jetzt so, also vier Stationen, dann waren wir eigentlich mindestens zu... also fünf Examierte auf dem Stock, sage ich jetzt mal einfach, fünf oder sechs Examierte. Das soll ja jetzt quasi weg oder sagen wir mal, im Spätdienst, kann man vielleicht besser sagen, im Spätdienst waren wir in der Regel vier Examierte auf dem ganzen Stock. Das soll in Zukunft jetzt so werden, man ist noch drei Examierte auf dem Stock. Ja, also man muss ja dann, es hat halt jeder seine Station und man muss dann übergreifend. Die Station ist ja nun größer und man muss mehr zusammenarbeiten. Und wenn man nun unten [auf einer anderen Station aushilfsweise; Anm. A. Pf.] auch noch gucken soll und man ist nicht kollegial und ist halt fertig und denkt: „Gott sei Dank bin ich fertig“, und der andere röhelt dann wie blöd und das dem egal ist. Also ich denke, es wird jetzt eine extremere Situation. Es wird nicht besser. (D-K-14)

Und bei alledem sind für das Management durch die Stationsfusion, wie Frau Grego und Frau Leandro betonen, noch weitere Stelleneinsparungen möglich: „[...] zu uns hat man gesagt, wir sind immer noch überbesetzt. Und wir können uns das gar nicht nachvollziehen, wo wir eigentlich noch streichen sollen.“ (D-K-14)

Die Angaben aus den öffentlich zugänglichen Strukturierten Qualitätsberichten von 2008 und 2010 erlauben es, sogar noch tiefer in die einzelnen Bereiche hineinzugehen. Im Pflegedienst fällt sofort ins Auge, dass die Stellenreduzierungen zwischen den beiden Zeiträumen (gemessen in Vollzeitkräften) äußerst ungleich zwischen den beiden chirurgischen Kliniken auf der einen und dem Zentrum für Innere Medizin auf der anderen Seite erfolgten. Während in der Chirurgie insgesamt ca. 7% der Stellen im Pflegedienst abgebaut wurden, belief sich diese Reduzierung beim Zentrum für Innere Medizin auf satte 39%.

⁶⁶ Es gab auf dem Stockwerk zunächst eine unfallchirurgische und eine allgemeinchirurgische Station sowie zwei internistische Stationen, die zunächst jeweils fusioniert wurden. Kurz vor Beginn der Erhebungen wurden diese dann nochmals zu einer internistisch-chirurgischen Privatstation fusioniert, wobei das lange Jahre in seiner jeweiligen Spezialisierung eingesetzte Pflegepersonal nun nach einer sehr kurzen Einarbeitungszeit polyvalent eingesetzt werden soll.

Tabelle 3: Stellenreduzierungen im Pflegedienst in Vollzeitäquivalenten in Krankenhaus I

Abteilungen	2008	2010	Veränderung in %
Zentrum für Innere Medizin	87	53	-39%
Klinik für Viszeral-, Thorax-, Gefäßchirurgie (2008) bzw. Klinik für Viszeral-, Kinder- und Gefäßchirurgie (2010).	32	29	-10%
Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische Chirurgie (2008) bzw. Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie (2010)	38	36	-5%

Quelle: Strukturierte Qualitätsberichte 2008 und 2010 Krankenhaus I

Da in der dieser Arbeit zugrunde liegenden Erhebung neben dem ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst der Verwaltungsdienst als dritter Bereich befragt wurde, sind auch hier die personalstatistischen Entwicklungen von Interesse. Betrachtet man zunächst den Zeitraum von 2001 bis 2007, so fällt hier in Vollzeitkräften gemessen eine leichte Zunahme um 7% auf (50,2 bzw. 53,9), hinter der sich allerdings ein viel höherer Anstieg der Beschäftigtenzahl verbirgt (von 57 auf 67 Beschäftigten). Es hat also die Anzahl des in Teilzeit arbeitenden Verwaltungspersonals gegenüber den in Vollzeit Arbeitenden zugenommen. Auf diese Zunahme folgt dann bis 2010 ein Abbau von zehn Vollzeitstellen (53,9 im Jahr 2007 auf 43,9), der sich auch in der Zahl der Beschäftigten widerspiegelt (von 67 im Jahr 2007 auf 56). 2011 ist wieder eine leichte Zunahme der Vollzeitstellen zu verzeichnen, die sich allerdings nicht in den Beschäftigtenzahlen widerspiegelt. Offenbar arbeiteten in der letzten Phase die Verwaltungsmitarbeiterinnen wieder zunehmend in Vollzeit. Insgesamt verzeichnet der Verwaltungsdienst in dem untersuchten Krankenhaus von 2001 bis 2010 gemessen in Vollzeitkräften einen Rückgang um 12,5%, während dieser Rückgang bundesweit nur bei 5,9% liegt, bezieht man das Jahr 2011 mit ein, beträgt der Rückgang nur noch 6,2% gegenüber 4,2% bundesweit. Ähnlich wie für die Periode 2009/2010 beim Pflegedienst des untersuchten Krankenhauses ein starker Personalabbau zu verzeichnen ist, ist dies beim Verwaltungsdienst in der Periode 2007/2008 der Fall. Freilich umfasst die Kategorie Verwaltungsdienst eine ganze Bandbreite von Tätigkeiten mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus⁶⁷ und bildet die Umschichtungen in der Krankenhausverwaltung wie etwa den Aufbau des Medizin-, Finanz- und Personalcontrollings oder der EDV nicht ab.

Schließlich sei noch die Entwicklung in einem Bereich beleuchtet, der nicht in die empirischen Erhebungen einbezogen wurde, obwohl er aus sozialstrukturellen Gründen von hohem Interesse ist. Der Wirtschafts- und Versorgungsdienst⁶⁸ der öffentlichen Krankenhäuser umfasst nämlich zu einem guten Teil niedrig qualifizierte Tätigkeiten und bot somit lange Zeit relativ gesicherte und obendrein verhältnismäßig gut bezahlte Beschäftigungsmöglichkeiten nicht zuletzt für Frauen in diesem Segment des öffentlichen Dienstes, der mit guten Gründen auch als „tarifpolitische ‚Insel‘“ bezeichnet wurde, insofern der öffentliche Dienst [...] eine

⁶⁷ Als „Verwaltungsdienst“ wird nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) bezeichnet: Personal der engeren und weiteren Verwaltung, der Registratur, ferner der technischen Verwaltung, sofern nicht beim „Wirtschafts- und Versorgungsdienst“ erfasst, z.B.: Aufnahme- und Pflegekostenabteilung, Bewachungspersonal, Botendienste (Postdienst), Kasse und Buchhaltung, Pförtner, Statistische Abteilung, Telefonisten, Verwaltungsschreibkräfte.

⁶⁸ Als „Wirtschafts- und Versorgungsdienst“ werden nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) unter anderem bezeichnet: Desinfektion, Handwerker und Hausmeister, Küchen und Diätküchen (einschl. Ernährungsberaterinnen), Wirtschaftsbetriebe (z.B. Metzgereien und Gärtnereien), Wäscherei und Nähstube.

Vorreiterrolle bei der Reduzierung geschlechtsspezifischer Lohndifferenzen einnahm“ (Jaehrling 2007: 178 f). Während im untersuchten Krankenhaus Wäscherei und Reinigungsdienste (vgl. hierzu umfassend von Bose 2017, v.a. 101ff) schon vor längerer Zeit ausgelagert worden waren, wurde die Küche in der Erhebungsphase noch in eigener Regie geführt. Nichtsdestoweniger ist in dem untersuchten Krankenhaus im Bereich Wirtschafts- und Versorgungsdienst in den Jahren von 2001 bis 2011 in Vollzeitkräften gemessen ein Rückgang von 31,5% zu verzeichnen. Karen Jaehrling hat den bundesweiten Rückgang der Beschäftigung in dieser Kategorie in den in öffentlicher Hand befindlichen Allgemeinkrankenhäusern zwischen 1991 und 2004 mit 41,2% beziffert (Jaehrling 2007: 182), was überwiegend mit dem massiven Outsourcing solcher Dienste in „Service-GmbH“-Tochtergesellschaften zusammenhängt, die dann nicht mehr der Tarifbindung unterliegen.

Unterm Strich bleibt für den Pflegedienst in Krankenhaus I also ein im Bundesvergleich überproportionaler Stellenabbau zu verzeichnen, was bei höchstwahrscheinlich über die Jahre steigenden Fallzahlen (s. unten) eine zunehmende Arbeitsbelastung bedeutet und damit die mangelnde Attraktivität der Tätigkeit verstärkt hat. Auch hier scheint der Pflegedienst eher als Kostenfaktor betrachtet worden zu sein.

4.3 Die Arbeitsbedingungen in der Pflege

Der über lange Jahre hinweg anhaltende Beschäftigungsabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ist einer der wesentlichen Faktoren, die für die objektiv wie subjektiv sich verschlechternden Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte verantwortlich gemacht werden. Zwei weitere, nicht minderbedeutende Faktoren stellen die Entwicklung der Fallzahlen und die Entwicklung der Verweildauern dar – beides Faktoren, die maßgeblich auch durch die Einführung des DRG-Systems an Dynamik gewonnen haben. Bei der Verweildauer war dies auch vom Gesetzgeber explizit beabsichtigt.

Beginnen wir mit der durchschnittlichen Verweildauer pro Fall, deren Rückgang seit 1991 dramatisch verläuft. In diesem Jahr betrug sie noch ca. 14 Tage, während sie 2012 bei 7,6 Tagen angelangt ist, was einem Rückgang von etwa 45% entspricht. Die Verlangsamung des Rückgangs der Verweildauer seit 2004 dürfte, so der Krankenhaus Rating Report 2013, durch die parallel dazu stattfindende und ebenfalls durch das DRG-System mitbeeinflusste Umschichtung von stationären zu ambulanten Fällen begründet sein (Augurzky et al. 2013: 57).

Dagegen ist bei der Zahl der Fälle ein Anstieg von ca. 14,5 Millionen (18.22 Fälle je 100.000 Einwohner) im Jahr 1991 auf 18,6 Mio. Fälle (22.75 Fälle je 100.000 Einwohner) im Jahr 2012 und auf 19.4 Mio. Fälle (23.39 Fälle je 100.000 Einwohner) im Jahr 2018 zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt 2020, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhausversorgung 2018).

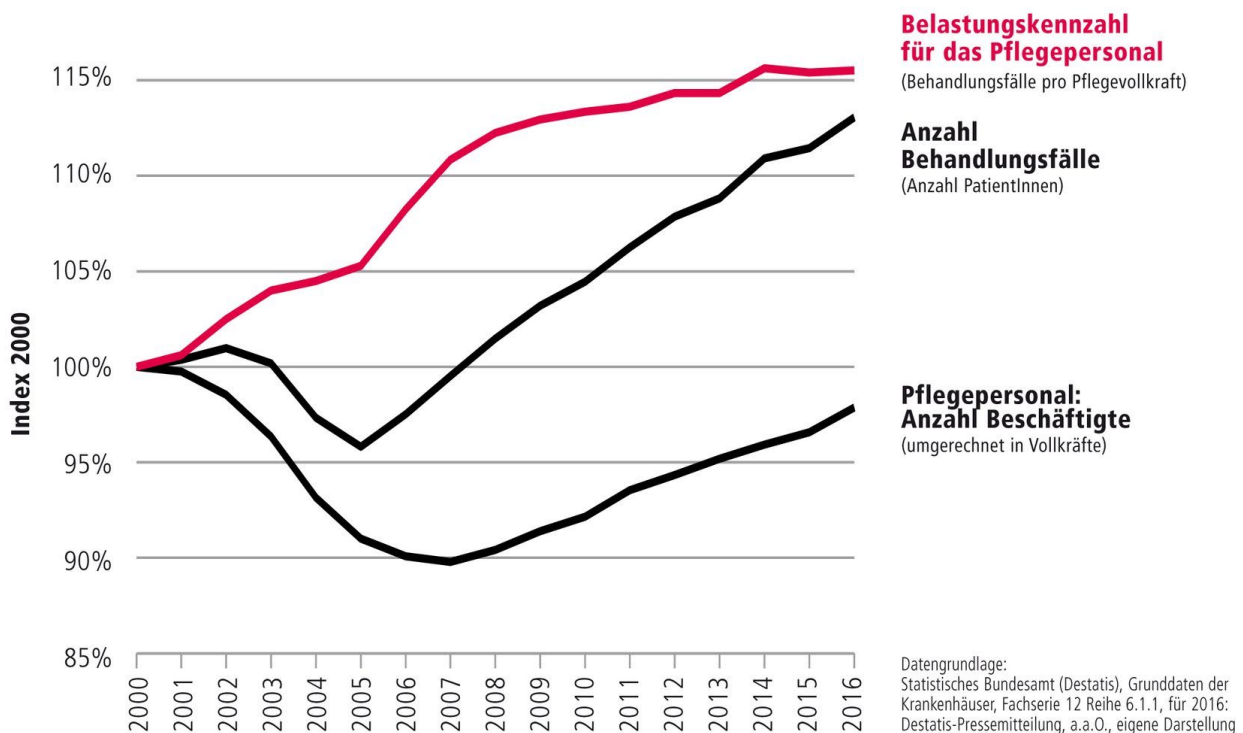
Tabelle 4: Entwicklung der Zahl der Krankenhausbetten/Verweildauer/Fallzahlen 1991-2018

	1991	1996	2000	2004	2008	2012	2014	2016	2018
Anzahl der Betten	665.565	593.743	559.651	531.333	503.360	501.475	500.680	498.718	498.192
Betten pro 1.000 Einwohner	8.32	7.25	6.81	6.44	6.13	6.24	6.18	6.06	6.01
Fallzahl	14.577.000	16.165.019	17.262.929	16.801.649	17.519.579	18.620.442	19.148.626	19.532.779	19.392.466
Fallzahl pro 100.000 Einwohner	18.224	19.739	21.004	20.365	21.334	23.156	23.645	23.720	23.391
Durchschnittliche Verweildauer	14,0 Tage	10,8 Tage	9,7 Tage	8,7 Tage	8,1 Tage	7,6 Tage	7,4 Tage	7,3 Tage	7,2 Tage

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 „Gesundheit“, Reihe 6.1.1 „Grunddaten der Krankenhäuser“ versch. Jahrgänge.

Was das für die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals bedeutet, versucht das Statistische Bundesamt mit der Erfassung der Belastungszahlen je Pflegevollkraft annäherungsweise zu ermitteln. Demzufolge hatte sich die Fallbelastung in der Pflege bezogen auf eine Vollzeitstelle seit 2000 vom Index 100 auf 115 erhöht (vgl. Abbildung 5; Afentakis 2009; Bartholomeyczik 2011: 317).

Abbildung 5: Belastungszahlen je Pflegevollkraft nach Behandlungsfällen 2000-2016



Quelle: ver.di, <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/krankenhaus/++co++cd20eb8c-8c1f-11e7-9edb-525400f67940>

Für die Beschäftigten wirkt sich diese Erhöhung des Nutzungsgrades der insgesamt weniger Betten insofern aus, als gerade die erste Aufenthaltsphase der Patienten besonders betreuungsintensiv ist. Die an den Patienten zu verrichtenden notwendigen Tätigkeiten, v.a. der unabhängig von der Verweildauer anfallende „fallfixe Pflegeaufwand“ etwa für Aufnahme- und Entlassung, Betreuung im Zusammenhang mit medizi-

nischer Diagnostik und Therapie, Beratung zur lebensweltlichen Integration gesundheitlicher Veränderungen usw. (Bräutigam et al. 2010: 7), verdichten sich auf einen kürzeren Zeitraum, womit der Sicherung von betrieblichen Abläufen ein weit größerer Stellenwert zukommt. Zudem müssen aufgrund des mit der Zeit gestiegenen „Durchlaufs“ als Folge der durch das DRG-System forcierten durchschnittlichen Verkürzung der Verweildauern das Aufnahme- und Entlassungsprozedere für deutlich mehr Patienten durchgeführt werden (Nock et al. 2013: 14). Dieser beschleunigte Durchlauf macht sich besonders auf den chirurgischen Stationen bemerkbar, wo die zu operierenden Patienten nicht mehr, wie früher, schon am Vortag aufgenommen werden:

Frau Leandro: Also es gibt schon Alltag, aber ist doch oft jeder Tag anders. Also wenn ich jetzt aus längerem Frei zum Beispiel in den Frühdienst komme um 6, weiß ich eigentlich nicht genau, was auf mich zukommt. Habe ich viele OPs, dann muss ich die vorbereiten, dann fängt es eigentlich schon viertel nach 6 mit Stress an. Und wenn keine oder nur wenige OPs sind, dann geht es schon eher. Aber es gibt schon so Routinearbeiten, die man immer machen muss. Also am OP-Tag irgendwie jetzt, eigentlich Montag bis Freitag, der erste muss um 10 vor halb 8 im OP sein, das heißt, der muss da fix und fertig sein, oft kommen die Leute erst um halb 7 auf Station und sind oft noch gar nicht da.

I1: Also die kommen erst von daheim dann morgens.

Frau Leandro: Ja, also wenn sie mobil sind, dann kommen sie morgens um halb 7 und dann, wenn die halt auch ein bisschen später kommen, dann kommen wir ins Rotieren. Weil dann müssen die sich erst mal ausziehen und dann müssen wir rasieren, müssen wir alles kontrollieren und dann müssen wir 10 vor halb 8 wirklich im OP fahren.

I2: Und was muss man da alles kontrollieren, also was...

Frau Leandro: So Blutdruck, Temperatur, Puls, ob sie nüchtern sind. Dann müssen wir sie rasieren, nach dem Rasieren eventuell je nachdem sollten sie nochmal duschen, also gerade Männer oftmals, je nachdem was rasiert wird.

I1: Also die Stellen, wo operiert wird, werden abrasiert.

Frau Leandro: Das nimmt dann manchmal, je nachdem, zum Beispiel jetzt die Beine, zum Beispiel Varizen, also Krampfadern. Wenn man da beide Beine rasieren muss, das ist //I2: Das dauert [lacht]//, Alptraum für uns alle. Ja, das dauert halt dann schon und dann zur Dusche muss man die Patienten quasi noch antreiben und sagen, Sie müssen sich beeilen, weil... (D-K-14)

Dazu kommen weitere für die Arbeitsbelastung bedeutsame Faktoren wie „die Zunahme der vor-, nach- und teilstationären Behandlungen sowie die Ausweitung des ambulanten Operierens“ (Simon 2014: 169), die ebenfalls im Zuge der DRG-Einführung zugenommen haben.

Einer internationalen Vergleichsstudie zu den OECD-Ländern im Rahmen des RN4Cast-Projektverbundes zufolge war „2010/11 die Anzahl der von einer ausgebildeten Pflegekraft bzw. einer pflegerisch tätigen Kraft zu versorgenden Patienten an deutschen Krankenhäusern mit 13 bzw. 10,5 am höchsten“ (vgl. Aiken et al. 2012, zit. nach Braun 2014: 93).

Tabelle 5: Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser in 12 europäischen Staaten und den USA

	Patienten pro Registered Nurse oder vergleichbar qualifizierte Pflegefachkraft	Patienten pro Pflegekraft (Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte insgesamt)
Belgien	10,7	7,9
Deutschland	13,0	10,5
England	8,6	4,8
Finnland	8,3	5,3
Griechenland	10,2	6,2
Irland	6,9	5,0
Niederlande	7,0	5,0
Norwegen	5,4	3,3
Polen	10,5	7,1
Schweden	7,7	4,2
Schweiz	7,9	5,0
Spanien	12,6	6,8
USA	5,3	3,6

Quelle: Aiken et al. (2012); Simon/Mehmecke 2017: 116

Überdies sind zum einen durch die vermehrten Anforderungen an das Pflegepersonal bezüglich Dokumentationstätigkeiten, zum anderen durch den im Zuge des seit den 1990er Jahren erfolgten Anstiegs des Einsatzes von Teilzeitkräften und den dadurch erhöhten Aufwand für die Informationsweitergabe bei Schichtwechsel, die Belastungen des Pflegepersonals noch zusätzlich gestiegen. Dies, vor allem die Dokumentationsverpflichtungen, ist in beinahe allen Interviews in Krankenhaus I ein Thema gewesen:

Frau Grego: [Müssen] sie auch Leistungs-Erfassung machen sozusagen, [und...?]

A1: [*unterbricht*] [Ja]. Diese PPR, diese Pflegeminuten. Wir müssen diese Prophylaxen, diese Lagerungspläne... Man muss natürlich alles dokumentieren, was man macht. Aber es ist eben wirklich inzwischen so, dass die Dokumentation dessen, was man machen sollte, oder gemacht hat, viel mehr Raum einnimmt als wirklich die Arbeit an sich. Also, es wäre..., natürlich muss man das. Mir ist das auch klar. Aber es wäre für mich einfacher, wenn ich jetzt meine zehn Patienten waschen, lagern, füttern, versorgen kann. Und dann schön alles so in Ruhe machen kann, und dann heimgehen kann. Das wäre toll. Aber, ich muss das alles in stundenlanger Arbeit dokumentieren, ankreuzen, abhaken, und das ist das, was mich dann in Stress versetzt.

I: Wie viel Zeit nimmt denn das ein so vom Arbeitstag, [das zu erfassen?]

Frau Grego: [*unterbricht*] [Also, das ist schon] die Hälfte.

I2: Die Hälfte?

I1: Die Hälfte?

Frau Grego: Also, knapp die Hälfte würde ich sagen.

I1: Und kann man das auch zeitlich irgendwie festmachen? Ist das kontinuierlich mehr geworden? Oder...

Frau Grego: Ist kontinuierlich [mehr geworden.]

I1: [*unterbricht*] [Oder war das mit den] Fallpauschalen, hängt das damit zusammen?

Frau Grego: Vielleicht auch mit den Fallpauschalen. Das ist aber kontinuierlich mehr geworden. So diese ganzen Qualitätsnachweise, die man einfach machen muss. Da kommt eigentlich alle paar Jahre irgendwas noch dazu. Und da wird halt viel über Computer jetzt dann gemacht, und das ist natürlich so, [*lacht*] wenn man jetzt nicht grade einen Computerfreak ist, dann vertandelt man da viel Zeit am Computer, weil dann irgendwelche Tabellen da in den Tiefen des Computers verschwinden, wo man eigentlich hät' was ausfüllen müssen. Wo man denkt, "Hä? Wo habe ich denn das jetzt hin? Hä?" Dann noch lieber 'nen

Zettel, wo ich halt g'schwind abhake. Aber das wird das auch grade alles umgestellt. Und irgendwann soll ja auch dieser, hä, diese, halt so Laptops mitgenommen werden. Dann wenn es klappt, ist es okay. Aber ich will eigentlich Zeit für die Pflege des Patienten, und nicht für die Dokumentation dessen, was ich an ihm gemacht habe. (D-K-7)

Für sich genommen besitzen die Pflegebelastungszahlen allerdings nicht zu viel Aussagekraft, wenn man nicht zusätzlich die Folgen des demografischen Wandels auf der Patientenseite miteinbezieht. Etwa 43% aller stationären Krankenhausfälle waren im Jahr 2007 65 Jahre und älter, im Jahr 1997 lag dieser Anteil dagegen noch bei etwa 32%. „Da bei Menschen im höheren Alter die Selbstversorgungsfähigkeit abnimmt und die Multimorbidität zunimmt, dürfte das Pflegepersonal in Krankenhäusern durch den steigenden Anteil älterer Patientinnen und Patienten zunehmend belastet sein.“ (Affentakis 2009: o.S.; vgl. auch Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010)

Diese Entwicklungen in Zusammenhang mit dem Beschäftigungsabbau in der Pflege bringend, stellt die Umfrage „Pflegethermometer 2009“ daher resümierend fest, dass „auf die steigenden Fallzahlen und die erhöhten Anforderungen durch die Beschleunigungsprozesse in der Patientenversorgung [...] im Pflegebereich nicht mit einer Investition in die personelle Infrastruktur reagiert“ wurde (Isfort et al. 2009: 21). Die Abbildungen 3 und 5 visualisieren dieses Missverhältnis in seiner ganzen Drastik bis ins Jahr 2015 bzw. 2016.

Aus dieser Entwicklung resultieren für die Pflege unterschiedlichste Belastungen wie hoher Zeitdruck, Organisationsmängel, störende Unterbrechungen, unregelmäßige Arbeitszeiten, überbordende administrative Tätigkeiten und mangelhafter Arbeitsschutz (Bartholomeyczik 2011: 318) sowie nicht zuletzt Einbußen bei der Qualität der Patientenversorgung, die sich nicht mehr durch Mehrengagement kompensieren lassen (s. unten).

Die Zunahme über die Jahre seit Einführung der DRGs lässt sich obendrein anhand von Panelstudien wie der des WAMP-Projekts nachweisen.

Die Belastung (gemessen durch die Antwortmöglichkeiten „immer“ und „überwiegend“ wahrgenommen) durch andauernd hohen Zeitdruck, Organisationsmängel im Krankenhaus, störende Unterbrechungen, unregelmäßige Arbeitszeiten, zu viele administrative Tätigkeiten und mangelhaften Arbeitsschutz nehmen auf jeweils unterschiedlich hohen Ausgangsniveau zwischen 2003 und 2008 durchweg zu. 2008 geben im Maximum fast 75% der Befragten Belastungen durch andauernd hohen Zeitdruck und im Minimum immer noch fast 12% Belastungen durch mangelhaften Arbeitsschutz an. (Braun/Klinke/Müller 2010: 11)

4.4 Arbeitszeiten

Belastend für die meisten Pflegenden sind vor allem die Wechselschichten sowie die Arbeit an Wochenenden und Feiertagen. Was das subjektiv und physisch bedeutet, kommt in seiner Drastik in der Schilderung Frau Gregos, der Leiterin einer aus zwei Stationen fusionierten Privatstation, zur Bestürzung der beiden Interviewer, einer davon älter als die Interviewte, zum Ausdruck:

Frau Grego: Aber wir sind eben zwei sehr, sage ich jetzt mal, alte Teams. Also ich hab, äh, ich bin mit 40 die Zweitjüngste. Die anderen sind zwischen 50 und 60. Wir sind sehr lange zusammen, arbeiten, alte Teams. Und es ist dann bei uns so, dass über 50-jährige teilweise, also bei uns, bei mir machen ganz viele Schwestern einfach keinen Nachtdienst mehr. Haben nicht mehr so viele Wechselschichten. Die sind einfach ausgelaugt, die können nicht mehr. Und dadurch haben wir natürlich das Empfinden, "na ja, mit dem Gekröse, was bei uns da rumhängt." Also wir alle sind eben Wracks schon, kann man sagen. [Interviewer lachen erstaunt] Ja das ist wirklich so. Also das ist schon so. Also ich meine, wenn man mal, das sind alles

Schwestern, die haben wirklich ihr Leben lang als Krankenschwester gearbeitet. Die haben alle teilweise schon 35 bis 40 Jahre auf dem Buckel. Und das merkt man einfach. Also die sind wirklich körperlich..., also ich würde mal behaupten, wir sind ein fachlich sehr gutes Team, aber einfach körperlich...

Wie das Pflgethermometer 2009 konstatierte, wirkt die oft nicht gegebene Möglichkeit, eigene Ruhephasen zu haben und geplante Freizeiten entsprechend zur eigenen Erholung nutzen können, als ein weiterer Belastungsparameter.

Aufgrund von Erkrankungen von Kollegen oder einer insgesamt hohen Arbeitsintensität kommt es immer wieder dazu, dass neben den regulären Wochenendarbeiten auch zusätzlich ‚eingesprungen‘ wird. Dies stellt nicht nur dahin gehend ein Belastungspotenzial dar, dass die eigene Erholung gefährdet wird; es stellt zugleich auch hohe Anforderungen an die Flexibilität der Pflegenden (auch was Freizeitplanungen angeht). Jede dritte Pflegekraft (29,3%) gab an, im letzten Monat einmal zusätzlich zum regulären Wochenenddienst einen weiteren Wochenendtag gearbeitet zu haben. Jede fünfte Pflegekraft (22,5%) gab an, zwei Tage und somit ein vollständiges Wochenende durch zusätzliche Arbeit abgedeckt zu haben. Damit kann davon ausgegangen werden, dass eine geregelte freie Zeit und die notwendigen Erholungspausen bei jedem zweiten der Antwortenden nicht oder unzureichend zur Verfügung standen. (Isfort et al. 2010: 53)

Zusätzlich leistet der Großteil der Pflegekräfte in Krankenhäusern in hohem Maße Überstunden, die durch zusätzliche Dienste oder durch eine Verlängerung der Arbeitszeit am Tag aufgebaut werden. Nur 5,6% der Befragten gaben in der Erhebung zum Pflgethermometer 2009 an, keinerlei Überstunden im Zeitraum der letzten sechs Monate geleistet zu haben. Die Arbeits- und Belastungsspitzen im Krankenhausbetrieb werden also offenbar in hohem Maße ohne zusätzliches Personal kompensiert. Das Erbringen von Überstunden ist die Regel und nicht die Ausnahme. (Isfort et al. 2010: 53)

Die Aussage von Frau Höfer, einer 48-jährigen im Rahmen des Projekts befragten langjährigen Pflegekraft, die auf einer unfallchirurgischen Station arbeitet, steht für viele andere Äußerungen. Sie sieht die Zeitknappheit und die daraus resultierenden Überstunden im Zusammenhang mit nicht am Patienten zu erbringenden Tätigkeiten wie den Dokumentationsverpflichtungen, aber vor allem auch mit der Personalknappheit:

I2: Aber würden Sie sagen, dass durch diese Zunahme, dass Sie noch mehr dokumentieren würden, fehlt die Zeit woanders?

Frau Höfer: Die Zeit fehlt.

I2: Also es hat sich ja nicht in einem anderen Bereich irgendwas so verbessert oder verändert?

Frau Höfer: Nee, das ist ja auch durch diese ganzen Sparmaßnahmen fällt ja auch Personal weg und dass sie dann ja, die Bereiche werden größer, sie mehr Patienten übernehmen müssen, wenn also ich sag mal, das ist so Gang und Gebe, dass wir teilweise bis zehn Patienten versorgen müssen. Und ich sag mal, wenn sich jetzt jeder selber was macht, hab ich ja nicht viel Arbeit, dann ist egal, aber alle die, die Unfälle, die hier liegen, die brauchen alle irgendwie Hilfe.

I2: Und würden Sie sagen, dass Sie in der Schicht noch genug Zeit für Ihre Aufgaben haben, also für die einzelnen Tätigkeiten?

Frau Höfer: [stockt] Ja man muss sehen, dass man alles hinkriegt. Es bleibt nun nicht aus, dass wir eben dann halt auch mal länger bleiben, wenn wir jetzt unsere Aufgaben nicht schaffen, weil im Spätdienst sind wir auch immer ziemlich knapp besetzt, wir haben 43 Betten und in der Regel ist es so, dass wir nachmittags nur zu dritt sind. (D-K-6)

Zahlreiche Pflegekräfte versuchen daher, auf Teilzeit auszuweichen, um ihre Arbeitskraft nicht vernutzen zu lassen, so auch die eben schon zitierte Frau Höfer:

Frau Höfer: Wenn ich sehe, dass ich bis 67 eigentlich in dem Beruf hier arbeiten sollte, geht gar nicht. Das geht gar nicht, vom

Körperlichen her.

II: Was denken Sie selbst, wenn das mal kommt irgendwann?

Frau Höfer: Also ich bin jetzt 48 und ich hab gesagt, ich muss schauen, wie die nächsten Jahre so werden, dass ich auf alle Fälle auf Teilzeit runtergehen werde. Dass ich dann nicht mehr so viel Belastung habe und dann muss man schauen dann. Ob man sich nochmal verändert, in eine andere Abteilung, wo man jetzt dann nicht mehr so den die körperliche Anstrengung hat. Man wird ja auch nicht jünger, man ist ja dann nicht mehr so belastbar. Das sehe ich ja bei unseren älteren Kollegen, ist einfach so. (D-K-6)

Wenn auch bei den jüngeren Pflegekräften häufig Teilzeitarbeit ermöglicht, Beruf und Familienleben zu vereinbaren, heißt dies nicht, dass sie im Anschluss an die Kindererziehungsphase wieder eine Vollzeitbeschäftigung anstreben:

Frau Leandro: Also ganz ehrlich, wenn ich das Geld nicht brauche, mache ich es nicht. Weil als 100%-Kraft geht man auf die Dauer kaputt, weil man packt es irgendwann nicht mehr. Das ist zu viel, das ist einfach zu viel. Dann mache ich lieber noch was anderes, wo Geld reinkommt. Ich meine, wenn meine Kinder dann wirklich aus dem Haus sind, also wenn ich irgendwann in Geldnot komme, dann wird mir nichts anderes übrigbleiben, ja.

II: Aber Sie haben es jetzt nicht geplant.

Frau Leandro: Aber wenn ich, wie gesagt, wenn ich nicht muss, mache ich es nicht. Weil so kann ich mich zwischendurch erholen. (D-K-14)

Die gesundheitlichen Folgen dieser Arbeitsbelastungen schlagen sich entsprechend in den Statistiken nieder. So entsprechen Muskel- und Skeletterkrankungen bei männlichen Pflegekräften „in etwa den Belastungskennzeichen von Maschinenschlossern“, psychische Belastungsprobleme sind vor allem für die weiblichen Pflegekräfte typisch. In der Folge ist ein Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage in der Gruppe der über 50-jährigen, zu verzeichnen, ebenso machen Pflegekräfte einen erheblichen Anteil an frühzeitigen Zugängen im Bereich der Renten und der Erwerbsminderung aus (Isfort et al. 2010: 27).

Diese Ergebnisse werden bestätigt durch Daten des Mikrozensus 2007, in dem arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme und belastende Faktoren bei der Arbeit erhoben wurden. Vor allem ermöglicht diese Erhebung einen Vergleich mit den Gesundheitsbelastungen der übrigen Gesundheitsberufe sowie der Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft:

Von den befragten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pflegern gaben 16% an, dass sie in den letzten 12 Monaten mindestens ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem hatten. Hingegen war der Anteil der Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen und in der Gesamtwirtschaft mit mindestens einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem in den letzten 12 Monaten mit 6,4% bzw. 6,5% deutlich niedriger. Gelenk-, Knochen- oder Muskelbeschwerden, und zwar insbesondere im Rückenbereich wurden von allen Vergleichsgruppen als Hauptbeschwerden genannt. Auch hier lag der Anteil der betroffenen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger mit 87% höher als bei den Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen (76%) und in der Gesamtwirtschaft (77%). Eine Analyse der ausgefallenen Arbeitstage bedingt durch das schwerwiegendste genannte arbeitsbedingte Gesundheitsproblem zeigt, dass betroffene Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger in den letzten 12 Monaten mit durchschnittlich 38,1 Fehltagen deutlich länger ausfallen als Beschäftigte mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen in Gesundheitsdienstberufen und in der Gesamtwirtschaft (28,3 bzw. 21,8 Fehltag). (Afentakis 2009: o.S.)

Hier nicht genannt sind psychische Belastungserscheinungen und v.a. eine im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Burnout-Rate unter Krankenpflegekräften (Hasselhorn et al. 2005).

4.5 Die Einkommensdimension

Die Situation der Pflegekräfte in Deutschland – das sollte aus dem Vorangegangenen deutlich geworden sein – zeichnet sich durch ein Paradox aus: Dem mit einer hohen intrinsischen Motivation und bei vielen von ihnen mit einem bis zur Selbstaussbeutung⁶⁹ reichenden Ethos der Sorge um andere einhergehenden professionellen Selbstverständnis entspricht eine in Berufsprestige-Umfragen immer wieder bestätigte hohe gesellschaftliche Anerkennung.⁷⁰ Dies alles steht jedoch in krassem Missverhältnis zu den Arbeitsbedingungen mit physischen und psychischen Belastungen, einer ebenso belastenden Schichtarbeit, personeller Unterbesetzung, im Vergleich zu anderen Ländern geringeren Kompetenzen usw. sowie einer relativ geringen und subjektiv entsprechend auch so empfundenen Entlohnung. Dem Pflege thermometer 2009 zufolge beurteilen mehr als vier von fünf befragten Pflegekräften die Entlohnung für ihre eigene Tätigkeit als nicht angemessen. „Auch wenn bei einer Frage nach der Entlohnung für die Tätigkeit tendenziell mit einer eher ablehnenden Haltung gerechnet werden kann, so ist die Deutlichkeit des Ergebnisses überraschend.“ (Isfort et al. 2010: 45 f) Dieses Ergebnis wird durch den vom Deutschen Gewerkschaftsbund für verschiedene Branchen veröffentlichten DGB-Index „Gute Arbeit“ 2007/8 bestätigt. Während nach dessen Ergebnissen der gesellschaftliche Sinn der eigenen Arbeit von 97% der Befragten in der Krankenpflege⁷¹ als positiv empfunden wird, beschreiben 45% der Beschäftigten ihre Entlohnung lediglich als „in geringem Maß angemessen“, 37% sogar als „gar nicht angemessen“. Der Unterschied im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ist eklatant. (Fuchs o.J.: 6 f).

Kaum ein anderer Bereich wird von den Beschäftigten so negativ beurteilt, wie die Dimension Einkommen. [...] 20 Prozent beziehen – trotz Vollzeitarbeit – ein Bruttoeinkommen von unter 1.500 Euro und 20 Prozent zwischen 1.500 und 2.000 Euro. Das heißt, zusammengefasst beziehen 40 Prozent der Beschäftigten Einkommen unter 2.000 Euro, d. h. ihre Entgelte zählen zu den Armut- oder Prekär-Löhnen. 48 Prozent beziehen Löhne und Gehälter, die zwischen 2.000 und 3.000 Euro liegen und 13 Prozent 3.000 Euro und mehr. (Fuchs o.J.: 10; die Daten beziehen sich auf die Jahre 2007/2008)

4.6 Qualität der Pflege

Eine für die Versorgungswirklichkeit bedeutsame Folge der skizzierten Entwicklungen, die aber auch für das Ethos der Pflegenden von herausragender Bedeutung ist, stellt der Umstand dar, dass unter diesen Umständen Einbußen bei der Qualität der Pflege immer seltener zu vermeiden sind. Wie die Stationsleiterin Frau Grego frustriert feststellt:

Frau Grego: Und jetzt ist es einfach so. Es ist einfach immer (...), ähm, ja, "Mach halt. Qualität ist egal"

[...]

I2: Wie gehen sie damit um, dass sie sich da so ändern müssen, dass das so von ihnen verlangt wird? Dass sie sich da doch...

Frau Grego: Schlecht. [lacht] Also ich gehe halt unbefriedigt, traurig, gestresst nach Hause, und denke, "Scheiße, ich habe nichts fertig machen können, was ich machen wollte. (D-K-7)

⁶⁹ In der Prosa der Management-Literatur wird ein solches Verhalten als „Organizational Citizenship Behavior“ bezeichnet (vgl. Boerner 2005).

⁷⁰ Der Allensbacher Berufsprestige-Skala 2011 und 2013 zufolge rangiert die Krankenschwestern ungebrochen nach den Ärzten und Ärztinnen auf Rang zwei der Berufe, die die Befragten „am meisten schätzen“ und „vor denen sie am meisten Achtung haben“ (Institut für Demoskopie Allensbach 2011, 2013; vgl. auch Institut für Demoskopie Allensbach 2017).

⁷¹ Darunter befinden sich allerdings nicht nur Beschäftigte aus dem Krankenhausbereich.

Dem Pflege thermometer 2009 zufolge gab deutlich mehr als die Hälfte der Befragten an, dass die Schichtbesetzung nicht ausreichend sei, um eine adäquate Pflege zu gewährleisten. Beispielsweise können „vorbeugende Maßnahmen zur Verhinderung von Druckgeschwüren, Thrombosen, Pneumonien nicht in ausreichendem Maße durchgeführt werden, Mobilisation als wichtige Maßnahme zur Förderung der Selbständigkeit kommt zu kurz. Verwirrte Patienten können nicht ausreichend beobachtet werden, freiheitseinschränkende Maßnahmen (Fixierungen) sind oftmals die Folge.“ (Bartholomeyczik 2011: 318)

Eine auf Beobachtungen (Multimomentaufnahmen) beruhende Längsschnittuntersuchung der Tätigkeiten von Pflegekräften auf Stationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung, die von Sabine Bartholomeyczik und KollegInnen durchgeführt wurde, zeigt, dass „die Kommunikation Pflegenden mit den Patienten, die nicht nur neben einer anderen Pflegemaßnahme herläuft, in 2003 maximal gut 6% aller Tätigkeiten des Pflegepersonals umfasste und bis 2005 auf 2,5% abnahm.“ Die Studie zeigt ebenso, „dass patientennahe Tätigkeiten in den Jahren der Einführung der DRG-basierten Finanzierung insgesamt von 41 auf 36% aller Tätigkeiten abgenommen haben“ (Bartholomeyczik 2011: 319).

Und so ist es nicht verwunderlich, wenn das am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen durchgeführte und auf mehreren Erhebungswellen beruhende WAMP-Projekt für den Pflegebereich resümiert, dass bei den Pflegekräften ein ausgeprägtes Spannungsverhältnis existiert zwischen dem Anspruch, psychosoziale und sonstige pflegerische Versorgung erbringen zu wollen und einer Praxis, die ihnen dies in den meisten Fällen nicht oder nicht ausreichend gestattet (Braun/Klinke/Müller 2010: 16). „Die mehrjährige Analyse sowohl des beruflichen Selbstverständnisses als auch der Arbeitspraxis der Pflegekräfte [bestätigt] zunehmende Dissonanzen zwischen einer Reihe ihrer professionellen oder ethischen Normen und ihrem beruflichen Alltag. Diese wirken sich auf Dauer, egal ob die betroffenen Pflegekräfte darauf mit einem Berufswechsel oder mit einer Anpassung ihres Selbstverständnisses an die Praxis reagieren, auf die Qualität der pflegerischen Versorgung von PatientInnen aus.“ (Braun/Klinke/Müller 2010: 18)

Für die langjährige Krankenpflegerin Frau Höfer, deren „Wunschberuf“ es einmal war, Krankenschwester zu werden („Das war Wunschberuf. Und ich denke, bei mir merkt man das auch. Also da muss man schon ein bisschen mit dem Herzen auch dabei sein. Einfühlungsvermögen haben und so ein bisschen Sensibilität dafür.“), und die sich das gesamte Interview über immer sehr zurückhaltend bei konfliktbeladenen Themen äußert, hält hier nicht hinterm Berg:

I2: Wenn Sie den Beruf weiterempfehlen würden, würden Sie das machen? Überhaupt, also würden Sie eher den Job hier auf Station, würden Sie das weiterempfehlen? Wenn jetzt eine Cousine oder sowas Sie fragt: "Wie sieht denn das aus?"

Frau Höfer: [stöhnt auf] Ist ja auch personenabhängig, kann man das machen, kann man es nicht machen. Und ich bin ganz ehrlich, ich wüsste nicht, ob ich es zur heutigen Zeit nochmal machen würde, nochmal erlernen würde.

I2: Ok, was sind da so die Gründe?

Frau Höfer: Ja, weil einfach die Qualität in der Pflege, die (.) so ein bisschen vernachlässigt wird oder jetzt zu kurz kommt, weil man zu viele andere Sachen hat //I2: und ist das// das war vor Jahren war das noch anders gewesen. Da hat man, der Zeitfaktor spielt eben halt immer eine Rolle. Wenn ich weiß, so ja bis um 13 Uhr muss ich fertig sein, weil dann die Ablöschschicht kommt und hab aber noch, weiß ich wie viele Dinge zu tun und weiß dann gar nicht, wie ich es eigentlich auf die Reihe kriegen soll, obwohl ich ein ziemlich gut organisierter Mensch bin, dann (.) das ist dann nicht so befriedigend für mich. (D-K-

6)

4.7 „Anerkennung“ der Pflegearbeit

In diesem zweiten Teil des Kapitels soll nun hingegen danach gefragt werden, wie sich die Pflegekräfte zu den DRGs verhalten,⁷² wie diese in ihrem Alltag überhaupt eine Rolle spielen, welche Chancen und Möglichkeiten sich ihnen dadurch gar bieten. Das Ganze soll allerdings unter einem bestimmten Blickwinkel angegangen werden, dem der Sichtbarkeit und der Anerkennung der von ihnen geleisteten Arbeit.

Da in der Vergangenheit die Pflege als beherrschte Berufsgruppe in den meisten Häusern ihre Interessen im Vergleich zum ärztlichen Dienst weniger zur Geltung bringen konnten, fiel es den Geschäftsführungen über die Jahre hinweg auch leichter, gerade bei ihr einen massiven Stellenabbau durchzusetzen. Das hängt neben dem Organisationsproblem der Pflege vor allem mit ihrer mangelnden Anerkennung in der Organisation Krankenhaus zusammen. Damit ist freilich nicht in erster Linie die Wertschätzung bzw. Missachtung pflegerischer Arbeit auf der intersubjektiven Ebene in den Interaktionen zwischen Pflege und Geschäftsführung oder den Angehörigen des ärztlichen Dienstes oder zwischen den Patienten und deren Angehörigen und den Pflegenden gemeint. Diese Thematik scheint immer wieder auf, wenn Beschäftigte sich beklagen, wie etwa die langjährige Krankenschwester und nunmehrige Kodierfachkraft Frau Zeller, die auf die Frage, was denn so von der Geschäftsführung zurückkommt, antwortet:

Frau Zeller: Kennen die mich? Das ist die Frage. Ich glaube die kennen mich gar nicht. Also ich weiß es nicht, ob die mich kennen. Also, ich, also für das, was wir da an..., also ich denke mir immer, wird immer rungehackt, wir würden was weiß ich...

Anerkennung kann dagegen auch in gesellschaftlichen Strukturen und sozialen Symbolen institutionalisiert sein, in denen soziale Wertigkeiten zum Ausdruck kommen. In diesem Fall kann man von institutionalisierter Anerkennung sprechen. Anerkennung in einem solchen Sinne sorgt dafür, dass die Beschäftigten sich die Arbeit aneignen, einen Sinn ihres Tuns finden. Entsprechend schreibt Stephan Voswinkel: „Sinnvolle Arbeit lässt sich durch Bezug auf eine gesellschaftlich nützliche Tätigkeit bestimmen. Damit weist Arbeit auf einen nicht in ihr selbst liegenden Zweck, auf den Gebrauchswert der Arbeit hin. Sinnvolle Arbeit ist also nicht identisch mit einer Arbeit, die Spaß macht oder die intrinsisch ihre Befriedigungspotenziale in sich trägt. Menschen stehen der Arbeit zunächst grundsätzlich als einer äußeren Gegebenheit gegenüber. Sie müssen sich diese aneignen. In diesem Aneignungsprozess konstituieren sie den Sinn von Arbeit und sich damit zugleich als Subjekte, die etwas Sinnvolles tun.“ Allerdings ist die Aneignung von Arbeit kein individueller Vorgang, wie Voswinkel hinzufügt, „sondern wird durch Institutionen und Anerkennungsverhältnisse reguliert, die Sinn und Wert der jeweiligen Arbeit definieren.“ (Voswinkel 2015: 46f) Ganz in diesem Sinne kann die Stationsleitung Frau Grego trotz Personalknappheit und Dauerstress auf der

⁷² Dies entspricht der zweiten Forschungsfrage von Mohan, der zu recht in Betracht zieht, dass die Phänomene der Ökonomisierung nicht zwangsläufig als Probleme und Konflikte wahrgenommen werden, sondern auch als Routinen und Selbstverständlichkeiten ablaufen, und daher folgerichtig danach fragt, wie „Tauschwertbezüge für die Pflegekräfte relevant [werden] und wie [...] sich die Pflegekräfte zu diesen ökonomisierungsrelevanten Themen [positionieren]“ (Mohan 2019: 179).

Station und obwohl es in ihrer subjektiven Wahrnehmung früher einmal eine Phase gab, in der die Arbeit persönlich auch noch Spaß gemacht hat, sagen:

Frau Grego: Ich denke, in dieser Umbauphase sind wir gerade. Also, dass man einfach merkt, es geht nicht mehr darum, dass man eben mit Spaß zum Arbeiten geht, sondern man muss diese Arbeit, die zu machen ist, erledigen. Und mehr wird auch nicht verlangt. Die muss man gut erledigen, aber es wird nicht verlangt, dass man eben Freude am (atmet zwei Mal lachend aus) Arbeiten hat. Es geht ja auch nicht darum, wie es den Leuten emotional geht. Also, es geht einfach darum, dass man eben qualitativ gute Arbeit in der Zeit, die vorgegeben ist, leistet. (D-K-7)

Die Frage ist nur, ob diese „qualitativ gute Arbeit“ in Zukunft noch erbracht werden kann, wenn die Rahmenbedingungen sich noch weiter verschlechtern, und das bedeutet, dass die Pflege im DRG-System nicht mehr institutionelle Anerkennung erfährt.

Für den im Folgenden behandelten Kontext soll als mangelnde Anerkennung also das im DRG-System selbst strukturell eingelagerte Anerkennungsdefizit pflegerischer Leistungen als eines vergütungsrelevanten Faktors betrachtet werden. Diese mangelnde Anerkennung im DRG-System, so die hier vertretene These, hat ihre Wurzel in der mangelnden Sichtbarkeit der Pflege. Was ist damit gemeint?

Das Thema Anerkennung ist ausgehend von Axel Honneths Auseinandersetzung mit dem Hegel'schen Begriff für die Arbeitssoziologie insbesondere von Stephan Voswinkel (bspw. Voswinkel 2001; Holtgrewe, Voswinkel, Wagner 2000; Voswinkel und Wagner 2013; Voswinkel und Wagner 2012) fruchtbar gemacht und weiter ausbuchstabiert worden.

Basale Anerkennung auf dem Arbeitsmarkt erfährt man durch den Erwerb und Erhalt einer Arbeitsstelle und durch eine erfolgreiche Karriere. Sie wird in der Erwerbsarbeit an Arbeitskompetenz und Arbeitsleistung, aber als Solidaritätsbezeugung auch an Zugehörigkeit, Professionsnormen und Produzentenstolz festgemacht (Voswinkel/Wagner 2012: 592). Und so ist Anerkennung auch die Voraussetzung dafür, dass man in der Arbeit eine Identität aufbauen, dass man die Arbeit als sinnhaft erleben kann.⁷³

Wesentlich ist „für die Präzisierung des Konzepts der Anerkennung“, so Voswinkel, „sein Verhältnis zu demjenigen des Interesses. Beschäftigte streben nach Anerkennung oder/und verfolgen pragmatische Interessen; sie erfahren Versagungen als Verstöße gegen ihre berechtigten Interessen oder/und als Missachtung.“ (Voswinkel 2017: 19) Er plädiert daher „für eine duale bzw. mehrdimensionale Perspektive, in der Arbeitsbeziehungen sowohl in der Perspektive der Anerkennung wie derjenigen des Interesses zu untersuchen sind und es zu Konflikten zwischen dem Interesse und dem Anerkennungsbedürfnis kommen kann. (Voswinkel 2017: 19f; s. auch Voswinkel 2011a).

Eine solche Perspektive möchte ich den folgenden Betrachtungen zugrunde legen. Allerdings besteht der Kern meiner Argumentation hier darin, dass die Anerkennung und damit das Heraustreten aus der Unsichtbarkeit, die die einzelnen Pflegekräfte subjektiv, aber auch die Pflege als Kollektiv speziell im Zusammenhang mit und gar mittels des DRG-Systems zu erlangen versuchen, ganz bewusst auch mit ihren (im wei-

⁷³ Vgl. zur Sinnhaftigkeit von Arbeit in Gesundheits- und Sozialberufen die Aufsätze von Friederike Hardering (Hardering 2016; 2017; 2018).

teren Sinne) materiellen Interessen einhergeht, also mit ihrem Interesse am Erhalt des eigenen Krankenhauses als Arbeitsstätte, an einer angemesseneren Personaldecke und überhaupt an anständigen Arbeitsbedingungen. Dafür haben die Pflegekräfte bzw. hat die Krankenhauspflege als Ganze aber auch einen gewissen Preis zu zahlen, nämlich die Anerkennung des Fallpauschalensystems und ihre Mitspielbereitschaft in Gestalt noch höherer Dokumentationsanforderungen.

Unsichtbarkeit und der Anerkennung der Pflege sind keineswegs neue Themen der Krankenhaussoziologie (vgl. für Deutschland Kumbruck/Rumpf/Senghaas-Knobloch 2010, für Frankreich Acker 1997, für die Vereinigten Staaten Allen 2015, Wagner 1993, sowie Timmermans/Bowker/Star 1998). Vor allem in den verschiedensten Arbeiten von Anselm Strauss und Mitarbeiterinnen (v.a. Strauss et al. 1985; Corbin/Strauss 1993) spielten ja verschiedene Formen der Pflegearbeit wie *safety work*, *comfort work*, *sentimental work* und vor allem *articulation work* eine zentrale Rolle, auch wenn sie für Außenstehende nicht unbedingt sichtbar und daher als nicht zentral für die Tätigkeit von Pflegekräften angesehen werden. Freilich bleiben gerade solche „Arbeitshandlungen“ manchmal nicht ganz verborgen, wie ein Oberarzt aus der Urologie von Krankenhaus I in fast schon anrührender Weise bezeugt:

Herr Aumann: Aber am Anfang, eine der Schwestern hat sehr häufig mit den älteren Patienten gesungen in der Früh. Habe ich noch nie anderswo erlebt. Das hat den Patienten super gutgetan. Und es hat auch irgendwo die Stimmung natürlich auf Station... Gibt es heute nur noch selten, dass ich diese Schwester singend erlebe. Weil es einfach von der Zeit und vom Stress her, klar, ist auch ihr nicht danach. Aber ja, das fand ich ganz spannend.

II: Stimmt.

Herr Aumann: Ja. Sicherlich nicht die Standard-Schwester [*lacht*], aber... (D-K-8)

Sie sind, wie auch dieser Vertreter des ärztlichen Dientes anerkennt, für den Krankenhausbetrieb von hoher Bedeutung, aber es sind Handlungen, die auf die Sicherheit, das Wohlbefinden und die Gefühlslage der Patientinnen und Patienten abzielen. „Und da es sich dabei vorwiegend um qualitativ-beziehungsmäßige Aspekte der Pflege handelt, können diese mit einem quantitativen Messinstrument wenig oder gar nicht erfasst werden“ (Maeder 2000: 693). In der Arbeitssoziologie hierzulande spricht man von „Gewährleistungsarbeit“, die schwer objektivierbar ist und keine sichtbaren Ergebnisse aufweist, ohne die aber die arbeitsteilige Dienstleistung oder Produktion nicht möglich wäre, eine Arbeit, „that gets things back ,on track‘ in the face of the unexpected“, wie Susan Leigh Star für die *articulation work* verdeutlicht (Star 1991: 275). Wie Robin Mohan in Anschluss Davina Allen (2015) schreibt, laufen bei der Pflege „im Prinzip alle Fäden der arbeitsteiligen Organisationsprozesse zusammen; sie sind (sic!) die zentrale Schnittstelle zwischen Patient*in und Organisation. [...] Während alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus die Patient*innen nur in dem partiellen Zuschnitt wahrnehmen, der für sie relevant ist, behalten die Pflegekräfte [...] einen Überblick über die gesamte ‚Laufbahn‘ des*der Patient*in (*care trajectory*) und koordinieren die verschiedenen, auf die Patient*innen zulaufenden Prozesse der Organisation.“ (Mohan 2019: 194)

Häufig sind diese unsichtbaren Gewährleistungsarbeiten auch Vorarbeiten für sichtbare und hoch bewertete sowie anerkannte Arbeiten, etwa diejenigen der Pflegekräfte im Verhältnis zur Tätigkeit der Ärzte im OP (Voswinkel 2011b: 6). Was das im konkreten Alltag bedeutet, wenn etwa die Station wie so oft unterbesetzt ist und alles auf einmal geschehen soll, schildert Frau Leandro anschaulich:

Also zum Beispiel ja, ich bin jetzt allein auf der [*unverständlich*], ja, die Station ist voll mit sehr pflegeintensiven Leuten. Ist schon ein Unterschied, ob jetzt alle sich selber versorgen. Ich muss die alle versorgen, der OP ruft an, ich muss jemand bringen. Das heißt, ich muss den innerhalb der nächsten 5 Minuten bringen, weil die warten ja. Habe aber vielleicht gleichzeitig jemand auf der Toilette und Angehörige steht da und will was von mir wissen. Also den Angehörigen sage ich, ich kann jetzt gerade nicht, ich habe was sehr Wichtiges, den stelle ich dann einfach, weil das geht nicht, weil der will ja dann auch länger reden, die Zeit habe ich ja auch absolut nicht. Ja und den vom Klo muss ich ja auch holen, weil der kollabiert vielleicht, bis ich in den OP gehe. Dann ruft der OP das zweite Mal an, wo bleibt ihr. Wenn jetzt noch jemand da wär, wär das kein Problem. (D-K-14)

Dieses Unerwartete, der dadurch erzeugte Stress, müssen bewältigt werden, und das ohne, dass sie irgendwo festgehalten werden oder Konsequenzen zeitigen. Neben dem Umgang mit dem „Unerwarteten“ beinhaltet die Pflegearbeit aber auch viel an Routinetätigkeiten, die halt einfach erledigt werden müssen, weil dafür niemand anderes da ist, aber keinen Aufmerksamkeitswert besitzen:

Frau Leandro: Weil ich bin ja Mädchen für alles. Ich mache das Medizinische, ich mache die Verbände, ich mache die Infusionen, ich mache die Spritzen, aber ich wasche, ich teile Essen aus, ich muss die Nachttische putzen, ich muss den Ausguss putzen, ich muss Putzämter machen, das heißt einmal im Jahr, zweimal im Jahr muss ich mindestens irgendwelchen Schrank ausputzen. (D-K-14)

Auch sie tauchen nirgends auf, müssen getan werden, damit es nicht zu gefährlichen Situationen oder zu Unordnung kommt, bleiben aber organisatorisch gesehen relativ unsichtbar. Und gerade in der Dienstleistungsarbeit, zu der ja die Krankenversorgung gehört, besteht ein Anerkennungs- und Wertschätzungsproblem, in der meist fehlenden Anschaulichkeit und Sichtbarkeit, da man es ja nicht mit einem „Produkt“, einem materiellen und physisch greifbaren Gegenstand zu tun hat, sondern mit einem „Dienst“, der dem *uno actu*-Prinzip entsprechend im Prozess seiner Erbringung unmittelbar konsumiert wird (Kocyba 2012: 460). Sie erschöpft sich nicht in einer Abfolge separater Handgriffe und Einzelverrichtungen (Kocyba 2012: 464). Man tut dabei vieles gleichzeitig: Während man einer Patientin die Füße wäscht oder sie kämmt (*comfort work*), hört man ihr gleichzeitig zu, tröstet sie (*sentimental work*), gibt ihr Ratschläge für den Alltag nach dem stationären Aufenthalt zuhause, bereitet sie auf anstehende Behandlungen vor (*articulation work*) und – nicht das geringste – man nimmt sich einfach Zeit für sie. Pflegearbeit ist oftmals und nicht zuletzt, weil sie auch *dirty work* (E. Hughes) beinhaltet, Hinterbühnen-Arbeit, um einen Terminus von Erving Goffman aufzugreifen (Goffman 1988: 104), Arbeit, die wir nicht sehen wollen, weil sie unserem Schamgefühl widerstrebt, weil sie potenziell den Behandelten wie den Behandelnden entwürdigt und damit abwertet.

4.7.1 „Sichtbarkeit“ durch Pflegedokumentationssysteme

Im Zuge von Professionalisierungsbestrebungen der Krankenpflege hat man seit Jahrzehnten schon versucht, das pflegerische Handeln stärker zu verwissenschaftlichen, zu rationalisieren und die einzelnen Leistungen der Pflege über eigene Repräsentationssysteme, über so genannte Pflegeklassifikationen bzw. Leistungserfassungssysteme für die Administration sichtbar zu machen. Dazu gehört auch das „Enrolment“ der Pflegekräfte in dieses professionspolitische Projekt. Früher als im deutschen Sprachraum geschah dies in den USA. Wie die Physikerin, Informatikerin und Soziologin Ina Wagner schon 1991 beobachtete, verbindet sich dort „Computereinsatz insbesondere für das Pflegepersonal am deutlichsten mit wachsenden For-

derungen nach Autonomie. Über die explizite Definition ihres breiten, nicht eindeutig abgegrenzten Tätigkeitsfeldes versuchen die PflegerInnen, die Basis für eine eigene Expertenkultur zu schaffen. Systementwicklungen für den Pflegebereich [...] stützen sich auf wissenschaftliche Modelle der Pfl egetätigkeit und pflegerischer Entscheidungsprozesse. Es geht darum, über Pflegeplanungssysteme und Entscheidungshilfen, das Pflegepersonal in systematische Vorgehensweisen nach einem ‚Modell‘ zu sozialisieren und damit eine Tätigkeit von intensiver Subjektivität und Erfahrungsgebundenheit in eine planende und reflektierende zu transformieren“ (Wagner 1991: 285; vgl. auch die Untersuchungen von Timmermans/Bowker/Star 1998; Bowker/Star 1999 zur Nursing Interventions Classification NIC).

Für den deutschen Sprachraum sei das verbreitete System zur Leistungserfassung der Pflege LEP genannt (Maeder 2000, Brosziewski/Brügger 2001). Wie Christoph Maeder, der als gelernter Krankenpfleger und Soziologe selbst an der Entwicklung von LEP mitgearbeitet hat, unter Bezugnahme auf den „negotiated order approach“ von Anselm Strauss schreibt, wurde die Bedeutung eines solchen Dokumentationssystems in den Professionskämpfen des Krankenhauses durchaus gesehen: „Je grösser und komplexer Organisationen werden, desto mehr steigt – soziologisch gesprochen – auch der Bedarf an Legitimationsressourcen zur Durchsetzung von Interessen im innerorganisatorischen, mikropolitischen Aushandlungsspiel über die Wirklichkeit. Dies deshalb, weil Organisationen [...] sich in einem permanenten Prozess der Aushandlung zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen und Professionen befinden, ja befinden müssen. Das Argument wird einsichtig, wenn wir bedenken, dass Spitäler über keine einfachen, von allen Zuständigen und Betroffenen anerkannte, normativ hoch gesättigten und damit selbstverständlichen Erfolgskriterien verfügen.“ (Maeder 2000: 686 f)⁷⁴ Maeder zufolge hat „der Mangel an einer Datenbasis in Zahlenform über das eigene berufliche Tun in der Vergangenheit einerseits zur Etablierung einer Abhängigkeit von Daten der Verwaltung geführt und andererseits verhindert, dass die Pflege – abgesehen von Sonntagsreden – überhaupt als produktiver Faktor in Berichten über vergangene Zeitperioden der Arbeit ausgewiesen werden musste. Zumeist erschienen Angaben über die Pflege auch heute noch fast ausschliesslich auf der Ausgaben- und Kostenseite.“ (Maeder 2000: 690) Dem entspricht auch, dass die Pflege in ihrem Bemühen um Sichtbarkeit „im Vergleich zu den elaborierten Repräsentationspraktiken im ärztlichen Sektor (Diagnosecodierungen, bildgebende Verfahren aller Art, Beschreibungen von Eingriffsarten, Erfolgsquoten, Laborwerte usw.“ als „weiblich dominierte Halbprofession“ nicht mithalten konnte und „über keine ausschliesslich in ihrer Definitionsmacht stehende Konzepte der Repräsentation ihrer Arbeit“ verfügte, wie Maeder schreibt (Maeder 2000: 690), weshalb sie stest Gefahr laufe, „als nicht fassbar und somit auch nicht als eine rationale Handreichungspraxis zu gelten“ (Maeder 2000: 691).⁷⁵ Wie eingangs dieses Kapitels gezeigt

⁷⁴ Das ist freilich vor 2000 geschrieben, und mit dem DRG-System war ja auch, wie in Kapitel 3 gezeigt, intendiert, das zu ändern, indem die DRGs von Industrieingenieuren eben als das „Produkt“ der Organisation Krankenhaus konzipiert wurden, für das sich ein entsprechender „Erfolg“ bei der Erstellung tatsächlich messen und monetär ausdrücken lässt.

⁷⁵ Diese Unsichtbarkeit der Pflege ist damit derjenigen der *invisible technicians* strukturell vergleichbar, die der Wissenschaftshistoriker Steven Shapin schon im 17. Jahrhundert im Labor Robert Boyles am Werke sah, die zwar nicht nur manuelle Arbeiten, etwa bei der Vorbereitung des Materials für Boyles Experimente, verrichteten, sondern auch Beobachtungen und Messungen vornehmen mussten, was aber auf Weisung des Meisters hin geschah und damit der Arbeit des Wissenschaftlers zugeschrieben wurde (Shapin 1989). Wenn sie überhaupt erwähnt werden, dann eher für ihre Dienstfertigkeit und die Geschicklichkeit ihrer Hände, nicht aber für ihr Wissen und ihre Fähigkeit zur Reflexion. Ebenso, so könnte man sagen, wurden in der Vergangenheit die überwiegend weiblichen und „billigeren“ Pflegekräfte für ihr Geschick, ihre Aufopferung und ihre am Patienten geleistete Emotionsarbeit geschätzt und weniger um ihrer Professionalität willen.

wurde, führt genau das dazu, dass die Stellenkürzungen nach Auslaufen der Pflegepersonalregelung und in Vorbereitung auf die „Scharfstellung“ der DRGs im Pflegebereich so massiv ausfielen. Man ging offensichtlich davon aus, dass v.a. hier noch massiv Rationalisierungspotenzial vorhanden sei und eher im „produktiven“ Bereich des ärztlichen Dienstes investiert werden müsse.

In diesem professionspolitischen Kontext muss daher offensichtlich die Etablierung von Leistungserfassungssystemen der Pflege als „Objektivierungsmethoden“ (Bourdieu 1985: 20) gesehen werden. Interprofessionelle Kämpfe im sozialen Raum der Organisation Krankenhaus sind neben Kämpfen um knappe (oder knapp gehaltene) Mittel ganz offenbar auch Repräsentationskämpfe, Kämpfe um das symbolische Kapital der Anerkennung. Indem die einzelnen Tätigkeiten der Pflegekräfte als Kategorien gefasst, in eine Klassifikation aufgenommen und dann jeweils in schriftlicher bzw. digitaler Form festgehalten und einer Kategorie zugeordnet werden, werden sie zugleich der Flüchtigkeit des Augenblicks und der Situationsgebundenheit enthoben. Entsprechend verspricht die Pflegedokumentation der Pflegearbeit mehr Sichtbarkeit und damit zugleich der Gruppe der Pflegekräfte innerhalb der Organisation Krankenhaus und im Zuge des Abrechnungsprozesses mit den Kostenträgern auch darüber hinaus. Mit der Sichtbarkeit steigt auch die Chance, dass der Pflegedienst mittels politischer Arbeit zu einer „realen“ Gruppe wird, die ihre Interessen über Repräsentanten artikuliert (vgl. zu den Repräsentationskämpfen Bourdieu 1985 und Bourdieu 2001).⁷⁶

Die Pflegedokumentation fügt sich der seit dem 19. Jahrhundert schon bestehenden Praxis des Führens der so genannten Kurve am Bett (Hess 2015) hinzu und hat heute natürlich auch andere Zwecke als die immer unterschwellig mitlaufende professionspolitische Funktion. Sie dient der Informationsfixierung bei der Übergabe zwischen den Diensten, bekommt immer mehr Bedeutung bei der Qualitätssicherung und dient in juristischen Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen oder Patienten als Beweismaterial. Das inzwischen überwiegend digital zu erledigende Führen der Pflegedokumentation ist im Krankenhausalltag gewiss oft eine lästige Pflicht, die von der „Basis“ der Pflege widerwillig erledigt wird, sie gehört zum *dirty work* der Pflegekräfte (s. Kapitel 5). Die dafür aufgewendete Zeit steht in Konkurrenz zu der Zeit, die für die „eigentliche“ Arbeit nötig wäre, die Arbeit, die als zentraler Gegenstand, als wesentlicher Sinn der Arbeit gilt (Voswinkel 2011b: 6). Aber es ist, wie unten zu zeigen sein wird, nur die halbe Wahrheit (aber immerhin ein Teil der Wahrheit), wenn Voswinkel schreibt: „Wenn sie ihre „eigentliche“ Arbeit vernachlässigen müssen, empfinden Pflegekräfte dies oftmals als mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit. In diesem Sinne ist der Aufwand für bürokratische Dokumentierungszwänge nicht nur lästig, sondern wird als Ausdruck der Missachtung ihrer „eigentlichen Arbeit“ und ihres professionellen Selbstverständnisses empfunden.“ (Voswinkel 2011b: 6) Insofern kann man auch die Frage stellen, ob die Einführung, Ausweitung und Differenzierung von Dokumentationssystemen nicht auch ein professionspolitisches Projekt von „Pflegeeliten“ darstellt, das vor allem ihre spezifischen Interessen verfolgt und das im von Personalmangel und

⁷⁶ Freilich weisen Wagner 1993 und Bowker/Star (1999: 250) zu Recht auch darauf hin, dass mit der gewonnenen Sichtbarkeit auch ein gesteigertes Potenzial an Kontrolle und eine Einschränkung der professionellen Ermessensspielräume durch die Verwaltung einhergeht.

Zeitdruck geprägten Pflegealltag von der Basis öfters unterlaufen wird, indem tatsächlich Gemachtes nicht dokumentiert bzw. Unterlassenes dennoch dokumentiert wird.⁷⁷

In verschiedener Hinsicht kann man also sagen, dass auch die Einführung von Leistungserfassungssystemen für die Pflege das Problem der mangelnden Anerkennung nicht vollständig zu lösen vermag. Wenn sie dies für die gängigen pflegerischen Tätigkeiten wie etwa die regelmäßige Positionsänderungen des Patienten zur Verhinderung eines Dekubitus oder die Verabreichung von Medikamenten weniger problematisch erscheint, verhält es sich beispielweise ganz anders bei den eher psychologischen Aspekten von Pflege. Wie Ina Wagner schreibt, macht „die Entwicklung von Klassifikationssystemen für bislang nicht formal beschriebene Tätigkeiten wie die Pflgetätigkeit [...] die Probleme der Abstraktion von den lokal relevanten sowie den schwer in allgemeinen Kategorien zu fassenden Aspekten solcher Tätigkeiten deutlich. Wenn nur das sichtbar wird, was explizit beschrieben und klassifiziert ist, entsteht das Problem der „unsichtbaren Arbeit“ – Tätigkeiten, die in Arbeitsplatzbeschreibungen nicht aufscheinen, aber dennoch unerlässlich sind für Durchführung und Qualität der Arbeit.

Die Leitung einer interdisziplinären Privatstation in Krankenhaus I, Frau Grego, betont, wie wichtig die Kodierung in diesem Bereich für die Erlösgenerierung ist. Gleichzeitig wird in ihrer Äußerung aber auch deutlich, wieviel von dem geleisteten *sentimental work* auch hier, ungeachtet allen Dokumentationsaufwandes, weiterhin „unsichtbar“ bleibt (s. oben):

Frau Grego: Man muss bestimmte Sachen nachweisen. Gerade jetzt bei Diabetikern gibt es ja Zuschüsse, wenn man einen diabetischen Schwerpunkt hat, was wir hier im Krankenhaus haben. Also die müssen einfach bestimmte Sachen, die gemacht wurden, nachweisen, dass die auch gemacht wurden, dass sie eben ihr Geld für den Diabetes-Schwerpunkt kriegen. Dann bei onkologischen Patienten gibt es eine palliative Komplexbehandlung, heißt das. Da müssen einfach bestimmte Minuten erbracht sein, damit man da eben den Zuschlag für diese Diagnose noch kriegt. Und gerade palliativ behandelte Patienten, also onkologische Patienten, die einfach nicht mehr zu retten sind, die sind einfach sehr pflegeaufwändig. Das ist, da geht es einfach viel um persönliche Zuwendung. Oder auch wirklich um, dass die sich wohl fühlen mit geringst möglichen Mitteln, ohne dass man sie jetzt permanent stresst. Und es erfordert sehr viel Zeit. Und da sind wir dann natürlich schon auch interessiert, dass man da dafür auch irgendwie ein bisschen Geld kriegt. Aber das muss dann eben auch alles entsprechend dokumentiert werden. Und das ist dann einfach schwer zu formulieren, was habe ich denn jetzt mit dem gemacht? Ich habe nichts gemacht. Ich war halt da. Und man muss dann aber immer was dafür finden, wie man das jetzt, wie man diese Viertelstunde, 10 Minuten, 15 Minuten, 5 Minuten, wie man die begründet. „Waaa, was hat denn die da jetzt so lang da drin gemacht? Sieht doch vorher so aus wie nachher? Was hat denn jetzt die da gemacht?“ Und da muss man eben suchen, „Ja was habe ich gemacht? Ich habe ihm schon geholfen, oder ich habe schon das Gefühl, das war jetzt gut, was ich gemacht habe. Aber wir haben aber eigentlich nicht viel

⁷⁷ Entsprechendes haben Kumbruck und Senghaas-Knobloch in einer empirischen Studie feststellen können: „Zu solchen problematischen Verarbeitungsstrategien gehört beispielsweise eine individuelle, regelabweichende Prioritätensetzung bei den Pflegeaufgaben. So besteht eine widerständige informelle, aber eher seltene Handlungsstrategie darin, die Dokumentation zugunsten der Arbeit am Patientenbett deutlich sichtbar zu vernachlässigen, denn – so ein Pfleger im Krankenhaus: „*Ich lasse die Zettel liegen. Die sterben nicht, die Patienten schon*“ (Kumbruck und Senghaas-Knobloch 2015, S. 128). Eine solche subjektive Verarbeitungsstrategie kann als individueller Hilferuf angesichts eines kollektiven Missstands gedeutet werden. Darauf müsste aber eine offizielle Resonanz in der Organisationskultur entstehen. Eine andere, oft berichtete individuelle Strategie mit der Zeitnot im Krankenhaus umzugehen, besteht allerdings darin, eine pflegerische Maßnahme wie z. B. das regelmäßige Wenden bettlägeriger Patienten zwecks Dekubitusprophylaxe zwar in der Dokumentation aufzuführen, tatsächlich aber zu unterlassen. Wenn dies allgemein bekannt ist, aber stillschweigend vom Kollegenkreis geduldet wird, so verweist das auf ein schweres, organisationskulturelles Problem geduldeter Täuschung.“ (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2019: 155; s. auch Kumbruck 2014) Wie man an den genannten Beispielen sieht, stehen Pflegekräften angesichts der Dokumentation und Kodierung von Tätigkeiten vergleichbare Praktiken des Unterlaufens von Organisationsregeln, der „brauchbaren Illegalität“ (Luhmann 1964) zur Verfügung wie den Ärztinnen und Ärzten (vgl. Kapitel 3).

gemacht“. (D-K-7)

„Arbeit im Hintergrund“, wie jene der Pfleger/innen ist trotz der Modellierungsarbeit von Dokumentationssystemen „verwundbar“, argumentierten entsprechend Susan Leigh Star. Das gilt besonders für das erwähnte *sentimental work* bzw. *emotional labour*, vor allem aber für das *articulation work*: „Background work is vulnerable to oversight in the design of CSCW [Computer Supported Collaborative Work; Anm. A. Pf.] systems, partly as it is diffused through the working process, partly due to the social status of those conducting it, and partly because it requires so much articulation work.“ (Star/Strauss 1999: 21)

Und versucht man, diesen Rest, diese verbliebenen unsichtbaren, aber dennoch ganz basalen Tätigkeiten auch noch zu formalisieren, ergeben sich immer weitere Probleme, wie Geoffrey C. Bowker und Susan Leigh Star in ihren Untersuchungen zum Pflegedokumentationssystem NIC (Nursing Classification System) am Beispiel des Humors aufzeigen:

NIC lists as one nursing intervention „humor“. How can one capture humor as a deliberate nursing intervention? Does sarcasm, irony, or laughter count as a nursing intervention? How to reimburse humor, how to measure this kind of care? No one would dispute its importance, but it is by its nature a situated and subjective action. Since NIC does not contain protocols and procedures for each intervention, a gray area of common sense remains for the individual staff nurse to define whether some of the nursing activities can be called nursing interventions or are worth charting. (Bowker und Star 1998: 217).

4.7.2 Anerkennung der Pflege im DRG-System?

Wie steht es nun mit der institutionellen Anerkennung der Pflegetätigkeiten im DRG-System? Wie in Kapitel 3 gezeigt, fasst das DRG-System Patientengruppen einer medizinischen Diagnose zusammen, deren Behandlung im Krankenhaus einen ähnlichen Behandlungsaufwand nach sich zieht, wofür eine Pauschalvergütung vorgesehen ist. Dabei gilt grundsätzlich, „dass die pflegerische Tätigkeit in jeder DRG Fallpauschale mit einkalkuliert ist“ (Joppek et al. 2013: 23). Das für die Berechnung der Fallpauschalen zuständige InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), dem von den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen die sich im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems ergebenden Aufgaben übertragen wurden, beansprucht nämlich, dass dieser Kalkulation auf der Grundlage der von den so genannten Kalkulationshäusern⁷⁸ (die allerdings keine repräsentative Stichprobe bilden!) nach einem definitorischen Regelwerk erhobenen Daten aller Fälle des laufenden Jahres die real angefallenen Kosten dieser Häuser zugrunde liegen (Volkmer/Petschl/Pühse 2008: 866) – und damit eben auch die Kosten der Pflege. Das entspricht durchaus den Tatsachen, allerdings werden die entsprechenden Personalkosten bislang im DRG-System nicht nach einem wie auch immer zu bestimmenden Bedarf, sondern auf der Basis der Kosten für das tatsächlich vorhandene Personal kalkuliert, und dieses ist nach beinahe einhelliger Meinung zu niedrig, da es seit dem Aussetzen der Pflegepersonalbedarfsregelungen (PPR) im Jahr 1995 keinen gesetzlichen Mindeststandard mehr für die Personalbesetzung der Pflege gibt und entsprechend Stelleneinsparungen vor allem im Pflegedienst vorgenommen wurden (s. oben). Die heutige Stellenbesetzung in der Pflege liegt nach Informationen der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di im

⁷⁸ Das Krankenhaus I gehörte nach Aussage des ehemaligen ärztlichen Direktors zu den Kalkulationshäusern.

Schnitt 20 bis 30 Prozent unter dem ursprünglich während der Geltung der PPR berechneten Bedarf (ver.di 2014).

Zudem vernachlässigen die DRGs, weil sie, wie die Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik betont, „auf *medizinischen* Diagnosen aufbauen, [...] die Tatsache, dass *pflegerrelevante* Zustände der Patienten – auch als *Pflegediagnosen* zu bezeichnen – bei denselben *medizinischen* Diagnosen zu unterschiedlich hohem Pflegeaufwand führen“ (Bartholomeyczik 2010a: 138; die Hervorhebungen stammen von der Autorin). In die gleiche Richtung argumentieren Forscher des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP): Das entwickelte System ist ein diagnosebezogenes Fallgruppensystem. Somit ist der primär ausschlaggebende Faktor der Kodierung, der Gruppierung und der nachgeordneten Finanzierung die medizinische Diagnose, die jedoch nicht einen bestimmten Pflegeaufwand nach sich zieht [...]. Dieser fehlende Zusammenhang erschwert die Kalkulation von homogenen Aufwandsanteilen der Pflege bei einzelnen Patienten oder einer ganzen Patientengruppe“ (Isfort/Weidner 2009: 75).

Dies bestätigt sich auch in empirischen pflegewissenschaftlichen Untersuchungen. Die Homogenität von Pflegekosten und Pflegeaufwand, also der Umstand, dass „Patienten mit denselben DRGs gleiche Pflegekosten und einen gleichen Pflegeleistungsaufwand verursachen“, ist einer Schweizer Untersuchung aus dem Jahr 2006 über 39 Netzwerkspitäler und auf der Basis von 73.930 Fällen denkbar gering. Der Anteil der Pflegekosten an den Gesamtkosten der Fälle streute dort zwischen 8% und 56% bei einem Durchschnitt von 28,5%. Auch zwischen den Spitälern wurden große Unterschiede gemessen (Müller-Staub 2012: 513). Das widerspricht der Annahme, dass mit der Diagnose zugleich der Ressourcenverbrauch für die Pflege bzw. der Pflegeaufwand mitabgebildet wird, nur dann nicht, wenn man annimmt, dass sich Kosten bzw. Aufwand im Lauf der Zeit und bei hohen Fallzahlen den errechneten Durchschnittskosten annähern. Das allerdings trifft nicht für alle Kliniken zu, schon gar nicht für Spezialkliniken oder Stationen, die beispielsweise auf querschnittgelähmte Patienten spezialisiert sind (vgl. Domurath et al. 2011).⁷⁹ Das trifft ebenfalls nicht zu auf Kinderkliniken, vor allem auf solche in der Maximalversorgung, wo sich Schwerst- und Spezialfälle befinden, deren Behandlungskosten aufgrund der geltenden Fallpauschalen häufig nur zu einem Teil erstattet werden.⁸⁰ Für Aufsehen hat daher eine von zahlreichen Elternvereinigungen und Kliniken

⁷⁹ Solche Spezialkliniken oder -abteilungen im Rahmen des DRG-Systems leistungsgerecht zu vergüten, würde die mit hohem Rechenaufwand gefundenen „Forminvestitionen“ (Thévenot 1984; 1986) in Frage stellen, die mühsam versiegelten „Black Boxes“ (Callon/Latour 1981) aufbrechen und die Komplexität des ganzen Systems wiederum erhöhen (vgl. Kapitel 3).

⁸⁰ Was das finanziell bedeutet, lässt sich anhand der Äußerungen Herrn Fröhlichs, der nach seiner Tätigkeit in Krankenhaus I nun im Medizincontrolling einer solchen universitären Kinderklinik arbeitet, ermaßen: „[...] die haben viele Ein-Tages-Fälle, aber die haben auch die Langlieger, herztransplantierte Kinder, die bis zu anderthalb Jahren auf Intensivstation liegen.“ Später fährt er fort: „Es ist ein ganz interessantes Feld, das ich mittlerweile auch, ja, was jetzt die Kinderklinik hier in der Universitätsklinik betrifft, mich einfach nur anschließen kann und sagen kann: Fallpauschalen für die Kinderkliniken, vor allen Dingen für die Kinderkliniken einer Universitätsklinik, sind nicht gerecht. [...] Hier werden genetische Untersuchungen, nuklearmedizinische Untersuchungen gemacht. Das gibt es überhaupt in keiner normalen Klinik. Insofern gibt es hier schon ein Problem bei bestimmten Fallpauschalen, dass einfach die Kosten von vornherein nicht gedeckt sein können. Das ist einfach so. Weil einfach die eingesetzten Diagnoseverfahren schon so teuer sind, aber eine andere Klinik macht es nicht. Aber es gibt dieselbe Fallpauschale. Also, ganz einfaches Beispiel: Gastroenterologie ist ein sehr, sehr großer Schwerpunkt hier. Also Magenspiegelung, Darmspiegelung bei Kindern, das macht kein Niedergelassener, das macht auch kein Zentralversorger. Was hier dann aber zusätzlich gemacht wird, das sind dann halt eben 24-Stunden-Messungen von PH-Wert vom Magensaft, der für bestimmte Erkrankungen bei den Kindern sorgt. Da kostet allein die Sonde 800 Euro. Die Kinder dürfen eine Nacht bleiben. Das heißt, es gibt einen Abschlag. Und wir kriegen für die gesamte Fallpauschale nur 873 Euro mit Abschlag. Damit sind keine Personalkosten gedeckt und auch nicht der Aufenthalt oder die Blutentnahme, die ärztliche Untersuchung et cetera. Also das ist hier wirklich ein Problem in der Kinderklinik, dass die Grenzverweildauern für diese Kinder einfach (...) sind nicht praktikabel.“ (D-K-19)

getragene Initiative gesorgt, die für „Schwerst- und Spezialfälle an den deutschen Kinderkliniken umgehend eine faire und kostendeckende Vergütung [fordert], die sich am tatsächlichen Behandlungs- und Pflegeaufwand orientiert“ (so die Website der Initiative www.ichbinkeinefallpauschale.de/).

Für den deutschen Raum haben Untersuchungen von Bartholomeyczik u.a. ähnliche Ergebnisse wie die Schweizer Studie erbracht (Bartholomeyczik 2007a; Eberl/Bartholomeyczik/Donath 2005). Der für eine kranke Person zu erbringende Versorgungsaufwand bzw. der Pflegebedarf „lässt sich nicht linear von den medizinischen Diagnosen ableiten“ (Müller-Staub 2012: 513), er ist dagegen stark abhängig davon, „wie physisch und kognitiv selbständig sie ihre Alltagsaktivitäten durchführen kann, wie ausgeprägt also ihre Selbstpflegekompetenzen sind.“ (Bartholomeyczik 2010a: 138) Konkret kann man sich das so vorstellen, dass etwa vorliegende Sturzgefahr oder akute Verwirrtheit eines Patienten, die einen erhöhten Pflegeaufwand und eine verlängerte Hospitalisationsdauer nach sich ziehen, keine Symptome einer Ösophagitis sind, für die gemäß der entsprechenden DRG eine mittlere Verweildauer von 4,3 Tagen vorgesehen ist (vgl. die Darstellung des Falles anhand Schweizer Gegebenheiten bei Müller-Staub 2012: 533).

Im Gegensatz zur ärztlichen Diagnose, die in den meisten Fällen kostenrelevant ist, wird so die Pflege aus betriebswirtschaftlicher Sicht „nicht als wertschöpfende Dienstleistung betrachtet, sondern als Kostenfaktor“ (Bartholomeyczik 2010a: 139 sowie Bartholomeyczik 2010b: 212), was sie zusätzlich zu ihrer im Vergleich zum ärztlichen Dienst weniger ausgeprägten Fähigkeit zur „professionellen Selbstverteidigung“ in den Augen der Geschäftsführungen für Rationalisierungsvorhaben prädestiniert. Das System läuft somit dem „Kampf um Anerkennung“ der Pflege schon aufgrund seiner Funktionslogik zuwider, der Pflegedienst kann seinen Beitrag zur Krankenversorgung nicht ausreichend sichtbar machen. Die Pflege wird „in diesem Denken ausschließlich als Unterstützung ärztlichen Handelns wahrgenommen“ und damit faktisch nach wie vor als ‚Heilhilfsberuf‘ begriffen“ (Bartholomeyczik 2010a: 139). Daher ist es für systemtheoretisch argumentierende Autoren auch so schwierig, von der „Pflege als einer eigenständigen systemischen Kontextur“ zu sprechen.⁸¹ Die Arbeit von Pflegekräften besteht vielfach „in paramedizinischen Tätigkeiten bzw. in Aufgaben, welche unmittelbar dem Funktionsbereich der Medizin dienen. Fieber messen und andere diagnostische Routinedaten erheben, die Patientenkurve pflegen, Medikamente austeilen, die Befindlichkeit der Patienten im Blick haben und ggf. den Arzt herbeirufen – all dies gehört zu Tätigkeiten, die im Sinne des medizinischen Codes weiterhin primär an der Krankheit orientiert sind“ (Vogd 2011:76 f).

Das Pflegepersonal bleibt damit ‚Heilhilfsberuf‘, oder wie es die § 278 und § 831 des Bürgerlichen Gesetzbuches ausdrücken: „Erfüllungsgehilfe“ bzw. „Verrichtungsgehilfe“ des vom ärztlichen Dienst besorgten Kerngeschäfts des Krankenhauses (Bär/Starystach 2017: 387), und dient immer wiederkehrend als Rationalisierungsreservoir: Angesichts dessen war es also soziologisch recht unwahrscheinlich, dass das DRG-System das „Interessement“ der Pflegenden hat wecken und ein „Enrolment“ bewirken können. Es ist für sie in den ersten Jahren seit seiner Einführung in Deutschland schlicht nirgends ein Ansatzpunkt zu finden gewesen, der das System, so, wie es rein auf ärztliche Diagnose- und Behandlungsprozeduren hin konzipiert war, für sie zu einem *going concern* machen konnte, zu einem Spiel, in dem es sich für sie

⁸¹ Vgl. für einen solchen Versuch Behrens 2009.

mitzuspielen lohnte. Erst recht gilt dies für die „unabweisbar nötige, aber weitgehend unsichtbare und nicht formalisierbare Interaktionsarbeit“, die „von der klinisch-pflegerischen Außenwelt in ihrer Fach- und Zeitgebundenheit nicht anerkannt [wird].“ Entsprechend gebe es dafür, so Christel Kumbruck und Eva Senghaas-Knobloch, „keine Spalte dafür in der Dokumentation der Leistungen, sog. Fallpauschalen und Diagnosis-related-Groups (DRGs) im Krankenhaus sowie Pflegegrade in der Altenpflege sahen bisher keine Entgelte für Interaktionsarbeit vor.“ (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2019: 146)

Nichtsdestotrotz hat sich aus der Pflegewissenschaft heraus eine Strategie entwickelt, einen Fuß in Tür des Systems zu bekommen und dadurch im Tausch gegen die institutionelle Anerkennung des spezifischen Beitrags der Pflege im Rahmen des DRG-Systems eine Mitspielbereitschaft zu signalisieren.

Im Rahmen vielfältiger Professionalisierungsbemühungen für die Krankenpflege lassen sich mehrere mit dem DRG-System zusammenhängende Forderungen als Elemente dieser zentralen Strategie auffassen: zunächst die Forderung nach der Anerkennung des Umstands, dass „pflegerische Versorgung noch andere Anlässe hat als die Krankheit im Sinne einer medizinischen Diagnose und die Unterstützung der ärztlichen Therapie.“ Damit bewegt sich die Pflege zunehmend „auf eigenen Füßen“ in einem medizinfreien Raum. Und wie Monika Hutwelker unter Bezugnahme auf die Oevermann'sche Theorie professionalisierten Handelns richtig bemerkt, zeigt sich, dass „je weiter sich das Pflegehandeln aus dem medizinischen Handlungsraum entfernt, desto professionalisierungsbedürftiger ist es, bzw. je näher es dem Handlungsraum der Medizin kommt, desto weniger ist das Handeln professionalisierungsbedürftig“ (Hutwelker 2016: 153). In diesem Sinne und um professionelle Eigenständigkeit und Autonomie zu erlangen und – damit verbunden – das Joch der Subordination unter ärztliche Weisungen abschütteln zu können, muss sie also eigene Ziele verfolgen. Diesen entsprechend ginge es pflegerischem Handeln „immer auch um die Folgen einer Krankheit, um den Umgang [des Patienten; Anm. A Pf.] mit dem Kranksein und die Folgen der Therapie“. (Bartholomeyczik 2011: 320). Allerdings lässt sich für die Pflege nur schwer feststellen, ob der Patient ausreichend auf die Folgen der Therapie und auf Bewältigung des Alltags nach dem stationären Aufenthalt vorbereitet werden konnte. Ob also die Bemühungen des pflegerischen Handelns erfolgreich in diesem Sinne waren, lässt sich, da es in der Regel – anders als zwischen den niedergelassenen Ärzten und den behandelnden Ärzten im Krankenhaus – keinerlei Rückmeldung gibt, nicht eindeutig feststellen.

Aus der oben genannten ersten Forderung ergibt sich die zweite, nämlich nach der Etablierung eigenständiger Pflegediagnosen, an denen eigenständiges pflegerisches Handeln ansetzen muss. Die „Anerkennung“ des daran anknüpfenden Handelns im DRG-System setzt aber wiederum die wissenschaftlich fundierte Entwicklung von Pflegeindikatoren voraus. Gewiss existiert, wie oben schon gezeigt, schon sehr lange die Pflegedokumentation, die ja auch ein Aufschreibesystem der geleisteten pflegerischen Arbeit darstellt. Die Pflegeforscher Michael Isford und Frank Weidner betonen konsequent, dass die „von Pflegekräften vorgenommene Pflegedokumentation [...] durch die DRG-Einführung abgewertet [wurde], weil in ihr keine erlösrelevanten Inhalte mehr kodiert wurden (Isford/Weidner 2009: 80).

Der Pflegewissenschaftlerin Maria Müller-Staub zufolge könnte mit Pflegediagnosen auf der Basis der elektronischen Pflegedokumentation, die mit den DRGs verbunden würde, „ein Problem der heutigen

Pflege, [...] das immer offener zutage tritt“, angegangen werden: „das Problem der Unsichtbarkeit pflegerischer Probleme, Handlungen und Handlungsergebnisse.“ Zugleich würden der „Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereich der Pflege deutlich“ und die „professionelle Autonomie gesteigert.“ (Müller-Staub 2012: 515) Erst mit der Anbindung solcher Diagnosen bzw. Indikatoren an das Fallpauschalensystem und der damit verknüpften eigenständigen und substanziellen Entgeltrelevanz pflegerischen Tuns könnte sich also aus der gewonnenen institutionellen Sichtbarkeit eine professionelle Anerkennung ergeben – freilich wiederum eine Anerkennung, die, so könnte man kritisch einwenden, Tauschwert- und nicht Gebrauchs-wertbezügen entspringt... Ein Problem also, das man in der Forschung zur Einführung von Pflegeleistungserfassungssystemen in den USA schon in den 1990er Jahren erkannt hatte, wie Ina Wagner schreibt:

Bereits in den frühen 90er Jahren zog Roslyn Feldberg in den USA eine Parallele zwischen der Einführung der DRG (Diagnostic Related Groups) und der Entwicklung computerunterstützter Pflegedokumentationssysteme. Sie argumentierte, die Vergütungskriterien der Sozialversicherungen lenkten die ärztliche Praxis stärker auf komplexe technische Verfahren als auf die umfassende Dokumentation von Krankheitsverläufen, um zu fragen: „Wird das ‚costing out‘ von pflegerischen Leistungen einen ähnlichen subtilen Druck erzeugen? Welche Kategorien von Interventionen werden ‚verrechenbar‘ und wer wird dies entscheiden? Wenn ‚back rubs‘ und Gespräche mit den Patienten niedriger veranschlagt werden als Injektionen und IVs, werden Pfleger/innen dann noch frei sein zu entscheiden, wie sie für ihre Patienten sorgen wollen?“ (Feldberg 1990a: 43, zit. nach Wagner 2006: 191)

Sehen wir uns im Folgenden daher am Beispiel des so genannten Pflegekomplexmaßnahmenscores (PKMS) an, welche Wirkung ein erster Versuch, die Pflege als eigenständigen, entgeltrelevanten Faktor im deutschen DRG-System zu „installieren“, erzielt hat.

4.7.3 Ein gescheiterter erster Schritt zur Anerkennung der Pflegetätigkeit – „Pflegeförderprogramm“ und „PKMS“

Im Jahr 2007 hatte der Deutsche Pflegerat (DPR) eine Projektinitiative zur „adäquaten Abbildung des Pflegeaufwands im G-DRG-System durch die Pflegeindikatoren“ gestartet, für die die eben zitierte Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik einen Forschungsantrag formuliert hatte. Dem Projekt blieb allerdings die Förderung versagt. Allerdings legte 2008 die damalige Bundesregierung – nicht zuletzt auf eine Demonstration von 100.000 Krankenhausbeschäftigten in Berlin hin – ein so genanntes „Pflegeförderprogramm“ als Sofortmaßnahme auf, durch das zusätzliche Personalmittel für die Pflege in den Krankenhäusern bereitgestellt werden sollten. Das Ziel war die Schaffung von 17.000 neuen Pflegestellen in den Krankenhäusern bis 2011, die zu 90% von den Krankenkassen für 3 Jahre finanziert waren, eine Maßnahme, die von manchen als reine Symptombehandlung kritisiert wurde. Die Mittel wurden seitens der Krankenhäuser allerdings über Jahre nicht ganz ausgeschöpft, da entweder entsprechend qualifizierte Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt nicht disponibel waren oder wegen geplanten Stellenabbaus ohnehin seitens der Krankenhäuser keine Aufstockungen vorgesehen waren. Allerdings wurde damit der Trend zum Abbau von Stellen im Pflegebereich gebremst und in Maßen sogar umgekehrt. Es wurden den Angaben des GKV-Spitzenverbandes zufolge zwischen 13.600 und 15.300 Stellen neu geschaffen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2014: 4), nach Angaben von Simon ca. 15.000 Vollzeitstellen (Simon 2015: 13f). Letzterer kritisierte allerdings, dass „offenbar ungefähr die Hälfte der neu geschaffenen Stellen gar nicht im Pflegedienst der

Stationen geschaffen worden [war], sondern im so genannten Funktionsdienst (OP, Anästhesie, Ambulanzen, Röntgen etc.). Dies war zwar legal, entsprach aber nicht der Intention des Gesetzgebers, der die Pflege auf Station stärken wollte.“ (Simon 2015: 13f) Das Gesetz hatte zwar vorgegeben, dass die Mittel nur für dreijährig ausgebildetes Pflegepersonal verwendet werden dürften, enthielt aber keinerlei Vorgaben zum Arbeitsbereich dieses Pflegepersonals. Und so kam es, dass aus den Mitteln des Programms neben Stellen im Funktionsdienst auch diejenigen von Kodierfachkräften im Medizincontrolling geschaffen wurden, solange eben diese Stellen mit dreijährig ausgebildeten Pflegekräften besetzt wurden (Simon 2015:14, Fn. 4). Entscheidend ist jedoch für das hier verfolgte Forschungsinteresse, dass als weiterer Bestandteil des Pflegeförderprogramms ab 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetz gänzlich über das DRG-System an die Krankenhäuser verteilt werden sollten. Innerhalb kurzer Zeit wurde in den Prozedurenkatalog ein neuer OPS-Schlüssel eingeführt (OPS 9-20), durch den hochaufwendige Pflege, differenziert nach Alter der Patienten (Erwachsene: 9-200, Kinder/Jugendliche: 9-201, Kleinkinder: 9-202), vergütet werden sollte. Beabsichtigt war damit, im Rahmen des DRG-Systems eine zielgerichtete Vergütung für die Bereiche im Krankenhaus, in denen ein erhöhter pflegerischer Aufwand besteht, zu gewährleisten. Damit wurde bei der Pflege die Hoffnung geweckt, dass mit dem OPS 9-20 endlich auch ihre Leistungsperspektive berücksichtigt wird und sie nicht mehr nur als Kostenfaktor erscheint. Allerdings wurde die Möglichkeit der Abrechenbarkeit auf Patienten auf „Normalstationen“ beschränkt, d.h. beispielweise nicht auf Intensivstationen, Intermediate-Care-Stationen oder Stroke Units, dies mit der Begründung, dass die dort behandelten Patienten keine „Normalpatienten“ seien. Es wurde jedoch nicht definiert, was den „normal aufwändigen Patienten“, der als Referenzwert dient, auszeichnet. Zudem wurde kritisiert, dass das Ziel, Verteilungsgerechtigkeit zu Gunsten von Häusern oder Abteilungen mit hohem pflegerischem Aufwand herzustellen, nicht erreicht wurde, da „nur ein Teilbereich erfasst [werde], in dem besonders aufwändige Pflege stattfindet“ (Schanz/Leonteva 2012: 59). Die Berücksichtigung besonders schwerer Fälle im DRG-System war deshalb auch ein erklärtes Ziel der PKMS-Einführung, weil man eine negative Risikoselektion für die betroffenen Patientengruppen auszuschließen suchte (Leber/Vogt 2020: 115).

Da in einem Fallpauschalensystem eine Leistungsvergütung nur unter der Bedingung möglich ist, dass Leistungen entsprechend erfasst und dokumentiert werden, wurde für den OPS 9-20 ein so genannter Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) geschaffen, der zum einen zustandsbezogene Indikatoren, also auslösende Gründe für hochaufwendige Pflege, zum andern handlungsbezogene Indikatoren, d.h. eine Erfassung der entsprechenden Pflegeinterventionen beinhaltet (Klein et al. 2012: 178). Damit die Voraussetzungen für die niedrigste OPS-Stufe und damit für eine Vergütung gegeben sind, muss über den Score ein Punktwert von 43 aus einer Kombination von Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung, Bewegen/Sicherheit und Interaktion/Kommunikation erreicht werden, wobei pro Tag maximal 13 Punkte generiert werden können, „was jedoch“, so der stellvertretende Pflegedirektor eines freigemeinnützigen Krankenhauses, „auf Grund der hohen Anforderungen für das Erreichen der Einstufungskriterien in den einzelnen Leistungsbereichen sehr unwahrscheinlich ist.“ (Mai et al. 2011: 46) Die Hürde wurde – politisch gewollt – also sehr hoch gelegt, es sollten von vornherein maximal 5% der Patienten als

hochaufwändig gelten (vgl. Simon 2015: 33). Damit spielten die Patientenverweildauern eine ausschlaggebende Rolle für die Abrechnungsfähigkeit des PKMS. Und diese sollten ja mit der Einführung des DRG-Systems sinken, was sie nachweislich ja auch taten. Bei gesunkenen Verweildauern sinkt aber die Chance, den Punktwert zu erreichen, obendrein findet ja auch bei Nicht-Erreichen der 43 Punkte an den erfassten Tagen eine hoch aufwändige Pflege statt, die nicht vergütet werden kann. Ein klassischer Zielkonflikt und nach der Logik des DRG-Systems ein Fehlanreiz entstehen also, so die Kritik aus der Pflegewissenschaft, wenn Einrichtungen, die durch eine optimierte Patientensteuerung ihre Verweildauern haben senken können, durch das System negativ sanktioniert werden (Mai et al. 2011: 46).

Der damit einhergehende bürokratische Aufwand für die Pflegekräfte führe daher, so das Urteil von Pflegedirektoren eines anderen freigemeinnützigen Klinikums, „im praktischen Alltag zu einer deutlichen Mehrbelastung in der Dokumentation“, wobei nicht sicher sei, „ob die erzielbaren Erlöse die damit verbundenen Kosten decken“ können (Schanz/Leonteva: 2012: 60). So muss etwa eine Maßnahme, die von zwei Pflegekräften durchgeführt wird, auch von beiden im PKMS-Bogen gesondert mit Uhrzeit abgezeichnet werden. Einige Kliniken hätten zudem die PKMS-Dokumentation losgelöst von der Regeldokumentation eingeführt, so dass es zu einer Doppeldokumentation komme. „Die Dokumentationsmöglichkeiten und die daraus resultierende Einstufung sind oftmals zu komplex oder unübersichtlich gestaltet. An diesem Punkt wird die Bearbeitung der Dokumente für viele Pflegekräfte eher zu einer Belastung als zu einer Entlastung.“ Daraus entwickle sich „nicht selten eine ablehnende Haltung gegenüber dem PKMS (Joppek et al. 2013: 24). Es ist insofern nicht überraschend, dass der Anteil von PKMS-Fällen an allen vollstationären Fällen in diesen drei OPS-Codes 2013 nur 1% betrug (Simon 2015: 33).

Da die in den ersten drei Jahren durch das Pflegesonderprogramm von 2008 erfolgte und an den Nachweis der Schaffung zusätzlicher Pflegestellen geknüpfte Finanzierung seit 2012 über das DRG-System erfolgt und es nun der Krankenhausverwaltung überlassen bleibt, wofür die erwirtschafteten Mittel verwendet werden – immerhin bringt der PKMS, seitdem er im Jahr 2013 in zwei Stufen gesplittet wurde, auf der ersten Stufe (≥ 43 Punkte) 1.110,50 Euro, auf der zweiten Stufe (≥ 130 Punkte) 2.229,68 Euro an zusätzlichen Erlösen in Form eines Zusatzentgelts⁸² (Joppek et al. 2013: 24) –, bestehe „die Gefahr, dass Pflegestellen, die durch das Programm geschaffen wurden, wieder reduziert und die Mittel in andere Bereiche des Krankenhauses transferiert werden.“ (Schanz/Leonteva: 2012: 61) Für Häuser, in denen dies geschieht, verwandelt sich diese „einmalige Chance“ für die Pflege – so das Unternehmen, das den PKMS entwickelt hat – in einen Pyrrhus-Sieg, der die in den Interviews (s. unten) zum Ausdruck kommende Motivation bezüglich des PKMS schnell zunichtemacht.

Letztlich fallen die Bewertungen des PKMS also im Großen und Ganzen negativ aus. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe spricht in einer seiner Handreichungen zum PKMS das generelle Problem von gedeckelten Budgets an. Es wird nicht eine real erbrachte Leistung kostendeckend vergütet, sondern eine Umverteilung von begrenzten Mitteln bewirkt, deren Höhe für das Krankenhaus bzw. die betreffende

⁸² Bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen sind es gar bis über 6.000 €.

Abteilung nicht einschätzbar ist: „Die zur Verfügung stehenden Mittel aus dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG 2009) für die Vergütung hochaufwendiger Pflege sind begrenzt und das Budget dafür gedeckelt. Je häufiger der OPS 9-20 kodiert wird, desto geringer wird das Entgelt. Daher findet derzeit nur eine Umverteilung der finanziellen Mittel statt. Es ist aus berufspolitischer Perspektive zu konstatieren, dass für den pflegerischen Bereich im Krankenhaus durch die Einführung der OPS 9-20/PKMS keine nachhaltige Entlastung erreicht wurde.“ Viele Krankenhäuser haben sich auf Grund der Komplexität und des erforderlichen Aufwands von der Erfassung und Abrechnung des PKMS verabschiedet. In vielen Fällen stand der Aufwand nicht in Relation zum Ertrag. Und schließlich hat sich laut einer Pressemitteilung der Deutsche Pflegerat, die Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, eine Organisation der Berufsverbände im Pflegewesen, der sich von Anfang an konstruktiv in die Entwicklung des PKMS engagiert hatte, aus der weiteren Ausgestaltung des PKMS zurückgezogen. Gestartet sei man „nach dem zweiten Pflegegipfel des Bundesgesundheitsministeriums mit dem Ziel, innerhalb der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege ‚hochaufwendige Pflege‘ im Krankenhaus zu erfassen und im Rahmen der Vergütung ab dem Jahr 2012 abrechnen zu können und somit eine Nachhaltigkeit für das Pflegestellenförderprogramm zu erzielen. Dieses Ziel wurde allerdings nicht erreicht.“ (Deutscher Pflegerat 2014)

Allerdings muss man zur Ehrenrettung des Pflegeförderprogramms und der PKMS ins Feld führen, dass diese gezeigt haben, wie mittels Gesundheitspolitik kompetenzrechtlich und rechtstechnisch tatsächlich in die Binnenstruktur von Krankenhäusern gesetzgeberisch eingegriffen werden kann. Die gesetzliche Regelung sah nämlich vor, dass „die Krankenhäuser die zweckentsprechende Verwendung der Mittel durch ein Testat ihres Wirtschaftsprüfers nachweisen müssen“. Dem Pflegeforscher Michael Simon zufolge ist es also „nicht eine Frage gesetzgeberischer Kompetenzen, sondern allein eine Frage des politischen Willens, ob die Politik zur Durchsetzung sozialer Ziele auch in die Binnenstrukturen von Krankenhäusern ‚hineinregiert‘“ (Simon 2014:173).

Zu ergänzen ist, dass zum 1. Januar 2016 nochmals eine Prozedurencode für Pflegebedürftigkeit in den OPS-Katalog eingeführt, über den der vorliegende Pflegegrad eines Patienten zukünftig erlösrelevant abgebildet werden soll (Mohan 2019: 169). Und das ebenfalls zu diesem Termin in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) enthält wiederum ein Pflegestellen-Förderprogramm mit einem finanziellen Umfang von bis zu 660 Millionen Euro für den Zeitraum 2016 bis 2018 sowie nochmals bis zu 330 Millionen Euro dauerhaft pro Jahr für zusätzliches Pflegepersonal. Man hat dieses Mal aus den Fehlern des Förderprogramms von 2012 gelernt, insofern nun bei Neueinstellungen oder der Aufstockung von Teilzeitstellen für Pflegepersonal 90 Prozent der zusätzlichen Personalkosten nur dann gefördert werden, wenn diese Stellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen geschaffen werden (Albrecht et al. 2017: 92).

Es ist nicht verwunderlich, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft Lobbyaktivitäten zur Abschaffung des PKMS entfaltet hat. Der Grund dafür liegt allerdings vor allem an den dauernden Auseinandersetzungen im Zuge der durch die Krankenkassen in die Wege geleiteten Abrechnungsprüfungen, die aufgrund der relativ hohen Zusatzkosten durch den PKMS in großem Umfang entsprechende Fälle durch den MDK überprüfen lassen (vgl. dazu Kapitel 7).

Auch nach dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (s. unten), durch das die Pflegepersonalkosten außerhalb des DRG-Systems vergütet werden sollen,⁸³ bleibt der PKMS bestehen (Leber/Vogt 2020: 135). Man hätte, wie Leber/Vogt schreiben, vermuten können, dass sich der Code für den PKMS erübrigt, weil der Aufwand für die Pflege nun außerhalb des DRG-Systems vergütet wird. „Analysen des InEK haben jedoch gezeigt, dass der PKMS auch im verbleibenden DRG-System über 100 Mio.€ triggert. Offenbar ist aufwendige Pflege auch ein Indikator für insgesamt aufwendige Fälle, was sich in zusätzlichen Materialkosten und verlängerter Verweildauer niederschlägt.“ (Leber/Vogt 2020: 135) Allerdings belaufen sich diese Kosten für Material und Liegezeiten nur noch auf ein Viertel der ursprünglichen Kosten, da die im Pflegebereich anfallen rund drei Viertel der Kosten ja nicht mehr DRG-relevant sind.

4.8 Wirtschaftlichkeit und Ökonomisierung: Der Einfluss wirtschaftlicher Ziele auf pflegerisches Handeln

Im ersten Teil dieses Kapitels wurden die Veränderungen der Pflegearbeit im Krankenhaus überwiegend anhand einiger einschlägiger Studien summarisch betrachtet. Diese kommen zu dem Schluss, dass sich in den Bereichen Beschäftigung, Arbeitsbelastungen, Arbeitszeit, Entlohnung und Qualität der Pflege in den vergangenen 30 Jahren vieles zuungunsten der Pflegekräfte verschoben hat, eine Entwicklung, die häufig mit der Ökonomisierungsdiagnose konzeptuell gefasst wird. Allerdings wird auch deutlich, dass sich diese Entwicklungen nicht allein der DRG-Einführung, sondern der auch zuvor schon verfolgten Kostendämpfungs politik im Gesundheitswesen zuschreiben lassen. Prinzipiell darf man nicht davon ausgehen, dass Kriterien der Effizienz und der Effektivität im Gesundheitswesen erst ab einem bestimmten Zeitpunkt eine Rolle gespielt hätten – eine Annahme, zu der viele kommen, die als Ökonomisierung verstehen, „was an ökonomischen Maßstäben ausgerichtet und bemessen wird“, wie Ullrich Bauer erinnert. „Genau mit diesem Versuch seiner Handhabung aber wird der Ökonomisierungsbegriff unscharf. Zumindest dann, wenn damit ein Instrument zur analytischen, also auch zur zeitlichen Differenzierung unterschiedlicher Systembedingungen bereitgestellt werden soll. Letztlich wird genau auf diese Weise der gängige Fehlschluss provoziert, nach dem das Gesundheitswesen vor dem Zeitpunkt seiner Ökonomisierung nicht an Kriterien der Effizienz und Effektivität ausgerichtet gewesen sei.“ Eine solche Annahme übersehe, „dass ökonomische Kalküle in der Entwicklung des Gesundheitswesens keineswegs ein gänzlich neuartiges Phänomen der letzten zwei bis drei Jahrzehnte bezeichnen“, sondern „Kriterien der Effizienz und Effektivität kontinuierlich und über eine lange Dauer hinweg im Vordergrund gestanden haben.“ (Bauer 2007: 99f). Nichtsdestotrotz können die vergangenen 30 Jahre als Phase eines tiefgreifenden Ökonomisierungsschubs angesehen werden.

Den Pflegenden, das zeigte sich in den von uns geführten Interviews, sind die oben genannten und für ihre Arbeitsbedingungen problematischen Folgewirkungen des Fallpauschalen-Systems durchaus präsent, auch wenn sie dessen Funktionsweise nicht im Detail kennen oder benennen können.

⁸³ Durch das am 1. Januar 2019 in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) (<http://dipbt.bundestag.de/extra/aktuell/WP19/2385/238521.html>) wurde die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und eine Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt, wobei die DRG-Berechnungen um die Pflegepersonalkosten bereinigt werden (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html>).

Manche nehmen eindeutige Zuschreibungen der konkret wahrgenommenen längerfristigen Veränderungen insbesondere auf die Einführung und Verallgemeinerung der auf Fallpauschalen basierenden Abrechnung von Krankenhausleistungen vor. Sie sind auch imstande, ungeachtet der „sukzessiven Intrusion der Ökonomie in das Feld der Pflege“ (Becker et al. 2017: 523)⁸⁴ annäherungsweise den Zeitpunkt der dadurch ausgelösten Veränderungsprozesse zu datieren, nämlich auf das Jahr 2005, in dem die so genannte Konvergenzphase vor der endgültigen „Scharfstellung“ des DRG-Systems im Jahr 2010 einsetzte:

Frau Grego: Dass man da stärker Druck ausübt, das war so, ha, ich sage jetzt mal, sechs Jahre, fünf, sechs, sieben Jahre.

I1: Und mit was hängt es zusammen, dass da...? (...)

Frau Grego: Ah, das kann ich jetzt nicht so genau sagen. Aber ich denk', dass eben die, äh, also ich denk' schon, dass das mit dieser Fallpauschalenabrechnung einfach zusammenhängt. Also ich weiß jetzt nicht, weiß gar nicht, wann die eingeführt wurde, aber... (D-K-7)⁸⁵

Zahlreiche der im Verlauf der Untersuchung befragten Personen äußern sich jedoch nur diffus oder gar nicht über die Wirkungszusammenhänge von politischen Entscheidungen hin zu den konkret wahrnehmbaren Veränderungen ihrer Arbeitsanforderungen und -bedingungen. Sie stellen eine Intensivierung und Verdichtung ihrer Arbeit, die Zunahme der Dokumentationserfordernisse, die Personalknappheit usw. fest, v.a. ist den Befragten in Krankenhaus I aber das Damoklesschwert der Übernahme ihres Hauses durch einen privaten Klinikkonzern, die zur Zeit der Erhebungen durchaus im Gespräch war, bewusst. Das bedeutet jedoch nicht, dass man im Gedankenspiel, ob man sich vorstellen könnte, auch im Haus eines privaten Klinikkonzerns zu arbeiten, diese Option vollkommen ausschließt. Viel mehr herrschen ambivalente Ansichten vor und es ist nicht die Trägerschaft an sich, die als Ausschlusskriterium gesehen wird. Die Äußerungen der Leitung der aus einer Fusion hervorgegangenen interdisziplinären Privatstation, Frau Grego, kann man als typisch für die befragten Pflegekräfte ansehen, weshalb sie im Folgenden etwas ausführlicher zu Worte kommen soll.

Sie weiß etwa über Bekannte, dass die Gewinnorientierung in privatisierten Häusern negative Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und auch auf die Pflegequalität habe:

Frau Grego: [...] Also wie gesagt, die Kollegen aus den Privatkliniken, die ich kenne, also da isses schon, herrscht schon echt ein raues Klima. Oder...

I1: Also auch unter den Mitarbeitern untereinander?

Frau Grego: Ja, ja. Schon.

I2: Können sie sagen warum?

I1: Ja. Sind das andere Typen von Leuten, die da eher hinkommen, oder?

Frau Grego: Mmh, das nicht. Aber, da geht's halt wirklich nur, „Ich gehe zum Arbeiten Geld zu verdienen und gehe heim, pünktlich. Und dann ist mir egal was noch passiert.“

I2: Aber warum ist das so? Also, [an was könnte das liegen?]

⁸⁴ Der Begriff der Intrusion entstammt der Feldtheorie Bourdieus und wird in seinem Buch „Sur la télévision“ (Bourdieu 1996: 88 ff; dt. Übers. „Über das Fernsehen“ 1998) näher ausgeführt.

⁸⁵ Das Interview wurde noch im Jahr 2011 geführt.

Frau Grego: [unterbricht] [Ah, ich denk', da ist schon] schon der Kostendruck von oben einfach noch mal stärker. (D-K-7)

Bei den Privaten sei aber die technische Ausstattung moderner und die Rationalisierung von Abläufen und Personaleinsatz sei v.a. in Gestalt von die Pflege unterstützenden Servicekräften weiter vorangetrieben, was natürlich eine gewisse Entlastung bietet. Allerdings geht das wiederum auf Kosten der Ausstattung mit examinierten Pflegekräften:

Frau Grego: Also ich habe schon Austausch mit Leuten, die in einer Privatklinik arbeiten. Und der Konsens ist einfach, dass Personal massiv gekürzt wird.

II: [unterbricht] [Bei denen auch?]

Frau Grego: [Dass einfach mehr] Servicepersonal eingestellt wird, dass eben gerätetechnisch aufgerüstet wird, dass einfach modernere Geräte CT, MRT, irgendwelche Ultraschallgeräte, die moderner sind. Dass das einfach von der technischen Leistung her besser ist. Dass es aber von der personellen Ausstattung her, was jetzt examinierte, 3-jährig-examinierte Krankenpflegekräfte ist, in keinster Weise einfach besser ausgestattet ist. Sie haben mehr Servicepersonal. Und bei uns ist einfach sehr wenig bis gar kein Servicepersonal. Also wir machen von Essen austeilen, Putzarbeiten. Also mache ich als Leitung auch. Das ist einfach. Wir haben keinen Service. Wir haben keine Stationssekretärin, wir haben keine Stationshilfen. Wir haben, also wir sind alles examinierte Krankenschwestern und -pfleger, die einfach alles machen. Also wir putzen auch die unreinen Arbeitsräume. Wir putzen die Küchenschränke aus. Wir putzen die Medikamentenschränke aus. Wir machen Lagerarbeiten. Also wir müssen das halt alles machen. (D-K-7)

Überhaupt lehnt die überwiegende Mehrheit der Befragten eine Gewinnorientierung im Gesundheitswesen ebenso ab und verneint, dass es eine Ungleichbehandlung von Patienten hinsichtlich der Pflegequalität gebe, was sich deutlich bei den Beschäftigten zeigt, die auf der oben schon erwähnten aus einer Fusion hervorgegangenen neu gebildeten interdisziplinären Privatstation eingesetzt sind.

Frau Grego: Also wir haben jetzt wirklich 2-Bett, 1-Bett-Zimmer. Wir haben einen Kühlschrank im Zimmer. Wir haben eben vom Badezimmer her ein bisschen höhere Ausstattung. Wir haben, ja, es sind Kleinigkeiten, die man eben von außen betrachtet. Die Türklinken sind nicht Plastik, sondern Metall. Also es ist dann schon, man sieht es einfach, dass das eben hochwertig ist in der Verarbeitung. Und von der Versorgung her würde ich jetzt mal behaupten, dass unsere Teams auf anderen Stationen genau so arbeiten würden. Der Anspruch an einen, an sich selbst, der ist einfach sehr hoch. Der wäre aber überall hoch. Das ist jetzt nicht, weil's Wahlleistungs-Patienten sind oder. Es ist eben so, dass im Moment das auch noch nicht so genau getrennt wird. (D-K-7)

Der Anspruch jedoch an die eigene professionelle Arbeit, also trotz widriger Umstände ein durchgehend hohe Pflegequalität zu gewährleisten, ist für die Pflege aber durchaus typisch und es zeigt sich darin eine für das Ethos des öffentlichen Dienstes typische Orientierung. Überraschender Weise kontrastiert dies jedoch damit, dass niemand von den Befragten äußerte, er oder sie es würde es ausschließen, in einem von einem privaten Träger geführten Krankenhaus zu arbeiten. Ausschlaggebende Kriterien seien eher die dort herrschenden Arbeitsbedingungen und vor allem, „ob das Team stimmt“. Frau Grego steht hier wieder stellvertretend für ihre Kolleginnen, die ähnlich auf die Frage antworten, ob sie auch für einen Konzern arbeiten würden, der Gewinne für Aktionäre erwirtschaftet. Aber sie differenziert auch danach, ob sich unter solchen Bedingungen die professionellen Standards aufrechterhalten lassen:

Frau Grego: [unterbricht] [Also von nur allein von der] betriebswirtschaftlichen Seite? Das, ich müsste mir das angucken. Also für mich ist wirklich die persönliche Ebene die wichtigere.

II: Ja. Also es wäre jetzt nicht ausgeschlossen?

Frau Grego: Es wäre nicht ausgeschlossen (hier?). Wenn die mit ihrer Gewinnerwirtschaftung gleichzeitig das hinkriegen, dass ich eben gut meine Arbeit machen kann, dass meine Rahmenbedingungen stimmen, dass ich eben meine, in meiner Arbeitszeit das erfüllen kann, was vorgegeben ist. Dann wär das, also ist das für mich nicht. Also ich bin jetzt da nicht so fundamentalistisch, dass ich sage, "Wer Gewinne erwirtschaftet, ist eindeutig schlecht." (D-K-7)

Die schon mehrfach erwähnte 48-jährige langjährige Pflegekraft Frau Höfer würde ebenso eine Anstellung bei einem privaten Träger nicht ausschließen, obwohl ihr die schlechteren Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen bewusst sind, allerdings nennt sie dafür andere Gründe, nämlich die in den Jahren vor dem Interview in manchen Regionen von Einstellungsstopps geprägte Arbeitsmarktsituation, die sich insbesondere für ältere Pflegekräfte als Einstellungshindernis erweist:

Frau Höfer: Ich weiß nur, meine Freundin, die ist ja auch Krankenschwester und die hat auch praktisch in diesen Kommunalen gearbeitet und das hat Helios damals übernommen und Helios ist ja ein privater Träger. Und die haben wirklich auch alle neue Arbeitsverträge bekommen und also die haben sich schon verschlechtert von der sozialen Situation.

I2: Also war das dann auch ausschlaggebend, dass das hier ein, also oder hier in Seestadt hat das eine Rolle gespielt, dass das hier ein kommunaler Träger ist?

Frau Höfer: Nee, für mich nicht. Weil ich bin ja auch nicht mehr die Jüngste, ich musste ja erst mal gucken, wo komme ich überhaupt rein, weil vor drei Jahren, als ich dann gesucht habe, war ja auch überall Einstellungsstopp, weil die ja schon überall gespart haben. (D-K-6)

4.8.1 Brezeln am Morgen ja, tägliches Fußwaschen nein – Über das „Einsickern“ ökonomischer Orientierungen in den Pflegalltag

Die relativ abstrakten Fragen an die Beschäftigten aus der Pflege in Krankenhaus I zu ihrer Wahrnehmung der Veränderungen, die wir als Folgen der Ökonomisierung des Krankenhauses auffassen können, sowie ihre Haltung gegenüber der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen im privatwirtschaftlichen Rahmen beantworten freilich nicht die in diesem Kapitel zentrale Frage: nämlich inwieweit es gelungen ist, das Fallpauschalensystem und überhaupt ökonomische Gesichtspunkte zu einem für die Pflege relevanten *going concern* (Everett C. Hughes 1984b) zu machen, der die „Mitspielbereitschaft“ der Pflegekräfte zu mobilisieren vermag, und welche Interessen und Motive dabei bei den Pflegekräften wirkmächtig sind. Man kann hierfür nicht allein davon ausgehen, dass die zunehmende Ökonomisierung des Pflegesektors über externe, von der Politik und den Kostenträgern gesetzte Anreize und Druckmittel erfolgte und intern über die Arbeitsorganisation weitergegeben wurde, sondern sich auch in der Ausbildung – und empirisch gegebenenfalls gut fassbar – in der Ausbildungsliteratur für Krankenpflegeberufe niederschlägt. Wie Karina Becker et al (2017) zeigen können, bewirkte der in den vergangenen 30 Jahren gestiegene Kostendruck, dem seitens der Krankenhäuser insbesondere über Personalreduktionen in der Pflege begegnet wurde, dass die Beschäftigten im Pflegedienst die Folgen der damit einhergehende Arbeitsverdichtung vielfach individuell zu bearbeiten hatten und die dabei zu leistende Vermittlung zwischen Patientenwohl und Gewinnorientierung vermehrt zu subjektiven Konflikten führte.⁸⁶ Es habe sich überhaupt die berufliche Sozialisation der Pflegekräfte in diesen Jahren unter gänzlich anderen makroökonomischen Rahmenbedingungen als in

⁸⁶ So auch Manuela Grimm, die argumentiert, dass die Pflegedienstleitungen zunehmend die Managementperspektive übernommen und das Austarieren des Konflikts zwischen Ökonomie und Patientenversorgung auf die Ebene der Pflegekräfte übertragen hätten (Grimm 2013: 68).

den 1970er und 1980er Jahren vollzogen und diese Veränderungen hätten Rückwirkungen auf die soziokulturellen und normativen Orientierungen als Bestandteil des beruflichen Handelns und Selbstverständnisses gehabt. Der Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und beruflichen Orientierungen wie der Vorstellung dessen, was „gute Pflege“ ausmacht, findet in Deutschland in der dreijährigen Pflegeausbildung statt, werde aber in den Folgejahren „durch die Anforderungen der alltäglichen – nunmehr ökonomisierten – Praxis weiterentwickelt, modifiziert, gegebenenfalls auch korrigiert“ (Becker et al. 2017: 504 ff). Anhand einer qualitativen und quantitativen Auswertung eines der meistverwendeten Lehrbücher für Krankenpflegekräfte, „Thiemes Pflege“, können sie zeigen, dass sich auch die Wandlungen der Orientierung an ökonomischen Logiken in einem solchen für die berufliche Sozialisation immens wichtigen Medium niederschlagen. Sie arbeiten dabei neben einem bei der Themenfrequenzanalyse herausgearbeiteten „Wandel von einer ganzheitlichen (primär am Wohl der Patienten orientierten) Pflege zu einer an ökonomischen Logiken orientierten Pflege“ drei Ökonomisierungsprozesse heraus, die die traditionelle Pflegearbeit „affizieren“:

- Verschlankung, also die Verlagerung von Tätigkeiten und Aufgaben innerhalb des Pflegeprozesses entlang der verschiedenen Qualifikationsstufen der im Krankenhaus Beschäftigten (Ärzte, examinierte Pflegekräfte) sowie deren vertikale Erweiterung (um Hilfs- und Servicekräfte) um der Kostenreduktion willen,

- Externalisierung: sie meint das Aufgeben eines traditionellen ganzheitlichen Pflegeanspruchs zugunsten eines um Elemente der Fürsorge gekappten Pflegeprozesses. „Tätigkeiten, die keiner ökonomischen (d.h. abrechenbaren Logik folgen, sollen delegiert bzw. völlig ausgespart werden.“ Eine solche Delegation kann durchaus auch die Angehörigen des Patienten einschließen. (Becker et al. 2017: 517ff)

- Kommodifizierung, also die Inwertsetzung pflegerischer Tätigkeiten und das Wegrationalisieren des „Nebenbei“, also der oben genannten Kommunikations- und Interaktionsarbeit; dazu gehört aber auch, dass Pflegenden seit der Einführung des DRG-Systems dazu angehalten sind, jegliche Behandlungsschritte nachvollziehbar und abrechenbar zu dokumentieren. „Richtige Arbeit“ meint im zunehmend marktzentrierten Krankenhaus mit DRG-Steuerung quantifizierbare und monetär verwertbare Tätigkeiten (Becker et al. 2017: 511). Dies gehe in den neueren Auflagen des Lehrbuchs einher mit einer kalkulierten Beziehungsgestaltung im Sinne wirtschaftlicher Zweckrationalität, die eine „Ansprache des Patienten als Kunden“ nahelegt. Der Kunde wird dabei als ein Akteur gesehen, der bei bestehenden konkurrierenden Angeboten auch – in der Terminologie Albert O. Hirschmans (1970) – „abwandern“ kann (Becker et al. 2017: 512).

Für die auf der interdisziplinären Station von Krankenhaus I arbeitende Teilzeitkraft Frau Leandro gibt es in diesem Sinne durchaus ökonomisch gerechtfertigte Unterschiede zwischen Patienten, nämlich hinsichtlich der räumlichen Trennung von Patienten, die unterschiedlichen Milieus angehören. „Gebildeteren“ Patienten ist die Promiskuität mit anderen sozialen Kategorien nicht zuzumuten und man muss auch ihren besonderen Ansprüchen hinsichtlich gewisser Serviceleistungen wie der frischen Brezel am Morgen entgegenkommen, um zu verhindern, dass sie ansonsten bei nächsten anstehenden Krankenhausaufenthalt in andere Kliniken „abwandern“:

I2: Das heißt, auf der Privatstation ist gar nichts anders also auch vom Arbeitsablauf her und so als...

Frau Leandro: Meinen Sie mehr Personal oder so? Im Gegenteil, die Privatpatienten haben doch sicher ein bisschen ein anderes Klischee finde ich. Die sind doch, also ich möchte jetzt nicht irgendjemanden jetzt runtermachen oder so, aber sie sind doch

gebildeter würde ich sagen. Ja, das ist vielleicht ein bisschen extrem ausgedrückt, aber unten praktisch auf C, da waren halt auch nur die Penner und die naja so ein bisschen asozial und so, das gibt es da oben nicht. Weil das einfach, das geht, weil die Privatpatienten, die das mitkriegen, „Was ist denn das für einer, da komme ich nicht mehr, da gehe ich in ein anderes Haus“. So grob gesagt. Die gibt es da halt nicht. Die sind dann schon gebildet und bestehen auch wirklich auf Sachen, ja. Da gibt es halt dann auch die Ausnahmen wie, naja ich will halt einfach meine Brezel zum Frühstück so ungefähr. Ja, dann gibt es das dann halt auch mal. Dann wird dann halt der Roland angerufen. //I1: Muss dann einer springen und den holen?// Nee, das nicht. Dann wird halt der Roland angerufen und dann wird mit dem telefoniert und dann kriegt der halt seine Brezel.

I1: Wer ist der Roland?

Frau Leandro: Das ist der Küchenchef.

I1: Ach, der Küchenchef. Ach, das wird dann so geregelt.

Frau Leandro: Das gibt es halt so für die Normalsterblichen nicht. (D-K-14)

Die Zwei-Klassengesellschaft wird also bezüglich gewisser Annehmlichkeiten wie dem Einzelzimmer mit Kühlschrank und größerer Dusche oder eben einer Frühstücksbrezel akzeptiert und diese Akzeptanz ist durchaus ökonomisch gerahmt.

Gewiss wurde auch schon vor der langen Phase der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen Kostenbewusstsein und ein an Wirtschaftlichkeit orientiertes Handeln verlangt, aber es haben sich offensichtlich zunehmend Erwartungen durchgesetzt, die in dem von Schimank und Volkmann vorgeschlagenen Stufenmodell der Ökonomisierung eines sozialen Feldes von einem reinen Kostenbewusstsein als Soll-Erwartung über ein Kostenbewusstsein als Muss-Erwartung schließlich zumindest bis zur Gewinnerzielung als Soll-Erwartung übergegangen sind.⁸⁷ Die schon mehrmals zu Wort gekommene Stationsleitung, Frau Grego, die nach ihrer eigenen dreijährigen Ausbildung zur Pflegekraft eine Zusatzausbildung als Praxisanleiterin-Mentorin absolviert hat und einige Jahre entsprechend für die Schüler-Ausbildung zuständig war, bestätigt nach einer Kritik an der Struktur der Ausbildungsinhalte („also es war früher sehr viel umfassender. Man hat eben früher die Fächer nicht so getrennt. Aber jetzt ist es so, dass die teilweise halt die Anatomie des Herzens lernen und nur die. Aber nicht die Krankheiten dazu“ D-K-7), dass sich auch an der

⁸⁷ Schimank und Volkmann orientieren sich an Bourdieus Feld-Theorie, der zufolge sich die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen als Feld fassen lässt, das von Spannungs- und Kräfteverhältnis durchzogen ist und in dem symbolische Kämpfe zwischen einem autonomen und einem heteronomen Pol um die legitime Definition dessen, worum es in dem Feld der Gesundheit gehen soll, ausgefochten werden. In einem Zustand der völligen Autonomie würden keinerlei Erwartungen bezüglich Kostenbewusstsein herrschen. In einem Zustand der Heteronomie dagegen würde das Feld von heteronomen, in diesem Fall erwerbswirtschaftlichen Erwartungen von zwingender Gewinnerzielung dominiert sein. Die Durchdringung (Intrusion) des Feldes mit ökonomischen Interessen und Imperativen wird als graduelle und umkämpfte gedacht. Schimank und Volkmann unterscheiden fünf Stufen der Ökonomisierung eines sozialen Feldes:

1. Kein Kostenbewusstsein (autonomer Pol),
2. Kostenbewusstsein als Soll-Erwartung,
3. Kostenbewusstsein als Muss-Erwartung,
4. Gewinnerzielung als Soll-Erwartung,
5. Gewinnerzielung als Muss-Erwartung (heteronomer Pol).

(vgl. Schimank/Volkmann 2008: 385f.; vgl. die ausführliche Darstellung und Kritik des Konzepts Mohan 2019: 27ff). Auf das Krankenhaus gewendet fasst Mohan zusammen: „Der Ökonomisierungsdruck kann auf Organisationen entsprechend der fünf Stufen unterschiedlich stark einwirken. Wie dieser Druck innerhalb der Organisationen verarbeitet wird, wird aber konzeptionell offengehalten, denn er wirkt zunächst als ‚von außen auferlegter diffuser Zwang‘ (Schimank 2008: 225). Erst auf der Mikro-Ebene, auf der das konkrete Handeln der Akteur*innen in den Blick rückt, entscheidet sich, inwiefern die ‚teilsystemische Leistungsproduktion‘ (Schimank/Volkmann 2008: 388) dem Ökonomisierungsdruck nachgibt, ihn moderiert oder aber abwehrt.“ (Mohan 2019: 28)

Krankenpflegeschule in Krankenhaus I Wirtschaftlichkeit als Ausbildungsziel in den vergangenen Jahren stärker verfestigt hat:

Frau Grego: „Und die sind einfach sehr viel mehr in solche Wege reingedrückt, also in solche Strukturen. Und eine dieser Strukturen ist eben auch Wirtschaftlichkeit, also Sparsamkeit. Also wie viele Handschuhe brauche ich pro Körperpflege, Abführen oder so? Und das ist auch alles viel strukturierter. Das hat, denke ich, auch Vorteile für die Zukü-, für's Zukünftige. (D-K-7)

Sie selbst berichtet für sich, dass sie zwar einerseits aufgrund von Stelleneinsparungen und entsprechend hohem Druck nicht mehr das gewohnte Niveau an Pflegequalität einhalten kann, bestätigt andererseits auf die Frage hin, ob dem Pflegepersonal „ein bisschen betriebswirtschaftliches Denken vermittelt werden“ solle:

Frau Grego: Muss eindeutig, ja. Muss eindeutig. Also ich denke, das war lange Zeit ganz fern von uns. Von, von mir auch.

I2: Finden sie das gut? Ist das eine Herausforderung? Sehen sie es als Vorteil? Oder //Frau Grego: Nö, nö// sagen sie, brauche ich eigentlich gar nicht?

Frau Grego: [*lacht*] Das ist was Lästiges also, ich verstehe das. Ich verstehe das. Und ich weiß auch, dass man in der Vergangenheit viel zu sehr geaast hat mit allem. Denke ich schon. Weil, ähm, also ich habe eine Freundin, die in Katmandu und in Australien und so eben auch als Krankenpflegekraft gearbeitet hat. Wo ich denke, ja gut, wir jammern da schon auf hohem Niveau. [...] Aber ich meine, man muss auch nicht da jetzt mit allem Verbandmaterial da rum aasen. Das ist schon, also ich sehe das auch ein, dass man da eine Vergangenheit oder aber auch bis jetzt noch wirklich viel zu großzügig umgeht und viel zu viel Material verbraucht. Wobei natürlich auf der anderen Seite, wenn dann irgendwelche Infektionen oder multiresistente Keime entstehen, ist ja auch der Aufschrei immer groß: ‚In der Klinik wird unsauber gearbeitet‘ und...

In der Passage zeigt sich, dass „man“ Wirtschaftlichkeit als in der Ausbildung zu vermittelnde Handlungsorientierung gar nicht in Frage stellen kann. Sie gehört unter den gegenwärtigen Umständen zu den Doxa des Handelns auch in professionellen Organisationen. Aber hat man zugleich den Eindruck, dass sie mit massiven inneren Reserven zu kämpfen hat, was die Prioritäten anbelangt. Und als ob sie die Feststellung von Becker et al. (2017) illustrieren wollte, der zufolge die dabei von den Pflegekräften zu leistende Vermittlung zwischen Patientenwohl und Gewinnorientierung vermehrt zu subjektiven Konflikten und „Ambivalenzen“ (Bode 2016) führt, fügt sie hinzu:

Frau Grego: Ja. Also das ist schon auch noch so (nicht so schön?). Aber ich weiß das schon. Ich weiß auch, dass ich selber wirklich zu hohe Ansprüche, da jetzt. Es muss halt immer alles sauber und ordentlich sein. Muss es nicht. Ich meine, wenn da jetzt ein kleiner Blutfleck auf der Kompresse sich durchgedrückt hat, ist das nicht unbedingt notwendig, dass da ein Verbandwechsel gemacht wird gleich. Muss schon die Kompresse triefen heutzutage [*lacht*]. Aber es stört mich halt in meinem ästhetischen Empfinden. Und dann mach' ich's, denke ich, auch jetzt vielleicht nicht mehr so, aber ich werde langsam so, aber halt, habe es in der Vergangenheit schon dann eher einmal mehr frisch gemacht, als es sein musste vielleicht. Oder gerade auch mit Bettwäsche oder so. Also, wenn es einfach faltig ist, das dann frisch gemacht wird, obwohl es noch sauber war oder so, das geht halt nicht mehr. Das sind alles so Kleinigkeiten. Da muss man schon sich selber auch zurückschrauben. Und für mich ist das schon lästig. Also, dass ich da halt immer gucken muss. Ich verstehe es. Ich verstehe es eindeutig. Ich kann es auch nachvollziehen. Und ich weiß auch, dass es einfach zu viel war in der Vergangenheit. Aber [*atmet ein*] ja. (D-K-7)

In der „Umbauphase“, wie Frau Grego den Wechsel von einem (vielleicht auch imaginierten – „weil es einfach früher so ging.“) Zustand, in dem das Patientenwohl im Mittelpunkt aller Tätigkeiten stand, hin zu einem neuen Zustand, bei dem die Primate des Wirtschaftlichen und der Patientenversorgung in der Organisation Krankenhaus auseinanderklaffen, sind, wie Werner Vogd für das ärztliche Handeln feststellt, die

Konsequenzen „im Berufsalltag zu verhandeln“. (Vogd 2016: 288) Für Frau Grego bedeutet das, dass je nach Situation „halt [...] jetzt nicht die Füße jeden Tag gewaschen (lacht) [werden], was ja auch nicht sein muss. Aber ich mein“, dieser Anspruch an einen. Man möchte ja immer, dass die alle geschneigelt und gebügelt halt dann da liegen.“ (D-K-7) Es deutet sich, so Becker et al., eine Hybridisierung der Professionsrationalität der Pflege an – also eine Orientierung an einer Fürsorgerationalität einerseits und einer an Kosten und Nutzen orientierten ökonomischen Rationalität andererseits –, im Zuge deren „sich das konstatierte Dilemma zwischen Qualität und Effizienz [...] zu einem ‚Intra-Rollenkonflikt‘ der Beschäftigten entwickelt“, dem viele Pflegekräfte durch Abstriche bei der Qualität begegnen. Wenn dann die Unzufriedenheit über die Nichteinhaltung der eigenen Qualitätsansprüche und den Zwang, nach Standards zu handeln, die nicht die eigenen sind, wächst, gebe man sich selbst die Schuld dafür:

Was so sicher auch mein Fehler ist, weil ich meine, der Anspruch, den ich an mich selber habe, der ist sicher sehr hoch. Weil es einfach früher so ging. Ja, muss man, wie gesagt, man muss nicht jedem jeden Tag die Füße waschen oder irgendwie. Oder wenn jemand halt alleine sich zu Hause versorgt, dann muss er es halt hier auch machen. (D-K-7)

4.8.2 Gelungenes Enrolment der Pflege?

Bis hier ging es noch um die von den befragten Pflegekräften in Krankenhaus I an den Tag gelegten Haltungen in Bezug auf „das Ökonomische“ ganz allgemein in seinen unterschiedlichen Facetten wie Wirtschaftlichkeit oder Kundenorientierung und um die Problematik, die beim „Verhandeln“ des Zielkonflikts von Ökonomie und Versorgungsqualität im Arbeitsalltag damit einhergeht. Das DRG-System und der Beitrag, den der Pflegedienst hierfür leisten kann, blieben hingegen noch unberücksichtigt. Das DRG-System musste erst als *going concern* in den Orientierungen der Pflegekräfte etabliert werden. Ob und wie das in Krankenhaus I gelungen ist, das soll nun anhand der Äußerungen einiger Akteure rekonstruiert werden.

Ein zentraler Akteur war hierbei der ehemalige Krankenpfleger und spätere medizinische Dokumentar Herr Fröhlich, der im Kapitel zu den Kodierfachkräften noch eine Rolle spielen wird. Er hat nach seiner Umschulung in der Zeit der Einführung des DRG-Systems zusammen mit der Leiterin des Medizincontrollings, Frau Ehrlich, selbiges aufgebaut und auch die Schulungen des ärztlichen Dienstes wie des Pflegedienstes in den die jeweiligen Berufsgruppen betreffenden Belangen durchgeführt, freilich mit unterschiedlichem Erfolg: „Und da gibt es in der Pflege unheimlich viel Interesse. Viel mehr als bei den Ärzten.“ (D-K-19) Dies beinhaltete im Pflegedienst, den Beschäftigten die Augen zu schärfen für erlösrelevante Sachverhalte, die sie entsprechend dokumentieren müssen, und die Dokumentation zu optimieren. Eine besondere Bedeutung kam in diesem Zusammenhang aber auch dem schon behandelten Pflegekomplexmaßnahmen-score (PKMS) oder der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung zu, die, wenn der entsprechende Punktwert erreicht wurde, für die hochaufwändige Pflege auch ein recht hohes Zusatzentgelt bringen konnten.

Eine weitere zentrale Gatekeeperin ist die damalige Pflegedirektorin Frau Helfrich, die natürlich ein immenses strategisches Interesse an der erlösrelevanten Dokumentation von Tätigkeiten der Pflege hat und über die Stationsleitungen entsprechend den Boden für Herrn Fröhlich bereitet hat. Aber offenbar ist das Interesse bei den Pflegekräften ohnehin schon sehr groß.

Herr Fröhlich: Da hatte ich auch eine gute Unterstützung von der damaligen Pflegedirektorin Frau Helfrich, die ja jetzt auch mittlerweile weg ist. Die auch ein sehr großes Interesse daran hatte, dass die Pflege Bescheid weiß, und zwar über die andere

Seite. Die Verwaltungsseite, wie wird abgerechnet? Und ich habe damals das Okay gekriegt von Frau Helfrich, die 220 Angestellten in der Pflege zu schulen. Und ich habe mir dann ein Schulungskonzept überlegt und habe dann innerhalb von einem Jahr die komplette Pflege geschult. War äußerst positiv überrascht mit welchem Interesse die kamen, obwohl es ja für die Überstunden waren. Aber ich habe es so gelegt, dass sie entweder vor dem Spätdienst oder nach ihrem Frühdienst kommen konnten. Und ich bin aus jedem dieser Workshops, ich habe es nicht Fortbildung genannt, ich habe es Workshop genannt. Weil, das war immer, da war schon eine Präsentation, aber mit viel Diskussion, mit vielen Praxisbeispielen, wo die Pflege einfach, ja, mitgedacht hat, dann gesagt hat, „Moment mal, wenn wir doch das und das auf Station haben, wie können wir das und das dann dokumentieren? Und was kannst du denn dann daraus machen?“ Und ich habe das dann immer im Testsystem live gegen gecheckt, und dann waren die immer völlig begeistert, dass sie mit ihrer Arbeit, mit ihrer Dokumentationsform, tatsächlich Geld erwirtschaften können. Also die Pflege in Seeheim war sehr engagiert in dem Bereich.

Woher kommt dieses auf den ersten Blick nicht zu erwartende große Interesse⁸⁸ und – will man die Formulierungen von Herrn Fröhlich nicht als positive Übertreibung abtun – das aktive Mittun und gar die Begeisterung? Herrn Fröhlich zufolge – und das stützt das oben zur mangelnden Anerkennung der Pflegearbeit Gesagte – ist es die Gleichsetzung des Pflegedienstes mit einem Kostenfaktor:

Herr Fröhlich: Also ich denke, dass spätestens ab dem Zeitpunkt, als der Pflege klar war, dass immer mehr Stellen gestrichen werden, //mhm// dass immer rationaler gearbeitet werden muss, //mhm// dass die Personalkosten einfach viel zu hoch sind, spätestens da hat man sich dann Gedanken darüber gemacht, sich damit zu beschäftigen. Und das war für mich (2) ein Heiden Spaß, //mhm//das der Pflege auch beizubringen. [...] Also das ist mit Sicherheit mit ein Grund gewesen, dass man immer, es gab sehr viele Personalversammlungen auch. Man wurde immer nur als Kostenfaktor benannt oder betrachtet, und ich erinnere mich an eine Personalversammlung, da ist eine Mitarbeiterin aus der Dialyse aufgestanden und hat zu Herrn Gerber [dem Geschäftsführer des Krankenhauses] gesagt, „Herr Gerber, wieso sind wir eigentlich Kostenfaktoren? Wir leisten ja auch was. Und sie verdienen auch mit uns.“ Aber es war schon, glaube ich, so mit ein Gedanke, was können wir mit dazu beitragen, dass da halt irgendeine Veränderung bei her kommt, dass da halt eben nicht so viel Geld weggestrichen wird. Klar, einfachste, schnellste, betriebswirtschaftliche Lösung: Personal zu streichen. (D-K-19)

Herrn Fröhlich kommt dabei just zugute, dass er selbst aus der Pflege kommt und somit als Brückenbauer zwischen Pflege und Verwaltung agieren kann:

Herr Fröhlich: [...] ich hatte ja den Bezug zur Pflege, die Pflege dann auch in diesem Bereich zu schulen. Und ich fühlte mich und fühle mich immer noch der Pflege verbunden. Ich bin immer noch ganz stolz auch hier in der Uni [*er ist nach seinem Weggang aus Krankenhaus I nun an einem Universitätsklinikum beschäftigt; Anm. A. Pf.*], wenn ich Stationsbesprechungen mache, dass ich dann sagen kann, „Ich komme aus der Pflege, bin aber schon zehn Jahre raus, oder mittlerweile 13 Jahre, aber verbunden fühle ich mich immer noch.“ Also, was die Ärzte dokumentieren, das kann ich ihnen auch sagen. Aber ein Arzt wird mich nie auf Augenhöhe sehen. Wenn ich es der Pflege sage, die sagen, „Mensch super, dass sie das sagen. Dann dokumentieren wir das so, und dann können wir ja auch mit dazu beitragen.“ Also, es ist die Bindegliedfunktion. Auf der einen Seite das Verständnis für die Abläufe, auch immer noch, nach Jahren, dass man einfach Abläufe versteht. (D-K-19)

⁸⁸ Ganz ähnliche Beobachtungen hat auch Lowe in seiner Untersuchung eines *clinical accounting system* in Neuseeland gemacht: Über gemeinsame Workshops zwischen Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen des Medizincontrollings zur Verbesserung der Dokumentation berichtet er: „Membership was largely from Surgery including clinicians, nurse managers and other management staff. Members were also invited from systems and from medical coding. Generally it appeared that attendance among clinicians was less frequent than among nursing staff. [...] The nurses showed considerable enthusiasm for the developments. They appeared to take the lead in responding to initiatives to extend coding within the division. Often they were the first within a unit to request coding manuals and had spent time simplifying the ICD9 material available and picking out the areas relevant to their specialty. The nurse managers were newly appointed to their positions and were anxious to find a successful outlet that would demonstrate their management skills. Though they might not all have been equally enthusiastic about coding, it was a project which clearly had significance to the organisation and to their individual units because of its funding implications. In addition it may well be that some of the senior nursing staff perceived this project as providing an opportunity to improve their position relative to the clinicians.“ (Lowe 2001: 92).

Das wird so auch von interviewten Pflegekräften zurückgespiegelt, etwa von Frau Grego:

Frau Grego: Ja. Also für uns. Also ich empfinde die als große Hilfe und auch wirklich, ähm, (...) ja, wie gesagt, es sind, zwei sind eben Intensivpfleger lange hier gewesen, haben dann Bandscheibenvorfälle gehabt, die Umschulung gemacht, und man weiß halt einfach, okay, wenn du denen erklärst, „So und so“, der weiß schon, worum es geht. Der ist aber trotzdem so weit außerhalb vom Geschehen, dass er dir sagen kann, „okay, du bist Krankenpflegekraft, ich weiß, dass es so läuft. Trotzdem musst du so und so und so machen, weil eben.“ (D-K-7)

In den Schulungen kann Herr Fröhlich auch vermitteln, wie wichtig kleinste Details des Pflegealltags für die Abrechnung eines Falls sein können:

Frau Grego: [unterbricht] Die sind, [also] die sind auch sehr gut hier im Haus, finde ich. Die machen immer regelmäßig Fortbildungen und sagen uns zum Beispiel, so Kleinigkeiten, wenn jetzt sich eine Venenentzündung durch 'ne Venennadel-, also durch 'ne Thrombophlebitis sich entwickelt, durch eine Braunüle oder so. Dass man halt dann wirklich, man macht's ja, man zieht sie raus, man macht einen kühlenden Umschlag, man macht vielleicht irgendeine schmerzlindernde Salbe drauf. Dass man das auch wirklich aufschreibt, „Salbe drauf gemacht, Kühlung drauf gemacht, bla, bla, bla.“ Weil dann gibt's dafür mehr Geld, als wenn man nur sagt Thrombophlebitis. Der hat eine Thrombophlebitis. Fertig. Und solche Kleinigkeiten machen die immer wieder Fortbildungen, wie wichtig die sind und erklären eben uns auch, warum das wichtig ist. Weil nämlich der medizinische Dienst der Krankenkasse sagt, „Tja, jetzt hat der noch Antibiotikum gekriegt, warum?“, „Na ja, weil er ja Thrombophlebitis“, „Ja, und warum Antibiotikum? Wie sah das aus? Wie weit hat sich das ausgebreitet, bla, bla.“ Und dann erklären die uns, warum das wichtig ist, dass man Größe, Ausdehnung und alles halt, das wirklich, minü-, genau aufschreibt und so. Und da sind die schon noch mal hinterher. (D-K-7)

Herr Fröhlich kommt für die an den Schulungen teilnehmenden Pflegekräfte „authentisch rüber“, weil er einer von ihnen ist, nicht dem potenziellen Klischee des Controllers entspricht, sondern „auf Augenhöhe“ mit ihnen kommunizieren kann, auch nach Jahren ein *tacit knowledge* von ihrer Arbeit hat.

Herr Fröhlich: Wie hoch ist ein Arbeitsaufwand? [...] Aber man kennt die Abläufe, man kennt die Prozesse. Und mit dem theoretischen Wissen im Hintergrund weiß man auch genau: Wie kann ich in den Prozess eingreifen, dass es für beide Seiten positiv ausfällt? Ich bin zum Beispiel ein absoluter Gegner von Überdokumentation. Ich werde auch hier immer wieder von Stationen gebeten: „Können sie mal unsere Dokumentation querlesen? Da steht vorne was in der Fieberkurve und hinten wird es auch noch mal reingeschrieben. Macht das denn überhaupt 'nen Sinn?“ Und wenn man das den Leuten vermitteln kann, was da steht, muss an anderer Stelle nicht noch mal sein, die eine Minute hat man schon wieder frei für irgendwas anderes. Wird sehr gut angenommen von der Pflege. (D-K-19)

Ihm ist also aus eigener Erfahrung bewusst, dass die Dokumentation einen äußerst ungeliebten Aspekt der Pflegearbeit darstellt, den es möglichst kleinzuhalten gilt. Denn wie Frau Grego den Aufwand der Dokumentation resümiert: „Vielleicht [ist das] auch mit den Fallpauschalen [gekommen]. Das ist aber kontinuierlich mehr geworden. [...] wenn man jetzt nicht grade ein Computerfreak ist, dann vertandelt man da viel Zeit am Computer. [...] Aber ich will eigentlich Zeit für die Pflege des Patienten, und nicht für die Dokumentation dessen, was ich an ihm gemacht habe“ (D-K-7). Man muss also den Pflegekräften entgegenkommen, um ihre Mitspielbereitschaft zu erreichen und zu erhalten, ihnen einen gewissen Teil der Arbeit abnehmen.

Herr Fröhlich: Es wurde sehr gut angenommen. Die Pflege hat sehr oft bei mir angerufen. Es waren einige bei mir, um sich mal die Arbeit selber anzugucken. „Was macht der da eigentlich im Hintergrund?“, „Was? Und du liest alles durch, was wir aufschreiben?“ „Ja, mache ich. Jedes Wort.“ „Ach nee, da muss man ja wirklich aufpassen.“ Sage ich, „Nee, schreib' so, wie

du denkst und ich mach' draus was ich draus' machen kann.“ Also da war das Interesse wirklich sehr groß. (D-K-19)⁸⁹

Eine Bestätigung und gleichsam ein Echo erfährt diese Schilderung Herrn Fröhlichs in der Antwort von Frau Kreuz, einer 29-jährigen, also vergleichsweise noch jüngeren Pflegefachkraft⁹⁰ aus Krankenhaus I auf die Frage, ob die zunehmenden Dokumentationsverpflichtungen auch einen finanziellen Aspekt haben:

Frau Kreuz: [Also da, das] hat sich natürlich auch geändert. Durch das muss man jetzt natürlich auch anders dokumentieren und mehr dokumentieren, dass es natürlich auch ein bisschen mehr Geld gibt. [...] Das heißt jetzt, wenn mal zum Beispiel (eine?) Thrombophlebitis hat, also so eine Venenentzündung nach einer Kanüle, wo drinnen gelegen ist, dann gibt es nur Geld, wenn wir jetzt schreiben Thrombareduct-Verband [...] erhalten. Na ja blöd, aber, ja. [lacht]

I1: Mhm. Das heißt, man ist auch irgendwo, äh, man macht jetzt nicht nur seine, seine Tätigkeit gut mit der Pflege //A1: ja// da zum Wohl der Patienten, sondern man hat jetzt mehr, im Bezug auf Finanzielles auch //Frau Kreuz: genau// und Verantwortungen da?

Frau Kreuz: Ja

I1: Ja. Und ist das was Positives, dass man da insgesamt in der Beziehung auch was für das Klinikum tut? Oder ist das, wie empfinden sie das?

Frau Kreuz: Also ich denke, man weiß, was so eine, so ein Satz jetzt [...], ausmacht. [...] Finde ich schon wichtig, dass man das so macht. [...] Und wir haben jetzt auch, letztes Jahr war es glaube ich, da haben wir so DRG-Fortbildungen gehabt. Und das finde ich schon gut, wenn man das weiß. Das ist so wie bei der Einkommensteuererklärung ist es ja auch so [lacht]. Wenn man es weiß, ist es gut [lacht]. Ja. Weil es Geld gibt halt. (D-K-4)

Ihr Vergleich mit der Einkommensteuererklärung trifft das Problem auf den Punkt. Sie ist lästig, man will sich darum herumdrücken, wenn man aber versteht, worum es geht und dass man einen gewissen Einfluss darauf hat, was nachher herauskommt, dann „ist es gut“. Letztlich setzt sich aber damit auch ein Prozess fort, der den Sinn der Pfl egetätigkeit verschiebt. Während früher die Tätigkeiten eindeutiger durch das Wohl des Patienten gerahmt waren, ändert sich dieser Rahmen heute: in einen rechtlichen, wenn es darum geht, sich durch Dokumentation juristisch abzusichern („Aber jetzt heutzutage sind die Leute oder die Patienten, wenn halt irgendwas ist, muss man wirklich gut abgesichert sein. Und ich glaube, dass heutzutage mehr klagen.“), in einen ökonomischen, wenn man etwas tut, damit diese Tätigkeit „auch ein bisschen Geld gibt“. Frau Kreuz ist also durchaus loyal und wehrt sich nicht gegen diese neuartigen Zumutungen, kann ihnen sogar einen Sinn abgewinnen. Sie versteht diese „Notwendigkeiten“, so, wie sie auch Verständnis für die Pflegedienstleitung aufbringt, die inzwischen „anstatt 148 Stunden oder 156, (...) dann halt 170“

⁸⁹ Im Interview mit Herrn Buchner vom MDK (D-K-26) erfahre ich einige Monate später, dass das Krankenhaus I aus der Kodierung des PKMS ausgestiegen ist:

Herr Buchner: Es ist ein noch viel größerer Verwaltungsaufwand und Dokumentationsaufwand. Und die Kliniken geben uns jetzt Rückmeldung, dass sie... Seeheim zum Beispiel, die Frau Burckardt, ich weiß nicht ob sie mit der gesprochen haben, die hat das dort implementiert, [...] ganz aufwändig mit Schulung von Mitarbeitern, und hat neulich gesagt, sie können es nicht mehr abrechnen, weil sie keine Leute mehr haben, die das dokumentieren können.

I: Oder bringt es auch nicht genug rein dann, oder?

Herr Buchner: Es bringt pro Fall, glaube ich, 1900 Euro, 1800 Euro. Das wird aber dem Krankenhaus gutgeschrieben, nicht der Pflege. Also da wird sicher ein neuer Chefarzt von gekauft oder ein neues CT und kommt nicht in die Pflege.

Sollte die Vermutung zugetroffen haben, dass die Pflege in Krankenhaus I nicht von den von ihr miterwirtschafteten Summen profitiert, dann wäre wohl zu erwarten, dass sich das in den Interviews mit Herrn Fröhlich oder den Pflegekräften bekundete Interesse an der Kodierung ganz anders darstellen würde.

⁹⁰ Ihr Fall ist in Pfeuffer 2014a ausführlich und kontrastiert mit der Kodierfachkraft Frau Nowak dargestellt.

Stunden samt Überstunden regulär in die Schichtpläne einplant: „Letztendlich, also sehe ich so, die können ja auch nichts dafür.“ (D-K-4)

Das Wissen darum, „dass es natürlich auch ein bisschen mehr Geld gibt“, zeugt nicht nur von einem auch bei den Pflegekräften vorhandenen bzw. gestiegenen Kostenbewusstsein, sondern einer bereits vorhandenen Gewinnorientierung in der Terminologie von Schimank/Volkmann. „Ein bisschen“ ist durchaus aber auch so zu verstehen, dass es im Vergleich zu den hohen Erlösen ein spielenden Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes doch wieder nur recht wenig ist. Bei der bei Beschäftigten wie Frau Kreuz und anderen befragten Pflegekräften zu findenden enorm hohen Identifikation mit dem in seinem Bestand gefährdeten Haus wird dies nicht an sich als negativ oder moralisch fragwürdig empfunden. Es bedeutet zwar eine zusätzliche Arbeitsbelastung, kann aber, wie der Vergleich mit der eigenen Steuererklärung zeigt, als eine Art Gewinn gesehen werden, der einem auch selbst zugutekommt.

Frau Kreuz macht keine Ausnahme im Vergleich zu den anderen befragten Beschäftigten aus dem Ärztlichen Dienst wie aus der Pflege, wenn sie als zusätzlichen Belastungsfaktor die „seit vier bis fünf Jahren“ gestiegenen Dokumentationsverpflichtungen anführt, vor allem bei der Tagschicht sei es so, „dass man Dokumentationen eigentlich immer relativ am Schluss macht. Man soll ja zeitnah dokumentieren. Aber es klappt tagsüber halt nicht.“ Die Einführung der fallpauschalenbezogenen Abrechnung hat sich auch, vor allem bei hohem Pflegeaufwand, auf die Dokumentation ausgewirkt, und man erledigt diese zusätzliche Verpflichtung nun durchaus in dem Bewusstsein, dass man einen Beitrag zur Erlössicherung des Hauses erbringt.

Dass die Aufgeschlossenheit vieler Pflegekräfte gegenüber den durch das DRG-System gegebenen Möglichkeiten, auch durch gut dokumentierte pflegerische Tätigkeiten Erlöse zu erwirtschaften, nicht nur den Bemühungen, dem didaktischen Geschick und der Authentizität von Herrn Fröhlich zu verdanken ist, zeigt das Interview mit Herrn Mangold, einer Kodierfachkraft in Krankenhaus II:

I: Also wie viel wissen die von dem ganzen System oder von dem, was für euch relevant ist, als Kodierfachkräfte und wie stehen die dazu?

Herr Mangold: Ja, wissen tun sie eigentlich nicht viel, aber sie sind total neugierig und aufgeschlossen. Also da war noch keiner, der gesagt hat, ‚Das interessiert mich jetzt nicht.‘ Wenn ich mich in die Übergabe setze und sage, ‚Ja, wir müssen jetzt in dem Jahr gucken, Leute mit Übergewicht, bringt Zusatzentgelt, wenn wir da Aufwand hatten.‘ Also muss das Übergewicht dokumentiert werden. Dann hat aber keiner gesagt, ‚Nein, das machen wir nicht, so ein Schmarren.‘ Die haben sich dann eher Gedanken gemacht, weil manchmal haben sie Übergewichtige, die können sie nicht wiegen, dann haben sie gesagt, ‚Wir bräuchten da aber eine Waage, wo die drauf gehen‘ oder ja, irgendwie, oder ‚manche können gar nicht aufstehen‘. //Vom Bett?// Da haben sie dann gesagt, ‚Wir bräuchten eigentlich eine Waage fürs Bett.‘ Solche Sachen. Also die sind da nicht ablehnend, sondern die überlegen dann sogar, ‚Wie könnte man das besser machen oder wie können wir das unterstützen?‘ Weil die wissen ja, wenn wir keinen Erlös haben, dann läuft das Krankenhaus nicht mehr lange gut. Das wissen die.

I: Ist es denen manchmal mehr bewusst als den Ärzten, die halt [(da?) die Medizin machen?]

Herr Mangold: [unterbricht] [Ja. Ja.] Ich denke, das ist denen echt mehr bewusst. Die Ärzte machen ihre Medizin einfach und (3) die sind natürlich auch jetzt mehr. Also im Vergleich zu früher, als ich die Ausbildung gemacht habe, waren hier auf der Station zwei Ärzte und drüben glaube ich auch zwei. Und jetzt haben wir ja hier vier. Eins, zwei (3) drei oder vier und nebenan auch drei. Also da sind ja schon Personalaufstockungen gewesen bei den Ärzten. (D-K-31)

Die Pflege zeigt sich, ähnlich wie in Krankenhaus I, in der Wahrnehmung von Herrn Mangold gegenüber den Ratschlägen der Kodierfachkraft, etwa dem Hinweis darauf, dass bestimmte Sachverhalte im DRG-Katalog des jeweiligen Jahres höher bewertet sind und sich damit mehr Erlös erzielen lässt, recht abgeschlossen. Sie denken ganz im Gegenteil sogar mit, wie man die entsprechenden Werte für die Dokumentation besser erfassen kann. Aufschlussreich ist aber die Erklärung, die Herr Mangold nachschiebt, ohne den Zusammenhang mit der Mitspielbereitschaft der Pflegekräfte näher auszuführen. Den Ärzten, so die Deutung von Herrn Mangold, ist die ökonomische Bedeutung ihres Tuns weniger bewusst, muss es auch gar nicht, da auf ihren Stationen der ärztliche Dienst ja schon aufgestockt wurde. Im Umkehrschluss heißt das, dass das Commitment der Pflege dadurch zu erklären ist, dass sie durch zusätzliche Erlöse auch zusätzliche Stellen erwirtschaften oder zumindest einen weiteren Stellenabbau verhindern können.

Dokumentieren, um geleistete Tätigkeiten am Patienten nicht im „Unsichtbaren“ zu belassen und damit Mehrerlöse zu generieren, ist eines, Einfluss zu nehmen auf normaler Weise genuin „medizinische“ Entscheidungen wie im folgenden berichteten Fall, wo es um den Entlasszeitpunkt eines Patienten geht, ist ein anderes und geht allerdings schon weit darüber hinaus. Frau Ostner, ehemalige Krankenpflegerin auf einer chirurgischen Station und seit wenigen Jahren als Kodierfachkraft in Krankenhaus II tätig, berichtet von ihrem vorherigen Arbeitsplatz:

Frau Ostner: [...] Ja, das kommt ja wieder in diese Schiene, wie ich das früher in der vorherigen Klinik... Da ließ sich das gut steuern, Patient kommt, hat eine Diagnose, ich habe ein OPS. Somit konnte schon am zweiten Tag die Verweildauer festgelegt werden für den Fall. Das war auf Station gemeldet, also die Schwestern hatten das auf Station, die haben sich das angesehen, mittlere Verweildauer, und da haben sie die Ärzte bei der Visite hingewiesen: „Frau Maier ist angenommen jetzt den fünften Tag da, kann maximal sieben Tage, was machen wir denn?“ Da haben die Schwestern drauf hingewirkt.

I: Das haben die Schwestern dann gemacht?

Frau Ostner: Ja. (D-K-30)

Für Frau Ostner, deren Aufgabe als Kodierfachkraft es ja heute unter anderem darin besteht, Verweildauersteuerung zu betreiben, ist dieses Vorkommnis absolut bemerkenswert und ungewöhnlich. In diesem Fall ist es also nicht das Medizincontrolling oder ein Fallmanager, der auf die Kosteneinbußen bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer hinweist, sondern die Pflegekräfte, die – ganz im Sinne eines *articulation work* –, wie Mohan schreibt, einen Überblick über die gesamte ‚Laufbahn‘ des*der Patient*in (*care trajectory*)“ haben und „die verschiedenen, auf die Patient*innen zulaufenden Prozesse der Organisation“ koordinieren (Mohan 2019: 194). Hier scheinen Pflegekräfte nicht nur darüber zu wachen, dass ihre Tätigkeit angemessen dokumentiert wird, um erlösrelevant für das Haus zu werden, sondern sie scheinen sich den ökonomischen Imperativ und die DRG-Logik zu eigen gemacht zu haben, sogar über ihre eigenen „Interessen“ hinausgehend auf deren Einhaltung zu pochen.

4.9 Zusammenfassung

Fassen wir das bis hier Gesagte zusammen: Das Problem der Krankenhauspflege im DRG-System lag bis in die jüngste Zeit in ihrer mangelnden Anerkennung im Rahmen der Kalkulation der Fallpauschalen. Der bis dahin einzige umfangreichere Versuch, dies in einem speziellen Bereich, dem der hochaufwändigen

Pflege zu ändern, indem die Finanzierung neuer Stellen in der Pflege durch ein in den OPS-Katalog aufgenommenes spezielles Entgelt ermöglicht wurde, stieß, wie die Interviews in Krankenhaus I zeigen, zunächst bei vielen Pflegekräften auf Interesse, fiel dann im weiteren Verlauf aus der Perspektive der Akteure auf Grund der Konstruktionsmängel, der Komplexität, des hohen Dokumentationsaufwands des PKMS und der fehlgesteuerten Verwendung der gewonnenen Mittel unbefriedigend aus. Die im Zuge der vergangenen Bundestagswahl von den Gewerkschaften und Berufsverbänden der Pflege angestoßene Kampagne (Vgl. für die Gewerkschaft ver.di etwa www.der-druck-muss-raus.de), eine ausreichende Personalbemessung per Gesetz über eine Weiterentwicklung der alten Pflegepersonalregelung (PPR) zu erreichen, und das nun in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sind daher als Abkehr von dem mit dem PKMS eingeschlagenen Weg zu bewerten, eine systemimmanente Finanzierung von Pflegeleistungen quasi systemimmanent im DRG-System zu erreichen. Die nun gesetzlich verankerte Mindestpersonalregelung und die damit einhergehende Herausnahme der Kosten der Pflege aus den Fallpauschalen wird vermutlich in allen Krankenhäusern (und damit auch in den Kalkulationshäusern) die Kosten der Pflege pauschal erhöhen und dadurch den seit den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts maßgeblich über Stellenabbau in der Pflege bewerkstelligten Kostensenkungswettbewerb, der zu dem beschriebenen „Kellertreppeneffekt“ geführt hatte, eindämmen. Dazu müssen, so die Vorstellungen der Gewerkschaften und Berufsverbände, hierzulande – in anderen Ländern zum Teil schon existierende – Qualitäts- und Personalbedarfsstandards für die Pflege entwickelt und verbindlich eingeführt werden. Allerdings sind mit dieser gesetzlichen Regelung erst die geriatrischen, kardiologischen unfallchirurgischen und intensivmedizinischen Stationen einbezogen und noch berücksichtigt das System nicht den unterschiedlichen Pflegebedarf der Patienten. Um von einer reinen Selbstkostendeckung beim Pflegepersonal wegzukommen, bedarf es einer Entwicklung von Instrumenten zur Bestimmung des Pflegebudgets, wofür, so Leber und Vogt, eine detailliertere Erfassung von Pflegebedarf und Pflegeleistungen notwendig wird, um zu einer besseren Abbildung pflegerischer Leistungen und deren Berücksichtigung in einem künftigen Vergütungssystem zu gelangen (Leber/Vogt 2020: 142f). Es scheint ein zweischneidiges Schwert zu sein: Vielleicht wird mit einer solchen Lösung eine bessere Sichtbarkeit der Krankenhauspflege erreicht werden, es entfällt zugleich aber auch die über eine eigene durch pflegerische Tätigkeiten bewirkte Erlösgenerierung im DRG-System gewonnene Anerkennung. Und letztlich wird es sich erst auf lange Frist zeigen, ob sich tatsächlich junge Menschen in ausreichend hoher Zahl für diesen unmöglich gewordenen Beruf (Pfeuffer 2014a) entscheiden und all diejenigen, die die Exit-Option eines Ausstieges oder eines Teilausstieges in Form von Teilzeitarbeit gewählt haben, um ihre Arbeitskraft nicht vernutzen zu lassen, auch zu einer Rückkehr zu bewegen sind. Gegenwärtig fallen die ersten Beurteilungen schon wieder ernüchternd aus. Der bürokratische Aufwand ist offenbar nochmals gestiegen, vor allem aber kommt es zu „perversen“ Effekten der Regelung: Um die Grenzwerte nicht zu unterschreiten und Strafzahlungen leisten zu müssen, wird Personal aus den noch nicht in die Regelungen einbezogenen Stationen „abgezogen“ bzw. werden Patienten auf andere Stationen „verlagert“. „Keine Regelung zu haben, wäre besser als diese Regelung, wird der Präsident des Deutschen Pflegerates vom Deutschen Ärzteblatt zitiert (Osterloh 2019: A614f). Und: Die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung ist von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit Wirkung vom 1. März 2020 bis einschließlich 31. Dezember 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie schon wieder ausgesetzt.

5 Medizinisches Kodieren – ein „dirty work“? Und wenn ja, für wen?

5.1 „Mittlerweile gibt es Kodierfachkräfte, die das für uns übernehmen“

Im Laufe der Erhebungen im Krankenhaus I kam in den Interviews mit Vertretern des ärztlichen Dienstes wiederholt recht undifferenziert die Rede auf „die Medizincontroller“, „das Medizincontrolling“, „die Kodierer“ oder „die Kodierfachkräfte“. Es fiel sofort auf, dass die Ärzte – so konträr zueinander ihre Äußerungen auch ausfielen – häufig wertend bzw. gar emotional über diese Personen sprachen. Konsens bestand jedoch in diesem Zusammenhang in Bezug auf die Ablehnung der eigenen Verpflichtung zum umfangreicheren Dokumentieren sowie zum Kodieren. Greifen wir zwei dieser Äußerungen exemplarisch heraus, um sie zu kontextualisieren und zu interpretieren.

Eine Unfallchirurgin äußert sich vollkommen positiv über den Einsatz der Kodierfachkräfte im Haus sowie über den Umstand, von dieser an dieses Personal delegierten, unliebsamen und zeitraubenden Tätigkeit entlastet zu sein.

Frau Dr. Falke: Ansonsten man hat (...) viel mit Kodierung und so zu tun, wobei man aber nicht sagen kann, dass das jetzt erst kommt, weil das war schon, als ich auch da war. Da musste man hier auch alles selber kodieren. Mittlerweile gibt es Kodierfachkräfte, die das für uns übernehmen und aus der Akte heraus das alles machen, weil es sich einfach gezeigt hat, die haben das studiert, die wissen worauf sie gucken müssen. Die blättern die ganze Akte von hinten bis vorne durch und haben auch nur das zu tun und können damit einfach auch besser Erlöse kriegen. (...)

I: Und bedeutet das jetzt letztendlich noch mal mehr Aufwand an Dokumentation noch mal? Oder ist das eine Erleichterung?

Frau Dr. Falke: Es ist schon eine Erleichterung. Also finde ich schon, weil ich den Anfang mitgekriegt habe und weil ich eben alles selber gemacht habe. Von dem her, das muss ich jetzt nicht mehr.

Dass die Kodierfachkräfte allerdings nur das kodieren können, was auch dokumentiert ist, auf diesen Umstand geht sie nicht weiter ein. Ganz anders nun die Reaktion eines Thorax-Chirurgen derselben Klinik:

I: Also sie haben dann doch als erstes auch die DRGs genannt, oder die Einführung von DRGs. Was hat sich da für sie geändert? (...) Oder wie glauben sie, dass das auch ganz allgemein die Arbeitssituation von Ärzten an der Klinik beeinflusst?

Herr Dr. Roth: Naja, man muss sich mit diesem ganzen System beschäftigen. Obzwar man das nicht unbedingt möchte und [schon gar] nicht so, dass man das jährlich dann aktualisieren muss und dann in verschiedenen Foren was Neues lernen muss, wie man besser kodiert, wie man mehr aus denselben Patienten rausholen kann finanziell. Und dass man dann die Rücksprache und Telefonate führen muss mit der DRG-Abteilung, die mit irgendwelchen Dokumentationen vielleicht nicht zufrieden sind. Und es nervt schon teilweise, dass, sage ich jetzt mal so, Mitarbeiter, die von der Medizin wenig Ahnung haben, dann uns beschulen [lacht] in verschiedenen Gesprächen, wie man was machen muss. Und manchmal auch in unhöflicher Weise, ja? Da ist sicher ein bisschen Frust dabei, aus irgendwelchen Gründen, was ich jetzt nicht genau begründen kann. Aber...

I: Also auf Seiten der DRG-Controller?

Herr Dr. Roth: Ja. Ja. Teilweise gibt es da schon Reibungen, ja. Also viel mehr wie mit der Pflegekraft. Also, ich hatte nie Probleme mit der Ambulanzschwester oder mit Stationspflegekräften. Eher in dem Bereich, ja, dass...

Herr Roth macht keinerlei Hehl aus seiner ablehnenden Haltung, die er ungefiltert zum Ausdruck bringt und beinahe schon als körperlichen Degout inszeniert. Zunächst einmal bezieht sich diese Haltung auf das DRG-System im Allgemeinen, im Fortgang der Passage dann auch auf die Tätigkeitsgruppe, in deren Gestalt ihm dieses System täglich gegenübertritt.

Drei Aspekte sind es, die bei ihm für Unmut sorgen:

Einmal die Pflicht, sich ein Wissen aneignen zu müssen, das für ihn nichts mit der medizinischen Tätigkeit, der Arbeit am Patienten zu tun hat, das zudem jährlichen Veränderungen unterliegt und aktualisiert werden muss;

zum andern die Infragestellung der ärztlichen Wissensdominanz und der ärztlichen Entscheidungsautonomie durch die neuen Verwaltungseliten, die die früher unangefochtene Stellung der Ärzteschaft in Frage stellen;

schließlich geht es um das Ökonomische, das sich in seinen Handlungskontext als konkurrierender oder zur Versorgung der Patienten zumindest konkomitanter Zweck hineinschiebt, die doch für ihn wie für viele andere das „Eigentliche“ der ärztlichen Tätigkeit ausmacht, und ihnen „eine verstärkte Mitverantwortung für das betriebswirtschaftliche Gesamtergebnis des Hauses“ überträgt (Klinke/Müller 2008: 7 f), und zwar so, dass ihnen „die wirtschaftlichen Folgen ihrer Entscheidungen unmittelbar bei der Kodierung deutlich werden.“ (Buhr/Klinke 2006b: 15) Ermutigt der Chefarzt seine Mitarbeiter nicht ausdrücklich, sich von derartigen Belangen bei der Entscheidung der medizinischen Notwendigkeit nicht irritieren zu lassen, „befinden sich die betroffenen Mediziner in einem Dilemma, das sich kein Patient wünschen kann.“ (Klinke/Müller 2008: 71)

Die im Interview geäußerte ablehnende Haltung gegenüber der Pflicht zur Berücksichtigung finanzieller Zwecke in seiner ärztlichen Tätigkeit unterscheidet Herrn Roth ebenfalls von Frau Falke, für die das Motiv „besser Erlöse kriegen“ für sich genommen nichts Unappetitliches an sich hat, solange sie sich dem nicht direkt bzw. zumindest in geringerem Maße widmen muss. Seine Haltung ist fundamental, es ist das gesamte DRG-System, sonst würde er ähnlich wie Frau Falke auch die Kodierfachkräfte und das Medizincontrolling als willkommene Entlastung sehen, die ihm immerhin ein Gutteil dieser Belastung abnehmen.

In der Einführungsphase des DRG-Systems scheint es für die Krankenhausverwaltungen schwierig gewesen zu sein, die Gruppe der Ärzte für das neue Abrechnungssystem zu gewinnen. Die Ärzte betrachteten das Kodieren bzw. die hierfür notwendige Dokumentation als „Fremdkörper“, der nicht unbedingt zum ärztlichen Berufsbild gehört und zu den ohnehin schon beklagten administrativen Verpflichtungen hinzugekommen sei, was sich entsprechend auf die Qualität der Dokumentation und Kodierung auswirkte. Klinke und Müller (2008:34) zufolge beklagt die Ärzteschaft „in Umfragen bereits seit Jahren vehement die Tendenzen einer Bürokratisierung ihres Berufes [...]. Die Frage, ob diese Tendenzen durch die DRG-Einführung verstärkt wurden, wird in Interviews mit Ärzten bejaht, da die neuen Dokumentationspflichten additiv gehandhabt werden.“ Von daher ist der Wunsch vieler Ärzte nachvollziehbar, dass diese Aufgaben von zusätzlichen, eigens dafür abgestellten und entsprechend motivierten Ärzten oder Kodierfachkräften übernommen werden. Ein im Rahmen des WAMP-Projekts interviewter Oberarzt der Inneren Medizin bringt beredt und drastisch zum Ausdruck, wie er zu dieser „berufsfremden“ Tätigkeit steht und welche Stellung sie in der symbolischen Hierarchie der ärztlichen Aufgaben einnimmt:

Für jeden Kollegen [hat] diese ungeliebte Kodierarbeit zugenommen [...], weil letztlich, sage ich mal, für meine, wie soll ich sagen, will ja nicht pathetisch klingen, aber für meine Erfüllung oder für meine Befriedigung als Arztberuf interessiert mich das einen hohlen Dreck, ob ich das jetzt gut kodiert habe oder nicht. Ich sehe den Patienten vor mir, ich visitiere den, ich weiß,

ob es dem besser geht, und ob ich den wieder entlassen kann. Und diese Beziehung, die ich auf dieser Ebene habe, hat eigentlich mit diesem ganzen Verwaltungskram nichts zu tun. (Oberarzt Innere Medizin, zit. in: Buhr/Klinke 2006: 78)

Schlagzeilen hat in diesem Zusammenhang der Fall eines Chirurgen aus Sachsen gemacht, der wegen fehlerhafter Kodierung gekündigt wurde. Laut Deutsches Ärzteblatt (Haasler 2011) war der Chefarzt von seinem Arbeitgeber mit dem Vorwurf entlassen worden, er habe drei Operationen nicht oder nicht ausreichend kodiert. Im ersten Fall habe es sich um eine Meinungsverschiedenheit zwischen dem Krankenhaus und dem Kostenträger gehandelt, im zweiten Fall habe der Arzt die Kodierung vergessen, was jedoch im Rahmen der Bearbeitung des Falles durch das zur Überprüfung der DRG-Kodierung eingerichtete Medizincontrolling festgestellt und nachgeholt wurde. Als der Arzt Monate später nach einer Notoperation über Mitternacht eine weitere Kodierung unterlassen hatte, sprach ihm das Krankenhaus die ordentliche Kündigung aus. Erst in zweiter Instanz bestätigte das zuständige Landgericht die Kündigung mit dem Argument, „der Arzt sei seiner arbeitsvertraglichen Rechtspflicht zur Dokumentation nicht nachgekommen.“

Die Erfüllung der Dokumentationsaufgaben gehört also zu den formalen Verhaltenserwartungen der Organisation, die sie an ihre ärztlichen „Mitglieder“ richtet und an die sich diese qua Arbeitsvertrag anzupassen haben. Wie Luhmann in seinem organisationssoziologischen Frühwerk schreibt, ist es das Besondere der Mitgliedschaftserwartung, dass sie bereits dann verletzt ist, wenn man nur einer einzigen Anforderung nicht nachkommt: „Man kann nicht gegen einzelne von ihnen meutern, ohne gegen alle zu meutern. Wer *eine* Weisung seines Vorgesetzten nicht annimmt, wer *einer* Vorschrift aus Prinzip Anerkennung verweigert, rebelliert gegen das System und gegen alle formalen Erwartungen.“ (Luhmann 1964: 63; Hervorhebungen im Original) Problematisch kann man in diesem Zusammenhang sehen, ob die Kodierung im Rahmen der Fallpauschalenabrechnung in diese mit dem Eintritt in die Organisation eingegangene Verpflichtung zur Dokumentation inbegriffen war. Denn viele der Aufgaben, die ein Organisationsmitglied erbringen muss, können vor ihrem Eintritt gar nicht spezifiziert werden. Fällt das Kodieren in „diese nicht vorher spezifizierten Bereiche, in denen von den Mitgliedern Folgebereitschaft erwartet wird“, die von Chester Barnard als „Indifferenzonen“ bezeichnet wurden, also als „Zonen“ der Organisation, in denen sich die Mitglieder gegenüber der Organisation ‚indifferent‘ zu verhalten haben“ (Barnard 1938: 168 ff, zit. nach Kühl 2011: 35), als Bereiche von Tätigkeiten, die man nicht gerne übernimmt, aber aufgrund der Lohn- oder Gehaltszahlung hinnimmt. Es ist hier nicht der Ort darüber zu entscheiden. Für die Geschäftsführung des Krankenhauses und in letzter Instanz für das Gericht war dem im Falle des gekündigten Arztes so. Das soziologisch Interessante sind aber eben „die Grenzbereiche, bei denen nicht klar ist, ob eine Verhaltenserwartung von den Mitgliedern akzeptiert werden muss oder nicht“ (Kühl 2011: 36). Und weil offenbar die derartige Streitfrage keinen Einzelfall darstellt, musste nach der Einführung der DRGs in Deutschland das Problem, wie mit dieser zusätzlichen Aufgabe der Kodierung umgegangen werden soll, in vielen Krankenhäusern einer Klärung zugeführt werden.

Vor allem aber das zweite Argument des Gerichts verdient noch Interesse: „Der Kläger habe die wirtschaftlichen Interessen der Klinik ausgeblendet, indem er einwarf, dass es sich um Einzelfälle mit geringem Schadenspotenzial handele.“ (Haasler 2011: 127). Möglicherweise hatte sich der Arzt auf die in dem be-

treffenden Haus etablierte Arbeitsteilung verlassen, der zufolge das Medizincontrolling unterlassene Dokumentationen bzw. Kodierungen an den behandelnden Arzt rückmeldet oder korrigiert. Es gilt hier also zum einen das, was Luhmann in dem oben angeführten Zitat über die Ablehnung auch nur einer Weisung sagt, zum andern wird, wie ein Leserbrief im Deutschen Ärzteblatt (Dubischar 2011: A 1862) auf diesen Artikel hin zeigt, der Prozess in der Ärzteschaft als Konflikt um die Arbeitsteilung zwischen ärztlichem Dienst und Verwaltung interpretiert: „Die Kodierpflicht ist für mich weiterhin eine *primär unärztliche* [Hervorhebung von mir; A. Pf.] Verwaltungsaufgabe, die man der duldsamen Ärzteschaft aufs Auge gedrückt hat, wahrscheinlich um Verwaltungskosten für entsprechend geschulte Verwaltungskräfte einzusparen.“ Für den Autor dieses Leserbriefs ist das Urteil ein Sieg der gegnerischen Seite in einem Professionskampf, „Bürokratie“ wird als entscheidendes Kriterium einer Entprofessionalisierung der ärztlichen Tätigkeit ausgemacht: „Dies lässt für die weitere bürokratische Drangsalierung der Ärzteschaft nichts Gutes ahnen...“ Und schließlich zeigt der Fall auch, dass die Unterlassung dieses Chefarztes als Indiz dafür aufgefasst wird, dass die wirtschaftlichen Interessen des Hauses angesichts konkurrierender Zwecksetzungen in der Organisation Krankenhaus für ihn zumindest keine Priorität haben. Als Angehöriger einer Profession, die sich einem eigenen Ethos und entsprechenden Richtlinien verpflichtet und in ihrem Handeln in erster Linie einer kollegialen bzw. professionsinternen Selbstkontrolle unterworfen sieht, fällt das Kodieren nicht in die „Indifferenzzone“ all derjenigen nicht formal festgelegten Erwartungen, deren Erfüllung man mit dem Eintritt in die Organisation automatisch generell zugestimmt hat.

Einen weiteren Hinweis auf die Stichhaltigkeit der These, dass mit der Verpflichtung zur Kodierung im Rahmen des DRG-Systems ein besonderer Point d’Honneur der Ärzteschaft getroffen wurde, mag auch der Umstand geben, dass es jenseits des Rheins, in den französischen Kliniken, zu Beginn des Jahres 2008 just mit Abschluss der Einführung der T2A, des französischen Äquivalents zum deutschen DRG-System, sogar zu organisierten Kodierstreiks seitens der Ärzteschaft kam, die – so entsprechende Studien – gewiss nicht weniger über Dokumentationsverpflichtungen zu klagen hat als ihr Pendant hierzulande (vgl. die entsprechenden Hinweise bei Gheorghiu/Moatty 2013: 103-132, insbesondere 128ff, sowie 221-269, insbesondere 243ff).

Allerdings darf man nicht zu sehr pauschalisieren. Die Beispiele belegen nun nicht, dass das Kodieren bzw. die Erlösoptimierung von Ärztinnen und Ärzten generell subjektiv als ein Legimitätsverlust erlebt wird. So berichtet Frau Ehrlich, die ehemalige Leiterin des Medizincontrollings in Krankenhaus I von der dort gefundenen Arbeitsteilung zwischen Kodierfachkräften und Ärzten:

Frau Ehrlich: Ja also es gibt ein paar Sachen, die sie noch machen müssen. Die chirurgisch Tätigen müssen ihre Operationen selber erfassen. Wobei wir da auch manchmal ein korrigierendes Auge drauf haben.

I: Mhm. Aber ist man noch dabei? Oder manchmal, oder? Also es steht niemand im OP mit dabei, //nein, nein, nein// der... na?

Frau Ehrlich: Aber, im OP steht ein Computer und da kann er die gleich direkt eingeben.

I: Das wird dann direkt //ja ja// eingegeben? Ja, ja.

Frau Ehrlich: Und auch im Arztzimmer haben sie Arzt-Arbeitsplätze, wo sie auch erfassen können. Manche tun das immer noch recht gerne, wollen wissen was rauskommt. Aber der Großteil der Ärzte interessiert sich dafür nicht groß. (D-K-23)

Nicht zufällig scheinen es gerade die Chefärzte zu sein, die sich zwar nicht in die Materie einarbeiten wollen, um „wasserfest“ zu kodieren, die aber das wirtschaftliche Interesse antreibt:

Frau Ehrlich: Und ja, es gibt auch immer mal Chefärzte die meinen, sie können ganz toll selber kodieren und kodieren das Blaue vom Himmel rein, haben einen Riesens CMI [Casemix-Index; A.Pf.] und wir streichen es ihnen wieder raus. [...] Das ist sehr stark von den Persönlichkeiten abhängig. Also, früher haben ja bei uns die Ärzte kodiert. Einige haben das zum Teil sehr gerne sogar getan.

I: Ja?

Frau Ehrlich: Also, und da gibt es immer noch welche, die das nicht ganz für Teufelszeug halten. Aber, die Chefärzte interessieren sich in der Regel nur für den wirtschaftlichen Teil, und ich finde das auch richtig so. Ein Chirurg in unserer Abteilung, der ist da unbelehrbar und kodiert wirklich den hellgelben Mist rein, //lacht// und regt sich dann immer furchtbar auf, wenn man es ihm wieder ausgestrichen hat. Und ich sage dann immer, wenn er weiter kodiert, dann fange ich wieder an zu operieren. Kommt das gleiche dabei raus. Also das...

I: Also der entwickelt dann auch so einen sportlichen Ehrgeiz, //ja, ja// (wo er da meint?)...

Frau Ehrlich: Absolut sportlichen [Ehrgeiz.]

I: [unterbricht] [Ja. Also das ist] keiner von denen, die das eigentlich ablehnen, sondern der ist halt ein bisschen wild bei?

Frau Ehrlich: Der ist wild, CM-Punkte [Casemix-Punkte; A.Pf.] zu machen //mhm// und gut dazustehen. Und diese Motivation, diesen Druck haben die Chefärzte. (D-K-23)

Ein weiteres Gegenbeispiel führt uns die folgende Äußerung eines aus Deutschland stammenden und seit einiger Zeit an einem Schweizer Kantonsspital tätigen Arztes vor Augen, der im Interview nochmals den für ihn zunächst durchaus mit Ambivalenzen verbundenen Schritt weg von der Station hin zur Leitung der Kodierabteilung reflektiert. Er berichtet zunächst von der Folgeschwere des Verlassens seines Berufs und seinem Hadern damit, bevor er sozusagen zur Rechtfertigung dieser „Konversion“ nicht ohne Genugtuung und das Bild des Operierens verwendend darauf verweist, dass er in seiner neuen Funktion nun mindestens ebenso professionell agieren kann wie vormals als Arzt. Das Skalpell als Symbol für die Macht des Arztes über den während der Operation wehrlosen „Gegenstand“ seiner Tätigkeit wird in diesem Kontext zum Symbol für die Präzision und Wirkmächtigkeit der Werkzeuge des Controllers:

Ja, es war ein invasiver Schritt, und ich war mir über viele Jahre auch nicht so wirklich klar, ob das... ob ich das wirklich auch so... den richtigen Weg eingeschlagen hab', aber ich muss mittlerweile sagen, also das betriebswirtschaftliche Messer ist mindestens genauso scharf wie das Skalpell.⁹¹

Doch interessiert uns hier nicht in erster Linie die Ärzteschaft, sondern wie die Krankenhäuser mit diesem Problem umgegangen sind, das ein Handbuch über „Zukunftsorientierten Wandel im Krankenhausmanagement“ lakonisch und durchaus etwas untertrieben in der „teilweise eher geringe[n] Motivation der Ärzte für die Kodierung“ sieht (Kinnebrock/Overhamm 2009: 134).⁹² Der an einem hessischen Krankenhaus tätige Medizincontroller Haack warf daher schon 2003 die Frage auf, „ob es zielführend ist, weiterhin einer Berufsgruppe diese Aufgaben zu übertragen, die dafür primär nicht ausgebildet, unmotiviert und in ihrer

⁹¹ Für den Hinweis auf diese Passage aus dem Interviewsample unseres DACH-Projektes „Im Dienste öffentlicher Güter“ danke ich Michael Gemperle.

⁹² Ebenso spricht Ehrlich (2010: 560) davon, dass die Dokumentation nach deutschen Kodierrichtlinien, Diagnosen- und Prozedurenkatalog zu Unzufriedenheit bei den Mitarbeiter/innen führe und es ihnen „neben der Motivation bezüglich der Übernahme von Verwaltungsaufgaben vor allem an einer umfassenden Ausbildung in diesem Bereich“ fehle.

Anzahl abnehmend ist: den Krankenhausärzten“ (Haack 2003: 367). Es lag also schon früh nahe, den Ärzten diese Aufgabe abzunehmen und sie einem anderen Personal zu übertragen. Es fragte sich nur, welchem.

Die in den meisten Krankenhäusern schließlich gefundene Aufgabenteilung beim Kodieren zwischen ärztlichem Dienst und Medizincontrolling ist das Ergebnis einer Entwicklung, die bestimmte Theorierichtungen wie etwa der soziologische Institutionalismus als „mimetischen Isomorphismus“ (DiMaggio/Powell 1983) interpretieren, also als im Rahmen des Umgangs mit Unsicherheit erfolgreicher Angleichung bislang verschiedener Organisationstypen, bei der es nicht zur Entwicklung gänzlich neuer Organisationsmodelle kommt, sondern „vielmehr zur Diffusion von Organisationsmodellen, die bislang bereits existent, aber noch nicht dominant waren“ (Klenk 2013: 219). Im Falle von kommunalen bzw. überhaupt öffentlichen Krankenhäusern sieht Klenk die Organisationspraktiken gewinnorientierter privater Krankenhäuser als die Vorbilder an, die nachzuahmen Erfolg oder Legitimität verspricht.

Die schließlich etablierte Aufgabenteilung ist aber auch oder viel mehr – und das soll hier in den Vordergrund gestellt werden – das Resultat von Macht- und Statuskämpfen im Krankenhaus oder – in der Terminologie des symbolischen Interaktionismus – Ergebnis von in einem strukturellen Kontext situierten Aushandlungsprozessen, das bis auf Widerruf auf Dauer gestellt und routinisiert ist (Strauss 1978, Strauss 1993: 248-250; vgl. dazu Strübing 2005: 192 ff). Wenn sich auch in den meisten Häusern heute ein Medizincontrolling sowie der Einsatz von Kodierfachkräften durchgesetzt hat, so fällt die konkrete Umsetzung und Praxis doch von Haus zu Haus, ja manchmal auch von Station zu Station bzw. zwischen den ärztlichen Fachabteilungen unterschiedlich aus, ist das Ergebnis von ökonomischen Kalkülen und nicht zuletzt, wie angedeutet, von Auseinandersetzungen und sich etablierenden Machtbalancen. Der Einsatz von spezifischem Personal mag sich mit der Einführung von DRG-Verantwortlichen, Medizincontrolling-Abteilungen und eben von Kodierfachkräften heute auch weitgehend verallgemeinert haben, man darf freilich nicht vergessen, dass die „Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren“ nach der Kodierregel DKR D001 in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegt. Die Kodierung ist also nur „delegiert“ (vgl. Horndasch 2011: 14).

Wie kam es nun zu dieser Art von Arbeitsteilung? Nach der Einführung des DRG-Systems musste die Kodierung der Diagnosen und Prozeduren anhand der ICD- und OPS-Schlüssel in den meisten Krankenhäusern, wie sich die oben zitierte Unfallchirurgin aus Krankenhaus I erinnert, zunächst noch von den Ärzten selbst komplett erledigt werden.⁹³ Im Fall der Chirurgie war dies sogar schon früher der Fall, da bereits 1996 mit der neu gefassten Bundespflegesatzverordnung Fallpauschalen und Sonderentgelte für die chirurgischen Fächer und einige diagnostische Maßnahmen entwickelt waren (Simon 2001: 16).

Einige Umfragen aus der Vergangenheit können diese Entwicklung belegen:

In der schwerpunktmäßig der DRG-Einführung gewidmeten Herbstumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts aus dem Jahr 2002 (Offermanns 2003: 15 ff), also noch vor der „Scharfstellung“ der DRGs in

⁹³ In den von Vogd zu Beginn des neuen Jahrtausends untersuchten Häusern oblag die Kodierung noch allein den Ärzten und innerhalb der Ärzteschaft v.a. den Assistenzärzten, deren Kodierungen durch einen Oberarzt bestätigt werden mussten (Vogd: 2006c: 47 und 60). Oberärzte fungieren heute in einer ähnlichen Rolle oft als DRG-Beauftragte.

Deutschland, zeigt sich, dass zu diesem Zeitpunkt Haupt- wie Nebendiagnosen noch zu rund 94% vom ärztlichen Dienst verschlüsselt wurden. Bei den Prozeduren lag der Anteil bei 89,4% bzw. 82,9%, nur bei den pflegerelevanten Diagnosen sowie Prozeduren lag er – man könnte sagen: naturgemäß – bei 38,1% bzw. 35,4%, insofern die letzteren beiden zu 61,4% bzw. 57,7% vom Pflegedienst verschlüsselt wurden. Nur größere Kliniken, prominent ist das Beispiel der Berliner Charité, hatten zu einem sehr frühen Zeitpunkt schon den Weg eingeschlagen, Kodierfachkräfte bzw. Medizinische Dokumentationsassistenten einzusetzen (vgl. für eine Bilanz nach drei Jahren Hansen/Grasse: 2004). Einer Umfrage der DRG-Research Group des Universitätsklinikums Münster unter den Mitgliedskrankenhäusern des Krankenhauszweckverbandes Köln, Bonn und Region im Juli 2009 zufolge beschäftigten in diesem Jahr, also zu einem recht späten Zeitpunkt, noch 25% der die Umfrage beantwortenden Kliniken keine Kodierfachkräfte zur Entlastung des ärztlichen Dienstes und zur Erhöhung der Kodierqualität (Franz et al. 2011: 365). Das betraf vor allem Häuser der Grund- und Regelversorgung (23%), in etwas höherem Maße jedoch gar Häuser der Schwerpunktversorgung (29%). Fast ein Viertel der Häuser ohne Kodierfachkräfte erklärte zwar, kurzfristig die Kodierung auf Kodierfachkräfte umstellen zu wollen. Allerdings – und das ist bemerkenswert – gab mehr als die Hälfte dieser Häuser damals an, „auch in Zukunft weiterhin ohne Kodierfachkräfte auskommen zu wollen, da sie entweder keine Verbesserungsmöglichkeit sahen oder die Fallzahl ihres Erachtens zu klein sei.“ (Franz et al. 2011: 366) Es scheint (oder schien) also nicht so zu sein, dass der Einsatz von Kodierfachkräften im Sinne der neo-institutionalistischen Theorie Gegenstand eines quasi zwangsläufigen ‚institutionellen Isomorphismus‘ darstellt.

Das „Abdelegieren“ der Kodierung durch den ärztlichen Dienst an Kodierfachkräfte lässt sich gut anhand der Daten der Frühjahrs- bzw. Herbstumfragen von medinfoweb.de im Zeitverlauf nachzeichnen.

Tabelle 6: Anteil der Primärkodierung der Fälle durch Ärzte bzw. Kodierfachkräfte

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Anteil Primärkodierung Ärzte	80,0	50,0	39,0%	30,4%	23,4%	23,6%	20,2%
+/- Vorjahr		-30,0%	-11,0%	-8,6%	-7,0%	-0,2%	-3,4%
Anteil Primärkodierung Kodierfachkräfte	20,0%	50,0%	61,0%	69,6%	76,6%	76,4%	79,8%
+/- Vorjahr		+30,0%	+11,0%	+8,6%	+7,0%	+0,2%	+3,4%

Quelle: medinfoweb.de

Im Zuge der WAMP-Studie, die ja aufgrund mehrerer Erhebungswellen einen Zeitvergleich möglich macht, zeigte sich ebenfalls, dass erst im Lauf der Jahre nach Einführung des Fallpauschalensystems der „Anteil an sonstigen Personen (Dokumentationsfachkräfte, Arzthelfer, Pflegekräfte, Verwaltungsangestellte und sonstige Berufsgruppen), die diese Arbeiten übernehmen“, zugenommen hat. Im Wellenvergleich zeigte sich vor allem aber auch, dass die Kodierung zugleich „mehr zur Chefsache geworden ist“, wobei die „größere Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses eine Rolle“ spielt (Klinke/Müller 2008:

72-73). Wir haben es genau genommen also nicht mit einer einfachen Verlagerung der Kodiertätigkeit zu tun, sondern mit einer spezifischen Aufteilung.

Im Folgenden wird es darum gehen, die erfolgte Aufgabenteilung als das nicht ohne Konflikte zustande gekommene Ergebnis eines Prozesses der Arbeitsteilung zu interpretieren. Es ist zu fragen, ob es nicht zu kurz gegriffen wäre, wollte man dieses Ergebnis allein aus funktionalen bzw. Kosten-Nutzen-Erwägungen erklären. Sind es nicht vielmehr – wie in den Interviews exemplarisch zu Ausdruck kommt – unterschiedliche Perspektiven auf die Kodiertätigkeit, einander widerstreitende Interessen und deren Rechtfertigung und Inszenierung, das Machtgefüge zwischen den Professionen, Prestige- und Moralvorstellungen, mithin also genuin soziale Faktoren, die hier eine Rolle gespielt haben?

5.2 Berufssoziologische Überlegungen

Versucht man die Tätigkeit der Kodierfachkräfte in berufssoziologischer Hinsicht einzuordnen, stößt man auf massive Schwierigkeiten. Schon eine Definition des Berufsfelds Gesundheit mit eindeutig nur ihm zugeordneten Berufen zu geben, ist nicht erst in jüngster Zeit als schwierig beurteilt worden (Bals 1993). Bei der globalen Betrachtung des Gesundheitsbereichs sticht neben der steigenden Bedeutung des Gesundheitssektors für die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung und der dynamischen Beschäftigungsentwicklung in diesem Arbeitsmarktsegment vor allem die zunehmende Zersplitterung des Berufsfeldes ins Auge (Dielmann 2013: 150-151). Es herrscht der Eindruck eines „selbst für Gesundheitsexperten kaum durchschaubaren derzeitigen ‚Qualifikations-Irrgartens‘“ vor (Bals/Dielmann 2013: 177).

Die Zersplitterung zeigt sich vor allem, wenn man nicht nur die auf einem Berufszulassungsgesetz basierenden Gesundheitsfachberufe fokussiert, sondern den Blick auf alle Berufe im Gesundheitswesen ausweitet, die personenbezogene Dienstleistungen erbringen, die auf Gesunderhaltung, Heilung, Pflege oder Wiederherstellung der Gesundheit durch Rehabilitation ausgerichtet sind, also die eigentlichen Heilberufe. Zu der quantitativen Zunahme der in diesem Bereich schulisch, dual oder hochschulisch angebotenen Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote gesellen sich noch die nur mittelbar zum Gesundheitsbereich zugehörigen, nicht mehr direkt personenbezogenen Tätigkeiten, also unter anderem auch Tätigkeiten im Gesundheitsmanagement und dem Controlling von Einrichtungen des Gesundheitswesens wie den Krankenkassen oder den Heil- und Pflegeinstitutionen. Wie auch Bals und Dielmann feststellen, existiert neben den klassischen Gesundheitsberufen „eine große Zahl von Erwerbsberufen bzw. beruflichen Tätigkeiten, die (zum Teil schon seit langer Zeit) von einer großen Zahl von Beschäftigten ausgeübt werden, ohne dass es jemals zur Verberuflichung und Institutionalisierung kommt, was zum Teil von den beteiligten Akteuren offensichtlich auch gar nicht angestrebt wird.“ (Bals/Dielmann 2013: 178-179) Zahlreiche Angebote, die aufgrund lokaler und vorübergehender Bedarfe entwickelt werden, prägen „ein kaleidoskopisches Berufebasteln; ein systematischer Bezug auf die Entwicklungschancen und -probleme des Gesundheitssektors im Rahmen einer strategisch ausgerichteten Berufsbildungspolitik“ steht bislang aus (Evans/Bräutigam/Hilbert 2013: 1).

Den berufstheoretischen Überlegungen von Beck u. a. (1980) zufolge lässt sich die Entstehung eines neuen Berufs in mehrere Phasen unterteilen: Neue Bedürfnisse, Aufgabenstellungen und Probleme und/oder neue

Verfahren, Produkte und Dienstleistungen ziehen eine zahlungskräftige Nachfrage nach sich, die die Möglichkeit zum Erwerb entsprechender Qualifikationen erzeugt. Im Zuge eines Institutionalisierungsprozesses auf verschiedenen Ebenen kann sich aus dem Tätigkeitsbündel ein Beruf im vollen Wortsinn entwickeln. Ob die hierfür nötige „Dauerhaftigkeit und Stabilität der beruflich zu bearbeitenden Probleme“ erreicht werden kann, muss sich für diese Tätigkeitsbündel jeweils erweisen. Jedenfalls ermöglichen nur „vorübergehende Probleme [...] keine kontinuierliche, längerfristige Arbeitsperspektive und können auch nicht Thema und Inhalt von Berufen werden“ (Bals/Dielmann: 2013: 179).

Wendet man sich von dieser statischen, globalen Betrachtungsweise auf Berufe und Qualifikationen einer eher an den Beschäftigten des Gesundheitswesens orientierten Betrachtungsweise zu, so fällt auf, dass die Unübersichtlichkeit nicht nur das Feld der angebotenen Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote und der entsprechenden Abschlüsse betrifft, sondern dass im Gesundheitsbereich auch die individuellen und kollektiven Berufs- und Beschäftigungsverläufe instabiler und dynamischer werden. Wie in anderen Branchen auch, bleiben zahlreiche Beschäftigte nicht mehr ein Berufsleben lang ihrem erlernten Beruf treu, sondern nutzen verstärkt die sich durch Fort- und Weiterbildungen, aber auch Bildungsabschlüsse im tertiären Bereich bietenden Entwicklungsangebote, um ihre berufliche Situation zu verändern. Dies kann im Sinne einer vertikalen Mobilität über den Weg der Professionalisierung und den Erwerb von Hochschulabschlüssen geschehen, allerdings darf man nicht übersehen, dass – wie im Fall der Kodierfachkräfte zu zeigen sein wird – durch nicht-tertiäre (Weiter-) Qualifizierungsangebote auch „horizontale Karrieren“ eröffnet werden, wie sie Howard Becker vor langer Zeit schon für den Lehrerberuf in Chicago untersucht hat (Becker 1952).

Zwei weitere, zu der im Gesundheitswesen herrschenden Unübersichtlichkeit ebenfalls beitragende Aspekte stellen das insbesondere für die Funktionsfähigkeit der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland so folgenreiche Phänomen des Wechsels von Pflegekräften von Vollzeit- in Teilzeitbeschäftigung, aber auch der hierzulande besonders ausgeprägte vorzeitige Ausstieg aus den Pflegeberufen dar, wie für die Krankenhauspflege vor einiger Zeit die RN4CAST-Studien im europäischen Vergleich gezeigt haben (Heinen et al. 2013; zuvor schon für alle Pflegeberufe die EXIT-Studie, Hasselhorn et al. 2005). Man schätzt, dass zudem zwischen 1999 und 2013 ca. 25.000 Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegekräfte in die ambulante Pflege abgewandert sind, ca. 8.000 in Pflegeheime (Simon 2019: 227).

Die bereits skizzierten Entwicklungen – die Einführung des DRG-Systems und damit einhergehend eine aufkommende Nachfrage nach Personal mit neuartigen Kompetenzen und Qualifikationen, dynamischere Berufs- und Beschäftigungsverläufe, schließlich der *early exit* aus dem Pflegeberuf – bilden zusammen die Hintergrundfolie, auf der sich die Tätigkeit und die Personalgruppe der Kodierfachkräfte in ihrer spezifischen Ausprägung haben herausbilden können.

Die Tätigkeit der Kodierfachkräfte gehört gewiss nicht zu denjenigen, die einem in den Sinn kommen, wenn man sich mit der beruflichen Dimension der jüngeren Entwicklungen des Gesundheitswesens und vor allem des Krankenhauses befasst. Diese Tätigkeit ist – im Gegensatz etwa zu solchen neueren Gesundheitsberufen wie den Operationstechnischen (OTA) oder den Chirurgisch-Technischen Assistentinnen und

Assistenten (CTA), deren Berufsbilder ebenfalls das Ergebnis von Aufgabenübertragungen aus dem ärztlichen Dienst darstellen, so gut wie unbekannt. Im Grunde genommen stellen die Kodierfachkräfte auch keine zahlenmäßig sonderlich bedeutende Beschäftigtengruppe der deutschen Krankenhäuser dar, sie sind in den entsprechenden Statistiken sowohl der Kliniken wie auch des Bundes nichts eigens ausgewiesen. Vor einigen Jahren wurde geschätzt, dass in deutschen Krankenhäusern gerade einmal ca. 8.000 von ihnen tätig sind, allerdings dürfte diese Zahl inzwischen um einiges überholt sein. Einem im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erstellten und auf einer repräsentativen Umfrage unter Krankenhäusern basierenden Gutachten der BDO Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zufolge belief sich die Zahl der Medizin-Controller und Kodierfachkräfte zusammengenommen allein in den Krankenhäusern für das Jahr 2011 auf ca. 13.700 Personen. Jedes Krankenhaus hatte demnach im Jahr 2010 im Durchschnitt 6,64 Vollkräfte im Bereich Medizincontrolling und Kodierfachkräfte beschäftigt. Neueste Umfragen unter Krankenhäusern ergeben, dass im Bereich „Medizincontrolling“ über die Jahre hinweg nach wie vor ein starker Stellenzuwachs zu verzeichnen ist, der weit über dem Personalanstieg im Bereich „Kaufmännisches Controlling“ liegt (Crasselt/Heitmann/Maier 2015: 18-19). Doch nicht nur innerhalb der Krankenhäuser, sondern auch beim Prüforgang der Kostenträger, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), und bei den Krankenkassen selbst finden sie Beschäftigungsfelder, des Weiteren auch bei externen Dienstleistern und Consultingfirmen, die von Krankenhäusern im Zuge eines „Outsourcings“ mit diesem Teil des operativen Controllings beauftragt werden können.

Mit der steigenden Nachfrage v.a. seitens der Kliniken nach erfahrenen Kodierfachkräften hat sich ein florierender Aus- und Weiterbildungsmarkt etabliert, auf dem Abschlüsse und Diplome auf unterschiedlichen Niveaus gehandelt werden: Die Qualifikationen reichen von der Fortbildung zum „Medizinischen Kodierassistenten“ oder zur „Medizinischen Kodierfachkraft“ – andere Bezeichnung sind auch „Medical Coder“, „Clinical Coder“ oder „Case mix performer“ – über die Ausbildung zum Medizinischen Dokumentar und zum Medizinischen Dokumentationsassistenten bis hin zu Abschlüssen auf tertiärer Ebene, etwa in Form von Bachelor-Studiengängen „Medizincontrolling“.

Ihre Tätigkeit weist noch unklare Konturen auf, genau genommen kann man die Kodierfachkräfte, folgt man Beck, noch nicht als Berufsgruppe bezeichnen. Aber gerade das macht sie vielleicht aus der Perspektive einer Soziologie, die sich mit der sozialen Arbeitsteilung in Organisationen und der Genese von Berufsgruppen und Professionen befasst, interessant.

Eine der herausragenden Figuren der Chicago School, akademischer Lehrer auch von so eminenten Vertretern der Forschung über Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken wie Anselm Strauss, Erving Goffman oder Howard Becker, nämlich Everett C. Hughes, spricht bezüglich organisationaler Rollen oder Berufen, im konkreten Kontext bezüglich der Arbeit von Krankenpflegekräften, von einem „bundle of tasks“: „As I have already suggested, an occupation or a job consists of a bundle of several tasks. The thing that holds them together is that they are all done by one person and under a single name. A person, a name, and a bundle of tasks.“ (Hughes 1984e: 313). Das ist gewiss eine minimalistische Definition, aber gerade bei „Proto-Berufen“ oder entstehenden Berufen wie den Kodierfachkräften hat dies den Vorteil, dem untersuchten Phänomen nicht von vornherein vorgefasste Konzepte hinsichtlich der konkreten Tätigkeit und der

Qualifikationen überzustülpen, wie das eine funktionalistisch orientierte Berufssoziologie implizit annimmt, der zufolge die Entstehung von Professionen (und der Berufe) im Zuge des Modernisierungsprozesses einen Ausdruck der Rationalitätssteigerung bei der Bewältigung von Problemen des sozialen Lebens darstellt.

Allerdings kann man bei einer solchen minimalistischen Definition nicht stehen bleiben, und es ist in der Berufssoziologie ja schon längst *common sense*, dass Berufe „politisch hergestellt und veränderbar“ sind (Beck/Brater/Daheim 1980: 41). Die Entstehung und Abgrenzung von Berufen im Allgemeinen und Professionen im Besonderen vollzieht sich, wie Pfadenhauer und Sander (2010: 371) zu Recht anmerken, „keineswegs als eine Art ‚Naturereignis‘. Professionen ebenso wie Berufe sind vielmehr als soziale Konstrukte anzusehen, an deren Zustandekommen verschiedene ‚Parteien‘ interessiert und beteiligt sind“ und in denen sich berufspolitische Strategien niederschlagen. Eine Konsequenz dieser „Entmythologisierung“ für andere soziologische Disziplinen liegt, so Beck, Brater und Daheim, darin, dass diese – wie etwa „die Medizinsoziologie mit den Berufen Arzt, Krankenschwester usw.“ – die Berufsstrukturen „nicht einfach als technisch-funktionelle Notwendigkeiten“ hinnehmen können. „Je nach ihrer konkret-inhaltlichen Zusammensetzung und Abgrenzung – ihrer ‚Schneidung‘ vermitteln die Berufe [...] ihrem Inhaber einen unterschiedlichen *ökonomischen und sozialen* Status. Unter Konkurrenzbedingungen [...] ist dieser doppelte Effekt der Berufsschneidung *Anlaß zu konfliktreichen Auseinandersetzungen unterschiedlichster Gruppen* um die Aneignung bzw. Verteidigung bestimmter Kompetenz- oder Qualifikationselemente mit entsprechend günstigen oder ungünstigen Markt-, Macht- und Einkommenschancen gewesen. Die Entstehung der Einzelberufe läßt sich somit im Prinzip *als labiles, prinzipiell veränderbares Resultat historischer Interessenauseinandersetzungen um mehr oder weniger günstige ‚Kompetenzschneidungen‘ erklären.*“ (Beck/Brater/Daheim 1980: 40; die Hervorhebungen stammen von den Autoren).

Ein Echo solcher oder ähnlicher grundlegender Feststellungen der Berufssoziologie ist beispielsweise in den professionssoziologischen Untersuchungen Andrew Delano Abbotts über die Teilung von Expertenarbeit (1988) auszumachen, die häufig als „power approach“ in der Professionssoziologie etikettiert werden. Er identifiziert die Aufteilung von Zuständigkeiten („jurisdiction“) zwischen dem Personal des Krankenhauses, die Abgrenzung von Tätigkeitsfeldern, als das zentrale *enjeu* in Professionskämpfen.

Das ist nicht erst eine Entwicklung des 20. Jahrhunderts, denn in Konflikten um die Definition legitimer Zuständigkeiten wurde – um nun wieder zu unserem Gegenstand, der Arbeit des Dokumentierens und Kodierens zurückzukehren – die Arbeit, die man im weitesten Sinne als Dokumentationsarbeit bezeichnen kann, bereits im 19. Jahrhundert von den Vertretern des Ärztestandes vehement abgelehnt oder an die unteren Ränge der Ärzteschaft delegiert.

Die meisten Ärzte führten meist ihre eigenen, meist knappen und unstrukturierten Notizen und mussten mühsam von der Verwaltung davon überzeugt bzw. dazu gedrängt werden, sich an die ausführlicheren und standardisierten Aufschreibesysteme anzupassen. „The reluctance of physicians to change their record-keeping routines, and to spend more time registering more information, was extensively criticized by the reformers. Medical record keeping, they argued, is characterized by inexcusable ‚laxity‘“ (Timmermans/Berg

2003: 41) Bereits damals „weigerten sich die meisten Ärzte, die für die Patientenakte notwendigen, akribischen Erhebungen und Dokumentationen der Daten durchzuführen. Diese Tätigkeit wurde vielmehr – in einem durchaus konflikthafte Prozess – dem Pflegepersonal angetragen, wodurch sich die Rolle der Pflege als Zuarbeit für die Ärzte noch mehr verfestigte“ (Manzei 2011: 215). Wie Timmermans und Berg in ihrer Untersuchung über Standardisierungsprozesse in der Medizin feststellen, war „[t]he step toward the patient-centered casefile [...] entangled with the spread of the principles of scientific management within hospitals, which was becoming very popular in industry during this period. This approach was brought into medicine not so much through the medical profession as through hospital administrators, who aimed to control costs and enhance operational control over their increasingly expanding organizations. [...] The patient-centered record was to medical work what the introduction of cost accounting was to hospital administration“ (Timmermans/Berg 2003: 38f)

Volker Hess, der sich in zahlreichen Arbeiten um die historische Aufarbeitung der Patientenakte bzw. überhaupt klinischer Aufschreibesysteme verdient gemacht hat, bemerkt dagegen, dass an der Berliner Charité „die tägliche Schreibarbeit seit der Gründung der Anstalt den Subchirurgen, später den Unterärzten aufgebürdet [wurde]. Die angehenden Feldschere und Militärärzte waren für die täglichen Krankenbeobachtungen zuständig. Sie hatten Wochenberichte, Monatsstatistiken und Quartalsübersichten zu erstellen, ja sie hatten sogar täglich die Küchenzettel für Diätanordnungen und Speisepläne auszufüllen. Mit einem Wort: In Preußen war die Schreibarbeit im Krankenhaus ärztliches Metier“ (Hess 2015: 286). Das scheint auf den ersten Blick der obigen Behauptung zu widersprechen, aber nur, weil Hess nicht näher darauf eingeht, dass es ja nicht die Chefarzte oder Oberärzte waren, die die Dokumentation führten, sondern deren Ranguntergebene, die Unterärzte. Er gibt aber eine Erklärung dafür, dass diese Arbeit nicht an das Pflegepersonal abdelegiert wurde: In Preußen bestand das Pflegepersonal, das mit dem Schreiben nicht selten Mühe hatte, aus meist ungelerten, oft ehemaligen Patienten – dies ganz im Gegensatz etwa zu den Pariser Krankenhäusern, die von „selbstbewussten Pflegeorden geleitet [wurden], die ihren in Jahrhunderten erworbenen Arbeitsbereich und Einfluss hartnäckig gegen die neuen Chirurgen und Ärzte zu verteidigen wussten“ (Hess 2015: 286). Aber sobald sich auch hierzulande von der Verwaltung vorgegebene Aufnahmebücher etabliert hatten, entwickelte sich ein *dual use*, eine Umnutzung, indem nämlich die Kliniker in dieses Aufnahmebuch eine zusätzliche Spalte für die Aufnahmediagnose einfügten – „eine für die Verwaltung eigentlich unerhebliche Information.“ Die sich in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts einstellende Dynamik der Einführung neuer administrativer Aufschreibesysteme, die sich zu einer „Formularflut“ ausweitete, war aber nicht mehr der ärztlichen Neugier geschuldet, sondern entsprang einer „immer feineren[n] Differenzierung der Kur- und Verpflegungskosten. Deren Entstehung wie Erstattung bemühte sich die Charité-Verwaltung mit einer Papierflut – bis Ende des 19. Jahrhunderts stieg die Zahl der vorgehaltenen Formulare auf über 100 an – gegenüber Dritten transparent zu vollziehen. Der erhöhte Aufwand an Buchhaltung, der mit einer umfassenden Reorganisation der Registratur, der Einführung von Krankenakten und einer aufwendigen Vernehmungszusammenfassung aufzunehmender Patienten einher ging“ (Hess 2015: 291). Wer all diese Formulare und überhaupt die Krankenakte zu führen hatte, darauf geht Hess leider nicht mehr näher ein. Dafür aber auf einen anderen interessanten Punkt: Die mit der Einführung der Versicherungs-

pflicht für Handwerker und Arbeiter gestiegene Zahl an Kostenträgern vermehrte auch die Anzahl der Formulare: „Akte und Registratur sind folglich mehr oder minder Folge einer Ausdifferenzierung der Patientenschaft nach Kostenträgern [...]“ (Hess 2015: 292). Die verstärkte Dokumentationspflicht zu Abrechnungszwecken im Rahmen des DRG-Systems steht damit also in einer langen Tradition!

Kehren wir wieder in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts zurück. Die genannte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch den Pflegedienst wurde allerdings – und wird auch heute noch – innerhalb der Pflege durchaus unterschiedlich gesehen. Schon in den 1970er Jahren, so die Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik, habe es Bestrebungen gegeben, die Pflege durch verstärkte Technisierung und Übernahme ärztlicher Aufgaben zu professionalisieren, offenbar in der Annahme, so muss man folgern, dass im Zuge dieser Übernahme auch etwas von dem Prestige der ärztlichen Profession auf die eigene Tätigkeit abfärbe. Dagegen hätten in den 1980er Jahren, im Zuge von Personalmangel und Emanzipationsbestrebungen, Pflegenden „sich zunehmend geweigert, auf Anordnung der Ärzte deren Maßnahmen zu übernehmen, wie z.B. Blutabnahmen durchzuführen, Spritzen oder Infusionen zu geben.“ (Bartholomeyczik 2010a: 140) Ein Echo davon lässt sich auch in den Erhebungen in Krankenhaus I ausmachen, wo ein ältere unter den interviewten Krankenpflegerinnen davon spricht, dass die Weigerung, Blut abzunehmen, zu Konflikten mit jüngeren Pflegekräften geführt habe, für die dies wiederum eine Ausweitung ihres Aufgabenfeldes und eine Aufwertung ihrer Tätigkeit überhaupt darstellte. Frau Kreuz ist eine der jüngeren Pflegefachkräfte, die nach eigenen Aussagen „gerne etwas mehr“ mitdenkt und auch Tätigkeiten verrichtet, die über die Routine der pflegerischen Arbeit hinausgehen:

Frau Kreuz: Also, ich denke gerne mit. Aber manche machen es halt nicht. Und dann ist es halt für den Patienten schade.

II: Okay. Also, es ist ein Unterschied, also der Persönlichkeit. Und schafft das auch Spannungen so innerhalb der Station, also der Kolleginnen und Kollegen?

Frau Kreuz: Mhm. Also, was am Anfang bei uns jetzt zum Beispiel ein Thema war, Blut abnehmen. Das macht man ja eigentlich in Deutschland, macht das keine Krankenschwester, zwar jede Arzthelferin, aber keine Krankenschwester. Weil das ärztliche Tätigkeit ist und die Ärzte da dafür auch Geld bekommen, oder weiß nicht, da werden extra Stellen dafür berechnet. Und bei uns ist es so, wir nehmen seit drei Jahren bei uns, aber nur auf Station, Blut ab. Und dann war es natürlich am Anfang dann schon so, dass die, die das gemacht haben, von manchen Kollegen jetzt nicht so gut angesehen worden sind, weil wir ja eigentlich gar keine Zeit für so etwas haben. Aber mittlerweile hat es sich so eingebürgert, dass das wirklich jeder macht. (D-K-4)

Die zitierte Interviewpassage macht deutlich, wie eine neue Tätigkeit im Lauf der Zeit zur Routine wird, die von niemandem mehr hinterfragt wird. Sie zeigt aber auch, dass diese Übernahme ärztlicher Aufgaben nicht von allen innerhalb der Gruppe der Pflegenden als Zugewinn an Kompetenz betrachtet, sondern von manchen zunächst als weitere Belastung angesehen wurde, die es abzuwehren gälte, um den „eigentlichen“ Aufgaben gerecht werden zu können. Obwohl fast alle über die übermäßige Belastung klagen, wird die Blutabnahme dann doch Teil des „bundle of tasks“ pflegerischen Handelns, weil sie eine (vormals exklusiv) ärztliche Kompetenz darstellt und damit hoch bewertet ist. Und nicht zufällig erwähnt Frau Kreuz in diesem Zusammenhang auch den monetären Wert des Blutabnehmens („weil [...] die Ärzte da dafür auch Geld bekommen“), dem im Kampf um knappe Stellen besondere Bedeutung zukommt.

5.3 Der „Zwang“ zur Dokumentation und die „Delegation“ ärztlicher Tätigkeiten

Seit einigen Jahren wird in den ärztlichen Fachorganen wieder vehement darüber diskutiert, „welche Aufgaben Ärzte [...] an die Pflegenden abgeben könnten. Gleichzeitig sollen die Pflegenden Aufgaben an Hilfskräfte delegieren.“⁹⁴ Auffallend an dieser Diskussion sei, so die Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik, dass sie vor allem so geführt wird, dass ein Machtkampf zwischen diesen Berufsgruppen hervorsticht“, was wenig Wunder nimmt. Jedenfalls ergeben Befragungen immer wieder, „dass eine ganze Reihe von Pflegefachpersonen der Meinung ist, dass die Übernahme ärztlicher Aufgaben die Pflege aufwerte. Hier spiegelt sich die Auffassung wider, die in den 1970er Jahren als möglicher Weg der Professionalisierung angesehen wurde.“ Und Bartholomeyczik stellt etwas resigniert fest, dass „nach wie vor von den Pflegenden verinnerlicht [zu sein scheint], dass die einzig wichtigen Aufgaben der Gesundheitsversorgung in den Händen der Ärzte liegen“ (Bartholomeyczik 2010a: 144).

Dass diese Definitionskämpfe immer wieder virulent werden, zeigen Artikel aus medizinischen Fachzeitschriften, die sich häufig um so genannte „arztfremde Tätigkeiten“ (Linczak et al. 2004) oder eben die „Delegation ärztlicher Leistungen“ drehen (Hoffmann et al. 2008). Fast schon erwartbar ist in derartigen Plädoyers, dass etwa „vorbereitende Anamnese (Dokumentation), vorbereitende Operationsaufklärung (Standerdingriffe), Befunddokumentation, vorbereitende Standardarztbriefe“ und überhaupt „Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben“ sowie „OP-Verwaltungs-/Dokumentationsaufgaben“ grundsätzlich als delegierbar angesehen werden und es bei solchen Vorgängen um eine „begrüßenswerte Rückdelegation“ handele (Hoffmann et al. 2008: 368 f) – freilich bleibt dabei unklar, wie Hoffmann hier zu der Auffassung kommt, es handele sich hier um eine „Rückdelegation“.

Faktisch vollzieht sich diese Delegation, teilweise auch Substitution in hohem Maße: In einer im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung durchgeführten empirischen Untersuchung des Instituts für Arbeit und Technik zu den Arbeitsbedingungen und der Arbeitsteilung im Krankenhaus wurde auch nach der Übernahme ärztlicher Aufgaben durch den Pflegedienst gefragt. Von den Pflegenden (n=1375), die Aufgaben vom ärztlichen Dienst übernommen hatten, gaben tatsächlich 74% an, dass sie „Dokumentationsaufgaben“, 45,9%, dass sie „Verwaltungsaufgaben“ übernommen hätten (Bräutigam et al. 2014: 47f).

Die Krankenhausärzteschaft muss sich allerdings in der Debatte um die Delegation ärztlicher Tätigkeiten nach zwei Seiten hin verteidigen: Einerseits stemmt sie sich gegen die von der Politik und vor allem von privaten Klinikkonzernen forcierte Allokation klassischer ärztlicher Aufgaben, etwa im Bereich der Anästhesie oder der Chirurgie, auf Assistenzberufe (wie Anästhesieassistenten oder chirurgisch-technische Assistenten), die selbst mittels Strategien der Akademisierung einen Professionalisierungsprozess durchlaufen. Eine Autorengruppe von Unfallchirurgen entdeckt hinter derartigen Initiativen als wesentlichen Motivationsgrund „die Umverteilung von vermeintlichen Prestige- und Einkommensvorteilen des Arztberufs [...] Die politische Motivation von Delegation ärztlicher Leistungen entpuppt sich somit als ein trojanisches

⁹⁴ Eine Thematik, die für Frankreich von Anne-Marie Arborio in ihren Arbeiten zu den *aides soignantes*, den Pflegehilfskräften, ebenfalls unter Zuhilfenahme des Hughes'schen Konzepts des *dirty work* (s. dazu weiter unten) eingehend untersucht wurde (Arborio 1995 und 2001).

Pferd mit den Zielen: Zerschlagung angeblicher ärztlicher Macht über die Heilkunde und Umverteilung vermuteter materieller Pfründe.“ (Hoffmann et al. 2008: 367)

Es wird in der Debatte um die Delegation rhetorisch ein Gegensatz von „klassisch ärztlichen Tätigkeiten“ und „primär nicht-ärztlichen Tätigkeiten“ aufgebaut. Die Argumentation gleicht sich über die Disziplinengrenzen hinweg. So warnte beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) im Jahr 2007 davor, „klassische ärztliche Tätigkeiten zunehmend von nichtärztlichem Assistenzpersonal durchführen zu lassen. Dies gefährde die Qualität der Versorgung der Patienten, zudem seien zahlreiche rechtliche Fragen ungeklärt. [...] Eine Akademisierung der Assistenzberufe lehnt die DGCH ab.“ Anders sieht es dagegen – wie zu erwarten – bezüglich der als „primär nicht-ärztlich“ etikettierten Tätigkeiten aus, bei denen die DGCH „dringenden Handlungsbedarf“ sieht: „In bestimmten Bereichen könne es durchaus sinnvoll sein, Aufgaben zu delegieren. [...] Dazu gehören Dokumentation und Kodierung zur Erlössicherung, Terminabstimmung, das Sammeln von Befunden, Schreiarbeiten oder auch Leistungen, die Pflegekräfte übernehmen können, wie Blutabnahmen und Infusionen.“ (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 2007)

Schützenhilfe bekamen die Ärzte im Streit um die ihrer Ansicht nach überhand nehmenden Dokumentationsverpflichtungen (vgl. zur Dokumentationskritik allgemein Gemperle/Pfeuffer 2013) von wissenschaftlicher Seite mit einer von der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchgeführten Studie zum „Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser“ (Blum/Müller 2003a, 2003b), in deren Rahmen insgesamt 1.010 Ärztinnen und Ärzte befragt wurden, und man kann es wohl nicht als Zufall werten, dass diese Umfrage just in der Einführungsphase des DRG-Systems durchgeführt wurde, als mit der DRG-Kodierung eine zusätzliche Verpflichtung mit einer eigenen Brisanz zu den schon zuvor bestehenden hinzukam. Sie unterscheidet bezüglich des Dokumentationsaufwands zwischen patientenbezogenen und administrativen Dokumentationsarten. Die Autoren kommen zu dem Schluss: „Nicht ganz unerwartet, ist [...] der Dokumentationsaufwand in der Inneren Medizin merklich höher als in der Chirurgie.“ (Blum/Müller: 2003b: 545). In der Chirurgie betrug der für die patientenbezogene und administrative Dokumentation betriebene Aufwand in der Summe 161,9 Minuten bzw. ca. 2 Stunden und 42 Minuten je Arzt und Arbeitstag, während bei den Internisten der durchschnittliche Dokumentationsaufwand je Arzt und Arbeitstag bei insgesamt 194,9 Minuten oder rund 3 Stunden und 15 Minuten lag.⁹⁵ Davon entfielen jeweils 20 % (Chirurgie) bzw. 25 % (Innere Medizin) auf rein administrative Dokumentationsaufgaben.

Das Beschlussprotokoll des vom 18.-21. Mai 2004 in Bremen tagenden 107. Deutschen Ärztetages dramatisierte das Ergebnis der Umfrage folgendermaßen: „Die ureigenste Tätigkeit, die Versorgung und Behandlung von Patientinnen und Patienten, leidet darunter erheblich. Nur unter erheblichem persönlichen Einsatz ist die Patientenversorgung noch aufrecht zu erhalten“. Er verweist darauf, dass der „ärztliche Dokumentationsaufwand [sich] mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen noch einmal beträchtlich erhöht [habe]. Die Abwicklung der stetig häufiger und umfänglicher werdenden Rückfragen von Kostenträgern und Me-

⁹⁵ Die nichttherapeutischen Fächer wie etwa Radiologie oder Anästhesie nehmen hier eine Sonderstellung ein, insofern deren Angehörige in der Regel keine Patientenakte führen müssen und auch von einigen anderen Dokumentationsaufgaben nicht betroffen sind. (Klinke/Müller 2008: 38).

dizinischem Dienst blockieren die ärztliche Tätigkeit zunehmend.“ Sie forderte entsprechend in ihrem Beschlussantrag, „alle im Gesundheitswesen verantwortlichen Institutionen“ auf, ihre Dokumentationsansprüche und -pflichten kritisch zu hinterfragen und einer Sinnprüfung zu unterziehen. Als gemeinsames Ziel muss eine massive Reduzierung der Dokumentationsmengen angestrebt werden“ (Bundesärztekammer 2004).

Gestützt wurde das Ergebnis der DKI-Umfrage durch die bereits zitierten, nur wenige Jahre später durchgeführten Untersuchungen im Rahmen des WAMP-Projekts, demzufolge Krankenhausärzte hierzulande „im Durchschnitt 4,3 Stunden pro Arbeitstag mit medizinischen Tätigkeiten, 2,1 Stunden mit administrativen Tätigkeiten und 1,4 Stunden mit Patienten- und Angehörigengesprächen“ befasst sind. „1,2 Stunden verbringen sie mit dem Verfassen von Arztbriefen. Für ihr Literaturstudium kalkulieren sie 35 und für Forschungsarbeiten 30 Minuten ihrer täglichen Arbeitszeit ein. [...] Festzustellen ist, dass derzeit zwei Stunden patientennaher Arbeit durchschnittlich etwa eine Stunde Patienten verwaltender Arbeit nach sich ziehen.“ (Klinke 2007: 28f)

Sebastian Klinke, der diese Zahlen nennt, differenziert allerdings noch nach medizinischen Dokumentationsstätigkeiten, „die für die Arbeit als sinnvoll und notwendig angesehen werden können, da sie eine wichtige Rückkopplungsfunktion haben und der Qualität dienen (z. B. Qualitätssicherung)“ und Dokumentationsstätigkeiten, die dagegen „betriebswirtschaftlich motiviert und auf Erlöse (DRGs) bezogen oder auf entsprechende Kontrollbedürfnisse des Managements und der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) gerichtet“ sind. Insgesamt bedeute das,

dass ein erheblicher – und nach den Aussagen der Ärzte tendenziell wachsender – Teil der Arbeitszeit nicht der Patientenversorgung zugutekommt. Und es stellt sich die Frage, ob es nicht sowohl unter Versorgungsgesichtspunkten als auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit sinnvoll ist, hier für Entlastung durch nichtärztliches Personal zu sorgen, damit mehr Zeit für die Versorgung der Patienten bleibt (Klinke 2007).

Hinsichtlich der Trägerschaft ist nach Berechnungen von Klinke und Müller auf der Basis der Daten, die im Zuge der WAMP-Projektes erhoben wurden, „die Tendenz erkennbar, dass freigemeinnützige und private Arbeitgeber ihre Ärzte etwas weniger mit administrativen Tätigkeiten belasten“ (Klinke/Müller 2008: 38) und damit bei ihnen die Arbeitsteilung entsprechend weiter ausgebaut sein dürfte.

Auffällig ist bei genauerer Betrachtung, dass die Kritik an der Dokumentation und an den Kodierpflichten nun gerade nicht bei denjenigen am stärksten ausfällt, die in ihrer Arbeit am meisten durch „administrative Dokumentationsaufgaben“ (das sind primär zu Verwaltungszwecken erforderliche Dokumentationen im Gegensatz zur „patientenbezogenen Dokumentation“, also der Erfassung des Behandlungsverlaufs des Patienten von seiner Aufnahme bis zur Entlassung, zum Beispiel in der Patientenakte, im OP- oder Entlassungsbericht usw. Vgl. Blum/Müller 2003a) in Anspruch genommen werden. Sowohl in der Pflege als auch in der Ärzteschaft ist festzustellen, dass die gegenwärtige Frontstellung gegenüber der Dokumentation gerade auf leitender Ebene besonders ausgeprägt ist, obwohl die zeitliche Absorbierung durch Dokumentationsaufgaben eigentlich bei den untergeordneten Beschäftigtengruppen besonders groß ist, d.h. bei regulären Pflegefachkräften ohne Leitungsfunktion sowie Oberärzten und besonders Assistenzärzten (Gem-

perle/Pfeuffer 2013: 80). Der Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zufolge verwenden gerade Assistenzärzte in Deutschland einen beträchtlichen Anteil ihrer Arbeitszeit für Dokumentationstätigkeiten (Blum und Müller 2003a: 74 f).

Im Zuge der WAMP-Studie zeigte sich auf die Frage, wer in der Abteilung/Klinik hauptsächlich für die Dokumentation des Versorgungsgeschehens verantwortlich sei, „dass in der Mehrzahl der Krankenhäuser die Hauptlast bei den Assistenzärzten in Weiterbildung liegt, mit großem Abstand gefolgt von Assistenzärzten mit Facharzt und Ober-/Chefärzten. Andere Berufsgruppen sind anscheinend nur in Sonderfällen hauptverantwortlich. Diese Angaben decken sich mit den Befunden aus der Analyse der qualitativen Daten: Assistenzärzte tragen das Gros der DRG-Kodierlast (Buhr/Klinke 2006a). Der Anteil der Assistenzärzte ohne Facharzt sinkt allerdings im Wellenvergleich. [...] Der Wellenvergleich zeigt aber auch, dass die Kodierung mehr zur Chefsache geworden ist. Hier spielt wohl auch die größere Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses eine Rolle.“ (Klink/Müller 2008: 72-73)

Es verwundert daher nicht, wenn auch in den dieser Arbeit zugrundeliegenden Interviews die überwiegende Zahl der befragten Krankenhausärztinnen und -ärzte über die Hierarchiegrenzen hinweg mit großer Abneigung über die zunehmende Belastung durch Dokumentationsverpflichtungen und Verwaltungstätigkeiten spricht. Diese Verpflichtungen entzögen ihrer „eigentlichen“ Aufgabe, nämlich dem Umgang mit den Patientinnen und Patienten, wertvolle Arbeitszeit. Viele Ärztinnen und Ärzte empfinden die Verpflichtung zu degradierenden Verwaltungstätigkeiten als Einschränkung ihrer Autonomie und damit als Infragestellung ihrer professionellen Identität.

5.4 Die „negotiated order“ des Kodierens

Wir wollen nun dieser Frage, inwieweit die erfolgte, doch weiterhin in der Schwebe bleibende Arbeitsteilung bei der Kodierung nicht auch Teil der *negotiated order* des Krankenhauses ist (vgl. Strauss u.a. 1963), anhand der allgemeinen Diskussionen in ausgewählten Fachpublikationen nachgehen.

In den ersten Jahren nach der Einführung der DRGs kam es, wie geschildert, zu einer Diskussion, ob die Tätigkeit der Kodierung *in toto* genuiner Bestandteil des Aufgabenkatalogs des behandelnden Arztes sein soll, die sich teilweise in der Fachpresse niederschlug. Die Stimmen derjenigen, die aus durchaus unterschiedlichen Gründen für das Belassen des Kodierens beim ärztlichen Dienst eintraten, sind allerdings kaum und dann teilweise auch nur indirekt zu vernehmen: Laut einer bundesweiten Untersuchung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) aus dem Jahr 2006 erfolgte bei 82% der 79 antwortenden Krankenhäusern die Primärdokumentation noch durch die Ärzte (Rapp, DGfM 2006; zit. nach Noetzel und Gramminger 2010: 152). In der oben schon erwähnten Umfrage aus dem Jahr 2009 erfährt man etwa, dass von den keine Kodierfachkräfte beschäftigenden Krankenhäusern als Begründung angegeben wurde, „dass die ärztlichen Mitarbeiter über die zu kodierenden Fallkonstellationen am besten informiert seien“ (Franz et al. 2011: 366). Es werden hier also weder arbeitszeit- noch kostenbezogene Argumente für den Einsatz von Kodierfachkräften angeführt. Noetzel und Gramminger (2010: 152) geben an, dass anfangs „die Delegationsfähigkeit vom ärztlichen Personal selbst noch kritisch betrachtet wurde.“ Man kann ver-

muten, dass diesem Vorbehalt der Gedankengang zugrunde lag, dass eine vertiefte Erfahrung mit der Nomenklatur und damit einhergehend der Beherrschung der entsprechenden Krankheitsklassifikationssysteme wie der ICD-10 am ehesten bei den Angehörigen des ärztlichen Dienstes zu finden sind. Überdies habe „der Arzt als Kodierer [...] als Selbstverständlichkeit in den frühen DRG-Jahren gegolten, zumal die Umsetzung primär kostenneutral erfolgen konnte“ (Noetzel und Gramminger 2010: 55), was nichts anderes bedeutet, als dass man bei faktisch jenseits fester Normen liegenden ärztlichen Arbeitszeiten meinte, dass dieses Paket noch mit geschultert werden sollte.

Die Controlling-Literatur führt vier idealtypische Modelle auf, wie die Arbeitsteilung zwischen ärztlichem Dienst und Medizincontrolling organisiert werden kann:⁹⁶

Nach dem *Ärzte-Modell*, das nach der Einführung des DRG-Systems zunächst am häufigsten praktiziert wurde, kodieren die Ärzte während des stationären Aufenthaltes eines Patienten. In der Regel erfolgt eine Überprüfung der Kodierung durch einen Kodierbeauftragten, der meist einen Oberarzt ist.

Nach dem *Ärzte-Abrechner-Modell* kodieren die Ärzte während des stationären Aufenthaltes eines Patienten. Am Ende des Kodierworkflows stehen die Kodierfachkräfte, die bei der Rechnungsstellung Plausibilitätsprüfungen durchführen. Kommt es zu Auffälligkeiten, werden die Fälle nochmals mit den Ärzten erörtert und gegebenenfalls korrigiert.

Beim *Koder-Modell* wird nach Abschluss des Aufenthaltes die Dokumentation anhand der Patientenakte und dem Entlassbrief in die Kodierung umgesetzt. Die Kodierfachkräfte führen anhand der Dokumentation die gesamte Verschlüsselung durch.

Das *Koder-Casemanagement-Modell* ist das am spätesten entwickelte und am weitesten ausgefeilte Modell. Dabei wird die Fallkodierung mit Elementen des Case-Managements verbunden. Die Kodierfachkraft ist in den Stationsablauf integriert und führt die Kodierung direkt nach der Aufnahme des Patienten kontinuierlich anhand der Krankenakte und der Patientenkurve sowie in Kommunikation mit den Ärzten und dem Pflegepersonal durch. Sie berät die Ärzteschaft und die Pflege über mögliche Erlöse, bespricht die Verweildauergrenzen der prospektiven DRG und identifiziert etwaige Dokumentationslücken.

Die dargestellten Modelle suggerieren eine Stabilität über die Zeit und eine durchgängige Implementierung in einem Haus. Dagegen zeigt die Erfahrung aus den beiden untersuchten Krankenhäusern, dass es im Zeitverlauf Übergänge von einem Modell zu einem anderen geben kann oder dass beispielweise für den chirurgischen Bereich eher das *Ärzte-* oder das *Ärzte-Abrechner-Modell* eingeführt wurde, während in der inneren Medizin eher das *Koder-* oder das *Koder-Casemanagement-Modell* praktiziert wird. In jedem Fall stehen hinter einer jeweiligen Praxis nicht nur Kostengesichtspunkte, sondern auch das Kräfteverhältnis zwischen Geschäftsführung und/oder ärztlicher Direktion und vor allem den Chefärzten der Kliniken.

⁹⁶ Ich orientiere mich hier an Gramminger 2008.

5.4.1 Ein prominenter Verfechter des ärztlichen Kodierens

Überraschender Weise erhebt sich eine Stimme gegen die Delegation dieser in der Frühphase der DRG-Einführung rein ärztlichen Tätigkeit just aus dem Mund eines der Promotoren der Privatisierung des Krankenhauswesens in Deutschland – und dies obendrein primär ohne Bezug auf Erlösargumente. In einem 2007 erschienenen Buchbeitrag führt Eugen Münch, der Aufsichtsratsvorsitzende des privaten Klinik Konzerns Rhön-Klinikum AG, der eigentlich für seine positive Haltung gegenüber einer die Effizienz befördernden Arbeitsteilung bekannt ist, in einer psychologisierenden Analyse die Abneigung der Ärzte gegenüber dem Kodieren auf deren Festhalten an irrationalen und ineffizienten Arbeitsverhaltensmustern, an – wie er es unverblümt zum Ausdruck bringt – „unnötigen Pirouetten“, zurück (Münch: 2007). Nicht die pekuniären Folgen, sondern die „einer Kulturrevolution gleichkommende Veränderung durch die neue Transparenz“ seien das Entscheidende an der Anwendung der DRGs. Mit ihnen sei ein Vergleich der Leistungen und der Preise möglich. Und damit sei „eine ganze Branche [...] in den Erkenntniszwang [geraten], sich mit ihren Unzulänglichkeiten zu beschäftigen“. Münch hätte es durchaus vorgezogen, dass das Kodieren den Ärzten, die es „bis heute nicht als Chance [...], denn als lästiges Teufelszeug“ verstünden, nicht abgenommen worden wäre. Seiner Diagnose zufolge geht

der große Trend im Umgang mit der Codierung [...] deshalb dahin, sie nicht von denjenigen Ärzten machen zu lassen, die die Arbeit am Patienten vertreten (= Behandler), sondern von Personen, die eigens dafür angeleitet werden. Der psychologische Grund hierfür ist deshalb interessant, weil durch den Einsatz der ‚Codierer‘ mit der ganz alten Methode der ‚Entverantwortung‘ die Erkenntnis des Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs in der persönlichen Zuständigkeit getrennt wird.

Aufgrund dieser Trennung „müssen die Erkenntnisse zuerst auf der Verwaltungsseite die höchste Hierarchiestufe erreichen, um sie dann von ‚dort oben‘ auf die ärztliche Seite zu transferieren und erst im nächsten Schritt von dort auf die Handlungsebene zu bringen“, wodurch nötige Veränderungen verzögert, wenn nicht gar verhindert würden. „Würde dagegen der für das Handeln am Patienten zuständige Arzt die Codierung selbst vornehmen und verantworten, müsste er sich direkt und permanent mit dem Widerspruch zwischen nicht rationalen tatsächlichen Abläufen und der Notwendigkeit, sich wiederholende Synergien zu nutzen, auseinandersetzen.“ (Münch 2008: 36)

Wenn man in rein betriebswirtschaftlichen Kategorien denkt, mag es ineffizient sein – und aus einer ganz bestimmten Perspektive heraus sogar als irrational erscheinen –, eine spezielle Personalkategorie zu schaffen, die dem ärztlichen Dienst einen Teil der mit den DRGs verbundenen Belastungen abnimmt, aus einer organisatorischen Perspektive jedoch ist dies durchaus rational. Denn was der gelernte Müller und studierte Betriebswirtschaftler Münch hier nicht eigens thematisiert, ist der Umstand, dass gerade die Arbeitsteilung – für ihn einfach „Entverantwortung“ – auch ein probates Mittel ist, um moralische Verantwortung in Organisationen zu zerlegen und damit die Bereitschaft zu erhöhen, sich an einem Unternehmen zu beteiligen, das neben der „eigentlichen“, der medizinischen Dimension, zunehmend auch das ungeliebte Ökonomische

mit ins Spiel bringt: „Gesellschaftliche und erst recht organisatorische Arbeitsteilung ist, auch in ihrer Funktion der Teilung moralischer Lasten, unentbehrlich.“ (Ortmann 2010: 106 ff).⁹⁷

5.4.2 Ein weiterer Gegner der Delegation

Von einem „Sonderweg für die Kodierung mit unnötigen Reibungs- und Zeitverlusten“, also ebenfalls das Effizienzargument bemühend, spricht auch Jürgen Stausberg, ein Verfechter der Kodierung durch den ärztlichen Dienst. Gegen ein im Deutschen Ärzteblatt 2004 veröffentlichtes „Plädoyer für die Beseitigung arzt-fremder Kodiertätigkeit“ von Gerald Linczak et al. (2004), das unter anderem mit der gestiegenen zeitlichen Belastung des ärztlichen Dienstes durch Dokumentationsverpflichtungen auf der Grundlage einer Untersuchung des Deutschen Krankenhausgesellschaft (die oben schon zitierte Untersuchung des DKI von Blum/Müller 2003a; 2003b) argumentiert, bemüht er zum einen das „Informationsargument“, dass nämlich „die gesetzlich vorgeschriebenen Klassifikationen, ICD-10-GM und OPS-301, inzwischen derart detailliert und quervernetzt [sind], dass eine medizinisch richtige Kodierung immer häufiger die Kompetenz eines Facharztes voraussetzt.“⁹⁸

Vor allem aber argumentiert Stausberg nun aber, dass just nach Ergebnissen der genannten DKI-Studie die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren ja eigentlich „nur einen geringen Teil des Aufwands zur Dokumentation im Krankenhaus einnehme, nämlich 7 % in der Chirurgie, 6 % in der Inneren Medizin (Stausberg 2004: 2677).

Diese Ergebnisse werden wiederum durch die WAMP-Studie gestützt, bei der sich als „frappierendes“ Ergebnis gezeigt hat, dass die Ärzte über die verschiedenen Wellen hinweg angaben, „ziemlich konstant um die Hälfte ihrer Arbeitszeit für medizinische Tätigkeiten aufzuwenden.“ Umgekehrt bewegte sich der für administrative Zwecke aufgewendete Arbeitszeitanteil ebenfalls konstant bei etwa 20 % (Braun et al. 2010: 110). Die Frage, ob es vor Einführung der DRGs ein goldenes Zeitalter gegeben hat, in dem die Ärzte mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit für medizinische bzw. patientennahe Tätigkeiten aufwenden konnten, muss freilich, so die Autoren der Studie, mangels vergleichbarer Daten aus den 80er und 90er Jahren unbeantwortet bleiben.

Diese Zahlen scheinen der oben gemachten Feststellung eines Überhandnehmens der Dokumentationstätigkeiten des ärztlichen Dienstes entgegenzustehen. Doch erklärt nicht gerade dies, nämlich der Umstand, dass weite Teile der Ärzteschaft ihren Widerwillen just gegen die relativ zu anderen Verwaltungstätigkeiten

⁹⁷ Wolfgang Pföhler, von 2005 bis zur gescheiterten Fusion mit dem Medizin- und Klinikkonzern Fresenius Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, sah die Frage in einem Interview mit dem Spiegel, in dem er die Rationalisierung (Pföhler: „Rationalisierung“ stammt [...] ab von ‚ratio‘, ‚Vernunft‘) und Industrialisierung des Krankenhauses durch das in der industriellen Fertigung bewährte „Flussprinzip“ anpries, freilich etwas nüchterner:

„SPIEGEL: Und Ihr Flussprinzip soll künftig auch die Arbeit der Ärzte regieren?

Pföhler: Ganz genau. Dazu gehört zum Beispiel, ihre Arbeit, wo möglich, von allen nichtärztlichen Tätigkeiten zu befreien. Warum sollte die aufwendige Dokumentationsarbeit nicht von eigens ausgebildeten Assistenten gemacht werden? Auch in der Intensivmedizin kann man diskutieren, ob langfristig bestimmte ärztliche Aufgaben durch speziell ausgebildete Assistenten übernommen werden könnten, so wie es etwa im angloamerikanischen Raum schon üblich ist.“ (Der Spiegel, 41, 2006: 216)

⁹⁸ Allerdings bereitet der Operations- und Prozedurenschlüssel „den Kodierfachleuten weit weniger Kopfzerbrechen als der ICD-10.“ Dies liege daran, „dass jede Prozedur eindeutig definiert ist und damit ihre Abbildung keinen Interpretationsspielraum lässt“, so eine Dissertation über die „Auswirkungen der Weiterentwicklung relevanter G-DRGs auf die medizinisch-ökonomische Basis eines Krankenhauses der Maximalversorgung“ von Hammann (2007: 15).

geringe zeitliche Belastung durch DRG-Kodierung so lautstark äußert und gegen sie mobil macht, welchen symbolischen Stellenwert für sie gerade diese Frage hat? Es spricht vieles dafür, dass den Angriffen auf die ärztliche Verpflichtung zum Kodieren im Rahmen der Abrechnung von Fallpauschalen nicht unbedingt bzw. nicht nur eine direkt erfahrene hohe Belastung zugrunde liegt, sondern dass es auch um die symbolische Ordnung des Krankenhauses, um eine Verteidigung ärztlicher Autonomie gegenüber dem Krankenhausmanagement und den auf ihre Tätigkeit übergreifenden Ökonomisierungstendenzen geht. In der oben zitierten Pressemitteilung der DGCH warnt diese nicht zufällig „vor einer Deprofessionalisierung des chirurgischen Berufes.“ (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 2007)

5.4.3 Die Befürworter der Delegation

Sehen wir uns nun die andere Seite an. Die Plädoyers für die Delegation der Kodierung an ein spezielles, nicht unbedingt ärztlich geschultes Personal sind im Gegensatz zu denjenigen der Befürworter ärztlicher Kodiertätigkeit sehr zahlreich. Sie stammen aus zwei Lagern, zum einen aus der Ärzteschaft, die, wie schon gezeigt, die zunehmende Belastung durch Dokumentationsverpflichtungen als Argument anführt, und zum anderen aus dem Bereich der Controlling-Literatur, die im Wesentlichen mit Kostenargumenten operiert.

Die Übertragung der standardisierbaren Tätigkeiten auf weniger kostenträchtiges Personal – eben die Kodierfachkräfte – hat aus der Sicht des Controllings für viele Kliniken offenbar einen betriebswirtschaftlichen Nutzen. Für den Fall Deutschland spielen gewiss der „Ärztmangel“ und damit verbunden auch die hohen Personalkosten eine Rolle sowie der durch eine entsprechende EU-Rechtsprechung gestiegene Druck auf die Einhaltung bestehender Arbeitszeitregelungen im ärztlichen Dienst.

Dazu kommt, dass ein gut ausgebildeter Kodierer meist zu einem deutlichen Einnahmeplus führt. Laut einer von Ehrlich durchgeführten Studie überstiegen „bei jährlichen 2.200 bis 3.200 bearbeiteten Fällen pro Kodierfachkraft [...] die erzielbaren Mehreinnahmen die anfallenden Personalkosten für einen Kodierer deutlich.“ (Ehrlich 2010: 561) Rund 60 Prozent der Rechnungen, so das Ergebnis des Modellversuchs im Main-Taunus-Kreis, seien nämlich fehlerhaft kodiert. „Vor allem falsch verschlüsselte Nebendiagnosen seien verantwortlich für einen um durchschnittlich 250 Euro geringeren Erlös pro Fall. Bei mehreren Tausend Fällen pro Jahr entgehen Krankenhäusern hier Einkünfte für erbrachte Leistungen im sechs bis siebenstelligen Bereich“ (Ehrlich 2011: 55). Einer Modellrechnung von Haack (2003: 366) zufolge rentiert sich der Einsatz einer Kodierfachkraft bei einer angenommenen Belastung von 3.000 Fällen laut Stellenplan, einer durchschnittlichen Erlössicherung von 250 Euro pro Fall sowie Personalkosten von 45.000 Euro pro Jahr ab der Bearbeitung des 181. Falles. Ein deutliches Indiz dafür, dass die Zahl der Kodierfachkräfte in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird (weiter Beispiele für solche Modellrechnungen bei Rapp 2010: 44 ff). Diese Zahlen sind sicherlich etwas zu relativieren, da sie eventuelle Abschläge in Folge von MDK-Prüfungen nicht miteinbeziehen. Dennoch ist die Erlösdimension ein gewichtiges und insgesamt wohl auch überzeugendes Argument für den Einsatz von Kodierfachkräften.

Allerdings ist es nicht so, dass Medizincontroller aufgrund der geschilderten Argumente generell spezifisches Personal mit der Kodierung betrauen möchten. Einige, wie der von Buhr und Klinke im Rahmen des WAMP-Projektes befragte Controller hält die Entlastung der Ärzte für kontraproduktiv, da ansonsten „der

angestrebte Effekt einer Einbindung der Ärzte in betriebswirtschaftliche Überlegungen wieder verloren ginge“ – eine Argumentation, die sehr an diejenige Eugen Münchs erinnert:

Ich werde angerufen, aber ich kann natürlich auch nicht jedes kleinste Kodierproblem lösen. Das ist ganz klar. Und das fände ich eigentlich schon ganz gut. Nur die Vorstellung, die die Kollegen damit verbinden, ist eine ganz andere. Deren Vorstellung ist, die Kodierkraft soll wahrscheinlich auch noch rumlaufen und in die Krankenblätter reingucken, da stehen links die Diagnosen, und der soll sie dann in die ICD-Schlüssel übersetzen und eingeben. Ich würde das auch gar nicht für gut halten, wie ich vorher schon gesagt habe, das DRG-System bietet jetzt endlich mal eine Gelegenheit für die Ärzte, zu sehen, das Geld, das hier reinkommt, das hängt von mir ab. Dass diese Verbindung, die könnte, wenn eine Kodierfachkraft so umgesetzt würde, dass die einfach hier diese lästige Kodiererei zu erledigen hätte, die wäre damit wieder vollkommen aufgehoben. (Buhr/Klinke 2006a: 126)

Das Kodieren seitens der Ärzteschaft erfüllt in diesem Sinne die pädagogische Funktion, den Ärzten stets die ökonomische Bedeutung ihres Tuns in Erinnerung zu rufen.

5.5 „Für meine Erfüllung [...] interessiert mich das einen hohlen Dreck, ob ich das jetzt gut kodiert habe oder nicht“. Ärztliche Kodierarbeit als „Dirty work“

Eine weitere Erklärung, die oben schon mit ins Spiel kam und hier stark gemacht werden soll, besteht darin, dass die Ausdifferenzierung dieses neuen Tätigkeitsfeldes aus dem ärztlichen Kompetenzbereich nicht nur technisch-organisatorische und finanzielle Aspekte aufweist und somit nicht nur unter Rationalitätsgesichtspunkten interpretiert werden sollte, sondern auch eine soziale oder – wenn man so will – moralische Dimension. Die Ärzteschaft insgesamt (und die ihnen in gewisser Hinsicht entgegenkommende funktionalistische Professionssoziologie) legitimiert ihr Prestige, Privilegien und ihr in der Regel hohes Einkommen durch ihr akademisches Studium und ihr exklusives Fachwissen, vor allem aber versucht sie die Gesellschaft – in der Parsons'schen Sicht – davon zu überzeugen, dass ihre Mitglieder als Angehörige einer Profession im klassischen Sinne ihr Handeln an einem „Dienstideal“ („Kollektivorientierung“ bzw. „Zentralwertbezogenheit“) und eben nicht an den herrschenden Werten der Wirtschaftsgesellschaft ausrichten. Die wissensförmige Legitimationsressource, also der Wissensvorsprung gegenüber den Laien, das hat etwa Ulrich Beck in seinem Buch „Risikogesellschaft“ festgestellt, ist mittlerweile stark erodiert (Beck 1986: 266ff). Richtet die Ärzteschaft aber ihr Handeln an wirtschaftlichen Interessen aus – und das müssen keineswegs unbedingt Eigeninteressen sein, auch die Orientierung an (betriebswirtschaftlichen) Zielen der Organisation können hier handlungsleitend sein –, dann bleibt auch von dem „moralischen Vorsprung“ kaum noch etwas übrig, und das gefährdet dann auch den privilegierten Status der Elite (Meuser 2004: 193).

Im Zuge der sich allmählich durchsetzenden Arbeitsteilung beim Kodieren zwischen Ärzten und Kodierfachkräften können sich die Ärzte nun dieser ungeliebten Arbeit teilweise entledigen und sie auf ein eigenes hierfür bereitstehendes Personal, eben die sich nicht aus dem ärztlichen Dienst rekrutierenden Kodierfachkräfte, abwälzen. Diese Delegation von unliebsamen, weniger prestigeträchtigen Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere ist seit den aus den dreißiger Jahren stammenden Arbeiten des hierzulande fast nur von den Vertretern des Symbolischen bzw. Pragmatistischen Interaktionismus rezipierten Vertreters der Chicago-School Everett C. Hughes (vgl. dazu Strübing 2005: 132ff) ein altes Thema der Berufs- bzw. Arbeitssoziologie. Hughes schreibt, dass jeder Beruf mehrere Tätigkeiten beinhaltet, von denen man-

che sich als *dirty work* bezeichnen lassen. Damit meinte er nicht nur manifest physisch abstoßende Tätigkeiten, die es im Krankenhaus natürlich zuhauf gibt (vgl. Strauss et al. 1997: 246-251; Arborio 1995), sondern auch solche, die die persönliche und einem Beruf inhärente Würde tangieren und den moralischen Auffassungen zuwiderlaufen.

Now every occupation is not one but several activities; some of them are the „dirty work” of that trade. It may be dirty in one of several ways. It may be simply physically disgusting. It may be a symbol of degradation, something that wounds one’s dignity. Finally, it may be dirty work in that it in some way goes counter to the more heroic of our moral conceptions. Dirty work of some kind is found in all occupations. [...] Insofar as an occupation carries with it a self-conception, a notion of personal dignity, it is likely that at some point one will feel that he is having to do something that is infra dignitate. (Hughes 1984c: 343)

Dass dies auch seitens der Krankenhausakteure für die verschiedenen Berufsgruppen so gesehen wird, illustriert schlagend die Äußerung des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Professor Dr. med. Hartwig Bauer, in der schon zitierten Pressemitteilung: „In Deutschland machen Ärzte Schwesternarbeiten und Schwestern machen Hilfsarbeiten.“ (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 2007) Einer jeden Berufsgruppe ihr *dirty work*!

Herr Fröhlich, ein ehemaliger Krankenpfleger, studierter Medizinischer Dokumentar und Kodierfachkraft, der im Zuge der Einführung des DRG-Systems in Krankenhaus I das Medizincontrolling mit aufgebaut hat und heute an einer Universitätsklinik in einer süddeutschen Großstadt beschäftigt ist, wo er auch Schulungen bei Angehörigen des ärztlichen Dienstes durchführt, bringt diese seitens der Ärzteschaft praktizierte Haltung recht drastisch zum Ausdruck:

Herr Fröhlich: [...] Ich bin erstaunt, dass nach wie vor, nach zehn Jahren Fallpauschalensystem, im Bereich Medizinstudium diese überhaupt nicht gelehrt wird. Also die neuen Ärzte, die jetzt hier in der Kinderklinik angefangen haben, die zu mir in die Schulung kamen, die kriegen wirklich eine schnelle Schulung von anderthalb Stunden, Einzelschulung, damit sie die größten Begriffe und die größten Tätigkeiten die sie betreffen, halt eben kennenlernen. Die haben alle gesagt, sie haben zweimal 90 Minuten Vorlesung gehabt über das Fallpauschalensystem. Und auf meine Rückfrage hin, „ja was ist hängen geblieben?“, „Ja, dass es Scheiße ist.“ [*lacht*] [...] Und mit der Einstellung gehen natürlich auch die Ärzte dann dementsprechend in die Klinik. Und wenn sie dann, ja, auf ein System treffen, wo es nicht ständig thematisiert wird, gerät es auch ganz schnell in Vergessenheit.

I: Ja. Ist das etwas was sie nervt, oder wo sie einfach sagen, nein also, aus Überzeugung, damit wollen wir nichts zu tun haben?

Herr Fröhlich: Ich denke das ist die Überzeugung.

I: Ja?

Herr Fröhlich: Also die Kernaussage der Ärzte ist, „Ich habe Medizin studiert und brauche mich nicht um die Finanzen zu kümmern. Das soll die Verwaltung machen.“ Wenn die Verwaltung aber kommt und sich um die Finanzen kümmert, dann ist es die schlimme und böse Verwaltung, oder das schlimme Medizincontrolling, das uns immer wieder auf die Finger haut. Aber das ist ein Spannungsfeld, das wurde mir schon während der Ausbildung zum medizinischen Dokumentar vermittelt. (D-K-19)

Neben der Klage über die allgemeine Zunahme der Dokumentationsverpflichtungen ist es die Zumutung, sich überhaupt mit den überhand nehmenden finanziellen Aspekten der eigenen Tätigkeit, dem „Mehr-Herausholen-Müssen“, auseinandersetzen zu müssen, die von vielen Vertretern des ärztlichen Dienstes beklagt wird. Der oben zitierte Thorax-Chirurg zeigt an, dass er als Arzt eigentlich nicht bereit ist, die erwartete Compliance – die „Mitspielbereitschaft“ (so die treffende deutsche Übersetzung des Begriffs bei Gof-

fman 1977: 297 ff) an den Tag zu legen, die für eine gelungene Interaktion mit der Kodierfachkraft erforderlich wäre. Er präsentiert sich im Interview als jemand, für den der sämtlichen Interaktionen im Krankenhaus zugrundeliegende Rahmen durch die Medizin und nicht durch die Ökonomie definiert ist. Damit deuten sich schon hier die Mikrokonflikte zwischen den Angehörigen des ärztlichen Dienstes und den Kodierfachkräften an, von denen in den Interviews mit Letzteren öfters die Rede ist und die sich aufgrund des Aufeinanderprallens von medizinischer und ökonomischer Logik nicht in jedem Fall wie zwischen Ärzten und Krankenschwestern in Form des von Leonard I. Stein (1967) beschriebenen „Doctor-Nurse Games“ auflösen lassen.

Hier soll nun die vielleicht etwas provokante Behauptung gewagt werden, die freilich noch weiter nuanciert werden muss: Das Kodieren ist ohne Zweifel zum einen eine aufwändige, repetitive, zeitraubende, „bürokratische“ Tätigkeit, die des Weiteren ein Wissen erfordert, das man sich zusätzlich mühsam aneignen und immer wieder erneuern muss.⁹⁹ Sie läuft zum anderen aber auch – und das ist der Kern der hier zur Debatte gestellten Interpretation – den das Krankenhaus „überdachenden sozio-kulturellen Normen der Gesundheitspflege“ (Rohde 1974: 6), dem „Nomos“ bzw. den konstitutiven Doxa des Feldes der Krankenbehandlung und damit dem ärztlichen wie auch pflegerischen Berufsethos zuwider, insofern sie ständig die ökonomischen Imperative, durch die das autonome ärztliche Handeln unter Druck gerät, in Erinnerung ruft. Es trifft also uneingeschränkt auf die Situation in deutschen Krankenhäusern zu, was Gheorghiu und Moatty über die Kodierung im Rahmen der T2A, der französischen Variante des DRG-Systems, schreiben: dass nämlich „die Kodierung [...] ein Lackmuspapier für die Kämpfe zwischen den Organisationsnormen und den Normen der Profession darstellen (Gheorghiu/Moatty 2013: 247). Durch die organisatorische Arbeitsteilung, durch das Abwälzen dieses „dirty work“ auf die Kodierfachkräfte, kann die ärztliche Profession ihr ohnehin schon durch Medizincontrolling, Evidenzbasierte Medizin und Prozessstandardisierung in Form von klinischen Behandlungspfaden ramponiertes Selbstbild vor weiterer Beschädigung einigermaßen wahren.¹⁰⁰

Wie lassen sich diese Befunde nun mit den oben zitierten Analysen der Berufssoziologie zur „Zuschneidung“ der Berufe vereinbaren? Dass es hier zu „*konfliktreichen Auseinandersetzungen unterschiedlichster Gruppen*“ kommt und dass sich die in den einzelnen Krankenhäusern existierenden „Zuschneidungen“ „*als labiles, prinzipiell veränderbares Resultat historischer Interessenauseinandersetzungen*“ ansehen lassen (Beck/Brater/Daheim 1980: 40), das sollte aus den vorangegangenen Befunden deutlich geworden sein. Wie aber laufen im Falle der Arbeitsteilung zwischen ärztlichem Dienst und Medizincontrolling bzw. zwischen Medizinern und Kodierfachkräften die Konfliktlinien bzw. „*Interessenauseinandersetzungen*“? Und sind dies in erster Linie „*Markt-, Macht- und Einkommenschancen*“, um die hier gerungen wird? Geht es

⁹⁹ Wie schon erwähnt, umfasste der Katalog des G-DRG-Systems 2013 insgesamt 1.187 DRGs.

¹⁰⁰ Ulrich Oevermann kommentiert entsprechend einen Bericht, wonach die Zunahme von „stress“ bei Krankenhausärzten und in der Folge der Rückgang der Qualität ihrer Leistungen vor allem auf Maßnahmen zurückzuführen seien, „die den Entscheidungsspielraum und die Handlungsautonomie aus Gründen der Standardisierung und der besseren Kontrollierbarkeit einengen“: „Für den professionellen Habitus von Ärzten sind Maßnahmen, die der Rationalisierung und Erhöhung von Transparenz dienen sollen und die subjektiv auch als Entlastung bzw. Substitution des krisenbewältigenden Charakters der Tätigkeit durch Standardisierung wahrgenommen werden könnten, gegenläufig eine demotivierende und nicht Erleichterung, sondern „stress“ verursachende Form der Deprofessionalisierung“ (Oevermann 2000: 63, Fn. 5. Er bezieht sich auf einen Bericht im Wissenschaftsteil der FAZ vom 8.3.2000 mit dem Titel „Wachsender Stress bei Ärzten“).

hier im Abbott'schen Sinne um einen Kampf um die Wahrung der „jurisdiction“ der Profession? Und vor allem: Muss man nicht für jede am Prozess des Dokumentierens, Kodierens und Abrechnens von stationären Leistungen beteiligte Berufsgruppe gesondert untersuchen, was aus ihrer jeweiligen Sicht „mehr oder weniger günstige ‚Kompetenzschneidungen‘“ sind?

Zunächst ist festzuhalten, dass es zwar zu Spannungen und Konflikten zwischen Vertretern der Ärzteschaft und Kodierfachkräften kommen kann. In der oben zitierten Passage aus dem Interview mit dem Thoraxchirurgen klingen sie an, und woraus sie resultieren, das wird später noch zu zeigen sein. Jedoch ist, was die „Zuschneidung“ ihrer Kompetenzbereiche anbelangt, zwischen diesen beiden Berufsgruppen analog zu solchen Konflikten wirklich eine konträre Interessenausrichtung festzustellen oder ist das Verhältnis zwischen ihnen anders gelagert? Ist es nicht so, dass die Abneigung vieler Ärzte gegenüber umfangreicheren Dokumentations- und Kodierverpflichtungen erst den Raum eröffnet, in dem die Kodierfachkräfte agieren und den Ärzten wiederum die als degradierend empfundene Kodierarbeit weitgehend abnehmen und wir es damit mit einer Interessenskongruenz zwischen den beiden Akteursgruppen zu tun haben?

Es lohnt sich an dieser Stelle einen Blick über den Rhein in französische Krankenhäuser zu werfen und einen ähnlich gelagerten Prozess der Arbeitsteilung und der Aufteilung bzw. Delegation von Aufgaben zwischen Berufsgruppen als Vergleichsfolie heranzuziehen, der ausführlicher untersucht worden ist. Anne-Marie Arborio (2001) hat in ihrer grundlegenden Studie „Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital“, die Genese der Kategorie *aides-soignants*, des französischen Äquivalents zu den Pflegehilfskräften in Deutschland, untersucht sowie deren Erwerbsverläufe, ihre formalen wie informalen Aufgaben und Arbeitsinhalte, überhaupt die Teilung der Arbeit zwischen ihnen und den examinieren Krankenpflegerinnen mittels qualitativer Interviews und teilnehmender Beobachtung in mehreren Kliniken untersucht. Es ist hier nicht der Ort, die ganze Studie über dieses – angesichts der Tatsache, dass die Kategorie in Frankreich ca. 350.000 Personen umfasst – im Titel der Untersuchung provokant als „unsichtbar“ bezeichnete Personal vorzustellen (s. stattdessen die Rezensionen von Georges 2002 und Mauger 2013), sondern nur einige für die hier verfolgte Argumentation zentrale Gedanken. Die Angehörigen dieser Kategorie ziehen einen gewissen Berufsstolz aus der Tatsache, dass sie am selben „Arbeitsmaterial“ – um einen Ausdruck Goffmans (1973: 78; im amerikanischen Original „material upon which to work“; 1961: 74) zu verwenden – arbeiten wie die Ärzte, nämlich am Menschen:¹⁰¹

¹⁰¹ Das ist ein Phänomen, das ähnlich schon Freidson in seinen medizinsoziologischen Arbeiten behandelt und als „paraprofessionellen Professionalismus“ bezeichnet hatte. Die Krankenpflege stelle nur einen Fall dar, der aber für das Problem paramedizinischer Arbeit im Allgemeinen typisch sei. Die Argumentation ließe sich also auch auf Kodierfachkräfte beziehen. Er stellt fest: „Das berufliche Hauptproblem der in der Paramedizin Tätigen hat seinen Ursprung in eben diesem paramedizinischen Status, der sie zwingt, unter der Leitung von Ärzten zu arbeiten, weil ihre Arbeit ja durch die Beziehung zur Arbeit der Ärzte sanktioniert ist. Sie müssen entweder lernen, in solch einer Unterordnung Befriedigung zu finden, oder sie müssen eine unabhängige Quelle der Sanktionierung finden. Im Ersten Falle bleiben sie innerhalb der von den Ärzten beherrschten Hierarchie, die den größten Teil des gegenwärtigen Systems der paramedizinischen Arbeitsteilung ausmacht; im zweiten Fall nehmen sie, sofern sie Erfolg haben, Stellungen ein, die außerhalb der medizinischen Hierarchie liegen, ihr aber gewissermaßen parallelgeschaltet sind. [...] Die Stabilität der Struktur scheint [...] zu einem beträchtlichen Teil vom Professionalismus auszugehen, durch den untergeordnete Berufsgruppen der Öffentlichkeit und sich selbst gegenüber geltend machen, daß sie angesehene Aufgaben zu erfüllen haben und die den Professionals eigenen Persönlichkeitseigenschaften aufweisen. Ja, man beansprucht, selbst eine richtige Profession zu sein, wenn auch nur auf dem Weg der Identifizierung mit der wirklichen Profession der Medizin. *Unterordnung unter die Kernprofession wird durch die therapeutische Aufgabe gerechtfertigt, an der alle Berufsgruppen der paramedizinischen Arbeitsteilung beteiligt sind, wie klein ihr Anteil auch immer sein mag.*“ (Freidson 1979: 47f; Hervorhebung von mir; A. Pf.)

Der Umstand, dass sie sich die Arbeit an demselben Material in ein und demselben Raum mit Beschäftigten teilen, die ein sehr hohes Prestige genießen, eröffnet ihnen einerseits die in der Arbeitswelt recht ungewöhnliche Möglichkeit, einen gewissen Stolz aus diesem häufigen Kontakt mit der Spitze der sozialen Hierarchie in der Gestalt des Arztes zu beziehen; andererseits partizipieren die *aides soignantes* aufgrund dessen ein wenig an dem ärztlichen Prestige, dass ihnen die Pflege von Kranken übertragen ist, eine Aufgabe, die hohe soziale Wertschätzung genießt und in der Rhetorik der Gesundheitsprofessionen als Legitimation für deren privilegierte Position in der Sozialstruktur dient [...]. Selbst wenn sich für sie aus der „therapeutischen Würde“ (Freidson 1984: 80) nicht die gleichen materiellen und symbolischen Gratifikationen ableiten lassen wie für die Angehörigen dieser Professionen, nehmen die *aides soignantes* ständig Bezug auf diese Teilhabe an einer noblen Tätigkeit. (Arborio 2001: 112)¹⁰²

Konstitutiv für ihre Arbeit oder besser: für den Zuschnitt des ihnen konkret obliegenden Aufgabenbündels ist aber, dass sich dieses aus den am wenigsten qualifizierten und am wenigsten prestigeträchtigen Aufgaben zusammensetzt, die vormals mit der Tätigkeit der examinierten Krankenpflegkräfte, der *infirmières*, assoziiert waren. Sie übernehmen damit also deren *dirty work*. Die diesem Gedanken zugrundeliegende, von Everett Hughes formulierte Hypothese besagt, dass es eine Hierarchie der Aufgaben gibt, die sich nach dem jeweiligen Prestige bemisst, angefangen bei denen, die auszuüben man stolz ist, die ein langes Studium erfordern, bis hin zu denen, die als degradierend und als Fron empfunden werden, eben das, was Hughes *dirty work* nennt. Im Falle der *Care*-Arbeiten sind das in erster Linie die Tätigkeiten „häuslichen“ Charakters wie etwa Hygienetätigkeiten und der Umgang mit den körperlichen Ausscheidungen der Patienten, die als unwürdig oder hinsichtlich der erforderlichen Qualifikation als anspruchslos angesehen werden. Aus der Perspektive der von Hughes untersuchten Krankenschwestern bietet die Delegation der am wenigsten prestigeträchtigen Aufgaben die Möglichkeit, das Gesamtprestige der ihnen aufgetragenen Aufgaben und damit ihre Position in der Organisation zu erhöhen. (Hughes 1984e: 313 f). *Dirty work* definiert sich also nicht durch die „materielle Seite“ der jeweiligen Aufgabe, sondern durch ihr im Vergleich geringeres Prestige. „So kann ein und dieselbe Aufgabe *dirty work* sein, wenn sie ganz unten in der Hierarchie der Aufgaben einer Personalkategorie rangiert, während sie ein gewisses Prestige genießt, sobald sie von einer anderen Kategorie verrichtet wird, deren Aufgaben insgesamt weniger prestigeträchtig sind: die diesbezüglich von den Krankenpflegekräften delegierten Aufgaben fallen daher nicht zwangsläufig unter die Rubrik *dirty work* für die Pflegehilfskraft.“ (Arborio 2001: 121) Und: „Sich um die Kranken zu kümmern, sie zu waschen oder sie umzukleiden, Aktivitäten also, die vormals der Tätigkeit der Krankenschwestern zugeordnet waren, verleihen denjenigen, die sie heute verrichten, ein wenig von dem Prestige derer, die gestern für sie zuständig waren.“ (Arborio 2001: 136)¹⁰³

Als Beleg zitiert er ein in einer Fachzeitschrift veröffentlichtes, fast schon Bekenntnischarakter aufweisendes Zeugnis einer Medizinisch-Technischen Assistentin, welches – so seine Interpretation – darauf abziele, „einer untergeordneten Arbeitskraft Ansehen und Stolz zu verleihen. Sie enthält eine wohlüberlegte Identifizierung des Berufsstandes, wenn auch nicht als eigene Profession, so doch zumindest als *Teil* einer Profession. Sie nimmt es sich heraus, sich selbst das Können und das Berufsethos einer Profession beizulegen.“ (Freidson 1979: 57f; die erste Hervorhebung von mir, A. Pf., die zweite von Freidson)

¹⁰² Arborio benützt die 1984 erschienene französische Übersetzung von *Profession of Medicine*. Tatsächlich ist in der ursprünglichen englischen Ausgabe von Freidson (1970) nur die Rede von der „dignity of the profession“ (31) bzw. der „professional dignity“ (168).

¹⁰³ Im Frühjahr 2020 scheint sich gesamtgesellschaftlich ein gewisser Sinneswandel, eine Umkehrung der Werte, anzudeuten, wenn in den Medien gefordert wird, die eher wenig prestigeträchtigen Tätigkeiten von Kassiererinnen, Müllmännern und Pflegefachkräften usw., deren „Systemrelevanz“ sich im Zuge der Corona-Krise offenbart hat, aufzuwerten. Ob dies freilich Folgen in Form besserer Arbeitsbedingungen und höherer Bezahlung zeitigen wird, bleibt abzuwarten. Klatschen am Fenster ist nur eine

Was bedeutet das nun analog für die Kodierfachkräfte? Findet im ärztlichen Dienst ein ähnlicher Ausgliederungsprozess, eine Delegation von *dirty work* statt? Und kann man sagen, dass sich für die Kodierfachkräfte eine ähnliche „Umkehrung des Stigmas“ vollzieht?

Es sieht ganz so, als lassen sich diese Fragen durchgehend bejahen. Zum einen stellt die Tätigkeit im Medizincontrolling für zahlreiche ehemalige Pflegekräfte eine intellektuelle Aufwertung dar, wie der im WAMP-Projekt interviewte Geschäftsführer eines Krankenhauses der Regelversorgung in kirchlicher Trägerschaft für die ersten Jahre nach Einführung des DRG-Systems in der folgenden zitierten Passage nahelegt. Es zeigt sich hier, wie die unterschiedliche Bewertung des Kodierens seitens der Ärzteschaft und der Pflegekräfte für letztere individuell wie kollektiv (Arborio 2001: 124) die Möglichkeit für eine Karriere eröffnet, die sich ihnen in ihrer früheren Tätigkeit nicht geboten hätte (vgl. Kapitel 6)

Wir haben es [die DRG-Kodierung; A.Pf.] also mit Verwaltungspflegekräften gemacht, die sich da eingearbeitet haben, für die es, sage ich mal, auch ein intellektueller Aufstieg war. Ich denke, für einen Arzt ist es eher ein intellektueller Abstieg. Die DRG-Fachkraft-, und ich glaube, das Schlimmste, was man beim Personaleinsatz machen kann, ist Unterforderung. Das ist auch wissenschaftlich belegt. Dass die beste Art, Produktivität kaputt zu machen, Unterforderung ist. Und auch Frust beim Mitarbeiter zu schaffen. (Geschäftsführer, zit. in Buhr/Klinke 2006a: 78)

Es liegt hier also nicht so sehr ein Konkurrenzverhältnis zwischen den beiden Gruppen vor, als vielmehr eine zunächst symbiotisch anmutende, wenn auch ganz und gar nicht konfliktfreie Beziehung. Möglicherweise ist das Kodieren aus der Perspektive der Kodierfachkräfte gerade deshalb eine attraktive Tätigkeit, weil es eine ärztliche Aufgabe darstellt und damit gewissermaßen auch ein gewisses Prestige vom ärztlichen Dienst ‚geerbt‘ wird, zu dem die Betroffenen zuvor kaum einen Zugang hatten. Offenbar ist es so, dass die Ökonomie der beruflichen Aufgabendifferenzierung zwischen ärztlichem Dienst und Kodierpersonal keineswegs ein Nullsummenspiel im Kampf um die Mehrung symbolischen Kapitals darstellt, wie man auf den ersten Blick meinen könnte, etwa dass der Delegation von *dirty work* auf ärztlicher Seite und dem dadurch erreichten Prestigegewinn auf der Seite der Kodierfachkräfte durch diese Übernahme ein Verlust an Prestige gegenüberstünde. Es handelt sich hier vielmehr um eine Win-win-Situation, die beiden Bereichen zugutekommt.

Frau Weiner, eine im Rahmen dieser Arbeit interviewte ehemalige Krankenschwester, die nun als Kodierfachkraft beim MDK arbeitet, ist ein Beleg für diese Hypothese. Sie bedauert einerseits den Verlust an Sinnhaftigkeit der Kodiertätigkeit im Vergleich zur konkreten Pflegearbeit, die sie als sinnvoll empfunden hat:

[...] das Sinnvolle an dem Beruf, und das, warum ich das eigentlich wollte, fehlt natürlich. Und ich rangiere jetzt im Prinzip ja irgendwelche Gelder hin und her, was jetzt mit dem eigentlichen, dass ich jetzt mit kranken Kindern oder mit Kindern oder mit Menschen überhaupt was zu tun haben wollte, ist ja hier, ich habe halt einen Fall nach dem anderen, und habe hier meinen Berg Papier nach dem anderen. (D-K-25)

Andererseits führt sie auf die Frage, was ihr besonders Spaß an der Tätigkeit mache oder wo sie das Gefühl von Stolz empfindet, spontan die Übernahme ärztlicher Tätigkeit an: „Also einerseits denke ich, das ist

symbolische Form des Ausdrucks von Wertschätzung, das Töpfeschlagen überdies ist zumindest ambivalent, insofern es früher ein Element von Charivaris bzw. Katzenmusiken und ähnlichen Rügebräuchen darstellte, mit denen das anonyme Kollektiv missliebigen Personen in aller Öffentlichkeit die Ehre absprach (vgl. dazu Davies 1987; Thompson 1980).

schon, es war früher ärztliche Tätigkeit, was wir hier machen. Das ist... einerseits finde ich, ja, also ohne die Ausbildung und die Grundkenntnisse ginge es gar nicht.“

Gewiss stellt der durch das Delegieren der Kodierarbeit erzielte Autonomiegewinn für Ärzte nicht unbedingt eine grundlegende Änderung ihrer Situation dar, aber er ist ein zumindest nicht unbedeutender Schritt im Kampf der Ärzteschaft um die Wahrung ihrer Professionalität.

Die meisten Ärzte und Pflegefachkräfte nehmen zwar die Dokumentationsverpflichtungen im Allgemeinen und die Arbeit des Kodierens im Besonderen als ein minderwertiges, unerfreuliches und wenig dankbares *dirty work* wahr, auf der Seite der befragten Kodierfachkräfte scheint dies jedoch nicht (mehr) der Fall zu sein. Es ist, als würde das Abfärben des ärztlichen Prestiges, für das die Abschiebung der Kodiertätigkeit seitens der Ärzteschaft eine notwendige Voraussetzung ist, sowie die finanzielle Mitverantwortung für das Ganze die Voraussetzung schaffen, dass diese Tätigkeit zumindest für ‚zahlenorientierte‘ Pflegefachkräfte attraktiv wird und aus ihrer Perspektive mitnichten ein *dirty work* darstellt. Bei vielen von ihnen – allerdings nicht allen, wie das Beispiel von Frau Zeller zeigt – hat sich vielmehr insofern ein grundlegender Wechsel der Perspektive¹⁰⁴ vollzogen, als sie diese Arbeit subjektiv nicht mehr nach den Maßstäben der medizinisch-pflegerisch Tätigen bewerten. Neben den (materiellen) Vorzügen der neuen Arbeitsstelle, etwa gegenüber den Schichtdiensten in der Pflege, dürfte diese Konversion des Blickes auf das Kodieren neben dem auf sie abfärbenden ärztlichen Prestige aber auch durch das für „Modernität“, „Effizienz“ und auch Macht innerhalb der Organisation stehende Image des „Controllers“ begünstigt worden sein, das dieser Tätigkeit eine gewisse Legitimität und einen Machtzuwachs innerhalb der Organisation verleiht (Gemperle/Pfeuffer 2013).

5.6 Die Umsetzung in Krankenhaus I

Die Konfliktlinie verläuft also vielmehr zwischen dem ärztlichen Dienst und der Verwaltung bzw. Geschäftsführung, die ihm neben der reinen Verantwortlichkeit für die Kodierung ursprünglich auch viel weitergehende Verpflichtungen zum faktischen Kodieren und damit eine weiterreichende Berücksichtigung wirtschaftlicher Belange in ihrer täglichen Arbeit zumuten wollten.

In Krankenhaus I hatte man, wie der ehemalige ärztliche Direktor (D-K-29) berichtet, zunächst ein „Hybridsystem“ installiert, das den ärztlichen Dienst tatsächlich in viel weiterem Maße in die Pflicht nehmen wollte.

Prof. Dr. Gerlach: Wir haben das so gemacht, also der Ansatz war der, eine schlagkräftige Truppe auf die Beine zu stellen, eben nicht den Weg zu gehen, nur verwaltungsdominiert, nur arzt-dominiert, sondern wir haben da Leute aus verschiedenen Fachgebieten zusammengebracht, haben dann Gott sei Dank Leute, [...] die überwiegend aus der Pflege kamen, dazu gebracht, oder die hatten sich da selber dann dafür interessiert aus gesundheitlichen Gründen, wenn du 30 Jahre nur geschleppt hast und so, das werden sie von den Damen gehört haben, //ja ja// ist das sonnenklar, oder auch, weil sie noch mehr auf dem Kasten hatten, Stichwort Herr Fröhlich, ein sehr, sehr kluger Mensch auch, „Hast du Lust mitzumachen?“ Dann haben wir die Stellen geschaffen und haben das eingerichtet. Und da haben [wir] ja drei oder vier, glaube ich, auch noch zur Kodierfachkraft extern mit Abschluss ausbilden lassen, und haben dann angefangen mit der sehr, sehr kompetenten Frau Dr. Ehrlich und dem Herrn

¹⁰⁴ Arborio (2001: 136) spricht bezüglich der *aides soignantes*, die Aufgaben der *infirmières*, also der Pflegefachkräfte übernehmen, von einem „retournement du stigmaté“, also einer Umkehr des Stigmas.

Fröhlich und damals auch noch mit dem Herrn Renner, der leider dann völlig entgleist ist und sich da entpuppt hat... Und der Ansatz war immer, Finanzen, Wirtschaft, Medizin in einem völlig unübersichtlichen, von außen dominierten Feld – DRGs und so weiter –, Abrechnung in einem Boot sitzen zu haben, damit man das auch intern glaubhaft vermitteln konnte: „Hier gibt es keinen Graben, guckt mal, hier sind ja Leute aus eurem alten Beruf, die das machen, die ihr ja kennt und die das auch transportieren können.“ (D-K-29)

Das Modell, das darauf beruhte, dass ein Teil von den Ärzten kodiert wurde und zunächst nur die komplexen Fälle durch das Medizincontrolling bzw. Frau Dr. Ehrlich, ließ sich tatsächlich nur gegen den Widerstand „bei den ärztlichen Kollegen“ durchsetzen. Dann setzt aber ein Lernprozess („Am Anfang hatten wir das so, dass wir vergessen haben...“) ein, als man einerseits merkt, wie aufwändig die Kodierung ist, andererseits, wie gut das Medizincontrolling funktioniert:

Prof. Dr. Gerlach: Und dann haben wir nachher gesagt, „Mensch, das hält derartig auf, die können das“, ich hätte das auch nicht so schnell gekonnt. „Jetzt machen wir, bauen wir lieber diese Abteilung aus, machen nur den Teil, also Aufnahmediagnose und so etwas, und dann, wenn es um komplexe Fälle geht, komplexen Fall miteinander besprechen, und den Rest in sehr guten Händen Frau Ehrlich und ihrer Abteilung.“ Und das lief wirklich sehr gut. [...] Weil das ist zukunftsfruchtig und nur das kann auch so Konflikte vermeiden, und ist übrigens auch besser, schneller und besser und wirtschaftlicher. Was du da für Geld reinholen kannst, so lange das Scheiß System DRG noch besteht, das kann man gar nicht ermessen von außen.

Es scheint also auch ein großes Widerstandspotenzial weiterhin bestanden zu haben, welches durch die neu installierte *negotiated order* nun beschwichtigt wurde.

Als das Entlastungsmodell durch die neu geschaffene Kodierabteilung erfolgreich seine Arbeit aufnimmt, wollen andere Chefarzte plötzlich auch, dass die Kodierung in ihren Abteilungen von den Kodierfachkräften übernommen werden:

Frau Ehrlich: 2007 nahm die Abteilung dann ihren Betrieb auf. Die [die Kodierfachkräfte; A.Pf.] wurden dann, die Kollegen, noch mal zwei Wochen intern geschult im hauseigenen System und sonstig..., was sie sonst noch IT-mäßig brauchten. Und dann haben wir die Organisation aus dem Boden gestampft, wie die Akten beschafft werden, wie die wieder zurückkommen, wie der ganze Workflow ist. Und Herr Fröhlich und ich haben dann mitkodiert immer noch, die schwierigeren Fälle. Es gibt auch viele Fälle, die man gemeinsam kodieren muss. Und mit Zeit und Länge, wir haben zuerst in der Inneren Medizin begonnen und die beiden Chirurgen, Frauenklinik, und dann haben sie alle Blut gerochen, und wollten auch. Und in dem Maße, wie die Kollegen dann sicherer wurden und mehr Erfahrung hatten, dann haben wir noch die anderen dazu genommen. Wir kodieren jetzt auch die radiologischen Prozeduren, die Endoskopien, Kinderklinik wollte unbedingt auch dabei sein. Wir kodieren jetzt eigentlich das ganze Haus mit zehn Abteilungen, mit Ausnahme von HNO und Augen. Das machen die Ärzte selber.

I: Mhm. Also Blut gerochen heißt, sie... oder was war da der Impetus für die Leute, dass sie das Dokumentieren zum Teil loskriegen?

Frau Ehrlich: Ja, natürlich. Die wollten das loswerden. Die haben gesagt. „Ja das ist zu viel und wir haben wieder mehr Zeit.“ Und die Kodierregeln ändern sich ja auch jährlich, und sie müssen jährlich die Leute wieder neu schulen. Das ist eigentlich billiger, der Arzt steht am OP-Tisch oder am Patientenbett als dass er kodiert. (D-K-23)

Das jeweils gefundene Ausmaß an Dokumentations- und Kodierverpflichtungen stellt ein mehr oder weniger „labiles Resultat“, eine Art „Waffenstillstand“ in dieser Auseinandersetzung dar, wie er in vielen Häusern in Anschluss an den Ärztestreik geschlossen wurde, in dem es vordergründig um die Arbeitszeiten v.a. der Assistenzärzte und deren Vergütung ging, während Martens zufolge „ein Motiv des Ärztestreiks bzw. der Unzufriedenheit junger KrankenhausärztInnen auch darin zu suchen ist, dass ‚normale Arbeitsbedingungen‘, wie sie von Streikenden eingefordert werden, auch mit einem bedrohten, oder schon verloren

gehenden Ethos ihrer Profession zu tun haben. Aber es ist auch ganz offenkundig, dass dieses Motiv in den Forderungen, für die schließlich gestreikt worden ist, nur als ein verborgenes Motiv eine Rolle spielt.“ (Martens 2008: 20)

Nicht zufällig nennt Herr Fröhlich in seiner Erzählung der Organisation des Medizincontrolling in Krankenhaus I den Ärztestreik als Ausgangspunkt

Herr Fröhlich: 2006 war dann der Ärztestreik. Von dem war ja auch Seeheim betroffen. Und danach gab es das so genannte Rote Papier. Und auf diesem Roten Papier hatten die Ärzte Forderungen gestellt, was sie eigentlich nicht mehr machen möchten. Weil sie halt eben als Mediziner sich mit Betriebswirtschaft und DRG und Fallpauschalen-System nicht auseinandersetzen wollten. Frau Ehrlich und ich haben dann damals den Auftrag vom damaligen Geschäftsführer bekommen, uns ein Konzept zu überlegen, wie wir eine Abteilung aufbauen können, um eben flächendeckend das Klinikum Seeheim mit der Kodierung und Dokumentation zu entlasten. Das haben wir dann gemacht, haben da ein Bewerbungsverfahren gemacht, haben fünf Leute intern ausgesucht, die auf Ausbildung geschickt, haben die intern noch mal bei uns geschult, und sind dann am 1. 7. 2007, sozusagen produktiv gegangen.

Allerdings scheint der Ärzteschaft nicht klar gewesen zu sein, dass dieser Kompromiss eben nur einen Kompromiss darstellt und kein Ende ihrer Mitwirkung an der DRG-Dokumentation

Herr Fröhlich: Also ich denke der Großteil der Ärzte hat es einfach (.) hingegenommen. „Jetzt haben wir halt ein anderes System. Und irgendwie kriegen die das in der Verwaltung schon hin.“ Also, dass sie selber da aktiv mit dran teilnehmen müssen, war denen, glaube ich, von Beginn an nicht bewusst.

I: Nicht bewusst, mhm.

Herr Fröhlich: Das hat sich dann auch ja so in einigen Dingen geäußert, dass bestimmte Abteilungen dann nicht zu Fortbildungen gekommen sind. Dadurch ihr Desinteresse gezeigt haben. „Ach, schon wieder neu alles fürs nächste Jahr. Ach, das haben wir doch dieses Jahr schon gehört.“ Also das sind jetzt einfach so meine Interpretationen. Das richtige Interesse wurde nicht geweckt, sondern eher der Druck von oben verlangt. Und ich glaube, alles, was mit Druck kommt, führt nicht unbedingt zum guten Ende. Also, ich würde eher sagen, man hat es hingegenommen, dass es so ist, und geht immer noch davon aus, dass es im Hintergrund die Verwaltung alles bestmöglich regelt. Weil dafür gibt es ja die Leute da.

Wenn wir schließlich nur die Ärzteschaft betrachten, sind es also nicht in erster Linie Markt- oder Einkommenschancen, um die hier gerungen wird. Vielmehr scheinen der Ablehnung der „Bürokratie“ Strategien der Distinktion und Aufrechterhaltung von Abständen zugrunde zu liegen, Unterscheidungen, die immer wieder in geschriebenen und gesprochenen Statements ihren symbolischen Ausdruck finden, was die „ur-eigenste Tätigkeit“ des Arztes sei und was „primär unärztlich“ oder „berufsfremd“, wofür man „nicht angetreten“ ist.

Nach Aussagen des ehemaligen ärztlichen Direktors waren es auch die älteren Ärzte, die gesagt haben: „Mach‘ ich nicht mehr, kommt nicht in Frage, und so [...]. Ja, das empfanden sie nicht, zurecht, als ihre primäre, vornehmste, ärztliche Aufgabe. Ist ja eigentlich auch nicht, ja“ (D-K-29). Darin drückt sich der Versuch aus, die „Dignität“ bzw. die „Würde“ einer Profession zu wahren, die sich – so ihre Selbstwahrnehmung und -darstellung unter Ziehung sämtlicher Register der „Gemeinwohrrhetorik“ (vgl. Meuser

2004) – in erster Linie der „noblen“ Arbeit am Patienten¹⁰⁵ von der Aufnahme bis zur Entlassung zu widmen verspricht, womit die parallel dazu verlaufende DRG-Trajektorie, die von der Aufnahmediagnose über die Behandlung und Pflege zur Dokumentation und zur Abrechnung führt, in keinerlei Berührung steht.

Hinter der auf der Makroebene wie auch in jedem einzelnen Krankenhaus oft im Konflikt mit der Geschäftsführung gefundenen Arbeitsteilung zwischen ärztlichem Dienst und Kodierfachkräften lässt sich die Konvergenz berufspolitischer Interessen ausmachen: Für die Ärzteschaft stellt sie die Möglichkeit zum Abwälzen eines Teils des mit dem DRG-System verbundenen „dirty work“ dar, für zahlreiche Pflegekräfte bietet sie dagegen eine willkommene Alternative, oftmals einen „Notausstieg“ aus einem immer weniger lebhaften Beruf (s. Pfeuffer 2014a). Dies wird sich auch in absehbarer Zukunft nicht ändern, wenn, wie politisch proklamiert, zunehmend Qualitätsaspekte für die Vergütung der Krankenhäuser von Bedeutung sein werden. Ob angesichts des dargestellten „Berufebastelns“, der in Deutschland noch wenig formalisierten Ausgestaltung der Tätigkeit und mangelnden Berufsförmigkeit aus der Tätigkeit der Kodierfachkräfte noch ein „richtiger“ Beruf wird, steht allerdings auf einem anderen Blatt.

¹⁰⁵ Was nicht ausschließt, dass die Distinktionsbemühungen der Ärzteschaft gegenüber den anderen Berufen des Krankenhauses, die eifersüchtige Wahrung der eigenen Kompetenzen gegenüber den Aufwertungsstrategien vor allem der Pflege ungemindert weiterexistieren.

6 Kodieren als Beruf oder: We're Only in It for the Money¹⁰⁶

Wir kommen nun zum zentralen Thema dieser Arbeit, dem Kodieren, und damit auch zu den zentralen Akteuren, die damit befasst sind, den Kodierfachkräften. Vergegenwärtigen wir uns nochmals, was im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts auf den verschiedenen Ebenen passiert:

Ein kranker, mit Symptomen behafteter, zu behandelnder und möglichst zu heilender Patient wird aufgenommen, sei es aufgrund einer Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt aufgrund eines eigenständigen Aufsuchens der Notfallambulanz (was in der Tat auch ein abrechnungstechnisches Problem vieler Häuser darstellt) oder aufgrund einer Einlieferung durch Notarzt und Rettungssanitäter. Damit wird er administrativ zu einem zu bearbeitenden „Fall“, der professionell zu bearbeiten ist (Bergmann/Dausendschön-Gay/Oberzaucher 2014), der gegebenenfalls mit einem bereits existierenden Fall verknüpft wird, wenn der Patient bereits vorausgegangene Krankenhausaufenthalte hinter sich hat. Dies geschieht mittels der Patientenakte, die in Papierform oder – in den letzten Jahren vermehrt, aber noch lange nicht flächendeckend – in digitaler oder in hybrider Form existiert. Sie ist das institutionelle Gedächtnis, auf das sich die an der Fallbearbeitung beteiligten Professionen und Verwaltungskräfte stützen und welches ihre Arbeit koordiniert und organisiert, welches das „Band der Kontinuität“ darstellt, in der die Krankengeschichte sowie die Diagnosen und Therapien festgehalten sind (vgl. dazu die verschiedenen Arbeiten von Marc Berg (Berg/Bowker 2007; Berg 1992; Berg 1996; Berg 2007; Vogd 2006a: 222). „Anstelle der persönlichen Begegnung gewinnt nun, so Werner Vogd mit Blick auf den ärztlichen Dienst, die Patientenakte die Hauptrolle, um den roten Faden der Behandlung weiterzuspinnen. Während beispielsweise früher die Patienten bei einem Dienstwechsel noch persönlich an den weiter betreuenden Kollegen übergeben wurden, kann die Kommunikation der Ärzte nun vielfach nur noch schriftlich über die Patientenakte erfolgen“. Und an anderer Stelle resümiert er: „Hiermit verändert sich auch die Konfiguration des Fallwissens – es ist nicht mehr an die Person des Stationsarztes gebunden, sondern erscheint innerhalb der Organisation verteilt auf das Team und verbunden in der Patientenakte“ (Vogd 2006c: 63 und 174).

Die Aufnahme des Patienten leitet die Falltrajektorie ein. Der Begriff *trajectory* oder „Trajektorie“, in deutschen Übersetzungen oft auch als Verlaufskurve bezeichnet, entstammt, wie in der Einleitung gezeigt, den krankenhaussociologischen Arbeiten von Anselm Strauss und Mitarbeiterinnen. In Absetzung von dem alltagsprachlichen wie auch professionellen Terminus des Krankheitsverlaufs (*course of illness*) verwenden sie ihn (bzw. die ausführliche Form *illness trajectory*), „to refer not only to the physiological unfolding of a patient's disease but to the total *organization of work* done over that course, plus the *impact* on those involved with that work and its organization. For different illnesses, the trajectory will involve different medical and nursing actions, different kinds of skills and other resources, a different parceling out of tasks among workers [...], and involving quite different relationships – instrumental and expressive – both among the workers.“ (Strauss et al. 1997: 8; Hervorhebungen durch die Autoren). Strauss et al. zufolge ist er als analytischer Begriff für ein soziologisches Verständnis des Umgangs mit Krankheit, die *social organization*

¹⁰⁶ Der Titel des dritten Studioalbums von Frank Zappa und den Mothers of Invention aus dem Jahr 1968.

of medical work, unerlässlich, um nicht den Relevanzen der Krankenhausakteure verhaftet zu bleiben, trotzdem aber ihrer Sicht der Dinge gerecht zu werden. Die Trajektorie umfasst „a sequence of expected tasks“, also ein im Wissensvorrat der Akteure vorhandenes typisiertes Wissen um das, was in einem bestimmten „Fall“, bei einer bestimmten Krankheit an Aufgaben in Zusammenarbeit mit bestimmten anderen Akteuren (Ärzte, Pflege, OP-Personal, Radiologie, Labor usw.) in einer bestimmten Abfolge erledigt werden sollte. Diese „sequence of expected tasks“ ist manchmal routinisiert, manchmal unterliegt sie jedoch unerwarteten Kontingenzen („sometimes routinized but sometimes subject to unexpected contingencies“; Strauss et al. 1997: 9). Hören wir, wie Frau Neumann, Kodierfachkraft das konkret an der Planung der Dauer eines Aufenthaltes, der so genannten Verweildauer veranschaulicht:

Also sie werden nie es so hinkriegen, dass immer alles ganz genau nach den Vorstellungen abläuft, weil da viel zu viel eine Rolle spielt. Da spielt der Patient eine Rolle, da spielen die Ärzte eine Rolle, da spielt die Codierung eine Rolle, die Krankenkassen spielen eine Rolle, und man wird immer so eine Mischkalkulation haben, dass man eben halt auf einer Abteilung mal mehr und mal weniger die Patienten innerhalb der Verweildauer entlassen kann. Weil dafür sind wir alle individuell. (D-K-22)

Dieses arbeitssoziologische Konzept soll nun aufgegriffen werden, im Unterschied zu Strauss et al. geht es hier jedoch nicht um die medizinisch-pflegerische Trajektorie. Diese setzt vielmehr eine weitere parallel zu ihr verlaufende und zu ihr und dem *illness course* in vielfachen Wechselbezügen stehende zweite Trajektorie – von Strauss auch als *arc of work* bezeichnet¹⁰⁷ – in Gang, eben den schon erwähnten Prozess, im Zuge dessen ein Objekt¹⁰⁸ – mit der Akteur-Netzwerk-Theorie könnte man durchaus von einem Aktanten, also einem wirkmächtigen, nicht-humanen Akteur sprechen –, nämlich die „DRG“ eines Falles, „fabriziert“ wird: von der mit dem Eintritt des Patienten gestellten Aufnahmediagnose, der Dokumentation der am Patienten erfolgenden Untersuchungen, Behandlungen, „Prozeduren“ und weiteren Diagnosen und sonstigen patientenbezogenen Daten, über deren Kodierung, die Berechnung des Fallerlöses bis zur letztlich erfolgenden Abrechnung beim Kostenträger führt. Hier soll deshalb von der „DRG-Trajektorie“ gesprochen werden. Es geht also wie bei den *science and technology studies* darum, den Prozess der Fabrikation¹⁰⁹ eines immateriellen Objekts durch die verschiedenen Stadien seiner Herstellung und Verwendung zu verfolgen (Breidenstein et al. 2013: 48), und das unter Berücksichtigung aller Kontingenzen dieses Konstruktionsprozesses, der freilich nicht beliebig und losgelöst von einer „Realität“ erfolgt, sondern immer im

¹⁰⁷ Bromberg erläutert den Zusammenhang folgendermaßen: „Das Modell geht davon aus, dass jede umfassende Arbeit, jedes Projekt, durch einen übergreifenden, weitgespannten ‚arc of work‘ (Arbeitsbogen) definiert ist, der die einzelnen Tätigkeiten und Aufgaben umfasst. Dabei sind sowohl intendierte Handlungen als auch sich zufällig ergebende und unerwartete Zwischenfälle eingebunden. Bei umfassenden, komplexen Projekten oder Veränderungsprozessen kann der ‚arc of work‘ daher stets erst rückblickend rekonstruiert werden, da er nicht in allen Details antizipiert werden kann. Die Metapher eines arc (Bogen) suggeriert zwar einen Beginn und ein Ende der Gesamtgestalt, das Modell geht aber gerade nicht von einem festgelegten Verlauf an Arbeitsschritten und Tätigkeiten aus. Der arc als geschlossene Form zeigt vielmehr an, dass mit ihm eine retrospektive Strukturierung und somit eine Vereinfachung des gesamten Prozessverlaufs und -geschehens mit dem Ziel des Verstehens möglich wird.“ (vgl. Bromberg 2012: 308-309, Fn. 11)

¹⁰⁸ Juven spricht hier von einem „être de gestion“, also einem „Verwaltungswesen“ im Gegensatz zum medizinisch versorgten Körper (Juven 2013: 829). Wenn er an derselben Stelle allerdings davon ausgeht, dass es auf den Körper bzw. die Behandlung keinen Einfluss hat, ob der Fall nun „mit 4523,75 oder mit 5281,99 Euro“ vergütet wird, trifft das nur dann zu, wenn wirklich nur eine Kodierung *ex post*, also nach der Entlassung des Patienten vorgenommen wird. Bei einer fallbegleitenden Kodierung ab der Aufnahme des Patienten kann es aber während der gesamten Falltrajektorie zu Wechselbeziehungen zwischen den beiden Trajektorien kommen, das heißt aber auch zu Einflussnahmen des Medizincontrollings auf Behandlungen und Verweildauer.

¹⁰⁹ Die Analogie zu dem wegweisenden Buch von Karin Knorr Cetina, *Die Fabrikation von Erkenntnis*, ist natürlich gewollt (Knorr Cetina 1984).

Rückbezug auf den Behandlungsverlauf steht, wovon die an der Konstruktion beteiligten „humanen“ Akteure durchaus ein Bewusstsein haben.

Wie in den vorausgegangenen Kapiteln schon deutlich geworden ist, ist die Fabrikation dieses immateriellen Produkts „Fallpauschale“ bzw. die Bearbeitung des „Falls“ nur dann erfolgreich, wenn all die im Zuge der *illness trajectory* von den beteiligten Akteuren erbrachten Tätigkeiten und der Ressourcenaufwand für Dritte nachvollziehbar dokumentiert sind. Das heißt, sie müssen entsprechend bestimmter Standards formuliert (die Diagnosen müssen bspw. der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD 10 entsprechen; vgl. Bowker/Star 1999: 107ff), in für die Verarbeitung mittels einer Software kompatible Form – und das heißt: Schriftform – gebracht sein und mit Befunden, Kurven, Konsiliarberichten, Laborergebnissen, Dokumentation der erhaltenen Blutprodukte, Pflegedokumentationen, Auszügen aus Beatmungsmaschinen, Entlassbrief usw. unterlegt werden. Andernfalls bleibt all die geleistete Arbeit – auch wenn der Patient noch so erfolgreich behandelt und als geheilt entlassen wurde – abrechnungstechnisch „unsichtbar“, der Fall darf nicht oder nicht vollständig vergütet werden.

Offenbar sind Patientenakte und DRG höchst anspruchsvolle Aktanten in diesem Akteur-Netzwerk, die ebenso gehegt und gepflegt werden wollen wie die nach Aussagen der Pflegekräfte immer anspruchsvolleren Patienten, die danach verlangen, dass „Roland“ Frühstücksbrezeln bringt, und denen täglich die Füße zu waschen sind (s. Kapitel 4). Sie halten das ärztliche und pflegerische Personal permanent auf Trab und drohen bei Nicht-Beachtung mit verringerter Wirkmächtigkeit, oder anders ausgedrückt: mit geringeren Erlösen.

Wie wir bereits gesehen haben, lässt sich dieser Umstand professionspolitisch skandalisieren, indem anhand von Erhebungen periodisch aufgezeigt wird, wieviel Arbeitszeit hierfür von der „eigentlichen“ Tätigkeit abgezweigt werden muss und für die ärztliche Behandlung oder Pflege nicht zur Verfügung steht (s. Blum 2003; Blum/Müller 2003a; Blum/Müller 2003b). Und die Vertreterinnen des ärztlichen Dienstes und der Pflege kommen in den Interviews auch immer wieder auf die hohe Belastung durch Dokumentationspflichten zu sprechen. Für die gemeine Bürgerin und den gemeinen Bürger, für den *common sense* erscheint all der dafür betriebene Aufwand völlig unverständlich, sinnlos, und weckt populistische Reflexe gegen das Überborden der Bürokratie.

Damit kommen wir nun wieder zu den in der Einleitung von Dr. Brandenburg angeprangerten „Damen und Herren“, dieser vermeintlichen „Bürokratenkaste“, die es „sich in dem verkorksten System bequem gemacht“ hat (Brandenburg 2013a: 57). Ob diese Position wirklich so bequem ist, lässt sich bezweifeln. Wie gesagt, sind die beiden Aktanten Personalakte und DRG, die eine materiell, die andere immateriell, recht anspruchsvoll. Doch es stimmt: sie brauchen auch humane Verbündete, die das „dokumentarische Ganze“ im Blick behalten und die möglicher Weise widerstrebenden anderen beteiligten Akteuren bei der Stange zu halten versuchen. Das impliziert eine ganze Menge sehr unterschiedlicher „Arbeit“, mannigfaltige „bundles of work“ (Hughes), die zu einem Tätigkeitsprofil mit variablem Zuschnitt zusammengefasst wurden. Die Rede ist damit von den so genannten Kodierfachkräften, einer zahlenmäßig nicht allzu großen Beschäftigtengruppe, die an deutschen Krankenhäusern, aber auch bei den Krankenkassen oder beim medizinischen Dienst der Krankenversicherung tätig sind.

Mit dem Begriff „Kodierfachkraft“ ist kein Beruf im berufssoziologischen Sinne bezeichnet, weshalb die diese Tätigkeit verrichtenden Personen aus anderen beruflichen Feldern kommen. Das Kapitel holt deshalb zunächst etwas weiter aus und behandelt die Dynamik des Feldes der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der Entstehung neuer Tätigkeiten darin, bevor gezeigt wird, wie sich die mit dem Kodieren befassten Personen in den Krankenhäusern, aber auch beim MDK rekrutieren, d.h. welche Ausbildungen sie zuvor absolviert und in welchen Berufsfeldern sie gearbeitet haben, aber auch was die Gründe für diese Tätigkeitswechsel gewesen sind. Aus der Kontrastierung der Berufsverläufe der Personen aus dem Untersuchungssample ergibt sich ein recht buntes Bild der unterschiedlichen vorangegangenen Tätigkeiten, Ausbildungen und Motive für den Wechsel ins Medizincontrolling. Wir stoßen hier auf Medizinische Dokumentare, Arzthelferinnen, Stationsassistentinnen usw. Den Löwenanteil bilden bei den Kodierfachkräften jedoch – das wurde im Kapitel zur Pflege schon erwähnt – ehemalige Pflegefachkräfte.

Als Kodierfachkraft tätig zu sein, ist kein Jedermanns-Job, es setzt voraus, dass man über ein spezifisches Wissen und Kompetenzen verfügt und damit eine Sozialisation durchlaufen hat, in der man sich seine Rolle mit den daran gebundenen Handlungserwartungen angeeignet hat, durchaus aber zusätzlich noch den Erwartungen an einen gewissen Habitus entsprechen soll. Dieser Sozialisationsprozess soll daher im Anschluss beschreiben werden.

Der daran anschließende Teil behandelt dann die Praxis des Kodierens aus arbeitssoziologischer Perspektive. Auf der Basis der Interviews mit Kodierfachkräften sowie des in Krankenhaus II gesammelten ethnographischen Materials wird die Arbeitssituation in ihren zeitlichen und räumlichen Dimensionen anhand eines „rekonstruierten“ Tagesablaufs vorgestellt. Zentral ist dann aber die konkrete Analyse der Interaktionen mit den übrigen an der Fabrikation der DRG beteiligten Berufsgruppen, dem ärztlichen Dienst und der Pflege, im Klinikalltag sowie die Beschreibung des Kodierprozesses in der Interaktion mit der Patientenakte und dem „Grouper“.

In Form einer ausführlichen Fallkontrastierung zwischen ausgewählten Kodierfachkräften werden schließlich unterschiedliche Orientierungsmuster und Praktiken, aber auch Konflikte mit anderen Berufsgruppen, in denen diese Orientierungen und Haltungen der Kodierfachkräfte gegenüber ihrem Tun zum Ausdruck kommen können, herausgearbeitet. Untersuchungsleitend ist die Frage, welche Rolle dabei professionelle Dispositionen (vgl. dazu Avril/Cartier/Serre 2010: 73-120) spielen, also spezifische Arten und Weisen, zu denken, wahrnehmen und zu handeln, die im Verlauf einer Lebensgeschichte und einer beruflichen Sozialisation erworben und ausgebildet wurden.

6.1 Kodierfachkräfte, *Medical Coder*, *Casemix Performer* – Ist Kodieren tatsächlich ein Beruf?

Im Folgenden sollen zunächst berufssoziologische Überlegungen für den besonderen Fall der Tätigkeit von Kodierfachkräften angestellt werden. Es wird zu zeigen sein, dass er – aus verschiedenen Gründen – durchaus die in Kapitel 5 konstatierte Unübersichtlichkeit bestätigen kann. Diese Unübersichtlichkeit gilt nicht nur für die objektive Zuordnung anhand von Abschlüssen und Diplomen, sondern auch für die subjektive Selbstverortung der Individuen, was anhand des Interviewmaterials illustriert wird. Im darauffolgenden

Teil werden dann anhand des Interviewmaterials die – je nach ursprünglich erlerntem Beruf variierenden – Sozialisationsmuster in die Tätigkeit des Kodierens rekonstruiert.

In den vorangegangenen Teilen wurde mehrfach darauf hingewiesen: Der Terminus „Kodierfachkraft“ ist in Deutschland keine Berufsbezeichnungen im Sinne des Berufsbildungsgesetzes oder der speziellen Berufsgesetzgebung für die Gesundheits- und Pflegeberufe, er bezeichnet zunächst einmal eine Tätigkeit oder genauer ein Aufgabenbündel mit variablem Zuschnitt im Rahmen des Medizincontrollings bzw. des Abrechnungsgeschehens von stationären Leistungen im Krankenhaus. Doch nicht nur innerhalb der Krankenhäuser, sondern auch beim Prüforgang der Kostenträger, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), und bei den Krankenkassen selbst finden sie Tätigkeitsfelder, des Weiteren auch bei Weiterbildungsträgern oder bei externen Dienstleistern, die häufig einspringen, wenn ein Krankenhaus sich wegen Personalmangel bzw. aufgrund eines hohen Rückstaus nicht-abgerechneter Fälle für ein „Outsourcing“ dieses Teils des operativen Controllings entschieden hat.¹¹⁰ Da die Nachfrage vor allem seitens der Kliniken nach erfahrenen Kodierfachkräften steigt, hat sich ein florierender Ausbildungsmarkt etabliert, auf dem Ausbildungen auf unterschiedlichen Niveaus und mit unterschiedlichen Diplomen gehandelt werden: Die Qualifikationen reichen von der nur wenige Woche dauernden Weiterbildung zum „Kodierassistenten“ oder zur „Medizinischen Kodierfachkraft“¹¹¹ – andere Bezeichnung sind auch „Klinischer Kodierer“, „Medical Coder“, „Clinical Coder“ oder „Casemix performer“ – mit verschiedenen Fortbildungsmöglichkeiten etwa über die Ausbildung zum Medizinischen Dokumentationsassistenten (duale Berufsausbildung) und zum Medizinischen Dokumentar (an einer Fachschule) bis hin zu Abschlüssen auf tertiärer Ebene, etwa in Form von Bachelor- und Masterstudiengängen im „medizinischen Informationsmanagement“ oder auch „Medizincontrolling“.¹¹² Hinter diesen Bezeichnungen verbirgt sich eine Hierarchie, deren Abstufungen entlang von über mehr oder weniger lange Dauer verlaufenden Ausbildungsgängen an mehr oder weniger

¹¹⁰ Die Firma „Kodier-Konzept DRG-Beratung & Kodierung GmbH“ beispielweise wirbt im Internet unter anderem mit folgenden Angeboten für ihre Dienstleistungen:

„Überprüfung der medizinischen Unterlagen auf Plausibilität und Vollständigkeit einschließlich Fehlbelegungsprüfung“, „Ver schlüsselung Ihrer Patientenakten nach den aktuellen Kodierrichtlinien und medizinisch-pflegerischen Fachkenntnissen unserer Kodierassistenten“, „Zeitnahe Bearbeitung von möglichen MDK-Verfahren“ und verspricht dabei neben der „Wertsteigerung Ihrer Arbeit durch unsere Leistung“ vor allem auch „Einsparung von Personalkosten“ sowie *last but not least* „Entlastung des medizinischen Personals von ‚Verwaltungsarbeit‘“ (man beachte die Anführungszeichen bei Verwaltungsarbeit, die sich in der Zitatvorlage befinden). Nach erfolgreicher Abrechnung der höher bewerteten DRG beträgt das Honorar der Firma 30 Prozent des erzielten Mehrerlöses (<http://kodier-konzept.eu>; zuletzt eingesehen am 6.9.2020).

¹¹¹ Die Weiterbildung des IBB Institut für Berufliche Bildung AG richtet sich etwa „an Personen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung im Bereich des Gesundheitswesens (an Gesundheits- und Krankenpfleger, Medizinische Fachangestellte, PTA, Zahnmedizinische Fachangestellte, MTA, MFA, OTA). Alternativ angesprochen sind auch Sozialversicherungsfachangestellte aus dem Abrechnungswesen der Krankenkassen / MDK oder Kaufleute im Gesundheitswesen.“ (<https://www.ibb.com/weiterbildung/kodierfachkraft>; zuletzt eingesehen am 6.9.2020). Die Kaysers Consilium GmbH, ein viel gefragter Anbieter, bietet eine dreiwöchige Intensiv-Ausbildung zur Klinischen Kodierfachkraft an, gefolgt von einem viertägigen Vertiefungsseminar inklusive der Bearbeitung von Krankenkassen- und MDK-Anfragen. Die Kosten hierfür liegen bei 2.990,00 Euro zzgl. 16% Umsatzsteuer, welche aber meistens von den Arbeitgebern oder Arbeitsagenturen übernommen werden (<https://www.kaysers-consilium.de/kodierfachkraft/intensiv-ausbildung-klinische-kodierfachkraft-basiskurs>; zuletzt eingesehen am 6.9.2020).

¹¹² Vgl. die Liste der Berufs- und Positionsbezeichnungen für alle Berufsbilder DVMD 2010 sowie die Ausführungen zu den Tätigkeiten des Medizinischen Dokumentars in Kapitel 6.

In einer im Jahr 2018 durchgeführten Umfrage des Anbieters von Schulungen und Beratung im Gesundheitswesen Kaysers Consilium GmbH unter „Klinischen Kodierfachkräften“ (Kaysers Consilium 2019) findet sich ein buntes und daher vielsagendes Sammelsurium an Antworten für die Bezeichnung der jeweiligen Tätigkeit: Sie reichen von „Kodierfachkraft“ (am häufigsten genannt) über „Klinische Kodierfachkraft“, „Casemanagement“, „Klinischer Kodierer“, „Med. Dok. -Assistent/in“, „Gesundh.- und Krankenpfl.“, „Teamleitung Erlössicherung“, „Sachbearbeiter/-in MedCo“, „Medizincontroller“, DRG-Fallbegleiter/-in“, „Fachassistent MedCo“, „Klinische/-r Kodierassistent/-in“, „Profiler/-in“, „Fallmanagement“, „Klinikassistent“ bis hin zu „DRG-Manager“.

prestigereichen Bildungseinrichtungen¹¹³ verlaufen, allerdings umkämpft ist. Frau Ohlsen, die früher bei einem privaten Klinikkonzern gearbeitet und nach dem Abschluss als Medizinische Dokumentarin dort ihre Zusatzausbildung zum Casemix Performer absolviert hat, sagt zu dieser Bezeichnung: „Das klingt natürlich auch noch mal besser als eine Kodierfachkraft, die in drei Wochen in der Caritas-Akademie in Köln ausgebildet worden ist, ne?“ (D-K-33), womit sie in den feldinternen symbolischen Distinktionskämpfen ihre Position gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen, etwa Herrn Mangold (D-K-31) markiert, der eben diese Ausbildung in Köln absolviert hat.

Der Einfachheit halber wird in der gesamten Arbeit, wenn von der Arbeit der faktisch mit der Kodierung im Rahmen des DRG-Systems die Rede ist, die Bezeichnung „Kodierfachkraft“ verwendet.

Bringt man das zur Ausübung dieser Tätigkeit nötige formale Spezialwissen nicht aufgrund einer vorangegangenen Tätigkeit etwa als Arzhelferin in einer Praxis (wo Behandlungen ebenfalls kodiert werden müssen, allerdings auf der Grundlage der Klassifikationen eines anderen Entgeltsystems) oder aufgrund eines absolvierten Studiums als „Medizinische Dokumentarin/Medizinischer Dokumentar“ mit, wird es in der Regel über Weiterbildungen von sehr unterschiedlicher Dauer erworben. Die letztgenannte Variante ist ganz eindeutig die am meisten verbreitete.

Obwohl beispielsweise in der Schweiz das DRG-System für die Abrechnung des stationären Geschehens erst 2012 eingeführt wurde, ist man hier bereits einen Schritt weitergegangen. Schon 2008 wurde dort für die entsprechende Tätigkeit auf Ebene des Bundes der Beruf „Medizinischer Kodierer/Medizinische Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis“ mit einer entsprechenden Prüfungsordnung eingeführt, die seither mehrfach geändert wurde. Prüfungsgegenstände sind medizinisches Grundwissen, Kenntnisse des Gesundheitswesens und die Kodierungsgrundlagen (gesetzliche Vorschriften, Patientenklassifikationssysteme, medizinische Statistik, Klassifikationen der Diagnosen ICD-10 und der Behandlungen CHOP, was dem deutschen OPS-Katalog entspricht) sowie praktische Kodierung nach ICD-10 und CHOP). Auch die Voraussetzungen für das Ablegen der Prüfung sind dort festgelegt: Demnach benötigt man eine mindestens dreijährige berufliche Grundbildung im medizinischen, pflegerischen oder kaufmännischen Bereich oder einen gleichwertigen Abschluss sowie mindestens drei Jahre Berufserfahrung, davon mindestens zwei Jahre als Medizinischer Kodierer/Medizinische Kodiererin oder eine mindestens vierjährige Erwerbstätigkeit im medizinischen, pflegerischen oder kaufmännischen Bereich und davon mindestens zwei Jahre als Medizinischer Kodierer/Medizinische Kodiererin (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI o.J.). Der Titel ist also nicht zwingend notwendig, um die Tätigkeit auszuüben, ja es wird gar eine entsprechende vorherige Erfahrung vorausgesetzt.

In Deutschland wird – das haben nicht zuletzt die Interview- und Beobachtungsaufenthalte in den beiden Krankenhäusern gezeigt – in der Praxis von verschiedensten Personen kodiert, von Angehörigen der Pflege, des ärztlichen Dienstes, manchmal von Assistenzärzten, manchmal von speziellen DRG-Beauftragten, meist Oberärzten, und schließlich von Mitarbeitern des Medizincontrollings, eben den hier im Mittelpunkt

¹¹³ Die Weiterbildungsinstitute werden beispielsweise beim „DEUTSCHLAND TEST“ von FOCUS Money, bei FOCUS Business und beim Stern gerankt und ausgezeichnet.

stehenden Kodierfachkräften. Allein schon bei den Kodierfachkräften zeigt sich eine Vielfalt an formalen Qualifikationen bzw. Diplomen, welche auch die Unterschiedlichkeit der Ausbildungen, vor allem hinsichtlich deren Dauer, widerspiegelt. Wesentlich ist jedoch der Umstand, dass man biographisch gesehen in der Regel nicht nach dem Erlernen des Kodierens mit dem „Erstberuf“ Kodierfachkraft ins Berufsleben einsteigt. Beinahe alle Personen aus dem Sample dieser Untersuchung – zwei Ausnahmen gibt es freilich, nämlich die Medizinischen Dokumentare – haben vorher eine andere Tätigkeit ausgeübt bzw. in einem anderen Beruf gearbeitet, bevor sie mit dem Kodieren anfangen. Allesamt – sogar bzw. gerade die beiden Ausnahmen – heben sie hervor, dass dies auch nicht anders oder nur unter Inkaufnahme größter Schwierigkeiten bzw. unter günstigen Umständen möglich sei.

Da die Tätigkeit der Kodierfachkräfte durchaus noch unklare Konturen aufweist, kann man sie genau genommen auch nicht als „Berufsgruppe“ bezeichnen. Aber gerade das macht sie vielleicht aus der Perspektive einer Soziologie, die sich mit der sozialen Arbeitsteilung in Organisationen und der Genese von Berufsgruppen und Professionen befasst, interessant.¹¹⁴ So kursieren beispielsweise unterschiedliche Bezeichnungen für ihre Funktion: In den Krankenhäusern wird im Alltag seitens der Ärzteschaft oder der Pflege oft undifferenziert von „den Medizincontrollern“ oder „DRG-Controllern“ gesprochen, es scheint sich allerdings zunehmend die Bezeichnung Medizinische Kodierfachkraft oder Medizinischer Dokumentationsassistent/Medizinische Dokumentationsassistentin durchzusetzen.

6.2 Repräsentationsarbeit

Angesichts der noch unklaren Konturen des Tätigkeitsfeldes und des Mangels an einem klar umrissenen Berufsbild hat eine entsprechende „Repräsentationsarbeit“ (Bourdieu) nicht auf sich warten lassen. So werben mehrere Berufsverbände darum, die Kodierfachkräfte zu organisieren, und sind bemüht, auf den Inhalt der Tätigkeit sowie der Ausbildungspläne Einfluss zu nehmen, aber auch durch „die Vielfalt der Fortbildungsveranstaltungen mit den unterschiedlichsten Themen [...] die im Medizincontrolling und Krankenhausmanagement Tätigen in ihrem Kampf um eine leistungsgerechte Vergütung der erbrachten Leistungen [zu] unterstützen.“ (Reibe 2014: 77). Insgesamt kann darin also der Versuch gesehen werden, aus dem noch „unsichtbaren“ Tätigkeitsbündel (E.C. Hughes) des mit der Kodierung befassten Personals einen „sichtbaren“ Beruf namens „Kodierfachkraft“ zu machen und ihm damit über „Schließung“ und „Ausschließung“ (M. Weber) im sozialen Raum der Krankenhausberufe einen eigenen Ort – in Abbotts Begrifflichkeit (1988) eine „jurisdiction“ – zu schaffen, der mit Einkommens- und Prestigechancen verbunden ist.

So wurde im Jahr 2004 der Verband deutscher Klinik-Kodierer gegründet. Sein Ziel besteht nach eigenen Aussagen neben der Interessenvertretung der Mitglieder gegenüber Behörden, Tarifpartnern und anderen Verbänden darin, ein eigenständiges Berufsbild zu definieren und für die Einführung eines entsprechenden

¹¹⁴ Vgl. etwa neben den klassischen Arbeiten der amerikanischen Medizinsoziologie die in dieser Tradition stehende und bereits mehrfach zitierte Studie Anne-Marie Arborios (2001) zu den „aides-soignantes“, den Pflegehilfskräften in Frankreich.

Ausbildungsberufs sowie die staatliche Anerkennung, den Schutz des Berufsbildes und der Berufsbezeichnung zu sorgen.¹¹⁵ Der Verein will „in erster Linie die Bezeichnung ‚klinischer Kodierer‘ schützen, damit langfristig unter dieser Bezeichnung die Anerkennung eines neuen Berufsstandes erreicht werden kann, in dem auch eine anerkannte Berufsausbildung möglich ist.“¹¹⁶

Neben ihm versuchen aber auch drei weitere, ungleich größere Verbände die Kodierfachkräfte zu organisieren: Das ist zum einen die 2001 gegründete Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM; mit 713 Mitgliedern Ende 2012 sowie 837 Mitgliedern Ende des Jahres 2013), die sich als „Interessengemeinschaft im Medizincontrolling tätiger Ärzte, Pfleger, Kodierer, MD(A)s, Juristen und Betriebswirte“ sowie als „die wissenschaftliche Vertretung der Medizincontroller in Deutschland“ versteht und ihre Ziele und Aufgaben im „regelmäßige[n] Informationsaustausch, [der] Fort- und Weiterbildung und [der] gemeinsame[n] Erarbeitung von Problemlösungsstrategien im Medizincontrolling“ sieht.¹¹⁷ Sie richtet jährlich einen Kodierfachkräftekongress aus. Neben regelmäßig tagenden Fach- und Arbeitsgruppen wie etwa der Fachgruppe für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FOKA), „die als Gegengewicht der SEG 4 des MDK fungiert und Kodierempfehlungen erstellt und kommentiert“, existiert auch eine „Arbeitsgruppe ‚Ethische Aspekte der Ökonomisierung‘, die sich inhaltlich mit dem Spannungsfeld Medizin und Wirtschaftlichkeit und den ethischen Implikationen beschäftigt“ (Reibe 2014: 78).

Zum andern ist das der schon 1972 gegründete Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin (DVMD; ca. 1.200 Mitglieder im Jahr 2012, heute, im Jahr 2020, wird nur noch die Zahl von 900 Mitgliedern auf der Website genannt), der in erster Linie ein Fachverband für die Medizinischen Dokumentare und Medizinischen Dokumentarinnen ist. Neben den schon erwähnten Empfehlungen für Ausbildungsgänge und Rahmenlehrpläne hat der Verband gemeinsam mit anderen Berufsverbänden „Ethische Leitlinien für die Medizinische Informatik“ erarbeitet, die allerdings sehr allgemein gehalten sind und nur wenige Bezugnahmen auf ethische Konfliktsituationen enthält, in denen es um Entscheidungen im Spannungsfeld von Ökonomie und Medizin geht. Von jedem Mitglied eines der unterzeichnenden Fachverbände wird erwartet, „dass es die ethischen Prinzipien der Medizin kennt und bei seinem beruflichen Handeln beachtet“. Diesen Prinzipien entsprechend, wird gefordert, dem Wohlergehen des Individuums stets Vorrang vor den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft einzuräumen, die Achtung vor dem Menschen zu wahren, das Leben, die Gesundheit, die Privatsphäre und die Würde des Individuums zu schützen.“ (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie u.a. 2008)

Dazu kommt schließlich noch der 1994 gegründete Deutsche Verein für Krankenhaus-Controlling e. V. (DVKC; Mitgliederzahl nicht veröffentlicht), der eng mit dem DGfM zusammenarbeitet und sich unter

¹¹⁵ Hier ist v.a. auch der Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin (DVMD) aktiv, wie die Empfehlungen des DVMD für einen „Rahmenlehrplan für die Ausbildung zur Medizinischen Dokumentarin/zum Medizinischen Dokumentar“ (DVMD 2002) sowie für einen „Rahmenlehrplan für die Ausbildung zur Medizinischen Dokumentationsassistentin/zum Medizinischen Dokumentationsassistenten“ (DVMD 2018) zeigen.

¹¹⁶ Vgl. die Internetseite des Verbandes www.vdkk.info [zuletzt eingesehen am 9.4.2019]. Auf der Internetseite sind keine Angaben bezüglich der Mitgliederzahl veröffentlicht. Die Anfrage nach einem Interview im Rahmen dieser Arbeit blieb leider ohne Antwort.

¹¹⁷ In ihrem Vorstand sitzen u.a. Prof. Dr. Steffen Gramminger und Dr. Erwin Horndasch, die immer wieder als Autoren von Fachpublikationen und als Referenten auf Tagungen zum Thema Kodierfachkräfte und DRG-Systemaufreten (vgl. Kapitel 5).

anderem für eine „Intensivierung der inhaltlichen und kommunikativen Zusammenarbeit der Verantwortungsbereiche Medizin, Pflege und Ökonomie“ einsetzt (<http://www.dvkc.de>). Weder Leitbild noch Satzung enthalten Bezugnahmen auf ethische Aspekte der Tätigkeit.

Zwar verfolgt der Verband deutscher Klinik-Kodierer (VDKK) als genuiner Zusammenschluss von Kodierfachkräften enger definierte Ziele als die drei anderen Fachverbände und muss damit in weniger hohem Maße divergierende Mitgliederinteressen bedienen und austarieren, verfügt dafür aber nur über eine eingeschränkte Mitgliederrekrutierungsbasis und damit wahrscheinlich über eine ebenso eingeschränkte Verhandlungsmacht.¹¹⁸

Der VDKK definiert den „klinischen Kodierer“ anhand der Einrichtungen, seines Arbeitsgegenstands und des Inhalts sowie der Länge (etwa 5 Wochen bei Vollzeitausbildung) der genossenen Ausbildung:

Wer ist klinischer Kodierer? Der klinische Kodierer arbeitet im Krankenhaus, Fachkliniken und anderen Bereichen des Gesundheitswesens [sic!] und beschäftigt sich mit medizinischen Daten aus dem Bereich der DRG Abrechnung. Qualifizieren für dieses Berufsbild kann sich jeder, der eine Weiterbildung von mindestens 180 Std. genossen hat, wobei die Unterrichtsschwerpunkte auf Kenntnisse der DRG Klassifizierung, Medizin Controlling, Kodierrichtlinien, Basiswissen in Krankenhausfinanzierung und Krankenbetriebssystemen [sic!] liegen müssen. Ein weiterer Schwerpunkt des Unterrichts muss die Vermittlung von Grundlagen der EDV gewesen sein. Die Weiterbildung muss mit einem qualifizierten Zertifikat belegt werden. (www.vdkk.info, Menüpunkt „Mitgliedschaft“; zuletzt eingesehen am 9.4.2019)

6.3 Thirteen Medical Coders tell their story...¹¹⁹

6.3.1 Berufsverläufe – Wege ins Medizincontrolling

In empirischer Hinsicht geht es nun um die Frage, welche Flugbahnen in diese eigentümliche Welt des Medizincontrollings führen, d.h. welche typischen Bildungs- und Berufs- bzw. Erwerbsverläufe und lebensweltlichen Verhältnisse, aber auch Zufälle die Personen des Untersuchungssamples in eine Tätigkeit als Kodiererin oder Kodierer geführt haben und welche Motive sich für diese Wechsel – oft sind es gar Brüche – identifizieren lassen.¹²⁰ Dabei fällt zunächst auf – und das stellte auch den „Auslöser“ für die diesem Arbeit zugrunde liegende Intuition dar –, dass die Mehrzahl der Kodierenden im Sample ehemals in der stationären Krankenpflege gearbeitet hat (D-K-15, D-K-19, D-K-22, D-K-24, D-K-25, D-K-26, D-K-27, D-K-30, D-K-31), was sich auch mit den in der Literatur zu findenden vagen Angaben deckt, vor allem aber mit den Daten zweier öffentlich zugänglicher Befragungen (2008 und 2018) unter ehemaligen Kursteilnehmern des Weiterbildungsanbieters für Kodierfachkräfte Kaysers Consilium. Demnach kamen im Jahr 2008 64,4 % aus der Pflege, 15,3 % sind in der Vorausbildung Arzthelferin oder haben medizinische

¹¹⁸ Wie aktiv er momentan ist, lässt sich schwer beurteilen. In seiner Satzung sind folgende Ziele aufgeführt: „Der Zweck des Vereins ist ausschließlich gemeinnützig und dient der Zusammenführung der Interessen deutscher, qualifizierter und ausgebildeter klinischer Kodierer. Der Verein vertritt die Interessen seiner Mitglieder, insbesondere gegenüber Behörden, Tarifpartnern und anderen Verbänden. Des Weiteren die Erarbeitung des Berufsbildes des klinischen Kodierers in medizinischen und angrenzenden Bereichen. Die staatliche Anerkennung und Schutz des Berufsbildes und der Berufsbezeichnung, und die Verankerung in Tarifverträgen. Die Unterstützung von staatlich anerkannten Ausbildungsgängen.“ (<https://vdkk.jimdo.com/mitgliedschaft>; zuletzt eingesehen am 9.4.2019).

¹¹⁹ Eine etwas selbstironische Referenz an das Buch von Everett C. Hughes et al.: *Twenty Thousand Nurses Tell Their Story* (Hughes/MacGill Hughes/Deutscher 1958).

¹²⁰ Ganz ähnlich die Fragestellungen von Franz Schultheis zu den Wegen, die in die Welt der Kunst und des Kunstmarktes führen (Schultheis 2018)

Assistenzberufe erlernt (Kaysers/Willems 2009: 89).¹²¹ Der oben bereits zitierten aktuellsten Umfrage von Kaysers Consilium aus dem Jahr 2018 zufolge haben wiederum rund 64% einen pflegerischen Hintergrund, knapp 11% geben eine Ausbildung in der Verwaltung an, knapp 22% eine Ausbildung als Arzthelferin, MTA, RTA oder OTA. Wie oben schon erwähnt, bezeichnet sich niemand von den Antwortenden als „Medizinischer Dokumentar“ bzw. „Medizinische Dokumentarin“, was den Aussagewert der Umfragedaten sehr einschränkt. Tatsächlich arbeiteten auch aus dem Sample zwei Personen vorher als Arzthelferinnen, hatten jedoch schon in dieser Tätigkeit intensive Berührung mit dem Krankenhaus und mit Kodiertätigkeiten (D-K-18, D-K-32). Schließlich befinden sich auch zwei Medizinische Dokumentare unter den Kodierenden, deren erster Berufs- bzw. Studienabschluss dies darstellt. Sie sind die beiden oben genannten Ausnahmen (D-K-21, D-K-33), eine Person ist von der Ausbildung her sowohl Krankenhauspfleger, hat im Anschluss an diese Tätigkeit aber das Studium zum Medizinischer Dokumentar absolviert (D-K-19). Die Ärztin schließlich, die sich mit im Sample befindet, ist insofern ein absolut unüblicher Fall, als sie ursprünglich die Leitung der Abteilung Medizincontrolling in einem der beiden Häuser innehatte, nach einem Konflikt innerhalb der Organisation jedoch ihrer Funktion entbunden wurde und im Anschluss nur noch in Teilzeit mit der Kodierung und der Bearbeitung von MDK-Anfragen befasst war (D-K-23). Sie bezeichnet sich selbst ironisch als „Akademische Kodierfachkraft“.

Selbstverständlich stellen die interviewten Personen keine repräsentative Stichprobe des in den Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens mit der Kodierung befassten Personals dar, was für ein qualitatives Untersuchungsdesign ja auch nicht maßgeblich ist. Wie in der Einleitung schon angesprochen, war es bei der Auswahl der Interviewpersonen nicht möglich, gemäß dem Prinzip des theoretischen Samplings (vgl. Strauss/Corbin 1996: 148-165) im Fortgang der Erhebung sowie der Ausarbeitung der gegenstandsbezogenen theoretischen Konzepte gezielt nach hinsichtlich herauszuarbeitender Variablen minimal oder maximal kontrastierenden Fällen zu suchen. Dadurch dass es nach vielen Verzögerungen letztlich doch gelang, annähernd alle zum Zeitpunkt der Untersuchung im Medizincontrolling der beiden untersuchten Häuser beschäftigten Kodierenden sowie die bei der zuständigen MDK-Einheit tätigen Kodierfachkräfte zu interviewen, weist das Sample zumindest hinsichtlich einiger mit hoher Wahrscheinlichkeit einflussreicher Variablen eine genügend hohe Heterogenität auf, um auf deren Basis mehr oder weniger valide, anhand von Kontrastierungen getroffene Aussagen treffen zu können. Dazu gehören u.a. die Qualifikationen und Kompetenzen der Kodierenden, der vor der Kodiertätigkeit ausgeübte Beruf, die berufliche „Verlaufskurve“ und damit auch der Grund für den Wechsel zum Medizincontrolling, die unterschiedlich lange Ausübung der Tätigkeit zum Zeitpunkt des Interviews, Erfahrungen in privaten Kliniken und schließlich das Geschlecht der Kodierenden. Darauf wird in den kleinen Fallporträts zu allen Personen des Samples eingegangen.

¹²¹ Weitere schriftlichen Anfragen bei verschiedenen Weiterbildungsanbietern ergaben keine bzw. nur in einem Fall eine negative Antwort.

Tabelle 7: Kodierende aus dem Sample nach zuvor ausgeübtem/erlerntem Beruf und aktueller Tätigkeit mit Interviewsigle und Pseudonym

Pseudonym	Sigle	Organisation	Ursprünglich erlernter/zuvor ausgeübter Beruf/Funktion	Tätigkeit zum Zeitpunkt des Interviews
Claudia Nowak	D-K-15	KH1	Krankenpflegerin	Kodierfachkraft
Sylvia Regenauer	D-K-18	KH1	Arzthelferin	Kodierfachkraft
Norbert Fröhlich	D-K-19	KH1	Krankenpfleger	Med. Dokumentar, Kodierung, KK/MDK-Anfragen
Jonathan Gallus	D-K-21	KH1	Med. Dokumentar	Med. Dokumentar
Bettina Neumann	D-K-22	KH1	Krankenpflegerin	Kodierfachkraft
Karin Zeller	D-K-24	KH1	Krankenpflegerin	Kodierfachkraft
Dr. Hanna Ehrlich	D-K-23	KH1	Ärztin/Medizininformatikerin, Leitung Med. Controlling	Ärztin, faktisch Kodierfachkraft in TZ, KK-/MDK-Anfragen, freigestellte Personalrätin
Diana Weiner	D-K-25	MDK	Krankenpflegerin	Kodierfachkraft
Michael Buchner	D-K-26	MDK	Elektroinstallateur/Krankenpfleger	Kodierfachkraft/In-house-Begehungen
Elisabeth Gerlinger	D-K-27	MDK	Krankenpflegerin	Kodierfachkraft
Monika Ostner	D-K-30	KH2	Krankenpflegerin/ehemalige OP-Leitung	Kodierfachkraft
Stefan Mangold	D-K-31	KH2	Krankenpfleger	Kodierfachkraft
Ute Richter	D-K-32	KH2	Arzthelferin	Kodierfachkraft, KK/MDK-Anfragen
Sibylle Ohlsen	D-K-33	KH2	Med. Dokumentarin	Med. Dokumentarin/Projekte

6.3.2 Individuelle und kollektive Strategien der Beschäftigten: Exit, Teilzeit und Professionalisierungsstrategien

Angesichts der präsentierten Ergebnisse zur Arbeits- und Beschäftigungssituation im Pflegedienst von Krankenhäusern (Kapitel 4) ist es wenig verwunderlich, dass die Krankenhauspflege in Deutschland, wie vor allem die in Deutschland zwischen Herbst 2002 und Frühjahr 2003 erhobenen Daten der EXIT- und die offenbar vor 2012¹²² erhobenen Daten aus dem Kontext der RN4CAST-Studien zeigen, eine im internationalen Vergleich hohe Ausstiegsquote verzeichnet (vgl. Hasselhorn et al. 2005; Heinen et al. 2013; Zander 2017; Zander/Dobler/Busse 2013; Zander/Köppen/Busse 2017). Nur jeder zweite Befragte in der Stichprobe des Pflegethermometers 2009 rechnete damit, den Pflegeberuf bis zum Eintritt ins Rentenalter

¹²² Eigenartiger Weise findet sich in Heinen et al. 2013 kein direkter Hinweis auf die Erhebungszeiträume in den einzelnen Ländern.

auszuüben. Bereits im Pflege-Thermometer 2007, einer Befragung der Pflegedirektionen, wurde ermittelt, „dass drei von vier befragten Pflegedirektoren (78,3%) davon ausgingen, dass die physischen Belastungen im Pflegebereich bis zum Eintritt ins Rentenalter nicht zu stabilisieren sind“ (Isfort et al. 2010: 43). Heinen et al. 2013 zufolge hatten von zehn untersuchten europäischen Ländern durchschnittlich 33 Prozent der antwortenden Pflegekräfte die Absicht, ihren Krankenhausarbeitsplatz zu wechseln.

Die deutschen Pflegekräfte lagen mit 36 Prozent nur knapp über dem Durchschnitt. Erschreckend ist vielmehr das Ergebnis bezüglich der Absicht, aufgrund von „job dissatisfaction“ den Beruf gleich ganz aufzugeben. Während im Durchschnitt der zehn europäischen Länder neun Prozent der Pflegekräfte diese Absicht äußerten und dieser Wert für die meisten Länder zwischen neun und elf Prozent variierte, lag der entsprechende Wert in Deutschland bei 17 Prozent (Hasselhorn et al. 2005 hatten diesen Anteil ebenfalls schon auf 18 Prozent beziffert), mit weitem Abstand gefolgt von Irland mit elf Prozent.

In der RN4Cast-Studie wurden für Deutschland als Gründe für die hohe Wechselbereitschaft der Pflegekräfte folgende Push-Faktoren ausgemacht: eine unzureichende Personalbesetzung, Burn-out, eine schlechte Arbeitsumgebung, fehlendes Lob & Anerkennung, mangelnde Zusammenarbeit zwischen ärztlichem Dienst und Pflege, fehlende Entscheidungsbefugnisse sowie unattraktive Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Zander 2017: 53).

Sieht man sich die Variablen der Umfrage, die für die Arbeitsumgebung stehen und sich potenziell für Korrelationen anbieten, näher an, fällt auf, dass die deutschen Pflegekräfte bei zweien davon deutlich herausstechen: 35 Prozent der deutschen Pflegekräfte gegenüber 23 Prozent im Durchschnitt nahmen die Qualität der Pflege als „fair“ oder „poor“ wahr und Deutschland bildete mit 12,8 Prozent gegenüber 8,9 Prozent über alle zehn untersuchten Länder auch das Schlusslicht bei der Personalausstattung, gemessen an der durchschnittlichen Anzahl der Patienten pro Pflegekraft (*patient to nurse staffing ratio*). Allerdings zeigt die statistische Analyse auf der Ebene der zehn Länder, dass der Faktor Burnout, bei dem Deutschland eher im oberen Mittelfeld liegt, durchgehend am stärksten mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, assoziiert ist. Das Patienten-Pflegekraft-Verhältnis, die Größe des Krankenhauses, die Einschätzungen der Pflegekräfte bezüglich der Adäquatheit der Personalsituation und der Pflegequalität und die Ausbildungsabschlüsse weisen auf der Ländervergleichsebene keinen Bezug mit der Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen, auf (Heinen et al. 2013: 177 ff).

Wie auch immer diese Ergebnisse zu interpretieren sind, qualifizierte Pflegekräfte an deutschen Krankenhäusern entwickeln unter diesen Bedingungen, wenn sie nicht, wie dies häufig der Fall ist, aus gesundheitlichen Gründen unfreiwillig aus dem Beruf ausscheiden, individuelle Strategien, um mit dieser aus objektiver Sicht wie auch subjektiv von den Beschäftigten als negativ charakterisierten Arbeitssituation umzugehen.

Die von Albert O. Hirschman (1970) entwickelte Typologie zum Umgang mit Unzufriedenheit mit dem Leistungsabfall von Organisationen („exit, voice, loyalty“) bietet sich als Heuristik an, um die Optionen der mit den Arbeitsbedingungen und/oder einer zunehmenden Marktzentrierung der Organisation unzufriedenen Pflegefachkräfte analytisch zu ordnen. Diese Typologie wurde mehrfach schon auf den Umgang von

Pflegekräften mit den Unbilden ihrer Arbeitsbedingungen bzw. ihren Organisationen angewandt und dabei weiterentwickelt (Becker 2016; s. auch Braun et al. 2011). Die systematischste Ausarbeitung hat Karina Becker vorgenommen (Becker 2016). Sie unterscheidet im Fall von Krankenpflegekräften etwa zwischen Loyalität gegenüber dem Unternehmen, Loyalität gegenüber der Profession und ihren Werten sowie Loyalität gegenüber dem „Arbeitsgegenstand“, also den Patienten, und fragt, welche Rolle in der Prozessdynamik zwischen Exit, Voice und Loyalität das Berufsethos oder die Arbeitsmarktchancen der Beschäftigten spielen.

Angesichts der Tatsache, dass seit längerer Zeit Pflegekräfte händeringend gesucht werden, ihre Arbeitslosenquote zum Zeitpunkt der Erhebungen wie auch heute bei dem im Vergleich zu anderen Branchen traumhaften Wert von ein Prozent lag bzw. liegt (Bundesagentur für Arbeit 2011; Bundesagentur für Arbeit 2020: 10)¹²³ und damit in diesem Beruf praktisch Vollbeschäftigung herrscht, wären theoretisch eine starke Marktmacht und damit die Durchsetzungschancen für kollektive Berufsziele vorhanden. Dass die Gewerkschaften sowie die Fachverbände der Pflegefachkräfte dies im Sinne der Hirschman'schen *voice*-Option bis vor Kurzem kaum auszunutzen verstanden (Hirschman 1974), steht freilich auf einem anderen Blatt. Zur Zeit der Erhebungen waren nämlich nur etwa 10% der beruflich Pflegenden in einem Pflegeverband oder einer Gewerkschaft organisiert (Bartholomeyczik 2013: 49). Grundsätzlich ist, so Becker, festzuhalten, „dass auf Voice setzende Strategien der Interessenartikulation und -durchsetzung im Pflegeberiech [...] eher die Ausnahme sind. [...] Pflegerinnen nehmen sich in der Regel als arbeits- und mikropolitisch eher schwache, d.h. mit wenig Verhandlungsmacht ausgestattete Akteursgruppe wahr“ (Becker 2016: 152). Dies hat aber auch mit dem feldspezifischen Habitus der aufopfernden Fürsorge selbst zu tun, der zufolge man nicht streiken kann, da man dann ja seine Patienten alleine und unversorgt lassen müsste. Mangelnde Interessendurchsetzung lässt sich aber auch dadurch erklären, dass sich in diesem für ökonomiefremd gehaltenen Feld (Bauer/Bittlingmayer 2010) bei vielen Akteuren das ökonomische Denken als fraglos gegebene Wirklichkeitssicht mit durchgesetzt hat und die Beschäftigten die vermeintlichen oder realen Sparzwänge im Krankenhausbereich als Hemmnis für kollektive Forderungen ansehen. Geändert hat sich dies erst mit veränderten gewerkschaftlichen Mobilisierungsstrategien (Nachtwey/Thiel 2014; Auffenberg/Krachler 2017) und v.a. dem vielbeachteten und relativ erfolgreichen zehntägigen Streik der Pflegekräfte an der Berliner Charité im Juni 2015 (Busch 2017; Tügel 2017; Wolf, 2015).

Die *loyalty*-Variante, bei Hirschman als selbst oder fremdproduzierte Treue eines Mitglieds zu seiner Organisation definiert, die – zumindest in den Interviews – keine trennscharfe Grenzen zum Apathie-Typus aufwies, um den Gilles Bajoit (1988) die Hirschman'sche Typologie erweitert –, verkörperten Pflegefachkräfte, die ihre Interessen hinter die als eine Art „Gemeinwohl“ verstandenen Interessen des – zum Zeitpunkt der Erhebung erheblich defizitär arbeitenden – Klinikums I zurückstellten (vgl. die Fallanalyse von Frau Kreuz bei Pfeuffer 2014a) und/oder ihr Leiden unter den Arbeitsbedingungen als (zumindest zum

¹²³ Zum Vergleich: Für Krankenpflegehelfer, die „üblicherweise eine höhere Arbeitslosigkeit aufweisen, lag sie unter drei Prozent (2,7 Prozent). In der Altenpflege lag die berufsspezifische Arbeitslosenquote 2019 bei 4,9 Prozent. Hier fällt der Unterschied zwischen den Qualifikationsniveaus allerdings kräftiger aus: bei Altenpflegefachkräften ist sie mit 0,9 Prozent deutlich niedriger als bei Altenpflegehelfern mit 8,9 Prozent. Allerdings verzeichnete die Quote der Altenpflegehelfer gegenüber 2018 einen deutlichen Rückgang.“ (Bundesagentur für Arbeit 2020: 10)

Teil) eigenes Versagen interpretierten (vgl. die im Kapitel zur Pflege ausführlich zu Wort gekommene Stationsleitung Frau Grego (D-K-7). Sie bestätigen die Feststellung, der zufolge „Loyal sein bedeutet, dass man ein gewisses Maß an Leistungsabfall toleriert und engagiert bei der Sache bleibt, obwohl man gehen könnte. Loyalität ist deshalb eigentlich auch die Basis für Kritik und Widerspruch. Kritik üben kann man nämlich nur, wenn man sich nicht (innerlich, wie äußerlich) löst (Knoll 2017: 187 f) bzw. sorgt sie dafür, dass man bei bestehender Unzufriedenheit die Voice-Option wählt, obwohl die Exit-Option ebenso offensteht (Becker 2016: 147). Insofern waren auch die interviewten, überwiegend langjährigen Pflegekräfte, die sich im Personalrat von Krankenhaus I engagierten, durchaus loyal. Sie verkörpern die *voice*-Variante gegenüber der Organisation nach dem Hirschman'schen Schema.

Die *exit*-Option, also die Möglichkeit der Abwanderung unter der Bedingung eines Konkurrenzverhältnisses auf einem Markt – in diesem Fall dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte –, weist mehrere Varianten auf: Zum einen ist sie natürlich wörtlich zu verstehen als faktisches Aufgeben der Beschäftigung in der Pflege, wie es oben skizziert und mit einigen wenigen Daten belegt wurde, ist mithin auch ein Exit aus der Profession. Diese Reaktion wird möglicher Weise gewählt, wenn die körperlichen und psychischen Belastungen zu groß geworden sind oder in absehbarer Zeit überhaupt die Verwertung der eigenen Arbeitskraft als gefährdet angesehen wird („weil ich immer gedacht habe, bis zum Rentenalter kann ich diese Dienste nicht machen“), wenn keine Alternativen vorhanden sind, die eigenen Vermarktungschancen als zu gering angesehen werden oder angenommen wird, dass die Unzufriedenheit mit anderen Organisationen ähnlich hoch sein wird.

Karina Becker unterscheidet zwischen *inneren Exit*, *temporärem Exit*, *klassischem Exit* und *partielltem Exit* (Becker 2016: 156ff).

Innerer Exit liegt vor, wenn man die Arbeitsbedingungen als unvereinbar mit den eigenen Vorstellungen guter Pflegearbeit erlebt, aber nicht mehr an diesen Prinzipien festhält, abstumpft und sich Formen von Zynismus entwickeln, deren eine Ausprägung immerhin den Patienten zugutekommt, wenn Pflegekräfte etwa die Dokumentation liegen lassen, um mehr Zeit für die Patienten zu haben, deren umgekehrte Ausprägung aber zu schweren ethischen Problemen führt, wenn beispielweise das regelmäßige Wenden bettlägeriger Patienten zwecks Dekubitusprophylaxe zwar in der Dokumentation aufgeführt, tatsächlich aber unterlassen wird. (Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2015: 128; Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2019: 155; s. auch Kumbruck 2014). Hierunter lässt sich aber ebenfalls die Apathie subsumieren (Bajoit 1988).

Ein *temporärer Exit* in der Lesart von Becker besteht für viele Pflegekräfte im Rückgriff auf Auszeiten oder Teilzeitarbeit, welche die belastenden Arbeitsbedingungen einigermaßen erträglich macht, aber nicht aktiv angeht. So ist in den Allgemeinkrankenhäusern der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Pflege zwischen 2000 und 2008 von 34,71% auf 45,57% gestiegen (Isfort et al. 2010: 24), ein Trend, der sich mit 48,9% im Jahr 2012 in der Folgezeit noch fortgesetzt hat (Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – Jahrgang 2012). Insgesamt gab mehr als jede vierte (28,1%) im Pflege thermometer 2009 befragte Pflegekraft an, eine Reduzierung des Stellenanteils aus Gründen der Überforderung anzustreben (Isfort et al. 2010: 59). Die Kosten dafür tragen die betroffenen Beschäftigten in Form entgangener Löhne und reduzierter Rentenansprüche allerdings selbst.

Die *klassische Form des Exit* praktizieren diejenigen Pflegekräfte, die wie etwa im Sample Frau Nowak aufgrund guter Arbeitsmarktchancen das Haus verlassen, um in diesem Fall etwa einen um vieles lukrativeren Arbeitsplatz in einem Krankenhaus im nahe gelegenen Ausland anzunehmen.

Als *partiellen Exit* bezeichnet Becker, wenn „das Spannungsverhältnis von Berufsethos zu Kommodifizierung [...] über Strategien der Beschäftigten aufgefangen wird, die auf die Aushandlung eines höheren Entgelts zielen. Diese Form lasse sich vor allem bei jüngeren PflegerInnen beobachten (Becker 2016: 157). Zu diesem (noch) leistungsstarken und leistungswilligen Typus könnte man Frau Kreuz zählen, die zwar effektiv kein höheres Gehalt aushandelt, aber durchaus für eine stärkere Koppelung von Leistung und Gehalt in Form von Boni plädiert (D-K-4).

Weitere Exit-Strategie könnte man auch darin sehen, wenn der Weg der Akademisierung als „Komponente“ einer Professionalisierung beschritten wird und sich Pflegekräfte über Hochschulstudiengänge etwa der Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, des Pflegemanagements oder der Ausbildung zum Medizinischen Dokumentar weiter qualifizieren.¹²⁴ Auch hierzu liefert das *Pflegethermometer 2009* Anhaltspunkte für das Ausmaß der Inanspruchnahme dieser Option:

Hinsichtlich einer persönlichen Karriereplanung gibt etwa jeder vierte Befragte (23,7%) an, die Aufnahme eines Studiums im Bereich der Pflege anzustreben. Bei diesem Aspekt ist bemerkenswert, dass er nicht nur bei den jungen Pflegenden (unter 20-Jährige und 20-25-Jährige) Zustimmung erfährt. Bei diesen beiden Gruppen sind es 28,9% bzw. 37,3%. Die Überlegung, ein Studium im Bereich der Pflege anzustreben, ist auch bei den 26-30-jährigen Pflegenden ausgeprägt vorhanden (32,5%) sowie bei der Gruppe der 31-40-jährigen Pflegenden (26%). Einen Rückgang des Interesses gibt es erst in der Gruppe der 41-50-jährigen Pflegenden (15,2%). (Isfort et al. 2010: 43)

Eine Auflistung der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Studiengänge verzeichnet 99 Voll- bzw. berufsbegleitende Pflegestudiengänge, 26 gesundheitswissenschaftliche Studiengänge, 13 Weiterbildungsstudiengänge sowie vier Fernstudien- und Online-Studiengänge (vgl. die Internetseite www.pflegestudium.de). Die mittels solcher auf tertiärer Stufe angesiedelter Ausbildungsgänge angestrebte Professionalisierung ermöglicht es den Krankenpflegerinnen und -pflegern einerseits, individuell den belastenden Arbeitsbedingungen in der Pflege zu entgehen, andererseits aber auch, sich einen, was Einkommens- und Statusaspekte anbelangt, vertikalen Aufstieg in der Pflegehierarchie zu bahnen. Ein Weg also, der schon 1992 durch die von der Robert Bosch Stiftung in einer Denkschrift vorgetragene Idee einer „Pflegeelite“ geebnet wurde („Pflege braucht Eliten“, Robert Bosch Stiftung 1992).

Ganz anders dagegen die Situation der Medizinischen Kodierfachkräfte, die sich der Hirschman'schen Typologie zufolge ebenfalls der Exit-Option zuschlagen lassen: Ihre Ausbildung, darin etwa den Hygienefachkräften vergleichbar, eröffnet ihnen in der Regel keinen Weg nach „oben“, denn in monetärer Hinsicht bedeutet die Tätigkeit als Kodierfachkraft, wie wir in diesem Kapitel noch sehen werden, eher selten eine

¹²⁴ Während eine allgemeine Tertiärisierung der Pflegeausbildung, wie sie in den meisten EU-Staaten gang und gäbe ist, von Teilen der Pflegewissenschaft in Deutschland schon lange gefordert wird, löste ein entsprechender Reformvorschlag zur Anerkennung von Berufsqualifikationen der EU-Kommission, wonach die Staaten die Zulassungsvoraussetzung für bestimmte Pflegeberufe von zehn auf zwölf Jahre Schulausbildung anheben sollten, hierzulande den Protest von Parteien und Verbänden aus. Das Vorhaben wurde vom damaligen Gesundheitsminister Bahr mit zwei Argumenten abgelehnt: Damit würden in Deutschland noch mehr Pflegekräfte fehlen und: „Wir müssen auch Haupt- und Realschülern die Möglichkeit geben, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Häufig kommt es viel mehr auf die soziale Kompetenz an, statt auf die verbrachte Zeit in der Schule“ (Focus online 2013).

Verbesserung, es sei denn, sie können aufgrund der steigenden Nachfrage nach Ihregleichen ihre Marktchancen, sei es durch erfolgreiche Gehaltsverhandlungen, sei es durch Abwanderung in besser zahlende Kliniken im Privatsektor oder im Ausland, erfolgreich nutzen. Letzteres war bei einem Teil der Interviewpersonen des Samples dieser Arbeit der Fall. Eine Ausnahme stellt der noch im Detail zu analysierende Fall von Herrn Fröhlich (D-K-19) dar, der als ehemaliger Krankenpfleger nach seinem Studienabschluss als Medizinischer Dokumentar, der Mitarbeit am Aufbau des Medizincontrollings in Krankenhaus I und zweier Wechsel des Arbeitgebers schließlich beinahe sämtliche möglichen Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen gesammelt hat, um zum Zeitpunkt des Interviews den Absprung in eine steile Aufwärtskarriere zu unternehmen.

Eine Strategie, die in der von Becker et al. und anderen Autoren vorgeschlagenen und sich an Hirschmans Exit-Voice-Loyalty-Typologie anlehnenen Kategorien nicht enthalten ist, soll zumindest kurz angerissen werden, insofern sie nämlich einen extremen Kontrast zu den vorgenannten Typen darstellt: Es ist dies der Fall der Umorientierung von Pflegekräften hin zur Palliativpflege. Diese Umorientierung resultiert, so Castra und Schepens (2015), in allen Fällen aus einer freiwillig getroffenen Entscheidung, was sie, wie zu zeigen sein wird, von den Situationen, aus denen heraus die Kodierfachkräfte sich neu orientieren, abhebt. Man wird nicht zufällig oder durch einen „Bruch“ Angehöriger dieses professionellen Segments, sondern muss hierfür schon bestimmte Dispositionen an den Tag legen. Die Freiwilligkeit zeigt sich darin, dass bewusst ein Wechsel von der kurativ ausgerichteten (Heilen um jeden Preis) zu einer palliativen Medizin vollzogen wird. Der Auslöser zu solch einer Umorientierung ist, wie bei den Pflegekräften, die zu Voice oder Exit-Strategien greifen, ebenfalls die Unzufriedenheit mit der Situation der Pflege insgesamt, mit den Arbeitsbedingungen, dem Zeit- und Personalmangel und mit der Unmöglichkeit, seinen Vorstellungen von der Qualität der Pflege gerecht zu werden. Allerdings wird die Palliativpflege keinesfalls mangels einer besseren Alternative gewählt, da die Arbeit in einer solchen Einrichtung ein „authentisches Engagement“ erfordert. An diesem Kriterium orientieren sich auch die Auswahlgespräche bei der Rekrutierung. Es ist also eine radikale Form des ganzheitlich-pflegerischen Ethos, welche die Palliativpflegekräfte zu verwirklichen suchen. Insofern trauern die Palliativpflegekräfte im Gegensatz zu den Ärzten, die in die Palliativmedizin wechseln, nicht einem Teil ihrer früheren Tätigkeit (nicht mehr heilen zu können) hinterher, sondern sind nun imstande, sie umfassend zu realisieren. Die Palliativpflege, so das Resümee von Castra und Schepens wird zu einem „ethischen Refugium“ innerhalb des Krankenhauses (Castra/Schepens 2015: 64).

6.3.3 Die ehemaligen Pflegekräfte im Medizincontrolling

6.3.3.1 Norbert Fröhlich – Medizinischer Dokumentar Krankenhaus I

Herr Fröhlich, zum Zeitpunkt der Erhebung 49 Jahre alt und ledig, nimmt eine Zwischenposition ein, insofern er zwar der dritte Medizinische Dokumentar im Sample ist, jedoch zuvor den Beruf des Krankenpflegers erlernt und ausgeübt hat. Er kam also erst später, auf einem anderen Weg als Herr Gallus und Frau Ohlsen, zu dieser Tätigkeit. Er stammt aus einer Arbeiterfamilie, beginnt nach dem Abitur, darin Herrn Gallus ähnlich, zunächst ein Studium, das „gar nichts mit Medizin zu tun“ hat, nämlich Geographie mit der

Ausrichtung Wirtschaftsgeographie, internationale technisch-wirtschaftliche Zusammenarbeit, und verfolgt dieses auch bis zum Vordiplom. Sein Berufsziel: In die Entwicklungshilfe gehen, was auf ein gewisses gesellschaftliches Engagement hindeutet und darauf, dass monetäre Motive für ihn zumindest nicht oberste Priorität haben. Doch einer seiner Professoren rät ihm ab, weiterhin Geographie zu studieren, wenn er dieses Ziel wirklich anstrebt:

Herr Fröhlich: „Machen sie Betriebswirtschaft oder Volkswirtschaft. Geografen werden nicht gebraucht in der Entwicklungshilfe.“ Ich habe es mir dann auch angetan, Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft-Vorlesungen besucht, aber das war mir damals mit 19 viel zu trocken. Konnte ich auch gar nichts mit anfangen.

Er erinnert sich zu diesem Zeitpunkt, dass er einige Jahre vorher, nach seinem Realschulabschluss, schon einmal mit dem Gedanken gespielt hatte, in die Krankenpflege zu gehen. Er sondiert – ähnlich wie Herr Gallus – auf dem Wege eines Praktikums zunächst, ob ihm diese Tätigkeit auch liegt, „und dann stand für mich fest: ich möchte Krankenpfleger werden“. Während der Ausbildung, die er zunächst in Nordrhein-Westfalen beginnt, wechselt er nach zwei Jahren nach Berlin, obwohl er dort ein zusätzliches Jahr absolvieren muss, was ihm allerdings direkt nach dem Examen eine Stelle auf einer chirurgischen Intensivstation eines Krankenhauses der Zentralversorgung mit 450 Betten einbringt. Nach fünf Jahren wechselt er nach Süddeutschland ans Krankenhaus I, wo er zwar in die Innere Medizin einsteigt, allerdings weiterhin auf der Intensivstation arbeitet. Nach weiteren sieben Jahren ergeht es ihm jedoch wie vielen Pflegekräften:

Herr Fröhlich: Hat mir *unheimlich* viel Spaß gemacht. War ein ganz tolles Team auf dieser Intensivstation. Aber wie es so vielen Leuten in der Krankenpflege passiert, ich habe dann leider zwei Bandscheibenvorfälle innerhalb von sechs Monaten erlitten. [...] Damit war dann das definitive Aus für die Pflege. Und ich musste mir überlegen, was mache ich jetzt wiederum Neues. Habe dann die Möglichkeit gekriegt, über die Rentenversicherung halt eben einen kompletten neuen Beruf zu erlernen. Habe dann noch ziemlich kämpfen müssen und habe da eine dreijährige Vollzeitausbildung zum Medizinischen Dokumentar gemacht.

Nach diesem in Hessen absolvierten Abschluss und der staatlichen Anerkennung kann er, vermittelt durch seinen ehemaligen Vorgesetzten, den Chefarzt der Inneren Klinik von Krankenhaus I, Prof. Dr. Gerlach (D-K-29), der inzwischen auch Ärztlicher Direktor der Klinik ist, im zu dieser Zeit noch im Aufbau befindlichen und nur mit einer Ärztin (Frau Ehrlich, D-K-23) besetzten Medizincontrolling seine neue Tätigkeit beginnen. Es ist für ihn eine einmalige Gelegenheit, denn das DRG-System – wir sind nun im Jahr 2004 – ist gerade dabei, für die Krankenhäuser in Deutschland „scharf gestellt“ zu werden. Optimale Bedingungen also für den Aufbau von etwas Neuem. Die beiden bekommen seitens der Geschäftsführung den Auftrag, ein Konzept für die Organisation des Medizincontrollings für eine Klinik dieser Größe zu entwickeln:

Herr Fröhlich: Und ja, dann war ich eigentlich so mit in der Geburtsstunde der DRGs. Und mit Frau Dr. Ehrlich zusammen haben wir uns dann eben, ja, bestimmte Vorgehensweisen überlegt: Wie können wir eine Klinik mit damals 350 Betten, wie können wir das zu zweit überhaupt stemmen? Von Kodierfachkräften war überhaupt gar keine Rede. Und wir hatten dann so bestimmte Konzepte uns erarbeitet. Wir nannten sie Visiten. Dass wir uns so Langlieger-Fälle, schwerwiegende Fälle, Intensivfälle täglich beobachtet haben, geguckt haben, was verändert sich? Und sobald die entlassen wurden, haben wir uns die Akten angefordert, damit uns da schon mal nichts entgeht.

Nach zwei Jahren, also 2006, kommt es dann zum Ärztestreik, von dem auch Krankenhaus I betroffen ist. Die Ärzte formulierten ihre Forderungen im so genannten „Roten Papier“,

Herr Fröhlich: [...] was sie eigentlich nicht mehr machen *möchten*. Weil sie halt eben als Mediziner sich mit Betriebswirtschaft

und DRG und Fallpauschalen-System nicht auseinandersetzen wollten. Frau Ehrlich und ich haben dann damals den Auftrag vom damaligen Geschäftsführer bekommen, uns ein Konzept zu überlegen, wie wir eine Abteilung aufbauen können, um eben flächendeckend das Klinikum Seeheim mit der Kodierung und Dokumentation zu entlasten. Das haben wir dann gemacht, haben da ein Bewerbungsverfahren gemacht, haben fünf Leute intern ausgesucht, die auf Ausbildung geschickt, haben die intern noch mal bei uns geschult, und sind dann am 1.7.2007 sozusagen produktiv gegangen.

Zunächst ist das Kodieren das Hauptgeschäft der beiden Medizincontroller, es kommen jedoch mit der Zeit auch „das gesamte Management der MDK-Anfragen, das gesamte Management Externe Qualitätssicherung, Dokumentation, die Datenexporte, der strukturierte Dialog mit der Landesgeschäftsstelle“ hinzu. Es ist also ein umfangreicher Lern- und Entwicklungsprozess – „eine tolle Arbeit“ –, den Herr Fröhlich zusammen mit Frau Dr. Ehrlich durchläuft und gestaltet, bis dann 2011 aufgrund komplexer organisationsinterner und politischer Streitigkeiten sowie mikropolitischen Ränkespiele „uns dann übers Wochenende die Abteilungsleitung *ohne* Gespräche einfach entzogen wurde.“ Damit vollzieht sich für ihn, der auch Mitglied des Personalrats ist, ein innerlicher Bruch, und er entscheidet sich, sich eine neue Stelle zu suchen. Da er zunächst nichts Adäquates findet, bewirbt er sich – eigentlich überqualifiziert – auf eine Stelle als Kodierfachkraft an einer Universitätsklinik. Die Tätigkeit und die über die Jahre im Krankenhaus I gesammelten Erfahrungen sind denn auch für ihn der Trumpf, den er dabei in die Waagschale werfen kann:

Herr Fröhlich: Also es kamen von Monat zu Monat eigentlich immer wieder neue Tätigkeiten hinzu, die, so würde ich jetzt retrospektiv sagen, mir meinen Job hier [...] beschert haben. [lacht] Bei meinem Vorstellungsgespräch im Oktober letzten Jahres meinte mein Referatsleiter, also mein direkter Vorgesetzter, er kennt niemanden, der so viel Wissen mitbringt. Also nicht mal in der Uniklinik. [...] Die haben eindeutig eine Kodierfachkraft gesucht. Ich habe dann auch nicht direkt eine Bewerbung hingeschickt, sondern meinen direkten Vorgesetzten einfach per Email kontaktiert und ihm beschrieben, wer ich bin und was ich tue. Und kriegte dann plötzlich einen Anruf von seiner Sekretärin mit Terminabsprache für ein Vorstellungsgespräch. [...] Und im Vorstellungsgespräch meinte Herr Dr. Göbel dann, also es müsste mir ja eigentlich klar sein, dass er mich nicht als Kodierfachkraft einstellt. Aber er hat da schon gewisse Vorstellungen, und hat mich dann hier in seiner Abteilung, im Referat Medizincontrolling quasi als Abteilungsleitung für die Kinderklinik eingesetzt.

6.3.3.2 Bettina Neumann – Med. Kodierfachkraft, Krankenhaus I

Frau Neumann, die zum Zeitpunkt des Interviews Ende 40 ist, hat sich schon früh für „das ganze Naturwissenschaftliche“ interessiert. Nach einigen unglücklich verlaufenen Gymnasialjahren wechselt sie auf die Realschule, die sie mit so gutem Erfolg absolviert, dass sie „eigentlich hätte Abitur machen sollen“. „Häusliche Gründe“ sind es jedoch, warum sie sich damals sagt: „Ich will keine drei Jahre noch in die Schule gehen“. Im Falle, dass sie Abitur gemacht hätte, hätte sie „wahrscheinlich Medizin studiert“. Nach Überlegungen, Arzthelferin zu werden, wird ihr Interesse an einer Krankenpflegeausbildung dann dadurch geweckt, dass sie an den Wochenenden ehrenamtlich „im Krankenhaus Dienste mitmacht“. Ihre Einstellung zum Beruf kennzeichnet „natürlich dieses Interesse am anderen Menschen“, der weitere Weg in eine Spezialisierung wird bei ihr jedoch durch ein Interesse „an diesen Ausnahmesituationen, die auch ja nicht nur für die Pflege oder die Ärzte ganz häufig sind“ vor die Alternative Internistische Station oder OP gelenkt. Für Ersteres fehlt die Möglichkeit, weshalb sie direkt nach der Ausbildung 1983 OP-Schwester wird.

Frau Neumann: Also dieses so Perfekt-zu-Werden in seiner Arbeit, dass mir also kein Arzt mehr sagen musste, „er braucht jetzt dieses oder jenes“, sondern, dass er das eigentlich schon in der Hand hat, bevor er eigentlich was sagen musste. Man entwickelt, wenn man das Interesse hat, dann auch den Blick dafür, man weiß genau, welche Schritte stehen jetzt an und welche Sachen, Dinge, Instrumentarium wird benötigt, und das ist schon befriedigend gewesen, das muss man schon sagen.

„Zwischendurch“, nach Tätigkeiten an drei Kliniken in Hessen und Nordrhein-Westfalen, hat sie eine Familienphase für zwölf Jahre, an die anschließend sie ihre Bildungsambitionen nochmals zu verwirklichen sucht. Sie studiert berufsbegleitend Gesundheitswissenschaften, vielleicht auch, um in einen anderen Sektor der Gesundheitsversorgung wechseln zu können, aber diese Investition zahlt sich nicht aus:

Frau Neumann: Da geht es, ging es vor allen Dingen um Salutogenese, das heißt also die Gesundheit im Beruf erhalten bevor Krankheiten entstehen. Das hat mich sehr interessiert, da war aber allerdings das Problem, dass da keine großen Möglichkeiten gegeben waren, weil es gibt solche Stellen eigentlich gar nicht.

In den vergangenen 15 Jahren, so ihre Erklärung, hat sich die „Verhältnismäßigkeit“ zwischen Freizeit und Privatleben zum Entgelt und den Belastungen, denen man standhalten muss, „sehr, sehr verlagert“.

Frau Neumann: Und die Personen, der Mensch an sich, der interessiert nicht mehr. Also dieses System ist mit so viel Druck unterlegt, dass der Einzelne nicht mehr interessiert. Also dieses Betriebswirtschaftliche steht immer mehr im Vordergrund, und entweder ist es so, sie funktionieren, oder sie funktionieren nicht. Das hat sich also schon gegenüber den 80er Jahren, wo ich angefangen habe, schon dramatisch negativ verändert, muss man einfach so sagen. Die Kollegen sind einfach auch schneller aufgebraucht. Das ist einfach so.

Und das führt dazu, dass es ihr ähnlich ergeht wie vielen anderen späteren Kodierfachkräften:

Frau Neumann: Ja und dann hatte ich ein paar gesundheitliche Probleme und ich war auch einfach überfordert von den Bereitschaftsdiensten im OP. Wir haben 24-Stunden-Dienste gemacht. Bei diesen 24 Stunden waren in etwa 20 bis 22 Stunden 100 Prozent Arbeit zu leisten, und das halten Sie auf Dauer nicht lange aus.

Nach einem erfolglosen Anlauf, ins Medizincontrolling zu kommen, macht sie dann auf eigene Initiative in Berlin eine Ausbildung zur medizinischen Kodierfachkraft und Anfang 2009 hat sie dann die Möglichkeit, ins Medizincontrolling und direkt in die Kodierung zu wechseln. In Krankenhaus I ist sie erst seit kurzer Zeit. Wenn sie die Dispositionen aufzählt, die eine Kodierfachkraft haben sollte, dann gibt sie zugleich auch ein Bild von sich selbst wieder:

Also ich denke schon, also man muss auch ein bisschen besonders ticken. [...] es gibt auch Leute, die einfach sagen: „Nee, Computerarbeit will ich gar nicht, den ganzen Tag sitzen, nee, will ich nicht. Mich mit anderen auseinandersetzen will ich auch nicht“. [...] Wenn sie den menschlichen, diesen ständigen menschlichen Kontakt brauchen, wie sie es als Pflegekraft haben, dann sind sie im Medizincontrolling völlig falsch. Wenn sie kein Faible für Zahlen haben, dann sind sie völlig falsch, wenn sie keine Computerarbeit mögen, sind sie auch falsch. Also man kann das nicht so pauschalisieren. Aber ich denke es ist wichtig, dass Leute, die codieren eine medizinische Grundausbildung haben. Das denke ich, das ist auf jeden Fall wichtig. Aber sie müssen eben halt auch das Interesse an dem Drumherum auch mitbringen. Wenn das nicht gegeben ist, dann sind die an falscher Stelle.

6.3.3.3 Claudia Nowak – Med. Kodierfachkraft, Krankenhaus I

Frau Nowak ist zum Zeitpunkt des Interviews Mitte 40, sie stammt aus Polen und hat dort zunächst das Abitur absolviert. Eigentlich hätte sie gerne Physik und Mathematik studiert, da sie „so zahlenmäßig eben orientiert“ war. Aufgrund einer Krankheit ihrer Mutter, die dann auch stirbt, wird daraus nichts. Sie macht daher ein zweijähriges Studium, das sie im nach dem Interview auszufüllenden Formular als „Medizinstudium“ bezeichnet.

Und das habe ich dann gemacht und dann hab' ich probiert als Krankenschwester in Polen zu arbeiten. Aber war das nicht so optimal, die Bedingungen, und bin dann eben abgesprungen. Ich habe schon in Polen im Finanz-Controlling gearbeitet, [...] im Büro, genau, mit Zahlen und mit Rechnen beschäftigt. [...] Ich habe mit Krankenschwester mit 22 eben aufgehört. Ich

wollte was anderes lernen. Und da habe ich mich umgesehen, wo ich eben arbeiten könnte. Und hab' ich angefangen im Büro. Und damit bin ich eben weiter gegangen.

Bei dieser Tätigkeit, wo sie die Leiterin der Finanzabteilung einer Firma ist, bleibt sie fünf Jahre. Als ihre Schwester Anfang der 1990er Jahre einen Deutschen heiratet und auch nach Deutschland zieht, kommt die Verbindung zu Seeheim zustande. Da sie selbst wie ihre Schwester neben dem polnischen noch einen deutschen Pass besitzt, kann sie jeder Zeit nach Deutschland kommen.

Und unsere Eltern lebten nicht mehr. Und meine Zwillingsschwester war in Seeheim. Und da habe ich gedacht, da gehe ich auch hin. Ich bin nach Deutschland gekommen und ich wollte gleich arbeiten. Und dass ich eben gebrochen Deutsch spreche, konnte ich damals im Büro nicht arbeiten. Also so Briefe lesen war zu schwierig. Und um gleich arbeiten zu gehen, war eben als Krankenschwester möglich. Da habe ich drei Monate Anerkennungspraktikum gemacht. Und...

Dieses Anerkennungspraktikum absolviert sie schon in Krankenhaus I und bleibt dort auch die nächsten 19 Jahre. Sie arbeitet in der Unfallchirurgie, auf der Entbindungsstation und Gynäkologie. Der Wechsel zur Geburtshilfe bedeutet für sie noch einmal eine wichtige berufliche Entwicklung. Sie kann eine Zusatzausbildung als Still- und Laktationsberaterin absolvieren, was für sie eine große Veränderung im Leben empfindet.

War große eben Veränderung und Erfolg im Leben. Weil das war auch zwei Jahre Zusatzausbildung mit internationaler Prüfung. Und dann die Veränderung eben von den kranken Leuten eben zu gesünderen Frauen eben versetzt zu werden, und mit den gesünderen Frauen eben zu arbeiten. Das war eben so eine große Veränderung für mich.

Einen konkreten Auslöser für ihren Wechsel ins Medizincontrolling nennt sie nur vage: „Aber da war schon eben so, äh, Lebensknackpunkt, wo ich gedacht habe: „Wenn ich jetzt diesen Absprung von der Pflege nicht schaffe, dann mit fünfzig ist bestimmt fast nicht möglich.“ Sie bejaht nur die Frage, ob die Zeit vor dem Wechsel sehr belastend war und betont, sie würde „nie wieder als Krankenschwester arbeiten wollen“. Dennoch schätzt sie an der Tätigkeit als Kodierfachkraft, dass sie so immer noch Kontakt mit den Stationen hat, täglich etwa anderthalb bis zwei Stunden auf der Station oder bei den Ärzten, „und das ist eben optimal“.

Für den Wechsel ins Medizincontrolling war es von Vorteil, dass sie vorher in der Gynäkologie gearbeitet hatte und sich auch mit den diesbezüglichen Diagnosen und Operationen auskennt, weshalb sie als Kodierfachkraft auch in diesem Bereich eingesetzt ist. Ihr macht auch die Arbeit mit Zahlen Spaß, was ihr bei der Tätigkeit sehr zugute kommt. Zur Beschäftigung im öffentlichen Dienst gefragt, hebt sie zwar die Vorteile hervor, fügt aber an:

Andererseits, ich sage, die Leute im Öffentlichen Dienst manchmal haben falsche Einstellung zur Arbeit.

I1: Einstellung?

A1: Zur Arbeit.

I1: Zur Arbeit, ja?

A1. Ja genau. Also, sich oft krankmelden. Da gibt es den Druck nicht. „Da kann mir ja nichts passieren, das ist Öffentlicher Dienst. Ich bin unkündigbar.“ Und wenn man eben privatisiert, dann müssen die Leute umdenken. Und das finde ich als positiv. Der Mensch braucht bisschen Druck. [...] Aber wie gesagt, arbeiten muss man überall. Und wenn man gut arbeiten möchte, dann muss man was leisten. Deshalb hätte ich keine Probleme mit eben, Privatisierung.

Sie ist in keiner Gewerkschaft, verfolgt aber ihren Beruf betreffende Veränderungen durchaus mit: „Ja, ja. Zum Beispiel, wenn der Lohn eben höher sein soll. Und dann begrüße ich das immer. [lacht]“

6.3.3.4 Karin Zeller – Med. Kodierfachkraft in Teilzeit, Krankenhaus I

Karin Zeller ist zur Zeit des Interviews 46 Jahre alt und lebt mit zwei Kindern im Haushalt zusammen. Ihre Eltern haben beide einen Hauptschulabschluss, der Vater arbeitete als kaufmännischer Angestellter. Eine etwas ältere Schwester ist ebenfalls Krankenpflegerin. Ihr selbst war von Anfang an klar, dass sie im Gesundheitsbereich arbeiten will. Dafür nimmt sie zunächst auch eine gewisse Wartezeit in Kauf, bis sie die damals noch begehrte Ausbildungsstelle bekommt.

Frau Zeller: Also ich, ich hab' gar keinen andern Job gesucht. Also ich bin von der Realschule runter. Hab dann noch, hab mich als Krankenschwester beworben, und damals hat man noch drei bis vier Jahre warten müssen, und hab dann noch überbrückt mit 'nem Familienpraktikum und noch 'nem Berufskolleg, sozialpädagogisch einfach auch sehr praktisch, und hab dann die Stelle kriegt zur Ausbildung zur Krankenschwester. Hab die dann gemacht, ganz normal drei Jahre.

Später im Interview hebt sie dieses Moment nochmals hervor:

Frau Zeller: Und ich habe, glaube ich, nie, also, es gab nie was anderes. Ich konnte mich jetzt nicht, es gab keine Entscheidung für mich. Sondern ich habe das, ich habe gedacht, das macht mir Spaß und von daher, ich habe das auch nie bereut. Das war, also, ob ich jetzt Krankenschwester geworden wäre oder Krankengymnast oder keine Ahnung, was gibt es denn noch? Irgendwas Pflegerisches, ich glaube, das wäre egal gewesen. Aber ich hätte auf jeden Fall was in der Richtung... das war klar.

Sie arbeitet zunächst ca. 200 km vom Herkunftsort in der Unfallchirurgie, bevor sie wieder zurück in ihre Herkunftsregion zieht. Am Krankenhaus I arbeitet sie über die Jahre in verschiedenen chirurgischen Bereichen, bevor sie nach der Geburt eines Kindes für zwei Jahre in Erziehungsurlaub geht. Doch während dieser Zeit übernimmt sie auf Anfrage immer wieder Nacht- oder Wochenenddienste, um im Beruf zu bleiben. Sie beginnt im nahegelegenen Ausland eine so genannte „IPS-Ausbildung“ (Intensivpflege und Anästhesie), um sich weiter zu qualifizieren. Sie bricht diese Ausbildung jedoch nach drei, vier Monaten wieder ab, „weil ich gemerkt hab', das ist mir viel zu, das ist mir zu [lacht] medizintechnisch, und hab' auch gemerkt, Intensiv ist nicht das, ist das nicht, was ich hier eigentlich machen möchte“. Sie kann wieder ans Krankenhaus I zurückkehren, wo sie auf der Ambulanz und der Allgemein Chirurgie tätig ist, „hab eigentlich alles gemacht, und schlussendlich, wo die Kinder noch klein waren, sehr viele Nachtdienste, weil ich das am besten abdecken konnte.“ Schließlich wird sie von ihrer Stationsleiterin angesprochen, ob sie sich nicht vorstellen könnte, die Kodierausbildung zu absolvieren, „ich hätt's ja so gut mit dem Organisieren [...] und könnte so gut, könnt' so, würde so strukturiert arbeiten“. Den Hintergrund dieses Angebots bzw. dieser Umorientierung spricht sie nur verhalten an, ihre Aussagen deuten angesichts der Doppelbelastung durch Familie – sie ist auch alleinerziehend – und Beruf sowie der belastenden Arbeitszeiten auf ein Burn out hin: „Und hab' dann gedacht, ‚ja, warum nicht‘, ich war auch so'n bisschen ausgebrannt in der Pflege, hab einfach gemerkt, so, geht so kräftemäßig dran, auch diese Schichtdienste“. Es gibt also Gründe genug, aus dem alten Beruf auszusteigen, doch ist sie auch nach Beginn der Ausbildung, ja sogar zum Zeitpunkt des Interviews nach einigen Jahren Arbeitspraxis als Kodierfachkraft ambivalent:

Frau Zeller: Was ich, was mich interessiert hat, war einfach die Verbindung... oder zu wissen, ich kann auf meine medizinische Grundausbildung, die ich habe, einfach, die ist wichtig, die, das ist Voraussetzung, und ich kann darauf auch zurückgreifen während der Arbeit. Also ich find' ja auch diese, also die medizinischen Fachkräf... Kodierfachkräfte, wenn die medizinisches

Vorwissen haben, das ist einfach nur von Vorteil, also es gibt auch viele, die des über, die jetzt keine medizinischen Vorkenntnisse haben, und ich glaub', die tun mir... die tun sich recht schwer. Angefangen vom Ablauf, wie's im Krankenhaus abläuft, von der Hierarchie, angefangen von, von den unterschiedlichen Bereichen. Von der, also diese medizinischen Zusammenhänge einfach zu wissen, über Krankheitsgeschichte, Wahrnehmung und was so die Pflege leistet. Das fand ich dann ganz gut, dass ich das quasi vorher hatte und konnte dann aufbauen. Weil jetzt diese Arbeit am PC, da war ich sehr, na ja, wie sagt man? Ich war da nicht, ich hab das nicht sehr oft gemacht. Oder ich hab mich da nicht so sehr dafür interessiert. Und jetzt war so die Frage, liegt mir das oder liegt mir das nicht?

I: Also für die Pflegedokumentation ist das dann?

Frau Zeller: Genau. Das war mir alles so... ich habe mir immer gedacht, ich will eigentlich mehr am Patient arbeiten so. Und war aber dann ganz gespannt, habe dann die Ausbildung gemacht. War immer noch fraglich, gefällt mir das wirklich so gut? Und erst so, wo ich dann so in das Team gekommen bin und mitgearbeitet habe und dann so gemerkt habe, es gibt eben diese betriebswirtschaftliche Sicht, aber es gibt aber auch diese medizinische Sicht. Und das ist eigentlich, (...) das fand ich damals ganz spannend. Damals war aber diese medizinische Sicht, oder für mich, oder hatte ich das Gefühl, die war wichtiger wie die betriebswirtschaftliche, und das hat sich eigentlich in den letzten Jahren sehr verändert. Und ich so das Gefühl habe, die betriebswirtschaftliche Sicht die kriegt so mehr Gewichtung, so. Und das find ich eigentlich keine so gute Entwicklung.

Frau Zeller ist gewiss diejenige Kodierfachkraft im Sample, die am meisten dem Typus der ganzheitlich-fürsorglichen Pflegefachkraft entsprach, für die die Arbeit mit und am Patienten den Kern der beruflichen Identität darstellte. Ihre Betonung der Bedeutung des Teams deckt sich auch mit den Äußerungen der meisten interviewten Pflegekräfte, für die das Wichtigste ein gutes Teamklima, der Zusammenhalt, die Solidarität im Team ist – alles Dinge, die es erlauben, sogar mit den belastenden Arbeitsbedingungen umgehen zu können.

Frau Zeller: Also es, ich muss dir sagen, es fehlt mir. Also mir fehlt das Am-Patienten-Schaffen. Ich habe das total gerne gemacht. Es war aber auch das, was mich im Endeffekt auch sehr ausgelaugt hat. Das ist einfach auch anstrengend. Und ich merke jetzt, das was ich mache, das ist ein guter Kompromiss, den Patienten habe ich nicht mehr, aber das, was ich jetzt mache, ich arbeite noch in einem Krankenhaus, ich habe noch Kontakt zu der Pflege. Ich kann mein medizinisches Wissen quasi mit reinnehmen. Ich habe keine, [lacht] keinen Wochenenddienst, ich habe keinen Schichtdienst. [lacht] Das sind lauter Sachen, die für mich auch wichtig waren. Ich habe zwei Kinder, das heißt, familienfreundlich in der Pflege zu schaffen, bei Gott nicht. Das ist alles andere als familienfreundlich. Das habe ich jetzt. Ich habe auch einen familienfreundlichen Job. Und das war es mir wert und mir macht das Spaß. Aber, der saure Apfel ist, dass ich nicht mehr mit Patienten zu tun habe und das fehlt mir manchmal. Das ist so.

Sie ist – und das zeigt sich in aller Deutlichkeit – diejenige Kodierfachkraft im Sample, die bei aller faktischen Ferne zur Pfl egetätigkeit und den damit verbundenen Arbeitsbedingungen nach wie vor am stärksten an ihrer beruflichen Identität als gelernte Pflegefachkraft festhält. Während sich die anderen ehemaligen Pflegekräfte zu Beginn oder im Laufe der Interviews durchgehend als Kodierfachkräfte präsentierten, bildet Frau Zeller daher nicht zufällig die Ausnahme. Gefragt nach ihrer Tätigkeit stellt sie sich zunächst zwar als Kodierfachkraft vor, im Verlauf des Gesprächs insistiert sie dann aber nach wie vor vehement auf ihre vormalige Tätigkeit als Pflegefachkraft: „Aber ich komme aus der Medizin. Ich bin Krankenschwester. Das heißt, ich bin einfach eher auf der medizinischen Seite. Das ist einfach so“.

6.3.3.5 Frau Ostner – Kodierfachkraft (ehemals Krankenpflegerin) Krankenhaus II

Frau Ostner ist mit Mitte 50 die Älteste unter den Kodierfachkräften im Team von Krankenhaus II. Auf die Erzählaufforderung hin, ihre Beweggründe für den Pflegeberuf und ihren Werdegang zu schildern, handelt

sie diesen nur ganz kurz in Form einer Aneinanderreihung von Stationen wie bei einem tabellarischen Lebenslauf ab:

Frau Ostner: Habe normal gelernt [lachend] und dann kam man auf Stationsarbeit, also auf Station gearbeitet, dann kamen die Kinder und dann konnte ich oder wollte ich nicht mehr unbedingt in Schichten arbeiten und dann habe ich mir, hat sich so ergeben, bin ich im OP gelandet, dort habe ich 18 Jahre lang gearbeitet [...]

Erst später gibt sie auf Nachfrage an, dass sie „ja eigentlich mal Gärtner“ werden wollte. Als Berührungspunkt mit dem Gesundheitswesen kommt ihr nur eine Jugendfreizeit in den Sinn, die offenbar im Krankenhaus stattgefunden hat. Sie weiß es einfach nicht mehr, „schon lange her [...] Und irgendwie hatte ich dann den Entschluss gefasst, ‚Och, ich könnte eigentlich auch Krankenschwester werden‘. Ja, und dann bin ich es halt auch geworden.“ Es gibt bei ihr keine „Berufung“, keinen lange gehegten Wunsch, etwa mit Kindern zu arbeiten. Alles entspricht dem „Normalen“, auch das unpersönliche „man“ in der Reflexion steht dafür, dass sich hier nicht ein sich autonom fühlendes Subjekt über seinen Lebensgang entschieden hat und die einzelnen Etappen aktiv zurücklegt. Nur als die Kinder kommen, kommt eine Willensentscheidung ins Spiel, die aber auch intersubjektiv ohne Probleme nachvollziehbar und damit „normal“ erscheint. Dass sie dann für immerhin 18 Jahre im OP tätig ist, „ergibt sich“ wiederum. Die 18 Jahre im OP stellen in der Erzählung auch schon die Überleitung zum Wechsel der Tätigkeit dar, es ist wie ein gleitender Übergang:

Frau Ostner: [...] und ja, ich meine, OP ist ja nun mitunter auch Knochenarbeit, und so die letzten Jahre habe ich dann halt diese ganzen OPs mit kodiert, weil die Ärzte ja auch stellenweise nicht machen wollten und wir halt das dann mitgemacht haben, und irgendwann haben sie in der Klinik mal gesprochen, dass da eine Kodierfachkraft oder dass man dann so einen Kurs belegen kann, und da hatte ich mich mal informiert und gedacht: „Och, na ja gut, wäre vielleicht ganz interessant“, fand ich auch, und da habe ich mich halt zu diesem Kurs angemeldet, der war halt berufsbegleitend am Wochenende. Und den habe ich halt also nicht vom Arbeitgeber, sondern halt selbst finanziert. Und dann hatte ich dort stundenweise die Kodiertätigkeit da mitübernommen. Aber es war halt ein bisschen unglücklich OP, und noch das zusätzlich.

I: Ach, das lief dann parallel?

Frau Ostner: Ja, ja. [lacht] Und das haute aber so zeitlich nicht mehr hin. Und dann hatte ich so gedacht, „Naja, was machst du?“ Und dann hat sich halt hier die Stelle ergeben gehabt, hatte ich mich beworben und ja, seit fast zweieinhalb Jahren, zwei und ein Viertel bin ich jetzt hier.

Auch bei Frau Ostner ist es die körperlich und eventuell auch physisch belastende OP-Arbeit, die zwar im Vergleich zur Stationsarbeit nicht mehr im Wechselschichtdienst organisiert ist, es ihr aber ebenfalls akut oder perspektivisch unmöglich macht, weiterhin dort tätig zu sein. Hinzu kommt, dass das Klinikum von der Insolvenz bedroht ist. Hier kommt ihr der Umstand entgegen, dass schon Ende der 1990er Jahre im chirurgischen Bereich Fallpauschalen eingeführt werden (vgl. Kapitel 3), so dass sie Erfahrung mit der Kodierung von Operationen und Prozeduren sammeln kann. Und bereits dort macht sie offenbar die Erfahrung, dass die Ärzte nicht bereit sind, die Kodierung zu erledigen, die sie so an die OP-Pflege delegieren können, auch wenn es in dem Sinne keine explizite Weigerung ist:

I: [...] haben da welche gesagt, ich will das nicht, oder?

Frau Ostner: [unterbricht] [Nein, so sagen sie es] ja nicht. //Ja// Aber sie sind froh und dankbar, wenn man es ihnen abnimmt. //Ja// Wenn ich es mal so formulieren darf. Ich meine, es war ein kleiner OP, wir haben Standard-OPs gemacht, wir wussten ja die OPS besser und aus dem Kopf wie die Ärzte, und nur wenn es halt zum OPS nicht passte, das, was gemacht worden ist,

dann hat man noch mal mit dem Arzt Rücksprache gehalten. Also das war wahrscheinlich bei uns so ein bisschen sich eingebürgert. Woanders ist das vielleicht auch nicht. Ich glaube, hier ist es auch nicht, hier kodieren die Ärzte. Aber das war ein kleines Belegkrankenhaus, Standard-OPs und ja... Wo das einfach für die noch ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand gewesen wäre. Nein, das war das einfachste vom Ablauf her, wenn wir in die OP-Statistik gleich den OPS rein gegeben haben, somit konnte die von der Verwaltung die DRG schon groupen und halt an die Station die Verweildauer und ein DRG-Blatt gegeben. Die haben dann geguckt, ob die Verweildauer eingehalten worden ist und das war in dem Krankenhaus das eleganteste System.

Frau Ostner unterscheidet sich von allen anderen aus der Pflege kommenden Kodierfachkräften dadurch, dass sie sich um 2008 herum selbst um die Weiterbildung kümmert, diese an ihren freien Wochenenden berufsbegleitend absolviert und das obendrein noch aus eigener Tasche finanziert. Es ist nicht ganz klar, ob sie die Weiterbildung schon abgeschlossen hat, als die Stelle in Krankenhaus II ausgeschrieben wird, und einfach das Kodieren plus die normale OP-Arbeit „unglücklich“ ist und „zeitlich nicht mehr hinhaut“, oder ob es die Doppelbelastung durch Beruf mitsamt Überstunden, Weiterbildung plus Fahrtzeit an den Wochenenden ist, die sie dazu bewegen, sich in einem anderen Krankenhaus auf die Stelle als Kodierfachkraft zu bewerben.

Frau Ostner: OP war auch einschichtig, montags bis freitags. Aber es war halt so, oder das Problem, das sich dann in dem letzten Jahr abgezeichnet hat, war, dass wir enorm viele Überstunden machen mussten. Ja, man kam so im Schnitt auf zwanzig Überstunden die Woche und das ging an die Belastungsgrenze.

Auch die neue Stelle „ergibt sich“ wieder. Allerdings gesteht sie mir, nachdem ich auf ihre Bitte hin das Aufnahmegerät abgeschaltet habe, dass sie nach ihrer Einstellung „eine schwere Zeit“ aufgrund von Problemen im Team hatte, weshalb sie, wie sie im Nachhinein erfuhr, beinahe die Probezeit nicht bestanden hätte. Schuld daran war die Kollegin, die als Ansprechpartnerin während ihrer Einarbeitung hätte fungieren sollen, die aber nicht kooperativ war und Informationen zurückhielt. Sie arbeitet nun immer noch in Vollzeit, hat aber ein geringeres Einkommen als in der Stelle vorher, wo sie OP-Leitung war, und in gewissem Sinn ist es hinsichtlich Verantwortung, Einkommen ein statusmäßiger „Abstieg“, den sie erlebt und in Kauf genommen hat und auch so benennt, wenn sie sich nun als „einfacher Arbeiter“ bezeichnet:

Frau Ostner: Für mich ist es schon weniger, aber ich wollte halt, sagen wir, so, ich war dort die OP-Leitung. Ich bin es halt hier nicht mehr. Also ich wollte aufgrund dieser, ja, wie soll man sagen, Unterschied halt, bin ja jetzt hier einfacher Arbeiter. [lacht] Also fällt, ja, diese Zulage weg. Ja.

„Geld ist nicht unbedingt alles“, resümiert sie, dafür ist die jetzige Tätigkeit

von der Arbeitszeit planbarer, was ich im OP nicht planen konnte. Ich konnte nicht sagen, ‚Naja lieber Patient, Feierabend, morgen früh (*unverständlich*) wir zu.‘ Geht nicht. Hier kann ich, denke ich mir, bilde ich mir ein, ‚also liebe Akte...‘

Sie ist nun zusammen mit Herrn Mangold (D-K-31) für die internistische Station zuständig, wobei sie sich die Gänge auf die Station aufteilen, beide auch an den Frühbesprechungen teilnehmen, damit sie nicht nur kodieren muss, dies unter anderem, weil sie „nicht nur ein Schreibtischtyp“ ist.

6.3.3.6 Herr Mangold – Kodierfachkraft (ehemals Krankenpfleger) Krankenhaus II

Herr Mangold, Mitte dreißig, ist einer der wenigen Männer unter den Kodierfachkräften, die ursprünglich aus der Pflege kommen. Er stammt aus einem kleineren Ort nicht weit von der Kreisstadt, in der sich das Krankenhaus II befindet. Nach seinem Schulabschluss an einer Wirtschaftsschule weiß er nicht, was er

machen soll, er verspürt also keinerlei „Berufung“ für das Gesundheitswesen und hat auch keinerlei Wünsche, etwa etwas mit Kindern zu machen, wie oft andere, weibliche Pflegekräfte. „Jeder ist ins Büro gegangen und hin und her. Dann habe ich gesagt, ‚Nein, das will ich eigentlich nicht‘, und dann habe ich Praktikum gemacht in verschiedenen Krankenhäusern und mich beworben, Ausbildung Krankenpfleger gemacht.“ Das erscheint zunächst angesichts dessen, dass er ja nach der Schule zunächst gar nicht recht weiß, welchen Weg er einschlagen soll, doch recht zielstrebig. Es klärt sich dann aber recht schnell auf, dass er damit einen Rat und gleichzeitig den eigenen Berufswunsch seines Vaters aufgenommen hat, der selbst allerdings Schreiner geworden ist: „Ich habe nicht so richtig gewusst, was ich mache so, dann hat mein Vater gesagt, er wollte schon immer Krankenpfleger werden. Dann habe ich gedacht, ‚Na, dann probierst du das mal aus.‘“

I: Schreiner, also ganz andere Baustelle.

Herr Mangold: Der war einmal krank gewesen auch, als er jung war, war er lange im Krankenhaus bei der Bundeswehr und da hat er dann immer erzählt: ‚Ah, das war so klasse und das ist ein super Job und so.‘ Na ja gut, als Schreiner ist klar, die müssen schwer heben. Das musst du als Krankenpfleger auch, aber das ist doch körperlich noch anspruchsvoller, sage ich mal. Na ja. Dann habe ich Zivi gemacht (2) und dann...

I: Auch im Krankenhaus, oder?

Herr Mangold: Nein, Caritas Sozialstation. Und daraufhin in einer Fachklinik angefangen für Magen- und Darmerkrankungen und dann ging das eine ins andere. Also irgendwann wollte ich dann mal was Neues machen. Erst auf der normalen Bettenstation, dann wollte ich irgendwann was Neues machen, dann bin ich auf die Intensivstation gewechselt. Da war ich dann mehrere Jahre.

Bei der Tätigkeit des Schreiners sieht er die körperliche Arbeit, das Schwer-heben-Müssen als charakteristisch, bei der Krankenpflege auch, und das scheint Herrn Mangold nicht abzuschrecken, bei Letzterer kommt zum Schwer-Heben sogar noch ein Anspruch dazu. Er absolviert nach dem Abschluss der Krankenpflegeschule also mehrere Stationen, wobei nicht so ganz klar ist, in wie vielen verschiedenen Häusern er gearbeitet hat.

Herr Mangold: Ja, dann ist das Krankenhaus zugemacht worden, also übernommen und zugemacht und dann wurde ich vom neuen Träger übernommen, quasi in ein neues Krankenhaus. Namen sagt man nicht, ne?

I: Ja, den Konzern kann man schon sagen, die sind so groß. [lacht]

Herr Mangold: Ach so.

I: Also war privat, oder? Na eben [übernommen.]

Herr Mangold: [unterbricht] [Rhön-Klinikum] hat es übernommen. Ja genau. Und die haben es dann aber auch gleich zugemacht, weil es da ein bisschen Widerstand von den Mitarbeitern gab [lacht]. Bei der Betriebsversammlung //Ach Gott. Ja, ja// ging es immer dann gegen die Oberen von Rhön und dann haben sie es von heute auf morgen zugemacht. Es sollte eigentlich noch ein paar Jahre laufen.

I: Echt, deswegen, //Ja// weil da so wirklich aus der Belegschaft //Ja// was kam?

Herr Mangold: Ja genau. Weil die Belegschaft da sich gegen die Geschäfts-..., nicht die Geschäftsführung, sondern so die Gebietsleitung oder was auch immer die war, die hat den Job nicht mehr, die ist dann ein Jahr später entlassen worden bei der Rhön //I: lacht// AG, weil die hat es wohl bei mehreren so gemacht. Ja gut, und dann war ich da eben weiter auf der Intensivstation in dem größeren Haus und irgendwann wollte ich es dann auch nicht mehr, weil das mir irgendwie zu viel Stress war und weiß auch nicht. Und dann bin ich in die Anästhesie, also Narkoseabteilung gewechselt. Da war ich dann auch zwei Jahre.

Dann, was habe ich dann gemacht? Ja, dann habe ich mir irgendwie auch mal gedacht, na, ich mache mal was Neues und dann habe ich mich hier beworben.

Die Frage, ob er gesundheitliche Probleme hatte oder Burn-out, wie es bei vielen anderen Pflegekräften der Fall war, verneint er mehrfach. Er sei ja schon in die Anästhesie gegangen, weil „da hat man nicht die klassische Krankenpflege“

Herr Mangold: Also ich wollte auch nicht mehr so direkt in die Pflege, deswegen bin ich ja in die Anästhesie. Da hat man nicht die klassische Krankenpflege. Da betreust du die Narkose und überwachst den Patienten in der Narkose. Du musst keinen waschen oder drehen oder Essen geben oder sonst was. Das hast du alles gar nicht zu tun. Allerdings war es in der Anästhesie natürlich auch eine harte Zeit, weil da hat man diese 24 Stunden-Dienste immer gehabt. Aber das ging. Aber da habe ich schon gemerkt: ‚Mensch, so das wird mir gefallen.‘ Also das habe ich ja schon nach der Ausbildung, ich wollte eigentlich, habe ich immer vorgehabt, nach dem Krankenpfleger noch Kaufmann im Gesundheitswesen. Kam damals ganz neu raus, 2003 oder so. Die Ausbildung ist ja jetzt mittlerweile etabliert, kann man überall lernen. Rennen ganz viele rum (wie sie?) sind.

Er trägt sich also schon seit längerer Zeit mit dem Gedanken, „das dann noch drauf[zu]setzen“, setzt ihn dann aber nicht um, „weil als Krankenpfleger hat man doch ein wenig mehr verdient und so [lacht].“

Über eine Zeitungsannonce erfährt er, dass in Krankenhaus II eine Stelle als Kodierfachkraft ausgeschrieben ist, die zuerst noch hausintern ausgeschrieben war, doch offensichtlich gibt es intern zu wenig Nachfrage. Er bewirbt sich, allerdings ohne große Hoffnung – „naja, hast eh keine Chance“ –, aber just aufgrund seiner „breitgefächerten Erfahrung, wo ich war, Intensiv, Anästhesie und so weiter, und weil ich das Haus ja kenne, ich habe ja hier gelernt“, bekommt er die Stelle. „Ja, das war ein echter Glücksgriff. Also ich muss sagen, das war echt klasse. Und jetzt bin ich seit vier... drei Monaten bin ich erst da.“ Er wechselt also ins Krankenhaus II und macht innerhalb von drei Wochen in Köln den „Intensivkurs zur Kodierfachkraft“. ¹²⁵ Eine zusätzliche Einführung in das System im Haus, wie es sie in Krankenhaus I durch Herrn Fröhlich zusätzlich zu den Intensivkursen gegeben hat, hat Herr Mangold nicht bekommen. Ein Vorteil ist aber für ihn, dass er auf einer seiner früheren Stationen „auch so, naja, auch so ein bisschen Sekretär“ war.

Herr Mangold: Also so nebenbei habe ich das noch mitgemacht eben für die PKMS zum Beispiel. Pflegekomplexmaßnahmen-//Maßnahmen-Scoring.// Scoring, dass das alles ordentlich geführt ist und alles ordentlich eingegeben ist. Und wir haben auch schon ein bisschen vorkodiert auf der Station. Da hat man allerdings ein Computerprogramm gehabt. Also, da musste man keine Codes auswendig kennen. Da war Computerprogramm und es hat der Reihe nach abgefragt: ‚Hat der Patient das, das, das, das, das, das?‘ Und daraus hat es einen Code gemacht oder auch nicht. Oder verschiedene Codes. So bei der Aufnahme hat man das gemacht. Daher habe ich das schon gekannt, ja, genau. Da hatte ich schon ein bisschen Erfahrung.

Derzeit ist er für die Kodierung nur einer der beiden internistischen Stationen zuständig, obwohl eigentlich vorgesehen ist, dass er beide übernimmt. Das bedeutet für ihn, dass er eigentlich immer an den Frühbesprechungen teilnimmt, ebenso an den Visiten auf den internistischen Stationen sowie auf Intensivstation, um dort die Aufnahmediagnosen gleich zu übernehmen und die Dokumentation der Pflegekräfte zu steuern. Er und Frau Ostner haben sich die beiden Stationen allerdings aufgeteilt, worüber er nicht unfroh ist, weil er als relativer Neuling lieber erst einmal eine kleinere Station betreuen möchte.

Herr Mangold: Eigentlich sollte ich die komplette Station machen, die Damen sollen nur kodieren den ganzen Tag. Das ist

¹²⁵ Eine Kollegin von Herrn Mangold, die während meines Aufenthalts in Krankenhaus II die entsprechende Weiterbildung bei Kaysers Consilium absolviert und deshalb nicht Teil des Samples ist, durchläuft dagegen eine etwas längere Ausbildung.

allerdings, hm... Die Frau Ostner ist dann damit nicht so glücklich, weil man kann nicht den ganzen Tag nur kodieren.

I: Allein von [der Computerarbeit her.]

Herr Mangold: [unterbricht] [Das geht vom Kopf her nicht.] Und deswegen findet sie das ganz gut und ich finde es auch okay, weil im Moment, ich bin ja erst drei Monate da, ist es schöner, wenn ich quasi eine kleinere Station habe wie jetzt gleich 70 Betten.

Er hat zugleich aber auch den Auftrag, ein Konzept zu erarbeiten, das für das Qualitätsmanagement die Abläufe und Prozesse der Kodierabteilung erfasst, was auch geschieht, damit die ja personell stark veränderte und aufgestockte Kodierabteilung „mal ein bisschen Klarheit und Struktur auf dem Papier halt“ bekommt. Derartige Projekte sind eigentlich die Aufgabe von Frau Ohlsen, der Medizinischen Dokumentarin (D-K-33). Aber da sie nicht die Erfahrung der Arbeit auf den Stationen mitbringt, ist dieser Auftrag einer der Kodierfachkräfte aus der Pflege übertragen.

Resümee:

Unter den ehemaligen Krankenpflegern im Sample der Kodierfachkräfte von Krankenhaus I und II gibt es nur eine Person, bei der ganz „klassisch“ eine Berufung zur Pflege die Berufswahl orientiert hat. Frau Zeller ist tatsächlich das Paradebeispiel für diesen Typus. Wie bei den beim MDK beschäftigten Kodierfachkräften zu sehen sein wird, die allesamt aus der Pflege kommen, ist dies aber durchaus noch häufiger der Fall. Die anderen befragten ehemaligen Pflegekräften sind überraschender Weise über recht unterschiedliche Wege in die Pflege gekommen. Bei einigen gab es durchaus eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Berufswahl, am ehesten ist noch Frau Neumann auf Medizin orientiert, die dieses Fach wohl auch studiert hätte, wenn sie das Abitur hätte machen können. Die Männer im Sample dagegen durchleben eine gewisse Unsicherheit bei der Berufs- bzw. Studienwahl. Doch üben alle letztlich doch sehr gerne über mehr oder weniger lange Jahre ihren Beruf aus. Das, was – bis auf wenige Ausnahmen wie bei Herrn Mangold, der sich einfach beruflich verändern und aus der Krankenpflege direkt am Patienten heraus will – ihre Trajektorien eint, ist aber ein Bruch in ihrem Berufsverlauf, der auf physischen und psychische Ursachen, letztlich aber auf die in vielerlei Hinsicht belastenden Arbeitsbedingungen in der Pflege zurückzuführen ist (s. Kapitel 4). Es sind Bandscheibenvorfälle, Burnout, überhaupt Erschöpfung und die abzusehende Möglichkeit des Eintretens einer Erkrankung, die sie dazu führen, die Pflege Tätigkeit aufzugeben und sich nach Alternativen umzublicken. Im Gegensatz etwa zu Pflegekräften, die in die Palliativpflege wechseln, geschieht der Tätigkeitswechsel nur selten aus freien Stücken. Es ist die schiere Notwendigkeit, seine Arbeitskraft zu erhalten und weiterhin bis zur Rente berufstätig sein zu können, die die ehemaligen Pflegekräfte zu einem Wechsel ins Medizincontrolling bewegt. Eine Berufung dazu liegt in den wenigsten Fällen vor, am ehesten noch im Fall von Frau Nowak, die früher schon in einer Finanzabteilung tätig war und die entsprechenden Dispositionen mitbringt. Der Bruch im Erwerbsverlauf ist auch der Grund dafür, dass die meisten Pflegekräfte auch schon ein etwas höheres Alter haben. Allein Herr Mangold ist deshalb ein früher „Wechsler“.

Insofern sie das professionelle Ethos der Pflege verinnerlicht haben, wie Frau Zeller, stellt der Wechsel ins Medizincontrolling eine Konversion der beruflichen Identität dar und geht mit einer Trauer über den verlorenen Kontakt zum Patienten einher, wie er auch für die französischen *Cadres de santé* bezeugt ist (Divay 2008; 2012; Divay/Gadéa 2008; 2015). Für die meisten stellt aber aus einer Arbeitskraftperspektive die

neue Tätigkeit einen Gewinn dar. Die Arbeitszeiten, die Arbeitsumgebung, die psychisch und physisch belastenden Tätigkeiten entfallen. Das Medizincontrolling wird für die Kodierfachkräfte zu einem „Refugium für ihre Arbeitskraft“.

Ein Vertreter des Samples muss aber noch separat behandelt werden. Es ist der ehemalige Pfleger und nunmehrige Medizinische Dokumentar Herr Fröhlich. Für ihn gilt ebenso wie für die meisten anderen ehemaligen Angehörigen des Pflegedienstes, dass er den Wechsel ins Medizincontrolling nicht freiwillig vollzogen hat. Mit zwei Bandscheibenvorfällen war seine Laufbahn in der Pflege definitiv beendet. Dadurch, dass er aber über ein gewisses Bildungskapital verfügt, kann er leichter als manche andere die sich ihm bietende Möglichkeit einer Ausbildung zum Medizinischen Dokumentar ergreifen. Durch seine Kontakte zum ehemaligen ärztlichen Direktor kann er anschließend wieder ans Krankenhaus I zurückkehren, und das zu einem entscheidenden Moment: Als klar ist, dass der ärztliche Dienst nur sehr partiell in die Kodierung eingebunden werden kann und man daher eine Abteilung für die Fallkodierung aufbauen muss. Offenbar hat er sich in der Ausbildung sehr vertiefte Kompetenzen aneignen können, die er nun zusammen mit Frau Ehrlich dabei nutzen kann. Er kann nun auch den Umstand valorisieren, dass er aus der Pflege kommt, vertieftes medizinisches Wissen und langjährige Erfahrung hat, wozu noch kommt, dass er ein Mensch von angenehmem Umgang ist. Er ist authentisch für die Pflegekräfte, die er schult und für den *going concern* der Dokumentation im Rahmen des DRG-Systems gewinnt, er kann aber auch mit den Angehörigen des ärztlichen Dienstes kommunizieren. Nicht zuletzt spielt hier sein Geschlecht in einer nach wie vor von Männern dominierten Welt eine vorteilhafte Rolle (vgl. wenn auch etwas veraltet: Kopetsch 2004). Sein weiterer Berufsverlauf an einer großen Universitätsklinik bezeugt es: Er verfügt über all die nötigen Trümpfe, all die Kapitalien die für das Spiel im Feld der Fallkodierung erforderlich sind.

6.3.4 Kodierfachkraft beim MDK

Die beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beschäftigten Kodierfachkräfte sind allesamt ehemalige Pflegefachkräfte, sollen aber hier separat präsentiert werden.

6.3.4.1 Frau Gerlinger – Kodierfachkraft beim MDK (ehemals Krankenpflegerin)

Für Frau Gerlinger, die zum Zeitpunkt des Gesprächs 56 Jahre alt und erst seit kurzem beim MDK als Kodierfachkraft tätig ist, kommt aus einer Familie, in der die Eltern und Großeltern väterlicherseits Landwirte waren, der Großvater mütterlicherseits Bierbrauer. Für die Frauen ihrer Familie gibt sie als Tätigkeit durchgehend „Hausfrau“ an. Sie absolviert zunächst eine Fachschule für Hauswirtschaft und Sozialpädagogik, ein alles andere als untypischer Bildungsgang für Frauen mit diesem Hintergrund während der siebziger Jahre. Für sie war aber, ähnlich wie für Frau Weiner, schon immer klar, dass sie etwas „mit Kindern machen“ will, Erzieherin oder eben „Kinderkrankenschwester“. Allerdings sind zur Zeit ihrer Bewerbung für den Ausbildungsplatz Ende der 1970er Jahre die Wartezeiten recht lang, weshalb sie „irgendwie“ in die Erwachsenenkrankenpflege gekommen ist. Man muss eben Kompromisse eingehen. Nach der Ausbildung und einer Tätigkeit in einer „Wachstation“ um 1980 denkt sie sich: „Ach Mensch, wenn ich da schon arbeite, dann will ich auch ein bisschen Hintergrundwissen, und dann habe ich diesen Kurs gemacht für In-

tensiv-Anästhesie, [danach] die Weiterbildung, die nach nur zwei Jahren berufsbegleitend ist“. Diese Weiterbildung absolviert sie schon an dem Ort, an dem sie später beim MDK arbeitet. „Der Chefarzt wollte dann halt auch Leute, die sich dann auch ein bisschen auskennen, also ein bisschen mehr Backgroundwissen haben“. An dieser Stelle, recht früh im Interview deutet sie schon die Umstände an, die sie später bewegen sollen, die Tätigkeit im Krankenhaus aufzugeben:

Frau Gerlinger: Und dann bin ich hierhergekommen, dann war ich, glaube ich, neun oder zehn Jahre auf der Intensiv. Und das ist schon ziemlich anstrengend, auch so sage ich mal, so emotional anstrengend.

I: Speziell jetzt auf der Intensiv?

Frau Gerlinger: Auf der Intensiv, ja. Weil, waren halt dann auch viele schwerkranke Menschen, wie das halt so ist, und ich war damals auch noch sehr jung und finde mich auch im Nachhinein, fand ich mich da manchmal auch überfordert, einfach auch im Umgang mit den Angehörigen und mit den schwerkranken Leuten, ja. Also einfach so auf der emotionalen, jetzt nicht irgendwie diese Arbeit zu erledigen, aber im Nachhinein denke ich (erst?), heute könnte ich da viel besser mit umgehen.

Sie wechselt in der Folge 1986 in die Anästhesieabteilung, wo sie bis etwa ein halbes Jahr vor dem Interview bleiben wird „33 Jahre insgesamt im Klinikum und in der Anästhesieabteilung seit 1986“.

Frau Gerlinger: Ja, und habe jetzt halt Narkose..., mache..., das war so meine Vorbereitung, Arzt assistieren, dann so die Aufwächräume mit betreuen und Dienste gestalten, Wochenende, feiertags, wie das halt so ist in einem Krankenhaus. Und das war ja auch dann eigentlich so der ausschlaggebende Punkt, weil diese Dienstbelastung in den Krankenhäusern ist als [= manchmal] am Maximum. Wir haben hier immer zum Teil 24 Stunden durchgearbeitet, und das kann man dann ab einem gewissen Alter einfach nicht mehr leisten. Wobei mir auch auffiel, dass auch viele Junge schon da drunter litten. Also das ist im Gegensatz zu früher, ist das ein Wahnsinns- eine Wahnsinnsbelastung.

Auf die Frage, ab wann das so geworden ist, ob es einen Einschnitt gegeben habe, schätzt sie „zehn Jahre“, was zeitlich mit der Einführung des DRG-Systems koinzidiert, aber offenbar gibt es einen konkreteren Auslöser, nämlich einen Wechsel in der Führung der Abteilung:

Ob das jetzt parallel war, das kann ich jetzt gar nicht so sagen. Es ist dann auch, es war dann auch so ein Chefarztwechsel, und die kommen ja dann auch immer mit Dynamik von irgendwelchen Unis und wollen dann ihr Wissen und ihr Können und so umsetzen. Also, ich weiß es gar nicht genau, so gefühlt vielleicht.

Im Grunde, so sagt sie, hat sie ihre Arbeit auf der Anästhesiestation, die sie ihrer jetzigen Tätigkeit beim MDK gegenüberstellt, sehr gerne gemacht:

Wobei so diese Schreibtischarbeit jetzt, ist natürlich total ungewohnt für mich. Weil ich ja mehr so der praktische Mensch bin, und auch mit den Patienten eigentlich gerne gearbeitet habe, ja? Also ich habe das schon gerne gemacht. Grade so im Aufwachraum, wenn sie da kamen von den Operationen, habe ich die abgeholt und so ein bisschen betreut, ein bisschen betüddelt, und da, das ist ja von der Pflege her jetzt nicht so aufwändig, da hat man ja eine andere Aufgabe, dass man da Schmerzmittel gibt und halt einfach nach Kreislaufbarometer, nach Blutungen und so weiter guckt, und wenn es dann intensiv wird, sage ich jetzt mal [lacht], dann werden die ja weiter verlegt. Aber da konnten wir oft mit so einem Gespräch auch manchmal diese Patienten gut ein bisschen auffangen oder einfach ein bisschen weiterhelfen. Ja.

In der Folgezeit nimmt die Belastung jedoch stetig zu:

Aber dann hat das schon massiv zugenommen. Und jetzt ist das, sind die, alle Kollegen auch, sind irgendwo am Limit, sind frustriert, haben keine Lust mehr. Und das Schlimme ist, finde ich, dass die guten Leute eigentlich alle gehen. Ja. Die sagen „Ich habe keinen Bock mehr, ich mache das nicht mehr mit.“ Und dann hauen sie halt ab und suchen sich irgendwie eine andere Nische.

Obwohl sie auch viel mit Kindern zu tun hat – „das war manchmal anstrengend, weil die sind halt dann durch die Narkose total durch den Wind“ –, hält sie über längere Zeit hinweg nach einer Alternative Ausschau, als ihr klar wird, dass sie bis zum Rentenalter diese Dienste nicht mehr machen kann. „Also da wird man auch irgendwie krank, ja“.

Ja, und so bin ich dann, und das hat sich jetzt in den letzten, sage ich mal, in den letzten zwei Jahren hat sich das dann schon immer so mehr zugespitzt, und ich habe mir überlegt, „Mensch, was könnte ich noch so als Alternative machen“, und dann wusste ich schon auch, dass es den MDK gibt, und dann habe ich mal jemanden getroffen und habe mit der darüber geredet, und dann habe ich gedacht, „Ach ja, das könnte ich doch eigentlich auch, mal gucken“, und dann habe ich mich beworben und habe die Stelle dann gekriegt, und jetzt bin ich seit 1. September da. Mhmm.

Auf die Frage, ob es nicht die Option gegeben hätte, als Kodierfachkraft in der eigenen Klinik zu bleiben, wird sie richtig vehement und beklagt den Zustand mangelnder Wertschätzung im Krankenhaus:

Die habe ich mir gar nicht überlegt. Weil, was ich auch in der Klinik schlimm finde, dass so diese Wertschätzung dem Personal gegenüber total auf der Strecke bleibt, ja?

I: Insgesamt? //insgesamt// Mit allem, egal ob //insgesamt ja// Pflege oder Verwaltung?

A: Ja. Man muss funktionieren, und wenn man nicht funktioniert, dann hat man auch keine Nische mehr für irgendwelche Leute, die das eigentlich nicht mehr können. Das gibt es einfach nicht mehr, weil diese Stellenpläne dermaßen knapp berechnet sind, und es muss halt jeder funktionieren. Und wenn man mal, früher hat man die mal, wenn die mal irgendwie ein bisschen geschwächelt haben, dann hat man mal irgendeinen anderen Job noch für die gefunden. Aber das gibt es nicht mehr, und wir sind eine Abteilung gewesen, wo einige in meinem Alter so waren, also alles so in meiner Altersklasse, und ich hatte auch einen Kollegen, der auch dann krank war und jetzt halt irgendwie noch auf dem Stellenplan ist und aber nicht ersetzt wird, und dann habe ich gedacht: „Nein, das will ich mal nicht machen. Also wenn, dann will ich das abschließen, und vielleicht mir was anderes umschauen.“ Und da dran habe ich eigentlich überhaupt nicht gedacht, dass ich das in der Klinik machen könnte.

Sie weint also dem alten Krankenhaus offenbar keine Träne mehr hinterher, weil es angesichts der gestiegenen Arbeitsbelastung hier für ältere Beschäftigte keine „Nischen“ mehr gibt. Die „Nische“ steht für das, was die langjährigen Mitarbeiter in einem Haus, in dem es noch „Wertschätzung“ – oder in den Worten Stephan Voswinkels: Würdigung, „eine auf Zugehörigkeit und sozialer Reziprozität basierende Form der Anerkennung, die sich als Wertschätzung des Leistungsbeitrags der Arbeitenden in relativer Beschäftigungsstabilität, Senioritätsregeln und sozialstaatlicher Absicherung ausdrückt“ (Voswinkel/Wagner 2012: 594) – für die in der Vergangenheit geleistete Arbeit gibt, bekommen: sie bleiben, obwohl krank „irgendwie noch auf dem Stellenplan“. Was die „Nische“ angeht, ist sie etwas ambivalent: Einerseits wirft sie dem Krankenhaus heute vor, dass es keine Nischen mehr gibt für Leute, die „irgendwie ein bisschen schwächeln“ oder einfach „nicht funktionieren“; andererseits ist das für sie aber offenbar keine Option, weil es eine eher patriarchalische Form der Fürsorge – fast schon ein Almosen – darstellt, die den Empfänger zu einem unselbständigen Wesen macht, das im Sinne von Reziprozität keine angemessene Leistung mehr erbringt (Voswinkel 2000: 42f). Sie will aber noch etwas leisten, sie hätte sich auch vorstellen können, „etwas ganz anderes zu machen, also ganz weg vom Büro, und ich bin da ganz unerschrocken, ich würde da alles machen, vom Putzen übers Kochen und was weiß ich, da hätte ich jetzt keine Probleme.“

Es gibt aber auch Nischen ganz anderer Art außerhalb des Krankenhauses, wie sie im Zitat weiter oben schon zum Ausdruck gebracht hat. Es ist das, was „die guten Leute“ suchen, „die eigentlich alle gehen“. Sie „hauen halt ab und suchen sich irgendwie eine andere Nische“. Offenbar ist die Stelle beim MDK, in

der sie in Vollzeit arbeitet, für Frau Gerlinger so eine Nische für „gute Leute“, in der ihr Wissen, ihre Kompetenzen, ihre langjährige Erfahrung wertgeschätzt werden, auch wenn „diese Schreibtischarbeit jetzt, [...] natürlich total ungewohnt [ist] für mich. Weil ich ja mehr so der praktische Mensch bin“. Auf jeden Fall war der Weggang aus dem Pflegedienst des Krankenhauses wohl unumgänglich:

Frau Gerlinger: Ich glaube, ich habe das hier auch ein Stück weit gemacht, um mich da selber irgendwie zu retten, da bin ich mir jetzt einfach selber am nächsten gewesen, hab' gedacht, ich muss jetzt auf mich aufpassen, sonst macht es keiner, und darum muss ich mich jetzt aus dieser Institution Krankenhaus irgendwie retten. Und ja, so.

6.3.4.2 Frau Weiner – Kodierfachkraft beim MDK (ehemals Krankenpflegerin)

Frau Weiner ist mit Anfang 30 die jüngste Kodierfachkraft im Sample und hat im Vergleich zu den anderen aus der Pflege kommenden Kodierfachkräften auch die wenigsten Jahre tatsächlich im Pflegedienst gearbeitet. Auch sie hatte schon während der Schulzeit den Wunsch, Kinderkrankenschwester werden.

Also meine Schwester ist Hebamme. Wobei, das war aber nicht ausschlaggebend, das war vorher. Ich wollte einfach was mit Kindern machen. Erzieherin wollte ich nicht. [...] Ich wollte nicht nur so rumspielen oder, das war mir nicht, in Führungszeichen nicht „sinnvoll“ genug. Ja, so kam das halt dann. [...] Also ich habe FSJ vorher gemacht. Da war ich auf der Inneren eben in Freiburg. Dann war schon klar, so Klinikum, das ist schon gut, es gefällt mir, aber eben nicht unbedingt mit Erwachsenen, schon gar nicht mit Alten, [lacht] und eben mit Kindern, das war eigentlich klar.

Anders als Frau Gerlinger, die auch vor der Ausbildung „etwas mit Kindern machen“ will, Erzieherin oder eben „Kinderkrankenschwester“, ist für sie die Kinderkrankenpflege offenbar mit mehr „Sinn“ verbunden, wenn auch nicht klar wird, welche Aspekte des Berufs es sind, die im Gegensatz zur pädagogischen Tätigkeit diesen Sinn ausmachen. Vielleicht die mit mehr Prestige ausgestattete Tätigkeit im Krankenhaus oder der Umstand einen Heilberuf auszuüben, die Nähe zur Medizin. Aber die Vorstellung einer Arbeit mit Erwachsenen stößt bei ihr auf Widerwillen „schon gar nicht mit Alten“). Das schränkt allerdings ihre Arbeitsmarktchancen entsprechend ein. Ähnlich wie bei Frau Gerlinger (D-K-27) gibt es nach dem Abschluss nämlich keine freie Stelle in der Kinderklinik des Krankenhauses, wo sie gelernt hat. Sie arbeitet daher zuerst ein Jahr in einer Rehaklinik, woraufhin sich für sie dann aber doch die Chance ergibt, ihre gewünschte Tätigkeit in eine neu aufgebauten Tagesklinik für ambulante Operationen bei Kindern auszuüben. Nach ca. drei Jahren kommt es zu einer Klinikfusion, welche die Tagesklinik, die vorher eine selbständige Abteilung war, nach der Fusion aber „überflüssig“ wird bzw. der Anästhesie zugeordnet wird, in der bisherigen Form auflöst. Man sagt Frau Weiner, – so drückt sie es aus – sie solle sich eine neue Stelle suchen. Da sie keine Anästhesieausbildung absolviert hat, müsste sie diese entweder nachholen, was für sie nicht in Frage kommt, oder sich eben komplett eine neue Stelle suchen. Offenbar ist sie in der Region verwurzelt, weshalb ein Ortswechsel für sie auch ausscheidet. In dieser Zeit, also um 2004/2005, wird innerhalb der Klinik im Medizincontrolling „jemand gesucht, eben für diese MDK-Anfragen“.

Und man ja, für mich war klar, ich habe nach dem Examen nie wieder Wochenenddienste und Schichtdienste gemacht. Ich wollte nicht in die normale Pflege zurück. In der Kinderklinik war aber keine Stelle frei. Auf irgendeiner Inneren wollte ich nicht landen. Dann habe ich mich da beworben, habe die Stelle auch gekriegt.

Es ist bei ihr also keine durch Burn out oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, Stress, Auseinandersetzungen oder ähnliches bedingte Entscheidung, sondern offenbar mangelnder Mobilitätswille, eine Vermeidung der für den Beruf sonst üblichen belastenden Arbeitszeiten und die nicht vorhandene Möglichkeit,

wieder in einer Kinderklinik tätig zu werden, die sie zu dem Schritt bewegt, ins Medizincontrolling zu wechseln. Zu dieser Zeit gibt es noch keine Weiterbildung zur Kodierfachkraft, nur „halt ein paar Schulungen“ bei einem Bildungsträger in der Landeshauptstadt. Es ist eher ein Hineinwachsen *on the job*. Die neuen Kräfte werden durch „eine Kollegin, die das ganz von Anfang an mitgemacht hat, die war natürlich relativ fit“, eingearbeitet.

Es scheint eine eher pragmatische Entscheidung gewesen zu sein, die im Interview bei ihr zunächst auch keine emotional gefärbten Äußerungen von Bedauern oder ähnliches auslöst. Auch über die Zeit im Medizincontrolling des Krankenhauses verliert sie in der Erzählung kaum ein Wort, außer dass sie „glaub‘ ich zwei oder drei Jahre dort“ war. Dann wird 2008 beim MDK die Stelle ausgeschrieben, auf die sie sich bewirbt und wo sie auch auf ihre frühere „Lehrerin [lacht] in der Kinderchirurgie“ stößt, die nun als Ärztin ihre Teamleiterin bei der Abrechnungsprüfung ist (Frau Wagner, D-K-28). Vorteile bei der Bewerbung hat sie natürlich, weil sie in der Materie schon einiges an Erfahrung hat sammeln können: „Also es war für uns natürlich eine Riesen Chance, da wir das am Anfang, also ich habe das ja in der Klinik schon ganz von vorne mitgekriegt“. Dennoch muss sie, wie alle anderen, die beim MDK als Kodierfachkräfte anfangen, die eigene Schulung des MDK absolvieren.

Sie arbeitet anschließend zunächst ein Jahr in Vollzeit und, nachdem sie zweifache Mutter geworden ist, seither in Teilzeit bei 40%. Auf die Frage, ob sie es nicht als Verlust empfindet, wenn sie nun keinen Kontakt mehr zu Patienten hat, verweist sie darauf, dass „eben halt die geregelten Arbeitszeiten wichtig“ seien. Die geregelten Dienstzeiten beim MDK kommen ihr mit den beiden kleinen Kindern enorm entgegen, da sie mit normalen Kindergartenzeiten kompatibel sind:

Das würde ich in einer Klinik niemals hinkriegen. Jedes Wochenende mit Schichtdiensten, mit Einspringen, hier bin ich total, das ist total geregelt. Es ist wiederum auch so, ich habe einen gewissen Gleizeit-Puffer, ich muss nicht um Schlag sechs auf irgendeiner Station stehen, das wäre nicht machbar oder total schwierig zumindest. [...] Da war aber, also halt der Grund für den Wechsel war einfach, weil die Rahmenbedingungen hier einfach wesentlich besser waren. Ich habe mehr verdient, habe mehr Urlaub, weniger Wochenstunden. Ja.

Es sind die Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, eine durch und durch pragmatische Arbeitskraftperspektive, aus denen heraus sie ihre gegenwärtige Situation reflektiert. Erst an der Stelle des Interviews, an der sie die jetzige Tätigkeit näher beschreibt, stellt sie einen wertenden Vergleich her zu ihrer früheren Tätigkeit als Kinderkrankenschwester bzw. überhaupt Krankenschwester in Bezug auf die subjektive Sinnhaftigkeit des Ganzen:

Aber so ein bisschen, ich sage jetzt mal das Sinnvolle an dem Beruf, und das, warum ich das eigentlich wollte, fehlt natürlich. Und ich rangiere jetzt im Prinzip ja irgendwelche Gelder hin und her, was jetzt mit dem Eigentlichen, dass ich jetzt mit kranken Kindern oder mit Kindern oder mit Menschen überhaupt was zu tun haben wollte, ist ja hier, ich habe halt einen Fall nach dem anderen und habe hier meinen Berg Papier nach dem anderen.

Sinnhaft scheint also der konkrete Umgang mit Menschen, besonders mit Kindern zu sein, während das Herumschieben von Geldern und Bergen von Papier als etwas Abstraktes erscheint, das von ihr auch nicht dadurch zu etwas Sinnhaftem stilisiert wird, dass es ja hier beim MDK um die Wahrung des Geldes der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung geht.

6.3.4.3 Herr Buchner – Kodierfachkraft beim MDK (ehemals Krankenpfleger)

Bei Herrn Buchner, zum Zeitpunkt des Interviews 44 Jahre alt, hat man das Gefühl, dass er gerne erzählt und den Interviewer durch flapsige oder provokante Äußerungen manchmal in seinen möglicherweise vorgefassten Erwartungen irritieren will. Die Erzählung seiner biographischen Peripetien und Entscheidungen versieht er wiederholt mit formelhaften oder sprichwortartigen Begründungen und alltagspraktischen Lebensmaximen. Er stammt aus einer in Norddeutschland lebenden Familie, in der der Vater schon einen Fachhochschulabschluss besitzt und als Bautechniker arbeitet, über die Mutter kommt eine Verbindung zum Gesundheitswesen zustande, insofern sie als „Säuglingsstationsschwester“ gearbeitet hat. Die Großväter waren Handwerker bzw. Bergmann, die Großmütter beide Hausfrauen. Allerdings schlägt Herr Buchner nach dem Realschulabschluss zunächst einen ganz anderen Weg ein: Er erlernt nach der Realschule, wie er selbst nicht ohne Ironie, aber vielleicht im Hinblick auf die in seiner Herkunftsfamilie herrschenden Werte sagt, einen „ordentlichen Beruf“, nämlich Elektroinstallateur. Allerdings war er hierfür nach eigenen Aussagen „nicht besonders begabt“. „Da muss man einfach die Einsicht haben und sagen: ‚Okay, das kann ich nicht so gut‘, und [ich] habe dann so gedacht: ‚Ja, der soziale Bereich, da kannst du deine Stärken miteinbringen‘. Ich schätze mich kommunikativ relativ stark ein und auch im Umgang mit Menschen.“ Dadurch, dass er im Bekanntenkreis viele Freunde hat, die schon als Krankenpfleger arbeiten, wird ihm diese Alternative schon nahegelegt. Es ist für Herrn Buchner allerdings wichtig, sich als Pragmatiker und leidenschaftsloser Mensch („ich bin da relativ indolent“) darzustellen, was eine Distanzierung zur aufopferungsbereiten „Krankenschwester“ und deren Ethos impliziert, eine Haltung, die für ihn offenbar primär weiblich konnotiert ist. Das fängt schon damit an, dass er zum Zeitpunkt der Entscheidung für den Wechsel ganz prosaisch eine Wohnung braucht,

und da konnte man ja ins Schwesternwohnheim einziehen, wenn man die Ausbildung gemacht hat. Das Angenehme mit dem Nützlichen verbinden, so. Ich habe nie gedacht, ich kann die Welt retten oder so. Also solche Gründe haben da keine Rolle gespielt. [...] Ich habe es eher immer relativ pragmatisch gesehen. Das... den Leuten schon die mögliche Pflege und Zuneigung zu kommen zu lassen, aber das Ganze auch professionell zu sehen. Weil ich habe es an Kolleginnen gesehen, die da anfangs mit sehr viel Herzblut rein sind, die sind nach drei, vier Jahren ausgebrannt gewesen. Wer entflammt ist, kann auch ausbrennen“.

„Das Angenehme mit dem Nützlichen verbinden“ und „Wer entflammt ist, kann auch ausbrennen“ – zwei Maximen, die die spezifische professionelle Haltung Herrn Buchners unterstreichen. Pragmatismus und Professionalität versus Altruismus, Aufopferung und Gesinnungsethik – so könnte man überhaupt den Selbstdarstellungsentwurf von Herrn Buchner auf den Punkt bringen, wobei er ganz klar zu der ersten der beiden Alternativen neigt. Pragmatismus und Professionalität sind offenbar auch das, wodurch er als Mann vor sich selbst und vor anderen rechtfertigen kann, einen typischen Frauenberuf gewählt zu haben, nachdem er ja schon einen „ordentlichen Beruf“, einen typischen Männerberuf also, hat fahren lassen.

1994 also beginnt Herr Buchner die dreijährige Krankenpflegeausbildung, woraufhin er auf die Intensivstation wechselt und ab 1999 noch eine zwei Jahre währende Zusatzausbildung zum Fachpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin anhängt. „Da durchläuft man dann alle Intensivstationen, die im Krankenhaus sind, und ist danach eine Gehaltsgruppe höher“. Auch hier wieder eine weiter gehende Berufsfachlichkeit und Professionalität – „man hat dann fachlich ein sehr breit gefächertes Wissen, was Intensivmedizin und Krankheiten angeht –, gepaart mit einem Maß an materiellem Pragmatismus. Zusammen ergibt das, was

Herr Buchner mit dem Ausdruck „Fünf-Sterne-Pfleger“ auf den Punkt bringt. Nach fünf Jahren als Anästhesie-Pfleger im OP eines Universitätsklinikums – „größtes Krankenhaus jetzt in Europa, glaube ich“ – wechselt er 2007 aus privaten Gründen nach Süddeutschland an ein relativ kleines Haus. Hier vollzieht sich dann jedoch bald die Abwendung von der Pflege als Beruf. Herr Buchner kondensiert die Begründung dieses Wechsels wieder in einen Sinnspruch:

Herr Buchner: Und der Grund warum ich aus der Pflege raus bin, da kann ich nur ein Zitat der Crow-Indianer [anführen]: „Wenn du bemerkst, dass du ein totes Pferd reitest, steig‘ ab. Versuche nicht, das Futter zu verbessern oder das Pferd schneller zu machen, sondern, steig‘ einfach ab.“ Die Krankenpflege in Deutschland geht meiner Meinung nach den verkehrten Weg. Es wird auf den Knochen derjenigen, die das ausüben, gemacht.

Konkreter Anlass für den Wechsel ist folgende Episode aus dem kleinen süddeutschen Krankenhaus:

Herr Buchner: [...] also der letztendliche Anstoß zu wechseln, mir was anderes zu suchen, war: unser Chef in dieser kleinen Anästhesie-Abteilung in Kornstadt hat eine Stationsbesprechung abgehalten, bei der uns eröffnet wurde, dass Leute, die in Vollzeit arbeiten und Bereitschaftsdienste machen, am Ende des Monats Minusstunden haben. Das war eine ganz wirre Konstellation mit den verschiedenen Bereitschaftsdienststufen. In so kleinen Häusern hat man niedrigere Stufen. Man ist zwar 24 Stunden da, quasi *on call*, kann von dieser Zeit aber nur eine geringe Zeit als Arbeitszeit geltend machen, weil man so wenig gerufen wird. Man ist aber in der Klinik. Und das hat das zur Folge gehabt, dass man als Vollzeitkraft, wenn man Bereitschaftsdienst gemacht hat, am Ende des Monats Minusstunden gehabt hat. Und da habe ich gesagt: Bis hierhin und nicht weiter.

An dem Universitätsklinikum im Norden dagegen habe man von 24 Stunden 23,5 Stunden gearbeitet, was an den großstädtischen Verhältnissen lag: „ab zwei [Uhr] fangen die an, sich in die Köpfe zu schießen und so. Und hier [...] ist die Welt halt noch [*lacht*] einigermaßen in Ordnung.“ Hier setzt bei Herrn Buchner nun wieder der Pragmatismus ein, der ihm, sagt:

Herr Buchner: [...] also jetzt muss ich hier was anderes machen. Ich war zu dem Zeitpunkt Mitte, Ende 30 habe auf noch 30 Jahre Berufszugehörigkeit geblickt und habe gesagt, „Nein, das machst du nicht bis zum Ende.“ Und dann war in der Südzeitung die Anzeige des MDKs, dass Leute gesucht werden, und dann habe ich mich beworben und bin genommen worden. Also eine rein pragmatische Entscheidung.

I: Also das war jetzt noch nicht so, dass die Bandscheibe irgendwie //nein nix// nicht mehr mitgemacht hat oder so, sondern einfach eine Überlegung...

Herr Buchner: Ja, perspektivisch, ja.

Das Futter des Pferdes nochmals zu verbessern – um in der Diktion von Herrn Buchner zu bleiben – und nochmals eine Weiterbildung etwa zum Pflegemanager zu absolvieren, ist für ihn in diesem Moment keine Alternative mehr.

Herr Buchner: Pflegemanagement ist ein Titel ohne Mittel. Also wenn man einen Job kriegt, dann fängt man irgendwo als Pflegedienstleiter an und kriegt als... bei der Einstellungs- beim Einstellungsgespräch gesagt: „Du musst 50.000 Euro sparen dieses Jahr, also entlass‘ mal zwei oder drei Leute.“ Das wollte ich dann auch nicht.

Im Jahr 2008 bietet sich ihm mit einer Stellenanzeige des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die Gelegenheit, die Krankenhauspflege zu verlassen und nach der hauseigenen Ausbildung des MDK zur Kodierfachkraft seine umfangreichen Qualifikationen und Kompetenzen unter vollkommen anderen Arbeitsbedingungen weiter zu verwerten. Aufgrund der Abwanderung vieler Ärzte in das lukrativere und auch bezüglich der Arbeitsbedingungen attraktivere Ausland stellt der personell knappe MDK auch Pflegekräfte zur Kodierungsprüfung ein. Als Anästhesiepfleger hatte er zwar wenige Berührungspunkte

mit dem DRG-System, auf die Frage, ob er allgemein Vorbehalte gegenüber den DRGs oder dem Fallpauschalensystem hat, antwortet er jedoch frei heraus: „Ich nicht“, auch wenn er „das System auch nicht besonders gelungen“ findet, da „es einfach viele pflegerische Punkte nicht abbildet“. Heute ist Herr Buchner neben Frau Weiner und Frau Gerlinger eine von drei Kodierfachkräften des betreffenden MDK-Bezirks. Seine vorgesetzte Ärztin lässt ihm relativ freie Hand bei der Arbeit, so dass er 99 Prozent der Fälle selbst abschließt. „Und für mich ist es eine Verbesserung der Arbeitssituation um hundert Prozent.“

Aber, prinzipiell, die Work Life Balance, wie man, heutzutage so schön sagt, ist natürlich mit so einem Schreibtischjob ohne Wochenenden, ohne Feiertage, ohne Nachtdienst optimal. Und man muss es als Job sehen und wir müssen in unserer Generation diesen Job noch machen mit 67, und so einen kann man noch machen mit 67. Ein Krankenhaus ist, so wie das heutzutage läuft, ist das ausgeschlossen.

Die Arbeit beim MDK ist für ihn ein Job, der gegenüber der früheren Tätigkeit viele Vorteile hat. Er behauptet – und vielleicht steckt da ein gewisses Maß an Understatement dahinter –, kein besonders emotionales Verhältnis zu seinem Job zu unterhalten. In der Bewertung seiner Arbeit dominiert ganz klar eine Arbeitskraftperspektive (vgl. dazu Schumann et al 1982: 292ff). Auch hier noch ein letzter Beleg für seinen mit einem Sprichwort präsentierten Pragmatismus: „Ich bin da relativ indolent. Also ich... //I: ja?// ‚it pays the bills‘, wie der Engländer sagt. Ich habe keinerlei jetzt so Berührungspunkte oder Dinge, wo ich sage, deswegen gehe ich da hin. Also ich würde auch andere Jobs machen.“ Da ist offensichtlich wieder viel Understatement mit im Spiel, denn wenn man in Betracht zieht, wie scharfsinnig Herr Buchner die Feinheiten des DRG-Systems, seine Lücken und Maschen, seine Unzulänglichkeiten erläutern kann, wie differenziert sein im Umgang mit den Fallprüfungen erworbenes praktisches Wissen um die einzelnen Krankenhäuser und deren Abrechnungs- und Erlösstrategien ist (s. ausführlich dazu Kapitel 7), dann geht das nicht ohne eine gehörige Auseinandersetzung und Identifikation mit dem Feld.

Resümee: Arbeiten beim ehemaligen „Feind“

Die ehemaligen Pflegekräfte, die nun beim MDK arbeiten, haben im Unterschied zu ihren Kolleginnen und Kollegen, die in den Krankenhäusern kodieren, einen zweifachen Bruch vollzogen: einen Bruch mit ihrem früheren Beruf, aber auch noch einen weiteren mit der Organisation, in der sie ihren Beruf erlernt und all die Jahre ihres Berufslebens über beschäftigt waren: dem Krankenhaus. Sie haben – so könnte man sagen – „die Seite gewechselt“. Damit kommen nicht nur, wie bei den im Krankenhaus verbliebenen Kolleginnen, mögliche habituelle Inkongruenzen zwischen ihrem medizinisch-pflegerischen Ethos und den neuartigen betriebswirtschaftlichen Anforderungen im Rahmen des Medizincontrollings, sondern möglicher Weise auch bestehende Loyalitäten zum Krankenhaus ins Spiel. Der MDK, das zeigen die Interviews, und zwar nicht nur die mit den Kodierfachkräften, wird von vielen Krankenhausbeschäftigten stereotyp als „die andere Seite“, „der böse MDK“, ja gar als „der Feind“ angesehen, als Organisation, die im Auftrag der Krankenkassen den Kliniken das mit dem DRG-System ohnehin schon schwer gewordene Leben in finanzieller Hinsicht zusätzlich schwer macht und damit für den Stellenabbau und die belastenden Arbeitsbedingungen in der Pflege zumindest mitverantwortlich gemacht wird (s. Kapitel 3). Gewiss sind Zufälligkeiten mit im Spiel, wenn man als Pflegefachkraft, die ihren Beruf verlassen will, sich auf ein Ausbildungs- und Stellenangebot beim MDK erfolgreich bewirbt. Nichtsdestotrotz könnte man als distanzierter Beobachter davon

ausgehen, dass die nunmehrigen Mitglieder dieser Organisation eine Haltung zu ihr als Arbeitgeber haben bzw. entwickeln, die über die „Indifferenzonen“, also die „Zonen“ der Organisation, in denen sich die Mitglieder gegenüber der Organisation ‚indifferent‘ zu verhalten haben“ (Barnard 1938), ein Stückweit hinausragt.

Das ist aber offenbar nicht der Fall, zumindest nicht bei den drei interviewten Personen, denn Herr Buchner betont an einer Stelle des Interviews, dass es Kollegen gebe, die voller Stolz sagen: „Da habe ich denen [also einem Krankenhaus] wieder 2000 Euro gestrichen.“ Es ist bei ihnen auch nirgends davon die Rede, dass sie Erfolgserlebnisse haben, wenn sie ein Krankenhaus bei einer Falschabrechnung entlarven, die etwa dem Gefühl gleichkäme, das ihre Pendants in den Krankenhäusern packt, wenn sie durch ihre Kodierung aus einem Fall eine gehörige Erlössteigerung für „ihr“ Haus haben erzielen können. Bei allen von ihnen ist durchgängig eine Arbeitskraftperspektive dominierend, aus der heraus sie ihre Tätigkeit beim MDK im Vergleich zu ihrer vorangegangenen Arbeit in der Pflege bewerten. Für Frau Weiner ist es die hier mögliche Vereinbarkeit von Beruf und Familie, für Frau Gerlinger die Nische, die sich ihr nach all den auf Dauer krankmachenden Belastungen in der Krankenhaustätigkeit bietet, auch wenn sie als „praktisch“ veranlagter Mensch mit der ausschließlichen Büroarbeit ihre Schwierigkeiten hat, für Herrn Buchner ebenso ein pragmatisches Arrangement, um von dem „toten Pferd“ Krankenhauspflege wegzukommen und seinen Lebensunterhalt verdienen zu können („it pays the bills“, wie der Engländer sagt“). Alle drei wissen die arbeitnehmerfreundlichen Arbeitsbedingungen zu schätzen, die geregelten Bürozeiten, das Arbeiten ohne Schichtarbeit und womöglich unbezahlte Überstunden, vielleicht auch die Routine, die darin besteht, „einen Fall nach dem anderen“ und „einen Berg Papier nach dem anderen“ abzuarbeiten. Insofern halten sich also doch alle drei an die Indifferenzonen der Organisation und spielen ihre Rolle innerhalb des DRG-Systems, von dem sie doch indirekt leben. Und das, obwohl niemand diesem System etwas abgewinnen kann. Für Herrn Buchner ist es schlecht gemacht, Frau Weiner kann nichts Sinnvolles darin erkennen, „irgendwelche Gelder hin und her zu rangieren“.

Zu dem *Commitment* mit einer Arbeit, zu der man innerlich kaum eine Haltung hat, kommt im Fall von Frau Gerlinger und Herrn Buchner neben der Erfahrung der nicht mehr auf Dauer lebbaren Arbeitsbedingungen im alten Beruf noch ein Gefühl der erlittenen Ungerechtigkeit hinzu: bei Herrn Buchner die Empörung darüber, als erfahrener „Fünf-Sterne-Pfleger“ nicht wirklich wertgeschätzt zu werden und die Zumutung schlucken zu sollen, bei Rund-um-die-Uhr-Bereitschaftsdiensten unterm Strich auch noch Minusstunden zu haben. Das ist dann auch der Punkt, ab dem er keinerlei Erwartungen mehr hegt, dass der Arbeitgeber sich an Fairnessregeln hält und Reziprozitätsansprüchen nachkommt. Bei Frau Gerlinger wiederum ist es die Enttäuschung, dass das Krankenhaus als öffentlicher Arbeitgeber für altgediente „gute Leute“ nach dreißig Jahren nicht mehr in der Lage ist eine Nische zur Verfügung zu stellen, in der sie ihr Wissen, ihre Kompetenzen, ihre langjährige Erfahrung abseits des Arbeitskraft verschleißenden Betriebs einbringen können.

Hinter der Mobilität, die sie in ihrem Erwerbsleben durchlaufen haben, steht kein Streben nach „oben“, nach beruflichem Aufstieg, mehr Geld und höherem Status; sie ist eher eine „horizontale Mobilität“, die

Folge eines Suchens nach auf Dauer lebbaren Arbeits- und Lebensbedingungen, nicht zuletzt im Hinblick auf die spätere Erwerbsphase.

In sozialstruktureller Hinsicht kann man nur Frau Gerlinger, als Aufsteigerinnen in intergenerationaler Perspektive bezeichnen, insofern sie aus einem von Landwirtschaft und manuellen Tätigkeiten geprägten familiären Hintergrund kommt. Als Frau aus einem solchen Milieu kommend, ist in den 1970er Jahren ein Aufstieg über einen erzieherischen oder pflegerischen Beruf keine Seltenheit.

Die drei Kodierfachkräfte beim MDK unterscheiden sich insofern, als Herr Buchner seine Entscheidungen als etwas rationaler kalkulierend darstellt, während sich der Weg zum MDK für die beiden Frauen eher „ergeben hat“. Man hat von dieser Tätigkeit „gehört“ oder man hatte schon Berührungspunkte mit dem Kodieren, so dass ein Versuch erfolversprechend und im Fall von Frau Weiner aufgrund des sozialen Kapitals, das die ehemalige Schülerschaft bei Frau Wagner darstellte, erschien.

6.3.5 Die Medizinischen Dokumentare

Im Sample befinden sich zwei Personen, deren Erstberuf der eines Medizinischen Dokumentars bzw. einer Medizinischen Dokumentarin ist, ein weiterer Medizinischer Dokumentar, Herr Fröhlich, von dem schon die Rede war, hat die entsprechende Ausbildung nach seinem Ausscheiden aus der Krankenpflege absolviert. Der im Vergleich zu der Bezeichnung „Kodierfachkraft“ stärker formalisierte Beruf „Medizinischer Dokumentar/Medizinische Dokumentarin“ bzw. Medizinischer Dokumentationsassistent/ Medizinische Dokumentationsassistentin“ umfasst ebenfalls verschiedene abgestufte Qualifikationsniveaus, die über unterschiedliche Ausbildungsgänge erreichbar sind, für die wiederum „meist [...] die allgemeine oder die fachgebundene Hochschulreife verlangt“ wird (Bundesagentur für Arbeit 2013a).

In drei Jahren gibt es die Ausbildung zu Medizinischen Dokumentaren/innen an Berufsfachschulen; Eingangsvoraussetzung ist i.d.R. ein mittlerer Bildungsabschluss. An Hochschulen wird ein 7-semesteriges Studium mit Abschluss Bachelor angeboten. In zwei Jahren (Ausnahme Sachsen: 3 Jahre) werden Medizinische Dokumentationsassistenten/innen (MDA) an Berufsfachschulen ausgebildet; Eingangsvoraussetzung ist i.d.R. die Mittlere Reife. Auf vergleichbarem Fachniveau erfolgt in drei Jahren die Ausbildung zu Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste (FaMI) im dualen System von Ausbildungsbetrieb und Berufsschule. (DVMD o.J.)

Die Ausbildung zeichnet sich durch „die Verknüpfung von fundiertem medizinischem und dokumentarischem Wissen mit der Informatik“ aus, was den Erwerb von „Wissen, Kenntnissen und Handlungskompetenzen in den Fächern Anatomie und Physiologie, Krankheitslehre und Pharmakologie in Verbindung mit der Medizinischen Dokumentation, Klinischen Studien, Statistik und der Literaturdokumentation“ beinhaltet. Fachenglisch, Krankenhausbetriebslehre und Datenschutz ergänzen die Ausbildung (DVMD o.J.). Medizinische Dokumentare sind allerdings nicht nur in Krankenhäusern tätig, sondern auch an wissenschaftlichen Instituten, in der pharmazeutischen und der medizintechnischen Industrie, Gesundheitsämtern, kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen oder Softwarefirmen. Zu ihren Aufgaben im Krankenhaus gehört, so der Fachverband DVMD, die Patientenbasisdokumentation und die Entwicklung einer elektronischen Patientenakte, die vielfältigen Anforderungen gerecht werden muss. Und das wird entsprechend begründet: „Im Krankenhaus kann im DRG-Zeitalter eine effektive Behandlungsplanung, eine wirtschaftliche Leistungssteuerung und die geforderte gesetzliche Regelkonformität nur über eine vollständige und

valide Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren gewährleistet werden. Im Team mit Ärzten und Pflege nehmen MD hierbei wichtige Funktionen wahr.“ (DVMD o.J.) Der BERUFENET-Steckbrief der Bundesagentur für Arbeit betont, dass sich die Medizinischen Dokumentare „in der Regel [...] in Büro, Bibliotheks- oder Archivräumen“ aufhalten (Bundesagentur für Arbeit 2013a). Das ist, wie immer wieder erfahrene Kordierende betonen, auch die Problematik der Ausbildung, die zwar längere Praktika in Kliniken beinhalten, jedoch nur in eingeschränktem Maße die Erfahrung vermitteln kann, wie sie etwa eine mehrjährige Tätigkeit in der Krankenpflege mit sich bringt.

6.3.5.1 Jonathan Gallus – Med. Dokumentar in Krankenhaus I

Herrn Gallus ist zum Zeitpunkt des Interviews 40 Jahre alt und ledig, seine Eltern haben beide eine Lehre absolviert, der Vater arbeitet später als EDV-Administrator, die Mutter als Drogistin. Er selbst hat zunächst überhaupt nicht vor, einen Beruf im Gesundheitswesen zu ergreifen. Er hat wie alle Medizinischen Dokumentare im Sample, Abitur gemacht, und das sogar in der Stadt, in der er jetzt auch am Krankenhaus I arbeitet. Im Anschluss daran schwebt ihm vor, Regional- oder Stadtplaner zu werden, weshalb er einige Semester Geographie, Geowissenschaften und Soziologie studiert, was ihm durchaus Spaß macht. Vor allem die „unendliche Schreiberei“ – „ich war nur noch am Schreiben“ –, die im Studium verlangt wird und die ihm „wirklich nicht besonders liegt“, bringt ihn jedoch dazu, das Studium abzubrechen, woraufhin er sich völlig neu orientieren muss. Weg von der „Theorie“ schwebt ihm etwas ganz anderes vor, „Physiotherapie oder Pflege oder so und vielleicht halt auch so was, weil es halt auch praktischer ist“ und weil er „auch immer ein bisschen [...] medizininteressiert“ war. Er versucht es konkret mit der Pflege, macht ein Pflegepraktikum, merkt aber, dass er „Probleme“ hat „mit den Patienten selber“, dass das „nicht ideal ist für mich, der direkte Kontakt mit diesen Patienten, das war problematisch“. Er verspürt „richtig oft Ekel“. Neben den Schwierigkeiten mit dem konkreten körperlichen Kontakt, Blut und Ausscheidungen ist es vor allem ein Zweites, was ihn davon abhält, diesen Weg weiterzuverfolgen: Er spricht sich schlicht das den Angehörigen der Pflegeberufe zugeschriebene pflegerische Ethos ab:

Herr Gallus: [...] ich habe auch bei den anderen gesehen, dass sie halt viel Kraft draus schöpfen, wenn sie anderen helfen. Und da muss ich sagen, da bin relativ kalt. Also da gibt mir, wenn ich jetzt jemandem helfe und dem geht es besser und so... das ist ja an für sich ein tolles Erlebnis für denjenigen, der pflegt, aber ich erlebe da keine Glücksgefühle. Also das gab mir... da jemanden aufzupäppeln, gab mir das Gefühl nicht. Nicht so viel.

Parallel zum Pflegepraktikum besorgt er sich jedoch schon Broschüren über Berufe im Gesundheitswesen, in denen auch die Tätigkeit des Medizinischen Dokumentars beschrieben ist, obendrein hat er einen Bekannten, der diese Ausbildung absolviert hat. Der Umstand, dass diese Tätigkeit auch viel mit EDV zu tun hat, was ihm sehr liegt, gibt schließlich den Ausschlag, diese dreijährige Ausbildung in Nordrhein-Westfalen an einer Schule für Gesundheitsberufe zu absolvieren. Für seine Abschlussarbeit bekommt er sogar den Preis eines Fachverbandes für seine Abschlussarbeit verliehen, was er zwar im Interview nicht erwähnt, was aber auf der Internetseite seiner ehemaligen Ausbildungsstätte recherchierbar ist.

An dieser Stelle des Interviews kommt er bereits auf die besondere Problematik seines Ausbildungswegs im Rahmen des Medizincontrollings zu sprechen. Und diese Problematik ist ihm gemein mit all den Medizinischen Dokumentaren, die nicht zuvor in der Pflege gearbeitet haben (ähnlich Frau Ohlsen, D-K-33; vgl. aber im Kontrast dazu den Fall von Herrn Fröhlich, D-K-19).

Herr Gallus: Also die Kodierassistenten, die sind ja, also kann man... normalerweise kommt da jemand aus der Pflege direkt, und das muss man schon sagen, dass die natürlich einen Mordsvorteil haben im Bereich medizinischem Wissen. Wir haben natürlich auch diese Fächer und so, das ist aber etwas anderes, als wenn jemand 15 Jahre in der Pflege gearbeitet hat. Da fangen sie natürlich ganz anders an.

Das, was den Medizinischen Dokumentaren an klinischer Erfahrung fehlt, können sie, so Herr Gallus, jedoch durch ihre EDV-Kenntnisse wettmachen, so dass sie später dann auch für das Finanzcontrolling Auswertungen erstellen können:

Herr Gallus: Wiederum muss man sagen, hat man natürlich dann, wenn man auf so eine Schule geht, hat man natürlich diese ganzen EDV-Geschichten, da lernt man auch mal programmieren, also nicht... das ist ja nicht so, dass sie da rausgehen und perfekt programmieren können. Es geht nur, dass man mal, man hat natürlich diese Fächer, aber dass man halt auch mal den Blick schärft für das Programmieren [...] Und da hat man natürlich insgesamt schon relativ viel EDV. Was für mich okay war, ja. Weil mir das halt auch Spaß macht, mal eine Auswertung zu machen, Diagramme zu erstellen für das Controlling oder damals für den Abschluss habe ich im Bereich Epidemiologie gemacht und da musste man halt diese Auswertungen, Diagramme und was weiß ich. Das war eigentlich schon, schon etwas, was mir lag und Spaß gemacht hat. Die Defizite sind halt im medizinischen Bereich, das ist ganz klar.

Da es zur Zeit seines Abschlusses nicht viel Stellen für medizinische Dokumentare gibt, muss er zunächst drei bis vier Monate suchen, was für ihn eine extrem frustrierende und auch finanziell schwierige Zeit ist:

Herr Gallus: Ich muss sagen, das war..., problematisch bei der ganzen Geschichte ist, dass sie halt immer nur ein Krankenhaus in der Stadt haben, und wenn sie sich irgendwo, also wenn sie einen Job suchen, dann rennen sie von Stadt zu Stadt. Und ich fand das unglaublich anstrengend und ich fand es auch zum Teil unglaublich unverschämt, dass man halt auch die Kosten nicht erstattet bekommen konnte, weil ich in der Zeit mit Geld auch nicht so gesegnet war.

Schließlich bekommt er seine erste Stelle nicht weit von seiner Heimatstadt entfernt, was jedoch mit einem längeren täglichen Arbeitsweg verbunden ist. Von dort berichtet er über die komplett andere Abrechnungsphilosophie des Klinikums, wo es mehr darum geht, viel Fälle rasch abzuschließen, um Liquidität zu generieren („Tempo, Fälle freigeben, wenn etwas verloren geht, geht Zeit verloren, aber wir haben das Geld“), die dann wieder in technische Einrichtungen investiert wird, um damit wiederum mehr Patienten zu „akquirieren“. Der dortige Geschäftsführer setzt so auf das Tempo, „weil er sich irgendwie durchsetzen will in diesem Wettbewerb, knallhart durchsetzen. [...] Dementsprechend die Qualität, weil dann geht es auf Tempo, dann wird unsauber gearbeitet.“

Nach drei Jahren Tätigkeit als Medizinischer Dokumentar in der Kodierung dort hat er nun vor kurzem die Stelle an Krankenhaus I in seiner Heimatstadt angetreten. Seine mitgebrachte Erfahrung wird sehr geschätzt, obwohl ihm der pflegerische Hintergrund fehlt, und die Arbeit entspricht auch eher seinem Verständnis von der Qualität der Arbeit: „Und hier in Krankenhaus I habe ich eher den Eindruck, dass man halt jetzt von der Kodierung her herauskitzelt, was man machen kann. Wo kann man noch was holen, wenn man genauer dokumentiert? Genauer dokumentiert, penibel, sehr penibel.“

Wenige Monate nach dem Interview, teilt Frau Ehrlich (D-K-23) in einem Schreiben mit, hat er wie beinahe alle Angehörigen der Abteilung Medizincontrolling von Krankenhaus I gekündigt und im nahe gelegenen Ausland eine „sehr stark IT-lastige“ Stelle als Datenmanager bei einem Krebsregister angetreten, kehrt aber nach wenigen Monaten, wie ich später erfahre, überraschend wieder zurück ans Krankenhaus I: „Hr. [Gallus], den Sie ja wohl ganz am Anfang April interviewt haben, hat sich als äußerst aufgeweckter und kritischer sowie fähiger Medizincontroller/- Kodierer entpuppt, auf dessen Meinung ich sehr viel gebe“.

6.3.5.2 Sibylle Ohlsen – Medizinische Dokumentarin in Krankenhaus II

Vieles von dem, was Herr Gallus berichtet, trifft auch auf Frau Ohlsen, zum Zeitpunkt des Interviews etwa Mitte 30 Jahre alt, verheiratet und zwei Kinder, zu. Sie hat durchaus einen familiären Bezug zum Gesundheitswesen: Ihre Großmutter war Krankenschwester. Den Ausgangspunkt ihres Interesses für Medizinisches verortet sie jedoch an anderer Stelle:

Frau Ohlsen: Das war einfach, irgendwann ist das Interesse halt für andere Sprachen entstanden und da habe ich gedacht, Latein bietet sich ganz gut an, das versteht keiner, außer Ärzte halt. Und deshalb habe ich irgendwann so mit 14, 15 mal angefangen Beipackzettel zu sammeln, ohne dass ich selber verstanden habe, was das alles bedeutet, was da drinsteht. Aber ich fand es halt spannend.

Sie macht später Abitur – unter anderem auch in Latein – und sucht nach einem Beruf, der mit Medizin zu tun hat, Medizin selbst will sie – sie ist da ganz pragmatisch – aber nicht studieren, da das „alles zu lange [dauert] bis man Geld verdient“. Gezielt sucht sie in Büchern zur Berufsberatung nun nach solchen Berufen jenseits der Arzttätigkeit, wobei ihr Auswahlkriterium ist, „dass ich halt mein Abitur nicht für die Katz‘ gemacht habe, ne“, was sie mehrfach betont. „Dachte ich mir: ‚Was kann ich medizinisch machen, wo ich aber als Zugangsvoraussetzung Abitur haben muss?‘“. Ähnlich wie für Herrn Gallus zeigt sich auch bei ihr das ausgeprägte Interesse für die Medizin, allerdings gepaart mit einer Distanz zu dem mit der Medizin einhergehenden Kontakt mit dem Körperlichen oder mit den *dirty work*-Aspekten der Krankenpflege. „Also so die Arbeit am Patienten so in Richtung Krankenschwester, das kam für mich nicht in Frage. Also ich habe die medizinischen Sachen lieber vor mir liegen in Form von Papier“. Im Gegensatz zu ihm absolviert sie allerdings nicht zunächst ein Pflegepraktikum, um auszuprobieren, ob ihr dieser Bereich liegt. So kommt sie schließlich zu der Ausbildung zur Medizinischen Dokumentarin, die sie an einer an eine Hochschule in Hessen angegliederten Schule für Gesundheitsberufe absolviert. Eine Folge der mangelnden Vereinheitlichung der in Deutschland angebotenen Ausbildungsgänge und Abschlüsse im Bereich Medizinische Dokumentation, die obendrein von unterschiedlichsten Bildungseinrichtungen angeboten werden, zeigt sich für Frau Ohlsen, für die ein gewisses, sich an Bildungstiteln festmachendes Statusdenken eine große Rolle spielt, kurz nach ihrem eigenen Examen:

Frau Ohlsen: Ein Jahr nachdem ich die Ausbildung fertiggemacht habe, kam dann der erste Studiengang in Ulm raus, Diplom-Dokumentar, gleiche Ausbildungsinhalte, aber verteilt auf vier Jahre, und somit hat man sein Diplom. Und uns wurde das in drei Jahren reingeblogert, halt in acht Stunden am Tag, Vollzeitausbildung. Das ist dann schon ein bisschen ärgerlich. Also ich hätte gerne mir für den Stoff ein Jahr länger Zeit lassen können //Ja// und hätte am Ende eine Diplomarbeit geschrieben und wäre halt Akademiker, na?

I: Und das Diplom ist dann eben als akademischer Abschluss irgendwo, wiegt das auf //B: Genau. Ja klar// bei Bewerbungen oder wie auch immer, //Genau//bei Gehaltsverhandlungen, [lacht] ne?

Frau Ohlsen: Klar, aber das kam leider ein Jahr zu spät. Und dann haben wir uns zwar noch mal informiert, wie ist das mit Nachdiplomierung? Und ja, nicht einfach so, man muss dann noch mal zwei Jahre auf jeden Fall dranhängen, ne? Ach, und dann habe ich gedacht, das geht ja dann nicht mit berufsbegleitend, sondern man muss dann wirklich die Hochschule zwei Jahre besuchen dann. Dann lieber sein Geld hier verdient und gut ist es.

Sie findet es „ganz toll“, dass man in dieser Ausbildung auch die theoretischen Fächer wie „Anatomie, Pathologie, Terminologie und diese ganzen Sachen“ hat, doch im Vordergrund steht das Programmieren, das ihr nicht so liegt.

Frau Ohlsen: Also wir hatten drei Programmier-Sprachen, die wir erlernen mussten und die auch in Formularen oder kleinen Programmen umsetzen mussten. Das war natürlich nicht meins. Und nach der Ausbildung bin ich dann aber dummerweise, in meiner ersten Anstellung hatte ich leider das Thema: Erstellen einer elektronischen OP-Dokumentation, also OP-Formulare programmieren. Na ja gut, [lacht] dann musste ich da mich halt mehr schlecht als recht auseinandersetzen und habe da aber die Unterstützung von meinem Mann gehabt. Der hat die gleiche Ausbildung gehabt wie ich. //Ach so.// Aber eher mit Schwerpunkt EDV als Medizin, und da haben wir uns ganz gut ergänzt. Und dann habe ich dann natürlich die Gelegenheit am Schopf ergriffen. Als das DRG-System in Deutschland eingeführt wurde, habe ich das Programmieren dann mal jemand anderem überlassen, der das besser kann als ich, und habe mich dann eben auf die Kodierung medizinischer Sachverhalte gestürzt, eben im Rahmen des DRG-Systems.

In dieser erwähnten Anstellung arbeitet sie acht Jahre lang bei einem privaten Klinikkonzern im Bereich Gefäßchirurgie. Bei diesem Träger absolviert sie auch eine mehrere Monate dauernde Zusatzausbildung im Blockunterricht.

Frau Ohlsen: Ich habe das jetzt nicht erwähnt mit dieser Zusatzausbildung, wo wir dann, nachdem in Deutschland das DRG-System eingeführt wurde, hat das Rhön-Klinikum ausgewählte Personen, auch Geschäftsführer von Kliniken nach Australien zu dieser La Trobe University geschickt, La Trobe University Melbourne, glaube ich, und die wurden dort zu Trainern ausgebildet. Und diese Trainer kamen dann wieder in die Kliniken zurück und haben dort ihre Leute in den medizinischen Dokumentationsabteilungen zu *Casemix Performern* ausgebildet. Das klingt natürlich auch noch mal besser als eine Kodierfachkraft, die in drei Wochen in der Caritas-Akademie in Köln ausgebildet worden ist, ne? Also Casemix-Performer. Wir wurden damals auch, als sehr detaillierte vertiefte Ausbildung auch in Sachen Entgelt-System. Was war vor den DRGs? Wie kam das überhaupt alles? Sehr viel Theorie auch. Also sehr gute Schulung, finde ich. [...] Und zu jeder Prüfung, als die Casemix Performer dann letztendlich ihre Prüfung abgelegt haben, kam auch die Professorin L. mit ihrem Mann von Australien nach Deutschland, um diese Absolventen zu beglückwünschen, weil das gehörte zu diesem komplexen Ausbildungspaket in Kooperation mit Australien, und das hat die sich nicht nehmen lassen, da alle paar Monate da anzureisen und ihre neuen //lacht// Schäfchen da zu beglückwünschen.

I: Das ist aber schön. [lacht]

Frau Ohlsen: Ja. Also das ja, also das hat natürlich irgendwie hier, „Boah, na, die ist in diesem Ausbildungsprogramm gewesen!“, stand natürlich immer in Bewerbungsunterlagen auch drin, dieses Zertifikat. Und die Frau Henninger, die damals Verwaltungsleitung war, die kam selber von Rhön. Und da weiß man natürlich so gewisse Sachen auch, worauf Wert gelegt wird und wo man dann auch in seine Leute investiert. Weil die Ausbildung war nicht billig, die ich da bekommen habe.

Diese spezielle Ausbildung zum Casemix-Performer wird präsentiert als kaskadenförmige Übertragung einer Art Charisma der australischen Hochschule – das deutsche DRG-System hat sich ja bei seiner Einführung am australischen DRG-System orientiert – über die nach Australien entsandten Mittelsleute auf die zukünftigen Casemix-Performer, wobei den „Schäfchen“ durch eine hohe Priesterin des Australischen DRG-Systems persönlich dann noch die Konfirmation erteilt wird. Das Zertifikat zieht eine feine Linie zwischen Frau Ohlsen und solchen Kodierfachkräften, die nur Schmalspurausbildungen „in drei Wochen

in der Caritas-Akademie in Köln“ genossen haben, die in der Regel ebenfalls vom Arbeitgeber finanziert werden. Man kann darin eine Spitze sehen, einen Ausdruck symbolischer Distinktionsbemühungen innerhalb der Gruppe des Kodierpersonals, etwa gegen ihren Kollegen, Herrn Mangold, der ja erst vor Kurzem innerhalb von drei Wochen eben diese Ausbildung in Köln absolviert hat.

Das Kodieren entpuppt sich schließlich als das, was sie tatsächlich machen will: „Genau. Ja, und das war genau meines, ne? So alles verstehen, was in der Akte steht. Irgendwie war mir da auch gar nichts mehr unbekannt.“ In der Abteilung „Medizinische Dokumentation“, die neben der Gefäßchirurgie noch für die Bereiche Kardiologie, Herzchirurgie und Handchirurgie zuständig ist, arbeitet sie zusammen mit ca. zehn anderen Kodierfachkräften. Den durch ihre Ausbildung an einer Schule für Gesundheitsberufe bedingten Mangel an Erfahrung mit den Abläufen einer Station sowie der Prozeduren des medizinischen Fachs der Abteilung – ihre Ausbildung umfasst nur eine einwöchige Hospitation auf Station – kann sie durch eine DRG-Beauftragte Oberärztin ausgleichen, der sie zugeteilt ist und die ihr „in jeden Fragen zur Seite gestanden hat und mich in jede OP mit rein genommen hat, weil sie gemeint hat, ich müsste, wenn ich das kodiere, auch mal sehen, wie das alles so gemacht wird.“

Es kommt schließlich in diesem Krankenhaus in privater Trägerschaft zu einem Konflikt mit einer ihrer Wahrnehmung nach nicht medizinisch ausgebildeten Kollegin, die ebenfalls der Kodierung zugeteilt wurde und der sie häufiger fehlerhafte Kodierungen nachweist oder Verbesserungsvorschläge nennt. In der Schilderung dieser Episode wird Frau Ohlens subjektive Rangskala der unterschiedlichen Gruppen, die in der Kodierung tätig sind, explizit: An erster Stelle stehen die Medizinische Dokumentare, dann kommen die ehemaligen „Krankenschwestern“, am Schluss die Stationssekretärinnen.

Frau Ohlens: Ja und dann ja, bin ich da oben, also an der Herz- und Gefäßklinik, mit einer Kollegin nicht klargekommen, die aus Stellenabbaugründen von Station in die medizinische Dokumentation, was hier Medizincontrolling ist, zu uns versetzt wurde, und die war in erster, nein, die war noch nicht mal Krankenschwester, die war irgendwie so Art Stationssekretärin, so Mädchen für alles, hat natürlich auch pflegerische Sachen übernommen. Aber inwiefern die medizinischen Sachverstand hatte, weiß ich gar nicht. Bei der hat viel so die jahrelange Erfahrung auf Station ausgemacht. Aber inwiefern sie eine Ausbildung dahingehend hatte? Krankenschwester war die glaube ich nicht. Das weiß ich jetzt nicht.

Da die genannte Kollegin schon fortgeschrittenen Alters ist und „Panik vor der Kündigung“ hat, bewirbt sich Frau Ohlens 2006 bei dem in derselben Stadt gelegenen öffentlichen Krankenhaus (Krankenhaus II) auf eine freiwerdende Stelle, die die Vorgängerin, eine Freundin von Frau Ohlens, wegen des „immensen Arbeitsdrucks“ und der damit einhergehenden vielen Überstunden aufgibt. Das Medizincontrolling dort ist zu dieser Zeit noch eine „Ein-Mann-Abteilung“, die nur vom damaligen Leiter des Medizincontrollings und in Personalunion Oberarzt der Unfallchirurgie – dem jetzigen Klinikgeschäftsführer – unterstützt wird. Hier ist sie sofort für die gesamte Innere Medizin und die Viszeralchirurgie zuständig. 2008 und 2010 bekommt sie ihre Kinder und geht in Elternzeit. Zwischen dem ersten und dem zweiten Kind wird sie vom Klinikum angefragt, ob sie nicht die beiden inzwischen dort tätigen Kodierfachkräfte unterstützen könnte, was sie tatsächlich tut, allerdings immer nachts, wenn ihr tagsüber arbeitender Mann für die Kinderbetreuung verfügbar ist.

Frau Ohlens: Ja, und hier, ja, habe ich dann eigentlich fast bis zur Geburt des zweiten Kindes wieder gearbeitet, aber immer nachts. Also das war auch total angenehm. Ich habe da viel geschafft, und viele Sachen, wo jetzt tagsüber keine Zeit war oder

so ein komplexer Fall, aus dem man durch Telefonate immer wieder rausgerissen wurde, den haben die Kolleginnen gesagt, den lassen wir mal mir. Weil ich habe abends einfach kein Telefonat, das Haus ist leer, also wir haben damals noch in einem anderen Gebäude gegessen. Da ist niemand, der mich stört, ne. Da ist einfach Totenstille dann gewesen.

Als sie nach dem zweiten Kind im Jahr 2011 wieder an die Klinik kommt, ist die Abteilung auf vier Personen angewachsen. Zunächst arbeitet Frau Ohlsen weiterhin abends zweimal die Woche vier Stunden, später stockt sie dann auf eine 50%-Stelle auf und ist als Medizinische Dokumentarin neben ihrer Haupttätigkeit, der Kodierung, für Nebenaufgaben im Bereich Qualitätssicherung oder aktuell für das Projekt „Einführung der elektronischen Patientenakte“ zuständig, worüber sie jedoch nicht sonderlich glücklich zu sein scheint.

Es wurde schon angesprochen, dass Frau Ohlsen eine gewisse Statusorientierung an den Tag legt, insofern sie ihr Abitur „nicht für die Katz“ gemacht“ haben will und es auch vorgezogen hätte, einen tertiären Abschluss anstelle des Zeugnisses einer Fachschule zu erwerben, um damit „Akademiker“ zu werden. Ein ähnlich gelagertes Distinktionsbemühen äußert sich bei ihr auch gegenüber den „einfachen“ Kodierfachkräften:

Frau Ohlsen: Da sage ich, ich bin gelernter medizinischer Dokumentar, das ist mein Beruf. Und wenn ich mich irgendwo bewerben würde und es würde sich jemand auf meinen Beruf beziehen, dann hätte ich Schiss, dass ich was machen müsste, was ich gar nicht will und was mir keinen Spaß macht. Weil in der Ausbildung so viel unterrichtet wurde und wir hatten achtzehn Prüfungsfächer gehabt, in denen wir Prüfungen geschrieben haben, und da liegt mir so viel gar nicht. Also ich bin in die Ausbildung gekommen und habe gedacht: „Oh Gott, dass das alles dazu gehört, hätte ich nie gedacht, dann hätte ich das jetzt nicht lernen wollen“, ne? Weil so die medizinischen Sachen, die liegen mir. Das ist das, was ich jetzt im Prinzip mache, nur halt nicht den ganzen Tag. Also das, was ich jetzt mache, damit bin ich glücklich für die vier Stunden, die ich das mache. Aber ich bin Medizinischer Dokumentar, weil das einfach auch höherwertiger klingt als das, was auf unserem Schild steht: ‚Medizinische Kodierfachkraft‘. Also das, ich bin keine Fachkraft. Also es klingt so wie Reinigungskraft, die machen sauber. Das ist halt das, was sie tun, und Kodieren ist auch das, was ich tue. Aber naja, Beruf und Tätigkeit ist ja noch was anderes. [...] Also ich sage, ich bin das von Beruf, aber ich mache seit über zehn Jahren (...) Kodierarbeiten, ja.

Die Interviewpassage zeigt mehrere Dinge: Zum einen wird nochmals das Distinktionsbemühen deutlich, in diesem Fall die Einordnung des Berufs des Medizinischen Dokumentars als „höherwertig“ gegenüber den Kodierfachkräften – und das sind ja die mit ihr im gleichen Büro sitzenden Kolleginnen und Kollegen aus dem Medizincontrolling. Zum andern zeigt sich, dass Frau Ohlsen – durchaus im Einklang mit einer berufssoziologischen Einschätzung bezüglich der Einordnung der von Kodierfachkräften ausgeübten Tätigkeit – diese subjektiv nicht als einen vollwertigen Beruf ansieht, und das, obwohl ihr selbst diese Tätigkeit, – „die medizinischen Sachen“ – mehr liegt als die übrigen Aufgaben, die sie just in ihrer Eigenschaft als Medizinische Dokumentarin von der Klinikleitung übertragen bekommt, etwa das Projekt Einführung der elektronischen Patientenakte. Schließlich zeigen sich hier auch deutlich das Spiel mit den Bezeichnungen, der situationsabhängige strategische Umgang mit dem Berufslabel, der den in der Kodierung tätigen Medizinischen Dokumentaren gerade auf Grund der mangelnden Institutionalisierung des Berufs Kodierfachkraft in unterschiedlichen Kontexten offensteht.

Resümee

Herr Gallus und Frau Ohlsen, die beide den Abschluss Medizinischen Dokumentation an einer Fachschule absolviert haben, haben auch das allgemeine Abitur, was sie von den meisten anderen Kodierfachkräften

des Samples unterscheidet. Während Herr Gallus eine längere Suchbewegung mit einem später abgebrochenen Studium und anschließend einer gewissen Ratlosigkeit vollzogen hat – das Studium ist ihm zu theoretisch –, ist Frau Ohlsen nach der Schule um Einiges zielstrebig. Beide kommen aber schließlich zur Ausbildung auf der Basis einer eher methodischen Auseinandersetzung mit Informationsmaterial über das Gesundheitssystem. Ein Medizinstudium kam für sie nicht in Frage, Frau Ohlsen ist zwar statusbewusst, doch die Ochsentour über ein solches Studium will sie sich nicht zumuten. Es kommt aber bei ihr, wie auch bei Herrn Gallus noch ein anderes Moment hinzu: Beiden ist die direkte Arbeit am menschlichen Körper, der Kontakt mit Blut, Wunden oder Ausscheidungen, wie er für das ärztliche oder pflegerische Arbeiten unvermeidlich ist, gar zuwider. Herr Gallus probiert es zwar in Form eines Praktikums, aber diese Erfahrung bewegt ihn dann doch in Richtung einer Tätigkeit, die eher indirekt nur mit dem menschlichen Körper zu tun hat. Herr Gallus bringt noch einen weiteren Aspekt mit ein, der wohl auch für Frau Ohlsen gilt, die das aber nicht gesondert thematisiert. Ihm fehlt der Zugang für das, was den Pflegekräften zugeschrieben wird: das Anderen-Menschen-Helfen-Wollen, das als sinnstiftendes Element dem pflegerischen Ethos auch zugrunde liegt. Beide schlagen daher mit ihrer Ausbildung einen Mittelweg ein zwischen zu praktischer Tätigkeit, zu viel Theorie, zwischen Medizin und Pflege und ganz anderen Berufsmöglichkeiten. Mit der Medizinischen Dokumentation haben sie einen Anschluss an das Gesundheitswesen gefunden, der sie interessiert, der aber eher ein distanzierteres Verhältnis zur Arbeit am Körper impliziert. Dass die Tätigkeit meist sehr viel Informatik und EDV umfasst, kommt den Interessen Herrn Gallus‘ entgegen, für Frau Ohlsen ist es eher die ungeliebte Seite des Berufs, weshalb sie sich dessen gerne entledigt, als sich die Opportunität der Einführung des DRG-Systems mit seinem Bedarf an Kodierpersonal bietet. Bei Herrn Gallus ist es offenbar die Erstanstellung in einem nicht weit entfernten Krankenhaus, durch die er zum Kodieren kommt, und es ist auch die Möglichkeit, wieder in seine Heimatstadt zurückzukehren, die ihn dabei hält. Kodierpersonal wird gesucht.

Beide können das Handicap offenbar ausgleichen, das es bedeutet, nie als Pflegekraft das Krankenhaus mit seinen Abläufen und die medizinischen Aspekte der Tätigkeit von der Pike auf kennengelernt zu haben. Bei Frau Ohlsen ist es die Zusammenarbeit mit der DRG-Beauftragten und Oberärztin, die darauf Wert legt, sie zumindest in die Praxis mitzunehmen, um alles einmal mit eigenem Auge gesehen zu haben. Wie es Herrn Gallus gelingt, diesen Mangel auszugleichen, wird im Interview nicht klar.

Mit dem Ausbildungstitel „Medizinischer Dokumentar“ zu arbeiten, vermittelt gewisse Distinktionschancen gegenüber den anderen Mitarbeitern im Medizincontrolling. Für Frau Ohlsen existiert ganz klar ein Statusgefälle zwischen der Medizinischen Dokumentation, der Kodierfachkraft mit Pflegehintergrund und schließlich der Kodierfachkraft, die zuvor als Arzthelferin gearbeitet hat. Allerdings erzeugt die Tatsache, dass sie letztlich doch die Tätigkeit einer Kodierfachkraft ausübt, ja überhaupt lieber einen Abschluss auf tertiärer Ebene absolviert hätte, bei ihr eine gewisse Statusunsicherheit, die vielleicht auch die Ursache für ihre Distinktionsbemühungen ist. Herrn Gallus sind solche Statuskämpfe offenbar fremd, er beneidet tatsächlich die ehemaligen Pflegekräfte um ihre Erfahrung und ihr fachliches Wissen, was mit seiner langen beruflichen Unsicherheit vor Antritt seiner ersten Stelle an einem Krankenhaus zusammenhängen mag.

Zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens und dem DRG-System gegenüber äußert sich Frau Ohlsen eigentlich gar nicht kritisch, Herr Gallus dagegen schon, aber die Kritik entspringt bei ihm nicht der Erfahrung am eigenen Leib wie bei den Pflegekräften, vielmehr kann man bei ihm ein kritisches Interesse am System feststellen, das von einer intellektuellen Auseinandersetzung herrührt.

6.3.6 Früherer Beruf: Arzthelferin

Ein geringer Anteil der Kodierfachkräfte hat ursprünglich den Beruf der „Arzthelferin“ erlernt. Damit sind diese Personen quasi „naturgemäß“ weiblich.

6.3.6.1 Frau Regenauer – Kodierfachkraft (ehemals Arzthelferin) Krankenhaus I

Frau Regenauer, Anfang 50, ist in der Stadt, in der sich Krankenhaus I befindet, aufgewachsen. Ihre Eltern hatten beide einen Hauptschulabschluss, als Beruf des Vaters gibt sie „Finanzbeamter“ an, die Mutter ist bzw. war gelernte Raumausstatterin und Hausfrau. Sie selbst orientiert sich allerdings schon bald auf den Gesundheitsbereich hin, obwohl es in der Familie oder Verwandtschaft dafür keine Vorbilder gab: „Nein, überhaupt nicht. Nein, wir sind in der Gastronomie“, womit sie die Tätigkeit der Großeltern väterlicherseits meint. Aber „irgendwie Medizin“ hat sie „schon immer interessiert“. Der Gesundheitsbereich scheint in ihren Augen einen Aufstiegsweg zu verkörpern, den ihr der Realschulabschluss eröffnet. Sie möchte zunächst Hebamme werden, das setzt allerdings vier Jahre Wartezeit voraus, ebenso wie die Ausbildung als Krankengymnastin, die sie alternativ dazu ins Auge fasst. Schließlich ist sie „halt in die Arzthelfertätigkeit gerutscht“, hat nach einem Jahr Haushaltsschule eine Lehrstelle bekommen „in meinem medizinischen Bereich“. In dem Bogen zur Erfassung der soziodemographischen Merkmale gibt sie als erlernten Beruf an: „Medizinisch-kaufmännische Assistentin“. Sie hat diesen Berufsweg nie bereut, „außer, dass es schlecht bezahlt ist [...], es wird viel verlangt – wenig Verdienst“. Immer wieder im Interview thematisiert sie die niedrige Bezahlung. Nach der Ausbildung arbeitet sie mehrere Jahre lang in Facharztpraxen der Urologie und der Orthopädie, macht dann aber im Jahr 2001 den Sprung ins Krankenhaus, wo sie sie Chefarztsekretärin wird und diese Position dann ca. 5 Jahre lang innehat. Den Schritt aus den Arztpraxen weg in ein öffentliches Krankenhaus, in den öffentlichen Dienst zu gehen, begründet sie gegen Ende des Interviews mit der hohen Verantwortung und der geringen monetären Anerkennung in ihren früheren Tätigkeiten.

Frau Regenauer: [...] ich komme als Arzthelferin aus der Praxis, war dort *Erstkraft*, war die erste, die kam, und war die letzte die *ging*, war für alles zuständig, ob das die Bleistifte-Bestellen ist oder den Patienten versorgen ist, eigentlich querbeet. Und da verdienen sie *noch* weniger als im Öffentlichen Dienst. Mit mehr Verantwortung, als ich dann eigentlich im *Klinikum* angetreten war. Und die sind noch wesentlich schlechter bezahlt. Also für mich war es schon eine Motivation dann, in den Öffentlichen Dienst zu gehen. Wir haben halt geregelte Arbeitszeiten und vielleicht mal ein bisschen besser *verdienen*.

I: Ja, überhaupt mal?

Frau Regenauer: Überhaupt mal. Weil das war dann *meine* Motivation, ja? Und ein bisschen besser verdient habe ich, ja. Keine Frage.

I: Also für den Wechsel dann?

Frau Regenauer: Und weniger Verantwortung hatte ich im Endeffekt dann auch. Weil ich nicht mehr direkt am Patienten war.

I: Ja, man ist einfach *auch* in einer größeren Organisation einfach und hat da eine Funktion da.

Frau Regenauer: Ja.

I: Und nicht so Mädchen für alles zu [(?).]

Frau Regenauer: [*unterbricht*] [Und nicht] Mädchen für alles mit viel Wissen, und *noch* schlechter bezahlt als im Öffentlichen Dienst.

Ihre Stelle als Chefarztsekretärin hat eine entscheidende Besonderheit, die ihr eine breite Erfahrung mit den Abläufen im Krankenhaus, den verschiedenen Disziplinen und Abteilungen, aber auch den dort jeweils arbeitenden Personen vermittelt: Sie wird als „Springerin“ eingestellt. „Das war dazumal ein Novum, da ich sechs Stellen auf einmal hatte, also sechs Chefarzt-Sekretariate, die ich bedienen musste zu Urlaubszeiten.“ Dass diese vielen Wechsel auch belastend sind, ist kein Wunder. Nach fünfeinhalb Jahren bewirbt sie sich dann auch für die vom Medizincontrolling im Haus ausgeschriebene Ausbildung als Kodierfachkraft, zumal sie „mit ICDs und DRGs [...] schon in den Praxen zu tun gehabt“ hat. Die ehemalige Leiterin des Medizincontrollings, Frau Ehrlich, sagt über sie anerkennend: „Die Frau Regenauer ist eigentlich in allen Sätteln gerecht“ (D-K-23), das heißt, sie ist polyvalent und universell einsetzbar. Sie absolviert zusammen mit den anderen über die hausinterne Ausschreibung ausgewählten Kandidatinnen die drei Monate „Out-house-Schulung“ sowie eine intensive, ein oder zweiwöchige „Inhouse-Schulung“ durch das Medizincontrolling. Seit fünf Jahren ist sie nun „klinische Kodierfachkraft – Kodierung der Inneren Medizin“. Sie bearbeitet die Fälle aus „der Onkologie, Strahlentherapie, Kinder, mittlerweile auch die Gynäkologie und aushilfsweise Chirurgie, Urologie, Unfallchirurgie, also eigentlich alles“, eine zwangsläufige Polyvalenz, die auch mit dem in der Phase der Felderhebungen einsetzenden Weggang von Angehörigen des Medizincontrollings zu tun hat. Sie ist also sozusagen wieder „Springerin“. Doch fehlt ihr als Arzthelferin ohne Pflegeabschluss „eine gewisse Wertschätzung“, was sie an einem Gespräch mit einer Dame der Personalabteilung festmacht:

Ich hatte mal ein Gespräch mit einer Dame der Personalabteilung. Da ging es um Höhergruppierung. Wo sie dann doch glatt gesagt hat: „Nein, wieso wollten sie eigentlich höhergruppiert werden? Sie machen doch keine besondere Arbeit“. Sage ich: „Wie bitte? Das ist genauso Sachbearbeitung, wie sie in der Personalabteilung machen oder wie die in der Patientenabrechnung machen.“ Wo fehlt jetzt eigentlich der Sachbearbeiter-Status? Nur weil wir nicht Sachbearbeiter genannt werden. [...] Solche Dinge wurmen einen. Und dann so dann, wie das dann rüberkommt, so die Art. So:, „Was macht denn ihr?“ Das hat mich gewurmt. Das hat mich schwer gewurmt.

Neben ihrer Tätigkeit als Kodierfachkraft ist sie auch aktives Personalratsmitglied, allerdings nicht mit gewerkschaftlichem Hintergrund. Die Veränderungen und Turbulenzen in der Klinik, mehrfache Wechsel in der Geschäftsführung, über die sie vertiefte Einblicke auch durch ihre Zugehörigkeit zu diesem Gremium hat, auch das von „Misstrauen“ geprägte Klima in der Klinik, „der Ton von oben nach unten“, „diese Grabenkämpfe, diese Kämpfe am Rande“, veranlassen sie, wie ich später erfahre, ca. ein Jahr nach dem Interview, eine Stelle als Kodierfachkraft an einem ganz in der Nähe gelegenen privaten Spezialklinikum anzunehmen.

6.3.6.2 Frau Richter – Kodierfachkraft (ehemals Arzthelferin) Krankenhaus II

Frau Richter stammt aus einer sehr ländlich geprägten Gegend. Der Realschulabschluss ist zur Zeit ihrer Jugend dort noch keine Selbstverständlichkeit und auch im Anschluss nimmt man als junge Frau dann das Nächstgelegene, was man mit diesem Schulabschluss anfangen kann:

Frau Richter: Damals, ich kam vom Dorf, war das noch so, dass man sagt: „Ja toll, hast die Realschule geschafft.“ Wäre gar keiner auf die Idee gekommen, mich ein Abitur machen zu lassen. Dann suchst du dir einen Ausbildungsberuf. Ja, das war in der Nachbarschaft, die Arztpraxis, und ich habe nur eine Bewerbung geschrieben und die haben mich genommen und dann hab' ich das gelernt.

Nach der Ausbildung, die ihr „auch Spaß gemacht“ hat, wird sie für ein Jahr übernommen, bevor dann eine neue Auszubildende ihren Platz in der Praxis einnimmt. Sie muss wieder nur eine Bewerbung schreiben, gleich bekommt sie eine Stelle in einem heute geschlossenen kleinen Landkrankenhaus, wo sie drei, vier Jahre lang in der Unfallchirurgie-Ambulanz und im OP alle administrativen Tätigkeiten verrichtet. Ihr damaliger Chef, der in der nicht weit entfernt gelegenen Kreisstadt eine eigene Praxis übernimmt, bittet sie mitzukommen, ein Angebot, das sie nach anfänglichem Zögern annimmt, zumal sie mit Anfang 20 sowieso von zuhause ausziehen möchte. Sie verlässt also das Krankenhaus und arbeitet wieder in einer Arztpraxis, in der sie „die Leitung“ übernimmt und fortan viel arbeitet, „elf Stunden am Tag [...], ja jedes Wochenende [...] und, und, und.“ Das geht so bis zur Geburt ihres Sohnes, nach der sie für zweieinhalb Jahre zuhause bleibt, unterbrochen nur durch Urlaubsvertretungen oder für eine Tätigkeit als freie Mitarbeiterin bei einem Anzeigenblatt, bei dem ihr Mann als Redakteur tätig ist. Im Anschluss an diese Familienphase möchte sie wieder zurück in ihren Beruf, jedoch nicht in ihrer alten Praxis, da sie befürchtet, dass die gleichen Anforderungen wieder an sie herangetragen würden. Stattdessen bekommt sie eine geringfügige Beschäftigung in einer gynäkologischen Praxis, die sie nach ca. einem Jahr auf etwas weniger als eine Halbtagsstelle ausweiten kann. In dieser Funktion kommt sie zum ersten Mal in Berührung mit der Kodierung im Rahmen des DRG-Systems, da ihr Chef als Belegarzt am örtlichen Kreiskrankenhaus tätig ist.

Frau Richter: Das war ein ausländischer Arzt, der konnte damit überhaupt nichts anfangen und hat es dann netterweise an mich übertragen. //lacht// Und ja, ich habe das dann gemacht, bin zwei Mal die Woche da hin, habe die Fälle kodiert und ohne viel Ahnung davon zu haben.

Sie bekommt einzig eine Anleitung von dem für das Medizincontrolling zuständigen Arzt, dem heutigen Geschäftsführer von Klinik II. Nach zwei bis drei Jahren hat sie „irgendwie das ganze Praxisleben einfach satt. Ich habe gesagt, das ist nur noch Stress, Rennerei und das ist für mich einfach keine Perspektive“. Sie bewirbt sich 2007 bei einem in der gleichen Stadt ansässigen privaten Klinikkonzern für eine Tätigkeit an der Rezeption, „damit ich was gemacht habe“, bekommt allerdings zunächst eine Absage. Auf einer privaten Feier wird sie jedoch von einem entfernten Bekannten, Personalchef dieses Privatklinikums, angesprochen, dem zufällig ihre Bewerbung vorgelegen hat. Er vermittelt ihr eine Stelle in einer neurologischen Klinik, die „händeringend“ jemanden sucht, „der die Ärzte bei der Kodierung unterstützt. Sag ich, ‚das trifft sich gut, das habe ich schon mal gemacht‘“. Das Vorstellungsgespräch mit dem Chefarzt und zwei Oberärzten verläuft sehr gut, im Anschluss erfährt sie von einem der beiden Oberärzte, warum man gerade sie haben will:

Frau Richter: Der Oberarzt geht mit mir durch und zeigt mir alles und von ihrer Seite können sie sich das gut vorstellen, ich soll mir das eine Woche lang gut überlegen und dann soll ich mich melden, ob ich die Stelle haben will oder nicht. Und dann bin ich mit dem Oberarzt raus und dann sind wir in den Aufzug gegangen und dann hat er zu mir gesagt, „Sie kriegen diese Stelle, weil ich das will.“ Dann habe ich gesagt, „Okay, warum?“ Ja? „Hier haben sich Leute vorgestellt. Das geht gar nicht. Das ging gar nicht und sie sind die einzige, die in Frage kommt, wo ich es mir überhaupt vorstellen könnte. Und wenn ich sage, sie kriegen die Stelle, dann kriegen sie die.“ Habe ich gesagt, „Na, ist ja schön.“

I: Was meinte er, wenn ich fragen darf? Also vom Typ her oder von der Vorerfahrung, oder?

Frau Richter: Alles. Er hat gesagt: „Sie haben eine gute fachliche Vorbildung, weil sie in verschiedenen Bereichen der Medizin gearbeitet haben, Sie hatten schon mal was mit Kodierung zu tun, Ihr Auftreten, Sie müssen hier mit Assistenzärzten und so, Sie scheinen eine starke Persönlichkeit zu sein“

Sie arrangiert mit ihrem Mann in der Folge die Kinderbetreuung, so dass sie die volle Stelle annehmen kann, die auf Klinikseite „ein Pilotprojekt“ war und – eigentlich eine halbe Arztstelle“ – von einem Drittmittelkonto finanziert wird. Das Profil ihrer Tätigkeit, ihr Aufgabenbereich ist noch völlig undefiniert:

Frau Richter: [...] und ja, es wusste auch keiner, was ich da jetzt wirklich machen sollte. Ich kam da also hin, ich hatte dann vier Stationen mit den Pflegekräften, mit zwölf Ärzten und da steht plötzlich eine da und die soll sich jetzt um irgendwas kümmern, aber eigentlich weiß keiner so genau, was.

Es gibt zwar schon ein Medizincontrolling, doch wollen die Ärzte, die vorkodieren müssen, deren Stellenbesetzung allerdings sehr dünn ist, unterstützt werden. Sie soll hier das Medizincontrolling mit fallbegleitender Dokumentation umbauen. Der Chefarzt steht total hinter der Sache, was für sie in der Rückschau die Voraussetzung ist, dass es überhaupt klappen kann. Allmählich kristallisiert sich aus der anfänglichen Unübersichtlichkeit ein Kompetenzbereich und auch eine gewisse Routine heraus.

Frau Richter: Dann bin ich halt da hin und bin halt auf Visite mitgegangen. Es war klar, ich sollte so eben gucken, was wird dokumentiert, und es hat sich dann so ganz langsam gestaltet. Also, ich habe es eigentlich selber gestaltet. Die haben mir relativ viel Freiheit gelassen. Die haben gesagt: „Mhm, das wäre schön, das wäre gut“ und so. Ja, und dann habe ich am 1. März da angefangen und dann in den Pfingstferien durfte ich großzügiger Weise Urlaub machen [...], da war ich zehn Tage weg und da kam ich wieder und da kam ich früh in die Frühbesprechungen, da sind mir beide Oberärzte um den Hals gefallen, dass ich wieder da bin. Also, sie hatten sich relativ schnell dran gewöhnt, dass da jemand ist, der sie mal entlastet oder, ja.

Sie wird fast vier Jahre in dieser Klinik tätig bleiben, allerdings erst 2010 eine Kodierausbildung absolvieren. Anfang 2011 erfährt eine Nachbarin, die damalige Geschäftsführerin des Kreiskrankenhauses, über den Mann von Frau Richter von deren Tätigkeit beim privaten Klinikkonzern. Ihr gelingt es, gegen die anfängliche Ablehnung Frau Richters, die eigentlich ihre Stelle nicht wechseln will, und gegen die daraufhin einsetzenden Bemühungen seitens ihres Vorgesetzten, ihr ein höheres Gehalt zu verschaffen, diese abzuwerben.

Frau Richter: Gab es zwei Dinge, die haben mir sehr gut gefallen. Das eine war die Gleitzeit. So was haben wir im Rhön-Klinikum nicht und das andere war der kurze Weg. Ich laufe zur Arbeit, ich bin total flexibel. //Ja.// Egal was zu Hause ist, ich kann mich ausstechen, ich kann mal heimgehen oder, das ist irgendwie was, das hat mich sehr gezogen. Die Bezahlung war natürlich auch etwas besser, aber das war eigentlich jetzt nicht ausschlaggebend.

In einem der Bürogespräche, die wir während der Arbeit über die Schreibtische hinweg führen, vertraut sie mir allerdings an, dass es noch andere Gründe gab, die Stelle bei dem Klinikkonzern zu verlassen: Es gab dort viele „ausländische Ärzte, so aus dem Kosovo und so. Da hatte ich als Frau Probleme. Die lassen sich da nichts sagen, die Schnösel. War dann auch der Grund, warum ich gegangen bin.“ Das müssen sehr harte Auseinandersetzungen gewesen sein, denn sie präsentiert sich als durchsetzungsstarke, selbstbewusste, ja „toughe“ Frau, die nicht leicht vor Konflikten zurückschreckt. In der neuen Stelle wird sie vom Geschäftsführer gefragt, ob sie die fallbegleitende Dokumentation auch hier aufbauen würde. Sie lehnt das aber mit der Begründung ab, dass das zwar großen Spaß gemacht habe, aber hier nicht die gleichen Voraussetzungen

gegeben seien. Und mit den Voraussetzungen meint sie den Chefarzt der Inneren Medizin, „der weniger durchsetzungsstark ist“ (Feldtagebuch 21.1.2014).

Die jetzige Stelle bedeutet für sie anfänglich „eine große Umstellung, weil vorher hatte ich nicht so diese Endverantwortung“, und dann muss sie sich in neue Fachgebiete einarbeiten, da sie zunächst für die Chirurgie zuständig ist, dieses Feld nach einigen Monaten jedoch einer Kollegin abtreten und die Innere Medizin übernehmen muss.

Frau Richter: Davon hatte ich auch nicht wirklich viel Ahnung und das erste halbe Jahr war schon pfff, aufreibend. Also, da habe ich schon gedacht: „Mein Gott, was hast du dir angetan“, na? Weil die Verantwortung einfach eine sehr große ist, man zeichnet hier Beträge ab, wo man sagt, es kann nicht sein, dass jemand, der kein Arzt ist und kein Betriebswirtschaftler ist, so eine Verantwortung übernehmen muss.

Heute ist Frau Richter wieder im Wesentlichen für die Chirurgie zuständig, zu ihrem Tätigkeitsbereich gehören jedoch auch die MDK-Anfragen und -Inhouse-Prüfungen. Mit den zunehmenden Aufgaben und der gestiegenen Verantwortung wächst aber auch eine gewisse Unzufriedenheit mit ihrem Gehalt. Sie hat die genau gleiche Eingruppierung „wie die Kodierfachkräfte“. Das deutet darauf hin, dass sich eine Differenzierung im Statusgefüge des Teams vollzogen hat, die sich aber nicht in entsprechenden Gehaltsunterschieden widerspiegelt.

Resümee

Ähnlich wie die Medizinischen Dokumentare und im Gegensatz zu den Pflegefachkräften fehlen den beiden ehemaligen Arzthelferinnen im Sample qua Ausbildung zunächst die Kenntnis der Organisation und der Abläufe in einem Krankenhaus. Eine „Berufung“ zum Gesundheitswesen, wie sie von einigen Krankenpflegerinnen berichtet wird, geben beide nicht an, bei Frau Richter ist es die nächstliegende Gelegenheit, die sie zur Ausbildung in einer Arztpraxis führt, bei Frau Regenauer immerhin das Interesse an der Medizin. Aus verschiedenen Gründen führt sie beide ihre Berufslaufbahn irgendwann ans Krankenhaus, wo nach mehr oder weniger langen Jahren besondere Bedingungen bzw. Vorkenntnisse ihnen den Einstieg in die Kodiertätigkeit ermöglichen. Bei Frau Regenauer ist es, nach einigen Jahren der Berufsausübung in Facharztpraxen, ihre Tätigkeit als Sekretärin und in dieser Funktion Springerin in mehreren Kliniken, die ihr diesen nötigen Hintergrund vermittelt, bei Frau Richter ist es die Erfahrung mit dem Kodieren für einen niedergelassenen Arzt, der jedoch auch als Belegarzt in Krankenhaus II tätig ist. In beiden Fällen nutzt es ihnen, dass sie schon Erfahrungen mit der Verschlüsselung auf der Basis der ICDs bzw. der DRGs in den Privatpraxen gesammelt hatten. Die ehemaligen Arzthelferinnen lassen sich beide in intergenerationeller Hinsicht als „Aufsteigerinnen“ bezeichnen, sie kommen aus einfacheren Verhältnissen, Frau Richter gar aus einer sehr ländlich geprägten Gegend, wo man es zur Zeit ihrer Berufswahl noch nicht unbedingt als normal ansieht, dass junge Frauen nach der Realschule noch eine weitergehende Schulausbildung absolvieren. Beide legen auch einen über das durchschnittliche Maß hinausgehenden Leistungswillen an den Tag, der sich in einer ausgeprägten Bereitschaft zu Polyvalenz, langen Arbeitszeiten und Verantwortungsübernahme niederschlägt. Sie suchen beide auch einen Aufstieg im Verlauf ihrer Erwerbskarriere. Beiden kann man verantwortungsvolle Tätigkeiten anvertrauen, Frau Richter etwa den Aufbau der fallbegleitenden Kodierung in einer Klinik eines großen Krankenhauskonzerns, ohne, dass sie noch die Ausbildung zur

Kodiererin durchlaufen hat, später das MDK-Management, das oft Aufgabe von Ärzten ist, oder auch das Anlernen der neuen Mitglieder der Kodierabteilung. Springerin wie Frau Regenauer zwischen verschiedenen Chefarztsekretariaten werden zu wollen, ist auch nicht jedem gegeben. Allerdings bleibt ihnen mit ihrer Erstausbildung als Arzthelferin aufgrund des Statusgefüges im Krankenhaus ein weiterer, formaler Aufstieg verwehrt.

Diese Leistungsbereitschaft sehen alle beide in finanzieller Hinsicht nicht wertgeschätzt, sind unzufrieden mit dem Entgelt, was möglicher Weise auch mit dem weniger geschätzten Abschluss als „Arzthelferin“ zu tun hat. Dieses Überwiegen der Arbeitskraftperspektive in der Beurteilung ihrer Beschäftigungssituationen führt sie dazu, dass sie mehrfach die Stelle wechseln. Frau Regenauer sucht bewusst eine Anstellung im öffentlichen Dienst, in der sie zwar ebenso viel leisten muss, die aber immerhin etwas besser bezahlt ist. Sie zögert aber auch nicht, in der angespannten Krisensituation und dem schlechter gewordenen Klima in Krankenhaus I nach der Entlassung des ehemaligen ärztlichen Direktors und der Degradierung ihrer Vorgesetzten, Frau Ehrlich, den öffentlichen Dienst wieder zu quittieren und eine Anstellung in einer Privatklinik anzunehmen. Frau Richter hat mehrere Wechsel zwischen Praxen und Krankenhäusern hinter sich, genießt aber auch nach dem Wechsel in das in öffentlicher Hand befindliche Kreiskrankenhaus die Arbeitsbedingungen, die ihr die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen.

Beide sprechen im Interview wenig über das, was an der Tätigkeit als Kodierfachkraft für sie besonders sinnvoll ist oder spannend sein kann, beide äußern im Vergleich auch wenig grundsätzliche Kritik am DRG-System. Es sind eher die damit einher gehenden Konflikte mit kodier- oder dokumentationsunwilligen Ärzten und andere Anlässe, die einem die Arbeit schwer machen, als die negativ wahrgenommenen Aspekte des Systems.

6.4 Kodierfachkräfte bei der Arbeit

6.4.1 Der Ort in der Organisation: Das Medizincontrolling als Scharnier zwischen Medizin und Betriebswirtschaft

Will man zunächst einen Überblick darüber gewinnen, wie sich die Tätigkeit der in organisatorischer Hinsicht in der Regel¹²⁶ zum Medizincontrolling und damit zur Verwaltung der Krankenhäuser gehörenden Kodierfachkräfte zur Gesamtorganisation Krankenhaus insgesamt verhält, erfordert dies zunächst, dass man zwischen einer *innerorganisatorischen* und einer *nach außen gerichteten Funktion* unterscheidet:

Innerorganisatorisch stellen sie ein Glied innerhalb der von uns als DRG-Trajektorie bezeichneten Kette von Tätigkeiten dar, die von der Diagnosestellung, der Behandlung und der Pflege über die Abrechnung der erbrachten Leistung hin zur Kostenerstattung durch die Kostenträger reicht. Diese zwischen der eigentlichen „Produktionsarbeit“ des Krankenhauses und der Rechnungsstellung vermittelnde Tätigkeit bildet

¹²⁶ Bisweilen sind Kodierfachkräfte organisatorisch bzw. vom Stellenplan her auch an die Stationen bzw. medizinischen Fachabteilung angegliedert bzw. wird ihre Tätigkeit von Pflegepersonal oder Case-Managern ausgeübt. Stellenmäßig belasten sie damit oft das Personalbudget der Pflege, was von den Pflegenden als nicht unproblematisch angesehen wird, insofern ja das Kodieren *de jure* eine ärztliche Tätigkeit darstellt bzw. vom ärztlichen Dienst an die Kodierfachkräfte delegiert ist (s. dazu Kapitel 5). Entsprechend sind sie auch nicht wirklich in der Krankenhausstatistik identifizierbar. Sie können sich unter der Rubrik „Pflegedienst“ befinden, aber auch unter der Rubrik „Verwaltungsdienst“. Auch dahinter verbirgt sich eine Verteilungsfrage!

eine „Schnittstelle“ zwischen den Bereichen Medizin und Ökonomie. Ihr Handeln ist also innerhalb der Organisation als eines arbeitsteilig organisierten und an Zwecken orientierten sozialen Gebildes am „Zielkomplex administrativ-betrieblicher Selbsterhaltung und Weiterentwicklung“ (Rohde) orientiert, der, wie Klaus Schroeter schreibt, „mit seinem bürokratischen und reglementierenden Handlungsanforderungen wie ein ‚Fremdkörper‘ im Krankenhaus“ wirkt (Schroeter 2006: 134), was insofern einen der Sache selbst notwendig anhängenden Generalkonflikt nach sich zieht, als er „den Zweckformen der Anstalt entspringt“, wie Johann Jürgen Rohde feststellt. „Man kann wohl sagen, daß die entscheidende Spannungsfront ‚irgendwo‘ zwischen den Funktionskreisen der Medizin und der Verwaltung verläuft“. Er kann „zumindest vor seiner Aktualisierung als frei von Böswilligkeit, Ideologie und hypertropher Machtsucht einzelner Gruppen gedacht werden“ (Rohde 1962: 323).

Ihrem Selbstverständnis nach wollen die im Medizincontrolling Beschäftigten, so ein Verbandsvertreter der DGfM,

Mittler [...] sein zwischen den Welten der Medizin und Pflege, also der eigentlichen Versorgung der Patienten und den Erfordernissen an eine wirtschaftliche Betriebsführung. Nur die Kenntnis der klinischen Prozesse in Verbindung mit einem tiefen Einblick in die ökonomischen Zusammenhänge der Gesundheitswirtschaft erlaubt es den Akteuren zielführende Entscheidungen zum Wohl der Patienten und des Unternehmens zu treffen. (Reibe 2014:78)

Es mag durchaus sein, dass sich manche Medizincontroller als Vertreter einer Ökumene von Ökonomie und Bedarfprinzip, von Tauschwert- und Gebrauchswertorientierung verstehen. Das darf freilich nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auf diesem Terrain nicht allzu ökumenisch zugeht, so dass man die Rolle des Medizincontrolling durchaus auch anders formulieren kann: Mit zunehmender Ökonomisierung des Gesundheitswesens und mit der Setzung von „Gewinnerzielung als Soll-Erwartung“ im Krankenhaus wird das Medizincontrolling insgesamt zu einem Teil des Hebels, den die Betriebswirtschaft an die medizinische und pflegerische Versorgung bzw. ihre jeweiligen Zielkomplexe ansetzt, was freilich nicht impliziert, dass dieser Hebel sich so einfach instrumentell handhaben lässt, sondern viel mehr ein Eigenleben und einen „Eigensinn“ besitzt. Gerade diese gilt es im Folgenden herauszuarbeiten.

Nach außen hin lassen sich die Kodierfachkräfte in systemtheoretischen Begrifflichkeiten, ähnlich der Sozialarbeit im Krankenhaus (Märker/Turba 2016), als „Grenzstellenprofession“ fassen (Tacke 1997), insofern sie in die Kommunikation mit anderen Organisationen, in erster Linie den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), eingebunden sind. Darauf wird in Kapitel 7 noch näher einzugehen sein.

6.4.2 Kodieren zwischen Formalität und Informalität

In der in der Einleitung als „DRG-Trajektorie“ bezeichneten Kette der Datenproduktion und -erfassung im Rahmen des Fallpauschalensystems spielen die Kodierfachkräfte neben den kodierenden Ärzten auf den Stationen sowie ihren Vorgesetzten, die selbst in der Regel auch der Ärzteschaft angehören oder Betriebswirte, Volkswirte und „Controller“ sind, eine alles andere als unwichtige Rolle.

Übernimmt man die in der Arbeitssoziologie gängige Unterscheidung von vorgeschriebener Aufgabe und effektiver Tätigkeit bzw. Formalität und informellem Handeln (Avril/Cartier/Serre 2010; Dujarier 2006:

46ff) Offiziell bzw. formal besteht ihre Funktion darin, auf der Grundlage der von den Ärzten vorgenommenen, mehr oder weniger umfangreichen Primärkodierungen (die verschiedenen Diagnosearten: Aufnahme-, Haupt- und Nebendiagnose¹²⁷) alle DRG-relevanten Daten (Aufnahmegrund, Alter, Geschlecht, Aufnahmezeitpunkt bei Neugeborenen, Beatmungsstunden) anhand der Patientenakten und einer Prüfsoftware, meist als „DRG-Grouper“¹²⁸ bezeichnet, zu erfassen und auf Plausibilität und auf Korrektheit hinsichtlich der Kodierrichtlinien¹²⁹ zu überprüfen, mögliche noch nicht kodierte und den Erlös steigernde Sachverhalte ausfindig zu machen, die Patientenakte entsprechend zu vervollständigen und damit zur „ökonomischen und juristischen „Optimierung“ der Diagnose und der erfolgten Behandlung“ beizutragen (Manzei 2011: 222). Sie bilden also den „real“ am Patienten erbrachten „Ressourcenaufwand“ pro Fall ab, übersetzen ihn in die Sprache des in der Grouper-Software niedergelegten DRG-Systems und machen ihn somit gegenüber den Kostenträgern abrechenbar. Jeder Fehler, jede Auslassung, jedes Versäumnis, jeder schlecht oder gar nicht dokumentierte Behandlungsschritt bewirkt, dass das, was real am Patienten getan worden ist, möglicherweise nicht für die Vergütung relevant ist, also den Erlös mindert.

¹²⁷ Die Hauptdiagnose wird als die Diagnose bezeichnet, die „hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“ (DIMDI 2010: 26).

¹²⁸ Der DRG-Grouper verfügt auch über ein Prüfprogramm, das Diagnosen ausweist, die nicht mehr stationär behandelt werden sollen.

¹²⁹ Der Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren liegen die Standardklassifikationen ICD-10 bzw. OPS-301 zugrunde. Vgl. zu einer soziologischen Analyse der Entstehung der ICD-Klassifikation Bowker/Starr 1999.

Abbildung 8: Beispiel einer Fallkodierung am „Grouper“

The screenshot shows the 'GetDRG 11.2.4' software interface. It is divided into several sections:

- Patientendaten:** Includes fields for 'Vers.-Nr.' (A-565656), 'PLZ' (90461), 'Vor-/Nachname' (Max Mustermann), 'Geschlecht' (männlich), 'Alter Jahre' (75), 'Alter Tage' (0), and 'Aufnahmegewicht' (0).
- Falldaten:** Includes 'Fallnummer' (123456), 'Aufnahmetag/Uhrzeit' (22.01.2012 16:50), 'Entlassungstag/Uhrzeit' (27.06.2012 13:41), 'Verweildauer' (157), and 'Tagesfall' (Nein).
- Diagnosen/Prozeduren:** A table with columns for HDG, ICD, OK, DRG, CCL, MRSA, Bezeichnung, Lokal, Mapping, and aktiv. It lists various conditions like 'Linksherzinsuffizienz' and 'Ulcus duodeni'.
- Operationsdaten:** A table with columns for OPS, OK, DRG, OR, Bezeichnung, Lokal, OP Tag, Mapping, and aktiv. It lists procedures like 'Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie'.
- DRG and Morbi RSA Summary:** Shows 'Hauptgruppe MDC' (05), 'Gruppe DRG' (A13C), 'durch VWD d. DRG' (26,2), 'Kostengewicht' (42.999), and 'Entgelthöhe' (129.113,88).

Quelle: <https://www.geosmbh.net/index.php/produkte/produkt-getdrg-getpepp>

Es handelt sich hier um einen fiktiven Fall eines 75 Jahre alten Mannes, der höchst „erlösrelevant“ wäre. Im oberen Abschnitt werden unter anderem die Patientendaten mit Namen, Versicherungsnummer und Aufnahmegewicht, der Aufnahme- und Entlasszeitpunkt, die Art der Einweisung eingetragen bzw. geladen. Im mittleren Abschnitt werden über eine Menü die Diagnosen anhand der ICD-Klassifikation eingegeben, gegebenenfalls auch Komplikationen und Komorbiditäten (CCL) und Zusatzentgelte, darunter die Prozeduren aus dem OPS-Katalog, in diesem Fall operative Eingriffe und die maschinelle Beatmung.

Im unteren Abschnitt ist die Hauptgruppe der DRG ersichtlich, aber auch, dass der Patient schon seit mehr als 95 Stunden beatmet wird. In Rot sieht man die durchschnittliche Verweildauer der DRG, den ersten Tag, an dem die untere Grenzverweildauer, den ersten Tag, an dem die obere Grenzverweildauer erreicht ist. Darunter, ebenfalls in Rot, sind das Relativkostengewicht des Falls, die tatsächliche Verweildauer, der patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL) und schließlich die Entgelthöhe angezeigt, die das Haus für diesen Fall erzielen würde: 129.113,88 Euro. Allerdings liegt der Patient schon 157 Tage bei einer oberen Grenzverweildauer von 44 Tagen. Die Kodierfachkraft sieht also nach Eingabe der Daten sofort, was der Fall dem Haus an Erlös einbringt, ruft aber auch die Grenzverweildauern in Erinnerung, d.h. die Fristen, innerhalb derer der Patient für das Haus am kostengünstigsten bzw. erlösrelevantesten ist.

Der technische Fachbegriff für dieses „richtige“ – die Anführungszeichen stehen bewusst – Kodieren lautet „Rightcoding“, im Jargon mancher Kodierfachkräfte wird es als „Veredeln“ bezeichnet. Das ist freilich die offizielle Lesart der Tätigkeit: Die Kodierfachkräfte entlasten den ärztlichen Dienst, indem sie auf der Basis ihres immer wieder aktualisierten Wissens hinsichtlich der entsprechenden Kodierregeln und Codes den „Ressourcenaufwand“ pro Fall in die entsprechende DRG-Codes übersetzen. Wenn sie lückenhafte Kodierungen ergänzen, dann auf der Basis der Dokumentation in der Patientenakte, ihres medizinischen Wissens sowie ihres „tacit knowledge“ von den Abläufen auf den Stationen oder im OP-Saal. Das ist der Grund, weshalb das Medizincontrolling bzw. die Geschäftsführung – wie im Kapitel über die Berufsverläufe der Kodierfachkräfte noch zu zeigen sein wird – häufig „altgediente“ Pflegekräfte von verschiedenen Stationen für die Weiterbildung zur Kodierfachkraft rekrutiert. Sie können dann anschließend gezielt für die Kodierung der stationären Fälle derjenigen Abteilungen eingesetzt werden, in denen sie selbst oft lange tätig gewesen sind.

In der Realität, abseits von oder besser: im Spiel mit den „Regeln“ eröffnet sich allerdings ein viel weiterer Raum, ein Korridor, innerhalb dessen die Kodierfachkräfte in der Praxis agieren können. Zum einen besteht nämlich durchaus ein Anreiz, selbst das Maximale aus einem Fall herauszuholen, einen Fall „hochzutriggern“, mittels „Manipulationen gegenüber dem realen Leistungsgeschehen hinsichtlich der abrechenbaren Bewertungsrelationen ‚nachzuhelfen‘“, also illegales „Upcoding“ zu betreiben (Wasem et al. 2007: 50). Upcoding wird von Wirtschaftsjuristen definiert als „systematische, realitätsabweichende Veränderungen der eigentlich diagnostizierten Erkrankungen und erfolgten Behandlungen mit dem Ziel, eine regelwidrige Erlössteigerung zu erreichen“ (Steinhilper 2012: 352).

Das muss nicht unbedingt mit einer kriminellen Absicht einhergehen. Es kann durchaus sein, dass man – und das trifft auf Kodierfachkräfte wie Ärzte gleichermaßen zu – im Zweifel bzw. bei Interpretationsspielräumen durch eine unklare DRG-Definition einfach die „teurere“ Diagnose verschlüsselt. Buhr und Klinke zitieren einen Assistenzarzt aus der Kardiologie:

Aber so ein Grundgefühl, dass z.B. bei so Angina pectoris-Beschwerden, dass die instabile Angina mehr bringt als die stabile, das weiß man und deswegen ist man natürlich auch geneigt, in der Wahl der Diagnose, wenn so viel Spielraum gegeben ist, dann im Zweifel ist es natürlich instabil. Also das nennt man ja, glaube ich, dieses Hochpunkten von Diagnosen. (Assistenzarzt Kardiologie, E101, 132) zit. nach Buhr/Klinke 2006a: 158

Das ist in beiden Fällen „brauchbare Illegalität“ im besten Luhmann’schen Sinne (1964: 304 ff). Durch die probeweise Veränderung verschiedener Parameter am Grouper (etwa indem sie Haupt- und Nebendiagnose vertauschen) lassen sich verschiedene Kodiervarianten simulieren und entsprechend die Erlösresultate miteinander vergleichen, was freilich ein riskantes Spiel darstellt, da den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prinzipiell die gleichen Möglichkeiten zur Verfügung stehen und auch – so die Interviews mit Mitarbeitern des MDK, ebenfalls Kodierfachkräften... – zu Kontrollzwecken genutzt werden (s. dazu ausführlich das Kapitel 7).

Es ist nun so, dass – wie häufig bei Klassifizierungsprozessen – nicht objektiv bestimmbar ist, wie eine eindeutige Diagnose zu stellen ist, wie ein Fall zu kodieren ist – und damit vor allem auch: wo Regeleinhaltung endet und Regelverletzung beginnt, wo der Übergang vom defensiven Rightcoding zur gerade noch

erlaubten Optimierung und von ihr zum illegalen Upcoding liegt. Immer wieder gibt es Grauzonen, „zones floues“, wie französische Statistiker das Phänomen nennen (Thévenot 1979; Comte 1992).¹³⁰

Wenn von „korrekter“ bzw. „unkorrektur Kodierung“ die Rede ist, impliziert dies, dass tatsächlich objektiv entschieden werden kann, was *die* richtige Kodierung ist. Ein Fall muss unter Berücksichtigung von Regeln ganz klar einer Kategorie in einer Klassifikation zugeordnet werden können. Das ist die Philosophie der Deutschen Kodierrichtlinien, die den Anspruch erheben, für jeden Fall eine klare Regelung angeben zu können und für gegebenenfalls auftretende Ausnahmen wiederum Ausnahmeregelungen. In den „DKR“ sind sozusagen die Doxa des Feldes des Medizincontrollings niedergelegt. Sie sind die Regel, die die Regelanwendung regeln will. Das ist aus einer an Kant orientierten Sichtweise problematisch, da „der Ausweg, die Anwendung von Regeln selbst noch in Regeln zu fassen, in einen infiniten Regreß führen würde“ (Ortmann 2003: 46). So schreibt Kant in dem Traktat „Über den Gemeinspruch: Das mag für die Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis“:

Daß zwischen Theorie und Praxis noch ein Mittelding der Verknüpfung und des Übergangs von der einen zur anderen erfordert werde, die Theorie mag auch noch so vollständig sein wie sie wolle, fällt in die Augen; denn, zu dem Verstandesbegriff, welcher die Regel enthält, muß ein Actus der Urteilskraft hinzukommen, wodurch der Praktiker unterscheidet, ob etwas der Fall der Regel sei oder nicht; und da für die Urteilskraft nicht immer wiederum Regeln gegeben werden können, wonach sie sich in der Subsumtion zu richten habe (weil das ins Unendliche gehen würde), so kann es Theoretiker geben, die in ihrem Leben nie praktisch werden können, weil es ihnen an Urteilskraft fehlt“ (Kant 1964: 127, zit. n. Ortmann 2003: 46).

Das gilt, so Ortmann, „für den Richter, der Gesetze anwendet, ebenso wie für das Organisationsmitglied, das organisatorischen Regeln unterworfen ist und sich, sei es aus egoistischen Motiven, sei es im Dienste der Organisation, für ein bestimmtes Maß an Regeltreue zu entscheiden hat“ (Ortmann 2003: 46). Und gemäß der neo-institutionalistischen Ökonomik braucht man gar nicht damit zu rechnen, dass Akteure Regeln einhalten, wenn das nicht in ihrem Interesse liegt. Das hat einiges für sich. In dieser Logik weitergedacht – und das ist eigentlich auch die Logik des in Kapitel 3 referierten Anreizmodells des Krankenhauses von Reifferscheid, Dominik und Wasem (2013), hilft es dann nur, entsprechende Anreize zu setzen, um die Regelanwendung ins Interesse der Akteure zu rücken. Es gilt hier aber die Max Weber paraphrasierende „solide materialistische Grundregel“ Bourdieus zu berücksichtigen, „daß sich die Akteure nur in dem Maße an eine Regel halten, wie ihr Interesse, sich an sie zu halten, größer ist als ihr Interesse, sich nicht an sie zu halten“ (Bourdieu/Wacquant 1996: 147). Nicht jede Regelverletzung ist aber Ausdruck der Selbstüchtigkeit von Akteuren, wie umgekehrt nicht jede Regeltreue Realisierung effizienter Anreizstrukturen ist.

Wittgenstein schreibt in den *Philosophischen Untersuchungen*: Die Verwendung des Wortes ‚Regel‘ ist mit der Verwendung des Wortes ‚gleich‘ verwoben“ (Wittgenstein 1984, §225) Dahinter steht die Überlegung, dass „Einer Regel folgen“, bedeutet, unter gleichen Umständen auf gleiche Weise zu handeln. Wie Ortmann aber schlussfolgert, können „ganz gleich [...] weder die Umstände noch die Handlungsweisen je

¹³⁰ „La validité de la nomenclature repose donc sur l’existence d’une armature institutionnelle et linguistique fondée sur des pratiques habituelles. Cette condition n’est pas satisfaite en période d’incertitude, de réarrangement ou de désagrégation. Lorsque les catégories sont solides, leur contenu fait l’objet d’un consensus général. Lorsqu’elles sont floues, on voit se développer des interprétations diverses tout au long de la chaîne de recueil de l’information. Les personnes chargées du classement ont des consignes moins précises, ce qui accroît les risques de biais systématiques [...] ou d’hétérogénéité des normes de classification.“ (Comte 1992: 167)

sein. Also müssen wir ergänzen: ‚gleich in relevanter Hinsicht‘, vielleicht auch ‚hinlänglich gleich‘, ohne indes allgemein angeben zu können, was ‚relevante Hinsicht‘ und was ‚hinlänglich‘ hier zu bedeuten haben. Zonen der Unschärfe tun sich auf. Und das berühmte Wittgenstein-Wort ‚Darum ist ‚der Regel folgen‘ eine Praxis‘ hat auch diese Implikation: daß die Gleichheits-, die Ähnlichkeits-, die Relevanz-, die Hinlänglichkeits-, die Angemessenheitskriterien dem jeweiligen Praxiszusammenhang entnommen werden müssen und prinzipiell nicht endlich sind“ (Ortmann 2003: 46; Hervorhebung im Original).

Bezüglich der dem System eigenen Doxa, der zufolge die Regeln klar und eindeutig sind, es also keinen Deutungsspielraum gibt, gibt es in der Auseinandersetzung zwischen Vertretern der Krankenhäuser und der „anderen Seite“, den Vertretern des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse, aber auch „Abweichter“, die ein heterodoxe Regelverständnis an den Tag legen und die Unschärfe, die Uneindeutigkeit von Fällen konstatieren und von „notwendiger ‚Auslegung‘“ sprechen: „Die dargestellten ‚Fehlermöglichkeiten‘ verdeutlichen, dass über die Frage einer ‚korrekten‘ Kodierung Wertungsdifferenzen auftreten können. Studien zur sog. Interrater-Reliabilität zeigen, dass das Konstrukt der ‚korrekten Kodierung‘ problembehaftet ist.“ (Fiori, Siam, Roeder 2013: 7f; man beachte die Anführungszeichen).

Frau Ehrlich, die ehemalige Leiterin des Medizincontrollings in Krankenhaus I sagt es treffend:

[...] bei den Kodierprüfungen ist es auch oft so, dass es vor allem bei den Hauptdiagnosen durchaus Interpretationsspielraum gibt. Das ist bei den Gesetzen genauso. Sonst bräuchte man keine Juristen. Man kann sich dann auch noch trefflich streiten, ob ein Patient, der mit Herzschwäche und Lungenentzündung kam, beides hatte, ob der jetzt wegen der Herzschwäche oder der Lungenentzündung aufgenommen worden ist. Und klar ist, dass die Kasse immer die billigere Variante nimmt. Und klar ist, dass wir die teurere Variante nehmen. (D-K-23)

Um dem Problem beizukommen, treibt man seitens des InEK den Teufel mit dem Beelzebub aus und verfeinert die DRG-Klassifikationen und Kodierrichtlinien von Jahr zu Jahr, schafft Regeln für die Ausnahmen von der Regel, damit jedoch wieder neue Unsicherheitszonen, und macht das System zudem immer schwerer durchschau- und handhabbar.¹³¹ „Die seit 2003 erfolgten permanenten Anpassungen des G-DRG-Systems haben das System immer undurchsichtiger werden lassen, so dass viele Anwender das Gefühl einer ‚black box‘ haben, in die sie Daten einspeisen und aus der sie ein Ergebnis erhalten“ (Kahlmeyer/Volkmer 2014: 33). Die ständige Weiterentwicklung des Systems bedeutet zum einen „permanenten Anpassungsstress“ für die mit dem DRG-System befassten Personen, die kaum dazu kommen, sich einen Überblick über alle Neuerungen zu verschaffen, zum anderen steigt der Arbeitsaufwand, „da den Ärzten ‚mühselig‘ alle Neuerungen vermittelt werden müssen“ (Buhr/Klinke 2006a: 158). Erwartungsgemäß zeigen Studien

¹³¹ Die folgende, Fiori et al. 2013 entnommene und höchst beeindruckende Aufzählung diene als Illustration des idealerweise von den Kodierfachkräften zu berücksichtigenden umfangreichen Regelwerks und bestätigt geradezu die von Kant beschriebene Aporie: Neben den Verzeichnissen der Diagnose- und Prozedurenklassifikationen sowie den Deutschen Kodierrichtlinien sollten bzw. können die Kodierer die „Aktualisierungslisten und Überleitungstabellen“ berücksichtigen, ebenso wie die weiteren Veröffentlichung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation (DIMDI), die Veröffentlichungen und Kommentierungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die „Antworten im Rahmen der Anfragen an das InEK“ sowie die „Daten und Informationen des InEK zu den Fällen der DRG-Kalkulation und der gesamtdeutschen Daten nach § 21 KHEntgG“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), die Kodierempfehlungen der Fachgesellschaften, die „Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 4 des MDK“, die „Kommentierungen der SEG-4-Empfehlungen und eigenen Kodierempfehlungen“ des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., die DRG-Abrechnungsregeln und ergänzenden Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner, die bisherige Rechtsprechung der Sozial- und Zivilgerichte und schließlich auch die Informationen von Diskussionsforen wie z.B. unter www.mydrg.de

zur Kodierqualität, dass die Reliabilität, also der Umstand, dass derselbe stationäre Behandlungsfall immer gleich kodiert wird, denkbar niedrig ausfällt (Stausberg et al. 2005; vgl. auch Stausberg 2007).

Die Mitglieder des Medizincontrollings mögen, ähnlich wie manche Vertreter des ärztlichen Dienstes, versucht sein, im Zweifelsfall die einen höheren Erlös versprechende Variante bei der Kodierung zu wählen, sie haben aber durchaus auch einen gewissen „Eigensinn“, insofern sie ein vitales Interesse daran haben, dass das Spiel nicht zu sehr hochgetrieben wird, weil das nämlich auf Dauer bei den Krankenkassen den Verdacht der Falschabrechnung erwecken und Prüfaufträge beim MDK auslösen würde, die wiederum unweigerlich einen erhöhten Mehraufwand an Arbeit im Krankenhaus, Rücksprache mit den behandelnden Ärzten, Vororttermine mit dem MDK usw. nach sich zögen. Das ist mit der Grund dafür, warum Kodierfachkräfte von Ärzten betriebenes wissentliches (s. den oben erwähnten Fall des Chirurgen) oder unwissentliches „Upcoding“ konterkarieren, indem sie den Fall wieder durch „Downcoding“ entschärfen. Konflikte mit dem betreffenden Arzt sind auch hier möglich, wie auch die ehemalige Leiterin der Abteilung Medizincontrolling des untersuchten Krankenhauses erläutert:

Frau Ehrlich: Es gibt auch Chefärzte, die meinen, sie können es besser. Und die üben dann ihrerseits Druck aus und kodieren irgendeine Prozedur rein, die so in der Form gar nicht stimmt, und machen dann einen Riesen Terz, wenn man die wieder rauskodiert. (D-K-23)

Eine Variante sei zumindest erwähnt, um die Brisanz, die aus den vorangegangenen Absätzen hervorgeht, etwas zu relativieren: Vielen Krankenhäusern entgehen in nicht unbeträchtlichem Ausmaß Erlöse, weil sie unwillentlich bzw. unwillentlich „Downcoding“ betreiben, entweder, weil die Ärzte und das Kodierpersonal zu schlecht geschult sind oder weil aus Kapazitätsgründen nur das „Nötigste“ abgerechnet werden kann. In dieser letztgenannten Situation befand sich zum Erhebungszeitpunkt beispielsweise gerade Krankenhaus I, bei dem aufgrund von Krankheiten und der besagten Kündigungswelle im Medizincontrolling zahlreiche Patientenakten „auf Halde“ lagen.

Zur Aufgabe der Kodierfachkräfte gehört des Weiteren – und dies offenbar in zunehmendem Maße –, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte mehr oder weniger nachdrücklich auf die nach der betreffenden DRG vorgesehenen und vom Grouper angezeigten Unter- und Obergrenzen der Verweildauer der Patienten hinzuweisen. Auch hier öffnet sich in der Praxis wieder ein breiter Korridor. Diese Grenzverweildauern markieren die Zone, innerhalb derer das Krankenhaus einen Fall als stationären Fall vollständig abrechnen kann, anders ausgedrückt: ab welchem bzw. bis zu welchem Tag ein Patient für das Haus „gewinnbringend“ ist oder bei Unter- oder Überschreitung dieser Schwelle als „Kurzlieger“ oder „Dauerlieger“ eben erlösmindernd wirkt bzw. unterm Strich gar Kosten verursacht. Zudem ruft dies dann die Krankenkassen und gegebenenfalls den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auf den Plan und zieht damit Rechtfertigungs- und Dokumentationsaufwand und nach sich. Mit dem In-Erinnerung-Rufen dieser ökonomischen Imperative nehmen sie freilich Einfluss auf genuin ärztliche Kompetenzen, was wiederum den Keim für Konflikte in sich trägt.

Die Ärzte ihrerseits haben – wiederum im Sinne „brauchbarer Illegalität“ – gelernt, entsprechend „kreativ“ die Patientenakte zu führen, etwa wenn es darum geht, eine durch die DRG nicht gedeckte verlängerte

Liegezeit gegenüber der Kasse zu rechtfertigen, wie das Beispiel von Frau Dschamal, einer desillusionierten Assistenzärztin aus Krankenhaus I, zeigt:

Frau Dschamal: Man muss dann halt auf die DRGs achten, man muss auf die Patientenverweildauer achten, man muss Patienten dazu überreden, irgendwie einen Tag länger zu bleiben, auch wenn es medizinisch nur noch so mäßig indiziert ist, oder sie halt fast ein bisschen kränker machen im Arztbrief, damit der MDK das dann auch wirklich zahlt, weil solche Argumente, wie: die Patientin ist 82 und alleine zu Hause und braucht vielleicht noch einen Tag zur Erholung, weil sich sonst kaum einer um sie kümmern kann, oder die Tochter muss halt noch arbeiten und kann erst ab morgen sich um sie kümmern, zählt nicht. Das sind so menschliche Sachen, die zählen überhaupt nicht.

Dass die Rede von Konflikten keineswegs Dramatisierung und Übertreibung darstellt, sondern zeigt, wie es gerade im Medizincontrolling, also an der Schnittstelle von Medizin und Ökonomie um die Durchsetzung von Machtchancen geht, belegt die Tatsache, dass in Stellenanzeigen von potenziellen Bewerberinnen und Bewerbern immer wieder eine hohe kommunikative Kompetenz verlangt wird. Vor allem die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. tut sich hier mit einem Unterstützungsangebot für ihre Mitglieder hervor. Es werden spezielle Seminare zum Thema „Kommunikationstraining für medizinische Kodierfachkräfte“ angeboten, in denen neben dem „sichere[n] Einsatz von Körpersprache, Stimme und Worten“ auch thematisiert wird, wie man durch „wirksame Herausstellung von Fachkompetenz gegenüber Vorgesetzten, Kollegen und Patienten“ „den eigenen Standpunkt durchsetzen“ kann (Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling 2014: o.S.). Zielgruppe sind „Medizincontroller, Mitarbeiter des Medizincontrollings, Kodierfachkräfte, Casemanager“. Im Jahr 2013 wurden laut Geschäftsbericht 2013 an verschiedenen Orten Fortbildungen unterstützt bzw. angeboten mit Titeln wie „Menschlich Streiten – Stress- und Konfliktmanagement für Kodierfachkräfte und Medizincontroller“, in denen mittels „praktischer Übungen mit Feedback“ vermittelt wurde, wie „schwierige Situationen in unterschiedlichen Gesprächssituationen im Klinikalltag (z.B. Kritik-, Konfliktgespräche)“ bewältigt werden und wie man „aus Stresssituationen ‚den Dampf raus[nehmen]‘“ und das Gespräch „zur Sachebene“ zurückführen kann. Dass man es in den Konfliktsituationen im Krankenhaus unter Umständen auf der Gegenseite – beim ärztlichen Dienst oder dem MDK? – fast schon mit dem Leibhaftigen aufnehmen und mit harten Bandagen kämpfen muss, zeigt eine zweiteilige Fortbildung zum Thema „Diabolische Rhetorik... und wie Sie sich dagegen wehren!“, in der man jedoch glücklicher Weise neben allerhand Tricks einen „verblüffend einfach[en], aber wirksam[en] [...] Airbag gegen diabolische Angriffe“ mitbekommt.¹³² Diese ans Karikaturhafte grenzenden Zitate zeigen nur, welche Unterstellungen in der Interaktion zwischen Kodierfachkräften und Ärzten bzw. Ärzten, Kodierfachkräften und Mitarbeitenden des MDK wechselseitig vorhanden sind.

¹³² Themenpunkte der Fortbildung sind beispielsweise: „Welche mentalen und psychologischen Voraussetzungen muss ich erfüllen, um in der harten Gruppe und bei diabolischen Verhandlungsgegnern zu bestehen?“, „Diabolische Fragetechniken, unfair eingesetzt und... abgewehrt!“, „Jetzt rede ich! Nie mehr abgewürgt und untergebuttert!“, „The Good, the Bad and the Ugly – professioneller Umgang mit Vorgesetzten, Ärzten, Kollegen, Mitarbeitern von Krankenkassen und dem MDK“, „Das ‚Dreckige Dutzend‘ der Diabolischen Rhetorik: Die bösesten und hässlichsten Techniken gekonnt abwehren“, „Schlagfertigkeit bei... Schlagfertigen! So haben Sie das letzte Wort“, „Der Airbag gegen diabolische Angriffe: verblüffend einfach, aber wirksam!“ und schließlich: „Der Geist, der stets verneint - so setzen Sie Ihren Gegenstandspunkt durch!“ Angeboten werden „Praktische Übungen mit individuellem Trainerfeedback: Das Auftreten in Drucksituationen im Controlleralltag deutlich verbessern“ (Vgl. Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling 2018: o.S.) <https://www.medizincontroller.de/event/619/dgfm-mit-online-anmeldung/34131-kassel/fortbildung-des-rv-mitteldeutschland-diabolische-rhetorik-nie-mehr-abgewuergt-und-untergebuttert.html> und <https://www.medizincontroller.de/event/1053/ruediger-freunddahl-kommunikation-im-medizincontrolling/51069-koeln/diabolische-rhetorik-im-medizincontrolling-nie-mehr-abgewuergt-und-untergebuttert.html> [Aufgerufen am 8.9.2020].

Das ist auch ein Grund, weshalb Herrn Renner, des Leiters des Finanz- und Medizincontrollings von Krankenhaus I, zufolge, die Tätigkeit jemanden erfordert, „der sich nicht wie ein stilles Mäuschen irgendwo reinsetzt, sondern der als Berater tätig ist. Das heißt, der muss sich im Prinzip auf der Ebene mit dem Chefarzt bewegen können und sich nicht dadurch beeindrucken lassen, dass da ein Chefarzt sitzt [...]“. (D-K-20)

6.4.3 Die Arbeitsbedingungen der Kodierfachkräfte

Wie sehen nun die Arbeitsbedingungen der Kodierfachkräfte bzw. Medizinischen Dokumentare aus? In den Interviews bewerten die ursprünglich aus der Pflege kommenden Kodierfachkräfte ihre neue Tätigkeit insgesamt überwiegend positiv und sie betonen aus einer Arbeitskraftperspektive vor allem den Umstand, endlich der belastenden Schichtarbeit und den aufreibenden Arbeitsbedingungen aufgrund von Unterbesetzung bzw. Personalknappheit entkommen zu sein. Positiv wird von ihnen auch der Umstand hervorgehoben, dass sie auf ihr altes berufliches Wissen aufbauen können. Vor allem Letzteres gilt auch für die ehemaligen Arzthelferinnen bzw. Stationssekretärin.

Räumlich gesehen agieren die Kodierfachkräfte in ihrem Arbeitsalltag sowohl innerhalb der Verwaltung wie auch auf der Station. In Krankenhaus I waren die Kodierfachkräfte zusammen mit anderen Teilen der Verwaltung in einem Flügel des ehemaligen Krankenhausgebäudes, abseits von dem großen, modernen Komplex, umgeben von einem Park, in einem angenehm mit Blumen und Graphiken ausgestatteten und mit zwei bis drei Arbeitsplätzen besetzten Büros untergebracht. „„Unser schöner Flügel“ habe ich das immer genannt, so ein kleiner Flügel mit vier, fünf Zimmern, wo das alles lief und reger Kontakt untereinander bestand, und das ist ein Jammer“, beklagt der ehemalige ärztliche Direktor, Herr Gerlach, noch Jahre nach seiner Entlassung mit viel Nostalgie die Aufbruchphase des damals neu eingerichteten Medizincontrollings (D-K-29).

Allerdings sind die Kodierfachkräfte nicht auf ihren PC-Arbeitsplatz festgelegt, manche von ihnen machen zwei Mal täglich einen Gang zu den Stationen, für die sie zuständig sind und wo sie ihre früheren Kolleginnen sehen und sich mit den Ärztinnen und Ärzten über die Fälle austauschen und besprechen. Das erfordert in Krankenhaus I allerdings immer recht weite Gänge im Freien, auch bei Wind und Wetter.

In Krankenhaus II ist die Abteilung auf zwei Orte des Klinikums aufgeteilt. Einer davon ist ein größeres Büro, das sich im ersten Stock des „Weißen Hauses“ befindet, einem neben dem Krankenhausgebäude gelegenen ehemaligen Wohnhaus, geschätzt aus 1950er Jahren, in dem auch die Patientenabrechnung, die Personalabteilung und ein Personalbesprechungsraum untergebracht sind. Es ist schmucklos eingerichtet mit zwei einander gegenüberliegenden Schreibtischen, zwei Wandschränken mit Aktenkartons, wovon aber viele leer sind. An der Wand hängt nicht viel mehr als ein Jahresplaner, in den mit Leuchtstift die Ferien eingetragen sind. Hier werden die chirurgischen Fälle von Frau Richter und einer weiteren Kollegin kodiert, die sich zur Zeit meines Aufenthalts auf einer Fortbildung befindet. Sie ist daher nicht Teil des Samples, ich erfahre aber von Frau Richter, dass sie ursprünglich Arzthelferin war, in einer Rehaklinik gearbeitet hatte, sich nun aber verändern wollte, „weg von den kranken, alten Leuten“ (Feldtagebuch 20.1.2014).

Das Büro von Frau Ohlsen, Frau Ostner und Herrn Mangold dagegen befindet sich im Haupthaus in einem ehemaligen Arztzimmer, es ist eng, relativ dunkel, nur mit einem Fenster zum mit Glas überdachten Innenhof des Krankenhauses versehen, überall stehen Aktenkartons auf dem Boden und auf Stahlschränken. Es ist spartanisch mit drei Holzfurnier-Stahl-Schreibtischen ausgestattet, von denen einer sogar nicht arbeitsplatzkonform eingerichtet ist. Also teilen sich eigentlich drei Kodierfachkräfte zwei Arbeitsplätze. Frau Ohlsen weist mich gleich darauf hin, dass alles alt sei und die Container unter den Schreibtischen sich nicht bewegen ließen. Obendrein müssen die Kodierfachkräfte und auch ich ein bis zweimal täglich das Büro für kurze Zeit verlassen, wenn eine Ärztin hereinkommt, um sich umzuziehen. Herr Mangold sagt dazu: „Das nervt schon manchmal, dass die sich immer da umziehen muss. Aber wir sind halt nur die Kodierfachkräfte...“ (Feldtagebuch 24.1.2014) Einige Tage zuvor waren schon zwei Herren vom Facilitymanagement vorbeigekommen, um das Büro zu überprüfen und stellten erstaunt fest: „Die Geräte [PCs] stecken ja in Ersatzsteckdosen!“, worauf Herr Mangold antwortete: „Das sieht man mal, welchen Stellenwert die Abteilung hat“ (Feldtagebuch 21.1.2014). Das deutet alles auf ein Gefühl mangelnder Anerkennung bei den Kodierfachkräften hin. Allerdings gilt dies nicht pauschal, denn seitens des Geschäftsführers bekommt die Abteilung große Unterstützung, wenn es darum geht, mit Ärzten, die bei der Dokumentation und Kodierung zu wenig Commitment zeigen, ein klärendes Gespräch von Arzt zu Arzt zu führen, aber auch Anerkennung, etwa in Form eines Grillfestes, wenn die Zahlen des Vorjahres gut waren, und das sind sie bei diesem öffentlichen Krankenhaus tatsächlich meist. Zudem ist der Geschäftsführer, ein Unfallchirurg, sich nicht zu schade, hin und wieder am Monatsende selbst Fälle aus der Chirurgie zu kodieren, um die Abteilung zu unterstützen. Und was den Raum anbelangt, ist angekündigt, dass er bald neu möbliert werden soll, wozu Herr Mangold stoisch meint: „Wir kriegen das schon“.

Abbildung 6: Gruppenarbeitsplatz von Kodierfachkräften



Quelle: www.kwm-missioklinik.de/clinikservicebereichemedizincontrolling-kodierabteilung.html

In der Mitte neben dem Telefon liegt das Handwerkszeug: die Bände mit den ICD 10- und OPS-Klassifikationen.

Auf den Schreibtischen befinden sich ein, manchmal zwei PC-Bildschirme, was die Arbeit sehr erleichtert, da man auf dem einen Bildschirm den Grouper sieht, auf dem anderen die verschiedenen Dokumente der Krankenakte, insoweit sie digital vorliegt, durchsehen oder schnell eine Internetrecherche durchführen kann. In beiden Häusern aber liegen stapelweise Dossiers mit den Patientenakten auf den Schreibtischen oder anderen Ablagetischen. In Krankenhaus I liegt das daran, dass aufgrund von Krankheit und der Kündigungswelle unter den Mitgliedern des Medizincontrollings viele Fälle auf Halde liegen, in Krankenhaus II daran, dass die Erhebung im Januar stattfindet, in dem noch Fälle aus dem Vorjahr zu erledigen sind. Als wichtigste „Werkzeuge“ neben dem PC und den Akten liegen aber auf jedem Kodierarbeitsplatz die dicken Bände mit den „ICD 10“ und den „OPS“, jeweils ein Exemplar mit systematischem Verzeichnis und eines mit alphabetischem Verzeichnis in der aktuellen Ausgabe des Jahres 2014, bei Frau Richter auch noch die des Vorjahres sowie das „Klinische Wörterbuch Pschyrembel“.

Abbildung 7: Arbeitsplatz einer Kodierfachkraft mit zwei Bildschirmen und Patientenakten



Quelle: Facebook, myDRG

Die Arbeit am PC wird vor allem von denjenigen, die wenig Kontakt mit den Stationen haben, als Belastung gesehen, gerade wenn man sich, wie die beim MDK arbeitende Frau Gerlinger, eher als „praktisch veranlagt“ ansieht: „So diese Schreibtischarbeit jetzt, ist natürlich total ungewohnt für mich. Weil ich ja mehr so der praktische Mensch bin, und auch mit den Patienten eigentlich gerne gearbeitet habe“ (D-K-27). Aus diesem Grund teilen sich auch Herr Mangold und Frau Ostner („Und ehrlich gesagt, einen ganzen Tag Fälle bearbeiten, acht Stunden lang, packe ich nicht, sagen wir es mal so.“; D-K-30) die beiden Stationen der Inneren Medizin auf, um nicht acht Stunden lang kodieren zu müssen.

Herr Mangold: Eigentlich sollte ich die komplette Station machen, die Damen sollen nur kodieren den ganzen Tag. Das ist allerdings, hm... Die Frau Ostner ist dann damit nicht so glücklich, weil man kann nicht den ganzen Tag nur kodieren.

I: Allein von [der Computerarbeit her.]

Herr Mangold: [unterbricht] [Das geht vom Kopf her nicht.] Und deswegen findet sie das ganz gut und ich finde es auch okay, weil im Moment, ich bin ja erst drei Monate da, ist es schöner, wenn ich quasi eine kleinere Station habe wie jetzt gleich 70 Betten. (D-K-31)

Der PC gibt auch häufig Anlass zu Verdruss, wie die Szene zeigt, in der Frau Ohlsen und Frau Ostner zusammen einen Fall von Frau Ostner diskutieren, wobei beide im System jeweils von ihrem Computer aus eingeloggt sind. Es zeigt sich allerdings, dass sich Frau Ohlsen nicht mehr ausloggen kann, das Programm lässt es nicht zu:

Frau Ohlsen: Ich komm‘ nicht mehr raus!

Frau Ostner: Gefangen!

Frau Ohlsen: Das ist jetzt nicht mehr lustig! (Feldtagebuch 22.1.2014)

Die Kodierfachkräfte nehmen bisweilen die Grouper-Software beim Kodieren als Interaktionspartner wahr, der – ähnlich den widerspenstigen Ärzten – manchmal nicht die erwartete Compliance zeigt, „zickt“, „nicht mitspielt“ oder dann doch etwas „schluckt“ („Der hat jetzt gar nicht gemeckert, dass ich das so gemacht habe!“; D-K-33). Beim Recherchieren, etwa nach bestimmten Medikamenten geht es manchmal recht „handgestrickt“ zu, etwa wenn Frau Ohlsen ein Medikament sucht, das in der Krankenakte angegeben ist. Eigentlich hat man hierfür die so genannte Rote Liste, ein Arzneimittelverzeichnis mit Kurzinformationen zu in Deutschland vermarkteten Arzneimitteln und Medizinprodukten. Dummer Weise ist das Buch „abhandengekommen“, weshalb sie es „googeln muss. [...] Man kommt nur immer erst bei der Apothekenrundschau raus. Dann guck ich noch mal ins Wikipedia“. Tatsächlich findet sie es hier.

Neben dem Ort bzw. den räumlichen Gegebenheiten, an denen Kodierfachkräfte ihrer Arbeit nachgehen, sind natürlich auch andere materielle Umstände für die Arbeitsbedingungen relevant. Allerdings ist es angesichts der zu Beginn des Kapitel geschilderten Unübersichtlichkeit bei den Berufsbezeichnungen und der Organisation des Kodierens in den Krankenhäusern nicht einfach, statistische Aussagen zu Arbeitszeiten, Löhnen der Kodierfachkräfte zu machen. Eine der wenigen Informationsquellen stellt eine im Jahr 2018 durchgeführte Umfrage des Anbieters von Schulungen und Beratung im Gesundheitswesen Kaysers Consilium GmbH unter „Klinischen Kodierfachkräften“ dar (Kaysers Consilium 2019).¹³³ Die Antwortenden geben eine breite Palette an Tätigkeitsbezeichnungen an. Es fällt auf – und das schränkt den Aussagewert der Umfragedaten etwas ein –, dass niemand die Berufsbezeichnung „Medizinischer Dokumentar“ bzw. „Medizinische Dokumentarin“ angegeben hat, was dadurch zu erklären ist, dass diese die Fertigkeiten des Kodierens von DRGs aus ihrem Studium mitbringen und daher kaum unter den Teilnehmenden der Seminare von Kaysers Consilium zu finden sind.

Den veröffentlichten Zahlen¹³⁴ zufolge lag das arithmetische *Durchschnittsalter* der Klinischen Kodierfachkräfte, die die Schulung absolviert hatten, bei 47 Jahren, der Median bei 50 Jahren. Fast niemand war jünger als 30 Jahre. Darin schlägt sich die Tatsache nieder, dass die meisten Kodierfachkräfte vorher einen anderen Beruf ausgeübt haben. Leider führt die Umfrage nirgends das Geschlecht der Befragten auf.

Die *Größe der Teams*, in denen die Antwortenden arbeiten, also die Anzahl der Kodierfachkräfte gemessen in Vollzeitäquivalenten variiert erwartungsgemäß mit der Kategorie des jeweiligen Krankenhauses bzw. mit der Anzahl der Planbetten und mit der Zahl der jährlich bearbeiteten Fälle. Es gibt offenbar Krankenhäuser, in denen die Kodierfachkräfte allein oder nur mit einer Kollegin bzw. einem Kollegen arbeiten. Das sind überwiegend Krankenhäuser mit etwa 200 Betten. Es gibt aber auch Teams von 20 bis 25 Stellen für Kodierfachkräfte in Krankenhäusern der Maximalversorgung mit über 600 Betten, also großen Universitätskliniken usw.

¹³³ Das veröffentlichte Material besteht nur aus einer Tabelle mit den Umfrageergebnissen, ohne dass Angaben zur Erhebungsmethode, der Auswahl der Befragten oder zur Gesamtstichprobe gemacht werden. Es ist zu vermuten, dass es sich dabei um eine Umfrage unter ehemaligen oder aktuellen Teilnehmenden von Angeboten des Dienstleisters handelt (n=93). Die Umfrage ist daher nicht repräsentativ.

¹³⁴ Die Altersangaben der Antwortenden wurden offensichtlich aus Anonymisierungsgründen auf Fünfer und Zehner auf- bzw. abgerundet.

Was die *Wochenarbeitszeit* anbelangt, arbeiten 63% von ihnen in Vollzeit (≥ 35 Stunden), 37% in Teilzeit, davon niemand weniger als 20 Stunden pro Woche. Knapp acht Prozent arbeiten in befristeter Anstellung, der Rest unbefristet. Die Ersteller der Auswertung haben die deklarierten monatlichen Bruttolöhne anhand der angegebenen Wochenarbeitszeiten auf die Bruttolöhne bei einer 39-Stunden-Woche hochgerechnet. Demnach beträgt der durchschnittliche Bruttolohn 3.428 Euro im Monat (Medianbruttolohn: 3.186 Euro). Die Spannweite reicht von 1.950 Euro bis 5.200 Euro im Monat, wobei es – und das ist bemerkenswert – tatsächlich „Kodierfachkräfte“ gibt, die brutto auf über 4.000 Euro kommen.¹³⁵ Ca. 10% erhalten außertarifliche Zulagen.¹³⁶ Im Vergleich mit dem mittleren Bruttoentgelt vollzeitbeschäftigter Fachkräfte in der Krankenpflege im Jahr 2018 von 3.405 Euro pro Monat stehen die Kodierfachkräfte *grosso modo* also nicht viel besser da, was auch durch die Interviews gestützt wird.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling DGfM gibt an, dass die Vergütungsmodalitäten entsprechend der beruflichen Herkunft der Fachkräfte historisch gewachsen seien und sich meist an der bisherigen (z. B. pflegerischen) Vergütung orientieren, freilich ohne die Zuschläge für die Schichtarbeit. Offizielle Tarifwerke für den Bereich Kodierung, Case-Management und Medizincontrolling gebe es nicht. Das erzielbare Gehalt dürfte basierend auf der Qualifikation sowie Zusatzqualifikationen und nicht zuletzt auch der Wertschätzung der Tätigkeit durch den Dienstgeber verhandelbar sein. Darüber hinaus würden das Alter sowie die Dauer der Tätigkeit (Berufserfahrung) beim Dienstgeber eine Rolle spielen.¹³⁷

Die von uns befragten Kodierfachkräfte gaben an, einen etwa ähnlichen Verdienst wie zuvor in der Pflege zu haben, alles in allem habe sich der Wechsel also finanziell nicht gelohnt. Vier der zur Abteilung gehörigen Kodierfachkräfte aus Krankenhaus I wechselten unmittelbar nach der Befragung aufgrund des Konflikts im Haus, aber auch aufgrund der günstigen Arbeitsmarktlage und der besseren Verdienstmöglichkeiten in Spitälern der nahe gelegenen Schweiz, in der seit 2012 die Vergütung von Krankenhausleistungen ebenfalls nach dem DRG-System erfolgt.

In der Regel – so zumindest die durchgängige Aussage der Interviewpartner – hat sich das Gehalt der Kodierfachkräfte durch den Wegfall von Schichtzulagen eher vermindert, wie Frau Gerlinger, eine beim MDK beschäftigte Kodierfachkraft sagt:

Frau Gerlinger: Also finanziell verdiene ich jetzt weniger. Das sind ungefähr 250 Euro, was ich weniger verdiene. Aber das habe ich dann schon, (2) ja, weil ich halt einfach diese Dienste nicht mehr machen muss, ja?

I: Also eher so dieses, was halt immer kam mit Nacht und Schicht und...

Frau Gerlinger: Genau. Ja. Wir hatten ja 24 Dienst, //Stunden Dienst// Stunden Dienst, und die haben wir dann teilweise, oder

¹³⁵ Da diejenigen mit den höchsten Bruttolöhnen als Tätigkeit „Leitung Medizincontrolling“, „Leitung MDK-Fallmanagement“ bzw. „Teamleitung Primärkodierung“ angegeben haben (n=5), stellen sie „Ausreißer“ in den Daten dar. Rechnet man sie heraus, liegt der durchschnittliche Bruttolohn immer noch bei 3.355 Euro.

¹³⁶ Zum Vergleich: Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit belief sich das mittlere Bruttoentgelt vollzeitbeschäftigter Fachkräfte in der Krankenpflege im Jahr 2018 auf 3.405 Euro pro Monat und damit über dem für alle Fachkräfte (3.052 Euro). Das mittlere Bruttoentgelt vollzeitbeschäftigter Altenpflegefachkräfte war mit 2.879 Euro hingegen um einiges geringer. Entsprechendes zeigt sich auch bei Pflegehelfern: das mittlere monatliche Bruttoentgelt von Krankenpflegehelfern betrug 2.591 Euro, das von Altenpflegehelfern 2.041 Euro (Bundesagentur für Arbeit 2020: 7).

¹³⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (o.J.) und <https://www.medizincontroller.de/info/14/fragen-und-antworten-faq.html> [zuletzt eingesehen am 9.4.2019]. Der MDK verfügt über einen eigenen Haustarifvertrag. Eine dort neu angestellte Kodierfachkraft gibt an, dass sie nun ca. 250 Euro weniger als früher in der Pflege mit Schicht- und Wochenendarbeit verdient.

zum Großteil auch durchgearbeitet, ja? [...] Und dann ist man zwei Tage platt. [*lacht*] Ja. Da hat man gar keine, es ist schon ein Einschnitt. Also, für mich schon aber, ich denke, man kann ja trotzdem irgendwie, also es ist halt diese Qualität, die man jetzt so hat, macht es glaube ich wett.

An der Elle des Gehalts gemessen bedeutet der Wechsel ins Medizincontrolling bzw. zum MDK also keinen Aufstieg, was aber in den Augen der meisten von ihnen wett gemacht wird durch die erträglichen Arbeitsbedingungen. Die neue Tätigkeit stellt für sie also in erster Linie eine Möglichkeit dar, belastenden Arbeitsbedingungen zu entgehen oder bei gesundheitlichen Problemen überhaupt weiterhin im Gesundheitsbereich und gar beim gleichen Arbeitgeber tätig zu sein, dabei aber ihre ursprüngliche Ausbildung und ihre im Laufe einer langjährigen Tätigkeit erworbenen Kompetenzen außerhalb der Pflege, aber weiterhin im Krankenhausbereich zu valorisieren, ohne hierfür ein mehrjähriges Studium auf sich nehmen zu müssen. Damit sind sie ein treffendes Beispiel für die oben schon unter Bezugnahme auf Howard Becker (1952) erwähnten „horizontalen Karrieren“.

Von der finanziellen Dimension einmal abgesehen könnte man die Kodierfachkräfte also mit zu denjenigen zählen, die von den Wandlungsprozessen im Krankenhauswesen in den vergangenen zwanzig Jahren profitiert haben, wenn sie nicht zugleich das Gefühl hätten, dass ihrer Arbeit – ähnlich wie vorher in der Pflege – nicht die ihr eigentlich zustehende Anerkennung zukomme. Frau Nowak äußert sich dementsprechend in Bezug auf die Wertschätzung ihrer Arbeit durch die Ärzte, und man meint ein Echo zu der oben schon zitierten Äußerung des Thoraxchirurgen zu vernehmen:

Frau Nowak: Also da muss zuerst Verständnis für unsere Arbeit sein. Und eben Bereitschaft, mit uns zu kommunizieren. Weil, wir sind nicht nur zum Akten holen und selber irgendwo in der Ecke zu arbeiten. (...) ...unsere Arbeit auch gewürdigt wird. Also, dass wir ja nicht irgendwas machen, sondern eben einen Teil von Sachen, die den Ärzten abgenommen wurden.

– Und ist das manchen noch nicht so präsent, dass man da...?

Frau Nowak: Ja.

Eine vergleichbare Einschätzung, nur bezogen auf die Geschäftsführung, äußert Frau Zeller aus demselben Krankenhaus:

I: Was kommt denn so von der Geschäftsführung zurück? Ich meine, du sagst ja selber, das ist schon ziemlich...

Frau Zeller: Kennen die mich? Das ist die Frage. Ich glaube die kennen mich gar nicht. Also ich weiß es nicht, ob die mich kennen. Also, ich, also für das, was wir da an, also ich denke mir immer, wird immer rumgehackt, wir würden was weiß ich..., der CMI [Case Mix Index] sei zu niedrig, das ist ja dann unsere Schuld, gell? Kommt dann zu uns, das ist ja unsere Schuld.

– Wer sagt das?

Frau Zeller: Ach das kommt von unserem Abteilungsleiter zum Beispiel, ne. Dann denke ich immer, wenn dann so was kommt, dann könnten die aber auch mal sagen, „Aber ihr seid jetzt auch mal, ihr habt auch mal was Gutes gemacht, ihr seid... diesen Monat ist's zum Beispiel total gut.“[...] Also so ein bisschen mehr Anerkennung für das, dass wir eigentlich im Endeffekt dieses Geld bringen, ja? Und für das, dass wir uns da reinknien, auch das wirklich rauszuholen, finde ich so die Anerkennung von der Geschäftsführung, das ist gleich Null. Also wie gesagt, ich glaube, dass der [der Geschäftsführer] mich gar nicht kennt oder dass die uns groß gar nicht kennen, würde ich jetzt mal sagen. [...] Also ich glaub' nicht, dass die Geschäftsführung weiß, was Kodierung überhaupt heißt. Was das, wie wichtig dieser auch, diese... genau wie die Pflege, aber auch die Kodierung einen wichtigen Platz hat, das weiß... das glaube ich nicht.

Allerdings geben sich die Kodierfachkräfte nicht mit symbolischen Formen der Anerkennung zufrieden, sondern sind an einer Differenzierung durchaus interessiert, die sich auch materiell niederschlägt. So die eben zitierte Frau Zeller:

Und klar, natürlich könnte man auch sagen, diese Bonus-Geschichten die laufen in der Schweiz auch, ich denke mal, wenn ich mehr arbeite und wenn ich gut arbeite, warum soll ich da nicht mehr kriegen? Das finde ich aber auch in der Pflege. Also ich finde das kein schlechtes System, wenn ich mich für was, wenn ich mich für was engagiere und wenn ich sag', ich mache da gerne ein Projekt mit, dann, wenn ich schon es nicht in einer persönlichen Anerkennung kriege, dann muss man es irgendwie anders lukrativ machen.

Im Falle der Kodierfachkräfte, deren Arbeitserfolg individuell oder kollektiv durchaus messbar wäre, wäre eine solche Form materieller Anerkennung durchaus denkbar. Allerdings gibt es dem Leiter des Finanz- und Medizincontrollings des untersuchten Krankenhauses, Herr Renner, zufolge momentan keinerlei Möglichkeit, einzelnen Beschäftigtengruppen – abgesehen von den leitenden Ärzten – finanzielle Anreize etwa in Form von Bonuszahlungen zu gewähren. Leistungszulagen sind im Rahmen des für die kommunalen Krankenhäuser in Deutschland gültigen Tarifvertrags TVöD seit 2006 zwar prinzipiell möglich, jedoch bedarf es hierfür der Zustimmung des Personalrates, der sich jedoch gegen die Einführung sperrt.

Während die Chefarztverträge durchaus an die wirtschaftliche Situation ihrer Abteilungen geknüpfte Bonuszahlungen enthalten können (was durch die Aussage des ehemaligen ärztlichen Direktors, Herrn Gerlach bestätigt wird; D-K-29), sieht er durchaus die Gefahr, dass die Einführung eines Leistungsentgelts bei den Kodierfachkräften „falsche“ Anreize setzen würde:

Herr Renner: Ist natürlich auch kritisch, also es kann Vorteile haben ganz klar, weil einfach dann der Impetus viel größer ist, sich da in Probleme reinzufinden. Andererseits kann es natürlich auch genau dem (...) eine Grundlage liefern, dass man eben versucht ist, Dinge hochzukodieren und eventuell das ein oder andere zu dokumentieren, was wirklich nicht erbracht wurde. Das ist ein zweischneidiges Schwert irgendwo, die Wahrheit wird immer in der Mitte liegen, aber es ist schwierig.

Für die Kodierfachkräfte selbst – so sieht es zumindest Frau Zeller – würde eine solche Regelung einen „Schuss nach hinten“ darstellen, da das der MDK sehr wohl spitzkriege. Konkret hieße das dann für die Kodierabteilung: Häufigere und möglicher Weise schärfere Prüfungsverfahren, höhere Arbeitsbelastung und Regressforderungen der Kassen.

6.4.4 Berufliche Sozialisation in der Mitte des Lebens

An dieser Stelle müssen einige knappe Bemerkungen zur beruflichen Sozialisation in diese Tätigkeit angefügt werden. Wird man Kodierfachkraft, so geschieht das in der Regel nicht aus Berufung. Für die meisten der Befragten – und die kamen überwiegend aus der stationären Pflege – bedeutete die Entscheidung, diese „Karriere“ einzuschlagen, einen Ausweg aus einer schwierigen Lebenssituation, die etwa durch akute körperliche oder psychische Belastungen verursacht war oder durch die Antizipation derselben oder durch die drohende Schließung der Häuser, in denen sie zuvor tätig waren. In Krankenhaus I war es sogar ein Positivkriterium, wenn die internen Bewerberinnen auf die ausgeschriebenen Stellen gesundheitlich beeinträchtigt waren, weil sie nicht mehr bzw. auf längere Sicht nicht mehr in der Pflege oder an ihrem jetzigen Arbeitsplatz arbeiten konnten (D-K-23). Was bedeutet es für eine berufliche Sozialisation, wenn die neue

Tätigkeit so weit von der praktischen Ausübung der früheren Tätigkeit wegführt, wenn nun zumindest potenziell betriebswirtschaftlicher Interessen vor medizinischen oder berufsethischen Motiven rangieren, das eigene berufliche Ethos auf die Probe gestellt wird, in gewissem Sinne gar eine „Konversion“ erforderlich wird?

Die berufliche Sozialisation ist eine sekundäre Sozialisation, in der das Wissen von institutionalisierten Teilbereichen der Gesellschaft internalisiert wird. Dabei werden typische sachliche Erwartungen, also Rollen vermittelt, die, wie Berger und Luckmann schreiben, die schon vorhandene Wirklichkeit – und das können ebenfalls sedimentierte Wissensbestände und Wirklichkeiten aus früheren sekundären Sozialisationen sein – „überlagern“ müssen (Berger/Luckmann 1966: 150). Das scheint insbesondere für die ehemaligen Pflegekräfte eine Herausforderung zu sein. Der Sozialisationsprozess verläuft sukzessive über mehrere Etappen, im Verlauf derer man lernen muss, den Status, die Identität, die Berufsbezeichnung zu wechseln und sich in die erwartete Rolle einzufügen. Ob all diese sozialisatorischen Etappen bei den ehemaligen Pflegekräften oder auch Arzthelferinnen eine Konversion der Identität (Darmon 2010) auslöst oder ob sie an vorhandenen Dispositionen ansetzen und diese verstärken, ist alles andere ein Determinismus, viel mehr eine aktive Konstruktionsleistung der Individuen und somit eine Frage, der empirisch nachgegangen werden muss. Bei manchen von ihnen, die den Wechsel an dieser Wegscheide ihres Erwerbslebens aktiv vollzogen haben, bleibt auch weiterhin eine Kluft zwischen dem, was sie sind, und dem was man von ihnen erwartet, dass sie es werden (Divay/Gadéa 2015: 90) spürbar (vgl. die Fallanalyse von Frau Zeller in Kapitel 6.5.6).¹³⁸

In diesem Prozess spielte bei den Kodierfachkräften die Weiterbildung bzw. die Umschulung eher eine geringere Rolle. Sie scheint in den meisten Fällen eine „Schnellbleiche“ in das DRG-System, die Deutschen Kodierregeln und die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren anhand von Beispielfällen gewesen zu sein. Möglicher Weise war die Ausbildung der Kodierfachkräfte beim MDK etwas profunder. Bei den Medizinischen Dokumentaren besteht das Problem eher darin, dass sie das Entgeltsystem und die entsprechenden Klassifikationen bereits in ihrer Ausbildung bzw. im Studium vermittelt bekommen haben, dafür aber die Abläufe auf den Stationen, das Sich-Hineindenken in einen Fall, was den Pflegekräften aus ihrer alltäglichen Arbeit geläufig ist, erst noch mühsam erlernen müssen.

Frau Ehrlich berichtet, dass die Kandidatinnen hausintern gefunden, dann „auf die Schulung geschickt [wurden], und dann haben wir losgelegt. 2007 nahm die Abteilung dann ihren Betrieb auf. Die wurden dann, die Kollegen, noch mal zwei Wochen intern geschult im hauseigenen System und sonstig..., was sie sonst noch IT mäßig brauchten.“ (D-K-23) Die eigentliche berufliche Sozialisation findet dann eher *on the job* statt, d.h. in der Praxis, in gemeinsamen Fallbesprechungen im Team. Dabei lernt man auch die Fachsprache des Systems zu handhaben. Man spricht von „oberer und unterer Grenzverweildauer“, vom „Casemix Index“, „MDCs“ und „PCCLs“, lernt aber auch den eher informellen Jargon zu verwenden, wie

¹³⁸ Sophie Divay und Charles Gadéa sind in verschiedenen Studien ganz ähnlichen Fragstellungen in Bezug auf die Cadres de santé, also ins Management aufgestiegene Pflegekräfte, nachgegangen (Divay 2008; 2012; Divay/Gadéa 2008; 2015).

„einen Fall ‚hochzutriggern‘, spricht von „Lang-“ oder „Überliegern“, also Patienten, die die obere Grenzverweildauer überschritten haben und nun für das Krankenhaus erlösmindernd sind.

Im Fall von Krankenhaus I stellen Frau Ehrlich und Herr Fröhlich, der ja auch ehemalige Pflegekraft ist, die „signifikanten Anderen“ dar, an denen sie sich orientieren können. In Krankenhaus II sind es für die Neuanfänger in der Abteilung aber auch die schon erfahreneren Kolleginnen.

Soweit es möglich ist, werden die Kodierfachkräfte wieder in den medizinischen Bereichen eingesetzt, wo sie vorher in der Pflege tätig gewesen sind, was aber nicht immer möglich ist.

Frau Ehrlich: Es ist aber eigentlich im Großen und Ganzen gelungen die Frau Nowak kam ja aus der Gynäkologie, //ja, ja, genau// und hat dort dann auch gearbeitet, die Frau Regenauer ist eigentlich in allen Sätteln gerecht, die Frau Zeller war chirurgische Schwester, hat sich aber in die Innere eingewühlt. (D-K-23)

Für jemanden, der vorher nicht im medizinischen Bereich gearbeitet hat, wie Herr Gallus, ist es natürlich „viel schwerer, in einen anderen Bereich zu wechseln, beispielsweise in die innere Medizin oder gar Gynäkologie oder so was.“

Frau Ehrlich: Das Entscheidende ist, dass man in der Lage sein muss, einen Fall jemandem vorzustellen. Ob sie das als Krankenpflegekraft in der Übergabe machen, wo sie von einer Schicht zur anderen sagen: ‚Das ist die Frau Meier, die hat das und das und das, und die hat die und die Probleme‘, oder ob sie das als Assistenzarzt bei der Chefarztvisite machen, oder ob sie den Fall dem Oberkodierer [*lacht*] vorstellen, ist egal. Aber, ich erwarte von einer Kodierfachkraft, dass sie mir in fünf Minuten den Fall präsentiert, mit der und der und der Diagnose, und konkret sagt, kann ich das jetzt noch rein kodieren oder nicht? (D-K-23)

Und das ist es in der Regel, was die ehemaligen Krankenpflegekräfte von der Pike auf gelernt haben. Vor allem die ehemaligen Pflegekräfte unter den Kodierfachkräften müssen nun innerlich auf Distanz gehen zu den Patienten, den technischen Aspekten der Pflege, vor allem aber zu den Beziehungsaspekten, die den Kern ihres Berufs ausgemacht haben. Sie durchleben in diesem Sozialisationsprozess das, was Sophie Divay und Charles Gadéa für die *cadres de santé*, also ins Pflegemanagement aufgestiegene ehemalige Krankenpflegerinnen, als „deuil des soins“ bezeichnet haben, also eine Trauer um die aufgegebene direkte Pflege­tätigkeit am Patienten (Divay/Gadéa 2015: 94).

Eine Schwierigkeit, die ihre jetzige Tätigkeit mit sich bringt und die später immer wieder zu Konflikten führt, besteht aber auch darin, dass die Rollenerwartungen, die ans sie gestellt werden, konkurrieren. So galt in Krankenhaus I in den ersten Jahren nach dem Aufbau des Medizincontrollings unter dem ärztlichen Direktor, Herrn Gerlach, Frau Ehrlich und Herrn Fröhlich für alle die Maxime, dass man zwar „alles kodieren [soll], was Geld bringt, und im Zweifelsfall großzügig kodieren [soll]. Auf der anderen Seite war das eigentlich schon immer unser Bestreben, maximal genau zu kodieren“ (D-K-23). Bezüglich der Verweildauern galt die Regel, dass die Verwaltung und speziell das Controlling bei den behandelnden Ärzten explizit nicht darauf drängt, die Patienten zu entlassen, damit sie nicht die obere Grenzverweildauer überschreiten. „Wir sind jedes Viertel- oder halbe Jahr oder auch bei Bedarf zu den Chefärzten geschlappt und haben gesagt: ‚Ihr CMI [Casemix Index] ist so und so. Was kann man noch machen?‘, und so weiter. Wir haben ihnen nicht gesagt, was sie kodieren sollen. Das ist nicht ihr Job. Sondern wir haben sie beraten, wie sie eine Diagnose legitim wasserfest machen, dass der MDK diese Diagnose frisst“ (D-K-23).

Auf der anderen Seite machte sich nach der Entlassung des ärztlichen Direktors und der Absetzung von Frau Ehrlich von der Leitung des Medizincontrolling eine Erwartung breit, dass die Kodierfachkräfte stärker auch auf die Angehörigen des ärztlichen Dienstes Einfluss nehmen. Wie beschrieben, übernimmt Herr Renner, der Leiter des Finanzcontrollings nun auch diese Funktion. Seine Rollenerwartungen an eine Kodierfachkraft sehen so aus, dass „der sich nicht wie ein stilles Mäuschen irgendwo reinsetzt, sondern der als Berater tätig ist. Das heißt, der muss sich im Prinzip auf der Ebene mit dem Chefarzt bewegen können und sich nicht dadurch beeindrucken lassen, dass da ein Chefarzt sitzt (...)“. (D-K-20) Es geht also darum, dass Kodierfachkräfte nun selbstbewusster ihre Logik der Dinge bzw. die des Controllings und des DRG-Systems zur Geltung bringen. Wie in der Folge mit diesen konfligierenden Rollenerwartungen umgegangen wurde, soll später noch anhand der Kontrastierung der Interviews der beiden Kodierfachkräfte Frau Nowak und Frau Zeller analysiert werden.

6.4.5 Fallbesprechung, Morgenvisite, Fallkodierung – Kodierfachkräfte in der beruflichen Praxis

Das bisher zur Arbeit der Kodierfachkräfte Gesagte, bleibt relativ abstrakt. Begeben wir uns daher ins Krankenhaus II und begleiten die Kodierfachkraft Herrn Mangold für einen Tag bei seiner Arbeit.¹³⁹

Es ist Montagmorgen im Januar um Sieben Uhr. Als ich ins Büro der für die Kodierung der beiden Kliniken für Innere Medizin zuständigen Kodierfachkräfte (Frau Ohlsen, Frau Ostner und Herr Mangold) komme, steht Letzterer schon in seiner weißen Pflegebekleidung bereit zum Aufbruch, eine Kladde für Notizen in der Hand. Frau Ohlsen dagegen sitzt in Alltagskleidung, mit Jeans und gestreifter Bluse am Schreibtisch. Zuvor hatte ich Herrn Mangold im Büro ebenfalls in Alltagskleidung gesehen. Der Sinn des Umkleidens erschließt sich mir erst später: Er möchte bei der anschließenden Falleingangsbesprechung der Ärzte, vor allem aber bei den Stationsvisiten auf der Intensiv- und der Normalstation, wo er vor allem den Kontakt mit den Pflegekräften sucht, als einer der ihnen identifiziert werden. Als Angehöriger des Medizincontrolling ist er nur durch die Aufschrift „Medizincontrolling“ auf seinem Namensschild erkenntlich. Ich habe für die Dauer meiner Hospitation ebenfalls ein solches Namensschild erhalten. Um 7 Uhr 45 findet die Fallbesprechung statt, die ca. 20 Minuten dauern soll, anschließend ist Visite auf der Intensivstation, später am Vormittag noch auf der „Inneren“, falls der Chefarzt „Lust und Zeit“ hat.

Die Teilnahme an der morgendlichen Arztbesprechung, die Begleitung der Visiten und die Gänge auf die Stationen, um die Dokumentation in der Patientenakte einzusehen, ist Teil des bereits vorgestellten *Koder-Casemanagement-Modells*, dessen Kern das fallbegleitende Kodieren ist. Die fallbegleitende Kodierung ist in Krankenhaus II noch im Aufbau begriffen. Dieses Modell spiegelt, wie gezeigt, ein Arrangement im Kräfteverhältnis zwischen ärztlichem Dienst und Medizincontrolling wider, ist Teil der in Krankenhaus II zwischen Geschäftsführung und ärztlichem Dienst gefundenen *negotiated order*. Für die Ärzte der Inneren Medizin bedeutet das, dass sie recht wenig eingebunden sind in die Kodierung, da ihnen dies von den Kodierfachkräften in hohem Maße abgenommen wird. Das hat durchaus seine Gründe, die sich im weiteren

¹³⁹ Faktisch stellt das in diesem Abschnitt Berichtete eine Synthese aus mehreren Tagen teilnehmender Beobachtung dar. Wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die Beschreibungen und Äußerungen auf die Aufzeichnungen in meinem Feldtagebuch.

Verlauf noch zeigen werden. Die chirurgischen Abteilungen dagegen übernehmen die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren in Krankenhaus II dagegen beinahe zur Gänze, so dass Frau Richter und ihre Kollegin im „weißen Haus“ eher nach dem *Ärzte-Abrechner-Modell* arbeiten.

Als wir das Besprechungszimmer betreten, sitzen die meisten Ärztinnen und Ärzte schon da, manche kommen jedoch inmitten der Fallbesprechungen oder gehen wieder. Neben dem Chefarzt, Dr. Kern, sind noch fünf Ärztinnen und vier Ärzte anwesend. Dr. Kern bemerkt mich und sagt: „Ein neues Gesicht?“, worauf ich mich kurz vorstelle und erkläre, dass ich an einer Studie über Kodierfachkräfte arbeite. Daraufhin wieder Dr. Kern: „Genau, Herr Pfeuffer, ohne Kodierung gibt’s kein Geld! Das ist total wichtig, dass das geschickt gemacht wird.“

In der Folge klickt sich ein Assistenzarzt an einem großen Bildschirm alle Fälle sukzessive durch und die behandelnden Ärzte präsentieren jeweils ihre neuen Zugänge vom Wochenende teilweise anhand der Röntgenaufnahmen und CTs. Erster Fall, eine alte Dame, die in der Nacht verwirrt und agitiert eingeliefert wurde, von der zwei Röntgenbilder vom Thorax gezeigt werden, Vorhofflimmern, exsikkiert, Dr. Kern kommentiert; zweiter Fall, ein Patient mit Verbrennungen und Kohlenmonoxidvergiftung, wozu Herr Mangold, der die Diagnosen auf seiner Kladde notiert, mir gegenüber leise bemerkt: „Müssen wir mal googeln, was man da macht...“; dritter Fall, „eine Cholangitis, seit vier Tagen Erbrechen, CRP 2,5, sonst nix...“ Währenddessen telefoniert eine ältere Assistenzärztin, ohne dass das als störend empfunden wird. Ein junger Arzt berichtet. Dr. Kern sagt dazu: „Wenn ihr nix findet, kann er heim, das ist ein Blödsinn, der soll heim.“ [...] Erst kurz vor Schluss kommt der Chefarzt der Nephrologie herein, vor dem ich schon gewarnt wurde, er sei arrogant und der Gegenspieler von Dr. Kern. Es werden noch zwei Fälle vorgestellt: „eine ältere Dame mit Handfraktur, ist gestern heimgegangen“. Darauf Dr. Kern: „Sehr gut!“ Schließlich noch ein Fall, zu dem ein Assistenzarzt sagt: „Patient von gestern, sollen wir den noch mal anschauen wegen Karzinom, noch mal ein CT machen?“ Dazu Dr. Kern nur kurz: „Ach, lassen wir das!“ Schließlich fragt eine Assistenzärztin: „Noch was?“, woraufhin Herr Mangold antwortet: „Das waren alle“. Das ist sein einziger Beitrag in dieser Besprechung. Ich frage ihn, ob er in dieser Runde sonst mehr sagt, was er verneint, was mich wundert, da bei manchen Neueingängen die Diagnosen nicht klar kommuniziert werden, die für ihn eigentlich die wichtigste Information darstellen. Es scheint so, als würde er sich unter lauter statushöheren Personen mit Fragen oder Beiträgen zurückhalten. Es mag auch daran liegen, dass er erst seit drei Monaten im Haus ist und auch seine Kodierschulung erst vor kurzer Zeit abgeschlossen hat.

Wir gehen zurück ins Büro der Kodierfachkräfte, wo Herr Mangold auch gleich damit beginnt, die Diagnosen in die Software einzugeben. Er erklärt mir, dass die Aufnahmediagnosen innerhalb von drei Tagen der Krankenkasse übermittelt werden müssen, allerdings werde das von den Krankenkassen „etwas lockerer“ gehandhabt. Ich frage ihn, ob ihm das reiche, wenn die Fälle nur so kurz abgehandelt werden, worauf er antwortet: „Ja, das geht schon, nur bei ‚könnte Harnwegsinfekt sein‘ gebe ich nur das Fieber ein, weil ‚könnte‘ ... Da hab‘ ich mehr Freiheiten bei der Endkodierung. Da könnte die Krankenkasse sonst sagen: ‚Ihr habt da Harnwegsinfekt angegeben, aber was anderes behandelt.‘“ Er gibt teilweise die Diagnosen verbal ein, teilweise die Codes. „Da sind die anderen besser, weil ich ja noch nicht so lang da bin“. Einen Code hat er, trotz Recherche nicht gefunden: „‚Wesensveränderung‘ hab‘ ich net gefunden, gibt’s net.“ Es

fällt mir auch später bei der Beobachtung der Fallkodierungen anhand der Patientendokumentation auf, dass die Diagnosen, die von den Ärzten angegeben werden, für die Kodierfachkräfte in den entsprechenden Verzeichnissen nicht auffindbar sind, da es manchmal (durchaus plausible) Wortschöpfungen sind, manchmal auch alltagssprachliche Bezeichnungen für Diagnosen, für die die Kodierfachkräfte nicht die wissenschaftliche Bezeichnung finden.

Die Verweildauern trägt Herr Nöth „aus dem Bauch heraus“ ein. „Ist auch net so wichtig. Nur, wenn ich jetzt halt einen Tag angebe und der bleibt dann zwei Wochen...“

Als er mit der Eingabe der Aufnahmediagnosen fertig ist, sagt er: „So, geschafft, nur von einer habe ich die Eingangsdiagnose nicht. Hab ich nicht mehr geschafft, muss ich auf Station nachfragen“, was offenbar eine Folge davon ist, dass er während der Fallbesprechung die Frage nicht gestellt hat. Ich erinnere mich an die Aussage des Leiters des Finanzcontrollings in Krankenhaus I, der im Interview sagte, dass die Tätigkeit jemanden erfordere, „der sich nicht wie ein stilles Mäuschen irgendwo reinsetzt.“

Es waren an diesem Montagmorgen insgesamt zwölf Neuzugänge, was Herrn Mangold zufolge „noch richtig wenig war. Am Montag ist normal sehr viel mehr. Da hast Du manchmal 30, 40 Fälle übers Wochenende.“

Im Anschluss suchen wir die Intensivstation der Inneren Medizin in einem der unteren Geschosse auf. Dr. Kern sieht, dass wir inzwischen da sind und fragt in seinem meist jovialen Ton und in der regionalen Mundart eine Intensivpflegerin: „Hallo Susanne, was kann man sagen?“, worauf die Pflegerin den Fall erklärt, eine schwere Pneumonie. Die Patientin, eine offenbar geistig behinderte oder demente alte Dame, ruft währenddessen immerzu „Aua!“ Dr. Kern: „So, Inge, wie geht’s denn? Mit Schnaufen hast kein Problem?“ Die Patientin ruft aber immer wieder nur „Aua!“ Dr. Kern schließt den Fall ab und sagt: „Das habt Ihr toll im Griff!“

Währenddessen geht Herr Mangold zu einem anderen Intensivpfleger. Der Patient schläft offenbar tief oder ist ohne Bewusstsein, atmet aber unter der maschinellen Beatmung schwer. Er fragt ihn: „Ist das klassische Dialyse oder kontinuierliche?“ und stellt fest: „Gut, dass wir beide Möglichkeiten haben“. Ein von der Diagnose her nicht gänzlich feststehender Fall gibt offenbar später bei der Enddiagnose wieder gewisse Freiheiten. „Ich gucke gerade, ob da eine Sepsis als Nebendiagnose da ist“, worauf der Pfleger antwortet: „Bestimmt!“ Herr Mangold gibt aber zu bedenken: „Ja, aber das muss schon am ersten Tag sein, Leukozyten, Atem, Temperatur... Er hat halt kein Fieber gehabt wegen der Dialyse“. Herr Mangold schaut die Akte komplett durch: „Patient seit 17.1. da, Leukos! Ja wunderbar, 37.000! Jetzt brauchen wir noch Atemfrequenz oder BGA [Blutgasanalyse]. Blutgasanalyse... Hyperventilation 28,4. Also habe wir ,ne Sepsis! Herzfrequenz mehr als 90, Temperatur... Bei einer positiven Blutkultur reichen zwei Werte.“

Herr Mangold erklärt mir, dass die Sepsis in diesem Jahr hoch bewertet ist, „das macht schon 3000 Euro“. Dazu kommt noch die Schwere der Erkrankung und die Verweildauer. „Erythrozytenkonzentrat [eine aus roten Blutzellen (Erythrozyten) bestehende „Blutkonserve“] ist ab >5 entgeltrelevant. Er hat fünf. Bei ihm kann man jetzt hoffen, naja, für’s Entgelt ist’s besser, wenn er noch eins kriegt. Na, er kriegt jetzt keins, damit dass Entgelt steigt, das machen wir nicht.“ Beide suchen die mikrobiologischen Befunde durch:

„Ach, keine Blutkultur da! Braucht aber eine, sonst isses keine Sepsis. Schade, dann haben wir keine Sepsis... Vielleicht kommt noch was, schauen wir mal“. Der Patient wird seit 18.1. beatmet. „Gestern war er schon bei 94 Stunden, da sind wir jetzt schon drüber. Der nächste Split ist dann wieder bei 200 Stunden.“

Diese längere Szene zeigt mehrere Dinge auf einmal. Mir fällt auf, dass Herr Mangold (D-K-31) an den Tagen, an denen ich ihn begleiten konnte, öfters die Pflegekräfte ganz gezielt darauf hinwies, alle für das Vorliegen einer Sepsis vorgegebenen Werte systematisch ab dem ersten Tag festzuhalten, da eine Sepsis, wie schon angemerkt, in diesem Jahr besonders hoch bewertet war. Es ist anzunehmen, dass sich sehr viele Häuser auf diese Nebendiagnose stürzen, so dass das Relativgewicht vermutlich im Jahr darauf wieder abgewertet wird. Zwei Tage später geht Herr Mangold gleich vor Beginn der Visite auf der Intensivstation zu einer älteren Patientin, die sich unruhig im Intensivbett wälzt. Er checkt die Werte, Blut usw. und fragt den zuständigen Pfleger: „Haben die eine Blutkultur gemacht?“ Als das bejaht wird, sagt er: „Ja, da haben wir mal eine klassische Sepsis! Plus respiratorische Insuffizienz!“

Die obige Szene vom Montag zeigt aber auch, dass die Versuchung, an bestimmten Schwellenwerten wie in diesem Fall nach der Verabreichung von fünf Transfusionen Erythrozyten-Konzentrat, eine zusätzliche Transfusion zu verabreichen, groß ist, um ein höheres Entgelt zu erzielen. Die Szene zeigt ebenfalls, dass die Kodierfachkraft und der Intensivpfleger zumindest wissen, dass auch bei der maschinellen Beatmung ein erlösrelevanter Schwellenwert („Split“) bei ≥ 95 Stunden liegt. Auch hier besteht ein Anreiz, den Patienten länger als medizinisch notwendig maschinell zu beatmen, um ihn „über diese Schwelle zu bringen“.

Herr Mangold wechselt nun zu einer Intensivpflegerin und sagt ihr: „Wir kommen immer mal, um die Dokumentation zu verbessern, wegen der Kodierung. Ohne Geld gibt's kein Krankenhaus!“, worauf sie antwortet: „Ist klar“. Herr Mangold wieder: „Letztes Jahr haben sie wieder Diagnosen runtergestuft“, die Intensivpflegerin: „Ach ja.“ Im Folgenden klärt er sie über die Bedeutung des Body-Mass-Index bei adipösen Patienten auf. Dessen Dokumentation ist wichtig, da adipöse Patienten einen erhöhten Pflegeaufwand verursachen, der im Entgeltsystem den Schweregrad der DRG steigert und somit extra vergütet wird. Allerdings antwortet ihm die Pflegerin: „Können wir halt nicht so machen. Da braucht man so Spezialbetten mit Waage“.

Beim Gehen sagt Herr Mangold zu mir: „Wir sind halt noch nicht so bekannt“.

Bei der sich anschließenden Visite auf der Normalstation der Inneren Medizin ist auffällig, dass auf der Station überwiegend sehr alte Menschen liegen, was ja den Normalzustand widerspiegelt. Herr Mangold schreibt sich immer wieder Dokumentationswerte aus der Patientenakte heraus auf, während die Ärzte und Pfleger miteinander die Fälle besprechen.

Eine Assistenzärztin sagt über einen Patienten: „Er geht heute heim“, worauf Dr. Kern antwortet: „Das ist vernünftig“. Beim nächsten Fall kommt es zu der kuriosen Situation, dass der ältere Patient zu Herrn Kern sagt: „Ich hab' nichts mit ihnen zu tun!“ Dr. Kern ist zunächst etwas konsterniert, zumal sich das vor der zur Visite versammelten Gruppe abspielt, und fragt nach: „Wie meinen Sie das? Nicht ganz zufällig sind Sie ja wegen Ihrer Blutarmut da. Und dann schau'mer mal...“ Zu Herrn Mangold gewandt sagt Dr. Kern: „Herr Mangold, ich glaube, der kann heute Mittag heim.“ Herr Mangold wendet ein: „Da kann man eine

Fettleibigkeit abrechnen. Wir brauchen den BMI. Wie groß sind Sie denn?“ Doch Dr. Kern fällt Herrn Mangold ins Wort und sagt: „Das bringt nix. Der kann heim, es sein denn [ironisch], der bringt uns an einem Tag 3000 Euro mehr, aber...“ Nach der Visite erklärt mir Herr Mangold, „Ja, der Dr. Kern, der entlässt schon die Leute frühzeitig, wobei das auch gut ist. Der hat da ein Hänchen dafür.“ Als ich ihn im Interview darauf anspreche, dass mir auffällt, dass Dr. Kern meinem Eindruck nach rasch entlässt, bestätigt Herr Mangold das nochmals, erklärt mir aber:

Herr Mangold: Also der entlässt ziemlich zeitnah alles und das ist auch gut so. Hat einen guten Kontakt zu den ganzen niedergelassenen Ärzten, der kennt die alle und der ruft die auch an, wenn irgendwie Probleme oder wenn er irgendwas hat: „Bei dem und dem, da musst du da drauf achten“, dann ruft er den Niedergelassenen an und sagt: „Bitte, den entlasse ich heute, darauf achten.“ Ne?

I: Ja und ist es bei ihm eher so das Gefühl, das hat was mit Erlös zu tun oder was ist es?

Herr Mangold: Nein, ich glaube nicht, dass das bei ihm groß mit Erlös zu tun hat. Ich glaube, das ist einfach so. Der ist wahrscheinlich so erzogen worden auch so als Arzt, sage ich mal. Da, wo er vorher war, war ich ja auch mal vor etlichen Jahren, und da war das auch die Praxis quasi. Da sind die Leute nicht drei Wochen dageblieben. Da gab es noch keine DRG. Aber trotzdem haben wir die nicht ewig da gelassen.

I: Auch um der Patienten Willen, dass die halt auch bald wieder heimkönnen.

Herr Mangold: Wenn es nicht notwendig ist, muss man es ja nicht machen. Und es würde ja gar nicht gehen, weil die Station ist ja immer voll hier. Also der kann die schwerlich länger dalassen.

I: Ja, es ist dann auch ein Betten-Problem, tatsächlich, wenn er da lockerer wäre.

Herr Mangold: Ja und das ist auch gut so. Also das tut sich ja auf die Assistenten übertragen. Die tun dann auch ein bisschen, na: „Ja, den entlassen wir morgen und nicht am Montag.“ Früher ging das ja gar nicht, dass am Samstag oder Sonntag mal einer entlassen worden ist. Das ist ja jetzt normal, [was ja auch gut ist.] (D-K-31)

Es zeigt sich also, dass zügiges Entlassen den banalen Grund haben kann, dass die Station überbelegt ist und für längere Verweildauern gar nicht genug Betten zur Verfügung stünden. Aber die ironische Bemerkung von Dr. Kern – die vielleicht auch indirekt mir als Beobachter gilt – zeigt durchaus, dass eine Verlängerung des Aufenthalts aus Erlösgründen durchaus innerhalb des Denkhorizonts liegt.

Bei der nächsten Patientin, wiederum einer sehr alten Dame, die nicht ansprechbar ist, schaut Herr Mangold wieder in die Akte und schreibt sich heraus: „Vaskuläre Demenz“. Zu der Ärztin gewandt sagt er: „Das reicht mir schon. Das ist besser, bei einer normalen Demenz gäbe es nichts. Vaskuläre Demenz ist entgeltrelevant“, wodurch er unterschwellig quasi „erzieherisch“ wirkt und ihr die unterschiedliche ökonomische Relevanz von Diagnosen und damit überhaupt die Relevanz der Ökonomie zu vermitteln sucht.

Ein ähnlicher Fall: Am Bett eines Patienten mit der Diagnose COPD [chronisch obstruktive Lungenerkrankung] kommt es zur Diskussion zwischen Herrn Mangold und einem jungen Assistenzarzt. Der gibt die Diagnose COPD mit Stufe 4 [höchste Stufe chronischer Unterversorgung mit Sauerstoff] an. Herr Mangold: „Ja wenn man Stadium 4 kodiert, dann muss man das doch entsprechend dokumentieren“. Letztlich sagt er dann doch nur zu mir resigniert: „Er hat ja Sauerstoff und Stufe 4, das triggert halt. Wir wollen ja nicht bescheißen, aber wenn er’s doch hat, muss das doch dokumentiert werden“. Die Szene zeigt, dass vor allem die jüngeren Assistenzärzte im Studium gelernt haben, Diagnosen zu stellen, ihnen aber die Entgeltrelevanz der entsprechenden Dokumentation noch nicht klar ist. Offenbar reicht dem Arzt in seinem Relevanzsystem

die gestellte Diagnose aus, was soll er da noch dokumentieren. Darauf will ihn Herr Mangold hinweisen.

Es geht wieder um einen älteren Patienten, bei dem Herr Mangold eine Sepsis feststellt. Dr. Kern diskutiert mit einer Ärztin anhand der Akte über anderes. Anschließend kommt er zu Herrn Mangold: „Da könnten wir was draus machen“. Als ich frage, was er damit meint, erklärt mir Herr Mangold: „Das heißt, dass wir eine Diagnose kriegen.“ Mir ist der Sachverhalt noch nicht klar. Im Anschluss an die Visite recherchiert Herr Mangold gleich in den Deutschen Kodierrichtlinien. „Bösartige Neubildungen, S. 63, ich will wissen, was die Hauptdiagnose ist... Er kriegt eine Ernährungssonde. Ja, gut! Da mach' ich das anders.“ Ich frage ihn: „Was kommt da raus?“, daraufhin antwortet er: „Da haben wir ,ne ganz andere DRG und dann hatte er noch ,ne Chemo bekommen. Offenbar hatten die beiden darüber diskutiert, welche die Hauptdiagnose in dem Fall ist. Das kann in manchen Fällen für den Erlös von größter Bedeutung sein, ist allerdings in den Deutschen Kodierrichtlinien recht genau geregelt. Dennoch gibt es, wie gezeigt, im Einzelfall immer wieder Diskussionen. In diesem Fall lässt sich aber offenbar etwas machen...“

Die „Kunstlehre“ der Fallkodierung

Im Anschluss an die Visiten und die Eingabe der Diagnosen kodiert Herr Mangold meist mit seinen beiden Kolleginnen die Fälle am Grouper. Mittels teilnehmender Beobachtung war es möglich, ihnen bei der Fallkodierung über die Schulter zu schauen und zu beobachten, wie sie anhand der für den medizinischen Laien disparaten Angaben aus den oftmals ungeordnet in der Patientenakte herumliegenden Anamnesen, Diagnosen, Untersuchungsergebnissen, Therapiemaßnahmen, OP-Berichten, Konsiliar- und Entlassbriefen, Laborbefunden und sonstigen Dokumentationen usw. „Sinn machten“, d.h. einen auch für die Krankenkasse oder den MDK kohärenten Fall „fabrizierten“, der entsprechend „wasserdicht“ und abrechnungsfähig ist.

Die meisten Fälle sind sicherlich Routinefälle, für manche benötigt man bei der Fallkodierung tatsächlich nur zwei Minuten, andere wiederum können einen bis zu zwei Stunden oder gar länger beschäftigen. Das sind meistens die intellektuell anspruchsvolleren, aber auch erlösrelevanteren Fälle. Wie Frau Ehrlich ausführt, ist noch ein weiteres subjektives Moment mit im Spiel. Es sind gleichzeitig die lange berufliche Erfahrung in der Pflege, das medizinisch-pflegerische Wissen und das nach wie vor vorhandene *tacit knowledge* des Behandlungsgeschehens, der Abläufe auf der Station oder im OP, ein fast schon körperliches und visuelles Gedächtnis der einzelnen Gesten vonnöten, um dieses Gesamtbild, das Sinn macht, zu konstruieren. So wie Frau Neumann angibt, dass „mir also kein Arzt mehr sagen musste, er braucht jetzt dieses oder jenes, sondern, dass er das eigentlich schon in der Hand hat, bevor er eigentlich was sagen musste. Man entwickelt [...] den Blick dafür, man weiß genau, welche Schritte stehen jetzt an und welche Sachen, Dinge, Instrumentarium wird benötigt“ (D-K-22), oder Frau Zeller, die schildert, was ihr aus ihrem früheren Beruf nun von Nutzen ist, „angefangen vom Ablauf, wie's im Krankenhaus abläuft, von der Hierarchie, angefangen von, von den unterschiedlichen Bereichen, von der, also diese medizinischen Zusammenhänge einfach zu wissen, über Krankheitsgeschichte, Wahrnehmung und was so die Pflege leistet“ (D-K-24)

Man muss strukturiert denken können, den Fall, wie Frau Ehrlich an anderer Stelle schon betont hat, strukturiert erfassen und komprimiert in Kürze einem anderen vermitteln können. Man muss aber wie bei einem

Puzzlespiel die verschiedenen Teile zu einem Ganzen zusammenfassen, dabei aber zugleich im Blick haben, dass das zusammengesetzte Bild auch das, was es repräsentiert, möglichst vollständig, stimmig und überzeugend darstellt und vor allem optimal erlösrelevant ist.

Frau Ehrlich: Na ja, es ist auch einfach, so einen Fall aufzurollen, das ist auch krimiartig. [...] Was hat der jetzt? Wie? Und warum kommt das? Ja. Mhm.

I: [*unterbricht*] [Ja, wie Kreuzworträtsel irgendwie. Ich komme von verschiedenen] Punkten, und habe dann zum Schluss... irgendwie löst es sich dann ja. [...]

Frau Ehrlich: Also das ist sehr... Ja, es macht einfach schon Spaß, dann zu gucken, wie ich dann den ganzen Krankheitsverlauf und den Fall vor mir habe. Ich haben den nie gesehen, aber ja, (...) kann sagen, so und so war es. Klar, ich bin immer schlauer als der Stationsarzt. // [*lacht*]// Ich sehe alles. [*lacht*] [...] Aber, doch. Also man kann daran absolut Spaß gewinnen. (D-K-23)

Das Beispiel zeigt, wie bei aller Rationalisierung der Tätigkeit, der Eingabe der relevanten Daten in die Formularfelder der Grouper-Software (s. Abbildung 8), ein subjektives Moment von sehr großer Bedeutung ist: das Vermögen zur Imagination, eine Kompetenz im Umgang mit Komplexität, die Fähigkeit, darin eine fallspezifische Typik zu erkennen, aber auch das, was vom Typus abweicht, die Einzigartigkeit und Besonderheit des Falls, angemessen berücksichtigen zu können; sodann aber auch der Umgang mit den Spielräumen, die durch die (und trotz der) Kodierrichtlinien bestehen, das Spiel mit den Regeln, das Herantasten an eine erlästrächtige Kodierung des Falls. Das ist sicherlich eine idealisierte Beschreibung, aber bei erfahrenen Kodierern und bei komplexen Fällen ist die Entfaltung dieser Möglichkeiten potenziell gegeben.¹⁴⁰ Und all das ist sicherlich am ehesten den ehemaligen Angehörigen des Pflegedienstes aus ihrer Praxis professionellen Handelns geläufig, das unterscheidet sie auch von den Medizinischen Dokumentaren, die von ihrer Ausbildung derartige Erfahrungen allerhöchstens aus Praktika mitbringen.

Produzentenstolz

Daneben ist es aber insbesondere ein subjektives Element im Vollzug der Tätigkeit, das eine Quelle von unmittelbarer subjektiver Befriedigung ist und das sich durchaus mit dem Begriff „Produzentenstolz“ fassen lässt. Der aus der Arbeitssoziologie stammende Begriff wurde von Gouthier auf Dienstleister angewandt und stellt eine positive Arbeitsemotion dar.

Dieser Stolz beruht auf einem wahrgenommenen Erfolg der eigenen Arbeitsleistung, der Leistung des Teams und/oder der Leistung der eigenen Organisation. Grundlage für die Wahrnehmung des Erfolgs ist ein kognitiver Bewertungsprozess, bei dem eine Arbeitsleistung (Individual-, Team- und/oder Organisationsleistung) die eigenen Erwartungen an selbige erfüllt bzw. übererfüllt (Gouthier 2011:54).

Diese Emotion stellt sich ein, wenn man aufgrund seines „Gespürs“ die versteckten Potenziale eines Falles aufdeckt und sich dies dann durch die Dokumentation verifizieren bzw. untermauern lässt:

Aber, wenn man jetzt zum Beispiel sagt, ich habe hier die angenommen, die 77 I, ich müsste ja eigentlich von dem Krankheitsgrad des Patienten eigentlich auf die F kommen, und dann so überlegt, was könnte ich jetzt noch an Diagnosen finden, oder wo könnte ich noch was genauer machen. Angenommen Demenz, ist es nur ein Alzheimer-Demenz und plötzlich hat man diesen

¹⁴⁰ Das sind zugleich allesamt Elemente, durch die sich professionelles Handeln bzw. professionelles Arbeiten Professionstheoretikern wie Eliot Freidson, Andrew Abbott, Donald Schön oder Ulrich Oevermann zufolge auszeichnet, und die man, wie Florent Champy unter Rückgriff auf den Aristotelischen Begriff der *phrónēsis* überzeugend aufzeigt, als *activité prudentielle* bezeichnen kann (Champy 2009: 66ff).

Baustein gefunden, also diese..., irgendwo eine kleine Notiz. Jetzt kann ich es kodieren und plötzlich ist man... (D-K-30)

Eine beim Kodieren erzielte Erlössteigerung kann einen richtigen „Kick“ für die Kodierfachkräfte bedeuten. Die Kodierfachkräfte, aber auch Frau Ehrlich, alle berichten sie darüber. Frau Nowak bringt es nur am pointiertesten zum Ausdruck. Und bei diesem Beispiel wird auch noch deutlich, dass die Möglichkeit, das Plus, das in einem Fall schlummert, durch den Grouper als monetären Betrag sichtbar zu machen, eine besondere Arbeitsmotivation darstellt (vgl. die Abbildung des Grouperfensters in Abbildung 6):

I: Gibt es Momente in ihrer Arbeit, wo sie besonders stolz sind?

Frau Nowak: Ja. Wenn der MDK eben zweifelt, und es kommt eine Nachfrage.

Eine Kollegin, die zuhört: Super! [lacht]

Frau Nowak: Und [ich] dann eben begründe, warum, und dann haben wir DRG gerettet. Oder wenn ich da eine Kodierung angucke und ich sehe vier Punkte. Und dann nehme ich den OP-Bericht, nehme die Histologie und kodiere noch ein paar Sachen dazu, was ich von Akten rausgelesen habe. Und statt vier Punkten habe ich eben sechs, acht mal 2.700. Und woah, da bin ich stolz! (D-K-15)

Im geschilderten Fall würde sich der zusätzliche Erlös durch die Arbeit der Kodierfachkraft auf bis zu 7.560 Euro belaufen. Zur Erlössicherung beizutragen, scheint für die Kodierfachkräfte also mitnichten ein *dirty work* darzustellen, sondern eine Quelle von Stolz über Erfolge, die sich unmittelbar auf Heller und Pfennig berechnen lassen. Das erinnert sehr an den Satz der Krankenpflegerin Frau Kreuz: „Das ist so wie bei der Einkommensteuererklärung ist es ja auch so [lacht]. Wenn man es weiß, ist es gut [lacht]. Ja. Weil es Geld gibt halt.“ (D-K-4)

Frau Neumann erzählt eine ähnliche Geschichte, die aber nicht nur für sie selbst erfreulich war, sondern zugleich eine „pädagogische Wirkung“ beim behandelnden Arzt hatte:

da ging es um eine gynäkologische Operation, und dann habe ich mir das durchgelesen und dann habe ich gedacht, wenn das besser dokumentiert wäre, weil ich wusste, ich kannte den Operateur, mit dem habe ich also selber auch praktisch schon gearbeitet. Wenn er das besser dokumentiert hätte, dann könnte ich dieses und jenes codieren, [...] ich hätte einen Erlös gehabt von 5000 Euro, wenn ich es so codiert hätte, wie es dokumentiert war, und hätte ein Erlös von 13.000 bekommen können. Das sind 8000 Euro. Also das macht mir in der Codierung Spaß. Zu gucken, wie kann ich das Ganze anders dargestellt mit dem entsprechenden Dokumentationsnachweis, wie kann ich einen guten Erlös erzielen [...]. Und bei diesem Fall, um da noch mal kurz drauf zurückzukommen, ich habe dann den Operateur angerufen und habe gesagt: „Pass mal auf, so und so, das und das“, „Ja, aber das habe ich doch alles gemacht“, sagt er zu mir. Ich sage: „Das mag ja sein, das glaube ich dir auch, weil ich weiß ja, wie du operierst, aber es steht nicht im OP-Bericht“. „Ja, wie“. Ja, ich sage: „Du hast das so nicht genau ausgedrückt, kannst du das und willst du das entsprechend ändern?“ Ja, und dann hat er erst überlegt, [...] und dann hat er gesagt: „Dann schreibe ich das jetzt so, wie du mir das jetzt auch sagst“. Und dann hat das... keine zwei Tage später kriegte ich dann diesen neudokumentierten OP-Bericht. Also er war jetzt nicht abgewandelt in dem Sinne, also nicht, dass sie das jetzt falsch verstehen. Es war nur einfach, ja es gab da einen Code, der auf die OP passte, aber der eben halt in seinem Text so halt nicht enthalten war.[...] und damit war es dann abrechenbar. Und das fand ich toll und er fand das auch toll und ich fand es wieder gut, dass er das gut fand und auch das, was danach kam, fand ich ganz interessant, dass er tatsächlich zu seinen Leuten auch gesagt hat hier: „Ihr müsst darauf gucken, und wenn die Frau Neumann das sagt, dann ist das so, dann müsst ihr das auch machen.“ (D-K-22)

Ambivalenzen dem System gegenüber werden im Team durchaus hin und wieder diskutiert. Man sieht sich als Teil dieses Systems, über das niemand glücklich ist, aber „man kann nicht rausspringen“, wie Frau

Ehrlich, die ehemals die Abteilung Medizincontrolling leitende Ärztin sagt. Allerdings sind, wie gesagt, die meisten Fälle Routinefälle, die solche Emotionen nicht bereithalten.

Diese Sichtbarkeit des monetären Ertrags kann auch als Argument, offenbar auch als wirksames Erziehungsmittel, gegenüber der Ärzteschaft eingesetzt werden, wie Frau Neumann festgestellt hat:

Ich sehe manchmal auch Dinge, die wir abrechnen könnten, die aber nicht in 100 prozentiger Art nachgewiesen worden sind in der Akte, dann ärgert mich das schon, weil es manchmal nur Kleinigkeiten sind. Dann gehe ich aber auch her und sage denen, "also wenn ihr das gemacht hättet, dann hätten wir diesen oder jenen Erlös gehabt, ihr habt aber dies und das gemacht, also haben wir, was weiß ich, 2000 Euro weniger". Also ich habe festgestellt, man muss den Menschen das immer Schwarz auf Weiß zeigen, man muss ihnen tatsächlich zeigen: „Das konnten wir codieren, das hätten wir codieren können, und das ist der Erlös.“ Das wäre ihr Preis gewesen sozusagen. Weil dieses Schwarz auf Weiß, wenn die das sehen, dann ist das nicht mehr so abstrakt [...] (D-K-22)

Ein „ganz normaler“ Fall der Inneren Medizin

Doch kommen wir nun zur Praxis des Kodierens anhand der Arbeitsplatzbeobachtungen vor dem Grouper-Programm. Frau Ohlsen kodiert den Fall eines 81-jährigen männlichen Patienten, der an Leukämie und einer Herzinsuffizienz leidet. Sie sagt mir, dass bei der Chirurgie alles klar ist, man hat eine OP, eine Diagnose, da ist die DRG klar. „Auf der Inneren ist alles anders“. Das klingt angesichts der dicken Patientenakte, die ich vor mir sehe, mehr als schlüssig. „Hier gibt es keinen Arzt, der sich um die Kodierung kümmert. Manchmal wär‘ es besser, sie machen keine Kodierung. Es ist schon besser, die selbst zu erfassen als zwanzig Kodierungen zu überprüfen.“ Herr Mangold, der uns zuhört, bemerkt: „In der Chirurgie müssen die Oberärzte kodieren, die kümmern sich darum. Die Kodierungen sind gut, auch die Stationsärzte kodieren“. Wie schon gezeigt, gibt es in Krankenhaus II eine unterschiedliche Aufteilung der zwischen Innerer Medizin und Chirurgie. Den Ärzten der „Inneren“ ist das Kodieren weitgehend abgenommen, dennoch müssen sie ja die Diagnosen liefern und teilweise übernehmen sie das Kodieren dann auch, aber ohne die Systematik oder gar die Feinheiten Codes zu kennen, was dann einen ziemlichen Mehraufwand für die Kodierfachkräfte nach sich zieht. Insofern macht es durchaus Sinn, wenn die Kodierfachkräfte äußern, die Kodierungen lieber selbst vorzunehmen.

Frau Ohlsen schaltet das Programm KODIP im System MedOne auf, gibt zunächst die Patientenstammdaten ein, dann den „Werdegang“ des Patienten im Haus. Man „kennt“ zahlreiche von ihnen schon. Es gibt darunter viele „Kurzlieger“, also geriatrische Patienten, oft mit Exsikkose, Wiedereinweisungen, die nur kurz da sind, aber einen hohen Verwaltungsaufwand verursachen. Sie sucht nun den relevanten stationären Aufenthalt des Patienten heraus. „Man braucht System, um den Überblick zu bekommen bei multimorbiden Patienten“. Daher gibt sie erst einmal alles ein, was klar ist, die Codes für die Diagnosen und Prozeduren will sie später spezifizieren.

Sie klickt an: Sauerstoff, Langzeitbeatmung, Diabetes, Leukozytose, COPD [Chronisch obstruktive Lungenerkrankung], dann blättert sie die Akte intensiver durch, liest an manchen Stellen länger, gibt dann Codes ein, die sie aus dem Kopf kennt. „Manche Sachen sind von der Endoskopie schon eingegeben und

befinden sich schon im System“. Herr Mangold, der zuhört, bemerkt: „Und das stimmt zu 99% im Gegensatz zur Chirurgie“. Währenddessen sucht Frau Ohlsen nach der Formulierung einer Diagnose, die die Software kennt, Herr Mangold ergänzt diese, worauf sie sagt: „Großbuchstaben erkennt er nicht“.

Nun muss sie die Akte sortieren, in der ein Durcheinander herrscht: „Konsiliarberichte gehören nicht in Entlassberichte, sondern Befunde!“ Es gibt doppelt abgeheftete Briefe.

Bei der Diagnose aus einem Entlassbrief bemerkt sie: „Die Spezifizierung Sekundäre AML gibt's gar net“, was darauf hindeutet, dass die Kategorien, in denen die Ärzte denken und schreiben nicht mit denen der Kodierfachkräfte bzw. den in der Software vorgegebenen kompatibel sind.

„Ich erfasse erst, was ich so lese, und guck‘ dann nach der Relevanz... Also die ist undurchsichtig, die Akte, ich weiß, warum die N.N. mir die hingelegt hat. Wenn man den ganzen Tag Akten gelesen hat, dann weiß man am Abend nicht mehr... Das ist kein Vergnügen!“ Es liegt tatsächlich ein Entlassbrief aus einer anderen Klinik unter den Befunden. „Man guckt immer gleich, was einem Erlös bringt“, worauf ich frage: „Da hat man auch so den MDK-Blick drauf?“, was sie mit „Ja klar, man muss einfach alles belegen, dann ist man auf der sicheren Seite“ beantwortet.

Sie stößt auf einen Aufklärungsbogen, der etwas mit Blut zu tun hat und ebenfalls falsch eingeordnet ist, und schaut, wo der eigentlich hinmüsste. Nun sucht sie nach einem Medikament, das in der Akte angegeben ist. „Da uns die Rote Liste abhandengekommen ist, muss man im Internet googeln. Da kommt man halt immer erst bei der Apothekenrundschau raus... Drum guck ich noch mal in Wikipedia“. Und tatsächlich findet sie es dort.

Die OPS sind von den Ärzten verschlüsselt worden. „Da ist keiner, dass ‘ne Chemo angesetzt wurde! Wie lange? 9 Tage?“ Sie sucht deshalb das Medikament, ein Zytostatikum, in der Liste, findet es aber nicht, dann aber doch, ganz am Schluss der von der Software vorgeschlagenen Liste. Enttäuscht stellt sie fest: „Exklusive, das heißt orale Verabreichung.... Weil das [die nicht-orale Verabreichung, etwa mittels Infusion] hätte Geld gegeben... Na, müssen wir's wieder herauslöschen.“

„Der Diabetes ist schon entgleist, da muss ich aus der 90 eine 91 machen.“ Meine Frage dazu: „Jetzt spezifizieren Sie schon?“ „Ja“.

Aus der Notiz: „Bipulmonale Infiltrate“ schließt sie: „Das deutet ja auf eine Pneumonie hin! Da würde das Antibiotikum ja schon Sinn machen... Die Leukozyten sind riesig hoch! Dann nehm‘ ich mal mit Infekt, damit das Antibiotikum Sinn macht“. Aus der Abgabe eines Antibiotikums muss sie also erst den Infekt erschließen, um aus den verschiedenen Angaben eine in sich konsistente Kodierung zu machen.

Nun ist es so weit: „So, jetzt groupe ich das Ganze mal“. Doch dreimal zeigt das System an: „Unzulässige Hauptdiagnose“. Nach einigen Modifikationen kommt schließlich doch ein Ergebnis: „Er groupst aufgrund der eingegebenen Diagnosen und Prozeduren mit Relativgewicht 2,058. Und das gibt bei 3.600 Euro [das ist grob der in diesem Jahr geltende Basisfallwert; vgl. Kapitel 3]... Die lag jetzt 13 Tage da, ich kenne aber den Abteilungspflegesatz nicht...“ Der Fall würde also ohne Berücksichtigung der Liegezeit (offenbar handelt es sich um eine Überschreitung der Oberen Verweildauergerne) ca. 7.400 Euro Erlös bedeuten.

„Rekursive“ Falloptimierung

Bei einer anderen Fallkodierung schaue ich Herrn Mangold über die Schulter. Er soll hier nicht in Gänze wiedergegeben werden, allerdings ist sein Vorgehen bemerkenswert: Zunächst gibt er die Stichworte und Diagnosen aus dem Entlassbrief in den Grouper ein. Es öffnet sich ein Drop-Down-Menü mit einer Auswahl spezifizierter Diagnosen. Herr Mangold sucht, was zur Dokumentation bzw. dem Entlassbrief passen könnte, aber möglichst hoch bewertet ist. Anschließend sucht er wiederum nach Übereinstimmungen zwischen der ausgewählten Diagnose mit ihrer näheren Beschreibung und dem, was im Entlassbrief und in der Dokumentation festgehalten ist. Ich verstehe nun auch, was er meint, als er bei der Eingabe der Aufnahme-diagnosen am Morgen bemerkte. „Da hab‘ ich mehr Freiheiten bei der Endkodierung“ (s. oben). Bei diesem zirkulären bzw. rekursiven Vorgehen „emergiert“ quasi aus dem Zusammenspiel von Diagnosevorschlägen und der Rückkoppelung mit der Dokumentation die optimale und dennoch MDK-feste Fallkodierung.

Umschreiben der Hauptdiagnose

Frau Richter kodiert den Fall eines internistisch aufgenommenen Patienten, der mit einer Gallenblasenentzündung (Cholangitis) von der Neurologie hierher verlegt worden ist. Es ist noch kein Arztbrief da. Man diagnostiziert eine Sepsis, bei der alle nach der DRG-Logik erforderlichen Parameter vorhanden sind, Blutkultur mit Keim, Puls ausreichend, weiße Blutkörperchen usw. Drei Tage nach der Aufnahme wird die Gallenblasenentzündung als Fachabteilungshauptdiagnose festgelegt. Liegt die Sepsis bei der Aufnahme vor, wird sie vom MDK akzeptiert und ist eventuell für die Gallenblasenentzündung verantwortlich. Wenn sie erst nach drei Tagen festgestellt wird, wäre sie nur eine Nebendiagnose. Frau Richter gruppert den Fall entsprechend der zwei Varianten und stellt fest, dass er bei der Sepsis ein um 2,1 höheres Relativgewicht hätte, also fast 3,0. Daraufhin schreibt sie den Arzt an, der den noch ausstehenden Arztbrief schreibt, mit der Anfrage, diesen gegebenenfalls umzuschreiben, und fügt den Hinweis hinzu: „Würde so und so viel mehr bringen“. Sie nimmt versuchsweise die Nebendiagnose heraus, der Fall bleibt aber bei 2,9 wegen der Sepsis. Mir gegenüber kommentiert sie den Fall so: „Das ist ein Fall, wo man mal richtig sieht, was rauskommt, wenn man die Akte nicht nur mal so überfliegt“. Die Szene zeigt, wie bei Vorliegen mehrerer Diagnosen die Dokumentation, so lange sie noch nicht abgeschlossen ist, rückwirkend dem Ziel des optimalen Erlöses für den Fall angepasst wird.

Zweierlei Logik, zweierlei Relevanzen

Die Bedeutung der Sepsis als erlössteigernde Nebendiagnose wurde schon beim Gang auf die Intensivstation mit Herrn Mangold aufgezeigt. Das Missverständnis damit hängt damit zusammen, dass bestimmte Diagnosen nach den Kodierrichtlinien für alle Beteiligten eigentlich nicht ganz logisch erscheinen, sogar für die Kodierfachkräfte und ihr medizinisches Wissen selbst, etwa wenn Frau Zeller sagt, dass sie „Diagnosen nehmen muss, die die einem im Kopf gar nicht, die einem, die man sich so nicht erklären kann, aber die aufgrund von diesen Richtlinien man nehmen muss, ja. Und das jemandem aus dem medizinischen Bereich klarzumachen, dass ich das gerne nehmen würde, aber nicht kann, weil meine, weil die Deutschen Kodierrichtlinien mir vorgeben, ich muss das so und so kodieren. Das ist manchmal fast unmöglich. Und medizinisch gesehen, kann ich die verstehen.“ Die Sepsis ist so ein Fall. Nach den Kodierrichtlinien liegt

eine Sepsis nur dann vor, wenn ab dem ersten Tag an Fieber, erhöhte Herzfrequenz, Hyperventilation und Leukozytose (mit einer Blutkultur) nachgewiesen und auch durch entsprechende Daten belegt sind.

Ne Sepsis kann man aber in den Kodierrichtlinien nur kodieren, wenn man gewisse Kriterien quasi hat, ja, das sind vier, fünf sind das [...]. Für den Arzt hat aber rein medizinisch der Patient 'ne Sepsis, wenn der einfach Blutkulturen zum Beispiel positiv hat. Das heißt, die haben Erreger nachgewiesen. Dann ist das für die 'ne Sepsis, die behandeln die auch so. Für mich als Kodierkraft... und 'ne Sepsis ist sehr, die ist sehr erlösrelevant, muss ich aber gucken, fallen die ganzen Kriterien, sind die erfüllt, oder, alle ja, genau, sind die erfüllt? [...] Also, und dann kann es sein, der hat zwar medizinisches 'ne Sepsis, versteh ich völlig, weiß ich auch als Krankenschwester. Aber rein kodiertechnisch hat der keine. Und dass sich dann die Ärzte sagen, ja: „Blödsinn“. Dann sage ich: „Ja, ich versteh's“, aber jetzt, das finde ich, das sind so Probleme, wo ich auch an meine Grenze komme. [...] Der MDK wird auf jeden Fall nachfragen. Der guckt, ha, sind die Kriterien erfüllt? Wenn nicht, dann haben wir nachher wieder Abschlüsse. Also, hundertprozentig, Sepsis wird immer nachgefragt (D-K-24).

Eine weitere Situation, in der deutlich wird, wie die Relevanzsysteme der Ärzte und des Medizincontrollings auseinandertriften, erlebe ich mit Herrn Mangold nach der Visite auf der Inneren Klinik. Beim Kodieren am PC fragt er sich: Wenn man jetzt wüsste, ob der 'ne COPD [chronisch obstruktive Lungenerkrankung] hat. Da gibt es vier Schweregrade nach Gold. Wenn ich das rauskriegen würde, dann wär' ich gut. Die normale Lösung wäre, die behandelnde Ärztin darauf ansprechen, doch die hat offenbar die Anfrage abgeblockt. „Die Frau Janka, die junge Ärztin, die hat noch ein massives Problem mit uns. Als ich jetzt gesagt habe, ich brauch'ne Lungenfunktion, da fragt die sich: ‚Warum will der das jetzt wissen?‘ Das wäre ein Aufwand! Für mich ist es interessant, da gibt es vier Stadien, aber manche interessiert das halt nicht.“ Die vier Stadien entscheiden über den Schweregrad der COPD, es ist also eine erlösrelevante Information, die Herrn Mangold vorenthalten wird. Über die Motive der Ärztin lässt sich nur spekulieren. Auch Herr Mangold versucht, ihre Reaktion zu ergründen, indem er sich in sie versetzt. Für ihn erklärt sich die Weigerung durch den Aufwand, den die Ärztin sich ersparen will.

Defensives Kodieren

Bei mehreren Fallkodierungen stelle ich fest, dass bewusst *Downcoding* betrieben wird, was auf den ersten Blick verwunderlich ist. Auf Nachfrage hin erfahre ich, dass der Geschäftsführer (der sehr viel von Kodierung versteht) die Anweisung ausgegeben hat, „lieber ein bisschen was niedriger zu nehmen, dafür bekommen wir es auch durch. Denn was haben wir davon, ein paar Euro mehr zu bekommen und dann sagen die, es war doch aber...“ Ein Grund hierfür besteht darin, dass Fälle, die bei der Prüfung durch die Krankenkasse beanstandet und an den MDK überwiesen werden, so lange, wie sie nicht geklärt sind, auch von der Kasse nicht vergütet werden, was zu Liquiditätsengpässen führen kann. Es gibt aber noch andere Gründe, etwa den, den Frau Richter erklärt: „Es werden auch Diagnosen kodiert, die kein Geld bringen, das gibt einfach ein besseres Bild, die Diagnosen hab' ich im Kopf, das macht auch keine Arbeit.“ Sie kodiert in der Folge Movikol, ein Abführmittel, das „kein Geld gibt“. Man hegt also die Erwartung, dass das Gegenüber, die Kasse oder der MDK, dies auch so als defensives Kodieren wahrnimmt, dem es nicht um Erlösmaximierung geht. Es geht als um eine Art „Imagepflege“ der Kodierabteilung bzw. des Krankenhauses, die durchaus strategisch ist. Luhmann zufolge ist „alles sozial einsehbares Handeln [...] neben seinem unmittelbaren Sinnbezug auf Situation und Zweck zugleich Selbstdarstellung des Handelnden unter dem Gesichtspunkt seiner Vertrauenswürdigkeit“ (Luhmann 2009: 46). Es geht also um die Erzeugung von Vertrauen zwischen

den Organisationen (vgl. dazu ausführlich Kapitel 7). Frau Richter sagt von sich selbst: „Ich bin da halt schon ein wenig MDK-lastig, weil ich die Begehungen habe. Die anderen sehen das nicht so.“ Später sagt sie noch mal: „Man muss aufpassen, dass man nicht nur nach dem Willen des MDK kodiert.“

Diplomatie, Takt und Konfliktvermeidung und ungenaue Diagnosen

Die Kodierung der Patientenakte geht mit viel Kommunikation zwischen Medizincontrolling und ärztlichem Dienst einher. Es müssen immer wieder unklare Diagnosen erfragt werden bzw. Diagnosen, die, wenn sie unspezifisch eingegeben werden, kaum Erlös bringen, wenn sie spezifiziert werden, aber erlössteigernd wirken. „Und diese ganzen Softwareprogramme, die bieten zwar immer so ein Suchprogramm, wenn man irgendeine Definition eingibt, und oft ist es so, dass die Ärzte immer das Erste annehmen, also von 100 Vorschlägen wird gar nicht weiter geguckt, das Erste, was erscheint wird genommen, obwohl das Erste nie das Richtige ist oder meistens nicht das Richtige ist, aber man hat schon mal dann den Eindruck, es ist denen auch lästig das zu machen. Und wie gesagt, eben aus den Gründen: zu wenig Zeit, kein Interesse oder ich kann es nicht.“

Herrn Gallus zufolge ist es nötig, dass ein guter Kodierer „unglaublich viel Wissen“ hat und dass er „wahrscheinlich gut auch mit den Ärzten umgehen [...] muss, also es ist irgendwie so eine gesunde Mischung aus Freundlichkeit und dann aber auch ein bisschen Druck machen, aber nicht verärgern. Also das ist ein bisschen so ein Grad, den man da gehen muss. Sie dürfen auch nicht zu brutal auftreten, sie dürfen die Ärzte nicht gegen sich aufbringen, sie müssen sie schon dazu bringen auch, das dann auch zu machen, zu dokumentieren was wichtig ist.“ (D-K-21)

Es ist aber auch Takt gefragt. Man weiß, wieviel die Ärzte zu tun haben und dass die Kodierung nicht unbedingt zu deren oberster Priorität zählt. Deshalb muss man abwägen, wann man jemanden anruft oder anschreibt. Als Frau Richter bei der Kodierung eines von der Chirurgie vorkodierten Falles Unklarheit bezüglich einer Nebendiagnose hat, die dessen Schweregrad steigern könnte, rät sie: „Kann ja schon den Oberarzt anrufen, der hilft mir dann schon, aber ich kann ja nicht alle fünf Minuten da anrufen, dann sagt der mir: „Was willst du denn schon wieder?“

In einem anderen Fall stellt sie bei der Sichtung der Akte fest: „Da hat jetzt kein Arzt kodiert, obwohl das deren Pflicht wäre.“ Schließlich macht sie es selbst, mit der Bemerkung: „sonst müsste ich das fünf, sechs Mal hin und herschicken...“

In einem weiteren Fall fehlen in der Akte die Pflegedokumentation, und obwohl der Patient zwei Aufenthalte im Krankenhaus hatte, ist nur der Brief für einen da. „Da muss man jetzt vorsichtig sein, da gibt’s Ärzte, die fühlen sich dann auf den Schlipps getreten. Das muss ich mir jetzt noch genauer angucken. Ouuuuuhhh!!!! Sie legt die Akte zurück mit einem rosa Post-it-Zettel versehen, auf dem steht: „Liebes MVZ-Team...“

In manchen Fällen nützt weder Diplomatie noch Taktgefühl, wie in folgendem, den ebenfalls Frau Richter erzählt: Kürzlich hat sie eine Anfrage mit der Bitte um Begründung der stationären Aufnahme an Dr. Kern geschickt. „Habe extra Bitte und Danke auf den Zettel geschrieben. Kommt dann zurück: „So eine Unhöflichkeit!““, was sie damit entschuldigt, dass er wohl einen schlechten Tag hatte. „Der Arzt ist halt immer

noch der Halbgott in Weiß – das ist meine persönliche Meinung“. Oft sei es eher der kleine Assistenzarzt, der sich aufblähe, die Ober- und Chefärzte seien oft hilfsbereit.

Geschlechterkampf

Die Mehrzahl der Kodierfachkräfte sind weiblich, was wohl auch damit zusammenhängt, dass sie in der Pflege die Mehrheit sind und damit auch unter den Kodierfachkräften zusammen mit den Arzthelferinnen die weibliche Mehrheit darstellen. Kein Wunder, dass sie immer wieder in Interessenskonflikten mit den statushöheren Ärzten die oft immer noch als die „Halbgötter in Weiß“ in den Interviews auftauchen, entweder kleinbegeben oder Dinge über Diplomatie regeln müssen (vgl. das Doctor-Nurse-Game von Stein 1967) oder im Lauf der Jahre ein gewisses Standing entwickeln. Frau Neumann ist in dem Stadium, dass sie kein „stilles Mäuschen“ mehr ist:

[...] da kann ich ihnen eine Geschichte zu erzählen, da [...] habe ich eine Zeit lang auf der Intensiv, auf einer kardiologischen Intensivstation gearbeitet, und das ausgegangen oder initiiert von dem dortigen Chefarzt, der wollte unbedingt jemanden haben, der fallbegleitend kodiert. Das heißt also so lange, wie der Patient noch im Haus ist. [...] Und auf jeden Fall war ich dann auf dieser kardiologischen Intensivstation und mir ist dann gleich am zweiten, dritten Tag aufgefallen, dass der leitende Oberarzt dort immer falsche Codes, will ich mal mit Vorsicht sagen. Also er hatte immer einen Code verwendet, der nicht ganz den Tatsachen entsprach. [...] Und dann habe ich ihm gesagt, dass dieser Code, den er nimmt, dass der nicht ganz korrekt ist, er möchte bitte diesen und jenen Code nehmen. Und da hat er sich echauffert! Also da ist er auch etwas laut geworden, hat mich darauf hingewiesen, dass er schließlich der Arzt sei und wüsste was er kodiert, und dass ihm das ja noch nie untergekommen sei, dass ihm jemand gesagt hätte, wie er was zu kodieren hätte, und dass er das auch nicht möchte. Ja, und da bin ich dann auch ein bisschen, ja laut will ich nicht sagen, sondern so, dass ich ihm gesagt habe: „Sie wollten im Einklang mit ihrem Chef jemanden haben, der das hier vor Ort macht, der ihnen da auch zur Seite steht mit den Dingen, die da abgebildet werden“. Ich sage: „Und wenn sie sich jetzt so äußern, dass sie nicht kritikfähig sind, dann ist das für mich ganz klar ein Indiz, dass sie mich hier nicht brauchen, und auch nicht wollen“, und ich sage: „Ich habe das auch nicht nötig, sondern entweder wir arbeiten zusammen, um das Gute rauszuholen, das ist effektiv, und vor allen Dingen auch menschlich vernünftig, auf einer vernünftigen Basis oder wir machen es nicht.“ [...] Es war dann erst so, dass er dann noch ein bisschen mehr beleidigt war, am nächsten Tag standen für mich dann zwei Wochen Urlaub an, und ich habe ihm dann ganz klar gesagt: „Ich habe jetzt zwei Wochen Urlaub und sie ja auch, und sie überlegen sich in den zwei Wochen, ob sie mich hier überhaupt haben wollen und ich überlege mir, ob ich überhaupt wiederkomme.“ Also da muss ich sagen, das hat sich bei mir auch sehr gewandelt im Laufe der Berufsjahre. Am Anfang, gut ich war 17 als ich in die Krankenpflege ging, man steht natürlich stramm, na da kommt ein Arzt, da ist eine examinierte Krankenschwester, man traut sich auch nicht viel zu sagen. Das hat sich also sehr gewandelt bei mir. (D-K-22)

Erziehung

Um die Ärzte mit ins Boot zu holen, d.h. sie für den *going concern* der Kodierung zu gewinnen, reicht es nicht nur aus, taktvoll zu agieren und manchmal auch auf eine Information zu verzichten. Vielmehr muss auch langfristig Erziehungsarbeit geleistet werden, damit man das bekommt, was man will. Während sie einen Fall aus der Chirurgie kodiert, erzählt mir Frau Richter: „Der Oberarzt kodiert inzwischen schon richtig MC-freundlich [Medizincontrolling-freundlich], den habe ich schon so oft genervt, dass er das inzwischen macht“.

Immer ist solche Erziehungsarbeit aber nicht von Erfolg gekrönt, wie Frau Richter an einem andern Tag berichtet: „Ich habe schon auf der Unfallchirurgie eine Schulung auf Bitte des Chefarztes gemacht. Die sollen Diabetes immer mit E11 kodieren. Hab dann den Eindruck, ich habe chinesisch geredet. Die kodieren immer mit E14. Aber ich versteh's ja. Das interessiert die halt nicht, die haben genug anderes zu tun.“

Eine erfolgreiche Woche

Wie wir schon gesehen haben, löst die aufgrund eines gut kodierten individuellen Falles erzielte Erlössteigerung bei den Kodierfachkräften ein Gefühl von Stolz aus. An einem Mittwoch stecken alle drei Kodierfachkräfte der Inneren die Köpfe zusammen, weil eine Email eingetroffen ist. Als ich frage, um was es geht, erklärt man mir, dass immer mittwochs und freitags und nach dem Monatsende von der Abrechnungsabteilung eine Nachricht an die Geschäftsführung geht mit den bis dahin erzielten Erlösen. Diese Mails werden von der Geschäftsführung regelmäßig an das Medizincontrolling weitergeleitet. Eben ist so eine Mail eingetroffen mit der Mitteilung, dass das Zwischenergebnis bei 360.000 Euro liegt. Das Ziel liegt bei 600.000 Euro, am Freitag zuvor lag man bei 730.000 Euro. Herr Mangold sagt mir, er finde das schon gut, das zu wissen. Das mache nicht jedes Klinikum. Am Freitag darauf kommt die nächste Email. Der Abrechnungsstand liegt bei 500.000 Euro, was Herrn Mangold zu der Äußerung bewegt: „Dafür, dass ich diese Woche wenig gemacht habe, sind wir echt gut“. Es ist aufschlussreich, dass man den Kodierfachkräften diese Rückmeldung schickt, obwohl sie auf den Erlös ja nur bedingt Einfluss ausüben können. Diese numerische Erfolgsmeldung wirkt auch gleichzeitig wie ein motivierendes Steuerungsinstrument. Ebenso aufschlussreich ist, dass Herr Mangold den Erlös, tatsächlich seiner Arbeit bzw. der der Abteilung zurecht.

Das tut aber auch Frau Zeller aus Krankenhaus I, die im Rahmen einer Anerkennungsproblematik genau dieses Argument anführt: „Also, so was könnte ja auch mal kommen. Also dieses, so ein bisschen mehr Anerkennung für das, dass wir eigentlich das im Endeffekt dieses Geld bringen, ja? Und für das, dass wir uns da reinknien, auch das wirklich rauszuholen“ (D-K-24).

6.4.6 Im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen

Es drängt sich nun eine Frage geradezu auf, die vor allem die ehemaligen Pflegekräfte im Sample betrifft. Sie sind es ja, die in vielen Fällen ein professionelles Selbstverständnis für sich beanspruchen, demzufolge die Kernaufgabe ihrer Tätigkeit in der „Förderung von Selbständigkeit und Selbstpflegefähigkeit der Patienten und die Unterstützung ihrer Krankheitsbewältigung“ besteht (Bartholommeyczik 2010: 215) und denen ein spezifisch fürsorgliches Ethos als handlungsleitend zugeschrieben wird. Dieses äußert sich Kumbrock zufolge heute „im Eingehen auf die situativ-individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, in der Achtsamkeit auf körperliche Zeichen und leibliche Bezugnahme, dem Eingehen auf psychische Befindlichkeiten, einem sensiblen Umgang mit Nähe und Abhängigkeit, in der Achtung personaler Würde auf beiden Seiten der Pflegebeziehung und in der Wahrung der Würde im Tod“ (Kumbrock 2014: 315)¹⁴¹: Welches Verhältnis haben die nunmehrigen Kodierfachkräfte zu einer Tätigkeit, die – abseits von den Patienten – nun Teil des Controllings ist? Wie geht das für sie mit ihrem Selbstverständnis zusammen?

¹⁴¹ Der Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF) weist den Pflegekräften eine anwaltschaftliche Rolle für Patienten und ihre Angehörigen zu. Dabei soll „die persönliche Integrität der Patienten“ aufrechterhalten und „auf die Einhaltung der Würde des Menschen“ geachtet werden. Die Pflegenden sollen „Patienten vor unethischen oder illegalen Handlungen“ beschützen und „diese berufliche Freiheit in der Praxis zu etablieren“ suchen (vgl. Arndt 2007, 160; zit. nach Kumbrock 2014: 316).

Der Kern der vor einigen Jahren in der wissenschaftlichen und allgemeinen Öffentlichkeit geführten Ökonomisierungsdebatte und der damit einher gehenden Kritik läuft generell auf die Feststellung einer „Transformation des Organisationscharakters der Krankenhäuser in Richtung erwerbswirtschaftlicher Ökonomisierung“ (Bode 2010a: 66) und damit auf eine Ökonomisierung des darin stattfindenden medizinischen und pflegerischen Handelns hinaus. Gesundheit bzw. präziser: die Erbringung möglichst optimaler medizinischer Dienstleistungen sei nicht mehr das Ziel, auf das hin sich die Wahl der Mittel – und das sind nicht zuletzt finanzielle – ausrichtet, vielmehr werde die Gesundheit nun als Mittel untergeordnet unter den Zweck der Erzielung von Gewinn. Und das schlage sich, wie etwa die bereits erwähnten Studien von Vogd zu den Krankenhausärzten zeigen, auch handlungspraktisch nieder, führe zu forcierten Ambivalenzen bei den Beschäftigten (Bode 2016).

Der mehrfach in dieser Arbeit aufgegriffenen Debatte bezüglich der bundesweit massiv auftretenden überhöhten Abrechnungen von Krankenhausleistungen können wir entnehmen, dass angesichts von forciertem Wettbewerb, defizitären Bilanzen und drohenden Klinikschließungen ein enormer Druck auf allen an der Bearbeitung der DRG-Trajektorie beteiligten Akteuren innerhalb des Krankenhauses lastet. Es gibt offensichtlich in mehr oder weniger hohem Ausmaß dieses systematische *Upcoding*, es gibt auch die – von den Verantwortlichen immer wieder in Abrede gestellte – Priorisierung finanzieller bzw. betriebswirtschaftlicher Interessen vor medizinischen oder berufsethischen Motiven, auch wenn es nicht in dem Maße zu den berühmt-berüchtigten „blutigen Entlassungen“ vor oder bei Erreichen der mittleren Grenzverweildauer und zu Patientenselektionen gekommen ist, wie man dies bei Einführung der DRGs zunächst befürchtet hat.¹⁴² Die von uns befragten Kodierfachkräfte haben – im Gegensatz zu einigen Ärzten – davon verständlicher Weise im Interview nicht gesprochen und möglicher Weise haben sie dazu auch keinen Anlass. Denn wie gezeigt werden konnte, reklamieren zahlreiche von ihnen ein Ethos für sich, dem zufolge nur das kodiert wird, was auch am Patienten gemacht wurde und was Ressourcen verbraucht hat. Und auch aus einer Arbeitskraftperspektive heraus haben sie in der Regel gar kein Interesse an, weil das letztlich nur Mehraufwand durch vermehrte Kontrollen nach sich ziehen würde. Das ist auch nicht die entscheidende Frage. Die soziologisch interessantere Frage ist vielmehr: Wie gehen diese Akteure – zum Gutteil wie gesagt ehemalige Pflegekräfte – mit der Spannung zwischen medizinisch-pflegerischen Erfordernissen und ökonomischen Zwängen um?

Es zeigt sich im ausgewerteten Interviewmaterial, dass diese Spannung in sehr unterschiedlichem Maße bei den befragten Kodierfachkräften zum Ausdruck kommt, ganz im Sinne von Ingo Bodes Annahme, der in diesem Zusammenhang mit einer „Ambivalenz des Handelns kulturell spezifisch sozialisierter und ‚unter Außendruck‘ geratener Organisationsakteure“ rechnet (Bode 2010a: 84). Wir haben es beim Krankenhaus

¹⁴² Den Ergebnissen der groß angelegten WAMP-Studie zufolge „gibt es nur wenige, geringfügige oder jedenfalls noch nicht eindeutige Belege für eine starke Zunahme vorzeitiger Entlassungen und Patientenselektion. (...) Der Anteil der Ärzte, die der Auffassung waren, Patienten würden durchgängig oder häufig zu früh entlassen, stieg von 24% (2004) auf 26% (2005), um dann auf 23% (2007) erneut abzusinken.“ Meines Erachtens ist freilich nicht das Schwanken der Anteile bemerkenswert, sondern gerade deren Konstanz auf einem relativ hohen Niveau. Weiter heißt es: „Demgegenüber hat aus Sicht der Pflegekräfte sowohl die zu frühe als auch die zu späte Entlassung zugenommen, d. h. immer weniger Patienten würden zu einem für den Heilungsprozess optimalen Zeitpunkt entlassen“ (Braun et al. 2010: 16).

systemtheoretisch gesprochen mit einer Organisation zu tun, die in polykontextualen Verhältnissen operiert. Es stellt einen Treffraum dar, in dem „unterschiedliche Systeme heterarchisch nebeneinander bestehen und in Beziehung zueinander treten“ (Vogd 2011: 71ff). Die Spannungen und Ambivalenzen resultieren daraus, dass Entscheidungen im Vollzug der Tätigkeit sich irgendwie zu den jeweiligen Logiken¹⁴³ dieser Kontexte verhalten müssen. Mit Goffman (1977) könnte man auch von „Rahmungen“ sprechen und beispielsweise Konflikte zwischen Ärzten und Kodierfachkräften bei der Kodierung als Auseinandersetzung um die „Definition der Situation“, um den hier zutreffenden Rahmen interpretieren.

Das bis hierher Gesagte gilt durchgehend für alle Angehörige des Medizincontrollings. Was wirkt dagegen differenzierend in dieser Hinsicht? Man kann die Hypothese aufstellen, dass die Orientierungs- und Handlungsmuster der Kodierenden von Faktoren beeinflusst werden, die sich auf verschiedenen Ebenen ansiedeln lassen. Eine dieser Ebenen, die der Abrechnungsphilosophie des Hauses, also die wiederum von verschiedenen Variablen abhängigen geschriebenen und ungeschriebenen Vorgaben durch die Geschäftsführung oder die Vorgesetzten im Medizin- oder Finanzcontrolling können hier nicht behandelt werden, ließen sich sicherlich auch nur auf der Basis einer umfangreichen Vergleichsstudie zwischen Krankenhäusern näher bestimmen. Hinweise darauf ergeben sich aus den Interviews mit dem ehemaligen ärztlichen Direktor, Herrn Gerlach, sowie der ehemaligen Leiterin des Medizincontrolling, Frau Ehrlich.

Hier soll dagegen die individuelle Ebene, die der Umgangsweisen mit dem genannten Spannungsverhältnis, analysiert werden. Anhand der Interviews von zwei Kodierfachkräften, Frau Nowak und Frau Zeller, werden deren jeweilige Haltungen zu den inhaltsanalytischen Kategorien „Verweildauersteuerung“, „Hochkodieren“ bzw. „Erlösoptimierung“ und „Einflussnahme auf die Ärzte“ bzw. „Bereitschaft zum Eingehen von Konflikten“ kontrastiert. In einem zweiten Schritt werden die derart herausgearbeiteten Unterschiede hinsichtlich der professionellen Dispositionen und Handlungsorientierungen der beiden Kodierfachkräfte – beide sind gelernte Krankenpflegerinnen – ihren jeweiligen (berufs-) biographischen Verläufen und Erfahrungen gegenübergestellt, um so zumindest in Ansätzen nach Erklärungen der Ersteren zu suchen.

6.4.6.1 Frau Nowak, die „eben so zahlenmäßig orientiert“ war

Einen konfliktreichen Punkt stellt, wie gesagt, die Überschreitung der Grenzverweildauer dar, des Zeitpunkts also, ab dem ein „Fall“ dem Krankenhaus kein Geld mehr einbringt, sondern zum „Kostenfaktor“ wird. Hören wir zunächst, wie Frau Nowak (D-K-15), die zum Zeitpunkt des Gesprächs Mitte 40 ist und aus Polen stammt, sich zu diesem Thema stellt:

Frau Nowak: Ich werde eben gefragt, ob der Patient noch länger bleiben darf. Weil ich beobachte auch die obere Grenzverweildauer. Und wenn da wirklich kein medizinischer Grund dazu ist, dann muss ich sagen, da bezahlt das Krankenhaus drauf. Das bringt keinen Gewinn mehr.

– Ja. Also, Sie haben, wenn man so will, auch finanzielle Mitverantwortung im Krankenhaus? Und sie, die Ärzte oder wen auch immer, darauf hinweisen müssen, jetzt ist die obere Grenzverweildauer da.

Frau Nowak: Genau, genau.

¹⁴³ Vogd (2011) identifiziert für das Krankenhaus neben Medizin und Pflege, auch Wirtschaft, Recht, Wissenschaft, Erziehung und Ausbildung, Politik, Recht, Religion und den Patienten.

Im Gegensatz zu Frau Zeller, die betont (s. unten), dass die Verweildauersteuerung lange Zeit nicht prioritär in ihrem Aufmerksamkeitsfokus stand und man hierin den Ärzten keine Vorgaben machte, sie dies eigentlich auch jetzt noch ablehne, stellt sie für Frau Nowak eine Selbstverständlichkeit dar. Soziale Indikation als Grund, einen beispielsweise älteren und zuhause unversorgten Patienten länger dazubehalten¹⁴⁴, akzeptiert sie für sich nicht. Handlungsleitend ist, ob das Krankenhaus Gewinn erzielt oder „draufzahlt“.

Oberstes Ziel der Tätigkeit der Kodierfachkräfte – das wurde oben bereits geschildert – ist die Suche nach einer möglichst hohen Bewertungsrelation, also der Einordnung des Falls in eine hoch bewertete DRG, was auf die Maximierung des Erlöses eines Falls herausläuft. Zeigen die Angehörigen des ärztlichen Dienstes auf den Stationen, für die die Erlösmaximierung – zumindest in deren Selbstdarstellung – kaum das oberste Ziel darstellt, nicht die entsprechende Bereitschaft, die Erfordernisse der DRG-Abrechnung zumindest mit zu berücksichtigen, kann es zu entsprechenden Konflikten mit den Angehörigen des Medizincontrolling kommen. Die folgende, von Frau Nowak berichtete Auseinandersetzung, zeigt sowohl die Bedeutung, die die Erlösoptimierung für sie besitzt wie auch das Ausmaß an Konflikten, die sie mit dem ärztlichen Dienst einzugehen bereit ist, ebenso das Ausmaß an Einfluss, das sie auf ärztliche Entscheidungen nehmen will:

I: Ja was heißt das, Probleme mit dem Assistenten? Was sind das dann für Dinge?

Frau Nowak: Ja zum Beispiel war eine Diskussion wegen Plazentalösung nach der Geburt, ob das manuell oder instrumental ist. Und dann eben [hat] die Ärztin gesagt: ‚Nein eigentlich, das ist manuell. Das macht man von Hand.‘ Dann habe ich gesagt, ‚Na eigentlich instrumental.‘ Und wenn sie instrumental kodiert, so wie das gemacht wurde, kriegen wir auch andere DRG. Und dann wollte sie dies nicht einsehen und dann bin ich zum Doktor Schäfer [dem Oberarzt] gegangen. Der soll eben entscheiden.

Der geschilderte Konflikt ist keiner, bei dem die Kodierfachkraft in irgendeiner Form Einfluss auf die medizinische Behandlung ausübt, es geht ja hier „nur“ um die nachträgliche Kodierung. Die Assistentin ist bezüglich der ökonomischen „Rahmung“ solcher Kodierentscheidungen offenbar noch nicht genügend sensibilisiert.¹⁴⁵ Aus ihren früheren Erfahrungen in der Gynäkologie weiß Frau Nowak oder meint zu wissen, welche Prozedur tatsächlich vorgenommen wurde. Jedenfalls scheut sie sich nicht, sich eines mikropolitischen Spiels zu bedienen und den Weg über den Oberarzt zu gehen, da sie ja keine direkte Sanktionsgewalt über die Assistenzärztin besitzt. Die Oberärzte sind in der Regel mit dem DRG-System gut vertraut, da sie den Chefärzten gegenüber hinsichtlich des Case Mix Index der Abteilung rechenschaftspflichtig sind. Sie vermögen solche Entscheidungssituationen durchaus sowohl medizinisch wie auch ökonomisch zu rahmen. Und darauf vertraut Frau Nowak in der Situation.

Kommen wir nun zu den (berufs-) biographischen und habituellen Voraussetzungen bei ihr. Man könnte sich durchaus fragen, ob es nicht nur gesundheitliche Probleme, ein fortgeschrittenes Alter und ähnliche Gründe sind, die eine ehemalige Pflegekraft wie Frau Nowak dazu veranlassen, die „horizontale Karriere“

¹⁴⁴ Vgl. die Interviewpassage der Assistenzärztin aus Krankenhaus I in Kapitel 3, die Äußerungen von Frau Richter von Krankenhaus II sowie von Herrn Buchner vom MDK in Kapitel 7. Man wird den Verdacht nicht los, dass die Figur der älteren, alleinstehenden Dame ohne verfügbare Angehörige, die aus dem Krankenhaus entlassen werden soll“, einen feststehenden Topos in den Argumentationsregistern zahlreicher Akteure des Feldes darstellt. Was nicht heißen soll, dass diese Figur nicht auch zahlreich in der Realität vorkommt.

¹⁴⁵ An den meisten medizinischen Fakultäten ist für die angehenden Ärztinnen und Ärzte eine Einführung in das DRG-System von nur zwei Stunden obligatorisch.

einer Kodierfachkraft einzuschlagen, sondern vielleicht auch eine besondere habituelle Disposition oder (berufs-) biographische Erfahrungen, die sie von denjenigen unterscheidet, die in der Pflege verbleiben. Bei Frau Nowak jedenfalls trifft dies zu. In ihrer Berufslaufbahn hat sie bereits einige Wechsel und Veränderungen durchgemacht – wobei durchgemacht zu passiv ausgedrückt ist: Sie hat Opportunitäten abgepasst und dann entsprechend zugegriffen. In ihrer Selbstdeutung präsentiert sie sich als jemand, die den im Verlauf ihrer Berufsbiographie geforderten Wandel habitueller Dispositionen – das klingt durchaus etwas paradox – in die eigene Identitätskonstruktion aufgenommen hat. Sie negiert für sich eine über die Zeit hinweg konsistente (berufliche) Identität:

Frau Nowak: Ich war immer zufrieden.

I: Ja?

Frau Nowak: Ich möchte die Jahre auch nicht missen. Auch nicht die Aufgaben, was ich gemacht habe, missen. Ich habe auch gerne als Krankenschwester gearbeitet. Auf der Unfall war bereichernd. Auf der Entbindung war sehr bereichernd für mich als Mensch. Und ich bin auch froh, dass ich da jetzt kodieren darf. Aber das war Entwicklung vom Mensch. Damals habe ich das gebraucht und jetzt brauche ich was anderes.

Ihre Laufbahn erscheint verglichen mit anderen Pflegefachpersonen als relativ rational geplant, sie verkörpert eher einen individualisierten Typus. Moralische Verpflichtungen spielen bei ihren Entscheidungen, wie gezeigt, weniger eine Rolle. Kriterien sind für sie, was sie jeweils persönlich „bereichert“ hat, was sie „damals gebraucht hat“ und was sie „jetzt braucht“, wo sie „Neues“ lernen kann, bis sie an einem bestimmten Punkt ihrer Berufsbiographie schließlich wie viele andere Pflegepersonen an einen Punkt kommt, an dem sie die aufreibenden Arbeitsbedingungen nicht mehr so leicht wegstecken kann. In diesem Moment bietet sich, wie oben schon angesprochen, mit der Einführung der DRGs und der Schaffung einer entsprechenden Kodierabteilung innerhalb des Medizincontrollings wieder so eine Gelegenheit in Gestalt der Ausbildung zur Kodierfachkraft, in der sie ihr bisheriges berufliches Wissen gewinnbringend einsetzen kann. Die Frage ist, ob sich der Weg, wie ihn Frau Nowak eingeschlagen hat, für Pflegefachkräfte prinzipiell anbietet. Angesichts der von vielen Pflegekräften in den Interviews berichteten Befriedigung über den Umgang mit kranken Menschen, dem oft ein von Aufopferung und Helfen-Wollen geprägtes Ethos zugrunde liegt, erscheinen die Tätigkeit in der Pflege eher wenig kompatibel mit einer Tätigkeit im Rahmen des Medizincontrollings, die viel mit Akten- und Computerarbeit, mit Zahlen und Finanzen zu tun hat.

I: Haben sie das Gefühl, dass es im Bereich der Pflege, also bei ihren früheren Kolleginnen auch Leute gibt, die das gerne auch gemacht hätten?

Frau Nowak: Ja. Aber nicht viele. Weil, oft sagen die Leute, das ist nur eben Arbeit mit Zahlen. Aber ein, zwei habe ich schon gehört, ‚Ja, ja, ich würde auch so was gerne machen‘.

I: Aber ihnen macht diese Arbeit mit Zahlen Spaß?

Frau Nowak: Ja. Genau, genau.

I: Ja. Das können sie ganz so sagen? Oder wird es ihnen auch manchmal zu viel?

Frau Nowak: Nein, nein. Also, wie gesagt, ich würde nie wieder als Krankenschwester arbeiten wollen.

Woher kommt nun bei ihr diese Affinität zum Arbeiten mit Zahlen und finanziellen Sachverhalten, vielleicht auch zum Hineindenken in die Logik eines privatwirtschaftlichen Unternehmens? Das klärt sich im

späteren Verlauf des Gesprächs und es zeigt sich, dass die Veränderungen und Wechsel beruflicher wie örtlicher Art durchaus eine Konstante in der Biographie von Frau Nowak bilden.

Frau Nowak: Ich habe Abitur gemacht mit 19. Und eigentlich, äh, wollte ich was anderes lernen.

I: Was wäre das gewesen?

Frau Nowak: Physik, Mathematik. Ich war so zahlenmäßig eben orientiert. Und da ist meine Mutter sehr krank geworden, ist dann auch gestorben. Und ja, mit Abitur kann man in Polen nicht viel machen. Und dann habe ich gedacht, „Ja, warum nicht, eben, die zwei Jahre Studium?“ Das ist eben zwei Jahre Studium gewesen damals. Und das habe ich dann gemacht und dann hab' ich probiert als Krankenschwester in Polen zu arbeiten. Aber war das nicht so optimal, die Bedingungen, und bin dann eben abgesprungen. Ich habe schon in Polen im Finanz-Controlling gearbeitet.

I: Ach so. Da waren sie schon recht früh drin?

Frau Nowak: [unterbricht] Im Büro, genau, mit Zahlen und mit Rechnen beschäftigt.

I: Wie kam das, dass sie das schon so früh gemacht haben? Also das waren in ihrer Funktion als Krankenschwester, oder?

Frau Nowak: Nein, nein, nein. Ich habe mit Krankenschwester mit 22 eben aufgehört. Ich wollte was anderes lernen. Und da habe ich mich umgesehen, wo ich eben arbeiten könnte. Und hab' ich angefangen im Büro. Und damit bin ich eben weiter gegangen.

I: Also Büro, das war im Krankenhaus schon?

Frau Nowak: Nein.

I: Das war außerhalb?

Frau Nowak: Genau, außerhalb. Woanders, ganz anders.

I: Aber eben im Bereich Finanz-Controlling dann...

Frau Nowak: [unterbricht] Genau, genau, genau. Mit Kauf, Verkauf zu tun. Und dann habe ich eben mich weitergebildet in dieser Richtung.

I: Wie viele Jahre waren das ungefähr dann?

Frau Nowak: Fünf Jahre. [...] Und da war ich auch Leiterin von Finanzabteilung bei uns in der Firma.

6.4.6.2 Frau Zeller, die merkt: „Ich komme da immer wieder an meine Grenzen“

Frau Zeller ist ähnlichen Alters wie Frau Nowak und ebenso wie diese von Anfang an, also seit ca. 2004 Mitarbeiterin im Medizin-Controlling tätig. Sie haben beide die gleiche Ausbildung durchlaufen, dennoch unterscheiden sich die Äußerungen Frau Zellers beträchtlich von denen Frau Nowaks. Das betrifft die Themen, die sie anspricht, das betrifft jedoch in hohem Maße auch die darin zum Ausdruck kommenden Handlungsorientierungen bezüglich der drei Themen „Hochkodieren“, „Verweildauersteuerung“ und „Einfluss auf ärztliche Entscheidungen bzw. Bereitschaft zu Konflikten mit den Ärzten“. Überhaupt läuft bei allem, was sie erzählt, eine ständige Reflexion ethischer Fragen mit, die in Äußerungen des Unbehagens, des negativen Bewertens von Verhaltensweisen und des kontrastierenden Gegenüberstellens von „früher“ und „heute“, also in evaluativen Statements zum Ausdruck kommt.

Betrachten wir bei ihr zunächst ebenfalls das Thema „Hochkodieren“. Wie bei Frau Nowak findet sich bei Frau Zeller durchaus so etwas wie ein „Produzentenstolz“, der sich jedoch eindeutig auf die Praxis des „Rightcoding“ bezieht:

diesen Job selber, dieses Rauszuholen, also rauszuholen indem, ich hole das raus, was wirklich gemacht worden ist. Und das ist was, das ist ein Anreiz für mich. Aber es geht nicht darum, mehr rauszuholen, sondern das, was gemacht worden ist, und noch was zu finden.

Und wenn sie etwa nach einem Gespräch mit dem Arzt über die Dokumentation „die Möglichkeit [hat], das anders zu kodieren, und da kommt womöglich noch was Besseres raus, dann freut mich das auch.“ Auf ein etwas provokatives Insinuieren seitens des Interviewers hin, ob man nicht durch Entgeltanreize die Ergebnisse des Medizin-Controllings steigern könnte, reagiert sie sofort energisch:

Und also ich mein', also ich weiß nicht, man hat ja auch so [lacht] eine gewisse Berufsethik. Also ich finde das nicht in Ordnung. Also ich für meinen Teil, ich trage ja auch nicht nur aus Lust und Tollerei, weil ich denke, ja, es triggert hoch in der Dokumentation, in der Pflegeplanung schreibe ich ja auch nicht irgendwie rein, hat er die und die Untersuchungen noch gekriegt, obwohl er sie gar gekriegt hat, mache ich doch auch nicht.

Und diese Berufsethik muss sie auch gegenüber manchen Ärzten oder Controllern rechtfertigen, die es mit der Dokumentations- und Kodierehrlichkeit nicht so genau nehmen, wenn in einem Fall durch eine entsprechende Entscheidung mehr Erlös erzielt wird:

Frau Zeller: Ich hab', ja, und ich glaub' das kann ich nicht so richtig, und mein Gefühl war eher zu sagen, das geht so in 'ne Richtung, ähm, die, da geht's, ich soll gucken, dass ich die, dass ich da noch irgendwas dazu mach', damit der Patient jetzt teurer wird oder so was. Also das... ganz, ganz eigen. Oder ich meine, es kamen schon manchmal auch so Sprüche, „Dann nehmen sie das, was mehr Geld bringt“, wenn ich nach Diagnosen gefragt habe.

I: Bei den Ärzten?

Frau Zeller: Ja, also wenn ich Fragen hatte, wegen 'nem Patienten, der Diagnose, „Dann nehmen sie das, was mehr Geld bringt.“ Na, hab' ich gesagt: „Darum, natürlich geht's darum auch. Aber darum geht's mir nicht“, weil ich bin ja auch dran..., ich bin ja auch dazu verpflichtet, genau zu kodieren. Nicht drunter und nicht drüber. Also kann ich nicht einfach sagen, weil's mehr Geld bringt, dann könnt' ich das ja bei jedem Patienten machen. Da könnt' ich ja jedes Mal [am Grouper] rumspielen und denken: „Och, bringt 200 Euro mehr, jetzt nehme ich doch die Diagnose.“ Sondern ich muss ja, ich will das ja wirklich auch verantwortungsvoll machen und richtig. Also, ja? Also das geht dann manchmal schon so, wo ich denke: „Ah, Mann, die verstehen's wirklich nicht.“ Also es liegt auch nicht an mir. Es liegt daran, dass ich das abbilden muss, was der Patient wirklich gekriegt hat und nicht mehr, weil ich denke, weil's dann mehr bringt. Aber klar ist auch, dass ich ja auch in Vielem weiß, was würde vielleicht noch an Untersuchungen fehlen? Oder, was hat man vergessen? Dann könnt' ich das, also was hab' ich, was hat man vergessen? Und ich kann's nicht abbilden, obwohl's erbracht worden ist.

Im Gegensatz zu Frau Nowak taucht bei ihr eher das Thema auf, dass sie als Kodierfachkraft eher von ärztlicher Seite vorgenommene Kodierungen nach unten revidieren, den „Übereifer“ der Ärzte etwas ausbremsen muss.

Also wie gesagt, da gibt's OPs, die wirklich nur durch ganz kleine andere Handhabungen in den anderen Code rutschen und dadurch oft dann mehr Erlös bringen. Und wenn das natürlich Ärzte, die interessiert sind, wissen, da denken die sich: „Nehme ich doch den Code weil, ich hab's zwar nicht gemacht, die kleine Lasche da rechts, oder so. Aber, es bringt ja im Endeffekt mehr.“ Das heißt, wenn du als Kodierfachkraft aber dann diesen OP-Bericht liest, und einfach siehst, „Hallo? Da ist aber diese Lasche nicht gelegt worden“, dann kann ich auch diesen Code nicht nehmen. Und wenn dann zum Beispiel Ärzte sagen, „Ich habe das aber gemacht“, dann musst du einfach sagen, „Aber, hier drin steht's nicht.“ Also entweder ist der OP-Bericht falsch, oder sie haben's vergessen, oder, also, da kommt es schon zu Konflikten.

Beim Thema „Verweildauersteuerung“ spricht Frau Zeller von einer Veränderung über die Jahre seit Einführung der DRGs. Vorher sei „diese medizinische Sicht [...], die war wichtiger wie die betriebswirtschaftliche, und das hat sich eigentlich in den letzten Jahren sehr verändert, und ich so das Gefühl habe, die betriebswirtschaftliche Sicht, die kriegt so mehr Gewichtung, so. Und das find ich eigentlich keine so gute Entwicklung.“ Das „Betriebswirtschaftliche“ illustriert sie unmittelbar darauf mit der gesteigerten Bedeutung, die seit ca. drei Jahren seitens der Organisation der Verweildauersteuerung zugemessen wird. Und diese Zunahme der Steuerung hat sich nicht durch explizit kommunizierte Entscheidungen seitens der Geschäftsführung gezeigt, sondern es „war so ein ganz subtiles Anschleichen.“

Am Anfang war die Kodierfachkraft einfach jemand, die hat die Diagnosen einfach in Schlüssel umgesetzt, ja, und hat ganz viel aus der Pflegedokumentation noch herausgeholt an Pflegediagnosen. Und zunehmend war es dann so, dass dieses Tätigkeitsfeld dieser Kodierfachkräfte, das wurde immer mehr. Dann sollte man gucken, und ging es schon in Richtung so Case-Management. Also geht man mit auf Station, berät die Ärzte quasi, der Patient ist jetzt obere Grenzverweildauer, der müsste eigentlich raus die nächsten Tage. Also man sollte immer mehr und mehr in diese, so auch in diese, in ärztliche Entscheidung mit eingreifen, oder bemerken, oder auch dieses so, ja, „Was kostet der Patient bis jetzt?“ So ungefähr.

Irgendwann sei es nicht mehr um die reine Kodierung gegangen, sondern in Richtung einer Steuerung, die mit einem verstärkten „Präsentsein“ auf den Stationen einherging.

Also so eher in so eine Steuerung, die ich eigentlich, das ist eigentlich gar nicht mein Bereich. [...] Also es ist schon so, dass du, dass du wirklich mehr, es geht immer mehr in diese, in diese Einmischung. Also das Gefühl habe ich, dass diese, das Betriebswirtschaftliche immer mehr, das soll immer mehr, das kriegt mehr Gewicht. Aber zum Teil so viel Gewicht, dass ich mich frage, ob das in 'nem Krankenhaus eigentlich, ob das sein darf. Also dass, es kann ja nicht so sein, dass nachher Betriebswirte entscheiden, wann ein Patient entlassen wird, nur weil der halt...

Es deutet einiges darauf hin, dass Frau Zeller, die sich nach wie vor noch stark als Krankenpflegerin identifiziert, in ihrer Haltung gerade zu dem heiklen Punkt der Verweildauersteuerung konform mit den meisten Pflegekräften geht, die gerade diesen Aspekt des DRG-Systems als bedauerlich empfinden.

Bezüglich des Themas „Einfluss auf ärztliche Entscheidungen“ positioniert sich Frau Zeller ganz eindeutig:

Frau Zeller: [Ganz am Anfang] war das noch nicht das Thema. Da ging's eher darum, wird alles gut abgebildet? Wird wirklich alles abgebildet, was der Patient bekommt an Untersuchungen? Wurde da nichts vergessen? Und jetzt geht's eher darum so: „Was kann man noch, kann man da vielleicht noch irgendwo mehr rausholen?“ Das war so das Gefühl der Entwicklung. Und, also ich für mich merke, ich komm da immer wieder an meine Grenzen, wenn es Aufgaben gibt, zum Beispiel, Entscheidungen. Zum Beispiel sind halt ganz erlösrelevante Patienten, Beatmungspatienten, die in solche Schubladen reinkommen, und je nach Beatmungsstundenzahlen kommen die in eine höhere Schublade oder eine noch höhere und werden dadurch teurer so. Wenn ich jetzt wöchentlich oder zwei Mal wöchentlich bei – Langzeit beatmete Patienten sind das vor allem – diese Stunden berechnen muss, um dann quasi sagen zu können: „Ende der Woche hat der Patient, wenn der so und so beatmet ist, so und so viel Beatmestunden“, und der steht gerade auf der Kippe, dann weiß ich nicht, ob der Arzt das wissen möchte oder könnte, weiß ich nicht, ob der Arzt das wissen möchte, um zu sagen, okay, dann lassen wir den einfach noch 24 Stunden länger beatmen, denn dann kommt er in eine höhere DRG. Das ist was, da habe ich einfach sehr viel Mühe mit. Weil ich denke, ein Arzt muss entscheiden, braucht ein Patient diese Beatmungsstunden noch oder ist es, also ich meine, beatmet sein ist nicht toll. Und je früher man von diesem Gerät wegkommt [lacht], umso besser. Und zwar, je früher, je besser.

Frau Zeller versteht ihre Aufgabe also nicht darin, Einfluss auf die Ärzte bezüglich erlösrelevanter möglicher Behandlungsentscheidungen zu nehmen. Sie grenzt sich zugleich von anderen ab, „die vielleicht mehr betriebs- lieber betriebswirtschaftlicher sehen, die sagen, ‚Ha super, da geh ich jeden Tag hin und guck,

wie viel Stunden der hat, und dann kann ich genau sagen, in zweieinhalb Tagen muss der weg und dann hab' ich die nächste DRG.' Also das, ich denk mal, das ist auch wie jeder vom Typus her geprägt ist.“ Ärzte haben für sie ihre Entscheidungskompetenzen und eine entsprechende Autonomie, so wie sie als Krankenschwester, als die sie sich immer noch sieht, auf der Seite des Patientenwohls steht. Beratend – sie spricht häufig von dem „Miteinander“ zwischen ärztlichem Dienst und Kodierern – steht sie den Ärzten gerne bei, wenn jemand will, „dass man vor Ort ist und ihnen sagen kann: Wo steht der Patient momentan?“, da sie weiß, dass diese „ja auch einem brutalen Druck von den Betriebswirtschaftlern“, „aus dem Finanzcontrolling“ von der Art ausgesetzt sind: „Hallo, die Casemix-Punkte stimmen nicht, Patient zu lange da.“ Aber dies seien dann die Entscheidung der Ärzte und bei diesen gebe es auch Unterschiede zwischen denen, die versuchen

aus jedem Patient ein Stück weit [lacht] das rauszuholen, was geht, und wenn's geht noch mehr, je nachdem wie ein Arzt auch gestrickt ist. [...] Und manche sagen: ‚Hallo, das ist immer noch mein... , ich entscheide wann‘. Und es gibt andere, die sagen ‚Ne, dann gucken wir halt mal, dann lassen wir den halt noch mal zwei Tage länger beatmen, tut dem jetzt nicht weh.‘“

Ihre eigene Rollendefinition lautet demnach: „Also wir unterstützen sie ein Stück weit. Also so würd' ich mich auch gerne sehen. Ich würde mich gerne als Unterstützung sehen, aber nicht als Kontrolleur [lacht]“. Einfluss nehmen würde sie nur auf die Dokumentationsqualität seitens der Ärzte, damit das, was real erbracht worden ist auch entsprechend wasserdicht abgebildet ist. In diesem Rahmen ist also durchaus der Blick auf den durch den Fall generierten Erlös legitim:

Frau Zeller: Also ich errechne das, was ein Patient pro Aufenthalt kostet. Und von daher ist ja auch ein Miteinander wichtig. Weil, wenn vielleicht was vergessen worden ist, dann rechne ich, kommt irgendwas raus, was ja gar nicht stimmt. Weil das, Patient war ja vielleicht viel teurer in dem Aufenthalt oder viel günstiger, weil ich, weil vielleicht irgendjemand irgendwas reingeschrieben hat, wo ich dann denke: ‚Hey, das steht da jetzt zwar da drin, aber ich find' gar keinen Nachweis.‘“

Kommen wir nun zusammenfassend nochmals ganz kurz auf die berufsbiographischen Erfahrungen und Dispositionen von Frau Zeller zurück, die schon in Kapitel 6.4.3 ausführlicher behandelt wurden: Für sie war von Anfang an klar, dass sie nach der Realschule Krankenschwester werden will. Trotz der zur damaligen Zeit langen Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz von drei bis vier Jahren hält sie an ihrem Entschluss fest und überbrückt die Zeit mit einem Familienpraktikum und einem Berufskolleg. Nach der dreijährigen Ausbildung, einigen Jahren an anderen Kliniken vor allem im chirurgischen Bereich sowie einem Erziehungsurlaub, während dessen sie dennoch Nachtdienste und Wochenenddienste übernimmt, beschließt sie, eine Intensivpflege- plus Anästhesieausbildung zu absolvieren, die sie aber nach einige Monaten wieder abbricht, weil ihr das „zu medizintechnisch“ ist. Nach weiteren Jahren in verschiedenen Bereichen der Pflege und einem offensichtlichen Burn out, den sie aber nicht weiter thematisieren will – „Ich war auch so'n bisschen ausgebrannt in der Pflege, hab einfach g'merkt, so, geht so kräftemäßig dran, auch diese Schichtdienste.“ – wird sie schließlich von einer Stationsleitung angesprochen, „ob ich nicht Lust hätte, ob ich mir vorstellen könnte, so mit – ich hätt's ja immer gut mit'm Organisieren und s'war damals... [holt lachend tief Luft] und könnte so gut, könnte so, würd' so strukturiert arbeiten, ob ich mir nicht vorstellen könnte, da mal diese Kodierausbildung, mir das anzugucken.“ Einziges Hindernis neben der mangelnden Vertrautheit mit dem Arbeiten am PC, wofür sie sich auch nicht sehr interessiert, ist ihr Wunsch,

„eigentlich mehr am Patienten zu arbeiten“. Und erst die Erfahrung des Medizincontrolling-Teams überzeugt sie davon, die richtige Wahl getroffen zu haben, als sie merkt: „Es gibt eben diese betriebswirtschaftliche Sicht, aber es gibt aber auch diese medizinische Sicht. Und das ist eigentlich, das fand ich damals ganz spannend.“ Während des gesamten Interviews kommt Frau Zeller immer wieder auf die Pflege zu sprechen, sei es, dass sie über ihre Kontakte mit der Pflege spricht, sei es dass sie die Problematik der Pflege allgemein oder im Rahmen des DRG-Systems reflektiert. Und in der Tat definiert sie sich immer noch als Pflegekraft: „Aber ich komme aus der Medizin. Ich bin Krankenschwester. Das heißt, ich bin einfach eher auf der medizinischen Seite. Das ist einfach so.“ Sie hat offenbar viel stärker als Frau Nowak den Habitus der Pflege mit den entsprechenden professionellen und medizinisch-ethischen Ansprüchen verinnerlicht, der entsprechend ihre Handlungs- und Bewertungsschemata strukturiert. Sie wahrt für sich also weiterhin eine Distanz zwischen ihrem Selbst als Pflegekraft einerseits und dem rollenspezifischen Teil-Selbst, also den als Zumutungen daher kommenden Rollenerwartungen, die nach der Übernahme des Medizincontrollings durch Herrn Renner nun dominieren, eine Haltung, die man unter Bezugnahme auf Erving Goffman als Rollendistanz bezeichnen könnte, also „den Anspruch und die Fähigkeit des Individuums, seine Definition von Wirklichkeit gegenüber den Definitionen der anderen im Spiel zu halten.“ (Abels 2010: 108f)

7 Die „Grenzstelle“ des Krankenhauses: Fallprüfungen durch den MDK und organisiertes Misstrauen zwischen Organisationen

Auf ihrem Parcours von der Aufnahmediagnose, der Feststellung von Haupt- und Nebendiagnosen, über die verschiedenen Behandlungen, Therapien, Operationen mit ihren jeweiligen „Prozeduren“, der Erstellung von Röntgenbildern und Laborbefunden, dem täglichen Waschen, Wenden und Pflegen bis hin zur Entlassdiagnose, der Kodierung und letztendlich der Abrechnung des „Falles“ bei der Krankenkasse kann es nun passieren – und das ist keineswegs eine Ausnahme, sondern ein massenhafter Vorgang –, dass der Fall aufgrund einer Routinekontrolle oder aufgrund eines Verdachtsmoments von der Krankenkasse an den zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) zur Abrechnungsprüfung überwiesen wird. Der Kranke konnte hoffentlich geheilt das Krankenhaus verlassen, das Bett ist für den nächsten Patienten frei geworden, die *illness trajectory* ist an ihr Ende gekommen, allein die DRG ist noch nicht glücklich „entlassen“, sie muss bis zur Vergütung und dem endgültigen Schließen der Krankenakte noch eine „Extraschleife“ ziehen, die das Thema des letzten Kapitels ist. Der Fokus liegt im Folgenden aber nicht so sehr auf der Abrechnungstrajektorie der einzelnen DRG. Es wäre sicher spannend gewesen, sich auf einen komplexeren Fall zu beziehen und dessen „Fabrikation“ im Zuge der Falltrajektorie bis zur Endkodierung und Abrechnung, ihrer Sichtung bei der Krankenkasse und der eventuell nachfolgenden Überprüfung beim MDK nachzuverfolgen. Das lag aber außerhalb der Möglichkeiten dieser Arbeit. Stattdessen bot sich aufgrund der in beiden Einrichtungen, dem Krankenhaus I und dem zuständigen MDK, geführten Interviews, in denen die Personen häufig aufeinander Bezug nahmen und ihr persönliches und organisationales Verhältnis zueinander reflektierten, an, genau das zum Thema einer kleinen Fallstudie zu machen. Es geht nun dabei nicht so sehr darum, neuartige konzeptuelle Instrumentarien zu entwickeln. Vielmehr bietet es sich an, das Material in Form einer kleinen Fallstudie und unter Zuhilfenahme der von der systemtheoretisch orientierten Organisationssoziologie und natürlich insbesondere von Niklas Luhmann bereitgestellten Begriffe der Grenzstelle und des persönlichen Vertrauens und Systemvertrauens bzw. Misstrauens, zu ordnen. Ein zusätzliches Interesse besteht darin, dass die Organisationsforschung Vertrauen meist zwischen Marktakteuren, also zwischen Unternehmen und in Unternehmensnetzwerken untersucht. Das Verhältnis zwischen Organisationen, die nicht in einem Marktverhältnis, sondern in einem Aufsichtsverhältnis zueinander stehen, scheint mir eher untererforscht.

7.1 Ein Fall von „Nachsorge“: Abrechnungsprüfungen durch Krankenkassen und MDK

Wie in der Einleitung zu dieser Arbeit schon dargestellt, führten die Krankenkassen im Zeitraum vor und während der Erhebungen für diese Arbeit über die Medien beinahe jährlich öffentlichkeitswirksame Kampagnen gegen Abrechnungsbetrug seitens der Krankenhäuser (vgl. Bohsem 2012, Spiegel online 2010; Baumann 2012). Es war von missbräuchlich abgerechneten Beträgen zwischen 850 Millionen und 1,5 Milliarden Euro pro Jahr die Rede. Spektakuläre Fälle, wie etwa eine fingierte Brustkrebs-Operation in einer Klinik des Helios Konzerns in Schwerin an einer Patientin, die gar nicht an Brustkrebs erkrankt war, bildeten nur die Spitze des Eisbergs (tageszeitung 2011).

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wehrte sich mit den Argumenten, dass „mehr als 95 Prozent der Krankenhausrechnungen jährlich letztlich unbeanstandet bleiben (ca. 17 Mio. Behandlungsfälle jährlich, wovon 10 bis 12 Prozent geprüft werden, bei einer Erfolgsquote von 40 Prozent)“, wobei diese „Erfolgsquote“ zugunsten der Krankenkassen nicht nur Fälle von zu hoher Kodierung beinhalten, sondern auch Beanstandungen hinsichtlich der oberen und unteren Grenzverweildauer. Die Erfolgsquote reiner Kodierprüfungen liege bei unter 20 Prozent. Überprüfungen, die in der Regel nach der Entlassung der Patienten eingeleitet werden, erlaubten „beliebige Spielräume für Interpretationen über Kodierungen“. Dem Vorwurf des Betrugs wurde entgegnet, dass einem Krankenhausarzt das Interesse fehle, bewusst falsch zu kodieren, da der Vorteil aus dem falschen Kodieren ja dem Krankenhaus zugutekäme (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2010: 517f).

In der Folgezeit hat der Gesetzgeber versucht, die explosive Lage etwas zu entschärfen, es kam zu höchst-richterlichen Entscheidungen durch das Bundessozial- und das Bundesverfassungsgericht. Blickt man heute in die Fachzeitschriften des Krankenhauswesens, hat sich der auf Verbändeebene ausgefochtene Streit zwischen den Kontrahenten inhaltlich zwar etwas verschoben, in der Schärfe der Auseinandersetzung aber kaum gemildert. Die Streitpunkte sind bzw. waren vor allem die steigenden Prüfquoten, die für beide Seiten mit hohem bürokratischem Aufwand und hohen Kosten verbunden sind, schließlich die strittige Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und häufig divergierende Auffassungen von Krankenhäusern und Krankenkassen bezüglich der Definition, was eine wirtschaftliche Leistungserbringung ist, der Definition auch der regelkonformen Kodierung – womit wir uns mitten im Thema der Kodierung befinden.

Der Bundesrechnungshof sah ein gegenseitiges „Wettrüsten“ zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, beide seien bei der Krankenhausabrechnung und ihrer Prüfung in einer Eskalationsspirale gefangen: „Im Wettbewerb untereinander nutzen Krankenhäuser bestehende Anreize für erlösorientiertes Abrechnen konsequent aus. Für Krankenkassen lohnt sich im Gegenzug eine Ausweitung der Abrechnungsprüfung, weil dadurch noch mehr fehlerhafte Abrechnungen identifiziert und weitere Rückzahlungen erzielt werden können.“ Eine wesentliche Ursache fehlerhafter Krankenhausabrechnungen sieht er, dem MDK folgend, vor allem in einem „erlösorientierten Up- oder Falschcoding“. Um diesen Streit zu befrieden, hat der Gesetzgeber im November 2019 das „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz“ verabschiedet, das nach Zustimmung des Bundesrates am 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist.¹⁴⁶

¹⁴⁶ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2019/4-quartal/mdk-reformgesetz.html>. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) werden seit 2020 als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts geführt. Da ihnen in der Vergangenheit der Vorwurf gemacht wurde, die Begutachtung erfolge nicht neutral, sondern interessengesteuert, verschafft ihnen das nun mehr Unabhängigkeit von den Krankenkassen.

Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste prüfen in Zukunft weniger Abrechnungen, müssen dafür aber die Prüfquoten bzw. die Abrechnungsqualität bei der Abrechnungsprüfung überwachen. Abrechnungsprüfungen bei Kliniken sollen seltener stattfinden, dafür aber effektiver werden. Hintergrund ist deren steigende Zahl von Prüfungen in der Vergangenheit: Während Krankenhäuser „dazu gelernt haben“ und Abrechnungen „erlösorientiert“ gestalteten, versuchten die Krankenkassen, dies mit immer mehr MDK-Prüfungen zu korrigieren. Zwischen 2014 und 2018 hat sich die Zahl der MDK-Abrechnungsprüfungen von rund 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen erhöht, dabei ergibt sich bei gut 50 Prozent der geprüften Rechnungen ein Korrekturbedarf zugunsten der Krankenkassen. Künftig hat also die Abrechnungsqualität einer Klinik Einfluss auf den Umfang der zulässigen Prüfungen der Abrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen, die durch die Krankenkassen veranlasst werden können. Der Umfang der Abrechnungsprüfungen wird zunächst durch eine fixe Prüfquote begrenzt, die in der Übergangsphase im Jahr

Worum geht es und wie waren die Regelungen in der Vergangenheit? Die Krankenkassen sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots im Sozialgesetzbuch V zur Überprüfung von Krankenhausleistungen verpflichtet.¹⁴⁷ Das wurde schon im Fallpauschalengesetz von 2002 für „Einzelfälle“ festgelegt, in denen ein „Anfangsverdacht“ besteht. Steht nach einer, oft in einem vollautomatisierten Verfahren (sog. „Dunkelverarbeitung“) mittels spezieller Prüfprogramme¹⁴⁸, durchgeführten Fallprüfung durch Mitarbeiter der Krankenkassen – die ebenfalls häufig Kodierfachkräfte sind – die Notwendigkeit einer Behandlung oder die Richtigkeit einer Abrechnung in Zweifel, wird ein Prüfverfahren durch den MDK eingeleitet. Dabei unterscheiden sich, so Kölbel et al.

allerdings die Filter und Anlass-Schwellen, an denen die EDV anschlägt und die Prüfer eingreifen. Auch die weitere Behandlung dieser (vor-)auffälligen Fälle ist uneinheitlich. Das Vorgehen wird keineswegs nur bestimmt von den jeweiligen Abrechnungsmerkmalen, sondern fallübergreifend beeinflusst von der generellen Prüfpolitik der jeweiligen Kasse, der Haltung der Klinik und dem (institutionellen, lokalen sowie vor allem auch persönlichen) Klima zwischen den beteiligten Krankenhäusern, Kassen und Medizinischen Diensten. (Kölbel et al 2011: 130)

Das ist schon einmal eine interessante Feststellung, insofern es also nicht unbedingt sachlich-rationale Gründe sind, die zu einer Überprüfung oder deren Unterlassung Anlass geben. Darauf wird später nochmals zurückzukommen sein. Es können aber auch schlicht Erfahrungswerte handlungsleitend sein, denn wie die AutorInnen an anderer Stelle schreiben, „werden von den MDK nicht nur deutliche Unterschiede in der Fehlerbelastung verschiedener Krankenhäuser, sondern sogar richtiggehend abrechnungsauffällige Kliniken ausgemacht.“ (Kölbel et al. 2011: 134). Zu dem generell bestehenden institutionalisierten Misstrauen zwischen den Organisationen Krankenkasse, MDK und Krankenhaus gesellt sich also nochmals ein „erfahrungsgesättigtes“ Misstrauen.

Im Falle, dass ein Prüfverfahren durch den MDK eingeleitet wird, wird daraufhin der Fall auf der Basis der Abrechnungsdaten nochmals überprüft.¹⁴⁹ Kann in dieser Phase der Sachverhalt nicht geklärt werden, muss im nächsten Schritt das Krankenhaus alle Unterlagen vorlegen, die zur Klärung nötig sind. Das geschieht sowohl durch schriftliche Anforderung der entsprechenden Berichte (OP-Bericht, Entlassbericht usw.),

2020 bei maximal 12,5 Prozent aller Krankenhausabrechnungen liegt. Ab 2021 orientiert sich die Prüfquote an den Prüfergebnissen des jeweils vorvergangenen Quartals: Es dürfen 5, 10 oder maximal 15 Prozent der Abrechnungen überprüft werden. Ein hoher Anteil an unbeanstandeten Rechnungen führt zu einer niedrigen zulässigen Prüfquote. Umgekehrt führt ein hoher Anteil an beanstandeten Abrechnungen zu einer höheren Prüfquote.

Darüber hinaus wirkt sich ein hoher Prozentanteil an beanstandeten Schlussrechnungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung negativ auf das Krankenhaus aus. Ab dem Januar 2020 haben nun auch die Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglich in Rechnung gestellten und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag in Höhe von 10 Prozent dieses Differenzbetrages, mindestens jedoch 300 Euro an die Krankenkasse zu zahlen. Ab dem Jahr 2021 wird diese Regelung noch weiter verschärft: Dann haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen prozentualen Aufschlag auf diese Differenz zu zahlen: Dieser Aufschlag beträgt entweder 25 % (bei einem Anteil unbeanstandeter Rechnungen bis zu 40 %) oder 50 % (bei einem Anteil unbeanstandeter Rechnungen zwischen 40 und 60 %). Der Mindestaufschlag in Höhe von 300 Euro ist immer zu zahlen, selbst wenn die Rechnung um weniger als 300 Euro korrigiert worden ist. Hintergrund der Regelung ist, dass „die Krankenhäuser motiviert werden sollen, möglichst sauber zu kodieren“ (das Zitat bei Kaufmann/Kusenbach/Janßen 2019: 35; vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2020).

¹⁴⁷ Vgl. zum Folgenden Osterloh 2019.

¹⁴⁸ Werner Vogd beschreibt schon im Jahr 2004 den Fall eines Krankenhausarztes, der sagt, dass er montags keine Patienten nach Hause schickt, „sonst gibt's eine Systemanfrage“. Ärzte würden also „ungefährliche Entlassungstage herausuchen, die nicht den Verdacht bei den Kassen erwecken, man hätte den Patienten nur des Geldes wegen übers Wochenende auf der Station gehalten (Vogd 2004: 179f).

¹⁴⁹ Neben diesen verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen können die Krankenkassen den MDK über eine Mehrheitsentscheidung auch mit einer stichprobenweisen Überprüfung von evtl. Fehlbelegungen sowie vorzeitige Verlegungen oder Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen sowie ordnungsgemäße Abrechnungen beauftragen (Dirschedl 2010).

aber auch durch Einsichtnahme in die Patientendokumentation vor Ort im Krankenhaus in Form so genannter MDK-Begehungen bzw. Inhouse-Prüfungen, von denen in den Interviews mit der Ärzteschaft, aber auch mit den Mitarbeitern im Medizincontrolling so oft die Rede ist. „Der strittige Behandlungsfall sollte dabei im persönlichen Gespräch und unter Rückgriff auf die vollständige Patientenakte möglichst im Konsens abschließend besprochen werden.“ (Linz 2012)

Wenn es aufgrund der Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags kommt, nach Ansicht des MDK die Abrechnung also korrekt gewesen ist, musste in der Vergangenheit die Kasse eine Aufwands- pauschale von 300 Euro pro Fall an das Krankenhaus bezahlen¹⁵⁰, was allerdings nicht zu einer Reduzierung der Prüfquoten geführt hat. Dem Bundesrechnungshof zufolge belief sich die Summe dieser von den Kassen geleisteten Aufwandspauschalen im Jahr 2016 auf 144,5 Mio. Euro (Bundesrechnungshof 2019: 8). Die Prüfquote bei den stationären Fällen der auf die Umfrage antwortenden Häuser stieg im Lauf der Jahre von durchschnittlich 11,6 Prozent auf 12,0 Prozent im Jahr 2014.¹⁵¹ Die Prüfquote von 2014 bezog sich auf 3.181.767 Fälle, woran man ermes sen kann, welchen Aufwand an Arbeitszeit und Bürokratie das für beide Seiten bedeutet.¹⁵² Ca. 30 Prozent der geprüften Fälle von 2014 wiederum waren Gegenstand von Inhouse- Prüfungen. Der durchschnittliche zeitliche Aufwand pro Fall zur Bearbeitung der MDK-Prüfung seitens der Krankenhäuser betrug 2017 51 Minuten (medinfo web.de 2018).

Schließlich steht den Kontrahenten in besonders strittigen Fällen der Rechtsweg vor das Sozialgericht offen, der allerdings langwierig und teuer ist. Das geschah laut der Umfrage von medinfo web.de im Jahr 2017 in 1,4 Prozent der vom MDK überprüften Fälle, 2015 waren es noch 0,7 Prozent, 2016 1,0 Prozent. Der Bundesrechnungshof beziffert die allein bei den von ihm geprüften Krankenkassen angestregten gerichtlichen Verfahren zu strittigen Krankenhausabrechnungen zwischen 2012 bis 2016 auf jeweils bis zu 8.000 (Bundesrechnungshof 2019: 7).

Welche Tatbestände werden geprüft?¹⁵³ Formal gibt es vier Prüfgründe:

- Zweifel an der ordnungsgemäßen Abrechnung
- Fehlbelegung
- Vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen
- Voraussetzung der Leistung: Indikationsstellung

¹⁵⁰ Bei Stichprobenprüfungen war nach einem Nachweis, dass „Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden“, neben dem Differenzbetrag zusätzlich ein Betrag in der gleichen Höhe zurückzuzahlen (Dirschedl 2010).

¹⁵¹ Die Ergebnisse der Umfragen von medinfo.web unter den Krankenhäusern lassen sich neben weiteren Auswertungen etwa nach den Prüfquoten, den Ergebnissen zugunsten oder zuungunsten der Krankenhäuser, den Casemix-Verlusten oder den Klagen vor dem Sozialgericht unter <https://medinfo web.de> finden.

¹⁵² Es sei nochmals an das schon in der Einleitung zitierte Gutachten der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO AG für die Deutsche Krankenhausgesellschaft erinnert, dem zufolge sich um das Jahr 2010 die Personalkosten des Medizincontrollings und der Kodierfachkräfte pro Krankenhaus im Durchschnitt jährlich auf ca. 341.000 Euro beliefen. „Hochgerechnet auf alle deutschen Krankenhäuser sind in diesen Bereichen ca. 13.700 Mitarbeiter beschäftigt und kosten das Gesundheitssystem jährlich 0,7 Mrd. Euro – rein auf Seiten der Krankenhäuser. Gemessen an den mittleren Behandlungskosten eines stationären Krankenhausbehandlungsfalls in Deutschland bedeutet dies, dass für diese Aufwendungen ca. 190.000 Patienten stationär behandelt werden könnten.“ (BDO AG 2011b: 61)

¹⁵³ Ich halte mich hier im Wesentlichen an Dirschedl 2009.

Die Prüfung der *ordnungsgemäßen Abrechnung* durch den MDK umfasst die korrekte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren, wobei die Einhaltung der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Form¹⁵⁴ sowie die korrekte Anwendung der internationalen Standardklassifikation der Krankheiten ICD 10 und des Prozedurenkatalogs OPS überprüft werden. Es werden aber auch andere Parameter mit Erlösrelevanz wie beispielweise Beatmungsstunden, intensivmedizinische Scores oder der in Kapitel 4 behandelte PKMS in die Begutachtung miteinbezogen. Diese Überprüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung betrifft also unmittelbar die „Arbeitsprodukte“ der Kodierfachkräfte und natürlich der behandelnden Ärzte. Die Feststellung einer „fehlerhaften Kodierung“ nach Ansicht der Kostenträger bzw. des MDK richtet sich etwa auf die unkorrekte Kodierung zugunsten schweregraderhöhender Nebendiagnosen, den Austausch von Haupt- und Nebendiagnose, die Kodierung zusätzlicher Prozeduren, die häufig besonders erlösrelevant sind, oder die Kodierung von Nebendiagnosen, obwohl kein Ressourcenverbrauch ausgelöst wurde.

Des Weiteren prüft der MDK *Fehlbelegungen*, d.h. den Umstand, ob überhaupt die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gegeben war („primäre Fehlbelegung“): Der Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung besteht nämlich nur dann, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann. Dieser Prüfgrund spielt aufgrund vermehrter Möglichkeiten zu ambulanten Operationen eine immer größere Rolle, ist aber auch ein heikles und umstrittenes Thema, das insbesondere in solchen Fällen massenhaft virulent wird, bei denen Personen, die sich mit unklaren Beschwerden in der Notaufnahme der Kliniken melden, stationär aufgenommen und beobachtet werden, sich dann aber im Nachhinein keine Diagnose ergibt, die einen weiteren stationären Aufenthalt nötig macht. Dazu kommt noch die Prüfung so genannter „sekundärer Fehlbelegungen“, also die medizinische Notwendigkeit der Dauer einer stationären Behandlung. Sie richtet sich also auf notwendige, aber zu lange Krankenhausaufenthalte.

Der Prüfgrund der *vorzeitigen Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen* ist eine Antwort auf den mit der Einführung des Fallpauschalensystems gesetzten Anreiz, Patienten in medizinisch instabilem Zustand vorzeitig zu entlassen („blutige Entlassungen“) oder verfrüht in nachgeordnete Versorgungsformen wie Reha-Kliniken zu verlegen.¹⁵⁵ Hinter den wirtschaftlichen Gründen steht der Umstand, dass nach Überschreiten der für eine DRG spezifischen mittleren Verweildauer des Patienten die Fallkosten zunehmen, der Erlös des Falles aber aufgrund der Pauschale fix bleibt. Unter diesen Prüfgrund wird aber auch das nicht regelkonforme „Fallsplitting“ subsumiert, das in Kapitel 3 anhand eines Interviewzitats schon illustriert wurde. Man versteht darunter eine „Vorgehensweise, bei der bestimmte elektive diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen, die während eines einzigen stationären Aufenthaltes durchführbar wären, in mehrere stationäre Aufenthalte „gesplittet“ werden“, um so zweimal eine Fallpauschale abrechnen zu können (Dirschedl 2009: 351).

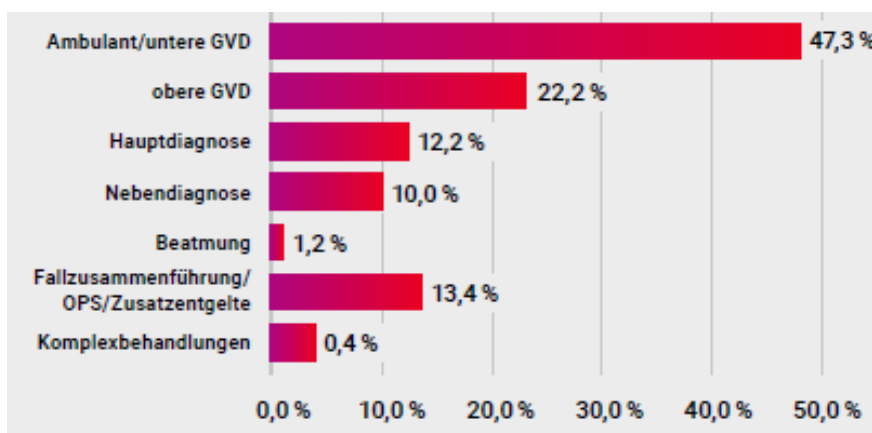
¹⁵⁴ Die aktuell geltenden Kodierrichtlinien finden sich unter https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2020, die älteren Jahrgänge unter <https://www.g-drg.de/Archiv>.

¹⁵⁵ Eine Befürchtung, die sich laut der REDIA-Studie teilweise bewahrheitet hat (vgl. von Eiff et al. 2011).

Der Prüfgrund *Indikationsstellung* ist in diesem Zusammenhang weniger relevant. Er bezieht sich Zusatzentgelte (und nicht auf die Fallpauschale) beispielweise für Medikamente, deren Abgabe den sozialrechtlichen Vorgaben möglicherweise nicht entspricht.

Die Beanstandungen des MDK im Verlauf der Jahre bezogen sich zunehmend mehr auf primäre und sekundäre Fehlbelegungen, also Fragen der unteren und der oberen Grenzverweildauer, was nach Ansicht der interviewten Ärztin beim MDK (D-K-28) wahrscheinlich auch darauf zurückzuführen ist, dass sich die Fälle mit Prüfprogrammen leichter identifizieren und entsprechende Beanstandungen leichter belegen lassen als bei den Fällen, bei denen die Kodierung strittig ist. Die in verschiedenen Studien ermittelte Verteilung von identifizierten Fehlern ist also nicht unbedingt das Ergebnis ihrer „realen“ Verbreitung, sondern des Aufmerksamkeits- und Kontrollschwerpunkts der Krankenkassen (Kölbel et al. 2011: 132).

Abbildung 8: Prüfgründe des MDK 2017



Quelle: medinfoweb.de 2018

7.2 Vertrauen und Misstrauen zwischen Organisationen

Man könnte angesichts derartig heillos verfahrenere Zustände versucht sein, zu einem Verfechter der doch sehr einseitigen Sichtweise der Prinzipal-Agenten-Theorie zu werden, in der sich die Krankenkasse als Prinzipal ansehen ließe, das Krankenhaus als Agent. Beide unterstellen sich in der Tat wechselseitig, nutzenmaximierende Strategien zu verfolgen, wie es auch die Theorie tut. Im Zentrum dieser Theorie steht „die ‚Unterwelt‘ der Organisation, der heimliche Betrug, die egoistische Interessendurchsetzung, die geschickte Täuschung usw.“ (Schreyögg/Geiger 2016: 309) Zwischen beiden Beteiligten besteht eine Informationsasymmetrie, insofern der Prinzipal Krankenkasse nur über unvollständige Informationen darüber verfügt, was der Agent Krankenhaus da im Verborgenen treibt, ob er seine schwer kalkulierbaren Handlungsfreiräume nutzt, um *versteckte Handlungen während des Leistungsprozesses (hidden action)* auszuüben. Angesichts dieser „dezidiert misanthropische[n] Einfärbung der organisatorischen Handlungswelt, für die im Wesentlichen als Antwort nur eine Misstrauenspolitik übrig bleibt“, wird dem Prinzipal empfohlen, „zusätzliche Kontrollen aufzubauen, Sanktionen anzudrohen (Reputationsverlust), das Informationssystem zu verfeinern, oder – und dies wird von der Agenturtheorie favorisiert – Anreize für den Agenten zu schaffen, so dass eine Art Interessenausgleich hergestellt und somit eine Zielabweichung des Agenten weniger wahrscheinlich wird“ (Schreyögg/Geiger 2016: 310f).

Bei den im Raum stehenden Vorwürfen ist es nicht verwunderlich, dass beide Seiten von einer Kultur des Misstrauens sprechen. So äußert etwa der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser Matthias Bracht: „Unsere Mitarbeiter gehen weiterhin jeden Tag in Vorleistung, während kontinuierlich steigende Prüfquoten, willkürliche Verrechnungen und hohe Rückstellungen für Prüfrisiken die Liquidität und Wirtschaftlichkeit der Häuser gefährden. Die inzwischen manifestierte Misstrauenskultur zwischen den Vertragspartnern führt zu einem unverantwortlichen Ressourceneinsatz und einer unerträglichen Arbeitsbelastung bei den Mitarbeitern“. Der MDK wird in der „unrühmlichen Rolle des Erfüllungsgehilfen“ gesehen (medinfoweb.de 2018: 2). Bis zur Reform des Prüfverfahrens und der Änderung der Rechtsform des MDK im vergangenen Jahr wurde der MDK tatsächlich auch durch die Kostenträger finanziert, weshalb ihm unterstellt wurde, er gehe bei seinen Begutachtungen nicht neutral, sondern interessengesteuert vor.

Das Verhältnis zwischen den Krankenhausärzten – überhaupt dem Krankenhaus – und Krankenkasse ähnelt, wie Werner Vogd festgestellt hat, vielfach „einem Spiel mit verdeckten Karten“. Unter der Oberfläche schwelt eine „konfliktvolle machtpolitische Dimension: Beide Akteure kämpfen um den Erhalt bzw. den Ausbau ihrer Position im medizinischen Feld. Letztlich geht es um die Macht, zu definieren, wie die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und im Speziellen [...] auszusehen hat. Dieser Kampf wird in der Regel nicht offen ausgetragen, sondern kann nur in Form verdeckter Züge gespielt werden“ (Vogd 2004: 179). Vogd meint damit sicher nicht den Kampf zwischen den Akteuren in der Öffentlichkeit, der in Form von Medienkampagnen, Stellungnahmen der Kassenverbände auf der einen, Stellungnahmen, Gutachten von medizinischen Fachgesellschaften und Krankenhausgesellschaften, Verlautbarungen und Resolutionen auf Ärztetagen usw. auf der anderen Seite ausgefochten wird. Seine Feststellung trifft aber auf der Ebene des Umgangs mit einzelnen Krankenhaussfällen zu, wie die wenigen Beispiele in Kapitel 3, aber auch die Fülle an Beobachtungen aus den Arbeiten Vogds belegen. Informalität in der Ausprägung als „brauchbare Illegalität“ (Luhmann 1964) ist auf der Seite des Krankenhauses, v.a. bei dem vom realen Geschehen losgelösten Führung der Dokumentation oder beim Spiel mit der Kodierung, beim „Upcoding“ im Spiel, die Kassen antworten mit Kontrolle, mit der erwähnten Häufung von Prüfaufträgen durch den MDK. Dass die Kassenverbände in der seit 2020 geltenden Regelung haben durchsetzen können, dass nun auch die Krankenhäuser entsprechend des Niveaus an nachgewiesenen „Falschabrechnungen“ empfindliche Aufschläge zusätzlich zu den Rückzahlungen von Rechnungsbeträgen leisten müssen, wodurch „die Krankenhäuser motiviert werden sollen, möglichst sauber zu kodieren“ (Kaufmann/Kusenbach/Janßen 2019: 35), ist ein Stich, den die Kassen in diesem Spiel machen konnten.

Wir haben es also zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen bzw. dem MDK in der Tat mit einem Misstrauensverhältnis zu tun. Wie Luhmann scharfsinnig bemerkt, ist Misstrauen aber nicht schlicht das Gegenteil von Vertrauen, sondern ein *funktionales Äquivalent* zu Vertrauen. „Vertrauen reduziert soziale Komplexität und damit die Lebensführung durch Übernahme eines Risikos. Fehlt die Bereitschaft dazu oder wird Vertrauen ausdrücklich verneint, um die Risiken einer Voreiligen Absorption von Unsicherheit zu vermeiden, ist damit allein das Problem noch nicht gelöst.“ (Luhmann 2009: 91f) Man kann in diesem Fall also nur auf negative Strategien ausweichen, eben auf Misstrauen. Auch dieses leistet Vereinfachung,

allerdings zu hohen Kosten: „Wer mißtraut, braucht mehr Informationen und verengt zugleich die Informationen, auf die zu stützen er sich getraut. Er wird von weniger Informationen stärker abhängig. Damit gewinnt die Möglichkeit, ihn zu täuschen, wiederum an Berechenbarkeit“ (Luhmann 2009: 93). Diese Beobachtungen treffen nicht nur auf Personen zu, sondern lassen sich auch auf soziale Systeme oder Organisationen übertragen (Luhmann 2009: 93). Der mit der Einführung des Fallpauschalensystems immens gestiegene Dokumentationsaufwand lässt sich als eine schlagende Illustration für dieses gestiegene Informationsbedürfnis ansehen. Die Kassen werden von diesen Informationen abhängig, berechenbar wird damit aber auch die auf Seiten der Organisation Krankenhaus mögliche Entkoppelung, besser: „losere Kopplung“ der Ebenen, derjenigen der Dokumentation und derjenigen des „realen“ Geschehens, die Trennung von *talk* und von *action* als Reaktion auf antizipierte Umwelterwartungen (Brunsson 1989). Auch für Organisationen in Bezug auf ihre Umwelt, also Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern oder Krankenhäuser gegenüber Krankenkassen, gilt, dass Misstrauen die inhärente Tendenz hat, sich im sozialen Verkehr zu bestätigen und zu verstärken.

Die Prinzipal-Agenten-Theorie einmal beiseitegelassen, da sie von zweifelhaften Annahmen ausgeht und eigentlich nichts erklärt, bietet sich die Luhmann'sche Herangehensweise, die an der basalen Ausgangspunkt der doppelten Kontingenz jeglicher Interaktion ansetzt, zumindest zur Skizzierung der Problematik besser an. In dieser Ausgangssituation stehen die beteiligten Akteure vor dem grundsätzlichen Problem, dass sie nicht wirklich wissen, können, woran die Handlungen ihres Gegenübers orientiert sind. Zunächst herrscht doppelte Unsicherheit:

Der Akteur *A*, die Krankenkasse bzw. die dort arbeitende Kodierfachkraft, kann nicht wissen, ob Akteur *B* wirklich die in der Abrechnung aufgeführte Behandlung so durchgeführt, sich bei der Kodierung an die Deutschen Kodierrichtlinien gehalten hat, oder sie zu täuschen versucht. Das Krankenhaus wiederum weiß nicht, auf welche Kriterien (Fehlbelegung, Kodierung usw.) sich die Prüfung der Kasse konzentriert, welche Prüfstrategie sie verfolgt, ob die eventuelle Prüfung der Kasse einfach ein Akt der Demonstration bürokratischer Macht darstellt oder der Fall diesmal tatsächlich einfach so „durchgeht“. Im zweiten Schritt ereignet sich eine doppelte Konditionierung: *A* orientiert sich am Verhalten von *B* und *B* am Verhalten von *A*, *A* wiederum gibt dem Verhalten von *B* Bedeutung, in dem es sein eigenes Verhalten daran anschließt. „*A* und *B* lernen voneinander und selektieren Verhaltensmuster, das heißt *beständige* Verhaltenssequenzen, denen sie in ihren Interaktionen *Sinn* geben. *A* und *B* konditionieren sich also wechselseitig, wodurch die Interaktion eine Geschichte bekommt, die eigene Erwartungshorizonte generiert, an denen man sich orientieren kann“ (Vogd 2012: 72). Die jeweils auf der anderen Seite wirkenden Motive und Strategien lassen sich zwar nun immer noch nicht fassen, doch „man kann sich an selbst generierten Situationserwartungen orientieren, die dann als regelhaftes Muster erscheinen“ (Vogd 2012: 72).

Im Zustand der doppelten Kontingenz kann man eigentlich nicht verharren, es wird als zu riskant empfunden. Denn der andere kann immer auch „anders handeln, als ich erwarte; und er kann, gerade wenn und gerade, weil er weiß, was ich erwarte, anders handeln als ich erwarte. Er kann über seine Absichten im Unklaren lassen oder täuschen.“ (Luhmann 1984: 179) Es wird also eine „trozdem“-Strategie“ erforderlich, wobei die eine eben im Vertrauen besteht, die andere im Misstrauen.

Im Verhältnis zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen hat sich eindeutig ein Misstrauensverhältnis etabliert und beinahe schon institutionalisiert.¹⁵⁶ Dieses Misstrauensverhältnis wird aber nochmals durch den Umstand verkompliziert, dass man es im Falle der Fallabrechnung und -vergütung sowie der Fallprüfung eigentlich mit einem triadischen Verhältnis, also mit drei Akteuren zu schaffen hat, die sich wechselseitig beobachten, Erwartungen und Erwartungserwartungen abtasten (Vogd 2004: 180) und ihr Handeln wechselseitig ausrichten. Im MDK, der zu dem Verhältnis Krankenkasse-Krankenhaus hinzukommt, sieht die Krankenhaus-Seite wie gesagt, den „Erfüllungsgehilfe“ der Krankenkassen, dessen Begutachtungen nicht neutral, sondern interessengesteuert erfolgten, insofern er ja auch bis Ende 2019 durch die Kostenträger finanziert wurde.

Ein derartiges auf der zwischenorganisationalen Ebene etabliertes und auf wechselseitigen Unterstellungen basierendes Misstrauen ist offenbar ein typisches Phänomen für die neue „Accountability“ von Organisationen, die im Zusammenhang mit neuen Steuerungsmodellen steht und im Zuge der Einführung des „New Public Management“ (vgl. Pelizzari 2001) vorangetrieben wurde. Die damit verbundenen „Zahlenwerke“ [...] und die neuartigen Ansprüche an organisatorische Transparenz legen“, so Veronika Tacke, „nahe, von einer ‚neuen Formalität‘ zu sprechen, zumal sie eher mit Misstrauen als mit Systemvertrauen verbunden sind, welches einst als durch Formalisierung ermöglicht beschrieben wurde“ (Tacke 2015: 38; vgl. zum Systemvertrauen Luhmann 1964, S. 71 ff).

Manifest wird dieses von Zuschreibungen und Motivunterstellungen durchsetzte Misstrauen in den Interviews mit Angehörigen des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes, etwa wenn der Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie von Krankenhaus I klagt:

Andererseits werden wir geprüft vom MDK, vom medizinischen Dienst der Kassen. Aber das ist krank! Das Kontrollorgan wird bezahlt von den Krankenkassen. Und was haben die für ein Interesse? Soviel wie möglich uns zu streichen, ja? Und da hocken Ärzte – kann man natürlich auch sagen, warum machen die das? – aber die nichts anderes tun, und die haben alle Zeit der Welt, uns da mit solchen Gutachten zu überhäufen. Die sind fast immer Fachfremde, ja, die nach Aktenlage prüfen. Und wenn man dagegen Einspruch erhebt, dann geht das immer in einer Runde, und in einer Runde und in einer Runde, ja? Und die werden aber von den Kassen bezahlt. Das müsste ja eigentlich eine unabhängige Institution sein. Ist es aber nicht. Ja? Und die machen nichts anderes als das zu prüfen. Also weil, wenn eine Rechnung einen bestimmten Wert überschreitet, dann geht die automatisch immer dorthin. (D-K-16)

Und weil man antizipieren kann, dass der MDK an bestimmten Abrechnungen etwas zu mäkeln hat, entwickelt man wiederum schon im Vorfeld informelle Strategien, um sich die „sehr, sehr vielen Nachfragen“

¹⁵⁶ Ganz ähnlich wird die Situation auch in Frankreich wahrgenommen. So berichten Gheorghiu und Moatty aus ihrer umfangreichen Studie über den Wandel der französischen Krankenhäuser, dass die Einrichtungen im Rahmen der dortigen Version des DRG-Systems, der so genannten T2A, neben einer Senkung der Tarife auch die finanziellen Sanktionen aufgrund der Kontrollen der Richtigkeit der Kodierungen durch die Sozialversicherung hinnehmen müssen. Man klagt, dass hinter diesen Kontrollen, die darauf abzielen, Beträge für „überkodierte“ Fälle zurückzufordern, mehr eine Sanktionslogik denn eine Lernlogik steht. Es herrsche ein „Generalverdacht“. „Dies hat ein Klima des Misstrauens zwischen der Sozialversicherung und den Krankenhäusern geschaffen.“ Ein leitender Angestellter des Medizincontrollings berichtet im Interview: „Da das eine Einbahnstraße ist, sagt man uns, wenn wir mal unterkodiert haben, nicht: ‚Das hätten Sie besser machen können‘, dafür aber, wenn man mal überkodiert hat: hopp!“ Ein anderer Angehöriger des Medizincontrollings, der ebenfalls ein Misstrauensklima zwischen der Sozialversicherung und den Krankenhäusern konstatiert, resümiert: „[...] die Sozialversicherung wird ein wenig paranoid, wenn sie dauernd fragt: ‚Wo überall werden wir beklaut?‘“ (Gheorghiu/Moatty 2013: 123, 129 und 246)

des MDK möglichst zu ersparen und die Medizin einigermaßen betreiben zu können, für die „man angereuen“ ist, wie eine junge Assistenzärztin berichtet:

Wie zum Beispiel, ich kann mich daran erinnern, eine Frau, die hatte nur ein Bein, das musste man operieren, weil sie hatte da immer wieder Entzündungen gehabt, jetzt akut aber nicht. Akut ist dann kein Argument zu sagen, die war 82 Jahre alt, die kommt von irgendwo von hinter Schenkenberg, das heißt, sie hat eine weite Strecke zu fahren, kann selber nicht fahren, und die Tochter könnte sie aber am nächsten Tag abholen. Dazu kommt, dass sie ganz schlecht sieht, aber halt nicht richtig blind ist, und sonst aber auch ja alleine zurechtkommt. Und da hat der MDK halt auch nachgefragt. Und das ist dann, man hat dann verschiedene Sachen, richtig gut Deutsch hat sie auch nicht gesprochen, aber ausreichend, und das wollte der MDK dann halt auch nicht bezahlen. Also da fragen die immer, und die fragen schon sehr, sehr viel nach, und da gibt es Sachen, ja das ist halt auch wieder die Überlegung, macht man sie halt kränker wie sie ist oder ich denke, man bleibt heute einfach darauf sitzen (D-K-11).

In der heiklen Situation, widersprüchlichen Handlungsanforderungen bzw. Bezugsproblemen der Organisation gerecht zu werden, nämlich einerseits „menschliche Aspekte“ zu berücksichtigen, andererseits nicht die finanziellen Konsequenzen dafür aufgebürdet zu bekommen, werden Dokumentation und Handeln, *talk* und *action* entkoppelt.

Ein Oberarzt der Urologie kritisiert vor allem, dass die Krankenkassen bzw. der MDK die Fälle völlig kontextunabhängig, quasi nur nach Aktenlage beurteilen, und dadurch zu ganz anderen Schlüssen kommen.

Aber es gibt eben dann auch die Diskrepanz, dass es Eingriffe gibt, wo man Patienten eher halten muss, damit man überhaupt den Aufwand von der Krankenkasse entschädigt bekommt. Und das ist eigentlich so was von hanebüchen. Und die Krankenkassen, beziehungsweise, es gibt ja den medizinischen Dienst der Krankenkassen, die überprüfen *unabhängig von allen anderen Vorgaben*, ob aus ihrer Sicht es notwendig ist, dass jemand so und so lang im Krankenhaus war. Das heißt, für das Krankenhaus ist es eigentlich erst nach einer gewissen Zeit klar, dass das Geld tatsächlich dableibt, oder ob da wieder was zurückgefordert wird. Weil uns abgesprochen wird, dass wir den Patienten richtig behandelt haben. (D-K-8; die Hervorhebung von mir; A.Pf.)

Ein Echo dieses Misstrauens gegenüber dem MDK ist aber auch bei Pflegekräften zu hören, die in ihrer täglichen Arbeit eigentlich überhaupt keine Berührungspunkte mit ihm haben. Da ist vom „bösen MDK“ die Rede. „Jetzt haben sie wieder so und so abgelehnt“ (D-K-25). Oder noch plastischer der Bericht von Herrn Fröhlich von der ersten Vorortbegehung des MDK im Krankenhaus: „Und am Anfang war es schon so, als so die erste Vorortbegehung: ‚Oh, da kommen die, und da kommt der Feind‘, so hat man sich selber im Kopf gedacht“ (D-K-19).

Es gibt Gutachter, habe ich jetzt auch von Großenheim von einigen Abteilungen, die sind wirklich so, dass man sie als Feinde betrachtet. Die kommen und die wollen auf Biegen und Brechen so und so viel Geld wieder zurückgezahlt bekommen, und weiß gar nicht, wir haben ja eine eigene Rechtsabteilung hier. Wie viele Fälle da noch auf Termine vom Gericht warten... (D-K-19)

Von den Titeln von Weiterbildungen, die sich an Kodierfachkräfte für den Umgang in Auseinandersetzungen innerhalb, aber auch außerhalb der Organisation richten, war bereits die Rede: „The Good, the Bad and the Ugly – professioneller Umgang mit Vorgesetzten, Ärzten, Kollegen, Mitarbeitern von Krankenkassen und dem MDK“, „Das ‚Dreckige Dutzend‘ der Diabolischen Rhetorik: Die bösesten und hässlichsten Tech-

niken gekonnt abwehren“, „Schlagfertigkeit bei... Schlagfertigen! So haben Sie das letzte Wort“, „Der Airbag gegen diabolische Angriffe: verblüffend einfach, aber wirksam!“ und schließlich: „Der Geist, der stets verneint - so setzen Sie Ihren Gegenstandspunkt durch!“

Umgekehrt wissen die Vertreter des MDK, die ja, wie die Teamleiterin beim MDK, Frau Wagner, selbst oft lange Jahre in Kliniken gearbeitet haben, um dieses Feindbild:

Frau Wagner: Und es sind Tätigkeiten, die man als Kontrolle empfindet, zum Beispiel wenn jetzt der MDK eingeschaltet wird, dann heißt es: „Der hat keine Ahnung, der war noch nie in der Klinik, der hat noch nie irgendwas gemacht, das sind alles Theoretiker.“ Also und unser Standing in den Kliniken ist eigentlich, sagen wir mal, nicht so gut. Ja?

I: Also schon das Feindbild?

Frau Wagner: Natürlich das Feindbild, und man unterstellt uns immer eine gewisse Realitätsferne, also Theoretiker. (D-K-28)

Es ist vor allem die Anonymität der Kasse bzw. der Kassenmitarbeiter, wie Werner Vogd betont, der ihr Handeln für die Mitglieder der Organisation Krankenhaus opak macht. „Fern vom Ort des medizinischen Geschehens entfalten sie als kaum zu greifende unpersönliche Macht mittels bürokratischer Routinen, schriftlicher Forderungen und Anordnungen ihre Wirkung im Krankenhaus. Die Kraft ist spürbar, ihr Autor bleibt jedoch in der Regel unsichtbar.“ (Vogd 2004: 176) Die Akteure des Krankenhauses beobachten das Verhalten der Kassen und des MDK, sie antizipieren mögliche Reaktionen und orientieren ihr Verhalten daran.

Umgekehrt beobachtet aber auch die „unpersönliche Macht“ auf der Gegenseite, etwa in der Gestalt der Kodierfachkraft beim MDK, die Krankenhäuser und ihr Kodier- und Abrechnungsverhalten. Sie besitzt nun die „Heimtücke“, dass sie nicht nur die Abrechnung des ihr von der Krankenkasse zur Überprüfung überwiesenen Falles anhand der vorliegenden Dokumente, gegebenenfalls durch vom Krankenhaus zusätzlich angeforderten Unterlagen erweitert, auf Korrektheit gemäß der Deutschen Kodierrichtlinien, der „Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG) 4 des MDK“ und anderer Regularien, Empfehlungen und Datenbanken durchsieht. Nein, sie versucht sogar herauszufinden, welche Kodieralternativen die Kodierfachkraft auf der anderen Seite wohl durchgespielt hat und ob sie dann im Zweifelsfall diejenige gewählt hat, die mehr Erlös verspricht, und das dann gegebenenfalls entgegen der Richtlinien. Dazu verfügen die Kodierfachkräfte beim MDK über eine ähnliche Grouper-Software, mit der sie das Vorgehen der Gegenseite simulieren können.

Herr Buchner: Also man kann, wir haben ja auch diese Grouper. Und dann guckt man. Und meistens, wie gesagt, wenn man das längere Zeit macht, weiß man, warum die jetzt was gemacht haben. Also es erfolgt ein verkehrtes Kodieren erfolgt fast nie zu Ungunsten der Klinik. Es wird ja immer so gesagt: „Ja, das kann ja mal passieren.“ Das war ja auch immer im Gespräch, dass man da dann eine Strafe einführt für die Krankenhäuser. Und da wurde dann gesagt: „Ja, aber wenn da aus Versehen... und dann sollen wir für aus Versehen-verkehrt-kodiert bestraft werden?“ und so. Es ist aber, wenn man es durchspielt, wenn man fünf mögliche Hauptdiagnosen hat und alle durchspielt, und die als Hauptdiagnose einsetzt und im Grouper guckt, dann ist immer die, die die Klinik gewählt hat, die, die das meiste bringt.

I: Mhm.

A: Also ist nie so, dass die sich für eine Hauptdiagnose entscheiden, die weniger bringt. (D-K-26)

Ähnlich funktioniert das Vorgehen auch bei den Nebendiagnosen, die in den vergangenen Jahren immer mehr Gewicht bekommen haben und einen Fall „hochtriggern“ können:

Herr Buchner: Es gibt Upcoding, so nennt man das. [...] Upcoding, und es gibt aber auch einfach Unvermögen. Aber das, wenn man das fünf, sechs Jahre macht, dann erkennt man das.

I: Ja? Okay. Woran, also?

Herr Buchner: Woran es liegt, das erkennt man. Die Fehler, die gemacht werden, die sind..., also die Kliniken arbeiten ja mit einem anderen Programm als wir, die haben das KODIP. Wenn man da eine Diagnose eingibt, eine Hauptdiagnose, zum Beispiel „diabetischer Fuß“, dann schlägt einem das KODIP Nebendiagnosen, die relevant sind oder relevant sein können, vor. Da brauchen wir die eigentlich einfach übernehmen und dann hat man den Fall weitestgehend kodiert. Und unsere Aufgabe ist es ja zu prüfen: Lagen diese Nebendiagnosen wirklich vor und haben sie einen Aufwand verursacht? Und das ist auch so die... der Unterschied im, in der täglichen Arbeit, die kodieren einen Fall und sagen: „Ich will da so viel wie möglich drin haben? Das ist ein teurer Fall, dass wir da viel Geld kriegen.“ Und wir kontrollieren, ob das auch wirklich alles vorlag. (D-K-26)

Anhand ihrer Erfahrungen und unter Erstellung von Statistiken, die nach Prüfkriterien, bestimmten Diagnosen oder Prozeduren und Kliniken unterscheiden, gelangen sie zu unterschiedlichen Typisierungen. Beispielsweise typisieren sie entsprechend die ca. zehn Kliniken auf der Gegenseite, für die sie zuständig sind, nach vorwiegend zurückhaltend abrechnenden Kliniken und solchen, die offensichtlich „Kodiertrends“ folgen und gezielt Erlösoptimierung betreiben. Herr Buchner beispielsweise unterscheidet „[...] verlässliche Kliniken, wo man weiß, da kann ich mich darauf verlassen, was kodiert ist, und dann gibt es Kliniken, wo man genau weiß, das stimmt nicht“ (D-K-26). Beim Right-Coding von Kliniken, die auf möglichst wenige Prüffälle und Kontrollen setzen, handelt es sich also um eine „Selbstdarstellung des Handelnden unter dem Gesichtspunkt seiner Vertrauenswürdigkeit“, wie Niklas Luhmann es ausdrückt (Luhmann 2009: 46).

Unter denen, bei denen es „nicht stimmt“, unterscheidet er wiederum diejenigen Kliniken, „die es einfach nicht auf die Reihe kriegen, gut zu dokumentieren, was sie da abrechnen“, von den Kliniken, „die sagen, wir gucken, wir schauen, was wir rausholen können, und gehen auf Risiko“.

Frau Dr. Wagner, Leiterin des „Dienstleistungsbereichs Krankenhaus, DRG und ambulante Abrechnung“ und in dieser Rolle die Teamleiterin des befragten Teams von Kodierfachkräften beim MDK, erläutert, wie sich das entwickelt hat:

Und früher war die DRG ganz klar. Hauptdiagnose, Prozeduren, Nebendiagnosen, das gibt die DRG. Aber heute geht es in das Feintuning. Das bedeutet, die Marge, der Schweregrad, die spleißelt sich immer mehr auf, ja? Und es gibt Prozeduren und Nebendiagnosen, die kippen ihnen die ganze DRG, weil die bestimmend sind. Und da gibt es in der Neurochirurgie Tendenzen, hier dann, die beliebte Nebendiagnose ist zum Beispiel, die Skoliose noch in die Nebendiagnosenliste reinzunehmen und dadurch einen höheren Erlös zu erzielen. Das gibt es. Ja. Und das macht dann auch den Fokus aus oder Kodiertrends. Zum Beispiel Mangelernährung, Fehlernährung, das sind jetzt so die Hotspots, oder Ernährungsprobleme.

I: Das heißt, dass die häufiger bei ihnen aufschlagen?

A: Weil sie Schweregrad relevant sind. Oder früher war es die Demenz, die Inkontinenz. Ja? Und es gibt so Clusterbildungen von jeder Klinik, da können sie mir den Grouper hinlegen und sagen, „Welche Klinik ist das?“ Und ich kann es ihnen sagen. (D-K-28)

Bei den kleineren Kliniken, die keine Kodierfachkräfte beschäftigen, geht es eher um die Verweildauer, „weil ich denke, dass kleinere Häuser sich nicht den Luxus leisten können, wollen oder sollen, wie auch

immer man das sieht, dass sie einen Kodierer beschäftigen oder einen Controller, und somit werden die wahrscheinlich in der Kodierung plus/minus Null raus kommen oder vielleicht eher ein bisschen Undercoding machen, ja?“. Die großen Kliniken oder Klinikkonzerne dagegen,

die haben so das Ohr am Rohr, die wissen wie sich die Gruppenmatrix jedes Jahr ändert, und dann werden eben, wird gesagt, ‚hier, wir machen ein MNS‘, also Minimal Nutritional Score, und dann gibt man überall die Mangelernährung ein oder die Fehlernährung. Ja? [...]

I: Und Gruppenmatrix ändern heißt, dass bestimmte, das Relativgewicht von bestimmten Diagnosen aufgewertet wird?

Frau Dr. Wagner: Ja. Genau.

I: Also, die dann häufig kommen?

Frau Dr. Wagner: Oder manche werden entwertet. Zum Beispiel die Kyphose war früher genauso ein Falltrenner wie die Skoliose. Die Kyphose hatte ihren Wert verloren. Sie glauben es nicht, die Kyphose gibt es gar nicht mehr. [das heißt, sie wird nun gar nicht mehr von den Kliniken kodiert; Anm. A. Pf.] (D-K-28)

Frau Wagner führt diese strategische Ausrichtung vor allem bei den Klinikkonzernen auf die bessere Ausbildung der Controller dort zurück: „Sie kodieren gut und sie kodieren halt entsprechend dem neuesten Trend [...]. Natürlich guckt man denen verstärkt auf die Finger, weil das machen dann schon die Kassen für uns. Na? Die machen dann eben da so Statistiken und dann sagen sie: ‚Hier, die Nebendiagnose in der und der Klinik, die hatten wir jetzt von zehn Fällen, acht Mal abgelehnt.‘ Also geht man das wieder raus.“ Auch Veränderungen bei der Kodierqualität sind für den MDK wahrnehmbar: „Also ich merke immer, wenn ein alterfahrener Controller sich verändert und die Klinik verlässt, dann gibt es so ein Auf und Ab.“

Auch Herr Buchner hat ein ähnlich feines Gespür entwickelt, anhand dessen er sofort erkennt, welche Abteilung des Krankenhauses „riskant“ kodiert hat:

Herr Buchner: Es geht bis zur Abteilung. Wer das jetzt im Endeffekt kodiert hat, ist schwer nachzuvollziehen, zumal die Ärzte in den meisten Kliniken den Fall noch mal aufmachen können, wenn der schon abgeschlossen ist von einem Kodierer, können die den noch mal aufmachen und noch mal Änderungen vornehmen, [...] was der Kodierer überhaupt nicht mitkriegt.

I: Aha. Und das sind dann eher die Ärzte, die eben den sportlichen Ehrgeiz dann da auch ausleben?

Herr Buchner: Das finanzielle Interesse!

Es ist nun aber nicht so, dass die Beschäftigten des MDK, wie es ihr Auftrag ist, nur das Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser prüfen und auf diesem Wege zu einem feinen Sensorium für Erlösoptimierer, Kodiertrends und -stile gelangen. Wiederum beobachten sie auch ihre Auftraggeber, die Kassen, sehr genau und durchschauen entsprechend deren Interna, wie z. B. Herr Buchner, der weiß: „die kriegen ja auch von ihren Teamleitern Vorgaben was sie im Monat reinholen müssen. Und man merkt es dann so gegen Ende des Monats, dann werden die Anfragen ein bisschen nicht mehr so differenziert, weil die müssen da noch Geld reinholen. Also das ist bei denen...“ (D-K-26) Sie haben auch hier ihre in der Alltagspraxis entwickelten Typisierungen. Denn auch unter den Kassen gibt es solche, die ganz bestimmte Sachverhalte bevorzugt prüfen lassen („Auf dieses neue Zusatzentgelt, diese PKMS, da springen sie zum Beispiel drauf an. Da haben sie anfangs alle alles prüfen lassen“; D-K-26), solche, die eher gezielt und dosiert prüfen lassen und andere, die mehr als jede vierte Krankenabrechnung anfechten, was den Workload des MDK und damit die Arbeitsbelastung der Kodierfachkräfte wiederum enorm anschwellen lässt; solche schließlich, die nicht

lernfähig sind und immer wieder die gleichen Prüfanfragen in Gang setzen, obwohl der Entscheid mehrfach gegen sie ausgegangen ist und sie immer wieder 300 Euro Aufwandspauschale kostet...

Frau Wagner: Bei anderen Kassen [...], das sind zum Teil Anfragen, die verstehen sie nicht, die Sinnhaftigkeit. Ich bin da so streitbar, dass ich auch das wieder zurückgebe und sage: „Das braucht ihr nicht prüfen.“ Das mache ich, da gibt es natürlich dann auch oftmals [...] Rückfragen und Wirbel, und dann trotzdem, dann wollen sie es doch geprüft haben, dann soll es so sein. (D-K-28)¹⁵⁷

7.3 Grenzstellen der Organisation

Doch welche Sicht entwickeln die Angehörigen des Medizincontrollings der Krankenhäuser, die ja durchaus im Austausch mit dem MDK stehen und für die er nicht unbedingt „eine anonyme Macht“ darstellt? Zur Beantwortung dieser Frage wird auf das systemtheoretische Konzept der organisationalen „Grenzstelle“ zurückgegriffen, das von Niklas Luhmann (1964) entwickelt und seither vor allem in der Netzwerkforschung angewandt und weiterentwickelt wurde. Es wurde aber auch in der Professionssoziologie bereits auf eine andere Berufsgruppe des Krankenhauses angewandt, die Krankenhaussozialarbeit (Märker/Turba 2016), was in Erinnerung ruft, dass das Krankenhaus wie alle Organisationen, je nach Adressaten, unterschiedliche Grenzstellen aufweist, da es sich auf verschiedenartigen Umwelten beziehen muss (Tacke 1997: 4).¹⁵⁸

Unter Grenzstellen versteht man „sämtliche Mitgliedsrollen einer Organisation, die aufgrund ihrer formalen Stellung einen privilegierten oder vielleicht sogar exklusiven Kontakt zu relevanten Kategorien von Nichtmitgliedern des Systems unterhalten“ (Kieserling 2019: 367; allgemein dazu Luhmann 1964: 220ff sowie Tacke 1997). Solche Stellen oder Rollen haben häufig eine offizielle Vertretungsbefugnis, und dies in beiden Richtungen zugleich: von außen nach innen und von innen nach außen. Sie haben nach außen hin eine Repräsentationsfunktion, d.h. sie sind angehalten, eine „Idealdarstellung des Systems im Sinne der formal akzeptierten Systemziele“ zu liefern.¹⁵⁹ Da aber die verfolgten Systemziele und die gesellschaftlichen Kontexturen, die die Krankenbehandlung konditionieren, komplex und widersprüchlich sind, führt diese „Widersprüchlichkeit der Systemrationalität“ der Organisation dazu, dass sich die damit einhergehenden Ambivalenzen auch an den Grenzstellen bemerkbar machen. Für das Medizincontrolling bedeutet das beispielsweise, dass die Kodierungen korrekt entsprechend der geltenden formalen Regeln (Deutsche Kodierrichtlinien) vorgenommen wurden und alle abgerechneten Leistungen ausreichend dokumentiert sind, mithin, dass das Krankenhaus keine Strategien illegaler Erlössteigerung verfolgt; andererseits soll aber auch der Erlös optimiert werden usw.

¹⁵⁷ Der medizinische Dokumentar Herr Fröhlich hat derartige Situationen bei Frau Wagner schon öfters erlebt und spricht in diesem Zusammenhang von einem Ehrenkodex bei den Kodierenden, aber auch bei den Beschäftigten des MDK: „Die Frau Wagner, die machen ja auch Vorberatungen mit Krankenkassen. Wenn die Krankenkasse dann zum 150sten Mal eine bestimmte Diagnose im Klinikum Seeheim hinterfragt, die die DRG nach oben gestuft hat, und Frau Wagner in der Vorberatung dann sagt, ‚Das haben wir schon 150 Mal positiv beschieden. Wollen sie wirklich, dass wir das noch mal überprüfen?‘ ‚Ja, wir wollen das.‘ Und dann sagt die Frau Wagner: ‚Ja, wunderbar, 300 Euro fürs Klinikum Seeheim!‘ Also das meine ich mit Ehrenkodex.“ (D-K-19)

¹⁵⁸ Das zu den Grenzstellen Gesagte gilt umgekehrt in vergleichbarer Weise natürlich auch für den MDK, der ja – zumindest bis vor Kurzem – von den Krankenkassen finanziert und beauftragt wurde.

¹⁵⁹ Frau Wagner, der Teamleiterin des MDK zufolge erwartet der MDK „wie jeder andere Arbeitgeber [...] natürlich, dass die Fristen eingehalten werden, dass man einen vernünftigen Umgangston miteinander pflegt und dass man den MDK adäquat nach Außen repräsentiert. Aber das sind für mich eigentlich Selbstverständlichkeiten“ (D-K-28).

Sie repräsentieren aber auch die von ihnen betreuten Umweltsektoren systemintern, also auch nach innen, geben relevante Änderungen der Umwelt selektiv an das System weiter, damit dieses notwendige Strukturanpassungen vornehmen kann. Sie werden so zu „Antennen zur Warnung des Systems“ (vgl. Luhmann 1964: 223f). Der Grenzstelle obliegt es also, Umwelterwartungen und relevante Informationen in die Organisation einzuspeisen, sie zu übersetzen und Akzeptanz zu erzeugen. Eine Kodierfachkraft muss gegebenenfalls einem leitenden Arzt vermitteln können, dass es zu einer Fallprüfung kommt, dass der MDK an seiner Kodierung etwas auszusetzen haben wird und möglicher Weise zu einer Besprechung im Rahmen einer Inhouse-Prüfung erscheint, dass er sie „herausstreichen“ wird, wie das in Kapitel 3 zitierte Beispiel des kodierten Rektums zeigt. Und wenn er das nicht berücksichtigt, bleibt immer noch die Möglichkeit, ihn dann bei der MDK-Begehung „auflaufen zu lassen“. Das Initiativwerden ist für Grenzstellen freilich nicht unproblematisch, da es tendenziell personalisiert zugerechnet wird. Das zeigt die schon zitierte Äußerung des verärgerten Dr. Roth, der in seinem Frust über die Ermahnung des Kodierpersonals nämlich genau dies tut: Er sieht die Kodierfachkräfte als medizinfremde Agenten:

Und dass man dann die Rücksprache und Telefonate führen muss mit der DRG-Abteilung, die mit irgendwelchen Dokumentationen vielleicht nicht zufrieden sind. Und es nervt schon teilweise, dass, sage ich jetzt mal so, Mitarbeiter, die von der Medizin wenig Ahnung haben, dann uns beschulen [lacht] in verschiedenen Gesprächen, wie man was machen muss. Und manchmal auch in unhöflicher Weise, ja? (D-K-10)

Hier taucht ein weiteres, von Luhmann schon 1964 aufgezeigtes typisches Strukturproblem auf. Das des formalen Status der Grenzstelle bzw. des Ranges der damit betrauten Person (Luhmann 1964: 234ff) „Große Systeme benutzen für den normalen Verkehr ihre unteren und mittleren Ränge. Sie können es sich leisten, zunächst kleine Kräfte mit begrenzten Vollmachten ins Gefecht zu schicken“. Mit dem fehlenden Rang der Grenzstelle sinkt aber, wie im obigen Zitat deutlich wird, die Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Höherrangigen. Die Kodierfachkräfte müssen, wie beschrieben, auf mikropolitische Spiele zurückgreifen, den Weg über Vorgesetzte, etwa Chefärzte oder den Geschäftsführer nehmen, oder eben widerstrebende Ärzte auch mal „auflaufen lassen“.

Kommt es zu einer engen Zusammenarbeit zwischen Grenzstelle und einem Umweltsegment, also in dem hier interessierenden Bereich zwischen dem Medizincontrolling und dem MDK, bilden sich Luhmann zufolge „Zwischensysteme“ aus:

In solchen Kontaktnetzen bzw. Zwischensystemen bilden sich für Grenzstelleninhaber eigene Rollen und damit zusätzliche Rollenverflechtungen aus, da sie mit widersprüchlichen Erwartungen aus internen und externen Anforderungen konfrontiert sind. Die Rollen von Grenzstellen in Zwischensystemen und Kontaktnetzen sind damit nicht deckungsgleich mit der formalen Mitgliedschaftsrolle der Grenzstelle. In Zwischensystemen werden weitreichendere, insbesondere informale Rollenverflechtungen eingegangen. Die Rolle der Grenzstelle in Zwischensystemen entfernt sich weiter von dem formalen Verhaltensset, mit dem es von der Organisation ausgestattet wurde. Zwischensysteme oder Kontaktnetze werden vor diesem Hintergrund weniger als – bildlich gesprochen – Ausstülpungen der Organisation, sondern eher als Graubereiche an den Organisationsgrenzen begriffen. (Büchner 2018: 154f)

Es ergeben sich also Rollenprobleme, die insbesondere bei „Verhandlungsbeziehungen“ die Frage der Loyalität aufwerfen, weshalb die Grenzstellen in der eigenen Organisation bisweilen misstrauisch beobachtet werden (Tacke 1997: 23).

Wie die Bildung solch eines Zwischensystems sich im konkreten Fall zwischen dem Medizincontrolling von Krankenhaus I und dem zuständigen MDK vollzogen und welcher Weg aus der Misstrauenssituation zwischen den beiden Organisationen dadurch gefunden wurde, lässt sich aus den Interviews mit den Beteiligten auf beiden Seiten zum Teil rekonstruieren. Dabei wird deutlich, dass es in einem von Misstrauen geprägten organisationalem Umfeld gerade persönliche Beziehungen sind, die Schritt für Schritt vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen initiieren. Gewiss kann „Vertrauen [...] in einer hochkomplexen Umwelt nicht mehr durchgängig persönliches Vertrauen sein“, wie Luhmann schreibt (Luhmann 1964: 60), aber es ist gleichsam ein Schmiermittel, das Kooperationen erleichtert und den Aufbau von Systemvertrauen begünstigt. Solche persönlichen Beziehungen sind zwischen den Interaktionspartnern im Kontext interorganisationaler Kooperationen „nicht unbedingt gegeben und vor allem schwer aufzubauen, dennoch können sogenannte ‚boundary-spanning roles‘ (z. B. Sydow 1998: 55) bei der Etablierung von Vertrauen und der Aufrechterhaltung der Kooperationsbeziehungen von Vorteil sein, also durch Unternehmensmitglieder, die mit den Außenkontakten betraut sind“ (Schweer 2012: 112). Und genau solche „boundary-spanning roles“ spielen die Angehörigen des Medizincontrollings als einer Grenzstelle.

Ein wichtiger Informant ist in diesem Zusammenhang der Medizinische Dokumentar Herr Fröhlich, der zusammen mit der zuständigen Ärztin, Frau Ehrlich, in Krankenhaus I das Medizincontrolling in der Phase der Einführung des DRG-Systems mit aufgebaut hat. Er berichtet im Interview von der ersten Begegnung mit der Gutachterin des MDK:

I: Ich meine, beide Seiten haben ja irgendwo aufgerüstet. //ja// Also die Krankenhäuser haben ihre Kodierfachkräfte, haben die Medizincontrolling-Abteilung aufgebaut, //Der MDK genauso// die bauen auf und //mhm// man beobachtet sich //mhm// oder ich weiß nicht, wie würden sie das schildern?

Herr Fröhlich: Also ich würde auch sagen, hier ist es persönlichkeitsbezogen. Also Frau Wagner ist einfach auch so sozial eingestellt, und auch so pro Krankenhaus eingestellt. Und schon das erste Treffen, das wir mit ihr hatten, war klar, da ist eine Wellenlänge. Also ich glaube, hier kommt es auch viel auf die Chemie drauf an, wie wie wie kann man miteinander kommunizieren? Und am Anfang war es schon so, also die erste Vorortbegehung: „Oh, da kommen die und da kommt der Feind“, so hat man sich selber im Kopf gedacht. Und nach der ersten Vorortprüfung war klar, das sind Menschen wie du und ich und mit denen kann man reden. Und bestimmte Dinge sind einfach Fakten, über die brauche ich nicht reden. Wenn eine Diagnose drin ist, die nicht belegbar ist, dann muss sie raus. Da muss ich nicht rumstreiten. Und was halt eben mit Frau Wagner und auch dem Herrn Buchner vom MDK stattgefunden hat, das ging dann auch schon eher in freundschaftliches Miteinander. Also wir haben uns aufeinander gefreut. Wir haben auch miteinander geplaudert. //mhm// Wir wussten auch ein bisschen privat was voneinander. Herr Buchner und ich, wir mailen uns. [...] Also, da entstehen schon auch enge Kontakte. Das also, da sehe, also ich sehe mittlerweile keinen Prüfer vom MDK mehr als Feind. Das war am Anfang die Unsicherheit. (D-K-19)

Die vermeintliche Feindschaft wandelt sich zu einem freundschaftlich Miteinander (Frau Ehrlich: „Also wie gesagt, wir haben ein sehr gutes Verhältnis zu denen, und die kriegen auch immer Kaffee und Kekse wenn sie kommen“; D-K-23), das Systemmisstrauen mutiert hier quasi in ein persönliches Vertrauen, das eben nicht zu verwechseln ist mit Systemvertrauen zwischen den Organisationen (Luhmann 64: 47ff):

Über die Eigengesetzlichkeiten des elementaren Kontaktes hinaus nehmen solche Zwischensysteme oft den Charakter mehr oder weniger gefestigter, dauerhafter ‚persönlicher Beziehungen‘ an, auf die man wiederholt und wechselseitig zurückgreifen kann. Sie lockern die Rollentrennung, Unpersönlichkeit und Anonymität im amtlichen Verkehr auf (Luhmann 1964: 227).

Das nach einer gewissen Phase des wechselseitigen Abtastens etablierte Vertrauen basiert offenbar auf Affinitäten, die sich durch die gemeinsamen Professionszugehörigkeiten ergeben, wie Herr Fröhlich betont:

Also es ist einfach auch schön, ein gutes Zusammenspiel mit dem MDK zu haben. Weil A sind es auch Mediziner, die dort arbeiten, oder die Kodierfachkräfte kommen fast ausschließlich auch aus der Pflege. Und sich da auf Augenhöhe zu begegnen, das also finde ich, macht unheimlich viel Spaß. Und das war ja nur ein eher sporadischer Kontakt, weil [...] ja fast alles über Fotokopien, die angefordert werden, läuft. (D-K-19)

Das hat viele Vorteile. Es eröffnet „neue Formen der Problemlösung, *die sonst nicht zur Verfügung stünden*. Das setzt jedoch voraus, daß das System den elementaren Außenkontakten gegenüber Einrichtungen der Toleranz und der Unterstützung entwickeln und ihnen gegebenenfalls einen gewissen Abweichungsspielraum konzедieren kann“ (Luhmann 1964: 228; die Hervorhebung im Original).

Konkret sehen diese Problemlösungen so aus, dass beim Verhandeln von Fällen durchaus Kompromisse geschlossen werden. Frau Richter vom Krankenhaus II berichtet von regelrechtem „Kuhhandel“ zwischen Abrechnungsprüfer und Krankenhausvertretern:

Frau Richter: Ja, also verstärkt jetzt in der HNO hatte ich das, na, wo der Prüfer gesagt hat: „Also ich habe ihnen Recht gegeben, aber beim anderen ist jetzt mal Schluss“, na so. //lacht// Also //Okay// ist jetzt bei mir in der Chirurgie weniger so, aber das gibt es schon.

I: Ja. Ist dann eher so fachgebietsbezogen?

Frau Richter: Ja. Es ist natürlich auch ein gewisser Kompromiss, ja, wenn der Prüfer was ablehnt und weiß vielleicht mit einem Ding doch: „Naja, eigentlich, ein Stück weit Recht haben sie ja doch, ja?“, ist auch ein bisschen ein schlechtes Gewissen da. Und die sagen ja vielleicht im anderen Fall: „Okay, also da muss ich das jetzt auch mal zugestehen“, na? (D-K-32)

Auch Frau Ehrlich sagt: „Ja, es ist ein Teppichhandel“ (D-K-23), Herr Fröhlich berichtet von diesem „Basar“, bei dem im Vornherein jeder schon seine Verhandlungsmasse vorbereitet, die er zur Not „aufgeben“ kann, um vielleicht an anderer Stelle dafür etwas zu bekommen¹⁶⁰:

Herr Fröhlich: Also hier werden wirklich an der Stelle, an der sie sitzen, sitzt die Gutachterin, hier sitze ich, und neben dran sitzt nicht immer, aber oft, ein Arzt, und dann wird diskutiert. Also hier geht es dann manchmal zu wie auf dem Basar. Gibst du mir das, gebe ich dir das. [lacht]

I: Ja. Kann man dann [so dealen, oder?]

Herr Fröhlich: [unterbricht] [Aber das ist...] Ja, ja, das geht schon. Also wenn man dann so mitkriegt, okay, also zähneknirschend, da hat sie halt wirklich den kompletten Fall bis zum letzten Tag durchgehen lassen, obwohl ich vorher mir schon eine

¹⁶⁰ Frau Ehrlich bezeugt, dass dergleichen bisweilen gar mit den Krankenkassen möglich ist: „Es gibt auch schon seit einigen Jahren die Situation, dass einige Kassen direkt in Kontakt mit dem Medizincontrolling reden und auf telefonischem Wege kleinere Fälle erst mal abklären. Das hatten wir auch schon etwas intensiver. Die rufen also an und sagen: „Ja, Frau Ehrlich, wir haben hier den Fall Sowieso, und der war jetzt drei Tage da, hatte das und das hat. Hat das wirklich drei Tage sein müssen, oder? Aber wir würden ja gerne den Fall ganz ambulant haben.“ Dann schaue ich mir den Fall im System an und wenn ich daraufhin eine Entscheidung treffen kann und sage: „Na ja, also okay. Machen wir einen Deal. Der hat nicht drei Tage da sein müssen. Aber so eine Nacht war schon nötig.“ Dann sagt die Kasse: „Okay, machen wir keinen MDK“ (D-K-23)

Bemerkung gemacht hatte „Drei Tage streichen möglich“, dann gehe ich bei einem anderen Fall, wo sie dann einen Tag wegbeißt, nicht mehr in Dissens oder in Diskussion. Also das ist, das ist schon so ein bisschen auch das Verhandeln. (D-K-19)¹⁶¹

Es wird aber auch berichtet, dass ein MDK-Prüfer mit internistischem Hintergrund Fälle der Chirurgen durchgehen lässt, die ein Chirurg niemals akzeptieren würde, und umgekehrt ein Prüfer mit chirurgischem Hintergrund Fälle bei den Internisten akzeptiert, die ein Internist nicht durchgehenlassen würde (D-K-32). Die relative Autonomie des MDK zeigt sich auch darin, dass die interviewten Personen beim MDK ein gewisses Ethos in Anspruch nehmen. Das kommt zur Geltung in Situationen, in denen sie durchaus neutral begutachten, selbst wenn das zuungunsten der Kasse ausgeht. Sie verstehen sich also nicht als Parteigänger der Krankenkassen, deren Interessen sie um jeden Preis verteidigen müssen, was ihnen die von Tacke als typisch für Grenzstellen konstatierte misstrauische Beobachtung einbringt (Tacke 1997: 23).

Herr Buchner: Ja. Wir sind als Gutachter nur unserem Gewissen und unserem medizinischen Fachwissen verpflichtet.

I: Gibt es da so eine Art Ethik oder Berufskodex, was sie da erklären müssen?

Herr Buchner: Das nicht. Was wir machen, sehr zum Missfallen der Krankenkassen: Wenn ein Fall teurer wird, machen wir das auch. Also wir sagen dann nicht: „Naja, in dem Fall würde es durch meine Änderungen teurer, und deswegen mache ich das nicht“, sondern wenn das so ist, wenn das medizinisch und vom Kodieren her so richtig kodiert ist, wie wir das machen, dann kriegt das die Kasse auch mal teurer.

I: Mhm. Also sie sehen sich da schon als neutrale //ja ja// Instanz.

Herr Buchner: Deswegen ist der MDK ja eingerichtet worden.

I: Ja. Aber er wird finanziert ja von den Kassen letztendlich aber trotzdem //ja ja ja// hat er so eine autonome Position.

Herr Buchner: Ja, ja, ja, ja. Also, monetäre Überlegungen spielen bei uns, sollten bei einem MDK-Gutachter keine Rolle spielen. (D-K-26)

Ebenso berichtet Frau Wagner, dass sie gegebenenfalls auch etwas aktiv nachkodiert, was ganz offenbar vergessen wurde, obwohl dies finanziell zu Lasten der Kasse geht:

Frau Wagner: Und ich bin auch der Meinung was den Leuten zusteht, das sollen sie kriegen. Also es ist nicht so, dass wir nur streichen. Wir kodieren auch nach.

I: Ja.

Frau Wagner: Das tun wir. Und manchmal wird es dann auch teurer. Dann ist es halt so.

I: Also da versteht man, man versucht ja schon so eine Autonomie zwischen den //ja ja// Organisationen, also Kostenträger auf der einen Seite versus...

Frau Wagner: Also ich möchte es natürlich so machen, dass ich noch authentisch bin. Also wenn das nicht dokumentiert ist,

¹⁶¹ Derartige Fälle von Kuhhandel sind auch in der Literatur erwähnt, wie etwa der in der Zeitschrift Das Krankenhaus veröffentlichte Erfahrungsbericht von J. Linz, einem Abteilungsleiter des Medizincontrollings eines Krankenhauses, zeigt: „Aus der Erfahrung von über 9 000 MDK-Einzelfallprüfungen ist der Autor der Überzeugung, dass die Abwicklung der MDK-Prüfung im Rahmen einer Krankenhausbegehung („von Angesicht zu Angesicht“, „auf gleicher Augenhöhe“) beiderseits wesentlich sachlicher und medizinisch fundierter erfolgt, als es auf dem Postweg durch Übersendung von Unterlagen, MDK-Gutachten, „Widerspruchs“-Stellungnahmen und Zweit-, Dritt-, Schwerpunkt-Gutachten („anonym“, „pauschal“, „unsubstanziert“, „Papier ist geduldig“) möglich ist. Natürlich müssen ggf. auch „Kompromisse“ gemacht werden, um dem Ziel, jeden Fall im Konsens und zeitnah abschließen zu können, nahe zu kommen. Die „Zugeständnisse“ erfolgen jedoch gleichermaßen auf beiden Seiten und bewegen sich im Rahmen der gutachterlichen Interpretationsmöglichkeiten, ohne dass dabei der objektive Beurteilungsmaßstab verlassen würde. Vielmehr steht der Verzicht auf „subjektives Rechthaben“ und „uneinsichtiges Argumentieren“ im Vordergrund. [...] So findet zuletzt häufig doch ein „Kuhhandel“ mit dem Kostenträger statt, bei dem – ohne Berücksichtigung des Einzelfalles – eine Einigung nach pauschalen Prozentsätzen erfolgt („orientalischer Basar“) (Linz 2012).

kann ja auch mal ein Versehen sein, dann ist es nicht, dann muss ich streichen, und wenn aber die Klinik was vergessen hat, dann kodiere ich es nach. Egal ob es dann teurer wird. (D-K-28)

Es ist sogar so, dass die Prüfer in bestimmten Situationen – vergleichbar der oben beschriebenen Situation, in der die Assistenzärztin eine alte Person in der Dokumentation „kränker“ machen muss als sie ist, um dem MDK gegenüber ihren längeren Aufenthalt in der Klinik zu rechtfertigen – entgegen den Regeln zur Verweildauer situativ in ihrem Urteil dem, was Frau Richter als die „menschlichen Belange“ bezeichnet, Geltung verschaffen:

I: Meine Frage sollte dahin gehen, stellt sich der MDK auch als neutrale Instanz dar, der durchaus auch mal gegen die Kassen-//Ja.//lage für das Haus //Ja.// entscheidet?

Frau Richter: Ja. Ganz klar. Gerade der Internist, der schon sehr lange die Prüfung hier im Haus macht, hat ganz oft auch einfach auch gesagt: „Die Klinik hat Recht“, ja? Und auch bei den Chirurgen ist es so, es gibt Fälle, wo ich vorher denke, „Pfh, das kriegen wir nicht durch“, ja? Und erstaunlicherweise ist es grade dann manchmal so, dass sie sagt: „In dem Fall haben Sie schon das Recht, den Patienten noch zu behalten.“ Also, da spielen schon auch menschliche Gegebenheiten mit rein, ja? Wobei ich sage, es ist wird bestimmt für eine gewisse Ausgeglichenheit gesorgt. (D-K-32)

Persönliche Beziehungen und der Aufbau von Personenvertrauen, ermöglicht durch die „boundary-spanning roles“ an den Grenzstellen der Organisationen werden in der organisationssoziologischen Literatur (Sydow 1998; Schweer 2012) als Einstieg in vertrauensvolle Kommunikation zwischen Organisationen angesehen. Die Problematik des personalen Vertrauens besteht nun aber auch genau darin, dass dieses Vertrauen eben an die jeweiligen Personen gebunden ist und sich nicht einfach auf einen Nachfolger übertragen lässt.

Wie im Kapitel zu den Forschungsfeldern erwähnt, war es in Krankenhaus I zu einem Konflikt gekommen, der sich nach außen hin hauptsächlich zwischen dem ärztlichen Direktor, Herrn Gerlach, und der Geschäftsführung vollzog, auf dessen Hinterbühne allerdings viele Angehörige des ärztlichen Dienstes, aber auch das Medizincontrolling gewisse Rollen spielten. Innerhalb kürzester Zeit verliert Frau Ehrlich ihre Leitungsfunktion und der Leiter des Finanzcontrollings, der Volkswirt Herr Renner, übernimmt ihre Funktion. In der Folge kommt es zu einer Kündigungswelle nicht nur in der Ärzteschaft, sondern auch im Medizincontrolling. Mehrere Kodierfachkräfte verlassen die Abteilung, vor allem aber auch Herr Fröhlich. Das kann bei Organisationen, die sich wechselseitig beobachten, auf der anderen Seite, also beim MDK, nicht unbemerkt bleiben. Zufällig sind Herr Buchner und Frau Wagner während des Höhepunkts des Konflikts im Rahmen einer Inhouse-Prüfung sogar anwesend.

Wir waren in Seeheim, ich glaube in der Woche, zur Inhouse-Prüfung, in der Woche, in der Frau Ehrlich quasi entmachtet wurde, und haben das natürlich live mitgekriegt. Es wurde zwar nichts Negatives gesagt, aber man kriegt es ja mit, wenn man sich so unter Kollegen unterhält. Der ist quasi von Freitag auf Montag ist der ein Finanzhengst vorgesetzt worden, und der hat jetzt das Sagen, ja? (D-K-26)

Das, was Frau Ehrlich und Herr Fröhlich gemeinsam mit dem ärztlichen Direktor über die Jahre aufgebaut hatten, womit sich auch ein bestimmter Stil des Umgangs mit dem Spannungsverhältnis von Ökonomie und Medizin etabliert hatte, eine gewisse Haltung zur Erlösoptimierung, findet sich quasi über Nacht in Frage gestellt. Frau Ehrlich zieht sich seither überwiegend auf andere Funktionen zurück, und unter der neuen Leitung scheint in der Folge auch ein veränderter Abrechnungsstil im Haus Einzug zu halten. Auf

die Frage des Interviewers, ob man beim DMK bemerkt, dass sich etwas verändert hat, antwortet Herr Buchner: „Es wird schlechter [...], es wird faktisch schlechter“. Auf die Nachfrage, woran man das merkt, an der Verweildauer, an der Kodierung, antwortet er zunächst nur lakonisch: „Beides, beides“. Dann holt er aus:

Herr Buchner: Beides schlechter. Es ist schlechter kodiert, die Widersprüche werden schlechter. Und es ist einfach so, dass man an gewissen medizinischen Sachverhalten nicht vorbeikommt, wenn man im Medizincontrolling arbeitet. Und da muss man als Medizincontroller, also als Frau Ehrlich, dann auch mal sagen: „Ja, sie haben Recht.“ Und das ist bei so jemandem, der das rein Finanzielle im Kopf hat, A hat der das medizinische Wissen nicht, und B ist der natürlich ganz anders orientiert. Und das war speziell mit Frau Ehrlich und mit Herrn Fröhlich immer ein kollegiales Zusammenarbeiten. Die haben dann teilweise, wenn negative Gutachten von uns kamen, haben die das überhaupt nicht mehr in die Fachabteilung weitergeleitet, sondern haben gesagt: „Ist okay, erkennen wir an, Rechnung wird gekürzt“, und das war wahrscheinlich auch mit ein Grund, warum da dann Veränderungen durchgeführt wurden, weil, man kann auch anders so eine Abteilung betreiben. Man kann erst mal gegen alles widersprechen, was vom MDK kommt, ob das jetzt medizinisch fundiert ist oder nicht, aber dann geht es in die nächste Runde, dann landet es bei uns als Widerspruch, dafür haben wir vier Jahre Zeit den Widerspruch zu bearbeiten, dann kommt das Gutachten wieder in die Klinik und in der Zeit passiert keine Retaxierung. Also die Kasse bucht in der Zeit kein Geld ab. (D-K-26)

Zusammenfassung

Mit der neuen Führung hat sich auch das persönliche Vertrauensverhältnis aufgelöst und angesichts der veränderten Abrechnungsstrategie wird sich wohl auch das über die Interaktion zwischen den Personen hinausgehende Systemvertrauen zwischen den beiden Organisationen nicht ohne Weiteres wieder etablieren. Das Verhalten der Organisation Krankenhaus I ist aus der Sicht des MDK nun wieder von den anfänglichen Kontingenzen und Unsicherheiten geprägt.

Vertrauen besteht darin, dass sich auf beiden Seiten eine gewisse Erwartbarkeit des Handelns des Gegenübers einstellt, man fühlt sich an dieses Vertrauen in seinem Handeln gebunden und versucht in der konkreten Situation der Fallabrechnung nicht den Verdacht aufkommen zu lassen, dass man nicht mit offenen Karten spielt, dass man falsche Kodierungen und Dokumentationen zur Abrechnung durchwinkt. Das ist aus einer Arbeitskraftperspektive auch mehr als nachvollziehbar und rational, denn ein höheres Maß von Verdachtsfällen lässt nur die Aktenberge auf beiden Seiten anwachsen, und Fälle, die „auf Halde liegen“, bringen dem Haus auch nicht die dringend benötigte Liquidität ein.

Vertrauen ermöglicht kooperierendes Handeln, das auch informelle Arrangements bis hin zum Kuhhandel, zum orientalischen Basar einschließen kann, die sich alle durchaus als rational erweisen können. Die Rolle, die Grenzstellen für den Vertrauensaufbau spielen, wird häufig unterschätzt. Und was Holtgrewe und Carsten für Call Center als Grenzstellen feststellen, lässt sich gewiss auch für das Verhältnis zwischen Organisationen, die keine Kundenbeziehung untereinander unterhalten, verallgemeinern: „Die Vertrauenswürdigkeit der Organisation wird an der Grenzstelle entscheidend mitproduziert. Vertrauen, das der Organisation als ganzer gelten soll, braucht und erhält in der Interaktion mit den Kunden gewissermaßen Injektionen interpersonellen Vertrauens“ (Holtgrewe und Carsten 2002: 146).

8 Schluss: Nochmals zum Vorwurf: „Hohepriester“, „Bürokratenkaste“?

Wir sind der DRG-Trajektorie nun auf ihrem Weg von der Aufnahmediagnose bis zur Abrechnung sowie der Überprüfung durch den MDK gefolgt und sind dabei den beteiligten „humanen“ Akteuren begegnet, den Pflegekräften, den Ärzten, den Kodierfachkräften, den Mitarbeitenden der Krankenkassen und des MDK, aber auch auf die nicht-humanen Aktanten, die Grouper-Software, die Patientenakte, die Deutschen Kodierrichtlinien und ICD-Klassifikationen, die alle mehr oder weniger willig, manchmal eher widerwillig an dem *going concern* der Fabrikation der DRG eines Falles mitwirken. Es ging dabei eigentlich sehr wenig um kranke, stationär behandelte Patienten, mehr schon um die Arbeit, die zu ihrer Heilung stattfindet, noch mehr aber um diejenige Arbeit, die um der Sichtbarmachung der erstgenannten Arbeit willen verrichtet wird, die wiederum notwendig ist, um einen Erlös (und womöglich auch einen Profit) für die erstgenannte Arbeit bzw. die Heilung des Patienten zu erzielen... In marxistischer Begrifflichkeit ausgedrückt und mit etwas eingengtem Blick auf die Beschäftigtengruppe, die uns dabei besonders interessierte, ging es um die tauschwertorientierte Arbeit der Kodierfachkräfte, deren Aufgabe darin besteht, sichtbar zu machen, was gebrauchswertorientiert im Krankenhaus geleistet wird.

Dass die Kodierfachkräfte – so das anfangs aus dem Buch von Paul Brandenburg zitierte Urteil über sie – alles andere als „Hohepriester“ des DRG-Systems sind, dürfte im Verlauf des Textes deutlich geworden sein. Diese polemische Qualifizierung mag vielleicht auf die neuen Verwaltungseliten, die neuen Krankenhausmanager (Bär 2012), die mit MBA-Abschlüssen ausgestatteten Ärzte oder das Leitungspersonal des Finanzcontrollings zutreffen. Die Kodierfachkräfte sind jedoch dazu mit viel zu wenig institutioneller Macht ausgestattet, als dass sie Angehörigen des ärztlichen Dienstes Vorschriften machen könnten, geraten aufgrund der typischen unterschiedlichen Geschlechterzusammensetzung der Vertreter ihres Berufs und der Ärzteschaft und des jeweils unterschiedlichen Status oft in die Defensive, müssen in Konfliktsituationen entweder zurückstecken, zu diplomatischen oder erzieherischen Mitteln greifen oder in mikropolitischen Spielen auch einmal den Weg über die Hierarchie gehen. Und sie sind alles andere als ein homogener Block, arbeiten unter ihnen neben den ehemaligen Krankenpflegern doch auch frühere Arzhelferinnen und Medizinische Dokumentare. Vor allem aber sind viele von ihnen habituell dafür gar nicht disponiert, ist doch für zahlreiche von ihnen noch das aus ihrer früheren Beschäftigung in der Pflege stammende medizinisch-pflegerische Ethos handlungsleitend.

Sie haben allerdings als Angehörige des Controllings Anteil an den veränderten Machtverhältnissen innerhalb der Organisation Krankenhaus, die etwa durch die Akademisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen der Pflege, v.a. aber durch das der Verwaltung oder besser: dem Management zugekommene Gewicht etabliert wurden und nun die traditionelle professionelle Dominanz der „Halbgötter in Weiß“ erschüttern.

Die Ärzte sind freilich alles andere als Opfer dieser Entwicklungen. Viele von ihnen spielen zunehmend – mit MBA-Abschlüssen ausgestattet – das ökonomische Spiel als „doctors in the lead“ durchaus mit (Witman et al. 2010). Wenn sie das nicht tun, dann haben zumindest manche von ihnen, wie die Studien von Werner Vogd gezeigt haben, gelernt, das System auszubeuten, in dem sie es unterlaufen, den Anforderungen in vielen Fällen nur zum Schein Genüge tun, ihre Prioritäten anders setzen als früher.

Medizin, dies zeigen unsere Untersuchungen, geht auch unter den verschärften wirtschaftlichen Bedingungen und knappen Personal- und Zeitressourcen keineswegs in einer betriebswirtschaftlichen oder volkswirtschaftlichen Rationalität auf. Vielmehr kommt die ärztliche Orientierung hierdurch gewissermaßen zu sich selbst und findet insbesondere an den komplizierten Fallproblematiken ihren höchsten Ausdruck. Entsprechend dieser Orientierung treffen die Ärzte unter knapper werdenden Ressourcen die Unterscheidung zwischen Routinefällen und schwierigen Fällen. Bei Ersteren können – medizinisch begründet – Lücken gelassen werden, während die Organsysteme der Letzteren höchste Aufmerksamkeit bekommen. (Vogd 2006: 112)

Doch wie wir gesehen haben, sind auch die Geschäftsführer oftmals machtlos, haben nicht allzu viel Rückhalt unter den Beschäftigten, müssen sich auf Allianzen mit verschiedenen Akteuren stützen und vor allem Rücksicht auf die mächtige Fraktion der Ärzte nehmen. Sie konnten in den meisten Kliniken dem ärztlichen Dienst nicht allein das *dirty work* der medizinischen Kodierung aufdrängen, weshalb es in den Krankenhäusern zu ganz unterschiedlichen Modellen der Verteilung der Dokumentations- und Kodieraufgaben kam, denen jeweils „ausgehandelte Ordnungen“ zugrunde liegen. Doch war das genau die Chance für all jene, die aus den verschiedensten Gründen in der dadurch frei gewordenen Lücke Beschäftigungschancen fanden. Manche, wie die Medizinischen Dokumentare, finden hier ein Anwendungsgebiet für ihre in Ausbildung und Studium erworbenen Kompetenzen; andere von ihnen sind eher unfreiwillig im Medizincontrolling oder auch beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gelandet. Sie haben Brüche in ihren Lebensläufen zu verkraften, die die Folge von oft nicht erträglichen Arbeitsbedingungen, vor allem in der Krankenhauspflege waren. Nun sind sie auf die andere Seite gewechselt, sind Teil des manchmal „stahlharten Gehäuses“, das maßgeblich mitverantwortlich zu machen ist, für die Arbeitsbedingungen, unter denen sie zu leiden hatten. Sie sind Teil dieses Systems, aber wie Frau Dr. Ehrlich, die „abgesetzte“ Leiterin des Medizincontrollings und jetzige „Akademische Kodierfachkraft“ anschließt: „Man kann nicht rausspringen.“ Wenn man nicht mehr rausspringen kann, dann muss man eine Haltung zu diesem System finden, um in ihm existieren zu können, um in ihm und trotz ihm für sich und für das eigene, oft von Insolvenz oder Übernahme bedrohte Krankenhaus, das in vielen Fällen zu einem „neuen sinnvollen Gesamtprojekt“ (Mohan 2019: 300) geworden ist, sein Tätigsein als sinnhaft erfahren zu können. Im Einzelfall stehen dahinter ganz unterschiedliche Motive und Interessen. Aus der Arbeitskraftperspektive bietet die Anstellung als Kodierfachkraft zunächst einmal einen Arbeitsplatz, der in vielerlei Hinsicht Vorteile im Vergleich zu der früheren Tätigkeit v.a. als Pflegekraft, aber auch als Stationssekretärin oder Arzthelferin hat, nämlich geregelte Arbeitszeiten, keinen Schichtdienst, ein festes Einkommen und Beschäftigungssicherheit. Aus einer an subjektivierendem Handeln orientierten Perspektive betrachtet bietet gerade das Kodieren am „Grouper“ anhand der Dokumentationen in der Krankenakte ein Intellekt und gar Imagination anregendes Potenzial, wenn Kodierfachkräfte sich den „Fall“ oder besser den Patienten vorstellen, auf der Basis ihres erfahrungsgesättigten *tacit knowledge* und anhand der Indizien in der Akte rekonstruieren, was eventuell noch an Behandlungen durchgeführt wurde, das nicht dokumentiert, aber eventuell erlösrelevant sein könnte. Auch eher ephemere „Prämien“ hält das System bereit, etwa wenn man aus einem Fall durch seine Findig- und Beharrlichkeit einen Erlössprung herausgekitzelt hat, der sich durch Aktivieren des Groupers auf dem Display in Euro und Cent ablesen lässt. In manchen Fällen eröffnet die Tätigkeit als Kodierfachkraft sogar Karriereperspektiven, freilich nur dann, wenn man, wie Herr Fröhlich, der zugleich Krankenpfleger und Medizinischer Dokumentar, alleinstehender mobiler Mann mit ungeheuer viel Insiderwissen

ist, über alle Trümpfe des Spiels verfügt. Es spannen sich unter den Kodierfachkräften aber auch Hierarchien auf, in denen man eine Position in Abhängigkeit davon einnimmt, ob man als ehemalige Arzthelferin nur über eine dreiwöchige Kodierschulung verfügt oder von den Hohen Priestern und ihren Adepten des australischen DRG-Systems die höheren Weihen erfahren hat, wie Frau Ohlsen, die nach ihrer Ausbildung als Medizinische Dokumentarin noch eine profunde Weiterbildung bei ihrem Arbeitgeber, einer großen privaten Klinikette absolvieren durfte.

Ähnlich wie bei der Bezeichnung „Hohepriester“, muss man angesichts des polemischen Etiketts „Bürokratenkaste“ den Kopf schütteln. Die Kodierfachkräfte sind aufgrund ihrer berufsbiographischen Herkunft aus Krankenpflege oder auf der Basis ihrer Ausbildung als Medizinische Dokumentare kaum pauschal als Bürokraten zu bezeichnen, die Kodierregeln einfach exekutieren, selbst wenn eine Affinität für Zahlen, Finanzen und „Organisieren“ zur Ausübung dieser Tätigkeit erforderlich ist. Das hochgradig durchregelte System lässt wie jedes System von Regeln Raum für Interpretationen, aber auch für Regelbeugung, So-tun-als-Ob, im Jargon der Kodierfachkräfte und Mediziner „Upcoding“ genannt, so dass „medizinische Praxis [zu ergänzen wäre pflegerische Praxis; A. Pf.], die rechtliche wirksame Dokumentation dieser Praxis, die Abrechnung der Leistungen sowie die einzelnen Ebenen der Hierarchie nur lose miteinander gekoppelt sind“, dass also die Organisation aus Einheiten mit jeweils relativ autonomen, eigenständigen System- und Prozesscharakteristiken besteht (Vogd 2014: 258 f; zum Begriff der „losen Kopplung“ vgl. Weick 1985: 163ff). Erfahrene Kodierfachkräfte lernen ebenso wie die Ärzte, die daran ein Interesse entwickeln, mit dem System zu spielen, was vom legalen Optimieren bei der Kodierung bis zu „brauchbarer Illegalität“ (Luhmann), zum „Hochtriggern“ eines Falles reichen kann. Das kommt in der empirisch beobachtbaren, aber nur schwer einsehbaren Realität mehr oder weniger vor. Ich hoffe aber gezeigt zu haben, ohne dass ich dem Reden von einer „Kodierethik“ blinden Glauben schenken wollte, dass sie eigentlich wenig davon haben, wenn sie Upcoding betreiben – besser gesagt: dass sie dann mehr haben, nämlich Mehrarbeit, wenn die Prüfanfragen und Kontrollen durch die Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zunehmen und sich Systemmisstrauen im Verhältnis zwischen den Organisationen einstellt.

Ein Quäntchen Wahrheit ist freilich doch an dem polemischen Vorwurf der Bürokratenkaste: Sie sind wie gesagt Teil eines immensen bürokratischen Apparats, der immer mehr Personal und Ressourcen verschlingt – angesichts knapper Kassen und steigender Kosten im Gesundheitswesen sieht dies ganz nach einer nicht-intendierten, wenn nicht gar paradoxen Folge der politischen Sparintentionen aus: Auf der einen Seite das für die optimale Kodierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen bereitgestellte Personal in den Krankenhäusern, auf der anderen Seite die nun ebenfalls mit ärztlichem Personal und Kodierfachkräften und Groupersoftware „aufgerüsteten“ Prüfabteilungen der Krankenkassen und des MDK, die den Krankenhäusern bei ihren Abrechnungen auf die Finger schauen.

In der eingangs zitierten Passage sprach der Mediziner Brandenburg wie ein Parasitologe vom „Sich-Festsetzen“ einer ganzen Reihe neuer Verwaltungsberufe. Die „DRG-Berufsgruppen“ haben sich „mittlerweile in den Klinikverwaltungen etabliert – und sie werden sich kaum selbst abschaffen wollen“ (Brandenburg 2013: 57). Das ist natürlich böse formuliert, im Kern trifft das bezüglich der Kodierfachkräfte aber die

Tatsache, dass diese Tätigkeit vor allem für die ehemaligen Pflegekräfte unter ihnen einen letzten Rettungsanker darstellt, der es ihnen ermöglicht hat, einem auf Dauer unlebbaeren Beruf zu entkommen, einen gewissen Status im Personalgefüge des Krankenhauses zu erlangen und den Sprung auf die Seite der Gewinner des Umbaus des Krankenhauswesens zu schaffen. Bei allen moralischen Dissonanzen, mit denen sie je nach habituellen Dispositionen und persönlicher Flugbahn möglicherweise ihre Tätigkeit ausüben, werden sie tatsächlich kaum den Wunsch hegen, dass das DRG-System und damit sie selbst „abgeschafft“ werden.

Das DRG-System ist in den vergangenen Jahren nun doch etwas ins Wanken gekommen. Zu stark ist der Protest von Pflegeverbänden, Gewerkschaften, aber auch Ärztevereinigungen geworden, so dass zumindest mit den Pflegepersonalstärkungsgesetzen und nun durch die mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung unternommene Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen die Abwärtsspirale bei der Personalbesetzung und den Arbeitsbedingungen gestoppt werden könnte. In Deutschland wurde das auf den DRGs beruhende Fallpauschalensystem aus Austeritätsgründen – mit der hierzulande üblichen Gründlichkeit – im internationalen Vergleich mit am rigidesten umgesetzt, und das mit nicht gerade überwältigendem Sparerfolg. Es wäre sicher an der Zeit – und dieses Werturteil sei mir am Ende dieser Arbeit gestattet –, dass die Bundesrepublik auch einmal Exportweltmeister eines anderen Modells der Bereitstellung des öffentlichen Gutes Gesundheit würde.

9 Literatur

- Abbott, Andrew Delano (1988): *The system of professions. An essay on the division of expert labor*, Chicago u.a.
- Abels, Heinz (2010): *Interaktion, Identität, Präsentation*, Wiesbaden.
- Acker, Françoise (1997): *Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier*, in: Conein, Bernard/Thévenot, Laurent (Hg.): *Cognition et information en société, Raisons pratiques*, Paris, 65-93.
- Afentakis, Anja (2009): *Krankenpflege. Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen*, Statistisches Bundesamt, STATmagazin, 18. August 2009.
- Aiken, Linda H. et al. (2012): *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*, *British Medical Journal*, 344, e1717 (Internet: <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf> ; Zugriff am 18.9.2020).
- Albrecht, Martin, et al. (2017): *Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland*, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh (Internet: <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/pflegepersonal/ergebnis-ueberblick/index.html> ; Zugriff am 27.8.2020).
- Allen, Davina (2015): *The Invisible Work of Nurses. Hospitals, organization and healthcare*, London/New York.
- Arborio, Anne-Marie (1995): *Quand le ‚sale boulot‘ fait le métier: les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital*, *Sciences sociales et santé*, 13, 93-126.
- Arborio, Anne-Marie (2001): *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris.
- Auffenberg, Jennie/Krachler, Nick (2017): *Arbeitsverdichtung im Krankenhaussektor: Erfolgreiche gewerkschaftliche Strategien zur Personalbemessung*, *WSI Mitteilungen* 4, 269-277.
- Augurzky, Brois/Krolop, Corinna/Hentschker, Sebastian/Pilny, Adam/Schmidt, Christoph M. (2013): *Krankenhaus Rating Report 2013. Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse*. Heidelberg
- Avril, Christelle/Cartier, Marie/Serre, Delphine (2010): *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*. Paris
- Bajoit, Gilles (1988): *Exit, Voice, Loyalty... and Apathy. Les réactions individuelles au mécontentement*, *Revue française de sociologie*, 29, 325-345.
- Bals, Thomas (1993): *Berufsbildung der Gesundheitsfachberufe. Einordnung – Strukturwandel – Reformansätze*, Darmstadt.
- Bals, Thomas/Dielmann, Gerd (2013): *Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems*, In: Robert Bosch Stiftung (2013), S. 177-191.
- Bär, Stefan (2009): *Patientenrekrutierung oder bewusste Auswahl?*, *Arzt und Krankenhaus*, 3, 2009, 80-84.
- Bär, Stefan (2012a): *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte*, Wiesbaden 2011.
- Bär, Stefan (2012c): *Markenbildung im Krankenhaus*, *Deutsches Ärzteblatt* 109 (5), A 194-197.
- Bär, Stefan/Starystach, Sebastian (2017): *Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege. Ein (institutionen-)theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse der Organisation Krankenhaus*, *Soziale Welt* 68 (4), 385-403.
- Barnard, Chester I. (1938): *The Functions of the Executive*, Cambridge, MA.
- Bartholomeyczik, Sabine (2007a): *Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung der Beziehungsarbeit*, *Pflege & Gesellschaft*, 3, 240-248.
- Bartholomeyczik, Sabine (2010a): *Professionelle Pflege heute: Einige Thesen*, in: Kreutzer, Susanne (Hg.): *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert*, Osnabrück, 133-154.
- Bartholomeyczik, Sabine (2010b): *Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Sollvorstellungen*, in: Klauber, Jürgen, Geradts, Max, Friedrich, Jörg (Hg.): *Krankenhausreport 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?*, Stuttgart, 209-221.
- Bartholomeyczik, Sabine (2011): *Schnellerer Durchlauf kränkerer Patienten im Krankenhaus: Wo bleibt die Pflege?*, *Ethik in der Medizin* 24, 315-325.
- Bartholomeyczik, Sabine (2013): *Voller Widersprüche. Eine Bilanz zur Entwicklung der Pflege in Deutschland*, *Dr. med. Mäbuse*, 203, Mai/Juni 2013, 46-49.
- Bauer, Ullrich (2007): *Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld*, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin, Schwerpunkt: Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen*, 44 (1), 98-119.

- Bauer, Ullrich/Bittlingmayer, Uwe (2010): ‚Ja, das kostet aber Geld‘. Der Umbau und die Neuordnung des Gesundheitssektors, in: Schultheis, Franz/Vogel, Berthold/Gemperle, Michael (Hg.): Ein halbes Leben. Biografische Zeugnisse aus einer Arbeitswelt im Umbruch, Konstanz, 665-730.
- Baum, Georg (2000): Die Krankenhäuser unter dem Zwang zur Anpassung, *Der Internist*, 6, M 130-M133.
- Baum, Georg/Tuschen, Karl Heinz (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems, *f&w. führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 5, 449-460.
- Baumann, Daniel (2012): Die Patienten-Fabrik. Krankenhäuser in Deutschland, *Frankfurter Rundschau*, 19.6.2012 (Internet: <https://www.fr.de/wirtschaft/patienten-fabrik-11719015.html> ; Zugriff am 7.9.2020).
- BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (2011b): Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens, 4. Oktober 2011, Köln.
- Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt am Main.
- Beck, Ulrich/Brater, Michael/Daheim, Hansjürgen (1980): *Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse*, Reinbek.
- Becker, Albrecht (2014): Controlling und kalkulative Praktiken: Eine strukturationstheoretische Perspektive auf Steuerungsprozesse in und zwischen Organisationen, in: Sydow, Jörg/ Wirth, Carsten (Hg.): *Organisation und Strukturation*, Wiesbaden, 127-172.
- Becker, Howard S. (1952): The Career of the Chicago Public Schoolteacher, *American Journal of Sociology*, 57, 5, 470-477.
- Becker, Howard S. (2008): *Art Worlds. 25th Anniversary Edition, Updated and Expanded*, Berkeley, Los Angeles, London.
- Becker, Karina (2014): Von Florence Nightingale zu Adam Smith? Wenn PatientInnen zu KundInnen und Gesundheitsdienstleistungen zu Waren werden, *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik*, 15, 33–52.
- Becker, Karina (2016): Loyale Beschäftigte – ein Auslaufmodell? Zum Wandel von Beschäftigtenorientierungen in der stationären Pflege unter marktzentrierten Arbeitsbedingungen, *Pflege & Gesellschaft* 21, 2, 145-161.
- Becker, Karina/Lenz, Sarah/Thiel, Marcel (2017): Pflegearbeit zwischen Fürsorge und Ökonomie. Längsschnittanalyse eines Klassikers der Pflegeausbildung, *Berliner Journal für Soziologie*, 26, 3/4, 501-527.
- Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (2010b): Einleitung. Die Arzt-Patienten-Beziehung aus soziologischer Sicht, in: dies. (Hg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung*, Stuttgart, 7-33.
- Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (Hg.) (2010a): *Die Arzt-Patient-Beziehung*, Stuttgart.
- Behrens, Johann (2003): Vertrauensbildende Entzauberung: Evidence- und Eminenz-basierte professionelle Praxis. Eine Entgegnung auf den Beitrag von Werner Vogd: „Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie“ (ZfS 4/2002), *Zeitschrift für Soziologie*, 32 (3), 262-269.
- Behrens, Johann (2009): Gesundheitsapostel und Professionen im System pflegerischer gesundheitsförderlicher Unterstützung. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 8, 1, 6-25.
- Belliger, Andréa/Krieger, David J. (Hg.) (2006): *ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*, Bielefeld.
- Benamouzig, Daniel (2005): *La santé au miroir de l'économie*, Paris.
- Berg, Marc (1992): The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practise. *Sociology of Health & Illness* 14 (2), 151-180.
- Berg, Marc (1996): Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work, *Sociology of Health and Illness* 18 (4), 499-524.
- Berg, Marc (2007): Praktiken des Lesens und Schreibens. Die konstitutive Rolle der Patientenakte in der medizinischen Arbeit, in: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hg.): *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden, 63-86.
- Berg, Marc/Bowker, Geoffrey (1997): The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact, *The Sociological Quarterly*, 38 (3) , 513-537.
- Bergmann, Jörg (2006): *Studies of Work*, in: Rauner, Felix (Hg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*, Bielefeld, 639-646.
- Bergmann, Jörg/Dausendschön-Gay, Ulrich/Oberzaucher, Frank (Hg.) (2014): „Der Fall“. *Studien zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*, Bielefeld.

- Biermann, Andreas/Geissler, Alexander (2016): Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern. Eine Analyse von DRG-Anreizen und Entwicklungen in der Beatmungsmedizin, *Der Anästhesist*, 65 (9), 663–672.
- Binswanger, Mathias (2010): Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren, Freiburg u.a.
- Blum, Karl (2003): Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge, Düsseldorf.
- Blum, Karl (2012): Krankenhausversorgung, in: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 5. Auflage, Weinheim und Basel, 813-835.
- Blum, Karl/Müller, Udo (2003a): Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausesellschaft, Düsseldorf.
- Blum, Karl/Müller, Udo (2003b): Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts, *Das Krankenhaus*, 7, 544-548.
- Blum, Karl/Offermanns, Matthias (2009): *Krankenhaus Barometer. Umfrage 2009*, Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf.
- Blum, Karl/Offermanns, Matthias (2012): Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausesellschaft (DKG), Düsseldorf (Internet: https://www.dki.de/sites/default/files/2019-02/einflussfaktoren_des_fallzahl-_und_case_mix-anstiegs_in_deutschen_krankenhausern%281%29.pdf ; Zugriff am 7.9.2020).
- Bode, Ingo (2010a): Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor, in: Endreß, Martin/Matys, Thomas (Hg.): *Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie*, Wiesbaden, 63-92.
- Bode, Ingo (2010b): Die Malaise der Krankenhäuser, *Leviathan*, 38, 189-211.
- Bode, Ingo (2013): *Die Infrastruktur des postindustriellen Wohlfahrtsstaats*, Wiesbaden 2013.
- Bode, Ingo (2016): Stress durch rekursive Ambivalenz. Oder: Wie und warum das Krankenhauswesen mutiert, in: ders./Vogd, Werner (Hg.): *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden, 253-279.
- Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hg.) (2016): *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden.
- Boerner, Sabine, et al. (2005): Freiwillig mehr tun? Organizational Citizenship Behavior im Krankenhaus – ein Vergleich zwischen Ärzten und Pflegekräften, *Das Gesundheitswesen*, 67, 770-776.
- Böhm, Katharina/Henkel, Rüdiger (2009): Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung im Wandel, in Böhlke, Nils, u.a. (Hg.): *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten*. Hamburg, 83–96.
- Bohsem, Guido (2012): Rezept gegen Abzocker-Kliniken. Wer betrügt, soll zahlen, *Süddeutsche Zeitung*, 25.3.2012 (Internet: <https://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/rezept-gegen-abzocker-kliniken-wer-betruegt-soll-zahlen-1.1317913> ; Zugriff am 17.9.2020).
- Bollinger, Heinrich/Gerlach, Anke/Pfadenhauer, Michaela (Hg.) (2016): *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*, Frankfurt 2016⁴.
- Boltanski, Luc/Thévenot, Laurent (2007): *Über die Rechtfertigung. eine Soziologie der kritischen Urteilskraft*, Hamburg.
- Bonß, Wolfgang (1982): *Die Einübung des Tatsachenblicks. Zur Struktur und Veränderung empirischer Sozialforschung*, Frankfurt a. M.
- Bose, Käthe von (2017): *Klinisch rein. Zum Verhältnis von Sauberkeit, Macht und Arbeit im Krankenhaus*, Bielefeld.
- Bourdieu, Pierre (1985): *Sozialer Raum und „Klassen“*. Zwei Vorlesungen. Frankfurt.
- Bourdieu, Pierre (1996): *Sur la télévision*, Paris.
- Bourdieu, Pierre (1998): Staatsgeist. Genese und Struktur des bürokratischen Felds, in: ders.: *Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns*, Frankfurt, 93-157
- Bourdieu, Pierre (1998): *Über das Fernsehen*, Frankfurt am Main.
- Bourdieu, Pierre (2001): *Das politische Feld. Zur Kritik der politischen Vernunft*, Konstanz.

- Bourdieu, Pierre/Wacquant, Loïc J. D. (1996): *Reflexive Anthropologie*, Frankfurt am Main 1996.
- Bowker, Geoffrey C./Star, Susan Leigh (1998): *Building Information Infrastructures for Social Worlds – The Role of Classifications and Standards*, in: Ishida, Toru. (Hg.): *Community Computing and Support Systems. Social Interaction in Networked Communities*, Berlin et al., 231-248.
- Bowker, Geoffrey C./Star, Susan Leigh (1999): *Sorting Things Out: Classification and its Consequences*, Cambridge, MA.
- Brandenburg, Paul (2013a): *Kliniken und Nebenwirkungen. Überleben in Deutschlands Krankenhäusern*, Frankfurt am Main.
- Brandenburg, Paul (2013b): *Dr. med. Paul Brandenburg: Fragen an den Autor. Interview mit Dr. Jürgen Albers in der Sendung „Fragen an den Autor“*, SR 2 vom 20.10.2013.
- Braun Bernard/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock Rolf (2011): *Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008*, artec-paper Nr. 173, Januar 2011 (Internet: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/37544> ; Zugriff am 8.9.2020).
- Braun, Bernard (2014): *Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*, in: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hg.) (2014): *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*, Wiesbaden, 91-113.
- Braun, Bernard et al. (2010): *Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*, Bern.
- Braun, Bernard/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf (2010): *Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern*, *Pflege & Gesellschaft*, 15 (1), 5-19.
- Braun, Bernard/Müller, Rolf (2005): *Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern*, *Pflege & Gesellschaft*, 10 (3), 131-141.
- Bräutigam, Christoph, Evans, Michaela und Hilbert, Josef. (2013): *Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Bildungspolitik. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, WISO Diskurs, Mai 2013.
- Bräutigam, Christoph/Dahlbeck, Elke/Enste, Peter/Evans, Michaela/Hilbert, Josef (2010): *Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege*, Arbeitspapier 215, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf (Internet: http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_215.pdf ; Zugriff am 7.9.2020).
- Bräutigam, Christoph/Evans, Michaela/Hilbert, Josef/Öz, Fikret (2014): *Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Reihe: Arbeitspapier 306*, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf (Internet: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=7113 ; Zugriff am 18.9.2020).
- Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthoff, Herbert/Nieswand, Boris (2013): *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*, Konstanz, München.
- Bromberg, Kirstin (2012): *„Arc of Work“ – als ‚sensitizing concept‘ für den Zusammenhang von beruflicher Arbeit und Organisationskulturen*, in: Schittenhelm, Karin (Hg.): *Qualitative Bildungs- und Arbeitsmarktforschung Grundlagen, Perspektiven, Methoden* Wiesbaden, 303-324.
- Brosziewski, Achim/Brügger, Urs (2001): *Zur Wissenschaftlichkeit von Messinstrumenten im Gesundheitswesen: Am Beispiel der Methode LEP®*, *Pflege*, 14, 59–66.
- Brunsson, Nils (1989): *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions, and Actions in Organizations*, New York.
- Büchner, Stefanie (2018): *Der organisierte Fall. Zur Strukturierung von Fallbearbeitung durch Organisation*, Wiesbaden.
- Buhr, Petra/Klinke, Sebastian (2006a): *Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien*, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Hg.): 311/2006, Berlin: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, (Internet: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/i06-311.pdf> ; Zugriff am 7.6..2020).
- Buhr, Petra/Klinke, Sebastian (2006b): *Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern*, Arbeitspapiere des Zentrums für Sozialpolitik/6/2006, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik (Internet: https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=88fb858524.pdf&filename=ZeS-AP_2006_6.pdf ; Zugriff am 7.9.2020).

- Bundesagentur für Arbeit (2011): Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland (Internet: <http://statistik.arbeitsagentur.de/cae/servlet/contentblob/24380/publicationFile/4410/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2010.pdf> ; Zugriff am 7.9.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (2013a): BERUFENET Steckbrief Medizinische/r Dokumentar/in, Stand: 03.07.2017 (Internet: <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/start?dest=profession&prof-id=8345> ; Zugriff am 7.9.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (2013b): BERUFENET Steckbrief Medizinische/r Dokumentationsassistent/in, Stand: 01.08.2020 (Internet: <http://berufenet.arbeitsagentur.de/berufe/docroot/r2/blobs/pdf/bkb/8343.pdf> ; Zugriff am 7.9.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (2020): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2020 (Internet: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=8 ; Zugriff am 7.9.2020).
- Bundesärztekammer (2004): Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages vom 18.-21. Mai 2004 in Bremen, (Internet: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/107-daet-2004/zu-punkt-vi-der-tagesordnung-taetigkeitsbericht-der-bundesaerztekammer/entbuerokratisierung-aerztlicher-taetigkeit/entbuerokratisierung-der-medizin/>; Zugriff am 6.8.2020).
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Zweite Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, (Internet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/200723_Zweite_Verordnung_zur_Aenderung_der_Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung.pdf ; Zugriff am 28.9.2020).
- Bundesrechnungshof (2019): Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, Potsdam, 6. Mai 2019 (Internet: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/langfassungen/langfassungen-2019/2019-bericht-krankenhausabrechnungen-durch-die-krankenkassen-der-gesetzlichen-krankenversicherung-pdf> ; Zugriff am 19.9.2020).
- Burchardi, Hilmar (2017): Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland, *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 113 (11), 1-8.
- Busch, Günter (2017): Endlich Durchbruch bei der Personalbemessung? Tarifbewegung Entlastung: Zur Situation der Pflege in Krankenhäusern, *Sozialismus*, 44 (6), 50-53.
- Busse, Reinhard/Geissler, Alexander/Quentin, Wilm/Wiley, Miriam (Hg.) (2011): *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Maidenhead.
- Callon, Michel (1986): *Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc*, *L'Année sociologique*, 36, 1986, 169-208.
- Callon, Michel/Latour, Bruno (1981): *Unscrewing the Big Leviathan: How Actors Macrostructure Reality and How Sociologists Help Them to Do So*, in: Knorr, Karin/Cicourel, Aaron V. (Hg.): *Advances in Social Theory and Methodology: Toward an Integration of Micro- and Macro-Sociologies*, Boston 277-303.
- Castra, Michel/Schepens, Florent (2015): *Devenir professionnel en soins palliatifs. Bifurcations professionnelles, apprentissages et recompositions identitaires*, *Travail et Emploi*, 141 (1), 53-69.
- Champy, Florent (2009): *La sociologie des professions*, Paris.
- Chapoulie, Jean-Michel (1996): *Everett Hughes and the Chicago Tradition*, *Sociological Theory*, 14, 3-28.
- Chiapello, Eve/Gilbert, Patrick (2013): *Sociologie des outils de gestion. Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*, Paris.
- Chilingarian, Jon (2008): *Origins of DRGs in the United States: A Social, Political, and Technical Story*, in: D'Aunno Thomas/Kimberly, John/de Pourvoirville, Gerard (Hg.): *The Globalization of Managerial Innovation: The Interplay of Politics, Policy, and Functionality*, Cambridge, 4-33.
- Clarke, Adele E./Gerson, Elihu M. (1992): *Symbolic Interactionism in Social Studies of Science*, in: Becker, Howard S./McCall, Michal M. (Hg.): *Symbolic Interactionism and Cultural Studies*, Chicago, 179-214.
- Clot, Yves/Faïta, Daniel (2000): *Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes*, *Travailler*, 4, 7-42.

- Comte, Maurice (1992): Le flou et le dur, in: Jean-Louis Besson (Hg.): La cité des chiffres ou l'illusion des statistiques. Autrement, Série Sciences en société, 5, Paris, 160-170.
- Corbin, Juliet M./Strauss, Anselm (1993): The Articulation of Work through Interaction, *The Sociological Quarterly*, 1, 71-83.
- Crasselt, Nils/Heitmann, Christian/Maier, Björn (2015): Controlling im deutschen Krankenhausesektor 2015 – Studienergebnisse zum aktuellen Stand und zu Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern, Münster.
- Crojethovic, María/Gütschow, Sebastian/Krüger, Carolin/Stender, Tom/Elkeles, Thomas (2014): Veränderungspotenziale in Krankenhausorganisationen. Formalität und Informalität in nordostdeutschen Krankenhäusern, Gießen.
- Currie, Graeme/Lockett, Andy/Finn, Rachel/Martin, Graham/Waring, Justin (2012): Institutional Work to Maintain Professional Power: Recreating the Model of Medical Professionalism, *Organization Studies*, 33 (7), 937-962.
- Darmon, Muriel (2003): *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris.
- Darmon, Muriel (2005): Le psychiatre, la sociologue et la boulangère: analyse d'un refus de terrain, *Genèses* 58, März 2005, 98-112.
- Darmon, Muriel (2010): *La Socialisation*, Paris.
- Davis, Natalie Zemon (1987): *Humanismus, Narrenherrschaft und die Riten der Gewalt*, Frankfurt am Main.
- Desrosières, Alain (1989): L'opposition entre deux formes d'enquête: monographie et statistique, in: Boltanski, Luc/Thévenot, Laurent (Hg.): *Justesse et justice dans le travail*, Cahiers du CEE Nr. 33, Paris (wieder abgedruckt in Desrosières 2008).
- Desrosières, Alain (2005): *Die Politik der großen Zahlen. Eine Geschichte der statistischen Denkweise*, Wiesbaden.
- Desrosières, Alain (2008): Pour une sociologie historique de la quantification. *L'Argument statistique*, Bd. 1, Paris, 143-151.
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (2007): Deutsche Gesellschaft für Chirurgie warnt vor Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal, Pressemitteilung vom 7.3.2007 (Internet: <http://idw-online.de/pages/de/news199297> ; Zugriff am 7.9.2020).
- Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (2014): Geschäftsbericht 2013 der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. (Internet: http://www.medizincontroller.de/dokumente/info/Offizielle_Dokumente_der_DGfM/Geschaeftsbericht_DGfM_2013.pdf ; Zugriff am 7.9.2020).
- Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (o.J.): Wie ist die korrekte Eingruppierung für DRG-Kodierer/Fallmanager in den entsprechenden Entgeltgruppen? (Internet: <http://webarchiv.medizincontroller.de/faq.php> ; Zugriff am 7.9.2020).
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie u.a. (2008): *Ethische Leitlinien für die Medizinische Informatik*, o.O. (Internet: https://www.bvmi.de/medien/dokumente/LeitlinienEthikMI_V02.00.pdf ; Zugriff am 6.9.2020).
- Deutsche Kodierrichtlinien (2013) *Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Version 2013)*, hg. von der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), Berlin (Internet: https://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2013_Datenjahr_2011#sm5 ; Zugriff am 18.9.2020).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2010): DKG wehrt sich gegen den Vorwurf der Falschabrechnungen. Kassen führen unfaire Kampagne gegen Krankenhäuser, *Das Krankenaus*, 6, 517-523.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2014): Einführung und Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) zur Abrechnung des OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege“ – eine Handreichung für das Pflegemanagement (Internet: https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/geschaeftsbereiche/pflege-service-dokumentation-2/download/website_psd_ethikcodex_plegende.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- Deutscher Bundestag (2013): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Klaus Ernst, Harald Weinberg, Kathrin Vogler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/14451 – Mögliche ökonomisch motivierte Medizin in Krankenhäusern durch Fehlanreize der Fallpauschalen. Drucksache 17/14555.
- Deutscher Pflegerat (2014): Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score hat die Erwartungen nicht erfüllt. Pressemitteilung vom 12.3.2014 (Internet: <https://deutscher-pflegerat.de/2014/03/12/der-pflegekomplexmassnahmen-score-hat-die-erwartungen-nicht-erfuellt/> ; Zugriff am 7.9.2020)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2010): *Basiswissen Kodieren. Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS, überarbeitete Neuauflage*, Köln.

- Diaz-Bone, Rainer (2015): Die „Economie des conventions“. Grundlagen und Entwicklungen der neuen französischen Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden.
- Dielmann, Gerd (2013): Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht, in: Robert Bosch Stiftung (2013), S. 148-176.
- Dieterich, Anja/Braun, Bernard/Gerlinger, Thomas/Simon, Michael (Hg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden.
- Dieterich, Anja/Braun, Bernard/Gerlinger, Thomas/Simon, Michael (Hg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden.
- DiMaggio, Paul J./Powell, Walter W. (2000): The Iron Cage Revisited: Isomorphism in Organizational Fields, *Advances in Strategic Management*, 48 (2), 147-160.
- Dirschedl, Peter (2007): Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG: Methodik, praktische Erfahrungen und Ergebnisse in Baden-Württemberg, in: Klauber, Jürgen/Robra, Bernt-Peter/Schellschmidt, Henner (Hg.) (2008): Krankenhaus-Report 2007. Schwerpunkt: Krankenhausvergütung: Ende der Konvergenzphase?, Stuttgart, 195-210.
- Dirschedl, Peter (2009): Krankenhausleistungen auf dem Prüfstand, in: Ferdinand Rau/Norbert Roeder/Peter Hensen (Hg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven, Stuttgart, 348–57.
- Divay, Sophie (2012): Les carrières des infirmières, plus horizontales que verticales, *Net.Doc*, n° 90 (Internet: <https://www.ce-req.fr/les-carrieres-des-infirmieres-plus-horizontales-que-verticales> ; Zugriff am 28.9.2020).
- Divay, Sophie (2018): La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital: entre réglementation et cooptation, *Sciences Sociales et Santé*, 36 (1), 39-64.
- Divay, Sophie/Gadea, Charles (2008): Les cadres de santé face à la logique managériale, *Revue Française d'Administration Publique*, 128, 677-687.
- Divay, Sophie/Gadea, Charles (2015): Aggiornamento manageriale des établissements publics et dynamiques professionnelles. Éléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé », *Gouvernement et action publique*, 4 (4), 81-99.
- Domurath, Burkhard / Junge, Wolfram / Hohmann, Dirk, et al. (2011): Probleme der Abbildung spezialisierter Pflege im DRG-System am Beispiel querschnittgelähmter Patienten, *Das Krankenhaus*, 10, 988-993.
- Dubischar, Hanns (2011): Drangsalierung. Zuschrift zum Artikel von Haasler (2011), *Deutsches Ärzteblatt*, 36, A 18623, (Internet: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=105215> ; Zugriff am 18.9.2020).
- Dujarier, Marie-Anne (2006): *L'idéal au travail*, Paris.
- Durkheim, Emile (1981): *Die elementaren Formen des religiösen Lebens*, Frankfurt am Main.
- Durkheim, Emile (1988): *Über soziale Arbeitsteilung*, Frankfurt am Main.
- DVMD (2002): Rahmenlehrplan für die Ausbildung zur Medizinischen Dokumentarin/zum Medizinischen Dokumentar. Empfehlung des DVMD, 2. Auflage, Mannheim (Internet: https://dvmd.de/wp-content/uploads/2019/04/Rahmenlehrplan_MD_2002.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- DVMD (2010): Berufs- und Positionsbezeichnungen für alle Berufsbilder in Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin, 23.07.2010, (Internet: https://www.eso.de/fileadmin/schuldateien/triereuroschulen/MDA/Berufs-und_PositionsbezeichnungenMed.Doku_final.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- DVMD (2018): Rahmenlehrplan für die Ausbildung zur Medizinischen Dokumentationsassistentin/zum Medizinischen Dokumentationsassistenten. Empfehlung des DVMD, 4. Auflage, Mannheim (Internet: https://dvmd.de/wp-content/uploads/2019/02/Rahmenlehrplan_MDA_final.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- DVMD (o.J.): Ein vielseitiger Beruf stellt sich vor: Der/Die Medizinische Dokumentar/in (Internet: <https://www.dvmd.de/berufsbild/berufsbild.php#> ; Zugriff am 26.2.2014).
- Eberl, Inge/Bartholomeyczik, Sabine/Donath, Elke (2005): Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. Eine deskriptive Studie, *Pflege*, 18, 364-372.
- Ehrlich, Sebastian (2010): Kein Geld verschenken. Kodierfachkräfte sichern die Erlöse im stationären und ambulanten Bereich, *Pflegezeitschrift*, 9, 560-561.
- Ehrlich, Sebastian (2011): Medizinische Kodierer bieten mehr als Erlössicherung, *Heilberufe*, 10, 54-56.
- Eiff, Wilfried von/Schüring, Stefan/Greitemann, Bernhard/Karoff, Marthin (2011): REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation, *Rehabilitation*, 50(4), 214-221.

- Evans, Michaela; Bräutigam, Christoph; Hilbert, Josef (2013): Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik, in: WISO direkt, Mai 2013 (Internet: <https://www.fes.de/cgi-bin/gbv.cgi?id=10008&ty=pdf> , Zugriff am 18.9.2020).
- Faller, Heike (2012): Das Ende der Schweigepflicht, ZEITmagazin, 21, 16.5.2012 (Internet: <http://www.zeit.de/2012/21/Klinik-Gesundheitsreform/komplettansicht> ; Zugriff am 18.9.2020).
- Fäßler, Margrit/Biller-Andorno (2019): Zur Diskussion um Chefarzt-Boni in Deutschland und der Schweiz, in: Dieterich, Anja/Braun, Bernard/Gerlinger, Thomas/Simon, Michael (Hg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden, 161-186.
- Feldberg, Roslyn (1990a): Computers in Hospital Care: An View of Developments in the USA. Computers in Hospital Care (Project Report), Wien, Österreichische Akademie der Wissenschaften.
- Feldberg, Roslyn (1990b): Doing it the Hard Way – Computergesteuerte Pflegeplanung in amerikanischen Krankenhäusern, in: Wagner, Ina (Hg.): Kooperative Medien. Informationstechnische Gestaltung moderner Organisationen. Frankfurt am Main, 111-133.
- Fetter, Robert B. (1993): Foreword, in: Casas, Mercè/Miriam M. Wiley (Hg.): Diagnosis-Related Groups in Europe. Uses and Perspectives, Berlin, V-VII.
- Fetter, Robert B. (Hg.) (1991b): DRGs: Their Design and Development. Ann Arbor, MI.
- Fiori, Wolfgang/Bunzenmeier, Holger/Roeder, Norbert (2010): Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser? Medienkampagne der Krankenkassen geht in die falsche Richtung, Das Krankenhaus, 7, 621-628.
- Fiori, Wolfgang/Siam, Kristina/Roeder, Norbert (2013): Streitfall DGR-Abrechnungen – Begutachtungsgrundlagen, Der Krankenhaus-Justitiar, 1, 5-9.
- Focus online (2013): Bahr wehrt sich gegen Abitur-Pflicht bei Pflegeberufen, 19.11.2013 (Internet: https://www.focus.de/politik/deutschland/gesundheits-bahr-wehrt-sich-gegen-abitur-pflicht-bei-pflegeberufen_aid_696956.html ; Zugriff am 20.9.2020).
- Franz, Dominik, et al. (2011): Wer kodiert im Krankenhaus? Ergebnisse einer Umfrage zur Durchführung der DRG-Kodierung in Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 16, 363-368.
- Freidson, Eliot (1970): Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York.
- Freidson, Eliot (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession, Stuttgart.
- Fuchs, Tatjana (o.J.): Arbeitsqualität aus Sicht von Krankenpfleger/innen. Ergebnisüberblick DGB-Index Gute Arbeit 2007/8, (Internet: http://archiv.verdi-gute-arbeit.de/upload/m49d5c6613279f_verweis1.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- Gemperle, Michael/Pfeuffer, Andreas (2013): Die Ökonomien der Dokumentationskritik, in: Estermann, Josef/Page, Julie/Streckeisen, Ursula (Hg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winterthur 2012, Münster, 74-94.
- Georges, Isabel (2002): Comptes rendus de: Anne-Marie Arborio: Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital, Genèses, 46, 167.
- Geraedts, Max (2019): Qualität trotz oder wegen der DRG?, in: Dieterich, Anja/Braun, Bernard/Gerlinger, Thomas/Simon, Michael (Hg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden, 253-271.
- Gheorghiu, Mihai Dinu/Moatty, Frédéric (2013): L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail, Rueil-Malmaison.
- Göckenjan, Gerd (1985): Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt am Main.
- Goffman, Erving (1961): Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Garden City, New York.
- Goffman, Erving (1973): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt am Main.
- Goffman, Erving (1977): Rahmenanalyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen, Frankfurt am Main.
- Goffman, Erving (1988⁴): Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag, München.
- Götz, Irene (2007): Empirische Erhebungen in Industriebetrieben und bürokratischen Organisationen, in: Götsch, Silke/Lehmann, Albrecht (Hg.): Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie, 2. Auflage, Berlin, 249-269.
- Götz, Irene (2010): Ethnografien der Nähe – Anmerkungen zum methodologischen Potenzial neuerer arbeitsethnografischer Forschungen der Europäischen Ethnologie, Arbeits- und Industriesoziologische Studien, 3 (1), 101-117.

- Gouthier, Matthias H.J. (2011): Produzentenstolz von Dienstleistern als positive Arbeitse motion, in: Ringlstetter, Max/Kaiser, Stephan/Müller-Seitz, Gordon (Hg.): Positives Management. Zentrale Konzepte und Ideen des Positive Organizational Scholarship, Wiesbaden, 49-71.
- Grabe, Lisa/Pfeuffer, Andreas/Vogel, Berthold (2012a): „Ein wenig erforschter Kontinent“? Perspektiven einer Soziologie öffentlicher Dienstleistungen. In: Arbeits- und Industriesoziologische Studien, 5, 2, 35-53
- Grabe, Lisa/Pfeuffer, Andreas/Vogel, Berthold (2012b): Der Abschied von der Integrationsfähigkeit? Perspektiven des „arbeiten den Staates“, SOFI-Mitteilungen, 16, 13-14.
- Gramminger, Steffen (2008), Kodierfachkräfte – ran ans Krankenbett. Das Koder-Case-Management-Modell. Forum der Medizin-Dokumentation und Medizin-Informatik, 2, 60-64.
- Gramminger, Steffen (2013): Die Herausforderungen werden nicht geringer Neue Aufgaben für das Medizincontrolling, KU special Medizincontrolling August 2013, 2-5.
- Greef, Samuel (2013): Die Transformation des Marburger Bundes. Vom Berufsverband zur Berufsgewerkschaft, Wiesbaden 2012.
- Grimm, Manuela (2013): Im Dienste der Pflege oder im Dienste der Ökonomie? Zur neuen Rolle der Pflegeleitungen in deutschen Krankenhäusern, in: Estermann, Josef/ Page, Julie/Streckeisen, Ursula (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winterthur 2012, Wien/Luzern, S. 52-73.
- Groddeck, Veronika von/Wilz, Sylvia Marlene (2015a): Auf dem Papier und zwischen den Zeilen. Formalität und Informalität in Organisationen, in: Dies. (Hg.): Formalität und Informalität in Organisationen, Wiesbaden, 7-33.
- Groddeck, Veronika von/Wilz, Sylvia Marlene (Hg.) (2015): Formalität und Informalität in Organisationen, Wiesbaden.
- Haack, Jochen (2003): Der Dokumentationsassistent macht sich rasch bezahlt und entlastet den Arzt, f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 4, 364-368.
- Haasler, Alexander (2011): Gekündigt wegen fehlerhafter DRG-Kodierung, Deutsches Ärzteblatt, 30, 127 (Internet: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=100065> ; Zugriff am 18.9.2020).
- Hamann, Barbara (2007): Auswirkungen der Weiterentwicklung relevanter G-DRGs auf die medizinisch-ökonomische Basis eines Krankenhauses der Maximalversorgung - Analyse gastroenterologischer DRGs mit Gastroskopie, Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes 2007 (Internet: <https://scidok.sulb.uni-saarland.de/bitstream/20.500.11880/20933/1/Gesamt3.pdf>; Zugriff am 16.9.2020).
- Hanneken, Astrid/König, Stefan/Pulm, Jannis/Schmaus, Margit/Steffen, Petra/Blum, Karl (2010): Das erfolgreiche kommunale Krankenhaus. Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK) Abschlussbericht des Deutschen Krankenhausinstituts, Düsseldorf und Berlin (Internet: http://www.ivkk.de/images/downloads/2010-05-04_Endbericht_Erfolgreiches_kommunales_Krankenhaus_IVKK.pdf ; Zugriff am 28.9.2020).
- Hansen, Diethelm/Grasse, Ingeborg (2004): MDA – für die Charité ein dreifacher Erfolg. Vollständige Dokumentation, bessere Organisation, Entlastung der Ärzte und Pflege ohne zusätzliche Kosten, f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 3, 244-248.
- Hardering, Friedericke (2016): Subjektive Arbeitsgestaltung im Gesundheitssektor: Individuelle Umgangsweisen mit widersprüchlichen Arbeitsanforderungen, in: Arbeits- und industriesoziologische Studien 9 (2), 60-75.
- Hardering, Friedericke (2017): Wann erleben Beschäftigte ihre Arbeit als sinnvoll? Befunde aus einer Untersuchung über professionelle Arbeit, in: Zeitschrift für Soziologie 46 (1), 39-54.
- Hardering, Friedericke 2018: Sinnvolle Arbeit unter Druck? Markterfordernisse, Organisationslogiken und die Verteidigung professioneller Handlungsautonomie, in: Bohmann, Ulf, et al. (Hg.): Praktiken der Selbstbestimmung. Zwischen subjektivem Anspruch und institutionellem Funktionserfordernis, Berlin, 3-24.
- Hasselhorn, Hans-Martin/Tackenberg, Peter/Müller, Bernd Hans/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael (Hg.) (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Bremerhaven.
- Heinemann, Pia (2014): Pauschales Versagen, Welt am Sonntag, 30.10.2014, (Internet: https://www.anstageslicht.de/fileadmin/user_upload/Geschichten/Pauschales_Versagen/pauschales_versagen.pdf ; Zugriff am 18.2.2020).

- Heinen, Maud M. et al. (2013): Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries, *International Journal of Nursing Studies* 50, 174–184.
- Hess, Volker (2015): Bureau oder Krankensaal. Klinische Aufschreibesysteme im nationalen Konflikt? in: Aschmann, Birgit/Stamm-Kuhlmann, Thomas (Hg.): 1813 im europäischen Kontext, Stuttgart, 275-294.
- Heubel Friedrich/Kettner Matthias/Manzeschke Arne (Hg.) (2010): Die Privatisierung von Krankenhäusern – Ethische Perspektiven, Wiesbaden.
- Hirschman, Albert O. (1970): Exit, voice, and loyalty. Responses to decline in firms, organizations, and states, Cambridge, Mass. u.a.
- Hoffmann, Reinhard, et al. (2008): Delegation ärztlicher Leistungen. Ein trojanisches Pferd?, *Der Unfallchirurg*, 111 (5), 367-370.
- Holtgrewe, Ursula/Voswinkel, Stephan/Wagner, Gabriele (Hg.) (2000): Anerkennung und Arbeit, Konstanz:
- Horndasch, Erwin (2011): Eine neue ärztliche Tätigkeit: Der Medizincontroller, *MBZ Marburger Bund Zeitung* 18, 14.
- Hughes, Everett C. (1984a): *The Sociological Eye. Selected Papers*, Chicago.
- Hughes, Everett C. (1984b): Going Concerns. *The Study of American Institutions*, in: ders. (1984a), 52-64.
- Hughes, Everett C. (1984c): Work and Self, in: ders. (1984a), 338-347.
- Hughes, Everett C. (1984e): Studying the Nurse's Work, in: ders. (1984a), 311-315.
- Hughes, Everett C./MacGill Hughes, Helen/Deutscher, Irwin (1958): *Twenty Thousand Nurses Tell Their Story: A Report on the American Nurses' Association Studies of Nursing Functions*, Philadelphia:
- Hutwelker, Monika (2016): Zum Problem der Professionalisierungsbedürftigkeit pflegerischen Handelns, in Bollinger, Heinrich/Gerlach, Anke/Pfadenhauer, Michaela (Hg.): *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen*, Frankfurt, 147-159.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2011): Ärzte weiterhin vorn – Pfarrer verlieren deutlich an Ansehen. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2011, Allensbacher Kurzberichte, 2, April 2011 (Internet: https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/prd_1102.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer - Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013, Allensbacher Kurzberichte, 5, 20. August 2013 (Internet: https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/PD_2013_05.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- Institut für Demoskopie Allensbach (2017): Berufsprestige 2013-2016, (Internet: <https://fowid.de/meldung/berufsprestige-2013-2016-node3302> ; Zugriff am 18.9.2020).
- Iseringhausen, Olaf/Staender, Johannes (2012): Das Krankenhaus als Organisation, in: Apelt, Maja/Tacke, Veronika (Hg.): *Handbuch Organisationstypen*, Wiesbaden, 185-203.
- Isfort, M./Klostermann, J./Gehlen, D./Siegling, B. (2014): *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Hg. von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. (<http://www.dip.de>; Zugriff am 3.8.2020).
- Isfort, Michael/Weidner, Frank et al. (2010): *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Hg. von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln (Internet: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- Isfort, Michael/Weidner, Frank et al. (2011): Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009, *Pflege & Gesellschaft*, 16 (1), 5-19.
- Isfort, Michael/Weidner, Frank/Gehlen, Danny (2012): *Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus*. Hg. von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln (Internet: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- Jaehrling, Karin (2007): Wo das Sparen am leichtesten fällt – Reinigungs- und Pflegehilfskräfte im Krankenhaus, in: Bosch, Gerhard/Weinkopf, Claudia (Hg.): *Arbeiten für wenig Geld. Niedriglohnbeschäftigung in Deutschland*, Frankfurt am Main/New York, 175-210.

- Joppek, Matthias/Bange, Ralf/Freitag, Jürgen (2013): Können Krankenhäuser den PKMS umsetzen?, KU special Medizincontrolling, August 2013, 23-24.
- Jürges, Hendrik/Köberlein, Juliane (2015): What explains DRG upcoding in neonatology? The roles of financial incentives and infant health. *Journal of Health Economics*, 43, 13-26.
- Juven, Pierre-André (2013): Produire l'information hospitalière. Du codage des dossiers au gouvernement de l'activité, *Revue d'anthropologie des connaissances*, 7 (4), 815 à 835.
- Juven, Pierre-André (2014): Vaincre la mucoviscidose et maîtriser la tarification à l'activité. Un cas d'activisme gestionnaire, *Participations. Revue de sciences sociales sur la démocratie et la citoyenneté*, 9 (2), 239-262.
- Juven, Pierre-André (2016): Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public, Paris.
- Juven, Pierre-André (2018): „Des trucs qui rapportent“. Enquête ethnographique autour des processus de capitalisation à l'hôpital public, *Anthropologie & Santé*, 16 (Internet: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2860>; Zugriff am 12.9.2020).
- Kahlmeyer, A./Volkmer, Björn (2014): Wie kontrolliert man die Kodierqualität im DRG-System?, *Der Urologe*, 1, 33–40.
- Kant, Immanuel (1977): Über den Gemeinspruch: Das mag für die Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis, in: Ders., *Werke in zwölf Bänden*, hg. von Weischedel, W., Bd. 11, Frankfurt am Main 1977, 127ff.
- Karbach, Ute/Stamer, Maren/Holmberg, Christine/Güthlin, Corina/Patzelt, Christiane/Meyer, Thorsten (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland – ein exemplarischer Überblick, *Gesundheitswesen*, 74, 516–525.
- Kaufmann, Olaf von/Kusenbach, Jessica/Janßen, Udo (2019): Das MDK-Reformgesetz in der Praxis. Auswirkungen des MDK-Reformgesetzes auf die Abrechnung, *KU Gesundheitsmanagement* 12, 33-35.
- Kaysers Consilium (2019): Umfrage Klinische Kodierfachkräfte 2018 (Internet: https://www.kaysers-consilium.de/dwnld/Auswertung_Umfrage_Kl_Kodierer_2018_10012019.pdf; Zugriff am 7.9.2020).
- Kaysers, Heinz-Georg/Willems, Heiner (2009): Kodierqualität hat ihren Preis. Arbeitsrechtliche Stellung von Klinischen Kodierfachkräften im Krankenhaus, *KU Gesundheitsmanagement*, 11, 88-90.
- Keller, Berndt (2008): Der aufhaltsame Aufstieg von Berufsverbänden. Bedingungen, Ziele und Folgen, *Sozialer Fortschritt*, 57, 163-173.
- Keller, Berndt (2009): Berufs- und Spartengewerkschaften: Konsequenzen und Optionen, *Sozialer Fortschritt*, 59 (6), 118-128.
- Kette, Sven (2017): Refinanzierung als Organisationsproblem, *Zeitschrift für Soziologie*, 46 (5), 326-346.
- Kieserling, André (2019): Luhmann, Niklas (1964): Grenzstellen, in: Holzer, B. /Stegbauer, C. (Hg.): *Schlüsselwerke der Netzwerkforschung*, Wiesbaden, 367-370.
- Kimberly, John R./de Pourvoirville, Gérard (Hg.) (1993): *The Migration of Managerial Innovation. Diagnosis-Related Groups and Health Care Administration in Western Europe*, San Francisco.
- Kimberly, John R./de Pourvoirville, Gérard/D'Aunno, Thomas (Hg.) (2008): *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*, Cambridge.
- Kinnebrock, Arno/Overhamm, Ulrich (2009): Kodierung und Leistungserfassung, in: Behrendt, Ingo, König, Hans-Joachim, Krystek, Ulrich (Hg.): *Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement*, Berlin/Heidelberg, 127-140.
- Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hg.) (2013): *Krankenhaus-Report 2013. Schwerpunkt: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?*, Stuttgart.
- Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen/Beivers, Andreas (Hg.) (2020): *Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*, Berlin.
- Klein, Ricarda/Jahn, Patrick/Lemke, Andrea/Marintschev, Daniela/Wittrich, Anke (2012): DRG und Pflege – Ein Komplexcode für hochaufwendige Pflege, in: Bechtel, Peter/Smerdka-Arhelger, Ingrid (Hg.): *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*, Heidelberg, 177-184.
- Klenk, Tanja (2013): Krise und Krisenmanagement in kommunalen Krankenhäusern, in: Haus, Michael/Kuhlmann, Sabine (Hg.): *Lokale Politik und Verwaltung im Zeichen der Krise?*, Wiesbaden, 215-233.
- Klenk, Tanja/Reiter, Renate (2012): Öffentliche Daseinsvorsorge, privat organisiert? Ein deutsch-französischer Vergleich der Bereitstellung der Krankenhausinfrastruktur, *Zeitschrift für Sozialreform* 58 (4), 401-425.

- Klinke, Sebastian (2007): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Auswertung der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004, Teil II, Bd. SP I 2007-301, hrsg. von WZB, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Internet: <http://skylla.wzb.eu/pdf/2007/i07-301.pdf>; Zugriff am 6.8.2020).
- Klinke, Sebastian (2008): „Dafür bin ich nicht angetreten“. Wie sich Gesundheitsreformen auf das Verhalten von Krankenhausärzten auswirken, WZB-Mitteilungen, 121, 40-42.
- Klinke, Sebastian/Müller, Rolf (2008): Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte, (ZeS-Arbeitspapier, 4/2008), Universität, Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen (Internet: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaoar-195685> ; Zugriff am 18.9.2020).
- Knoblauch, Hubert/Heath, Christian (1999): Technologie, Interaktion und Organisation: Die Workplace Studies, Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 25 (2), 163-181.
- Knorr-Cetina, Karin (1984): Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft, Frankfurt am Main.
- Kocyba, Hermann (2012): Zwischen Sichtbarkeit und Transparenz: Facetten der Wertschätzung von Dienstleistungsarbeit, in: Reichwald, Ralf et al. (Hg.): Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit, Wiesbaden.
- Kölbel, Ralf (2010): Die Prüfung der Abrechnungen von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive. Gutachten für den AOK-Bundesverband, Bielefeld.
- Kölbel, Ralf (2013): Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung. Medizinische, ökonomische und juristische Perspektiven, Stuttgart.
- Kopetsch, Thomas (2004): Die ärztliche Profession in Deutschland. Eine Darstellung der zahlenmäßigen Entwicklung in der Vergangenheit, eine Bestandsaufnahme des Status quo sowie ein Ausblick in die Zukunft, Journal of Public Health, 12, 304-320.
- Kühl, Stefan (2011): Organisationen. Eine sehr kurze Einführung, Wiesbaden.
- Kühn, Hagen (2003): Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, in: Büssing, André/Glaser, Jürgen (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen u.a., 77-98.
- Kühn, Hagen (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Elsner, Gine, et al. (Hg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg, 25-41.
- Kumbruck, Christel (2014): Gefährdungen des Ethos guter Pflege in Intensivstationen, Feministische Studien 2, 314-326.
- Kumbruck, Christel/Rumpf, Mechthild/Senghaas-Knobloch, Eva (2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung, Berlin.
- Kumbruck, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva (2015): Handlungskoordination oder Komplizenschaft – Was dokumentiert die Dokumentation, wenn Störungen den Pflegealltag beherrschen?, in: Becke, Guido/Bleses, Peter (Hg.): Interaktion und Koordination, Wiesbaden, 113-134.
- Kumbruck, Christel/Senghaas-Knobloch, Eva (2019): Die Grenzen instrumenteller Verfügbarkeit von Subjektivität – Einsichten aus der Arbeitswelt der Pflege, in: Böhle, Fritz/Senghaas-Knobloch, Eva (Hg.): Andere Sichtweisen auf Subjektivität, Wiesbaden, 131-165.
- Kusenbach, Margarethe (2008): Mitgehen als Methode. Der ‚Go-Along‘ in der phänomenologischen Forschungspraxis, in: Raab, Jürgen, et al. (Hg.): Phänomenologie und Soziologie. Theoretische Positionen, aktuelle Problemfelder und empirische Umsetzungen, Wiesbaden, 349-358.
- Latour, Bruno (2007): Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie, Frankfurt am Main.
- Leber, Wulf-Dietrich/Vogt, Charlotte (2020): Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split, in: Klauber, Jürgen, et al. (Hg.): Krankenhaus-Report 2020, Berlin, 111-144.
- Linczak, Gerald/Tempka, Almut/Haas, Norbert (2004): Plädoyer für die Beseitigung arztfremder Kodiertätigkeit, Deutsches Ärzteblatt, 101, 33, 2242-2243.
- Lindner, Rolf (2012): Serendipity und andere Merkwürdigkeiten, vokus 22 (1), 5-11 (Internet: <https://www.kulturwissenschaften.uni-hamburg.de/vk/forschung/publikationen/vokus/vokus201201.html> ; Zugriff am 4.9.2020).
- Linz, Jürgen (2012): Die MDK-Prüfung als Krankenhausbegehung, Das Krankenhaus, 12, 1182-1189.

- Lowe, Alan (2001): Casemix accounting systems and medical coding. Organisational actors balanced on „leaky black boxes“, *Journal of Organizational Change Management*, 1, 79-100.
- Luhmann, Niklas (1964): Funktionen und Folgen formaler Organisation, Berlin.
- Luhmann, Niklas (2009⁴): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, Stuttgart.
- Lutz, Burkhard (1989): Der kurze Traum immerwährender Prosperität. Eine Neuinterpretation der industriell-kapitalistischen Entwicklung im Europa des 20. Jahrhunderts, Frankfurt am Main/New York.
- Maeder, Christoph (2000): Brauchbare Artefakte. Statistiksoftware für das Pflegemanagement im Spital als das Produkt ethnographischer Arbeit, *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 26, 685-703.
- Mai, Markus (2011): Fluch oder Segen für die Pflege? Der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) wirft eine Reihe von Problemen auf, *KU Gesundheitsmanagement*, 5, 46-50.
- Mai, Markus/Aloys Adler/Ester Ehrenstein/Sascha Krames/Sigrid Krause/Stefan Uhl/Wetzorke, Oliver (2012): Pflegekomplexmaßnahmenscore – Fluch oder Segen?, *kma Pflege*, Mai 2012, 44-45.
- Malzahn, Jürgen (2013): Revolution auf der Rechnung, *Gesundheit und Gesellschaft*, 1, 33-38.
- Manzei, Alexandra (2011): Zur gesellschaftlichen Konstruktion medizinischen Körperwissens. Die elektronische Patientenakte als wirkmächtiges und handlungsrelevantes Steuerungsinstrument in der (Intensiv-)Medizin, in: Keller, Reiner/Meuser, Michael (Hg.): *Körperwissen*, Wiesbaden, 207-228.
- Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hg.) (2014): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden.
- Manzei, Alexandra/Schnabel, Manfred/Schmiede, Rudi (Hg.) (2014): Embedded Competition – Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen? Eine methodologische Perspektive, in: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden, 11-31.
- Manzeschke, Arne (2010): Transformation der Pflege. Ethische Aspekte eines subtilen und zugleich offenkundigen Wandels, in: Kreuzer, Susanne (Hg.): *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert*, Göttingen, 175-193.
- Märker, Markus/Turba, Hannu (2016): Pyrrhussieg“ einer Grenzstellenprofession? Sozialarbeit im Krankenhaus unter Wettbewerbsbedingungen, in: Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hg.): *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*, Wiesbaden, 186-205.
- Marrs, Kira (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, *WSI Mitteilungen* 60 (9), 502-507.
- Marrs, Kira (2008): Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit, Berlin.
- Martens, Helmut (2007): „Primäre Arbeitspolitik“ und neue Gewerkschaft? Der Ärztestreik im Frühjahr und Sommer 2006, *Jahrbuch für kritische Medizin*, 44, 120-137.
- Martens, Helmut (2008): Primäre Arbeitspolitik und Gewerkschaften im Gesundheitswesen. Der Ärztestreik 2006 als Beispiel primärer Arbeitspolitik in Zeiten tiefgreifender gesellschaftlicher Umbrüche, *Arbeitspapier 143*, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf (Internet: www.boeckler.de/pdf/p_arbp_143.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- Mauger, Gérard (2013): Anne-Marie Arborio, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital, *Lectures. Les comptes rendus* (Internet: <http://lectures.revues.org/10767> ; Zugriff am 18.9.2020).
- Méda, Dominique (2020): Face au coronavirus, „nous redécouvrons l'utilité immense de métiers invisibles“, 20 minutes, 27.3.2020 (Internet: <https://www.20minutes.fr/economie/2748911-20200327-face-coronavirus-redecouvrons-utilite-immense-metiers-invisibles-explique-sociologue-dominique-meda> ; Zugriff am 28.9.2020).
- medinforeweb.de (2018): Frühjahrsumfrage 2018. Rechnungsprüfung 2017 in deutschen Krankenhäusern, o.O., (Internet: <https://medinforeweb.de/detail.html/herbstumfrage-2018-krankenhausrechnungspruefung-2017-zahlen-daten-fakten.61471> ; Zugriff am 17.9.2020).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2020): Fragen und Antworten zur MDK-Reform, Essen, 22. Januar 2020, (Internet: <https://www.mds-ev.de/aktuell/aktuelle-meldungen/fragen-und-antworten-zur-mdk-reform.html> ; Zugriff am 18.9.2020).

- Méhaut, Philippe/Berg, Peter/Grimshaw, Damian/Jaehrling, Karen/Meer, Marc van der/Eskildsen, Jacob (2010): Cleaning and nursing in hospitals: institutional variety and the reshaping of low-wage jobs, in: Gautié, Jérôme/Schmitt, John (Hg.): Low-wage work in the wealthy world. New York, 319-366.
- Meuser, Michael (2004): Ärztliche Gemeinwohrrhetorik und Akzeptanz. Zur Standespolitik der medizinischen Profession, in: Hitzler Ronald/Hornbostel, Stefan/Mohr, Cornelia, (Hg.): Elitenmacht, Wiesbaden, 193–204.
- Meyer, Thorsten/Karbach, Ute/Holmberg, Christine/Güthlin, Corina/Patzelt, Christiane/Stamer, Maren (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung, Gesundheitswesen, 74, 510–515.
- Mohan, Robin (2019): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit, Bielefeld.
- Müller-Staub, Maria (2012): Pflege und DRG, in: Poser, Märle (Hg.): Lehrbuch Stationsleitung: Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene, Bern, 513-539.
- Münch, Eugen (2008): Die deutsche Krankenhauslandschaft nach dem Ende der Konvergenzphase, in: Klusen, Norbert/Meusch, Andreas (Hg.): Zukunft der Krankenhausversorgung. Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System, 35-55.
- Nachtwey, Oliver/Thiel, Marcel (2014): Chancen und Probleme pfadabhängiger Revitalisierung. Gewerkschaftliches Organizing im Krankenhauswesen, Industrielle Beziehungen, 21 (3), 257-276.
- Nock, Lukas/Hielscher, Volker/Kirchen-Peters, Sabine (2013): Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege, Arbeitspapier 296, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf (Internet: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=6890 ; Zugriff am 18.9.2020).
- Noetzel, Jörg/Gramminger, Steffen (2010): Medizincontrolling im Krankenhaus, in: Hentze, Joachim/Kehres, Erich (Hg.): Krankenhaus-Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, 4. Aufl., Stuttgart, 149-163.
- Oevermann, Ulrich (2000): Dienstleistungen der Sozialbürokratie aus professionalisierungstheoretischer Sicht, in: Harrach, Eva-Maria/Loer, Thomas/Schmidtke, Oliver (Hg.): Verwaltung des Sozialen: Formen der subjektiven Bewältigung eines Strukturkonflikts, Konstanz, 57-77
- Offermanns, Matthias (2003): Krankenhaus Barometer. Herbstumfrage 2002, Düsseldorf.
- Ortmann, Günther (2003): Regel und Ausnahme. Paradoxien sozialer Ordnung, Frankfurt am Main.
- Ortmann, Günther (2010): Organisation und Moral. Die dunkle Seite, Weilerswist.
- Ortmann, Günther/Martens, Wil (2005): Organisationen in Luhmanns Systemtheorie, in: Kieser, Alfred (Hg.): Organisationstheorien, 6. Aufl., Stuttgart, 427-461.
- Osterloh, Falk (2019): Krankenhausabrechnungen. Streit um ein komplexes System, Deutsches Ärzteblatt, 116 (3), A70-A71.
- Osterloh, Falk (2020): Folgen des Personalmangels, Deutsches Ärzteblatt, 116 (13), A613-A616.
- Parsons, Talcott (1951): The Social System, New York/London.
- Pelizzari, Alessandro (2001): Die Ökonomisierung des Politischen. New public management und der neoliberale Angriff auf die öffentlichen Dienste, Konstanz.
- Pfadenhauer, Michaela/Sander, Tobias (2010) Professionssoziologie, in: Schröer, Markus/Kneer, Georg (Hg.): Handbuch Spezielle Soziologien, Wiesbaden, 361-378.
- Pfeuffer, Andreas (2014a): Should I stay or should I go? Strategien des Umgangs mit einem unmöglich gewordenen Beruf, in: Schultheis, Franz/Vogel, Berthold (Hg.): Im öffentlichen Dienst: Kontrastive Stimmen aus einer Arbeitswelt im Wandel, Bielefeld, 39-62.
- Pfeuffer, Andreas (2014b): Die Ökonomien des medizinischen Kodierens. Kodierfachkräfte im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen (Teil 2), Widersprüche, 133, 117-126.
- Pfeuffer, Andreas (2014c): Die Ökonomien des medizinischen Kodierens. Kodierfachkräfte im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen (Teil 1), Widersprüche, 132, 123-141.
- Pfeuffer, Andreas/Gemperle, Michael (2013): Die Kodierfachkräfte. Eine Beschäftigungsgruppe des Krankenhauses im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen, in: Estermann, Josef/Page, Julie/Streckeisen, Ursula (Hg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winterthur 2012, Münster, 95-114.

- Pfeuffer, Andreas/Vogel, Berthold (2016): Amtsethos oder Job? Zum Arbeitsbewusstsein im öffentlichen Dienst, WSI-Mitteilungen 69 (7), 513–520.
- Pfeuffer, Andreas/Vogel, Berthold/Wiegrefe, Sascha, (2014): Arbeiten am Gemeinwohl? Eine internationale Literaturumschau, Zeitschrift für Sozialreform 60 (2), 203-217.
- Pflüger, Jessica/Pongratz, Hans/Trinczek, Rainer (2010): Methodische Herausforderungen arbeits- und industriesoziologischer Fallstudienforschung, Arbeits- und Industriesoziologische Studien, 3 (1), 5-13.
- Pongratz, Hans J./Trinczek, Rainer (Hg.) (2010): Industriesoziologische Fallstudien. Entwicklungspotenziale einer Forschungsstrategie, Berlin.
- Popper, Karl (1935): Logik der Forschung. Zur Erkenntnistheorie moderner Naturwissenschaft, Wien.
- Preston, Alistair M. (1992): The birth of clinical accounting: A study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in U.S. hospitals, Accounting Organizations and Society, 17 (1), 63-100.
- Rapp, Boris (2010): Praxiswissen DRG. Optimierung von Strukturen und Abläufen, 2. Auflage, Stuttgart.
- Reay, Trish/Hinings, C.R. (Bob) (2009): Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics, Organization Studies 30, 629-652.
- Reibe, Frank (2014): Ökonomie und Medizin. Das Medizincontrolling als Mittler zwischen zwei Welten, KU Gesundheitsmanagement 8, 77-78.
- Reifferscheid, Antonius/Dominik, Thomas/Wasem, Jürgen (2013): Zehn Jahre DRG-System in Deutschland – Theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz, in: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hg.): Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart, 3-19.
- Reiners, Hartmut (2009): Mythen der Gesundheitspolitik, Bern.
- Reiners, Hartmut (2011): Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem, Frankfurt am Main.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2012): Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht – Mai 2012. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Essen (Internet: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_GKV_Menge_stat_Leistung.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (1992): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege, Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 28, Gerlingen.
- Richter, Holger (2008): Das Krankenhaus in der Postmoderne, Deutsches Ärzteblatt, 105 (24), 1328-1333.
- Roeder, Norbert/ Fiori, Wolfgang/Bunzemeier, Holger/ (2020): Weiterentwicklungsperspektiven des G-DRG-Systems, in: Klauber, Jürgen, et al. (Hg.): Krankenhaus-Report 2020, Berlin, 91-109.
- Roeder, Norbert/Bunzemeier, Holger/Fiori, Wolfgang (2007): Ein lernendes Vergütungssystem. Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem, in: Klauber, Jürgen/Robra, Bernt-Peter/Schellschmidt, Henner (2007): Krankenhaus-Report 2007. Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?, 23-47.
- Rohde, Johann Jürgen (1962): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin, 2., überarb. Auflage, Stuttgart.
- Rohde, Johann Jürgen (1973): Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution, in: Döhner, Otto (Hg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft. Frankfurt am Main, 13-35.
- Rohde, Johann Jürgen (1987): Zur Forschung im stationären Bereich, in: Dieckmann, Walter (Hg.): Medizinsoziologie in der Bundesrepublik Deutschland: eine Zwischenbilanz, 23-33.
- Samuel, Sajay/Dirsmith, Marc W./McElroy, Barbara (2005): Monetized medicine: from physical to the fiscal, Accounting, Organizations and Society, 30, 249-278.
- Sander, Kirsten (2012a): Interaktionsordnung. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxen, in: Hanses, Andreas/Sander, Kirsten (Hg.): Interaktionsordnungen, Wiesbaden,
- Sander, Kirsten (2012b): Geschlechterarrangements im Krankenhaus Sozialräumliche Grenzen von ‚weiblicher Sorgearbeit‘ und ‚männlicher Professionalität‘, in: Hanses, Andreas/Sander, Kirsten (Hg.) (2012): Interaktionsordnungen, Wiesbaden, 125-143.
- Schanz, Benno/Leonteva, Julia (2012): Endlich ein gerechtes Vergütungssystem?, KU Gesundheitsmanagement, 4, 58-61.

- Schimank, Uwe/Volkman, Ute (2008²): Ökonomisierung der Gesellschaft, in: Maurer, Andrea (Hg.), Handbuch Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden, 593-609.
- Schneider, Hendrik/Reich, Claudia (2012): Abrechnungsbetrug durch „Upcoding“, HRRS. Onlinezeitschrift für Höchstrichterliche Rechtsprechung zum Strafrecht, 13 (6), 267-272 (Internet: <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/archiv/12-06/index.php?sz=6> ; Zugriff am 17.9.2020).
- Schreyögg, Georg/Geiger, Daniel (2016⁶): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung, Wiesbaden.
- Schroeter, Klaus R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen, Weinheim und München.
- Schubert, Cornelius (2010): Zwischen Bürokratie und Ökonomie – Oder: Wie man die Verwaltung täuscht, Patienten behandelt und auch wieder los wird, in: Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (Hg.): Die Arzt-Patient-Beziehung, Stuttgart, 143-159.
- Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (2008): Die Organisationsform der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie, in: Amelung, Volker E./Sydow, Jörg/Windeler, Arnold (Hg.): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation, Wiesbaden, 25-49.
- Schultheis, Franz (2012): Im Dienste öffentlicher Güter. Eine feldtheoretische Annäherung, Mittelweg 36, 21 (5), 9-21.
- Schultheis, Franz (2018): Kunst als Passion. Lebenswege in eine Welt für sich, Köln.
- Schumann, Michael/Einemann, Edgar/Siebel-rebell, Christa/Wittemann, Klaus P. (1982): Rationalisierung, Krise, Arbeiter. Eine empirische Untersuchung der Industrialisierung auf der Werft, Frankfurt am Main.
- Schweer, Martin K. W. (2012): Vertrauen als Organisationsprinzip in interorganisationalen Kooperationen, in: Schilcher, Christian/Will-Zocholl, Macha/Ziegler, Marc (Hg.), Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt, Wiesbaden, 103-121.
- Shapin, Steven (1989): The Invisible Technician. American Scientist, 77, 554-563.
- Silverman, Elaine/Skinner, Jonathan (2004): Medicare upcoding and hospital ownership, Journal of Health Economics 23, 369-389.
- Simon, Michael (2000a): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Wiesbaden.
- Simon, Michael (2000b): Kein Ende des Experimentierens: Zur geplanten Einführung eines DRG-basierten Fallpauschalensystems, Jahrbuch für Kritische Medizin 33, 10-36.
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health P01-205, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- Simon, Michael (2007a): Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen, und Zielen, Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Bd. 44, Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen, 41-63.
- Simon, Michael (2007b): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005. Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover, P07-001, Hannover.
- Simon, Michael (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen, Bern.
- Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 3. Aufl.
- Simon, Michael (2014): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Ein Diskussionsbeitrag, September 2014, Hochschule Hannover (Internet: https://serwiss.bib.hs-hannover.de/files/953/Simon_-_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf ; Zugriff am 18.9.2020).
- Simon, Michael (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten, Hochschule Hannover Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, Hannover (Internet: https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder/UEber_uns/Personen/Simon_2015_Unterbesetzung_im_Pflegedienst_2._Auflage_.pdf ; Zugriff am 17.9.2020).
- Simon, Michael (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern.

- Simon, Michael (2019): Das deutsche DRG-System. Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung, in: Dieterich, Anja/Braun, Bernard/Gerlinger, Thomas/Simon, Michael (Hg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden, 3-27.
- Simon, Michael/Mehmecke, Sandra (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, Working Paper Forschungsförderung, 27, Februar 2017, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Spiegel online (2010): Ein modernes Massendelikt (Internet: <https://www.spiegel.de/spiegel/a-707280.html> ; Zugriff am 17.9.2020).
- Spiegel online (2012): Krankenhaus-Report 2012: Deutschland droht ein Kliniksterben (Internet: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/krankenhaus-report-2012-deutschland-droht-ein-kliniksterben-a-838891.html> ; Zugriff am 18.9.2020).
- Spiegel, Der (2006): „Mit Lotsen durch die Klinik“. Rhön-Vorstandschef Wolfgang Pföhler über Rationalisierung und Hierarchien im Krankenhaus und den Klinikarzt der Zukunft, 41, 216-218 (Internet: <https://magazin.spiegel.de/EpubDelivery/spiegel/pdf/49133277> ; Zugriff am 18.9.2020).
- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI (o.J.): Medizinischer Kodierer mit eidg. Fachausweis, Medizinische Kodiererin mit eidg. Fachausweis, Berufsnummer: 86240, Prüfungsordnung vom 25.04.2008 (Internet: <http://www.sbfi.admin.ch/bvz/hbb/index.html?detail=1&typ=BP&item=579&lang=de> ; Zugriff am 24.7.2014).
- Star, Susan Leigh (1991): The Sociology of the Invisible: The Primacy of Work in the Writings of Anselm Strauss, in: Maines, David R. (Hg.): Social Organization and Social Process: Essays in Honor of Anselm Strauss, Hawthorne, NY, 265-283.
- Star, Susan Leigh/Strauss, Anselm (1999): Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work, Computer Supported Cooperative Work 8, 9-30.
- Statistisches Bundesamt (2012): Orientierungswert für Krankenhäuser. Kurzfassung des Konzepts zur Wertermittlung, Wiesbaden (Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/orientierungswerte-krankenhaeuser-5231001129004.pdf;jsessionid=DC06D6F95DC6056EDA4ABDF1F3663604.internet8731?__blob=publicationFile ; Zugriff am 7.9.2020).
- Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – Jahrgänge 2004 bis 2012, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen – Fachserie 12 Reihe 6.1 – Jahrgänge 2001 bis 2003, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt: Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3 – Jahrgänge 2008 bis 2012, Wiesbaden.
- Stausberg, Jürgen (2004): Dokumentation. Andere Schlussfolgerungen. Leserschrift, Deutsches Ärzteblatt 101 (40), A2677-A2678.
- Stausberg, Jürgen (2007): Die Kodierqualität in der stationären Versorgung, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50 (8), 1039-1046.
- Stausberg, Jürgen et al. (2005): Einheitliches Kodieren in Deutschland: Wunsch und Wirklichkeit, Das Krankenhaus, 8, 657-662.
- Stein, Leonard I. (1967): The Doctor-Nurse Game, Archives of General Psychiatry, 16, 699-703.
- Steinilper, Gernot (2012): Möglichkeiten der Abrechnungsmanipulation im Krankenhaus. Upcoding, Downcoding und Abrechnung nicht notwendiger Leistungen, Medizinrecht, 5, 352-353.
- Strauss, Anselm (1978): Negotiations. Varieties, contexts, processes and social order, San Francisco.
- Strauss, Anselm (1993): Continual permutations of action, New York.
- Strauss, Anselm L./Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Weinheim.
- Strauss, Anselm/Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1997): Social Organization of medical Work, Chicago (ursprl. 1985).
- Strauss, Anselm/Schatzman, Leonard/Ehrlich, Danuta/Bucher, Rue/Sabshin, Melvin (1963): The hospital and its negotiated order, in: Freidson, Eliot (Hg.): The hospital in modern society, New York, 147-169.
- Strübing, Jörg (1997): Symbolischer Interaktionismus revisited: Konzepte für die Wissenschafts- und Technikforschung, Zeitschrift für Soziologie, 5, 368-386.
- Strübing, Jörg (2005): Pragmatistische Wissenschafts- und Technikforschung. Theorie und Methode, Frankfurt am Main/New York.

- Swaan, Abraham de (1993): *Der sorgende Staat. Wohlfahrt, Gesundheit und Bildung in Europa und den USA der Neuzeit*, Frankfurt a.M./New York.
- Sydow, Jörg (1998): Understanding the Constitution of Interorganizational Trust. In: Lane, Christel/Bachmann, Reinhard (Hg.): *Trust within and between organizations. Conceptual Issues and Empirical Applications*. Oxford/New York, 31–64.
- Tacke, Veronika (1997): Systemrationalisierung an ihren Grenzen – Organisationsgrenzen und Funktionen von Grenzstellen in Wirtschaftsorganisationen. in: Schreyögg, Georg/Sydow, Jörg, *Managementforschung 7. Gestaltung von Organisationsgrenzen*, Berlin, 1-44.
- Tacke, Veronika (2015): Formalität und Informalität. Zu einer klassischen Unterscheidung der Organisationssoziologie, in: Grodeck, Victoria von/Wilz, Sylvia Marlene (Hg.): *Formalität und Informalität in Organisationen*, Wiesbaden, 37-92.
- tageszeitung (2011): Brust-Operation ohne Patientin. Ermittlungen gegen Schweriner Klinik, *Taz Nord*, 15. 6. 2011 (Internet: <https://taz.de/Archiv-Suche!/5118572&s=Brust%2Boperation/> ; Zugriff am 23.9.2020).
- Tezcan-Güntekin, Hürrem (2010): „Da muss ich denen erstmal den Wind aus den Segeln nehmen!“ – Wie Ärzte mit informierten Patienten umgehen, in: Begenau, Jutta/Schubert, Cornelius/Vogd, Werner (Hg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung*, Stuttgart, 95-111.
- Thévenot, Laurent (1979): Une jeunesse difficile. Les fonctions sociales du flou et de la rigueur dans les classements, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26-27, 3-18.
- Thévenot, Laurent (1984): Rules and implements: investment in forms, *Social Science Information*, 23, 1-45.
- Thévenot, Laurent (1986): Les investissements de forme, in: Thévenot, Laurent (Hg.): *Conventions économiques*, Paris, (Cahiers du Centre d'Etude de l'Emploi), 21-71.
- Thomas, Stefan (2010): Ethnografie, in: Mey, Günter/Mruck, Katja (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, Wiesbaden, 462-475.
- Thomas, William Isaac/Swaine Thomas, Dorothy (1928): *The Child in America. Behavior Problems and Programs*. New York.
- Thompson, Edward P. (1980): „RoughMusic“ oder englische Katzenmusik, in: ders. *Plebeische Kultur und moralische Ökonomie. Aufsätze zur englischen Sozialgeschichte des 18. und 19. Jahrhunderts*, Berlin, 131-168.
- Timmermans, Stefan/Berg, Marc (2003): *The Gold Standard: The Challenge Of Evidence-Based Medicine*, Philadelphia.
- Timmermans, Stefan/Bowker, Geoffrey C./Star, Susan Leigh (1998): The Architecture of Difference: Visibility, Control, and Comparability in Building a Nursing Interventions Classification, in: Berg, Marc/Mol, Annemarie (Hg.): *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, Durham und London, 202-225.
- Tügel, Nelli (2017): Arbeitskämpfe in frauendominierten Berufsfeldern: Das Beispiel Krankenhausstreik, *Z. Zeitschrift marxistische Erneuerung*, 110, 36-44.
- Ver.di (2014): Sichere Versorgung und gute Arbeit. Zur Umsetzung der Koalitionsvereinbarung zum Personalbedarf im Krankenhaus, Januar 2014 (Internet: <http://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++52ea2435890e9b782500052d/download/Sichere%20Versorgung%20und%20gute%20Arbeit%20im%20Krankenhaus.pdf> ; Zugriff am 7.7.2014).
- Vera, Antonio (2009): Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse, *Gesundheitswesen*, 71, e10-e17.
- Vogd, Werner (2002): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie, *Zeitschrift für Soziologie* 31 (4): 294-315.
- Vogd, Werner (2003): Glaubensbekenntnis oder Gesellschaftsanalyse? – Antwort auf die Replik von Johann Behrens, *Zeitschrift für Soziologie*, 32 (3), 270-274.
- Vogd, Werner (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ-rekonstruktive Studie, Berlin.
- Vogd, Werner (2006a): Verändern sich das Handeln und Entscheiden der Krankenhausärzte mit den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen? Ergebnisse einer rekonstruktiven Längsschnittstudie, *Sozialer Sinn*, 2, 197-231.
- Vogd, Werner (2006b): Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung, *Berliner Journal für Soziologie*, 4, 97-119.
- Vogd, Werner (2006c): *Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure*, Bern.
- Vogd, Werner (2011): *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*, Weilerswist.

- Vogd, Werner (2016): Das Missverstehen des Ökonomischen. Oder vom Sündenfall falsch verstandener Rationalitäten im Krankenhaus, in: Bode, Ingo/ders. (Hg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden, 281-307.
- Vogd, Werner (2018): Organisationsfehler im Krankenhaus: Von der notwendigen Unterscheidung zwischen guter und schlechter Informalität, in: Duttge, Gunnar (Hg.): Das moderne Krankenhaus in der „desorganisierten Kriminalität“? Göttinger Studien zur Kriminalwissenschaften. Band 31. Göttingen, 27-54.
- Vogd, Werner/Feißt, Martin/Molzberger, Kaspar/ Ostermann, Anne/Slotta, Juliane (2018): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten, Wiesbaden.
- Vogel, Berthold (2010): Staatliche Regulierung von Arbeit, in: Böhle, Fritz, u.a. (Hg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden, 913-928.
- Volkmer, Björn G./Petschl, Stefanie/Pühse, Gerald (2008): Die Bedeutung der Kalkulationshäuser für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems, *Der Urologe*, 7, 866-874.
- Voswinkel, Stephan (2000): Anerkennung der Arbeit im Wandel. Von der Bewunderung zur Würdigung, in: Holtgrewe, Ursula/Voswinkel, Stephan/Wagner, Gabriele (Hg.): Anerkennung und Arbeit, Konstanz, 39–61.
- Voswinkel, Stephan (2001): Anerkennung und Reputation. Die Dramaturgie industrieller Beziehungen, Konstanz.
- Voswinkel, Stephan (2002): Bewunderung ohne Würdigung? Paradoxien der Anerkennung doppelt subjektiver Arbeit; in: Honneth, Axel (Hg.): Befreiung aus der Mündigkeit. Paradoxien des gegenwärtigen Kapitalismus. Frankfurt/M-New York, 65-92.
- Voswinkel, Stephan (2011a): Zum konzeptionellen Verhältnis von »Anerkennung« und »Interesse«, in: *Arbeits- und Industriesoziologische Studien* 4 (2), 45–58.
- Voswinkel, Stephan (2011b): Anerkennungschancen und -probleme der Dienstleistungsarbeit (Vortrag auf der Tagung „Stolz pflegen“ der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld und der Technischen Universität Dortmund am 19. September 2011 in Bielefeld), (Internet: http://miph.umm.uni-heidelberg.de/innogeso/index_htm_files/Voswinkel-Anerkennung-Pflege.pdf ; Zugriff am 24.8.2020).
- Voswinkel, Stephan (2015): Sinnvolle Arbeit leisten – Arbeit sinnvoll Leisten, *Arbeit* 24 (1-2), 31–48.
- Voswinkel, Stephan (2017): Anerkennung, in: Hirsch-Kreinsen, Hartmut/Minssen, Heiner (Hg.): *Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie*, Baden-Baden 2017², 17-20.
- Voswinkel, Stephan/Wagner, Gabriele (2012): Die Person als Leistungskraft: Anerkennungspolitiken in Organisationen, *Leviathan*, 40 (4), 591-608.
- Voswinkel, Stephan/Wagner, Gabriele (2013): Vermessung der Anerkennung. Die Bearbeitung unsicherer Anerkennung in Organisationen, in: Honneth, Axel/Lindemann, Ophelia/Voswinkel, Stephan (Hg.): *Strukturwandel der Anerkennung. Paradoxien sozialer Integration in der Gegenwart*, Frankfurt am Main/New York, 75–120.
- Wagner, Ina (1991): Transparenz oder Ambiguität? Kulturspezifische Formen der Aneignung von Informationstechniken im Krankenhaus, *Zeitschrift für Soziologie*, 20 (4), 275-289.
- Wagner, Ina (1993): Women's Voice: The Case of Nursing Information Systems, *AI & Society: Knowledge, Culture and Communication* (1993) 7 (4): 295-310
- Wagner, Ina (2006): Informationstechnik im Krankenhaus – eine ethische Perspektive, in: Herbig, Britta/Büssing, André (Hg.): *Informations- und Kommunikationstechnologien im Krankenhaus*, Stuttgart/New York, 185-200.
- Wasem, Jürgen, et al. (2007): Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung, in: Klauber, Jürgen/Robra, Bernt-Peter/Schellschmidt, Henner (Hg.): *Krankenhaus-Report 2007. Ende der Konvergenzphase*, Stuttgart, 49-59.
- Weick, Karl E. (1985): *Der Prozeß des Organisierens*, Frankfurt am Main.
- Weick, Karl E. (2009): Bildungsorganisationen als lose gekoppelte Systeme, in: Koch, Sascha/Schemmann, Michael (Hg.): *Neoinstitutionalismus in der Erziehungswissenschaft*, Wiesbaden.
- Weinmann, Julia (2005): Personalstrukturen und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor, in: Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner/Vetter, Christian (Hg.): *Fehlzeiten-Report*, Berlin, Heidelberg., 5-20.

- Wendl, Michael (2009): Eine neue „innere Landnahme“ – Wie öffentliche Krankenhäuser zu kapitalistischen Unternehmen werden, in: Böhlke, Nils et al. (Hg.) (2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg, 220-231.
- Wiley, Miriam (2011): From the origins of DRGs to their implementation in Europe, in: Busse, Reinhard/Geissler, Alexander/Quentin, Wilm/Wiley, Miriam (Hg.): Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Maidenhead, 3-8.
- Witman, Yolande/Smid, Gerhard A.C./Meurs, Pauline L. (2010): Doctor in the lead: balancing between two worlds, *Organization*, 18, 4 477–495.
- Wittgenstein, Ludwig (1984): Philosophische Untersuchungen, Frankfurt am Main.
- Wolf, Julian/Ostermann, Anne (2016): Von der Organisation der Pflege zur Pflege der Organisation. Ein neuer Typus der Pflegedienstleitung im Krankenhausmanagement, in: Bode, Ingo/Vogd, Werner (Hg.) (2016): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive, Wiesbaden, 165-183.
- Wolf, Luigi (2015): „Mehr von uns ist besser für alle“. Die Streiks an der Berliner Charité und ihre Bedeutung für die Aufwertung von Care-Arbeit, in: Fried, Barbara/Schurian, Hannah (Hg.): Um-Care. Gesundheit und Pflege neu organisieren, Rosa Luxemburg Stiftung, Materialien 13/2015, 23-31.
- Wolff, Stephan (1999): Organisationswissenschaftliche Grundlagen: Das Krankenhaus als Organisation, in: Pelikan, Jürgen M./Wolff, Stephan/Halbmayer, Ernst (Hg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation, Weinheim und München, 37-50.
- Wolff, Stephan (2010): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen als lose gekoppelte Systeme und organisierte Anarchien, in: Klatetzki, Thomas (Hg.): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen, Wiesbaden, 285-335.
- Woolhandler, Steffie/Campbell, Terry/Himmelstein, David U. (2003): Costs of Health Care Administration in the United States and Canada, *The New England Journal of Medicine*, 349: 768-775.
- Zander, Britta (2017): Warum wollen Krankenpflegefachkräfte ihre Arbeitsplätze verlassen und was kann das Krankenhausmanagement dagegen tun?, *HeilberufeScience*, 8 (8), 52-67.
- Zander, Britta/Dobler, Lydia/Busse, Reinhard (2013): The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: Comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period, *International Journal of Nursing Studies*, 50, 219–229.
- Zander, Britta/Köppen, Julia/Busse, Reinhard (2017): Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive, in: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hg.): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart, 61-78.
- Zeit online (2013): Fast jede zweite Krankenkasse unter Manipulationsverdacht, (Internet: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2013-09/krankenkassen-manipulationsverdacht-bundesversicherungsamt>; 3.9.2013, Zugriff am 7.9.2020).

10 Übersicht über die im Text zitierten Interviews

Sigle	Pseudonym	Organisation	Tätigkeit
D-K-4	Marie Kreuz	KH1	Krankenpflegerin
D-K-6	Birgit Höfer	KH1	Krankenpflegerin
D-K-7	Hilde Grego	KH1	Krankenpflegerin
D-K-8	Oliver Aumann	KH1	Oberarzt Urologie
D-K-10	Anton Roth	KH1	Oberarzt Thoraxchirurgie
D-K-11	Alina Dschamal	KH1	Assistenzärztin
D-K-12	Jessica Falke	KH1	Fachärztin Unfallchirurgie
D-K-14	Elena Leandro	KH1	Krankenpflegerin
D-K-15	Claudia Nowak	KH1	Kodierfachkraft
D-K-16	Robert Leipold	KH1	Chefarzt Thoraxchirurgie
D-K-18	Sylvia Regenauer	KH1	Kodierfachkraft
D-K-19	Norbert Fröhlich	KH1	Med. Dokumentar, Kodierung, KK/MDK-Anfragen
D-K-20	Herbert Renner	KH1	Leiter Finanz- und Medizincontrolling
D-K-21	Jonathan Gallus	KH1	Med. Dokumentar
D-K-22	Bettina Neumann	KH1	Kodierfachkraft
D-K-23	Hanna Ehrlich	KH1	Ärztin, Kodierfachkraft, KK-/MDK-Anfragen, freigestellte Personalrätin (ehemalige Leiterin Medizincontrolling)
D-K-24	Karin Zeller	KH1	Kodierfachkraft
D-K-25	Diana Weiner	MDK	Kodierfachkraft
D-K-26	Michael Buchner	MDK	Kodierfachkraft
D-K-27	Elisabeth Gerlinger	MDK	Kodierfachkraft
D-K-28	Margarethe Wagner	MDK	Ärztin, Leiterin Dienstleistungsbereich Krankenhaus, DRG und ambulante Abrechnung MDK
D-K-29	Helmut Gerlach	KH1	Ehemaliger Ärztlicher Direktor, Chefarzt Innere Medizin
D-K-30	Monika Ostner	KH2	Kodierfachkraft
D-K-31	Stefan Mangold	KH2	Kodierfachkraft
D-K-32	Ute Richter	KH2	Kodierfachkraft, KK-/MDK-Anfragen
D-K-33	Sibylle Ohlsen	KH2	Kodierfachkraft, Med. Dokumentarin

Erläuterung:

Die Sigle D-K-X bezeichnet die Nummer des Interviews im Rahmen des DACH-Gesamtprojekts, wobei D für Deutschland, K für Krankenhaus steht.

Die Kürzel für die Organisationen bedeuten:

KH1: Krankenhaus 1, KH2: Krankenhaus 2, MDK: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Sämtliche Personennamen sind von mir gewählte Pseudonyme.

Die Interviews liegen als Audiodateien und als Transkripte mit Klarnamen, das zitierte Feldtagebuch handschriftlich vor.