

Vorbemerkungen

Ohne das Vertrauen all der Akteure, die es uns gestattet haben, an ihrer Arbeit teilzuhaben, wäre diese Untersuchung nicht möglich gewesen. Zum Schutz ihrer Anonymität sind alle Personen-, Orts- und Organisationsnamen verfremdet. Zudem sind an manchen Stellen andere Daten (z. B. Datumsangaben) geringfügig verfremdet, um eine Zuordnung der Fallbeispiele zu den EDV basierten Patientendaten der Krankenhäuser zu erschweren.

Die Beobachtungsprotokolle wurden meist simultan während des Geschehens angefertigt, das heißt der Beobachter hatte in den geschilderten Situationen ein geöffnetes Notizbuch bereit und schrieb, während er den Gesprächen zwischen den unterschiedlichen Akteuren zuhörte. Aufgrund dieser zeitnahen Protokollform spiegeln die Feldnotizen den sequenziellen Ablauf des Geschehens recht gut wieder. Dennoch entstehen zwangsläufig kleinere oder größere Lücken in der Protokollierung, die in den hier zitierten ursprünglichen Notizen dann mit »...« angedeutet sind.

Die tonbandprotokollierten Interviews wurden ursprünglich nach den Regeln der Ulmer Textbank transkribiert (Mergenthaler 1992), einem System, das hinsichtlich prosodischer Merkmale, Wortverschleifungen und Überlappungen weniger genau ist, als die sonst in der dokumentarischen Methode üblichen Transkriptionsrichtlinien (vgl. Bohnsack 2003, 235ff.). Die Interpunktion und die Großschreibung in den Interviewpassagen entsprechen nicht den allgemeinen Regeln des Duden, wenngleich die Texte im Sinne der besseren Lesbarkeit gegenüber dem ursprünglichen Transkript in Bezug auf die Zeichensetzung leicht geglättet wurden.

Da es in der deutschen Sprache schwierig ist eine geschlechtsneutrale Schreibweise aufrechtzuerhalten, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass im Sinne des Common Sense-Verständnis Berufsbezeichnungen wie „Ärzte“, „Soziologen“, „Gesundheitswissenschaftler“ etc. immer auch die weiblichen Akteure mitbezeichnen. Umgekehrt wurden eindeutig geschlechtsbetonende Berufsbezeichnungen (z.B. „Krankenschwester“) in den theoretischen und kommentierenden Texten bewusst vermieden und durch geschlechtsübergreifende Termini (z.B. „Pflegekraft“) ersetzt. In den Beobachtungsprotokollen finden sich jedoch die feldtypischen Bezeichnungen wieder (z.B. „Schwester Karin“).

Unter der methodologischen Vorraussetzung, dass sich manche Themen nur dann erhellen lassen, wenn sie gleichzeitig von verschiedenen Seiten angegangen werden, lassen sich gelegentliche Redundanzen in der Darstellung leider nicht immer vermeiden.

Für die Unterstützung bei diesem Buchprojekt möchte ich an dieser Stelle insbesondere Martin Bittner, Birgit Storr und Christoph Wernicke danken, für die methodologische Supervision und Begleitung des empirischen Teils der Arbeit Ralf Bohnsack und seiner Forschungswerkstatt.

Nicht zuletzt möchte ich der Deutschen Forschungsgemeinschaft danken, dass Sie durch ihre Förderung die diesem Buch zugrunde liegende Studie möglich werden ließ.

Werner Vogd

Berlin, den 28.2.2006

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| I Einleitung | 11 |
| 1 Evaluation im Gesundheitswesen | 13 |
| 2 Warum dokumentarische Evaluation? | 14 |
| 3 Aufbau der Arbeit | 15 |
| | |
| II Methode | 19 |
| 1 Grundlagen einer praxeologischen Perspektive | 19 |
| Dokumentarische Interpretation: formulierende Interpretation, reflektierende Interpretation und komparative Analyse | 27 |
| 2 Differenzierung der Akteursgruppen und Stakeholder | 31 |
| Stakeholder | 32 |
| Stakeholdergruppen und deren forschungspraktische Eingrenzung | 34 |
| 3 Datenerhebung und Kontrastierungen | 37 |
| Teilnehmende Beobachtung („fokussierte Ethnografie“) | 37 |
| Fallkontraste und komparative Analyse | 42 |
| | |
| III Neuorganisation der ärztlichen Arbeit | 45 |
| 1 Veränderte ökonomische Rahmenbedingungen in den städtischen Krankenhäusern | 45 |
| Das System der diagnose related groups | 47 |
| 2 Veränderungen in einer chirurgischen Abteilung | 50 |
| Zusammenfassung | 61 |
| 3 Veränderungen in einer internistischen Abteilung | 62 |
| Zusammenfassung | 76 |

| | |
|--|------------|
| 4 Der neue Arbeitstag in der Chirurgie | 77 |
| Zusammenfassung | 90 |
| 5 Der neue Arbeitstag bei den Internisten | 90 |
| Zusammenfassung | 110 |
| 6 Exkurs – das Fallpauschalensystem „ausbeuten“ lernen | 110 |
| 7 Exkurs – Distinktion zwischen Privat- und Kassenpatienten | 118 |
| 8 Internistische und chirurgische Abteilungen im Vergleich | 121 |

IV Ärztlicher Ethos **123**

| | |
|--|------------|
| 1 Internistische Handlungsorientierungen im Jahr 2001 | 124 |
| Der Fall „Spondel 2001“ | 125 |
| 2 Internistische Handlungsorientierungen 2004 | 137 |
| Der Fall „Spondel 2004“ | 137 |
| Der Fall „Martin“ | 162 |
| Der Fall „Dunker“ | 164 |
| Internistische Orientierungen im Wandel? | 173 |
| 3 Chirurgische Handlungsorientierungen im Jahr 2000 | 175 |
| Der Fall „Schmidt-Bauer“ | 175 |
| 4 Chirurgische Handlungsorientierungen im Jahr 2004 | 181 |
| Der Fall „Mansfeld“ | 182 |
| Der Fall „Pfahl“ | 187 |
| Der Fall „Firnament“ | 195 |
| Chirurgische Orientierungen im Wandel? | 200 |
| 5 Vergleich Innere Medizin versus Chirurgie | 201 |

V Ärztliche Ausbildung **205**

| | |
|--|------------|
| VI Bewertungen und Werthaltungen der ärztlichen Akteure | 213 |
| 1 Internistische Abteilung | 213 |
| 2 Chirurgische Abteilung | 222 |
| 3 Habitusinkongruenzen in der Chirurgie | 228 |
| Abschließende Interpretation | 248 |
| 4 Diskussion: explizite Bewertungen und implizite Werthaltungen | 249 |
| | |
| VII Folgerungen hinsichtlich der ärztlichen und nichtärztlichen Stakeholder | 253 |
| 1 Komparative Analysen | 253 |
| a) Basistypik: Medizinale Orientierung und Einpassung in die organisatorisch-administrativen Vorgaben | 254 |
| b) Internistischer vs. chirurgischer Ethos | 256 |
| c) Ausbildungsproblem der Internisten | 258 |
| d) Arbeitsorganisation vs. Bewertungen | 259 |
| e) Werthaltungen – zerrissener Habitus | 260 |
| | |
| 2 Stakeholder des Krankenhauses | 261 |
| a) Ärztliche Gruppen | 261 |
| b) Die Pflege | 262 |
| c) Die Ärztekammern | 263 |
| d) Die Patienten | 264 |
| e) Das Krankenhausmanagement | 266 |
| f) Die Krankenkassen | 270 |
| g) Die medizinische Wissenschaft | 271 |
| h) Die Gesundheitspolitik | 272 |

| | |
|------------------------------|------------|
| VIII Ausblick | 277 |
| a) Validität der Ergebnisse | 277 |
| b) Abschließende Evaluation? | 279 |
| | |
| Literatur | 281 |
| | |
| Personenregister | 291 |

I Einleitung

Die Veränderung der Rahmenbedingungen der Krankenhausarbeit ist politisch gewollt und intendiert. Man verspricht sich dabei vor allem eine höhere ökonomische Effizienz und damit eine Senkung der globalen Gesundheitsausgaben. Man möchte die Leistungsreserven im System heben ohne dabei jedoch Einbußen in der Versorgungsqualität in Kauf zu nehmen.¹ In den Krankenhäusern sollen verkrustete Strukturen und überkommene Hierarchien abgebaut werden. »Rationalisierung statt Rationierung« (Porzsolt 1996). Geschehen soll dies einerseits über die Umstellung der Leistungsabrechnung durch so genannte *diagnose related groups* (DRG's), die dann vor Ort den Ansporn zu ökonomischen wie auch qualitätsbewusstem Handeln geben sollen (ausführlicher zum DRG-System siehe Kapitel III.1). Mit Blick auf den Befund, dass die Bundesrepublik, gemessen an ihrem Bruttosozialprodukt, nach den USA und der Schweiz im internationalen Maßstab die höchsten Gesundheitsausgaben leistet, hinsichtlich der Gesundheitsparameter ihrer Bevölkerung jedoch „nur“ im Mittelfeld der entwickelten Industrienationen liegt (vgl. Observatory 2000), scheint der Reform- und Veränderungsbedarf hinreichend plausibilisiert, so dass die benannten und andere ins Auge gefassten Maßnahmen zur Reform des Krankenhauswesens auch sozialpolitisch legitimiert erscheinen.

Nun stellen die Institutionen des Wohlfahrtsstaates recht komplexe Gebilde dar. Hier sind „kulturelle“ Eigenarten zu beachten, etwa dass sich die bundesdeutsche Geschichte der Versorgungssysteme anders darstellt als beispielsweise die in Großbritannien. Zudem lassen sich Krankenhäuser nicht einfach als ein Unternehmen betrachten, dessen unprofitable Bereiche ausgelagert werden und deren gewinnträchtige Aufgaben intensiviert werden können. Die öffentlichen Krankenhäuser haben einen Sicherstellungsauftrag, müssen also die Versorgung in ihrem Gebiet prinzipiell sichern und haben zudem hinsichtlich ihres medizinischen Personals einen Ausbildungsauftrag. Medizin, Erziehung, wohlfahrtsstaatliche Aufgaben und ökonomische Rationalitäten bilden hier ein vielschichtiges Konglomerat. Zudem haben wir es hier mit Organisationen zu tun, die aufgrund ihrer jeweiligen Geschichte, aber auch auf Grund ihrer mikropolitischen

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

Dynamik ein Eigenleben führen, was sich äußeren Steuerungsversuchen widersetzen kann.²

Da also die Programme der gesundheitspolitischen Reformvorhaben keineswegs automatisch zu den politisch intendierten Zielen führen müssen, bietet sich an, unser Projekt auch als eine *Implementationsforschung* zu verstehen, welche in den Vordergrund stellt, *wie* politische Programme mit welchen Folgen umgesetzt werden. Auf einer tieferen Ebene werden hier Probleme wie die Möglichkeiten politischer Steuerung berührt (vgl. Ulrich 1994). Auf einer pragmatischeren Ebene erscheint unser Forschungsprojekt dann als Evaluation politischer Interventionen.³ In diesem Sinne wird es letztlich auch darum gehen müssen, die politischen Ziele und die rekonstruierten Effekte *bewertend* in Beziehung zu setzen. Wir werden etwa genau hinschauen müssen, wie die Einführung ökonomischer Kalküle sich auf das medizinische Behandlungsgeschehen auswirkt. Uns interessiert etwa, welche Interessenkollisionen nun in der Organisation Krankenhaus erscheinen, welche mikropolitischen Konfliktlagen auftreten. Nicht zuletzt wird uns interessieren, in wie weit die Implementation der politischen Programme langfristig zu paradoxen Effekten führt, die den Intentionen der ursprünglichen Idee zuwiderlaufen.

Wir werden Einsichten gewinnen, wie die Funktionsbezüge der Medizin, der Pflege, der Ökonomie verhandelt werden, haben dabei die Chance als *re study* die Ergebnisse aus der ersten Studie (Vogd 2004b) nochmals zu spezifizieren, auf eine breitere, verallgemeinerungsfähige Basis zu stellen, um hiermit wichtige Einsichten für den Geltungsbereich empirischer Organisationsforschung zu generieren.

Der Längsschnittvergleich gibt uns schließlich die Chance einer originär soziologischen Evaluations- und Implementationsforschung (vgl. Lange 1983), die sich die Distanz leisten kann, keine Auftragsforschung zu sein, also weder politischen noch medizininstitutionellen Auftraggebern verpflichtet ist und auch die nötige Distanz zum Medizinbetrieb mitbringt, um nicht dessen Selbstbeschreibungen allzu leicht zu folgen. Nicht zuletzt ist diese Arbeit in diesem Sinne auch als Beitrag zur Methodenentwicklung zu verstehen. Die im ersten Teilprojekt entwickelte Methodologie der Organisationsforschung (vgl. Vogd 2004; Vogd 2005) ist hier nochmals auf die besonderen Herausforderungen der Evaluationsforschung zu übertragen.⁴ Einer praxeologischen Wissenssoziologie verpflichtet und in Tradition der dokumentarischen Methode Bohnsack (Bohnsack 2001a; Bohnsack 2003; Bohnsack, et al. 2001) wird es auch darum gehen, die Methoden der qualitativen Organisationsevaluation ein Stück weit voran

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

3 Mit Siegrist (1999, 46) ist hier zwar »terminologisch« nicht jedoch methodologisch die »Evaluationsforschung« von der »Implementationsforschung« zu unterscheiden, deren Untersuchungsgegenstand die Umsetzung und die Folgen politischer Programme bilden und die damit einen Beitrag zu einer Theorie politischer Steuerung leistet.

4 Die qualitative Forschung zeigt sich zunehmend in der Lage, ihre Praxis an komplexen Standards zu orientieren (Bohnsack 2005) und dabei auch verschiedene Wege zur Evaluationsforschung zu beschreiben.

zu treiben⁵ und die bei solchen Projekten sonst nicht üblichen methodologischen Reflexionen zu leisten.⁶

1 Evaluation im Gesundheitswesen

Evaluation ist an sich kein neues Thema für die Gesundheitswissenschaften und das Spektrum möglicher Anwendungsbereiche und Methoden ist mittlerweile aufgefächert (vgl. Øvretveit 2002).

Bernhard Badura identifiziert vier unterschiedliche Vorgehensweisen, die bislang in der bundesdeutschen Evaluationsforschung im Hinblick auf Versorgungsleitungen kommen:⁷ Die Beurteilung von Interventionen und Programmen anhand entsprechend operationalisierbarer Ziele (1), einer epidemiologischen Beurteilung, bzw. einer »epistemologischen Wirksamkeitsüberprüfung« (2), der Beurteilung »einzelner Handlungssysteme – etwa einzelner klinischer Arbeitsschritte eines Arztes oder einzelner Pfleger« mittels »vorgegebener Standards bzw. Leitlinien « (3), sowie dem »Vergleich einzelner Arbeitsleistungen« mittels standardisierter Kennziffern (4) (Badura 1999, 19).

Die Leitunterscheidung der Evaluationsforschung sieht Badura dabei in Übereinstimmung mit Siegrist (1999, 46f.) in der Unterscheidung von Struktur- und Prozessevaluation auf der einen Seite und Ergebnisevaluation auf der anderen Seite. Für die letztere Variante steht dann der epidemiologische Ansatz von Cochrane (1973), indem auf ein entsprechend quantifizierbares Ergebnis fokussiert wird (Morbidität und Mortalität im Vergleich zur Nicht- oder Placebobehandlung, Scores in Patientenzufriedenheit, etc.). Das erste Evaluationsmodell folgt dem von Donabedian ausformulierten Ansatz, die »Merkmale der Strukturqualität als Prädiktoren für Merkmale der Prozessqualität und diese wiederum als Merkmale der Ergebnisqualität zu testen (Badura 1999, 29). Badura erweitert diesen Trias noch um zwei Kategorien, nämlich mit Blick auf die „Nachhaltigkeitsdiskussion“ um den langfristigen Erfolg, sowie um die unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen der zu untersuchenden Organisationen.⁸

5 Dies dann eben auf Grundlage einer praxeologischen Wissenssoziologie Bohnsack (2003, Kapitel 11).

6 Übereinstimmungen und Anschlüsse ergeben sich auch auf den in der qualitativen Evaluationsforschung in den USA viel diskutierten Ansatz der „praktischen Hermeneutik von Schwandt (1997 und 2002).

7 Das in den USA mittlerweile verbreitete dem interaktionistischen Paradigma und „postmoderner“ Philosophie folgende Modell der so genannten „Forth Generation Evaluation“ (Guba/Lincoln 1989) findet in den Gesundheitswissenschaften bislang keine Beachtung.

8 Badura schlüsselt diese Kategorien für die üblichen Einrichtungen der Krankenbehandlung dann folgendermaßen auf:

»[1] Input: Finanzmittel, Personal, Technik, Medikamente, Wissen, Patienten;

[2] Strukturen: Kapazitäten (z. B. Betten), Aufbau-/Ablauforganisation, Arbeitsbedingungen, Personal, Technik, Behandlungs-, Pflege-, Rehabprogramm, Organisationskultur;

[3] Prozesse: Führungsprozesse, administrative Prozesse, Informationsprozesse, Serviceprozesse, Behandlungs-, Pflege-, Rehabprozesse, Maßnahmen zum Qualitäts- und Risikomanagement;

[4] Output: Anzahl der behandelten Patienten, Anzahl der erbrachten Leistungen, Kosten der Behandlung, Kosten für Verwaltung und Infrastruktur, Anzahl der Fehlmedikationen, Hospitalinfektionen etc.;

2 Warum dokumentarische Evaluation?

Im Hinblick auf unser Erkenntnisinteresse folgen wir Donabedian, indem auch wir uns mit den Strukturen und Prozessen des Krankenhauses beschäftigen. Im Hinblick auf die Art und Weise, wie wir die Prozessqualität rekonstruieren werden und damit evaluieren können, werden wir einen neuen Weg einschlagen. Während bei Donabedian Prozessqualität als ein normatives Handeln erscheint, das er in medizinischer Wissenschaft und gesellschaftlichen Werten begründet sieht (Donabedian 1980), unterscheiden wir aus verschiedenen Gründen zwischen der *Logik der Praxis* und der *Theorie über die Praxis*. Letztere folgt seiner eigenen Gesetzmäßigkeit und wird niemals vollständig in den normativen Regeln einer noch so gut formulierten Theorie über die Praxis aufgehen können.

Um Missverständnissen vorzubeugen, wir möchten hier nicht die wissenschaftliche Begründung professioneller, insbesondere medizinischer Arbeit in Frage stellen, geschweige denn unterlaufen wollen, werden aber gerade deshalb die von den Gesundheitswissenschaften bislang wenig rezipierten Ergebnisse moderner Professions- und Organisationsforschung ernst nehmen müssen. Diese zeigen auf, dass zwischen diesen beiden Wissensformen ein kategorialer Unterschied besteht. Zu nennen sind hier Untersuchungen wissenssoziologischer Herkunft, welche aufzeigen, dass sich der medizinische Alltag unter seinen zeitlichen, wissensmäßigen und organisatorischen Anforderungen notwendiger Weise überkomplex erscheint. Allein schon aus diesem Grunde ist er seitens der beteiligten Akteure nicht allein durch formale Regeln beherrschbar. Vielmehr werden auch die medizinisch professionellen Akteure einem »praktischen Sinn« folgen (Bourdieu 1997). Sie haben kunstvoll eine Balance zwischen den »widersprüchlichen Einheiten« professionellen Handelns zu halten (Oevermann 1990), wandeln Unsicherheit in Handlungsperspektiven um, indem sie auf Vertrauen und bekannte Autorität rekurren (Atkinson 1995; Stichweh 1996). Darüber sind auch „größere“ Regelverletzungen in Organisationen unvermeidbar und notwendig um die Ordnung in Organisationen aufrechterhalten zu können (Luhmann 1999; Ortmann 2003a; Ortmann 2003b).⁹

Eine Evaluationsforschung, die ihr Augenmerk auf Praxis und damit auf die Unterscheidung zwischen „guter“ und „schlechter“ Praxis legt, wird mittelfristig nicht umhin kommen, sich der kategorialen Differenz zwischen Theorie und Praxis, Norm und Geltung und den hierdurch aufgespannten Paradoxien sozialer Ordnung zu stellen. Es wird ihr dann darum gehen müssen, die Logik (guter) Praxis gleichsam von innen heraus zu rekonstruieren. Um dies leisten zu können, werden wir tief in die Handlungspraxis der untersuchten professionellen Akteure eindringen müssen. Wir können dabei weder am grünen Tisch wissenschaftlicher Reinheit entstandenen Modelle folgen, noch können wir uns auf die Meinungen und Selbstbeschreibungen der Akteure verlassen.

[5] Outcome: Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, körperlicher Zustand, Gesundheitsverhalten, Zufriedenheit mit der Behandlung und Versorgung, Wiedereinweisungsrate, Mortalität« (Badura 1999, 29).

9 Siehe diesbezüglich als empirische Rekonstruktion der Notwendigkeit von Regelverletzungen im Krankenhaus Vogd (2002).

Vielmehr gilt es, die latenten Strukturen ihrer Praxis herauszuarbeiten. So wird sich die Logik des ärztlichen Handelns nicht darin zeigen, was ein Arzt über sich und seine Arbeit denkt, sondern darin, was er tut. Auf dieser Ebene wird eine praxeologische Evaluationsforschung – von uns dokumentarische Evaluation benannt – ansetzen müssen. Als Methode wird dieses Verfahren derzeit am Arbeitsbereich Qualitative Bildungsforschung der Freien Universität Berlin erprobt und weiterentwickelt (vgl. Bohnsack 2006; Nentwig-Gesemann 2006).

Um es hier nochmals zusammenzufassen, vom Grundgedanken folgen wir Donabedians Vorschlag, die Struktur- und Prozessqualität als Indikator für evaluative Bewertung zu nehmen, werden aber hierbei nicht auf extern gesetzte normative Werte zurückgreifen können, um zu beurteilen, wie eine angemessene professionelle Praxis aussieht. Vielmehr gilt es zunächst die Logik der Praxis entsprechend den bereits bewährten Verfahren der dokumentarischen Methode zu rekonstruieren (siehe etwa Bohnsack 2003; Bohnsack/Nentwig-Gesemann/Nohl 2001).

Die Rekonstruktion dieser Praxen wird dann in einem zweiten Schritt erlauben, Schlüsse zu ziehen, wie sich die professionelle Praxis durch die neuen politischen und organisatorischen Rahmenbedingungen verändert und mit welchen (ggf. paradoxen) Effekten wir zu rechnen haben. Hiermit formulieren wir den Anspruch, eine praxisnahe Organisationsevaluation zu leisten, denn nicht zuletzt gilt es das in der Organsforschung längst bekannte Problem zu bannen,¹⁰ dass vieles, was Evaluation und Qualitätssicherung genannt wird, letztlich nichts anderes bewirkt, als weitere Papiertiger zu befördern.

3 Aufbau der Arbeit

Sowohl in der Auswertung als auch mit Blick auf die Präsentation der Ergebnisse haben wir also eine erhebliche Komplexität zu bewältigen. Gerade rekonstruktive Forschung kann und darf sich hier nicht auf wenige Variablen zurückziehen, sondern hat „gegenstandsoffen“ die ganze Bandbreite möglicher Bedingungsfaktoren in den Blick zu nehmen. Methodologisch lässt sich dieses Problem in der dokumentarischen Methode prinzipiell in den Griff bekommen. Mittels systematischer Erweiterung der Vergleichshorizonte, der systematischen Variation von Themen und Fällen entsteht hier schließlich eine multidimensionale Typologie, in der die Soziogenese der unter-

¹⁰ Zu nennen sind beispielsweise die Arbeiten von Michael Powers (1997) zur Zertifizierung ISO 9000, die hier im Folgenden von Günther Ortman kommentiert werden: »Die Idee ist: Wenn schon die jeweilige Leistung nicht allgemein beurteilt und also standardisiert werden kann, so doch die Prozedur der Leistungserstellung; wenn nicht sie, dann doch ihr Management; wenn nicht dieses, so wenigstens die Dokumentation des Management-Systems. Différance von Ebenenwechsel zu Ebenenwechsel, Ersatz und Ersatz des Ersatzes und Ersatz des Ersatzes des Ersatzes, Schachteln in Schachteln in Schachteln, Kette der Supplementierungen«. Die »Destillierung modellhafter, vorbildlicher Praktiken und ihre Formulierung Verschiebungen/Veränderungen mit sich bringt, nämlich: Verallgemeinerungen, Dekontextualisierungen, Entleerungen, Formalisierungen, Transformationen in technische, juristische u.a. Kategorien, Anpassen an die Funktionslogik von Standards wie Operationalisierbarkeit« letztlich »„Rechtsentfremdungen“« (Ortman 2003a, 181).

suchen Phänomene als Überlagerung verschiedener Typiken, die jeweils eigenständige sinngenetische Kausalitäten zu verstehen sind, begriffen werden kann (vgl. Bohnsack 2001b und Bohnsack 2003, Kap. 8). Der Prozess der komparativen Analyse, d. h. das in-Beziehung-Setzen der unterschiedlichen Themen, der verschiedenen medizinischen Abteilungen, der verschiedenen Untersuchungsphasen und den unterschiedlichen Datenquellen, würde – wenn man es geometrisch betrachtet – zu einer vier bis fünf dimensionalen Matrix führen – deren Ergebnisse dann zudem noch in der Form geschriebener Texte zu plausibilisieren wären.

Reduktion der Komplexität

Da nun allein aus forschungspraktischen Gründen nicht jeder Vergleichshorizont ausbuchstabiert werden kann, stellt sich abschließend die Frage, welche Daten für eine umfassende reflektierende Interpretation auszuwählen sind und welche verschrifteten Interpretationen als besonders „typisch“ und besonders „aussagekräftig“ für einen Bericht auszuwählen sind. Uns stellt sich hier also die Aufgabe der Datenreduktion, die Anforderung aus tausend Seiten Beobachtungsprotokoll und formulierender Interpretation die Beispiele zu suchen, welche später *pars pro toto* für den typischen *Modus Operandi* der von uns untersuchten medizinischen Organisationen stehen, also die Fälle zu bestimmen, welche das Potential zur Verallgemeinerung mit sich bringen.

Sowohl für die interpretative Analyse als auch die spätere Darstellung eignen sich insbesondere Szenen mit einer hohen interaktiven Dichte,¹¹ Szenen, in denen sich die innerorganisatorische Dynamik der Konfliktbearbeitung besonders deutlich zeigt. Hierbei kann es durchaus auch um Extrembeispiele handeln, die aus den reibungslosen Routineabläufen herausragen, etwa um Phasen, in denen der Arbeitsdruck besonders hoch ist, um Pannen oder um Auseinandersetzungen mit besonders widerständigen Patienten. Solche und ähnliche Beispiele sind unter Umständen besonders gut geeignet, Rahmungskonflikte zu demonstrieren, die latent auch in den anderen Behandlungsprozessen angelegt sind, dort jedoch nicht unbedingt manifest zum Ausdruck kommen. Bei der Auswahl der Beispiele werden wir auch darauf zu achten haben, dass das, was Organisationen auszeichnet, hier genügend zur Geltung kommt, also insbesondere die unterschiedlichen Kontexturen, die sich hier treffen und verhandelt werden, beleuchtet werden können.

Abschließend stellt sich dabei das Problem, wie die Doppelaufgabe erfüllt werden kann, einerseits klare und verständliche Ergebnisse darzustellen und andererseits den komplizierten methodologischen Weg, der zu diesen Aussagen führt, mit zu kommunizieren. Ein Projekt mit dem Anspruch einer methodologisch reflexiven Evaluationsforschung wird nicht umhinkommen, auch den Weg der Forschungspraxis offen zu legen.

Wir werden einen Mittelweg gehen müssen, also versuchen, das eine zu tun, das andere jedoch nicht zu lassen, also auf der einen Seite in einem lesbaren Format Ergebnisse darstellen und auf der anderen Seite *pars pro toto* in die Tiefe gehen, um

¹¹ Nentwig-Gesemann (2002) spricht in diesem Zusammenhang von »Fokussierungsakten«.

beispielhaft die Rekonstruktion der empirischen Verhältnisse methodologisch nachvollziehbar aufzuzeigen.

Im folgenden Kapitel wird jedoch zunächst die diesem Projekt zugrunde liegende »*Methode*« (II) zu schildern sein.

In »*Neuorganisation der ärztlichen Arbeit*« (III) werden wir dann jeweils zunächst einen zusammenfassenden Überblick zur den wesentlichen Veränderungen in den zwei schwerpunktmäßig untersuchten Abteilungen geben. Anschließend sind diese Aussagen methodisch empirisch zu begründen. Dies geschieht am empirischen Beispiel der Organisation des ärztlichen Arbeitsalltags unter den neuen ökonomisch administrativen Rahmenbedingungen. Um hier die Komplexität der Darstellung zu reduzieren, wird hier zunächst erst einmal auf eine explizite systematische vorher-nachher Gegenüberstellung der zwei Untersuchungsphasen des Panels verzichtet. Der Vergleich mit dem ersten Teilprojekt erfolgt hier eher implizit, wengleich mit intertextuellen Referenzen auf die frühere Studie.

In dem folgenden Kapitel »*Ärztlicher Ethos*« (IV) wird die wissenssoziologische Rekonstruktion der Orientierungen der ärztlichen Akteure sowie die möglichen Einflüsse der neuen ökonomischen Rahmenbedingungen im Vordergrund stehen. Hierfür wird es nötig werden, sehr ins Detail zu gehen. Entsprechend wird hier exemplarisch am Beispiel der komplexen Fallproblematiken aufgezeigt werden, wie medizinisch anspruchsvolle Fälle, welche für das Krankenhaus leicht eine hohe organisatorische und ökonomische Belastung darstellen, bearbeitet werden und wie sich Bearbeitung dieser Fälle unter den neuen Rahmenbedingungen der Organisation Krankenhaus zeigt. Diese Fälle erscheinen uns auch deshalb besonders geeignet, weil hier die Essenz und der Ethos der ärztlichen Arbeit deutlich wird und entsprechend das, was verhandelbar ist und das, was nicht verhandelbar ist, besonders klar deutlich wird. In der Darstellung der Fallvergleiche wird hier nochmals explizit und in ausführlicher Form auf die Untersuchungen aus den Jahren 2000-2002 zurückgegriffen werden müssen, wengleich dieses Material bereits an anderen Stellen publiziert worden ist. Entsprechend wird dies ein längeres Kapitel werden, in dem Detailanalysen ein breiter Raum zu geben ist.

In dem Kapitel »*ärztliche Ausbildung*« (V) wird einem Thema Raum gegeben, dass innerhalb der Arbeitsprozesse des Krankenhauses organisatorisch keinen eigenständigen organisatorischen Platz mehr findet, nicht desto trotz jedoch für die künftige Entwicklung des Medizinstandortes Deutschland eine kaum zu unterschätzende Rolle spielen dürfte.

In »*Bewertungen und Werthaltungen der Akteure*« (VI.) wird es darum gehen die Haltungen, Stimmungen und Wertungen Stakeholder Gruppe der in den Blick zunehmen. Dabei werden einerseits um die explizite Bewertungen der Krankenhausärzte zu beleuchten sein. Die Analysen und Schilderungen bleiben hier zunächst inhaltsanalytische auf der Ebene einer formulieren Interpretation. Darüber hinaus werden paradigmatisch am Beispiel eines Interviews, was im Jahr 2004 mit dem leitenden Oberarzt der chirurgischen Abteilung geführt wurde, die impliziten Werthaltungen der ärztlichen Leistungselite herauszuarbeiten sein.

In »*Folgerungen hinsichtlich der ärztlichen und nichtärztlichen Stakeholder*« (VII) wird es zum einen darum gehen, zu einer Bewertung der Ergebnisse aus dem Blick-

winkel der ärztlichen Stakeholder zu kommen, zum anderen werden darüber hinaus die in Kapitel II.2 skizzierten, zum Teil stark stereotypisierten Stakeholdergruppen des Krankenhauses mit in die weiteren Überlegungen einzubeziehen sein.

Schließlich werden im »*Ausblick*« (VIII) einige offene Fragen, etwa hinsichtlich der Validität unserer Ergebnisse, sowie weitergehenden Implikationen dieses Forschungsprojektes anzusprechen sein.

II Methode

In diesem Kapitel werden zunächst die methodologischen und metatheoretischen Grundlagen einer praxeologisch fundierten Organisationsforschung darzustellen sein (*Kapitel 1*). Anschließend werden in Bezug auf unser Forschungsthema die beteiligten Akteurs- und Stakeholdergruppen forschungspraktisch einzugrenzen sein (*Kapitel 2*). Schließlich wird abschließend auf die Datenerhebung, die Kontrastierungen und die Nationsregeln einzugehen sein (*Kapitel 3*).

1 Grundlagen einer praxeologischen Perspektive

Mit unserem Projekt möchten wir untersuchen, wie sich die neuen gesundheitspolitischen Strukturvorgaben auf den ärztlichen Arbeitsalltag im Krankenhaus auswirken. Wir möchten z.B. wissen, wie die Einführung ökonomischer Kalküle sich auf das medizinische Behandlungsgeschehen auswirkt. Uns interessiert nun, welche Interessenkollisionen in der Organisation Krankenhaus erscheinen und welche (neuen) mikropolitischen Konfliktlagen auftreten. Im Hinblick auf die durch unser Erkenntnisinteresse aufgeworfenen komplexen und organisationssoziologischen Fragen wird es nicht ausreichen, Interviews mit ausgewählten Akteuren zu führen, sondern wir brauchen tiefere Einblicke in die Logik der Praxis. Methodologisch ist zudem davon auszugehen, dass die Selbstbeschreibungen der befragten Akteure oftmals im Widerspruch zur gelebten, alltäglichen Praxis stehen, die diese *de facto* durch ihr Handeln reproduzieren. Wir werden hier also nicht umhinkommen, noch näher an die gelebte Praxis beziehungsweise an die handlungsleitenden Orientierungen der untersuchten Akteure heranzutreten. Hier ist dann im Sinne von Pierre Bourdieu (1997) und Karl Mannheim (1980) ein *praxeologischer Zugang* zu fordern (vgl. Bohnsack 2003, Kap. 11). Erst auf dieser Ebene kann qualitative Evaluationsforschung einen Zugang zu dem finden, was Organisationen antreibt und blockiert. »Das „Verhältnis von Theorie und Praxis“« meint dabei mit Bohnsack »nicht nur das Verhältnis von wissenschaftlichen Konstruktionen zu den Common Sense-Konstruktionen, sondern auch – und wichtiger noch – die Unterscheidung zwischen einer *theoretischen* und einer *praktischen* Beziehung zur Welt, das Verhältnis der „theoretischen Logik“ zur „praktischen Logik“«, denn »Erst die genaue Kenntnis dieser praktischen Logik, der Logik des Handelns jenseits der Theorien, welche die Akteure in Wissenschaft und Alltag über ihre eigenen Praxis

haben, schafft die Bedingungen der Möglichkeit für eine Einflussnahme auf diese Praxis« (Bohnsack 2005b).

So mag sich ein Chefarzt beispielsweise als modern und demokratisch verstehen und im Interview erklären, dass er einen liberalen Führungsstil vertrete, dass man sich im Team duzen würde und dass eine lockere Atmosphäre herrsche, in der man über alles reden könne. Man würde im Team entscheiden und man würde sich strikt weigern ökonomisch zu denken, denn der Patient stehe schließlich im Vordergrund. In der teilnehmenden Beobachtung wird sich die Logik der Praxis möglicherweise jedoch anders darstellen. Man wird dann möglicherweise beobachten können, dass ein Arzt, der zuvor noch vollmundig eine Rede für die Patientenrechte geschwungen hat, nicht selten ein paar Minuten später durch sein Verhalten eine Rationalität vollzieht, welche er kurz zuvor noch abgelehnt hat.

Uns kann es hierbei also nicht um explizite Bewertungen gehen, also das, was die untersuchten Akteure für richtig halten, sondern um die handlungsleitenden Orientierungen, aus denen heraus sie in ihrer alltäglichen Praxis agieren und entscheiden. Uns wird hier vorrangig die *implizite* Ebene interessieren, als einem »stillschweigenden oder „atheoretischen“ Wissens als eines die Handlungspraxis orientierenden Wissens, auf der auch die Werthaltungen der beteiligten Akteure angesiedelt sind« (Bohnsack 2006).

Es wird dabei auch weniger um die Inhalte in ihren Details gehen, sondern darum, in welchem *Rahmen* diese Inhalte Sinn machen, um die jeweilige *Weltsicht*, also die impliziten Wertorientierungen und Werthaltungen – um mit Luhmann zu sprechen – um »die positiven und negativen Seiten des Codes« (Luhmann 1998a, 369).

Methodologisch ergeben sich hier auch Anschlüsse an Goffmans Rahmenanalyse (vgl. Bohnsack 1998; Vogd 2002a; Vogd 2004a). Der Goffmansche Rahmen entspricht einer Wirklichkeitssicht, einer Perspektive, in der ein gegebenes Problem gesehen und verstanden werden kann. Die Goffmanschen Rahmen können dann gewissermaßen als das Organisationsprinzip der menschlichen Erfahrung und Interaktion verstanden werden. Unterschiedliche Rahmen führen zu verschiedenen Problemsichten, wobei jedoch der konkret Handelnde, wenn er »ein bestimmtes Ereignis erkennt«, dazu neigt, »seine Reaktion faktisch von einem oder mehreren Rahmen oder Interpretationsschemata bestimmen zu lassen, und zwar von solchen, die man primäre nennen könnte. [...] Ein primärer Rahmen wird eben so gesehen, dass er einen sonst sinnlosen Aspekt der Szene zu etwas Sinnvollem macht« (Goffman 1996, 31). Die Rahmenanalyse als Methode dient dabei im Wesentlichen der Klärung »dessen, was in Interaktionen und Aktivitäten eigentlich vor sich geht« (Knoblauch 2000, 172), und bietet sich deshalb als Verfahren an, um von den inhaltlichen Details zu abstrahieren und zu den (Wert-) Orientierungen der untersuchten Akteure vorzudringen.

Kontexte und Kontexturen

Interaktionen und Handlungen innerhalb von Organisationen – hier dem Krankenhaus – finden nicht im luftleeren Raum statt. Im Gegensatz zu einer qualitativen Organi-

sationsforschung, die das interaktionistische Paradigma überpointiert¹ und alles als verhandelbar² erklärt, eröffnet die Rahmenanalyse und die dokumentarische Methode die Möglichkeit „Gesellschaft“ ernst zu nehmen. Die gesellschaftlichen Semantiken können nun als übergeordnete Strukturen (als Rahmungen) in der Konstruktion sozialer Wirklichkeiten berücksichtigt werden. Die Rahmenanalyse schiebt der Beliebigkeit postmoderner Wirklichkeitsinterpretationen einen Riegel vor. Sie erlaubt in methodologisch kontrollierter Form von den inhaltlichen Details der Einzelerfahrungen zu abstrahieren. Sie gestattet es, die jeweiligen Formen der Kontextualisierung zu typologisieren, und führt schließlich – auch in Goffmans Sinne – zu einem übergreifenden Muster der Strukturierung von Erfahrung, einem „Meta-Schema“, einem „System von Systemen“, das einer begrenzten Anzahl von „Kategorien“ zuzuordnen ist. Erst hierdurch wird es möglich, die gesellschaftlichen Aspekte von Organisationen in den Blickwinkel einer qualitativen Organisationsforschung zu nehmen. Qualitatives Forschen wird in Organisationen nun nicht mehr nur „Kultur“ entdecken (vgl. Rosenstiel 2003). Im Krankenhaus wird man stattdessen nun auch Medizin, Ökonomie, Mikropolitik, Organisation und (auch) Interaktionen sehen können.³

Wenn man im Sinne der dokumentarischen Methode den Begriff des Rahmens strikt von dem des Subjektes löst (wie dies bei Goffman nicht konsequent geschieht), ergeben sich hier einige sinnvolle Anschlüsse an die Luhmannsche Organisationstheorie (Luhmann 2000b). Die Goffmanschen Rahmungen können nun als systemische *Kontexturen* verstanden werden, beispielsweise als die sich selbst reproduzierenden Semantiken der gesellschaftlichen Funktionssysteme. Auf diesem Wege ließe sich auch die theoretisch unfruchtbare und insbesondere für empirische Analysen wenig überzeugende Spaltung von System- und Lebenswelt überwinden. Anstelle von einem Dualismus zwischen Mikro- und Makroebene auszugehen, kann nun Kommunikation als Einheit begriffen werden, die immer zugleich auch Gesellschaft mit vollzieht. Der Luhmannsche Kommunikationsbegriff steht hier gleichsam quer zur Unterscheidung von System und Lebenswelt, denn Kommunikation aktualisiert *lokal* Sinn im Medium der Gesellschaft, als Gesellschaft.⁴ Jegliche Interaktion, jede Kommunikation in Organisationen, erscheint nun überlagert durch die potentiell aktivierbaren Semantiken der gesellschaftlichen Funktionssysteme.

Macht (Politik), Recht, Wirtschaft, Wissenschaft (Wahrheit), Liebe, Krankenbehandlung, Familie, Erziehung, Religion, etc. erscheinen nun als gesellschaftlich ausdifferenzierte Protoformen, als bewährte Semantiken, an die bei Bedarf angekoppelt werden kann. Diese verschiedenen Rahmungen erscheinen sozusagen als Möglichkei-

1 Hier besonders im angloamerikanischen Raum zu beobachten (siehe nur Denzin 1994).

2 Siehe hierzu insbesondere Guba und Lincoln (1989) aber auch schon Strauss et. al. (1963) aus ihrer *negotiated order* Perspektive.

3 Hier sei auch auf die Kritik von Paul Atkinson (1995, 21ff.) verwiesen, der feststellt, dass medizinsoziologische Forschung, angefangen bei den Geschlechterverhältnissen, über Führungskulturen bis zum Umgangstil des Personals, praktisch alles erforscht hat, nur eben nicht, nämlich das, warum es eigentlich geht: die medizinische Arbeit.

4 Die Gesellschaft erscheint in diesem Sinne als Medium, das die Sinnsplitter zur Verfügung stellen kann, die ihre eigene Form, das heißt ihren zukünftigen Sinn, bestimmen. In dieser theoretischen Fassung ist die Gesellschaft natürlich – wie ein jedes Medium – unsichtbar.

ten, als Latenzen über deren Realisierung erst die weitere Kommunikation entscheidet. Der Begriff des Rahmens bzw. der gesellschaftlichen Kontextur darf hier keineswegs „essentialistisch“ in dem Sinne verstanden werden, dass einem Sprechakt bzw. einer kommunikativen Handlung nur ein Rahmen entsprechen muss. Vielmehr gilt mit Luhmann: »Codes sind Sofern-Abstraktionen. Sie gelten nur, sofern die Kommunikation ihren Anwendungsbereich wählt (was sie nicht muß). Es kommt nicht in jeder Situation, nicht immer und überall, auf Wahrheit oder auf Recht oder auf Eigentum an« (Luhmann 1986, 79). Um es mit Günther Ortman zu pointieren: »Handlungen, Operationen, Zahlungen, Transaktionen, Entscheidungen, Kommunikationen haben es an sich, *mehrdeutig* zu sein [...] und das scheint mir zu bedeuten, dass es keine distinkten Wirtschafts-, Rechts- und politischen Handlungen gibt und geben kann, es sein denn in dem Sinne, dass der wirtschaftliche, rechtliche oder politische Aspekt in diesem oder jenen Kontext dominiert, und vielleicht so deutlich, dass wir nicht zögern, von wirtschaftlichem, rechtlichem oder politischem Handeln zu sprechen« (Ortman 2003a, 242).

Erst die kommunikativen Anschlüsse entscheiden über Bedeutung und Rahmung und diese Perspektive folgt dann genau dem methodologischen Primat der dokumentarischen Methode, welche davon ausgeht, dass sich die propositionalen Gehalte einer Äußerung erst *post hoc* mittels der durch die in den kommunikativen Anschlüssen gewählten Rahmungen bestimmen lassen (vgl. Przyborski 2004; Vogd 2005a).

Die jederzeit aktualisierbaren systemischen Kontexturen stellen aus dieser Perspektive sowohl Ursache, wie auch Lösung, Ausgangspunkt, wie auch Problem kommunikativer Prozesse dar. Sie erscheinen als selbstreferentieller Eigenwert kommunikativer Prozesse, gleichzeitig als ihr Einsatz wie auch als ihr Gewinn. Die Gesellschaft stellt hier gleichsam das Medium dar, welches bewährte Sinnkontexturen zur Verfügung stellt, auf die dann in der Kommunikation bei Bedarf, insbesondere unter Bedingung erhöhter Unsicherheit, zurückgegriffen werden kann und muss. Interaktionen sind hier nicht mehr als simpler Vollzug von Rollen zu verstehen. Wie insbesondere André Kieserling (1999) ausformuliert hat, kann Interaktion und Organisation nun auch in Kontrast zur „Gesellschaft“ gehen. Sie kann sich aufgrund ihrer jeweils eigenen Geschichte gegenüber den gesellschaftlichen Semantiken absetzen.⁵ So können Ärzte bezüglich administrativer, rechtlicher und auch ökonomischer Anforderungen im Modus-des-als-ob agieren, also hinsichtlich der Aktenführung formell den entsprechenden Anforderungen genügen, um dann jedoch hinsichtlich sozialer und medizinischer

5 Auf den ersten Blick erscheint hier die paradoxe Figur, dass hier die Interaktion als Teil der Gesellschaft in Differenz zur Gesellschaft gehen kann. Verständlich wird dieser Vorgang jedoch, wenn man beachtet, dass hier jeweils unterschiedliche Systemreferenzen aktualisiert werden: »Als allgemeine Sozialtheorie bietet die Systemtheorie jedoch nicht nur den Vorzug, daß sie es gestattet, Aussagen über Interaktion und Aussagen über Gesellschaft innerhalb einer konsistenten Theoriesprache zu formulieren. Sie erlaubt es auch, daß beide Typen von Aussagen am selben Objekt kombiniert werden. Wählt man die Systemreferenz Interaktion, dann kommt die Gesellschaft als soziale Umwelt dieses Systems in Betracht, die innerhalb des Interaktionssystems beachtet oder nicht beachtet werden kann. Wählt man die Systemdifferenz Gesellschaft, dann müssen Interaktionen als soziale Systeme behandelt werden, die sich innerhalb des Gesellschaftssystems ausdifferenzieren« (Kieserling 1999, 214).

Fragen informell das zu tun, was ihrer eigentlichen ärztlichen Logik entspricht (vgl. Vogd 2002a; Vogd 2004a).

Gerade der letztere Aspekt ist für unser Forschungsprojekt von erheblicher Bedeutung, denn es wird für unsere Fragestellung nicht ausreichen, die abstrakten gesellschaftlichen Semantiken herauszuarbeiten, bzw. diese als Common Sense-Typologien institutionellen Handelns zu bestimmen. Als ein »Orientierungsschema« (Bohnsack 1998) beschreiben diese zwar die reziproke Antizipation von Rollenerwartung in Institutionen und bilden so eine formale Sinnstruktur, um auch ohne konkrete Kenntnisse über die realen Lebensbedingungen des kommunikativen Gegenübers mit diesem rechnen zu können. Darunter wird es jedoch habitualisierte Praxen geben, die einem »praktischen Sinn« (Bourdieu 1997) folgen, nach dem dann auch mal Regeln routinemäßig zu brechen sind, um den vielfältigen, teilweise divergierenden Anforderungen der Praxis gerecht zu werden. Auf Ebene der *Orientierungsschemata* weiß man, dass Patienten den Arzt zur Behandlung einer Krankheit aufsuchen und man weiß, dass die ökonomischen und zeitlichen Ressourcen begrenzt sind. Entsprechende Motive der Akteure sind kommunikativ in typologisch abstrahierter Form vermittelt- und nachvollziehbar.⁶ Dass beispielsweise ein Arzt ein starkes Schmerzmedikament verschreibt, um einem lautstark klagenden Patienten unnötiges Leiden zu ersparen, ist unmittelbar und ohne näheres Verständnis des Kontextes versteh- und kommunizierbar und im reziproken Abtasten der Rollenerwartung antizipierbar. Dass jedoch ein Ärzteteam beispielsweise während der Oberarztvisite zu dem Schluss kommt, ein starkes Schmerzmittel zu verordnen, *obwohl* die Patientin weder über Schmerzen klagt noch eine medizinische Indikation für die Medikation vorliegt, erschließt sich erst, wenn wir den auf dieser Abteilung üblichen Habitus im Umgang mit sterbenden Patienten rekonstruieren,⁷ also auf den dokumentarischen Sinngehalt des Geschehens vorstoßen. Bei diesem handelt es sich um einen anderen, vom reziproken Abtasten der Rollenerwartungen zu unterscheidenden Modus der Sozialität, nämlich um »die auf unmittelbarem Verstehen basierende „konjunktive“ Erfahrung« (Bohnsack 2003, 60).

Konjunktive Erfahrung – das Bindeglied zwischen akteurstheoretischer und gesellschaftstheoretischer Beschreibung

Auf der einen Seite haben wir hier die gesellschaftlichen Semantiken der Medizin, der Wissenschaft, des Rechts, der Wirtschaft und die funktionalen Besonderheiten der an diese angekoppelten Organisationen, auf der anderen Seite eine akteurs- oder interaktionstheoretische Perspektive, in der offensichtlich Freiheitsgrade bestehen, ob und an welche Semantiken angekoppelt werden kann.

6 Die »Common-Sense-Typenbildung« hat eine zweckrationale Architektur und folgt dabei einer deduktiven Logik. In der Zweck-Mittel-Relation wird hier der Handlungsentwurf bzw. das Handlungsmotiv von der Handlungspraxis abgetrennt. Die Akteure »objektivieren oder verdinglichen« innerhalb dieser Zuschreibung sozusagen ihr eigenes Handeln. Diese Art der »Typisierung von Orientierungsschemata« findet sich einerseits »im Bereich der Common-Sense-Theoriebildungen«, andererseits »dort, wo Ablaufprogramme des Handelns in objektivierter und normierter Form vorgeschrieben sind, also im Bereich des institutionalisierten und rollenförmigen Handelns« (Bohnsack 2001b, 229).

7 Zur ausführlichen Fallrekonstruktion einer solchen Situation siehe insbesondere Vogd (2004, 339ff.).

Die Semantiken der Funktionssysteme, das hat Niklas Luhmann in seinem Opus Magnum aufgezeigt, spannen ihre „Weltperspektive“ entsprechend einem ihrer Funktion spezifischen binären Code auf. Die Leitunterscheidungen krank/gesund, recht/unrecht, wahr/falsch, haben/nicht-haben konstituieren jeweils eine eigene Beobachterperspektive, eine eigene Semantik, die dann durch die Programme der an sie angekoppelten Funktionssysteme zu spezifizieren sind. Eine Organisation wie das Krankenhaus, wenngleich hinsichtlich ihrer Funktion an das Medizinsystem angekoppelt, stellt in diesem Sinne einen »Treffraum für die unterschiedlichsten Funktionssysteme« (Luhmann 2000a, 398) in ihren divergierenden Semantiken dar (vgl. auch Lieckweg 2001). In diesem überlagern sich die unterschiedlichen Kontexturen zu „polykontexturalen“ Verhältnissen, in denen es dann keinen ausgezeichneten Ort der Begründung, keine »Ortschaft der Orte« mehr gibt (Kaehr 1993, 170). Was in und an den jeweiligen Seiten dieser Schnittstellen geschieht, kann nun – je nachdem welcher theoretische Schwerpunkt gesetzt wird – als „strukturelle Koppelung“, „Interpenetration“, „symbiotische Medien“, „Koproduktion“ oder „Koevolution“ charakterisiert werden. Luhmann wie auch Humberto Maturana, von dem die Konzeption der strukturellen Koppelung entlehnt ist (Maturana/Varela 1987), bleiben in ihren diesbezüglichen Konzepten hinsichtlich konkreter Kausalitätsaussagen jedoch allesamt *vage*. Einiges spricht dafür, dass die Luhmannsche Theoriekonzeption an dieser Stelle prinzipiell ihre Grenze findet und esentsprechend hier theoretischer Supplemente anderer Theorietraditionen bedarf.⁸ Man mag nun diese Leerstelle aus dem Blickwinkel so genannter Praxistheorien kritisieren und die Verschränkung von Körper, Geist und Sozialem wider der Luhmannschen Separation proklamieren (vgl. Reckwitz 2004). In empirischer Hinsicht wird dieses Programm jedoch nicht wirklich weiter helfen, denn bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass etwa der in diesem Zusammenhang viel zitierte Bourdieusche Habitusbegriff auf theoretisch konzeptioneller Ebene ebenso *vage* bleibt wie die Luhmannschen Begrifflichkeiten.⁹

Dies hat gute Gründe, wie Irmhild Saake (2004, 86) bemerkt: »Beide, Bourdieu und Luhmann, stoßen auf die empirischen Bedingungen theoretischer Rede, indem sie die theoretischen Grundlagen ihrer Argumentation soziologisieren: Sie stoßen auf Kontingenz, deren Auflösung sich nur als empirisches Problem beschreiben lässt. Oder mit anderen Worten: Es bewährt sich, was sich bewährt«. Welche feinen Unterschiede den entscheidenden Unterschied machen, kann nur durch die Praxis beantwortet werden. Begriffe wie „Habitus“, „Interpenetration“ oder „strukturelle Koppelung“ erscheinen deshalb in ihren Theorien als *semantische Operatoren*, die für einen empirischen Kom-

8 Tania Lieckweg (2001, 268) bemerkt hierzu in ihrer lesenswerten Abhandlung zur strukturellen Koppelung von Funktionssystemen in einer Fußnote: »Strukturelle Koppelung ist somit ein Begriff, der in seiner Theorieposition quer zum Begriff der Autopoiese steht. Vielleicht ist darin ein Grund dafür zu sehen, daß diese Theoriestelle noch wenig ausgearbeitet ist. (Einige Teilnehmer der Tagung [„Begriff und Phänomen der strukturellen Koppelung“]) entwickelten in diesem Zusammenhang die These, daß der Begriff über die Grenzen der Theorie hinausführen würde, die Theorie also ergänzungsbedürftig sei).

9 In diesem Sinne stellt beispielsweise auch Bohn fest, dass Bourdieu »weder eine ausgearbeitete Feldtheorie« noch »das Habituskonzept als entwickeltes ausgearbeitetes Konzept« vorgelegt hat (Bohn 1991, 26).

plex stehen, dessen innere Gesetzmäßigkeiten *unterbestimmt* bleiben müssen, denn im Sinne der Modalbeziehung emergenter Strukturen ist immer auch anderes möglich. Die Kontingenz wird empirisch geschlossen, nicht theoretisch. *Antworten geben also nur die konkreten Verhältnisse*, die hier Lösungen hinsichtlich des Bezugsproblems der strukturellen Koppelung gefunden haben.¹⁰

Aus wissenssoziologischer Perspektive erscheint es jedoch unbefriedigend, vor-schnell einer subjektphilosophischen Lesart Goffmans zu folgen und entsprechend überwiegend dem einzelnen individuellen Subjekt die Freiheitsgrade bei der Entscheidung über die Rahmungsprozesse zuzugestehen.¹¹

Wenngleich die strukturelle Koppelung aus theoretischen Gründen unterdeterminiert bleiben muss und auch die Regel der Regelanwendung nicht zu benennen sein wird (vgl. Ortmann 2003b), wird der empirische Blick auf die Verhältnisse in Organisationen schnell eine Reihe von sozialen Zwängen offenbaren. Das, was hier geschieht, erscheint keineswegs beliebig und aushandelbar, sondern oftmals impliziten Gesetzmäßigkeiten zu folgen, die allein schon aus (mikro-)politischen und rechtlichen Gründen kaum explizierbar sind. Vielmehr scheinen wir uns gleichsam in einem »sozialen Raum« (Bourdieu 1985) zu befinden. In diesem scheinen dann auch ohne explizite Regel die Akteure zu wissen, wann sie zu schweigen haben und welche Rahmung in welcher Situation angebracht zu sein scheint. Abteilungübergreifend lassen sich dann im Krankenhaus durchaus implizite Regeln der Regelanwendung identifizieren, die gleichsam ein Tabu darstellen, die – außer von Novizen – *de facto* nicht mehr gebrochen werden (vgl. Vogd 2004c). Ein Blick auf die Sozialisation von ärztlichen Berufsanfängern kann aufzeigen, dass bestimmte ärztliche Orientierungen, etwa eine gewisse Diffusität im Umgang mit sterbenden Patienten, antrainiert werden können, indem explizite Unterweisungen und Erklärungen systematisch *nicht* gegeben werden (vgl. Vogd 2005b).

Wir entdecken hier also etwas, was wir als Organisationshabitus (Vogd 2004c) oder als Organisationskultur (Mensing 2005) bezeichnen können, und was von seiner Soziogenese her oberhalb individueller biografischer Motivlagen und unterhalb der Luhmannschen Funktionssystemsemantiken anzusiedeln ist. Es handelt sich hier um kollektive Formationen, die Bohnsack (u.a 1998) in Anlehnung an Karl Mannheim (1980, 211) als »konjunktive Erfahrungsräume« beschreibt. Wir lenken unser Augenmerk also auf die innere Sphäre einer Organisation, die über eine eigene Geschichte verfügt, auf eine Organisation, die über die Verbindung von Selektion davon ausgehen kann, dass sich ihre Mitglieder von ihr konditionieren lassen. Wir rechnen also mit einer Organisation, die gegenüber gesellschaftlichen Vorgaben eine gewisse Autonomie bewahrt, deren Mitglieder entsprechend ihrer eigenen, jeweils für die Organisation

10 Gerade scheint uns hier – bei allen Übersetzungsschwierigkeiten – die Begegnung zwischen Systemtheorie und rekonstruktiver Sozialforschung durchaus hilfreich. Schließlich besteht hier auch eine Gemeinsamkeit gegenüber der philosophischen Tradition sich nicht mehr normativen Modellen zuzuwenden, sondern den Blick »gegenüber dem Unvorhersagbaren, dem Individuellen, dem Ereignis und der Geschichte, also gegenüber dem Konkreten« (Baecker 2002, 103) zu schärfen. Gemeinsam ist eine Haltung der Bescheidenheit, denn man muss davon ausgehen »daß der Gegenstand seinem Beobachter, hinsichtlich der Lösung seiner Probleme voraus ist« (Baecker 2002, 91).

11 Siehe zu einer Goffmanschen Variante der Rational Choice Theorie etwa Esser (1999).

typischen Orientierungen agieren und entscheiden. Wir müssen also im Hinblick auf unsere Fragestellung davon ausgehen, dass in einer Organisation wie dem Krankenhaus spezifische Kulturen bestehen.

Diese konjunktiven Erfahrungsräume sind als Habitus dann tief in das körperlich psychische Erleben der Akteure eingewoben. Sie erscheinen als Produkt einer gemeinsamen Geschichte, teilweise existenzieller Erfahrungen von Schmerz, Leid, Demütigung, aber auch Hoffnung und Aufstieg. Diese hier zur Geltung kommenden Orientierungen sind vorreflexiver Natur.¹² Auch aus diesem Grunde kann und darf die dokumentarische Interpretation nicht auf den subjektiv gemeinten Sinn rekurrieren, wie dies noch von der phänomenologischen Wissenssoziologie vorgeschlagen wird (vgl. Hitzler 2003).¹³

Die dokumentarische Methode in ihrer aktuellen Form entwickelte sich aus der Milieuforschung, insbesondere aus den Erfahrungen in Erforschung jugendlicher Gruppen. Während die institutionellen Kontexte in diesen Gruppen eher in den Hintergrund treten bzw. bestenfalls als Gegenhorizonte zu den präferierten Praxen auftreten, sind die institutionellen Kontexte moderner Organisationen zwangsläufig – in welcher Form auch immer – Teil des Orientierungsrahmens ihrer Mitglieder und Mitarbeiter. Aus wissenssoziologischer Perspektive macht es hier keinen Sinn mit Habermas zwischen System und Lebenswelt zu unterscheiden, denn im Habitus, im praktischen Sinn der jeweiligen institutionellen Akteure, besteht diese Unterscheidung nicht mehr, denn diese werden auch in ihrer so genannten Lebenswelt längst verkörpert haben, sich in den funktionsspezifischen Logiken zu orientieren.¹⁴

Dass sich hier an Ökonomie, Recht, Medizin, (Mikro-)Politik, etc. orientiert wird, steht sozusagen außer Frage. Wie in den Organisationen als dem „Treffpunkt“ der Funktionssysteme, diese jeweils in Beziehung gesetzt werden, bleibt eine empirisch offene Frage: „*Es bewährt sich, was sich bewährt.*“

Als Bezugsproblem der ärztlichen Arbeit im Krankenhaus wird man schnell feststellen können, dass in allen Abteilungen und medizinischen Disziplinen, sich die Aufgabe

12 Auch wenn für einen äußeren Beobachter das Handeln der Akteure in ihrem Feld üblicherweise als eine auf ein Ziel gerichtete Handlungssequenz erscheint, so weist die praxeologische Perspektive in eine andere Richtung. Um hier mit Bourdieu zu sprechen: »Die wirksamsten Strategien – vor allem in den durch Werte der Uneigennützigkeit beherrschten Feldern – sind diejenigen, die als Produkte von Dispositionen, die von den immanenten Erfordernissen des Feldes geformt wurden, sich diesen spontan, ohne ausdrückliche Absicht oder Berechnung, anzupassen tendieren. Demzufolge ist der Akteur nie ganz Subjekt seiner Praxis: Durch die Dispositionen und den Glauben, die der Beteiligung am Spiel zugrunde liegen, schleichen sich all für die praktische Axiomatik des Feldes (die epistemische *doxa* zum Beispiel) konstitutiven Voraussetzungen noch in die scheinbar luzidesten Intentionen ein« (Bourdieu 2001, 178). Der Habitusbegriff gestattet es somit »kollektiven und gewissermaßen objektiv zweckhaften sozialen Prozessen – wie der Tendenz herrschender Gruppen zu ihrer eigenen Perpetuierung – Rechnung zu tragen, ohne auf personifizierte Kollektive mit selbstgesteckten Zielen, auf die mechanische Häufung rationaler Handlungen individueller Akteure oder auf zentrales Bewußtsein oder einen zentralen Willen zurückzugreifen zu müssen« (Bourdieu 2001, 201).

13 Vergleiche zur diesbezüglichen Problematik des subjektiv gemeinten Sinns auch Vogd (2005d, 23f.).

14 Wobei die Haltung, eine Unterscheidung zwischen System und Lebenswelt zu pflegen, dann möglicherweise selbst zu einem institutionellen Habitus werden kann, der dann seine eigene Latenz nicht sehen kann, der dann also negieren muss, dass die Unterscheidung zwischen System und der eigenen Praxis, Teil der eigenen Praxis ist, die eben auch in seiner Lebenswelt das vermeintliche System vollzieht.

stellt, einen Weg zu finden, das Medizinische und das Ökonomische zu balancieren. Verschiedene Abteilungen werden hier jedoch andere Wege finden. Beispielsweise wird eine Organisation unter dem Primat, eine Eliteinstitution zu sein, ihre Mitarbeiter zu noch mehr unentgeltlicher Mehrarbeit veranlassen können. In einer anderen mag dann ein gewisser pragmatischer Schlendrian einschleichen, dessen Konsequenzen dann in der Außendarstellung geschickt verschleiert werden können. Das soziogenetische Bedingungsgeflecht, welches dann die eine oder die andere Lösung präferieren erlaubt, lässt sich erst mit Blick auf die konkreten Verhältnisse in der jeweiligen Organisation rekonstruieren. Es scheint nun als spezifisches Muster der strukturellen Koppelung divergierender institutioneller Erwartungsmuster. Sich selbst selektierend, reproduzierend und auf eine eigene institutionelle Geschichte verweisend, erscheint diese nun als Organisationskultur, als ein Organisationshabitus, der sich als kollektives Phänomen reproduziert und perpetuiert.¹⁵

Dokumentarische Interpretation: formulierende Interpretation, reflektierende Interpretation und komparative Analyse

Wenngleich die Interpretationsschritte der dokumentarischen Methode an verschiedenster Stelle bereits hinreichend expliziert sind (siehe nur Bohnsack 2003) und mittlerweile auch für die teilnehmende Beobachtung reformuliert sind (siehe Vogd 2005e) möchten wir die Grundzüge dieser Methode auch an dieser Stelle mit Blick auf die vorangehend benannten organisationssoziologischen Fragestellungen vorstellen.

Da der Sozialforscher – im Gegensatz zum Alltagsverständnis der *Common Sense-Typenbildung* – in den allermeisten Fällen nicht über die lebensweltliche Erfahrung innerhalb des zu untersuchenden Milieus verfügt, muss er versuchen, diese in seinen Begriffen strukturidentisch zu rekonstruieren. Dies geschieht, indem er in der »genetischen« oder »dokumentarischen Interpretation« versucht, den »(für eine Persönlichkeit oder ein Kollektiv typischen) „modus operandi“« dieser Praxis zu »rekonstruieren« (Bohnsack 1999, 68). »Gemeint ist der Wechsel von der Frage danach, *was* Motive sind, zur Frage, *wie* diese hergestellt, zugeschrieben, konstruiert werden«. Im Sinne von Luhmanns Beobachtungen zweiter Ordnung, werden hier »die Prozesse und die Prozessstrukturen der Herstellung von Motivzuschreibungen selbst thematisiert« (Bohnsack 2001b, 228). Bohnsack übernimmt analog zu Luhmann den Perspektivenwechsel

15 Ein ausgeformter Habitus – und dies gilt dann wohl auch für Organisationen – muss dabei, wie auch Bourdieu formuliert, nicht notwendigerweise im Einklang mit den aktuellen Verhältnissen stehen: »Der Habitus kennt das Mißlingen, er kennt kritische Momente des Mißverhältnisses und Mißklangs« (Bourdieu 2001, 208). Auch kann ein Habitus in sich zerrissen und gespalten sein, unterschiedliche Geschichten vereinend. Die Sozialisation im Feld erscheint dabei selbst als ein Prozess unterschiedlicher »Integrationsstufen, die vor allem „Kristallisationsstufen“ des eingenommenen Status entsprechen. So läßt sich beobachten, daß widersprüchliche Positionen, die auf ihre Inhaber strukturelle „Doppelwänge“ ausüben können, oft zerrissene, in sich widersprüchliche Habitus entsprechen, deren innere Gespaltenheit Leiden verursacht. [...] Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein Feld eine tiefe Krise durchmacht und seine Regelmäßigkeiten (oder sogar seine Regeln) grundlegend erschüttert werden« (Bourdieu 2001, 208).

von der Beobachtung erster zur Beobachtung zweiter Ordnung. Denn die Sinngeneese erscheint hier als die spezifische Form des *wie*, des *modus operandi* der Sinnselektionen, der Selektivität eines beobachtbaren Sinngeschehens. Die Soziogenese erweitert diese Perspektive um eine funktionale Analyse. Indem nämlich verschiedene Fälle dahingehend verglichen werden, wie homologe Bezugsprobleme behandelt werden, werden auf der einen Seite die Kontingenzen des Sinngeschehens aus der Varianz der gefundenen Sinnselektionen deutlich. Auf der anderen Seite geben die Gemeinsamkeiten in den Selektionsmustern Hinweise auf die funktionalen Notwendigkeiten und eröffnen hierdurch Generalisierungspotentiale.

Die *komparative Analyse* liefert hierzu den eigentlichen Schlüssel. Um diesen Schritt aus einer praxeologischen Perspektive angehen zu können hat jedoch zunächst die *formulierende* sowie die *reflektierende Interpretation* zu erfolgen.

Formulierende Interpretation: Identifikation thematischer Gehalte

Die formulierende Interpretation erschließt die inferentiellen Gehalte kommunikativer Sequenzen und versucht diese »innerhalb des Relevanzsystems, des Rahmens der untersuchten Gruppe« zu rekapitulieren (Bohnsack 2003a, 36). Das, was während der Alltagsinterpretation der Äußerungen von anderen geschieht, nämlich die Umsiedlung der gehörten Begriffe in den eigenen Interpretations- und Extrapolationszusammenhang, geschieht hier in expliziter Form, d. h. der Interpret gibt methodologisch Rechenschaft darüber ab, dass er *thematische* Gehalte und deren *inferentielle* Beziehungen identifiziert, ohne zunächst den zweiten im Alltagsverstehen üblichen Interpretationsschritt, den der Zurechnung von Motiven, zu vollziehen. »Man bleibt hier konsequent innerhalb des Relevanzsystems derjenigen, die man erforscht, ohne auf ein – diesen Texten äußerliches – sozialwissenschaftliches Vokabular zurückzugreifen« (Nohl, 2001b, 44). Da hier einzig und allein die Wirklichkeit der untersuchten Akteure im Zentrum der Analyse steht und nicht die Wahrheit der konstatierten Inhalte, ist »die Frage nach der Gültigkeit bzw. dem Wahrheitsgehalt« der Aussagen »zurückzustellen« (Nohl 2001b, 44). Der wissenschaftliche Interpret vollzieht an dieser Stelle kein normatives Urteil, ob das Gesagte entsprechend der eigenen Festlegungen als wahr oder zweckrational betrachtet wird.¹⁶ Sehr wohl hat den Interpret jedoch zu interessieren, wenn ein Teil der beobachteten Akteure selbst Zweifel, an dem, was geschieht, anmeldet. Denn dies gibt ihm Aufschlüsse darüber, *wie* die Dinge verhandelt werden.

Reflektierende Interpretation: Identifikation propositionaler Gehalte

Als Datengrundlage für die Interpretation dienen in der Regel tonbandprotokollierte Kommunikationen, Interviews, Gruppendiskussionen und – in unserem Falle – auch Beobachtungsprotokolle.¹⁷ Ausgangspunkt der Interpretation sind Sequenzen von

16 Bohnsack (2003, 34) bezeichnet diesen methodologischen Vorbehalt anlehnend an Mannheim (1980, 88) als »Einklammerung des Geltungscharakters«.

17 Neuerdings wird die Dokumentarische Methode auch in Richtung einer Methodologie der Bildinterpretation erweitert (vgl. Bohnsack 2003, Kapitel 9).

Sprechakten, die in ihrer *propositionalen* Struktur, d.h. in ihrer *inferentiellen* Beziehung¹⁸ zueinander gesehen werden.¹⁹ Die Bedeutung einer Proposition ergibt sich nur im Kontext der sie voraussetzenden Prämissen und den aus ihnen folgenden Festlegungen. Diese lassen sich in dem zu interpretierenden Text nur mittels der intertextuellen Anschlüsse identifizieren. Im Sinne der Bohnsackschen Interpretationspraxis offenbaren sich diese über die Diskursstruktur, insbesondere über die intertextuellen Einheiten aus *Proposition*, *Elaboration* und *Konklusion*.²⁰ Das heißt, sie sind erst dann identifizierbar, wenn das Spiel des Gebens und Nehmens von Gründen zumindest rudimentär in der Kommunikationspraxis zutage tritt. Der Charakter einer Äußerung als Proposition ergibt sich erst durch die Anschlüsse, die aus ihr folgen, d. h. erst im kommunikativen Prozess wird sie zu einem Grund, zu einem Sinn, der einen spezifischen Selektionszusammenhang entfaltet. Aus diesem Grund erscheint auch eine sequenzielle Analyse des Datenmaterials sinnvoll, wobei im Kontrast zur Oevermannschen Sequenzanalyse der Sinn einer Sequenz nur durch die Folgeäußerungen spezifiziert werden kann. Im Einklang mit Luhmann entscheiden die Anschlüsse das Verständnis.²¹ Das laute Denken in längeren, nicht unterbrochenen Narrationen erscheint hier nur als monologischer Sonderfall der kommunikativen Praxis. Um nun am Verstehen teilhaben zu können, brauchen und müssen die Kommunikationspartner weder ihre Festlegungen noch ihr Erleben teilen. Vielmehr zeigt sich die „Sinngeneses“ als die Selektion »inferentieller Rollen« im Sinne von Robert Brandom (2001), in der Bestimmung und dem Aushandeln von Selektionen, die schließlich in Form von Konklusionen als ein teilbares Sinngeschehen abgeschlossen werden können.²²

Reflektierende Interpretation: sinngenetische Typenbildung

Die reflektierende Interpretation stellt die Sinngeneses in den Vordergrund. Sie lenkt das Augenmerk auf den dokumentarischen Gehalt, den *Modus operandi* der Herstellung dieser spezifischen Handlungs- und Orientierungsrahmen. Die Selektivität des Sinngeschehens wird nun selber zum Thema gemacht. „Subjektiv gemeinter Sinn,“ oder „zweckrationales Handeln“ erscheinen nun als Oberflächenphänomene einer tiefer liegenden sozialen Struktur der Kommunikation, nämlich entsprechender Motivunterstellungen, Generalisierungen und Kausalitätszurechnungen. Bohnsack bezeichnet diese spezifischen Selektionsmuster als *Orientierungsrahmen*. Diesen kann sich in der dokumentarischen Interpretation nun dadurch angenähert werden, indem »die Selektivität, d.h. die spezifische Weichen- und Problemstellung bei der Behandlung des Themas und damit dem für die Behandlung des Themas ausschlaggebenden *Rahmen*, dadurch sichtbar gemacht wird, daß ich Alternativen dagegenhalte, daß ich dagegenhalte, wie in anderen Gruppen die Weichen bei der Behandlung desselben bzw. eines

18 Inferenzen sind hier im Sinne von Robert Brandoms Konzeption der inferentiellen Semantik zu verstehen (s. a. Brandom 2001).

19 Vgl. auch Vogd (2005d, Kapitel VI.).

20 Grundlegend zur Diskursorganisation vgl. Przyborski (2004).

21 Siehe hierzu auch Bohnsack (Bohnsack 2001a, 335f.).

22 Die inferentielle Analyse des Sinngeschehens bleibt selbst im offensichtlichen Dissens noch möglich, nur dass hier eben als Konklusion der propositionalen Entfaltung die Feststellung „Dissens“ erscheint.

vergleichbaren Themas anders gestellt werden: es werden Kontingenzen sichtbar« (Bohnsack 2003, 34).

Zunächst werden auf einer groben, gedankenexperimentellen Ebene »erste Komponenten im Orientierungsrahmen des ersten Falles herausgearbeitet, d.h. eine spezifische Art und Weise, ein Thema zu bearbeiten. Falls die Interpretation noch nicht durch einen empirischen Vergleichshorizont, also durch den Fallvergleich mit strukturiert ist, gilt es spätestens hier einen zweiten Fall zu finden, indem sich derselbe Orientierungsrahmen dokumentiert. Mit diesem wird einerseits die reflektierende Interpretation empirisch untermauert, andererseits werden Vergleichsmöglichkeiten eröffnet« (Nohl 2001a, 256). In einem weiteren Schritt wird nun »vor dem Hintergrund eines gemeinsamen Orientierungsrahmens, der bislang allerdings nur vage formuliert und keiner Erfahrungsdimension eindeutig zugeordnet werden kann«, versucht, in beiden Fällen Orientierungsrahmen zu rekonstruieren, »die miteinander kontrastieren und in einer anderen Erfahrungsdimension liegen. Die Gemeinsamkeiten des Orientierungsrahmens, die sich in zwei Fällen etablieren lassen, beziehen sich also nie auf den ganzen Fall, sondern immer nur auf eine spezifische Erfahrungsdimension bzw. auf einen spezifischen Erfahrungsraum« (Nohl 2001a, 256). Die reflektierende Interpretation leistet also zugleich eine *Abstraktion*, indem etwa übergreifende Muster entdeckt werden, und eine *Spezifizierung*, indem Unterschiede benannt und lokalisiert werden können (vgl. Bohnsack 2001b, 234ff.). Das den jeweiligen Vergleich strukturierende Dritte (*tertium comparationis*) wird je nach Vergleichshorizont variieren. Es stellt ein *gemeinsames* Bezugsproblem dar, das in den jeweils zu vergleichenden Fällen auf *unterschiedliche* Weise behandelt werden kann. Über die funktionale Analyse wird es auf einer mittleren Abstraktionsebene möglich, sich vom Einzelfall zu lösen und später entsprechende Verallgemeinerungen zu treffen.

Die reflektierende Interpretation lässt sich in gewisser Weise zunächst als die methodologisch explizierte Form der Praxis des Fremdverstehens unserer Alltagsinterpretation auffassen. Die ins eigene Sprachsystem übertragene Position des anderen wird perspektiviert und den Divergenzen werden jeweils unterschiedliche Einstellungen zugewiesen. Die Rechtfertigung als wissenschaftliche Interpretation ergibt sich durch die besondere Form der methodischen Kontrolle. Der wissenschaftliche Interpret muss hierzu im Unterschied zum Alltagsinterpretieren die logischen Ressourcen seiner Sprache anwenden, um seine Interpretationsleistungen explizit werden zu lassen.

Komparative Analyse: soziogenetische Typenbildung

Hiermit eng verbunden ist der dritte Schritt im Analyseprozess der dokumentarischen Methode. In der so genannten *soziogenetischen* Interpretation wird eine *Typik* entwickelt, die auf unterschiedliche soziale Erfahrungsdimensionen als jeweils spezifische sinngenetische Zusammenhänge verweist. Die Bildung einer Typik beginnt damit, dass in zwei Fällen ein homologer Orientierungsrahmen gefunden wird, der auf die Gemeinsamkeiten der beiden Fälle innerhalb einer Erfahrungsdimension hinweist. »Auf dem Hintergrund dieser Gemeinsamkeit zeichnen sich andere Orientierungsrahmen ab, in denen die beiden Fälle sich voneinander unterscheiden«. Entsprechend

ist zu vermuten, »dass diese kontrastierenden Orientierungsrahmen unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen zuzuordnen sind« (Nohl 2001a, 256).

In dem Prozess der Ausbildung einer Typik muss das *tertium comparationis* ständig verändert werden, da sich nur hierdurch die verschiedenen Erfahrungsdimensionen offenbaren können. Erst die soziogenetische Typenbildung erlaubt ein erklärendes Verstehen, denn die Orientierungsrahmen der jeweiligen Akteure - in der sinngenetischen Interpretation abstrahiert und spezifiziert – erscheinen nun als eine »Orientierung« innerhalb einer spezifischen »funktionalen Beziehung«, die im Hinblick zur spezifischen »Erfahrungsdimension«, zur »Sozialisationsgeschichte« und zum »existentiellen „Hintergrund“ der jeweiligen Praxis herausgearbeitet« wird (Bohnsack 2001b, 245).²³

In diesem Verständnis lässt sich dann auch die Beziehung zwischen sprachlichem Datenmaterial und den Luhmannschen Kontexturen fassen, denn sowohl das Sprechen als auch das Verstehen erscheint nun immer schon als ein sozialperspektivisches Geschehen, ein in-Beziehung-Setzen verschiedener Kontexturen. Die Luhmannsche Konzeption der polykontexturalen Verhältnisse beschreibt die Durchdringung systemischer Zusammenhänge, schreibt aber nicht vor, ob und wie dies im Einzelnen geschieht. Hier setzt dann die dokumentarische Interpretation an, indem sie rekonstruiert wie sich ein Organisationshabitus bzw. eine Organisationskultur in ihrem jeweils spezifischem Modus operandi reproduziert.

2 Differenzierung der Akteursgruppen und Stakeholder

Der empirisch vorgehende Organisationsforscher wird jedoch schnell feststellen müssen, dass wir es in einer komplexen Organisation wie dem Krankenhaus nicht nur mit einer Logik der Praxis, sondern mit verschiedenen divergierenden Logiken der Praxis zu tun haben, denn in Variation von Bourdieu (1985) lässt sich sagen: „Was den Verwaltungsangestellten auf Trapp bringt, lässt den Arzt kalt.“ Das Problem einer Organisation liegt nun jedoch nicht nur darin, dass jede Akteursgruppe ihre jeweils eigenen Interessen verfolgt, denn dann ließe sich Zusammenarbeit und Kooperation entsprechend dem einem einfachen Verhandlungsmodell des Rational Choice herstellen, indem die Einzelinteressen dann über Tauschbeziehungen balanciert werden. Aus wissenssoziologischer Perspektive liegt die Schwierigkeit tiefer, denn die unterschiedlichen Akteursgruppen werden sich hinsichtlich ihrer leitenden Orientierungen schlichtweg nicht *verstehen* können, da sie unterschiedliche konjunktive Erfahrungsräume bevölkern.

23 »Diese tieferegreifenden oder impliziten semantischen Gehalte sind an die Wissensbestände gebunden, welche in die Handlungspraxis eingelassen sind. Das die Handlungspraxis orientierende Wissen ist ein vorreflexives. Auf diesen vorreflexiven Charakter nimmt Mannheim mit dem Begriff des atheoretischen Wissens und Bourdieu mit demjenigen des inkorporierten Wissens Bezug. Die Prozessstrukturen oder generativen Muster dieser Handlungspraxis sind Gegenstand praxeologischer Typenbildung« (Bohnsack 2001b, 229).

Auch wenn der Verwaltungsangestellte auf der oberflächlichen Ebene die gleichen Interessen haben mag wie der Arzt (etwa dass das Krankenhaus nicht in den Konkurs geht oder dass das Weihnachtsgeld nicht gestrichen wird), wird er die Handlungszwänge seines ärztlichen Kollegen kaum nachvollziehen können. Was dem Arzt medizinisch vernünftig erscheint, wird sich möglicherweise für den Patienten kaum als heilsam darstellen. Hier erscheinen nun inkongruente Perspektiven, die sich nicht allein dadurch erklären, dass in mikropolitischen Spielen Machtkonstellationen – etwa zwischen Pflege und ärztlichem Bereich – ausgehandelt werden. Auf einer fundamentaleren Ebene divergieren hier schon die Sichtweisen, die Art und Weise, wie Welt gesehen und verhandelt wird. Wir haben es hier mit „inkongruenten Perspektiven“ (Luhmann) zu tun, die sich entgegen dem Wunsch mancher Interaktionisten nicht einfach am Verhandlungstisch lösen lassen. Hierfür fehlt dann schier die Gesprächsgrundlage.

Mit der funktionalen Ausdifferenzierung moderner Organisationen werden dann selbst die unterschiedlichen ärztlichen Fachdisziplinen in ihren Orientierungen signifikant auseinander driften. Wie beobachtet, können dann beispielsweise die Chirurgen, welche gewohnt sind, ihre Entscheidungen innerhalb von Sekunden zu treffen, den Wunsch der Internisten nach einer Besprechung, für die vierzig Minuten angesetzt sind, nur mit einem Kopfschütteln zurückweisen.

Prinzipiell hat die Rekonstruktion der Orientierungen in Organisationen also von *polyzentrischen* Verhältnissen auszugehen. Gerade in dem angestrebten Evaluationsprozess wird es deshalb notwendig sein, die unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Akteursgruppen herauszuarbeiten, denn was Qualität aus Perspektive des Patienten bedeutet, muss nicht unbedingt qualitativ hochwertige Medizin aus ärztlicher Sicht darstellen.

Stakeholder

Wenn wir also den Wandlungsprozess, der in den bundesdeutschen Krankenhäusern derzeit geschieht, untersuchen und bewerten wollen, kommen wir nicht umhin, die handlungsleitenden Orientierungen und Bewertungen der beteiligten Akteursgruppen – in der Evaluationsforschung spricht man hier von „Stakeholdern“ – zu beachten und, wenn forschungspraktisch möglich, zu rekonstruieren.

Wenn wir beispielsweise die Arbeit der Internisten als einer spezifischen Gruppe, als einem Stakeholder, nun unter den neuen, veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen untersuchen, dann wird es darum gehen, herauszufinden, was aus Perspektive der Internisten, die gute Arbeit eines Internisten auszeichnet. Es wird dann also darum gehen müssen, den impliziten Ethos der jeweiligen Profession herauszuarbeiten, um dann im zweiten Schritt zu schauen, inwieweit unter den veränderten organisatorischen Bedingungen die entsprechend *dieser* Kriterien definierte gute Arbeit besser oder schlechter geleistet werden kann. Diese Werthaltungen oder Wertorientierungen sind auf der Ebene der Handlungspraxis der Akteure angesiedelt, sie sind in dieser Praxis implizit, nicht auf der Ebene theoretisierender Diskurse der Akteure *über* ihre Praxis.

Uns interessieren hier also weniger die Meinungen und Befindlichkeiten der Ärzte sondern die Logik der ärztlichen Praxis und der darin implizierten Werthaltungen. Ein Internist mag zwar über die für ihn unerträglichen Zustände im Krankenhaus klagen, wird dann möglicherweise jedoch aus *internistischer* Sicht dennoch brauchbare Arbeit leisten. Er mag sich zwar „persönlich“ hochgradig ausgebeutet fühlen, möglicherweise aber hält gerade seine habituell verankerte Ausbeutbarkeit den medizinischen Betrieb weiterhin auf hohem Niveau in Betrieb. Wir dürfen hier nicht den auch von ärztlicher Seite zu vernehmenden Common sense-Kausalitäten folgen, dass weniger Ärzte zwangsläufig eine schlechtere Patientenversorgung mit sich bringen. Stattdessen haben wir anhand der ärztlichen Handlungspraxis zu rekonstruieren, wie sich die neuen Rahmenbedingungen auf die ärztliche Arbeit auswirken. In einem zweiten, *evaluativen* Schritt wird es dann darum gehen, aufzuzeigen, inwieweit diese Veränderungen den rekonstruierten, impliziten Gütekriterien ärztlicher Arbeit zuwider laufen. Im Sinne einer dokumentarischen Evaluation wird es mit Bohnsack darum gehen, die »Werte derjenigen zu rekonstruieren«, welche »Gegenstand der Evaluation sind« (Bohnsack 2005), um dann gleichsam von innen heraus auf die Dynamik der Veränderungsprozesse zu schließen.

An dieser Stelle wird uns nicht interessieren, was für den Patienten eine gute Behandlung ausmacht. So stellen beispielsweise Schmerzfreiheit, eine schnelle Entlassung, gute Patienteninformation und freundliche Begegnungsformen aus ärztlicher Sicht keine vorrangigen Gütekriterien guter Arbeit dar. Umgekehrt werden Patienten in den allermeisten Fällen weder erkennen noch beurteilen können, was aus ärztlicher Sicht den *ärztlichen* „state of the art“ auszeichnet. Untersuchungen über die Patientenzufriedenheit werden nur über die Werthaltungen der Patienten Auskunft geben, informieren jedoch nicht über die ärztliche Kunst. Gleiches gilt selbst redend für die gängigen ökonomischen Parameter medizinischer Institution. Kennzahlen wie Liegezeiten, Patientendurchlauf, Bettenbelegung, Personalkostenschlüssel, „Casemix“, etc. erlauben keine Aussagen über die Qualität der ärztlichen Arbeit.

Im Sinne der vorangehenden Ausführungen wird es im Krankenhaus notwendigerweise unterschiedliche Stakeholder geben, deren Perspektiven nicht unbedingt in Deckung gebracht werden können. In der dokumentarischen Evaluation wird die Analyseperspektive zunächst auf die Selbstreferenz der jeweiligen Akteursgruppen gelegt werden. Sind die entsprechenden Orientierungen und Unterscheidungen herausgearbeitet, lassen sich diese zu einander in Beziehung setzen. Die dokumentarische Interpretation weist dabei den Weg, um die jeweiligen Bezugsprobleme herauszuarbeiten. In einem weitergehenden Prozess der Evaluation lassen sich dann als Nebeneffekt der komparativen Analyse alternative Arrangements und Lösungswege dagegenhalten, um dann schließlich auch die Frage nach der *besseren* Praxis stellen zu können. Die Ergebnisse erscheinen dann als mehrschichtige Analyse, die der polyzentrischen Natur der Abläufe in Organisationen gerecht zu werden versuchen.

Stakeholdergruppen und deren forschungspraktische Eingrenzung

Auch wenn wir in unserem Projekt eine solche mehrschichtige Analyse anstreben, werden wir allein schon aus Gründen begrenzter personeller Kapazitäten gezwungen sein, Fokussierungen zu setzen. Wir werden also nur einen Teil der Stakeholderpositionen der Organisation Krankenhaus im Sinne einer dokumentarischen Interpretation gründlich rekonstruieren können.

Von der empirischen Anlage unseres Projektes fokussieren wir primär auf den medizinischen Bereich, auf die medizinische Profession. Es wird zunächst um medizinisches Handeln und Entscheiden gehen. Darüber hinaus wird zumindest punktuell die Rekonstruktion der Organisation medizinischer Arbeit zu leisten sein, denn wir werden Medizin als organisierten Prozess verstehen müssen.

Wir werden hier bestimmte Arten und Weisen der Arbeitsorganisation vorfinden, deren Ausformung administrativen Bahnungen folgt. Als dritte Sphäre des medizinischen Bereichs wird uns schließlich die Ausbildung angehender Mediziner interessieren. Dieser Bereich ist allein schon deswegen von Relevanz, weil sich hier die Frage stellt, inwieweit sich die Sozialisation der angehenden Mediziner durch die neuen organisationalen Bedingungen verändern wird. Fachärztliche Kompetenz wird zum großen Teil auch in der Organisation Krankenhaus herangebildet. Zudem beginnt hier für den angehenden Mediziner nach seiner Hochschulausbildung üblicherweise die Berufssozialisation. Hier wird der künftige Arzt die impliziten Regeln seines Berufes, seinen »praktischen Sinn« (Bourdieu 1997) erwerben. Erst in Auseinandersetzung mit den einer Organisation üblichen Praktiken, wird er lernen, mit den vielfältigen Unschärfezonen zur recht zu kommen, und eine erfolgreiche Berufssozialisation wird sich dann darin zeigen, auch unter (und mit Hilfe von) Mehrdeutigkeiten sicher und autonom agieren zu können (vgl. Vogd 2004b; Vogd 2005a). Der Blick auf sich möglicherweise verändernde Bedingungen der Arztsozialisation kann wichtige Hinweise auf veränderte Strukturen des untersuchten Feldes geben.

Die *Patienten* als wichtigem *Stakeholder* kommen zwar in unserem Datenmaterial auch in empirischer Hinsicht, wenngleich in eher rudimentärer Form, vor. Wir werden aber ihren typischen Orientierungen und Werthaltungen nicht weiter nachgehen können. Aus pragmatischen Gründen werden wir mit dem Patienten auf der Basis von Common Sense-Stereotypen rechnen, ohne die Orientierungen bestimmter Patientengruppen tiefergehend rekonstruieren zu können. Der durchaus wichtigen Frage, ob es für den Patienten überhaupt gut ist, wenn er in ärztlicher Hinsicht gut behandelt wird, werden wir hier nicht nachgehen können.²⁴ Die Patientenperspektive ist hier also nicht Gegenstand der Analyse. Der Patient kommt in den Beobachtungen zwar vor, jedoch nur als „Adresse“ gerichteter Behandlungsprozesse. Er wird hier nicht zum eigentlichen Analysegegenstand.

24 An dieser Stelle sei nur noch einmal betont, dass wir bei genauerem Hinsehen vermutlich erhebliche Perspektivdivergenzen feststellen müssen und man mit Irmhild Saake fragen muss, ob nicht die grundlegende Asymmetrie der Arzt-Patient Beziehung nicht die *organisatorische* Voraussetzung darstellt, um Krankenbehandlung unter modernen Verhältnissen erst zu ermöglichen (Saake 2004).

Ähnliches gilt für die *Pflegekräfte* als *Stakeholder* im Behandlungsprozess. Es wurden zwar auch Pflegekräfte beobachtet und mit Ihnen einige Gespräche geführt, doch wird der diesbezügliche Stand der Datenerhebung keine weitergehende dokumentarische Interpretation ihrer zentralen Orientierungen erlauben. Unsere primäre Frage gilt der Beziehung von Medizin und Organisation. Auch wenn wir die Bedeutung der Pflege hier keineswegs schmälern möchten, gehen wir zunächst von dem Befund aus, dass Patienten (in der Regel) zur Behandlung von Krankheiten in das Krankenhaus kommen, nicht jedoch, um gepflegt zu werden. Die Pflege wird entsprechend nur insofern interessieren, indem sie die Organisation der medizinischen Arbeit berührt.

Während Patienten wie auch Pflegekräfte im empirischen Material zumindest noch als anwesende Akteure erscheinen, sind eine Reihe weiterer *Stakeholder* an den Geschehnissen des Krankenhauses beteiligt. Zu nennen sind hier zunächst insbesondere der Bereich der Krankenhausverwaltung, dann die Krankenkassen, ferner der Gesetzgeber und seine gesundheitspolitischen Akteure. Bezüglich dieser Sphären verfügen wir über keine eigenen Daten. Wir werden hier auf Common Sense Stereotypen zurückgreifen müssen, insbesondere den Weberschen Typus rationaler Bürokratie und Herrschaft.

Der Leitung eines *Krankenhauskonzerns* werden wir dann in diesem Sinne *zurechnen*, dass sie einerseits die Kosten senken will, andererseits aber weitere Patienten als „Kunden“ in ihre Häuser locken möchte. Der *Gesundheitspolitik* werden wir aus globaler volkswirtschaftlicher Perspektive unterstellen, einerseits die Gesundheitsausgaben senken zu wollen, andererseits dabei eine hohe Versorgungsqualität aufrecht zu halten. Darüber hinaus wird man mit Blick auf die Diskurse der vergangenen Jahre auch politische Ziele identifizieren können, insbesondere eine bessere Partizipation der Patienten am Behandlungsprozess (Stichwort: „shared decision making“).

Den mittlerweile in Konkurrenz zueinander tretenden kollektiven Akteuren der *Krankenkassen* werden wir zurechnen, bei Erhalt der Gesundheit ihrer Patienten, einen möglichst geringen Kostenaufwand leisten zu müssen. Sie agieren hier im Sinne der Versicherungslogik. Der Versicherte erscheint hier als Patient nicht als Kunde, sondern als Schadensfall.²⁵

Den *Ärzttekammern* rechnen wir im Zusammenhang mit unserem Untersuchungsgegenstand zu, dass sie neben ihren anderen Aufgaben insbesondere im Sinne ihrer eigenen standesrechtlichen Vorgaben einen *Ausbildungsstand* ihrer Mitglieder aufrechterhalten wollen.

Aus pragmatischen Gründen folgen diese Motivzurechnungen einer Rational-Choice-Architektur, wohl wissend, dass selbst in der Ökonomie als der ureigensten Sphäre diesbezüglicher Modellierungen, Rationalität nicht mehr als etwas vornherein Gegebenes gesehen werden kann. So beruhen beispielsweise Kosten-Nutzen-Rechnungen auf der Aggregation von Daten, die hierzu gebündelt, abstrahiert und in einer bestimmten raumzeitlichen Beziehung rekombiniert werden müssen. Jeder dieser Schritte – und damit auch die hiermit verbundenen Kausalitätsbeziehungen – ist kontingent,

25 Siehe zu den komplexen Beziehungen und teilweise inkongruenten Zielen der verschiedenen hier aufgeführten gesundheitsökonomischen Akteure als Einführung Rolf Rosenbrock und Thomas Gerlinger (Rosenbrock/Gerlinger 2004).

verlangt also nach einer praktischen Entscheidung, die nicht allein durch rationales Kalkül gedeckt ist.²⁶ Die mit den modernen Computersystemen²⁷ gegebene Möglichkeiten, Daten in beliebiger Form zu kombinieren und zu aggregieren führen ihrerseits schnell zu dem so genannten *Planungsparadox*, dass je nach gewähltem Zeitfenster und gewählter Abstraktionsstufe andere Ergebnisse erscheinen. Die Berechnungsgrundlagen selbst erscheinen somit kontingent (vgl. Brosziewski 2002, 91ff.).²⁸

Aus pragmatischen Gründen können wir die wohl aufschlussreiche praxeologische Rekonstruktion der Orientierungen und Werthaltungen des Verwaltungsbereichs nicht leisten, und müssen stattdessen auf die benannten Common Sense-Stereotypen zurückgreifen. Was uns darüber hinaus jedoch noch ausführlicher beschäftigen wird, ist die Frage, *wie* die Manifestationen und Irritationen dieses Bereiches in der Medizin bearbeitet werden. Schon auf dieser Ebene werden sich dann einige Hinweise ergeben, was diese im Hinblick auf die fiktiven Stakeholder Gruppen aus Wirtschaft und Politik bedeuten kann.

Als letzte zu nennende Stakeholder Gruppe sind hier die Protagonisten einer weiteren Verwissenschaftlichung der Medizin zu bedenken, insbesondere die Bewegung der *evidence based medicine* in ihrer Institutionalisierung in Leitlinien und etwa dem neuen „Zentrum für Qualität in der Medizin“. Auch hier werden wir uns zwar nicht in der Lage befinden, die zentralen Denkfiguren und Werthaltungen dieser Gruppe zu rekonstruieren.²⁹ Wir werden jedoch beobachten können, wie der Anspruch, wissenschaftliche Medizin zu treiben, im medizinischen Alltag thematisiert und im „praktischen Sinn“ auf die jeweiligen organisatorischen Bedingungen umgebrochen wird.

Um hier abschließend die Schwerpunkte unseres Projektes im Hinblick auf die verschiedenen Stakeholder Perspektiven nochmals zusammenzufassen: es wird uns vor allem darum gehen, den ärztlichen Bereich im Kontext ihrer Organisationen zu beleuchten. Nur hier werden wir die ausführliche dokumentarische Rekonstruktion der Rahmungen und Werthaltungen leisten können. Empirisch folgen wir den Ärzten und werden dabei, wenngleich in minderem Umfang, auch Patienten und Pflegekräfte sehen. In Form von Akten, Dienstplänen, Dokumenten, technischen Geräten und Ähn-

26 So kann sich dann die Einführung eines Controllingsystems durch die Unternehmensführung aus dem Blickwinkel der betroffenen Abteilungen alles andere als ökonomisch „rational“ zeigen und entsprechend zur Einrichtung alternativer Formen eines informellen „Gegencontrolling“ führen, welches den Bilanzierungsansprüchen der dortigen Akteure mehr gerecht zu werden scheint (Friedberg 1995, 130f.).

27 Beim Einsatz entsprechender Verfahren elektronischer Datenverarbeitung ist dann aus wissenssoziologischer Perspektive noch zu beachten, dass diese nicht nur als Medium fungieren, um Dinge und Prozesse abzubilden, sondern selbst als »verhärtete« soziale Prozesse als »Aktanten« innerhalb von Organisation erscheinen, welche die menschlichen Akteure *volens nolens* zu Reaktionen herausfordern, die dann ihrerseits zu einer Reihe paradoxer nicht intendierter Effekte führen können (Latour 2000).

28 Im Sinne zeitgemäßer organisationssoziologischer Theoriebildung (für viele andere siehe hier Friedberg 1995; Luhmann 2000b; Ortmann 2003a; Ortmann 2003b) müssen wir also auch in Führung und Bürokratie vom Paradigma der rationalen Bürokratie Abschied nehmen.

29 Bei genauerem Hinsehen wird man hier einerseits feststellen müssen, dass hier nicht von einer Wissenschaft gesprochen werden kann, sondern auch in der Medizin eine Multiplizität wissenschaftlicher Traditionen zu finden ist (vgl. z. B. Lorenz 1998), und andererseits die ärztlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Perspektiven nicht deckungsgleich sind. Siehe ausführlich zum Spannungsfeld der *evidence based medicine* Vogd (2002).

lichem verkörpert, begegnen wir dabei den wirkmächtigen Spuren von den Teilen der Organisation, dessen Akteure wir empirisch nicht zu Gesicht bekommen.

3 Datenerhebung und Kontrastierungen

In unserem Projekt interessieren wir uns dafür, wie die ärztlichen Handlungsorientierungen durch die veränderten organisatorischen Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Da aus vielen Untersuchungen bekannt ist,³⁰ dass Ärzte oftmals recht verschieden agieren, je nachdem ob sie sich im Patientenzimmer, vor dem Patientenzimmer, in einer Abteilungsbesprechung, während einer Verhandlung mit der Krankenkasse oder in einem wissenschaftlichen Vortrag befinden, müssen wir davon ausgehen, dass die Praxis der zu untersuchten Akteure hochgradig kontextsensitiv variiert. Aufgrund der Komplexität der zu untersuchenden Handlungssphäre erscheint für uns die teilnehmende Beobachtung als Erhebungstechnik der Wahl.³¹

Teilnehmende Beobachtung („fokussierte Ethnografie“)

Die „Tugend“ der teilnehmenden Beobachtung besteht darin, den vollen Detailreichtum der Praxis wahrnehmen zu können. Dies stellt gleichzeitig jedoch ihr methodologisches Problem dar: Der Beobachter mag zwar nun alles Mögliche erkennen. Doch nun droht die Gefahr, den Wald vor lauter Bäumen nicht zu erkennen. So mag dem Beobachter dann beispielsweise auffallen, dass das Stationszimmer mit Weihnachtsdekoration geschmückt ist, dass im Arztzimmer ein Playboy Kalender hängt und dass man während der Betriebsfeier gerne Weizenbier trinkt. Auf diese Weise gelangt der Forscher jedoch, um mit Paul Atkinson (1995, 37) zu sprechen, schnell in die Situation, alles Erdenkliche zu erforschen, nur nicht jedoch das, worum es im Krankenhaus eigentlich geht. Ohne methodologische Kontrolle läuft der Forscher gerade in der Feldforschung Gefahr, sich in der Vielfalt beliebiger Details zu verlieren. Wenn wir die handlungsleitenden Orientierungen der ärztlichen Akteure im Feld Krankenhaus erforschen wollen, müssen wir zunächst eine gewisse metatheoretische Sensibilität für den Gegenstand entwickeln.³²

Um den Forschungsprozess sinnvoll fokussieren zu können, haben wir uns zu verdeutlichen, dass es in Organisationen um Entscheidungskommunikation, um Legitimation, um Verantwortlichkeiten und Ressourcenallokation geht, dass hier Hierarchien auftreten und dass wir innerhalb von Organisationen formelle und informelle Kom-

30 Zu nennen sind hier etwa Philip Strong (2001) und Paul Atkinson (1995).

31 Unter Umständen lassen sich einige der zu rekonstruierenden Phänomene zwar durch eine Gruppendiskussion im Sinne eines experimentellen *konjunktiven Erfahrungsraums* simulieren. Der Begriff der *konjunktiven Erfahrung* verweist hier mit Karl Mannheim auf die habituelle Praxis gegenüber den stereotypen *Common sense*-Vorstellungen über die Praxis (vgl. Bohnsack 1999, 67). Doch auch im Sinne einer glaubhaften Rhetorik die „wirkliche“ Praxis zu untersuchen bleibt die teilnehmende Beobachtung Feldforschung für manche Fragestellungen unhintergebar.

32 Vgl. Bohnsack (2003, Kap. 11).

munikationen beobachten können. All das, was für die eigentliche Arbeit der Organisation unbedeutend ist, können wir dann für die weitere Analyse, aber auch schon in der Erhebungsphase, ausblenden. Wenn beispielsweise Chirurgen sich während einer mehrstündigen Operation ausführlich über ihre vergangenen Sommerurlaube auslassen, dann besagt dies also keineswegs, dass in ihrer beruflichen Praxis nun die Freizeitplanungen im Vordergrund stehen würden, sondern dies bedeutet nur, dass ihr eigentlicher Arbeitsvollzug implizit, routiniert und schweigend vonstatten geht, während der Beobachter gleichzeitig die Geräusche irrelevanter informeller Gespräche vernehmen kann. Die medizinischen Orientierungen werden während einer Operation auch dann im Vordergrund stehen, wenn man sich nebenbei über anderes unterhält.

Wer mit dem Methodendiskurs zur Feldforschung vertraut ist, wird feststellen können, dass wir uns mit dieser reflexiven Haltung in Kontrast zu den meisten in den ethnologischen Lehrbüchern beschriebenen Ansätzen befinden (vgl. z. B. Beer 2003; Beer/Fischer 2000). Unser Vorgehen unterscheidet sich von dem Anthropologen, der einen ihm fremden Stamm besucht, dort Kontakt aufnimmt, sich langsam einlebt, um dann langsam seine „Storys“ zu verfassen (vgl. Geertz 1993). Es unterscheidet sich auch von dem insbesondere in der amerikanischen Literatur verbreiteten „interpretativen Paradigma“, indem die Einsicht, dass Wirklichkeit als sozial konstruiert zu begreifen ist, darin mündet, auch die wissenschaftliche Interpretationen dieser Wirklichkeit für beliebig zu halten.³³ Wir gehen als teilnehmender Beobachter zwar „offen“, jedoch nicht „naiv“ und ohne Fokussierungen in das Untersuchungsfeld, denn auch der „Naive“ beobachtet standortbezogen, nämlich aufgrund seiner eigenen unbewussten Selektionen. Da vorraussetzungsreiches Beobachten grundsätzlich nicht möglich ist, besteht der Weg einer methodologisch kontrollierten Beobachtung in unserem Falle darin, von vornherein über die metatheoretischen Konzepte, die der Beobachtung und dem Forschungsprojekt zugrunde liegen, Rechenschaft abzulegen.

In unserem Falle rücken nun die ärztlichen Entscheidungsprozesse ins Zentrum unserer Aufmerksamkeit, da – so die begründete Vermutung – sich insbesondere hier die leitenden Handlungsorientierungen zeigen können. Der teilnehmende Beobachter hat nun zunächst zu entdecken, wo, wann und mit wem überall diesbezügliche Entscheidungen getroffen werden. Er wird bald feststellen, dass er besonders während Chef- und Oberarztvisiten aufmerksam sein sollte, dass aber auch die Frühbesprechungen und die Dienstübergaben für seine Fragestellung relevantes Material liefern. Darüber hinaus wird er merken, dass im Arbeitsalltag jederzeit „Krisen“ auftreten können, die dann Entscheidungsprobleme aufwerfen, welche im ärztlichen Team verhandelt werden und dass solche Szenen ebenfalls erhebliche Aufschlüsse für unser Anliegen liefern können.

33 Entgegen der verbreiteten Vorstellung, dass die Entscheidung für eine konstruktivistische Epistemologie zugleich auch einen Pluralismus in der wissenschaftlichen Wirklichkeitsinterpretation mit sich bringe und damit im Sinne eines *everything goes* bestenfalls noch ästhetische Kriterien die Legitimation für eine gelungene Analyse abgeben können, gehen wir hier mit Harré und Krausz (1986) davon aus, dass ein methodologischer Objektivismus sehr wohl mit einer konstruktivistischen Position zu vereinbaren ist bzw. dass Relativismus nicht mit Perspektivenlosigkeit zu verwechseln ist.

Mit der Zeit gewinnt der Beobachter schließlich ein Gespür dafür, Situationen zu erkennen, in denen diesbezügliche Konflikte verhandelt werden und er wird die *Themen identifizieren*, bei denen eine hohe interaktive Dichte auftritt. Wenngleich der Beobachter seine Beobachtungen aufgrund metatheoretischer Überlegungen insbesondere auf Entscheidungsprozesse fokussiert, lässt er sich *gegenstandstheoretisch* vom Feld leiten. Er identifiziert also erst vor Ort die *inhaltlichen Themen*, welche für die untersuchten Akteure wie auch für die Fragestellung des Forschers von Relevanz sind.

In den Feldforschungsphasen wählte der Beobachter jeweils einen konkreten Akteur aus (in der Regel einen Stationsarzt, teilweise aber auch Oberärzte oder Konsiliarii), begleitete diesen („*shadowing*“) und versuchte, alle im Hinblick auf seine Forschungsfragen relevanten Kommunikationen *simultan* in einem Notizbuch mitzuschreiben.³⁴ Die Beobachtungsnotizen repräsentieren dabei den chronologischen Tagesablauf in seiner oftmals fragmentarisch erscheinenden Form (Ärzte springen in der Praxis von einem Fall zum anderen, werden während ihrer Arbeit häufig unterbrochen und haben oft zwei, drei Sachen gleichzeitig im Kopf). Die zu dokumentierenden Fallbeispiele kristallisieren sich nun im ersten Auswertungsschritt heraus, indem all die Geschehnisse, welche unmittelbar zu einem konkreten Behandlungsprozess gehören, in chronologischer Form zusammengestellt und so die jeweils korrespondierenden Fragmente zu einer Einheit integriert werden.

Beobachtungsprotokolle

Von der Tradition der Ethnopschoanalyse beeinflusst (Devereux 1984), ist es unter Feldforschern nicht unüblich, seine eigenen Befindlichkeiten Gedanken und Gefühle während der Beobachtung zu protokollieren. Im Rahmen der hier vorgestellten Methodologie erscheint uns dies jedoch wenig sinnvoll, denn über diese Form der Introspektion erfährt man letztlich mehr über die Orientierungen des Beobachters, als über die handlungsleitenden Orientierungen im untersuchten Feld. Man würde dann zwar vielleicht herausfinden können, was mit einem Beobachter geschieht, der als Laie in den Krankenhausalltag involviert wird. Es wird sich jedoch dann die Frage stellen müssen, ob die Empfindungen und Gedanken welche dieser erlebt, auch für die zu untersuchten professionellen Akteure im Vordergrund stehen, bzw. für diese eine handlungsleitende Relevanz haben. Da die Methode der Introspektion also bestenfalls Aufschlüsse über die Sozialisation von Laien und Novizen im untersuchten Feld geben kann, sehen wir hier von der Methode der Selbstbeobachtung ab, um die Aufmerksamkeit dann konzentrierter dem „externen“ Geschehen zuzuwenden.

Zudem nehmen wir im Hinblick auf die Form der Datenprotokollierung eine bestimmte, asketische Haltung ein: Das, was während der Alltagsinterpretation der Äußerungen und Verhaltensweisen von anderen geschieht, nämlich die Umsiedlung der

³⁴ Das Anfertigen von Notizen selbst während der Patientengespräche scheint im Kontext Krankenhaus keine besondere Aufmerksamkeit erweckt zu haben. Weder den Patienten, noch den externen Ärzten gegenüber wurde der Beobachter als Beobachter vorgestellt. Allein durch das Tragen des weißen Kittels schien dieser einfach zum medizinischen Feld dazuzugehören und wurde gelegentlich in Hinblick auf organisatorische oder gar fachliche Fragen angesprochen.

gehörten Begriffe in den eigenen Interpretations- und Extrapolationszusammenhang, geschieht nun in expliziter Form, d.h. der Beobachter gibt methodologisch Rechen-schaft darüber ab, dass er unter anderem Sinngehalte und deren inferenzielle Beziehun-gen identifiziert, *ohne* jedoch den zweiten im Alltagsverstehen üblichen Interpretations-schritt, die *Zurechnung von Motiven*, zu vollziehen. Protokollsätze wie: „Der Arzt wich der Frage des Patienten aus, *um* eine Auseinandersetzung mit dem Tod zu vermeiden“ führen die weitere Interpretation oftmals in die Irre und sind deshalb zu vermeiden, denn die in Organisationen und Milieus zu beobachtenden Sozialpraxen können sich in ihren handlungsleitenden Orientierungen erheblich von den vertrauten *Common sense*-Motiven unterscheiden. Alle protokollierten Unterstellungen im Sinne von *Um zu-* und *Weil*-Motiven sagen deshalb zunächst nur etwas über das Wirklichkeitsmodell des Interpretieren aus, brauchen jedoch nicht unbedingt den Motivlagen der beobachteten Akteure zu entsprechen. Aus diesem Grund beschreiben wir auf der Protokollebene konsequent das, was der Akteur sagt und tut, und enthalten uns Vermutungen und Zu-schreibungen darüber, warum er dies tut.³⁵ Im Sinne der dokumentarischen Methode bleiben wir hier also auf der Ebene der *formulierenden Interpretation*. Um dies leisten zu können, erscheint es uns nützlich im Beobachtungsprotokoll die Sequenzialität des ursprünglich beobachteten Geschehens zu erhalten. Hierzu hat es sich als hilfreich erwiesen, sich schon während des Geschehens Notizen zu machen, bzw. Gespräche simultan stichwortartig mit zu protokollieren.

Ein weiteres Problem stellt der Detaillierungsgrad der Beobachtungsprotokolle dar: Je »höher der Detaillierungsgrad, desto weniger muß der Beobachter bzw. die Beobachterin auf die in Abstraktionen bzw. Generalisierungen implizierte Interpreta-mente zurückgreifen. Andererseits ist es aus forschungsökonomischen Gründen selbst-verständlich nicht möglich, durchgängig einen hohen Detaillierungsgrad zu halten, (dies gilt auch für die Darstellung der Beobachtungen in einer Veröffentlichung). Die Feldforscher(innen) sind somit gehalten, die (methodologisch schwerwiegende) Ent-scheidung über den Detaillierungsgrad ad-hoc aufs neue zu treffen, d.h. unreflektiert Fokussierungen zu setzen. Auf der Grundlage erster Auswertungen und Typenbildun-gen kann dann reflektierter und kontrollierter über Detaillierungen und Focussierungen entschieden werden« (Bohnsack/Loos/Schäffer/Wild 1995, 443).

Beobachtungsprotokolle, in denen die Sequentialität des Geschehens erhalten bleibt, in denen die Themen, die das eigentliche Erkenntnisinteresse berühren, mit einem gewissen Detaillierungsgrad beschrieben werden, und bei denen asketisch darauf geachtet wird, Motivunterstellungen und eigene Zurechnungen zu vermeiden, liefern schließlich eine valide Datenbasis, die zwar gegenüber einer elektronischen Ton- oder Videoaufzeichnung lückenhaft bleibt, dennoch aber eine solide Grundlage für die wei-teren Auswertungsschritte bietet.

35 Die protokollierten Daten stellen als Wahrnehmungen eines Beobachters selbst schon eine Interpretati-onsleistung dar. Aus diesem Grund kommt der »methodologischen Leitdifferenz von „formulierender“ und „reflektierender“ Interpretation« schon »bei der Erstellung von Beobachtungsberichten eine zentra-le Bedeutung im Sinne einer kontrollierten Technik des Protokollierens zu« (Bohnsack, et al. 1995, 443).

Experteninterviews

Darüber hinaus sind zusätzlich mit einzelnen Akteuren aus dem Untersuchungsfeld *Experteninterviews* durchgeführt worden. Diese erfüllen innerhalb unseres Forschungsprojektes vor allem zwei Funktionen: Zum einen geht es um die Klärung inhaltlicher Fragen, d.h. um die Klärung von Fragen auf der immanenten Sinnenebene. Wichtige Details aus den Beobachtungsprotokollen müssen möglicherweise fachlich nochmals daraufhin abgeglichen werden, ob der Sachverhalt vom Beobachter richtig verstanden worden ist. Unter Umständen sind medizinische „Fakten“ und organisatorische Strukturen nochmals zu rekapitulieren, da sich der *immanente* Sinn dessen, was die ärztlichen Experten untereinander verhandeln, dem Beobachter nicht immer direkt erschließt. Das Experteninterview stellt in diesem Sinne auch für manche Fragen eine methodologische Kontrolle der in den Beobachtungsprotokollen verschrifteten „*formulierenden Interpretation*“ dar.

Die zweite Funktion des Experteninterviews geht über die inhaltliche Dimension der reinen Fakten hinaus. Hier sollte zum einen die Struktur der Relevanzsysteme der jeweiligen Informanten, die spezielle Typik und Form des Expertenwissens selbst zum Ausdruck kommen. In diesem praxeologischen Verständnis des Experteninterviews stellt das offene Leitfadeninterview in der Regel die Methode der Wahl dar (vgl. Meuser/Nagel 1994).³⁶ Zum anderen interessieren hier die Bewertungen und Reflexionen der Akteure über ihre Praxis.

Transkriptions- und Notationsregeln

Die *Beobachtungsprotokolle* entsprechen dem, was *während* der Feldbeobachtungen mitgeschrieben wurde. Wenngleich versucht wurde, in den Beobachtungsprotokollen die dokumentierten Gespräche im Wortlaut, zumindest aber sinngemäß, mitzuschrei-

36 Erst hierdurch gelingt der Zugang zu dieser speziellen Wissensdimension professioneller Eliten. Um mit Meuser und Nagel zu sprechen: »In der Eliteforschung dominieren standardisierte Formen der Befragung, das mag seine Berechtigung haben, wenn die demographische Struktur einer Elite oder deren parteipolitische Einstellungen Gegenstand der Forschung sind. Geht es jedoch um die Rekonstruktion des handlungsorientierenden Wissens von Eliten und Experten, ließe sich mit standardisierten Erhebungen allenfalls Expertenwissen auf der Ebene des diskursiven Bewußtseins erfassen, d.h. rationalisierte und vor allem legitimationsfähige Argumentationsfiguren. Diese fehlen selbstverständlich auch in offenen Interviews mit Experten nicht. Außer in den äußerst seltenen Fällen, in denen ein Interviewpartner sich „maskiert“, d.h. nur in Form „offiziöser“ Statements antwortet, geben die Experten jedoch Einblick in ihre impliziten funktionsspezifischen Relevanzen und Maximen; und zwar dann, wenn sie Abläufe rekapitulieren, erläutern, extemporieren usw. Solches kann nur in offenen Interviewsituationen entstehen. Für die Interviewführung setzt dies eine flexible Handhabung des Leitfadens voraus. Ein Leitfaden allerdings muß sein. Auf jegliche thematische Vorstrukturierung zu verzichten, wie dies für narrative Interviews kennzeichnend ist, brächte nicht nur die Gefahr mit sich, den Experten als inkompetenten und nicht ernst zunehmenden Gesprächspartner darzustellen. Ein solcher Verzicht führt zudem methodologisch in die falsche Richtung, ist uns doch nicht an der Biographie des jeweiligen Elitemitglieds gelegen, sondern an seinen auf den Funktionskontext abgestimmten Strategien des Handelns und Entscheidens« (Meuser und Nagel 1994: 183f.). Expertenwissen ist in diesem Sinne nicht einfach als ein »Rezeptwissen« zu verstehen, sondern repräsentiert eine »Wissensform, die alltagssprachlich als »ungeschriebene Gesetze« bezeichnet werden kann (a.a. O.).

ben, so ergeben sich naturgemäß dennoch Lücken, die im Text durch drei Punkte, »...« angezeigt sind. Gekürzte, aber im ursprünglichen Beobachtungsprotokoll vorhandene Passagen werden durch eingeklammerte Punkte, »[...]« angedeutet. Namen von Personen und Institutionen, sowie das Datum und andere zur Identifizierung geeignete Details sind zum Schutz der beteiligten Akteure verfremdet worden. Die mit dem Tonband aufgezeichneten *Experterninterviews* wurden nach den Regeln der *Ulmer Textbank* transkribiert (Mergenthaler 1992). Der einfachen Lesbarkeit halber wurden die Interviewpassagen in der Darstellung manchmal etwas geglättet. Insbesondere die Sonderzeichen, welche Intonationen markieren, wurden entfernt.

Fallkontraste und komparative Analyse

Die komparative Analyse liefert den methodologischen Schlüssel zur Fallrekonstruktion. Denn im Sinne der „Seinsverbundenheit des Wissens“ (Mannheim 1980) können sich die Besonderheiten des Gegenstands einem Fach- und Milieufremden nicht unmittelbar zeigen, sondern gewinnen für diesen erst über die Methode des Vergleichs an Kontur und Sichtbarkeit. Erst indem verschiedene Abteilungen, Praxisformen und Fallbeispiele miteinander in Beziehung gesetzt werden und Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede aufleuchten, entsteht ein Bedeutungsgewebe, das mit zunehmenden Vergleichshorizonten an Struktur gewinnt. Erst über den Vergleich können die Kontingenzen und Abhängigkeiten sichtbar werden, kann der eigene Standort als immer mitschwingender impliziter Vergleichshorizont relativiert werden (s. dazu Bohnsack 2003, 201f.).³⁷

Das den Vergleich strukturierende Dritte (*tertium comparationis*) stellt jeweils ein gemeinsames Thema dar, das in den unterschiedlichen Kontexten verhandelt wird. Ein Thema zeichnet sich durch strukturelle Gemeinsamkeiten aus, die eher auf formalen als auf inhaltlichen Kriterien beruhen, denn erst durch diese Abstraktion werden die Lösung vom Einzelfall und hieraus die später folgenden Verallgemeinerungen möglich. Die Identifikation der Themen erfolgt empirienah. Aus den Beobachtungsprotokollen werden zunächst auf einem *mittleren Abstraktionsniveau* häufiger wiederkehrende Themen identifiziert. Der Abstraktionsgrad eines Themas ist dann so zu wählen, dass es möglich wird, sich vom unmittelbaren Krankheitsgeschehen zu lösen, um hierdurch

37 Wir stellen hiermit in Rechnung, dass der Forscher selbst über keinen privilegierten »Gottesaugenstandpunkt« (Putnam 1991) verfügt, also die Dinge in seiner Interpretation nicht wirklich objektiv von außen betrachten kann. In seiner Interpretation wird er das Beobachtete also *nolens volens* mit seinem eigenen Standort, mit seinen impliziten Orientierungen und Werthaltungen verglichen. Da dem Forscher jedoch seine eigenen Horizonte – gleichsam als *blinde* Flecken seines Unterscheidens – verborgen bleiben, sind zur methodologischen Kontrolle weitere Kontraste hinzuzuziehen. Erst wenn – wie in unserem Falle – in mehreren *unterschiedlichen* Organisationen teilnehmende Beobachtungen durchgeführt wurden, können nun die Protokolldaten systematisch miteinander in Beziehung gesetzt werden. Indem nämlich nun im Interfallvergleich nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten gesucht wird, relativiert sich die Perspektive des Forschers, bzw. seine eigene Standortabhängigkeit lässt sich methodologisch durch die Hinzuziehung weiterer Kontraste systematisch kontrollieren.

dann die Prozessierung von im Einzelfall recht unterschiedlichen Krankheitsbildern vergleichend betrachten zu können.

In dem ersten Teilprojekt der Untersuchung, mit der Habilitationsschrift von Vogd (2004b) ursprünglich unter einer anderen Fragestellung konzeptualisiert und ausgewertet, kristallisierten sich im Vergleich von chirurgischen, internistischen, hämatologischen und psychosomatischen Abteilung u.a. folgende übergreifende *große* Themenkomplexe heraus: *Medizinisch komplexe* Fallproblematiken, *palliative Versorgung* Sterbender, Behandlung „*schwieriger*“ *Patienten*³⁸ (vgl. Vogd 2004b, 287ff.).

Für das zweite Teilprojekt, dass die Frage nach den Veränderungen unter den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen zum Gegenstand hatte, zeigten nicht alle diese Themenkomplexe gleiche Relevanz. Im Umgang mit den schwierigen Patienten, wie auch im Hinblick auf den spezifischen Modus wie mit Sterbenden umgegangen wird, zeigen sich hier keine merkbaren Unterschiede. Demgegenüber erweist sich insbesondere die Thematik „medizinisch komplexe Fallproblematiken“ hochgradig relevant für unsere Fragestellungen. Gerade die Versorgung der medizinischen Fälle, welche nach einem hohen Arbeitsaufwand verlangen und kostenmäßig den Rahmen zu sprengen drohen, können Aufschluss geben, ob und wie sich die ärztlichen Orientierungen unter den neuen Bedingungen verändern.

Darüber hinaus ergab sich eine Vielzahl kleiner Themen, an die sich weiter Vergleiche und Erörterungen anschlossen. Als Auswahl und mit Blick auf die hier zu verfolgende Forschungsfrage sind hier zu nennen: soziale Indikationen; geeignete Entlassungstermine, konsiliarische Ärzte; Beziehung zu den Krankenkassen; bürokratischer Alltag im Krankenhaus; Kooperation mit anderen medizinischen Institutionen; Chef- und Oberarztvisiten; formelle Entscheidungsgremien (vgl. Vogd 2004b, 139ff.).

Als neues, bislang noch nicht bearbeitetes, für unsere Fragestellung jedoch relevantes Thema erscheint nun noch die *Technik*, hier als Überbegriff die mit dem technischen Fortschritt verbundenen Einflüsse auf die ärztliche Arbeit.

Für die komparative Analyse ergeben sich nun eine Vielzahl von Vergleichsmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Themen, den beiden Teilprojekten und den unterschiedlichen Abteilungen. Über die Variation der Themen lässt sich das *tertium comparationes* systematisch variieren, um hierdurch dann ein differenziertes Bild der ärztlichen Handlungssphären zu entwerfen.

Wir suchen also nach wiederkehrenden und divergierenden Mustern und versuchen hieraus die Orientierungen und impliziten Werthaltungen der beteiligten Akteure zu rekonstruieren. Im Intra- wie im Interfallvergleich haben wir dann das empirische Material auf Widerständigkeiten und Widersprüche zu prüfen, um dann trotz Besonderheit und Einzigartigkeit der jeweiligen Szenen und Situationen auch Homologien in der Problembearbeitung feststellen zu können, die dann in gewissen Rahmen Generalisierungen in Bezug auf Sinn- und Soziogenese erlauben (vgl. Bohnsack 2001b).

38 Mit dem Begriff »„schwierige“ Patienten« sind Patienten gemeint, die sich aufgrund ihrer Person (hier im Luhmannschen Sinne als Produkt einer sozialen Zurechnung verstanden) bzw. ihrem Verhalten nicht in die Routinen des Klinikbetriebs einspielen lassen.

III Neuorganisation der ärztlichen Arbeit

In diesem Kapitel wird es darum gehen, wesentliche Veränderungen in der Organisation der ärztlichen Arbeit in den untersuchten Häusern und Abteilungen nachzuzeichnen. Zunächst wird hierzu generell der Blick auf die neuen, für beide Häuser geltenden Rahmenbedingungen zu lenken sein (*Kapitel 1*). Hierbei wird dann auch das System der *diagnose related groups (DRGs)* genauer darzustellen sein. Anschließend werden die wesentlichen Veränderungen in der chirurgischen und der internistischen Abteilung überblickartig geschildert (*Kapitel 2 und 3*), um dann die Veränderungen in der Arbeitsorganisation ausführlicher an den empirischen Beispielen des Arbeitsalltags der Stationsärzte zu illustrieren (*Kapitel 4 und 5*). In einem Exkurs wird nochmals genauer der Blick darauf gelenkt, wie die Krankenhausärzte lernen, dass Fallpauschalensystem „auszubeuten“ (*Kapitel 6*). Zum anderen werden wir einigen Anzeichen für eine neue Distinktion zwischen Privat- und Kassenpatienten nachgehen (*Kapitel 7*). Schließlich werden wir abschließend die beiden untersuchten Abteilungen vergleichend betrachten und erste Verallgemeinerungen wagen (*Kapitel 8*).

1 Veränderte ökonomische Rahmenbedingungen in den städtischen Krankenhäusern

Auch wenn sich die chirurgische Abteilung und die internistische Abteilung in zwei verschiedenen städtischen Krankenhäusern befinden, so lassen sich dennoch mit Blick auf die neuen ökonomischen Rahmenbedingungen, bzw. wie diese umgesetzt werden, einige Gemeinsamkeiten aufzeigen.

Von der öffentlichen Hand zum privaten Träger

Beide Kliniken waren im Jahr 2001 noch in öffentlicher Hand, sind dann jedoch an private Trägergesellschaften („Klinikkonzerne“) übergeben worden. Mit der neuen Trägerschaft stellte sich für die Häuser die Frage der Reorganisation ihrer Abteilungen. Stationen wurden geschlossen, und die Klinikleitung forschte weiter nach Rationalisierungspotentialen. So wurden in dem einen Haus die chirurgische und die internistische Intensivstation zusammengelegt, bei Halbierung der Bettenzahl. In dem anderen Haus fanden während der Beobachtungsphase „Begehungen“ durch eine international operierende Beratungsfirma statt, unter anderem mit dem Ziel, die Intensivstationen zusammenzulegen. Da beide Klinikkonzerne im Raum Berlin über mehrere städtische Krankenhäuser verfügen, werden zudem Schwerpunktbildungen angestrebt, indem kleinere Abteilungen geschlossen werden, um die Versorgung an andere Häuser aus

dem gleichen Betrieb auszulagern. Gespräche und Vermutungen darüber, welche Stationen oder Abteilungen in Zukunft noch der Rationalisierung zum Opfer fallen könnten, waren in beiden Häusern wiederkehrend zu vernehmen.

Zentralisierung von Funktionen

Der Einkauf, die Labors, die Apotheke sowie eine Reihe von Dienstleistungen (zum Beispiel die Reinigung der medizinischen Bestecke) wurden inzwischen konzernweit zentralisiert. Dies hat für beide Abteilungen zur Folge, dass von ärztlicher Seite nun nur noch auf Standardprozeduren zurückgegriffen werden kann. So wurde ein kostengünstigeres Blutabnahmesystem eingeführt, das sich für die ärztliche Routinearbeit jedoch als aufwendiger zu bedienen zeigt. Da die Apotheke nun nicht mehr im Haus ist, lässt sich nicht mehr auf informellen Wegen noch ein Medikament für das Wochenende besorgen. Da die meisten Laborarbeiten jetzt außerhalb des Hauses erledigt werden, kann nicht mehr kurz persönlich vorbeigeschaut werden, um einen Befund zu klären. Der Arzt muss telefonisch versuchen, zu dem vorzudringen, der sein Präparat bearbeitet hat.

Technischer Fortschritt: Computer und High-Tech-Diagnostik

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

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

Gut ein Viertel weniger Ärzte

Insbesondere im ärztlichen Bereich fanden in beiden Abteilungen Personalkürzungen im Umfang von etwa 25 bis 30% statt. Der Pflegebereich konnte demgegenüber seinen Personenschlüssel halten, wengleich auch hier von einer Intensivierung der Arbeit auszugehen ist, allein schon durch den höheren Patientendurchsatz. Aufgrund von veränderten Definitionen der Dienstformen, einer anderen Organisation der Spätdienste, und in einem Haus der Kürzung von Weihnachts- und Urlaubsgeldern haben die Ärzte in beiden Häusern gegenüber dem Jahr 2001 eine erhebliche Gehaltseinbuße hinnehmen müssen, die sich – je nach Berechnungsgrundlage und Position – auf 20 bis 25% beziffern lässt.

Erhöhter Verwaltungsaufwand für die Ärzte: DRG-Codierung

Nicht zuletzt zeigt sich als gemeinsames Moment in den beiden Häusern die Umstellung der Kostenabrechnung von der Liegezeit auf das Fallpauschalensystem. In den untersuchten Abteilungen oblag die Kodierung der Fallpauschalen innerhalb des DRG-Systems allein den Ärzten.¹

Während in den Untersuchungen, die im Jahre 2001 und 2002 durchgeführt wurden, alle Abteilungen in erheblichem Maße in schriftliche Auseinandersetzungen mit den Medizinischen Diensten der Krankenkassen verwickelt waren (die „gelben“ Zettel), ist in der zweiten Untersuchungsphase diesbezüglich Ruhe eingetreten. Nur noch selten stellen die Krankenkassen eine Behandlung bzw. deren Finanzierungen in Frage und entsprechend fallen für eine Station nun nicht mehr wöchentlich fünf bis zehn Aufforderungen an, die Therapie- und Diagnosemaßnahmen schriftlich zu begründen.

Der erhebliche zusätzliche ärztliche Verwaltungsaufwand, welcher durch die DRG-Verschlüsselungen entsteht, erscheint nun unter dem Lichte einer harmonischeren Beziehung zu den Krankenkassen. Von dieser Seite scheint die bürokratische Arbeit dann etwas verringert. Es stellt sich jedoch die Frage ob der „Waffenstillstand“ zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern mittelfristig bestehen bleibt. Es ist zu vermuten, dass sobald die Ärzte gelernt haben, dass DRG-System auszubeuten (bzw. kassenärztlicherseits ein diesbezüglicher Verdacht geäußert wird), die Kontrollanfragen seitens der Kassen wieder zur Regel werden.

Im Folgenden wird nun das so genannte DRG-System etwas ausführlicher darzustellen sein.

Das System der diagnose related groups

Mit dem System der *diagnose related groups* soll eine medizinisch-ökonomische Klassifizierung von Patienten ermöglicht werden. Dabei sollen einerseits die medizinischen Kriterien (Organsystem, Ursache der Erkrankung) codiert werden, andererseits der für die Behandlung nötige Ressourcenverbrauch (etwa die durchgeführten Prozeduren). Entwickelt wurden die DRGs in den 70er Jahren in den USA von Robert Fetter (Fetter et al. 1991) und dort dann in den 80er Jahren mit dem politischen Ziel eingeführt, die Liegezeit in den Krankenhäusern zu verkürzen.² Der Erfolg zeigte sich in der deutlichen Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen. Während in Australien und anderen Ländern mit ähnlichen Klassifikationssystemen die DRGs vor allem zur Bestimmung eines Globalbudgets für das Krankenhaus dienen, wurde es in Deutschland zur Abrechnung des Einzelfalls durch das behandelnde Krankenhaus eingeführt, der

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

2 Siehe als Einführung zum DRG-System auch Fischer (2002).

entsprechend zu „kodieren“ ist, um dann die Kosten gegenüber den Krankenkassen in Rechnung zu stellen.³

Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren

Voraussetzung für die Kodierung eines Patienten ist einerseits die Verschlüsselung einer Hauptdiagnose sowie der behandlungsrelevanten Nebendiagnosen im ICD Code⁴, sowie der am Patienten durchgeführten Prozeduren, welche im ICPM Code abgebildet werden können. Die Verschlüsselungsregeln werden in den „Deutschen Kodierrichtlinien“ festgehalten. Aus den Diagnosen und Prozeduren sowie dem Alter, Geschlecht, der Verweildauer und der Entlassungsart (z.B. normal, verlegt, verstorben) wird dann die DRG am Computer entsprechend einem Algorithmus ermittelt. Zusätzlich wird zu jeder DRG das so genannte *Relativgewicht* berechnet, mittels dem dann auch die Erträge verschiedener DRGs miteinander verglichen werden können. In Kombination dieser Codes erscheinen die DRGs dann als eine vierstellige Kombination aus Buchstaben und Ziffern. Sie stellen – dies ist hier zu betonen – in erster Linie eine ökonomische und nur bedingt eine medizinische Klassifikation dar, denn im Behandlungsprozess können sich beispielsweise auch eine Reihe von Prozeduren als bedeutsam erweisen, die in dem Codiersystem nicht abgebildet werden können.⁵

Komplexes System der Einzelfallabrechnung

Die Summe, welche das Krankenhaus nun für einen Behandlungsfall in Rechnung stellen kann, errechnet sich aus dem Produkt von Relativgewicht und dem so genannten Basisfallwert. Der Basisfallwert als Verrechnungseinheit wurde in den Jahren 2003-2005 noch individuell für die einzelnen städtischen Krankenhäuser verhandelt, da jede Einrichtung aufgrund ihrer Geschichte und dem Umfeld, in das sie eingebunden ist, über eine andere wirtschaftliche Ausgangslage verfügt. In den Jahren 2006-2007 soll die Verrechnungseinheit jedoch dann Schrittwise an eine für ein Bundesland jeweils einheitliche Summe angepasst werden. Unabhängig vom behandelnden Krankenhaus wird dann für eine DRG überall das Gleiche abgerechnet werden können. Die einzelnen Häuser werden dann mit Blick auf die Kosteneffizienz in Konkurrenz zueinander treten müssen und können dann auch nicht mehr lokale Gründe (etwa die Versorgungssicherung in ländlichen Gebieten oder sozialen Brennpunkten) als Sondergründe für einen höheren Basisfallwert geltend machen. Die Krankenhäuser werden nun also im Hinblick auf ihre Kosteneffizienz in Konkurrenz zueinander treten müssen.

Da das Deutsche DRG-System anders als in den meisten anderen Ländern, in denen es bisher zum Einsatz kommt, nicht nur zur Bestimmung des Globalbudgets eines Hauses dient, sondern zur Einzelfallabrechnung genutzt werden soll, sind hier eine

3 Siehe zu den unterschiedlichen DRG-Systemen Fischer (2000).

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

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

Reihe von Regelungen eingeführt worden, welche die vom Durchschnitt erheblich abweichenden Fälle berücksichtigen sollen. Für die meisten DRGs wurden eine obere und eine untere Grenzverweildauer festgelegt. Wird diese unterschritten, wird Geld abgezogen (um „blutige“ Entlassungen nicht zu belohnen), wird die durchschnittliche Liegezeit erheblich überschritten, erfolgt ein Zuschlag, um auch die Komplikationen zu vergüten. Zudem werden nun Zeiten festgesetzt, in denen eine wiederholte Einweisung ins Krankenhaus nicht vergütet wird. Hierdurch soll vermieden werden, dass einzelne Häuser, den Behandlungsprozess in verschiedene Untereinheiten aufspalten, um mehrere DRGs abrechnen zu können. Darüber werden die einzelnen Erlöse für eine DRG gemindert, wenn ein Patient durch zwei oder mehrere Krankenhäuser behandelt wird. Die keineswegs triviale Frage, wie in der DRG bezogenen Einzelfallabrechnung eine „Kostengerechtigkeit“ herzustellen ist, führt dazu, dass die Kodierungsregeln einer ständigen Änderung unterliegen.

Medizincontrolling: ökonomische Effizienz

Von seiner Intention her soll das DRG-System in der aktuellen Form also einerseits Behandlungen mit kurzen Liegezeiten, welche keine erneute Einweisung nötig werden lassen, belohnen. Krankenhausaufenthalte, in denen Patienten von einer Abteilung zur anderen verschoben werden, und Verschiedenstes behandelt wird, werden demgegenüber pekuniär „bestraft“, da das Krankenhaus trotz seines Aufwandes letztlich nur eine DRG abrechnen kann.

Andererseits werden durch die DRGs ökonomische Aspekte der Krankenhausleistung transparent und vergleichbar, da nun auf formaler Ebene Leistung gegenüber der Kosten-Einnahme-Seite in Form beliebiger Kombination miteinander in Beziehung gesetzt werden können. In Verbindung mit der EDV-mäßigen Aufarbeitung werden viele Möglichkeiten des *Controlling* eröffnet. Der individuelle Fall kann nun mit Blick auf das Verhältnis zwischen erwarteter und durchschnittlicher Liegezeit und im Hinblick auf die kodierbare DRG kalkuliert werden. Hierdurch erscheinen nun Gewinn und Verlust bringende Patienten. Darüber hinaus können im externen und internen Krankenhausvergleich Abteilungen, Stationen, im Prinzip sogar einzelne Ärzte und Ärzteteams miteinander in Beziehung gesetzt werden (vgl. Fischer 2005). Hierdurch ergeben sich vielfältige Möglichkeiten des *Benchmarking*. Vergleichshorizonte bilden dann jeweils die mittlere Liegezeit und der Durchschnitt der Behandlungskosten, welche dann auch den Basisfallwerten zugrunde gelegt werden. Ist man oberhalb des Durchschnitts, muss man die Kosten senken (etwa durch Personalkürzungen), bleibt man unterhalb, hat man noch Spielräume.

Kritik: Ökonomische anstelle medizinischer Orientierung

Das DRG-System ist von verschiedenster Seite kritisiert worden (siehe etwa Simon 2000). Zum einen steigt der Aufwand für Verwaltungsbereich und Kostenträger, zum anderen die administrative Belastung der Krankenhausärzte, auf deren Beitrag in der Regel nicht verzichtet werden kann, da ein hoher medizinischer Sachverstand notwen-

dig ist, um die Codierungen zu erstellen (und von anderer Seite zu überprüfen).⁶ Aus diesem Grunde entsteht sogar ein neues Berufsbild, der Medizincontroller, der eigens dafür abgestellt wird, die Codierungen zu überwachen. Auch wird in Frage gestellt, ob die politisch intendierten Steuerungseffekte durch dieses System erreicht werden, oder ob nicht auf der einen Seite, nun die Häuser veranlasst werden, Patientenselektion zu betreiben, bzw. versuchen einen Teil ihrer Arbeit auf den ambulanten Bereich abzuwälzen, wo dann auch mit Folgekosten zu rechnen wäre (Stichwort „blutige Entlassung“). Auf der anderen Seite besteht der Verdacht, dass die Klinikärzte lernen könnten, dass DRG-System dadurch auszubeuten, in dem ihre Behandlungsfälle nun durch eine Manipulation der Diagnosestellung ökonomisch aufgewertet werden (Stichwort „upcoding“). Nicht zuletzt bleibt das DRG-System lückenhaft. Eine Reihe von medizinisch sinnvollen Behandlungsprozessen (z.B. der „ein Tages-Fall“) sind bislang nicht abzurechnen. Auch sind nicht alle kostenrelevanten Patientenmerkmale abgebildet, so dass hier unter Umständen Krankenhäuser in bestimmten sozialen Umfeldern „ungerechtfertigter“ Weise Nachteile in Kauf nehmen müssen.

Um hier die Kritik mit Blick auf unsere Untersuchungsfragestellung zu reformulieren: es stellt sich der Verdacht, ob nicht durch das DRG-System die Ärzte dazu gebracht werden, weniger als Ärzte, denn als Ökonomen zu agieren.

2 Veränderungen in einer chirurgischen Abteilung

Im Folgenden möchten wir einen Überblick über die Wandlungsprozesse auf der chirurgischen Station geben. Da wir die Anonymität der beteiligten Akteure wahren möchten, werden wir in der Darstellung nur bedingt ins Detail gehen können. Gegebenenfalls werden wir die Daten ein wenig verfremden müssen, um auch für den Insider die Chance zu verringern, Ort und Personen wieder zu erkennen.

Postoperative Versorgung nun überwiegend von der Station aus

Im Jahr 2000 waren der Station, die beobachtet wurde, ein Oberarzt, eine Fachärztin, ein Assistent in Weiterbildung sowie ein Arzt im Praktikum zugeordnet. Im Jahr 2004 waren der gleichen Station bei geringfügig verringerter Bettenzahl (vormals knapp vierzig) vier Stationsärzte zugeordnet, von denen keiner über eine Facharztausbildung verfügt, zudem ein Oberarzt. Auf den ersten Blick scheint hier personalmäßig gar eine Verbesserung eingetreten zu sein, doch – anders als bei den Internisten, bei denen sich die Struktur der Abteilung nicht geändert hat – kann bei den Chirurgen von der Stationsbesetzung aus nicht auf die zur Verfügung stehenden Personalkapazitäten geschlossen werden, da sich die Verteilung der Arbeitsaufgaben in vieler Hinsicht geändert hat. So wurde die der Chirurgie zugehörige Intensivstation („Wache“), in der die Patienten

⁶ Selbst bei den Chirurgen, die es in der Regel mit eindeutigen Diagnosen zu tun haben, wird der Ertrag in gut einem Drittel durch die aufwendigere Diagnosen Codierung aller Nebendiagnosen erhöht (vgl. Mieth, et al. 2002).

die Zeit nach der Operation verbrachten, geschlossen. Die Patienten kommen jetzt bei kleinen Operationen sofort wieder auf die Normalstation. Bei größeren Operationen übernimmt eine nun gemeinsame internistische Intensivstation die Betreuung. Da aber nur noch acht Intensivbetten (gegenüber vorher sechzehn Betten) zur Verfügung stehen, sind die Kapazitätsgrenzen schnell erreicht, sodass die Patienten nun in so genannte Intermediärbetten verlegt werden, die dann von den Ärzten der peripheren Station mitbetreut werden müssen. Die erhöhte Zahl der Ärzte, welche den Stationen zugeordnet ist, wäre also zu verrechnen mit dem Wegfall des Oberarztes und des auf Schichtdienst ausgelegten ärztlichen Personals der chirurgischen Wache. Auf ganze Abteilung umgerechnet bedeutet dies hier eine Personalkürzung um etwa 25%. Da nun beispielsweise die nächtliche Versorgung frisch operierter Patienten nicht unterbleiben kann, sind die Nacht- und Bereitschaftsdienste des verbliebenen Personals entsprechend intensiviert, denn zusätzlich zur Notaufnahme und den Aufgaben, die zuvor schon auf der Station anfallen, sind dann noch die Intermediärbetten aufzusuchen und die frisch operierten „kleineren“ Fälle zu versorgen. Nur die „wirklich“ schweren Fälle werden in den teuren Intensivbetten betreut, denen dann rund um die Uhr eine lückenlose ärztliche Anwesenheit zur Seite zu stellen ist.

Ambulante Operationsvorbereitung

Neu ist auch die Einrichtung eines Aufnahmezentrums, das von ärztlicher Seite jedoch auch von den Chirurgen der Stationen betreut wird. Hier finden in gebündelter Form die Aufnahmeuntersuchung, die Kontrolle der Befunde sowie die Einschaltung der Anästhesisten statt. Zudem wird der Patient hier vollständig über den zu erfolgenden Eingriff aufgeklärt und hat dann auch seine Einverständnis erklärende Unterschrift zu leisten. Der aufnehmende Arzt hat zu schauen, ob bereits alle Daten vorliegen und die Kriterien erfüllt sind, um den Patienten zur Operation auf die Station aufzunehmen. Gegebenenfalls muss dann noch ein wenig Umfelddiagnose betrieben werden, oder der Patient wird nochmals nach Hause geschickt, um dann beispielsweise ambulant noch eine Untersuchung nachzuholen.

Während im Jahr 2000 noch ein Großteil dieser Arbeiten zwischendurch – und auch manchmal erst einen Tag später – auf der Station gemacht wurden, dabei die Stations- und in der Regel auch die Oberärzte sich persönlich mit dem Fall vertraut gemacht haben, wird jetzt systematisch arbeitsteilig vorgegangen. Die gebündelten Aktivitäten im Aufnahmezentrum führen dazu, dass überwiegend „operationsbereite“ Patienten auf die Station kommen und nicht erst noch ein paar Tage „verschwendet“ werden müssen, um offene Fragen zu klären oder Diagnostik zu betreiben, die auch ambulant hätte geschehen können.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass nun auch für die Ärzte in der Summe weniger Arbeit anfällt, nur ist diese unter den neuen Verhältnissen im Aufnahmezentrum gebündelt zu leisten. Gegebenenfalls wird dann noch schnell ein Oberarzt hinzu gerufen, um eine offene Frage zu klären, oder einige Telefonate mit den externen Ärzten geführt, welche die Befunde erstellt haben, die der Patient vorlegt. In diesem Sinn ist eine Aufnahme

in der Regel in weniger als vierzig Minuten erledigt. In Einzelfällen kann es dann allerdings schon mal eine Stunde und auch länger dauern.

Die neue Form der Organisation dieser Prozesse bringt insbesondere eine Rationalisierung im Hinblick auf die Liegezeit, welche ein Patient im Krankenhaus verbringen wird. Für eine unkompliziert verlaufende Gallenoperation hatte dieser im Jahr 2000 noch fünf Tage auf der Station zu liegen. Im Jahr 2005 kommt er präoperativ vorbereitet an dem Tag, an dem er operiert wird, auf die Station und kann dann in der Regel nach zwei Übernachtungen wieder nach Hause gehen, falls die schnelle Mobilisierung gelingt.

Die Verkürzung der Liegezeit geht jedoch nicht einher mit einer Rationierung der zu leistenden ärztlichen Arbeit. Die vorbereitende Beratung, die wie damals von den Fachärzten und Oberärzten der Station in speziell dafür vorgesehenen Sprechstunden geleistet wird, die Arbeit im Aufnahmezentrum, die postoperative Versorgung (und selbstredend der chirurgische Eingriff) bleiben als notwendige Leistungen auch unter den engen Zeitvorgaben unhintergebar.

Dynamisierung der Arbeitskontexte

Da nun, wie anfangs geschildert, die Abteilung eine Personalkürzung von gut einem Viertel der Stellen hinnehmen musste, die Operationszahlen und der durchschnittliche Schweregrad der Eingriffe (entsprechend dem „Casemix“ Index) jedoch noch zugenommen haben,⁷ stellt sich die Frage, wie die Rationierungen in der ärztlichen Arbeit bewältigt werden.

Zunächst zeigt sich eine Dynamisierung der ärztlichen Arbeitskontexte. Diese sind nun nicht mehr fein säuberlich in dafür vorgesehene Zeitfenster getrennt, sondern durchdringen und überlagern sich. Ein (Stations-)Arzt ist jederzeit für verschiedene Tätigkeiten verfügbar. Er pendelt je nach Bedarf zwischen Aufnahmezentrum, Stationsversorgung, Angehörigengesprächen, Verwaltungstätigkeiten und Operationstisch hin und her. In der Prioritätenhierarchie, in welcher der Operationsaal uneinholbar an erster Stelle steht, konkurrieren dann mit unterschiedlicher Gewichtung die anderen Aufgaben um die ärztliche Aufmerksamkeit. Da die Führung des Klinik Konzerns Wert darauf legt, dass die Fälle nach drei Tagen administrativ abgeschlossen werden, liegt die Verwaltungsarbeit in der Hierarchie nun nicht mehr an letzter Stelle. Während im Jahr 2000 sich die Patientenakten noch meterhoch türmen konnten, hat der *formale* Abschluss eines Falles im Jahre 2004 oftmals höhere Priorität als das noch zu führende Patientengespräch.⁸

7 Eine genaue Aufschlüsselung der Kennzahlen der untersuchten Abteilung kann ich hier nicht leisten, um die Maskierung der Organisation nicht zu gefährden.

8 Um hier die „alte“ Relevanzstruktur im Hinblick auf den Umgang mit den bürokratischen Aufgaben zu verdeutlichen, siehe die folgende Beobachtungssequenz aus dem Jahr 2000:

11:50 (im Arztzimmer, eine Chirurgin von der Nachbarstation kommt ins Arztzimmer)

Chirurgin: ... in der Ersten Hilfe ... da ist jetzt keiner der Altvetter ist um 10:15 gegangen, kann dann nicht um 10:30 einen kleinen Jungen verarzten ... der sagt dann noch nicht mal Tschüß, wenn er geht ... ist ja ok, wenn der früher geht ... aber Bescheid sagen sollte der zumindest ... war auch Samstag so ... ich muss Akten ordnen bis Manhattan ...

Routinetätigkeiten nun außerhalb der bezahlten Arbeitszeit

Die Patienten bezogenen Routinearbeiten laufen nun in den Zeiten, welche nicht mehr von drängenden Aufgaben besetzt werden. Die Verbandsvisite kann – wie üblicherweise angestrebt – vormittags stattfinden, oder dann auch mal am frühen oder späteren Abend. Die essentiellen Blutabnahmen,⁹ sowie die insbesondere für die postoperativen Patienten unverzichtbare Blitzvisite, in der kontrolliert wird, ob Komplikationen auftreten, bzw. gegebenenfalls medizinische Sofortmaßnahmen getroffen werden müssen, kann nun nur noch außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit stattfinden. Aus diesem Grunde kommen die Ärzte nun schon regelmäßig zwischen 7:00 und 7:15 auf die Station, also eine halbe bis dreiviertel Stunde bevor ihre offizielle Arbeitszeit beginnt. In dieser unbezahlten Mehrarbeit können sie sich um diese Dinge ungestört von anderen Anforderungen kümmern.

Stationsarzt Scholz: muss ich auch (zeigt auf die auf dem Schreibtisch angehäuften Berge alter Patientenakten) habe auch ein kleines Manhattan ... komm gehen wir zusammen in die erste Hilfe ... (beide gehen aus dem Raum)

- 9 Innerhalb der drei Monate Beobachtung im Jahr 2000 kam es nur ein einziges Mal vor, dass die Blutabnahmen nicht vom Stationsarzt während der regulären Arbeitszeit durchgeführt werden konnten. Die folgenden Szenen lassen deutlich werden, dass es noch nicht die Regel war, dass die chirurgischen Stationsärzte diese und andere Routinearbeiten am Patienten außerhalb des offiziellen Dienstes durchgeführt haben:

14:40 (*Die Ärzte stehen vor dem OP-Plan und überlegen, wie sie das Problem lösen können, dass am nächsten Tag alle Ärzte im Operationssaal eingeteilt worden sind*):

Oberärztin Dr. Puls: ... die ersten OPs von Dir [Dr. Schneider] könnte ich auch noch machen ...

Dr. Scheider: ... nein dass geht nicht, wenn der Chef dabei ist, dann denkt der noch, ich will nicht mit ihm ...

Oberärztin: ... ich kann dann die Verbandsvisite machen, wenn ihr das vorher mit dem Blutabnehmen schafft ...

Stationsarzt Scholz und Stationsärztin Dr. Schneider: ... wir kommen dann ein bisschen früher und nehmen Blut ab ...

Oberärztin: ... ich mache dann die Verbandvisite ...

(am folgendem Tag)

8:10 (*im Stationszimmer*)

Stationsarzt Scholz (zum Beobachter): ... hättest Du gestern da sein müssen, da war was los ... keiner da ...

Beobachter: ... habe am Montag noch die Planung mitbekommen ... ihr solltet vorher noch Blut abnehmen und Frau Puls [die Oberärztin] wollte dann die Verbandsvisite machen ...“

Stationsarzt: ... da hat die sich dann tierisch drüber aufgeregt ... hochqualifiziertes Personal ... minderwertige Arbeiten ...

(ein wenig später)

8:40 (*Stationszimmer*)

Schwester Bärbel (zum Stationsarzt): ... du musst noch Blutabnehmen, ist auch noch nicht gemacht ...

Stationsarzt Scholz: ... wann soll ich das denn noch gemacht haben ... soll ich um 6 Uhr anfangen?

Schwester Bärbel: ... ich sag ja bloß, das muss gemacht werden, nicht dass es dann um 11 Uhr heißt ... und dann Ärger gibt ... Schwester Sabine: ... nur den nicht ärgern ... der ist sowieso schon genervt.

(Zwischen 8:50 und 9:40 nimmt der Stationsarzt Blut ab)

OP-Pläne: weniger, dafür exquisitere Ausbildung

Im Jahr 2000 wurden dem Facharzt bei kleinen Operationen (zum Beispiel einem Leistenbruch) in der Regel noch zwei ärztliche Assistenten zugeteilt, bei großen Operationen war auch noch eine dritte Assistenz üblich. Demgegenüber werden unter den neuen Verhältnissen jeweils nur noch ein bzw. bei den größeren Eingriffen zwei Assistenten zugeteilt.

Für den Ablauf einer Operation bedeutet die Verringerung der Assistenten keinen Nachteil, denn auch kostengünstigeres nicht ärztliches Personal kann die Haken halten. Jedoch verändert sich hierdurch nun die Ausbildungssituation für die jungen Ärzte. Diese müssen ihre Operationskataloge voll bekommen, um den Facharzttitel erlangen zu können und sind insbesondere bei den selteneren Krankheitsbildern darauf angewiesen, vor Ort die Dinge gezeigt zu bekommen. Aus Perspektive der Facharztausbildung ergibt sich nur die ambivalente Situation, dass sich insgesamt gesehen deutlich weniger Ausbildungsassistenten in den Operationssälen befinden, die ausgewählten Ärzte jedoch mehr lernen, da sie nun schneller in die begehrte Position der ersten Assistenz aufrücken. Wie von anderen Häusern berichtet wurde, kann dies im Extremfall dazu führen, dass manche chirurgischen Weiterbildungsassistenten kaum noch im OP-Saal anzutreffen sind, da sie ihre meiste Zeit für die Aufnahme und die Stationsarbeit zugeteilt werden, während wenige Privilegierte, die interessanten Eingriffe gezeigt bekommen. In dieser Abteilung wird ein anderer Weg eingeschlagen. Die Weiterbildungsassistenten kommen im OP-Saal zum Zuge. Zugleich wird von ihnen jedoch erwartet, außerhalb der bezahlten Arbeitszeit die Stationsarbeit zu leisten. Die Aufnahme wird von erfahrenen Altassistenten besetzt, die dann allerdings kaum noch operieren.

Mit Blick auf beide angedeuteten Lösungswege ist hier langfristig unter den Chirurgen mit einer noch stärkeren Binnendifferenzierung zu rechnen. Über die Ausdifferenzierung der Fachdisziplinen hinaus wird es den Generalisten, der beispielsweise zugleich Bauch-, Gefäß- und Unfallchirurgie gut beherrscht, in Zukunft nicht mehr geben. Auch in den Subdisziplinen findet eine stärkere Binnendifferenzierung statt. Mit der Verknappung der Ausbildungschancen wird es dann zwei Klassen von Chirurgen geben. Die einen würden dann durch die üblichen pro forma Attestierungen von erbrachten Leistungen zwar den Facharzttitel erlangen können, aber *de facto* nicht mehr in der Lage sein, komplizierte Operationen zu führen. Die andere Gruppe würde demgegenüber eine exquisite Ausbildung in ihrem Spezialgebiet erhalten.

Reduzierte Arzt-Patient-Kommunikationszeiten

Die Belegung der OP-Säle stellt nicht das einzige Feld dar, in dem ärztliche Arbeitskraft rationiert werden kann. Insbesondere der Zeitaufwand, welcher für die Kommunikation mit dem Patienten benötigt wird, ließ sich erheblich reduzieren. Unter den neuen Bedingungen werden die schlafenden Patienten während der Frühvisite morgens um viertel nach sieben gefragt, ob „alles in Ordnung sei“, und der Arzt wirft dann einen besonderen Blick auf die frisch Operierten und die komplizierten Fälle. Die Vorschal-

tung des Aufnahmezentrums führt zudem dazu, dass die Stationsärzte kein ausführliches Anamnesegespräch mehr führen müssen. Auch sind die Oberarztvisiten deutlich reduziert geworden. Während im Jahr 2000 noch routinemäßig ein bis zwei Mal die Woche eine Visite durch den Oberarzt durchgeführt wurde, in der die Patienten dann ihre Fragen an den Experten richten konnten, wird dieser nun in der Regel nur noch bei den komplizierten Fällen eingeschaltet. Eine Sozialanamnese findet nun auch „offiziell“ nicht mehr statt, wenngleich hier bemerkt werden muss, dass das psycho-soziale Umfeld der Patienten seitens der Chirurgen auch zuvor nicht besonders ausführlich thematisiert wurde.¹⁰

Technische Aktanten in verdichteter Kommunikation

Auch in der Stationsarbeit hat sich die Arbeitsintensität wesentlich erhöht. Im zweiten Beobachtungszeitraum waren die Ärzte ständig im Arbeitseinsatz und fanden kaum Zeit, eine Pause für eine kurze Zwischenmahlzeit einzulegen. Nur in der Zeit vor Weihnachten, in der etwas weniger Patienten zu einer elektiven Operation auf die Station kamen, entspannte sich die Situation, so dass auch mal über anderes als das akut medizinisch und organisatorisch Notwendige gesprochen werden konnte. Wenn nun – wie im Beobachtungszeitraum geschehen – der Abteilung aufgrund von Urlaub und Krankheit zwei Kollegen weniger zur Verfügung stehen, müssen die verbleibenden Ärzte ihren Alltag sprichwörtlich ohne Ruhepausen bewältigen.

Dass die Arbeit in der beobachteten Form intensiviert werden konnte, ist nicht zuletzt einer technischen Neuerung zu verdanken, welche in der Zwischenzeit eingeführt worden ist. Im Gegensatz zu früher ist nun jeder Arzt mit einem Funktelefon ausgestattet, das er während der Arbeitszeit bei sich trägt.

Mit Ausnahme der Zeit, die er am OP-Tisch steht, kann der Arzt nun praktisch in jeder Situation „Kommunikationsarbeit“ leisten. Auf dem Gang laufend, die Treppe hinunter gehend, im Aufzug stehend wird nun praktisch jederzeit telefoniert. So kann dann beispielsweise auf dem Weg zum OP-Saal bei der Röntgenabteilung telefonisch angefragt werden, ob eine bestimmte Untersuchung heute noch möglich sei. Fragen eines Angehörigen werden während der Untersuchung eines anderen Patienten im Aufnahmezentrum beantwortet. Während der Kaffeepause kann mit dem Labor gesprochen werden und sogar auf der Toilette konnten Ärzte beim Telefonieren gehört werden.

Mittels dem Funktelefon verläuft die klinische Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren, nun unmittelbar ohne Aufschub, „in time“. Beispielsweise lässt eine Frage eines Patienten zu seinem Gesundheitszustand den Arzt nun nicht selten sofort zum Hörer greifen, um die fehlende Information vom Labor, oder einem anderen

10 Hier zur Verdeutlichung eine Szene aus dem Jahr 2000. Ein Stationsarzt erklärt einer Famulantin, Anhand des auf der Station üblichen Anamneseformulars wie sie die Patientenaufnahme durchzuführen habe. Das Formular sieht eine Befragung zu den psychosozialen Lebensverhältnissen vor. Der Chirurg deutet das Wort „soziale Anamnese“ keineswegs im Sinne einer diesbezüglichen Befragung des Patienten:
12:30 Arztzimmer
Famulantin: ... und jetzt bei dem Punkt „soziale Anamnese“?
Stationsarzt: ... das meint dann, wer der Hausarzt ist, die Verwandten und die Telefonnummern.

für diesen Fall relevanten Akteur zu bekommen. Auch die Pflegekräfte können einen Stationsarzt nun (fast) jederzeit ans Ohr bekommen.

Im Sinne von Bruno Latour (2000, 211ff.) erscheint das Funktelefon nicht nur als passives Medium, sondern selbst ein „Aktant“, der die sozialen Verhältnisse auf der Station mitgestaltet. Es suggeriert und bahnt die „universelle Verfügbarkeit“, ein Einspielen in die neue organisationale Logik, derzufolge die Dinge nun vor allem schnell und wenn möglich sofort zu geschehen haben.

Anders als der „Pieper“, bei dessen Erklängen der angerufene Arzt noch die Souveränität hatte, den anderen ein bis zwei Minuten auf seinen Rückruf warten zu lassen, nihiliert das Handy jegliche soziale Distanz. Das Handy hebt einen nicht unbedeutenden Aspekt der ärztlichen Macht auf, denn – um hier an Bourdieu anzuschließen¹¹ – wer nicht mehr über seine Zeit und die Zeit der anderen bestimmen kann, verliert an Macht. Das Handy unterläuft die alten Rituale, sich durch Verzögern und den anderen Warten lassen, Respekt verschaffen zu können.

Ob während einer Visite, in der Cafeteria oder im Bad angerufen, der Arzt beantwortet unter den neuen Verhältnissen jeden Anruf *sofort*, fast in jeder Situation und ohne Umschweife. Nur in den leitenden Positionen mag man sich dann ab und zu verbitten, durch allzu nervende Anfragen der unteren Ebenen gestört zu werden. Doch in der Regel wird es für die Ärzte im Krankenhaus keine Privaträume mehr geben. Dadurch, dass die ärztliche Kommunikation nun an jedem Ort und zu jeder Zeit erfolgt, bekommt nun auch der Patient des Öfteren mit, was und wie seine Ärzte arbeiten. Er kann nun mithören, wie ein Arzt im Patientenzimmer telefonisch seine Laborwerte abfragt, wie er den Anästhesisten über eine Komplikation informiert, wie er versucht, den Hausarzt zu erreichen, um Einzelheiten für die poststationäre Versorgung sicher zu stellen.

In diesen Sinne nehmen die Patienten etwas unmittelbarer an der ärztlichen Arbeit teil, als dies noch vor vier Jahren war, während die Arbeitsgespräche ohne Zuschauer und in Ruhe vom Stations- oder dem Arztzimmer aus geführt wurden. Es verwundert deshalb nicht, dass unter den aktuellen Verhältnissen von Patientenseite öfters wieder ein „Danke“ zu vernehmen ist, denn die neue Transparenz der ärztlichen Arbeit scheint Vertrauen zu stiften, dass die Ärzte wirklich engagiert sind. Der ständige Gebrauch des Handys erscheint hier gewissermaßen als *Mittel* wie auch *Symptom* einer hohen Intensivierung der ärztlichen Arbeit.

11 »Das Warten ist eine hervorragende Weise, Macht und die Verbindung zwischen Zeit und Macht zu schmecken. [...] Man müßte einmal alle Verhaltensweisen zusammenstellen und untersuchen, die mit der Ausübung von Macht auf die Zeit anderer zu tun haben, und zwar von Seiten des Mächtigen (Vertrösten, Hinhalten, Hoffnungen wecken, Verschieben, Abwarten, Aussetzen, Vertagen, sich Verspäten – gerade umgekehrt: Überstürzen, Überrumpeln) wie von Seiten des Machtlosen, des „Patienten“, wie es in dem medizinischen Universum (einer der Hauptstätten angsterfüllten, ohnmächtigen Wartens) heißt, eines Dulders, der sich in Geduld zu üben hat. [...] Folglich ist die Kunst „sich Zeit zu nehmen“, „der Zeit Zeit genug zu geben“, wie Cervantes sagt, hinzuhalten, zu vertrösten, aufzuschieben, ohne allzu sehr zu enttäuschen, damit die Erwartung selbst nicht zerstört wird, ein integraler Bestandteil der Machtausübung« (Bourdieu 2001, 294).

Auseinanderdriften der Rhythmen bürokratischer und medizinischer Arbeit

Gerade in den Tagen, wo die verfügbaren ärztlichen Arbeitskräfte besonders knapp sind, laufen die Ärzte wie in Trance durch die Gänge, führen dann in wenigen Minuten eine Reihe von Untersuchungen durch, verabreden Termine mit der Funktionsdiagnostik und beantworten zwischendurch noch Fragen von Patienten und Angehörigen. Diese Arbeitsdichte verlangt eine erhebliche Konzentration und in diesem Sinne wundert es nicht, dass einige Ärzte sich mehrfach bei dem ihn begleitenden soziologischen Beobachter dafür entschuldigen, dass sie ihm jetzt nichts erklären könnten, da sie sonst all jene Dinge, welche zu tun seien, nicht im Gedächtnis behalten könnten. Die beschleunigte medizinische Arbeit läuft in einem anderen Rhythmus als die trägere Dokumentationsarbeit der bürokratischen Routinen. Entsprechend haben sich die Chirurgen mittlerweile angewöhnt, die Aktenarbeit nicht mehr unbedingt unmittelbar an Untersuchungen und Visiten anzuschließen, sondern erst in einer „Pause“ im Stationszimmer nachzutragen.

Man wird vielleicht zunächst zwei Ultraschalluntersuchungen machen, dann die hieraus folgenden Röntgenuntersuchungen telefonisch vereinbaren, zwischendurch ein Angehörigengespräch führen, dann den Oberarzt informieren, den OP-Plan korrigieren, um dann – vielleicht 30 Minuten später, manchmal aber auch erst in ein paar Stunden – im Stationszimmer die Ergebnisse der Untersuchungen aufs Papier zu bringen, die Anforderungszettel an die Röntgenabteilung auszufüllen und in der Patientenkurve notieren, dass mit dem Angehörigen über den Verzicht auf weitere operative Eingriffe gesprochen wurde.

Fehlerkommunikation

Angesichts der vielfältigen Aufgaben und Daten, die von den Stationsärzten gleichzeitig präsent gehalten werden müssen, wundert es zunächst, dass nur selten Fehler im Datentransfer geschehen, also seitens der Ärzte durchweg eine hohe Konzentration aufrecht erhalten wird und die Dinge im Wesentlichen in ihrem Blickfeld bleiben. Für den soziologischen Beobachter entstand sogar der Eindruck, dass der Informationstransfer unter den arbeitsintensiveren Verhältnissen im Jahr 2004 eher verlustfreier verläuft, als in den Zeiten, als die Patienten noch länger auf der Station lagen und noch deutlich mehr Zeit für Pausen und persönliche Dienstübergaben vorhanden war. Eine mögliche Antwort auf die Frage, warum die Intensivierung der Arbeit offensichtlich nicht unbedingt zu mehr Fehlern führen muss, kann zum einen darin liegen, dass mit der Intensivierung der Arbeit zugleich auch die Kommunikation über Fehler intensiviert wurde (vgl. Kapitel III.4), zum anderen dass die Reibungsverluste durch innerhierarchische Konflikte geringer geworden sind, da für eine bestimmte Form mikropolitischen Spiele keine Zeit mehr zur Verfügung steht (vgl. Kapitel IV.4).

Die kürzeren „Dienstwege“ in einer kleiner gewordenen Abteilung und das technisch beschleunigte Kommunikationsnetz sorgen dafür, dass jeder schnell Bescheid weiß, wenn einem Kollegen diese oder jene Panne unterlaufen ist. Darüber hinaus findet über die wöchentlichen Chefvisiten, die gemeinsame Röntgenbesprechungen und

die Visiten auf der Wache eine dichte Kontrolle der Geschehnisse auf der Abteilung durch die leitenden Ärzte statt. Der Chefarzt erweist sich – wie schon im Jahr 2000 – als wirkmächtiger Kontrolleur im Sinne einer medizinischen Qualitätssicherung. Auch die gestandenen Ärzte zeigen selbst bei kleinen Pannen Angst, dass diese ihrem Vorgesetzten zu Gehör kommen könnten.¹² Die zunehmende Geschwindigkeit auf der einen Seite wird hier auf der anderen Seite durch den starken Druck, nichts falsch zu machen, „balanciert“, auch wenn wohl die physischen und psychischen Grenzen der Belastbarkeit für manchen Arzt gelegentlich überschritten werden.¹³

Flachere Hierarchien

Wie bereits angedeutet, werden durch die schnellen Abläufe aufgrund der höheren Arbeitsdichte auch die Spielräume für mikropolitische Stellungskämpfe geringer. Es besteht keine Zeit mehr, um unterschiedliche Auffassungen über das angemessene therapeutische und diagnostische Vorgehen auf der Station auszutragen. Das hohe Arbeitspensum lässt die Ärzte quasi näher zusammen rücken und selbst der Chefarzt kann nicht mehr – wie früher – seine Macht dadurch inszenieren, dass er sich bei Entscheidungsbedarf der Kommunikation entzieht (vgl. Kapitel IV.4), oder seine Untergebenen auch mal eine halbe Stunde auf sich warten lässt, wie dies im Jahr 2000 noch regelmäßig zu beobachten war (siehe Vogd 2004b, 233). Die Hierarchie ist weniger steil geworden. Anders als früher greift ein Assistent bei einer dringenden Frage nun selbst zum Telefon, um den Chefarzt um eine Antwort zu bitten. Die innerhierarchischen Linien der Entscheidungskommunikation laufen also nicht mehr nur über die Kette Assistent => Facharzt => Oberarzt => Chefarzt und die Stationsärzte brauchen nicht mehr darauf zu warten, dass der Chefarzt im Falle von Entscheidungsbedarf von selbst auf das Problem anspringt. In diesem Sinne – und auch mit auf Blick auf ein kleiner gewordenenes Team – erscheint die Hierarchie nun etwas weniger steil.

12 Für den Beobachtungszeitraum 2000 siehe als Beispiel Vogd (2004b, 232f.). Homologe Szenen lassen sich auch 2004 beobachten, wie folgendes Beispiel illustriert:

Dienstag, 16:10 (Stationszimmer)

Oberarzt Dr. Hertel (zu Dr. Stiehl und Oberärztin Dr. Miller): ... jetzt bei Herrn Maintz ... morgen bei der Chefvisite nicht erzählen, dass ich ihn dann noch mal auf die Wache geschickt habe ... Montag war er [der Chef] dann glücklicherweise nicht da ... habe ihn dann abends ... habe gedacht rufe ich da unten an ... und ein paar Minuten später war der dann unten ... jetzt, wenn der Patient [bei der Visite] damit anfängt, ihm den Mund zu halten ...

13 Zumindes wird dies von dem Pflegepersonal so gesehen:

Donnerstag, 2.12., 10:50 Stationszimmer (Der Beobachter sitzt mit zwei Krankenschwestern im Stationszimmer und erzählt kurz von seiner Studie)

Schwester Martha: ... ist jetzt unmenschlich geworden ... die Ärzte können sich ja dann auch nicht wehren ... nur Zeitverträge ...

Schwester Ute: ... die Ärztin von der Nachbarstation, die mit den braunen Haaren, die ist dann mal umgekipp in irgend einem Zimmer, hat dann erstmal keiner gemerkt ... war dann auf der Intensivstation

Beobachter: ... jetzt mit der Stationsarbeit, war ja früher ein Arzt immer auf der Station. Jetzt scheint die Stationsarbeit ja überwiegend von Ärzten im Zustand „nach Dienst“ gemacht zu werden. Ist das jetzt immer so?

Schwester Ute: Ja, das ist jetzt immer so ... zur Zeit ist es ja noch ruhig, weil wir wenig Patienten haben

...

Teilhabe an chirurgischer Exzellenz

Die bisherigen Ausführungen lassen deutlich werden, dass insbesondere auf den Ausbildungsassistenten ein noch höherer Druck liegt, als in der ersten Beobachtungsphase. Auch wenn die Hierarchien flacher geworden sind, bleiben die Jungassistenten strukturell hochgradig ausbeutbar, da sie auf die Gunst ihrer Vorgesetzten angewiesen sind, um ihre Facharztausbildung erfolgreich absolvieren zu können. Noch mehr unbezahlte Überstunden sind also in Kauf zu nehmen, um am OP-Tisch zum Zuge zu kommen. Die erhebliche „Ausbeutung“ erscheint für die Akteure nur deshalb erträglich, weil sie im Bewusstsein leben, an der chirurgischen Exzellenz einer hervorragend arbeitenden Abteilung teilzuhaben. In diesem Sinne erklären dann einige Assistenten, dass man hier im Hause eine „exquisite Ausbildung“ bekomme, und mit Blick auf die zahlreichen Kollegen, die aus dieser Abteilung den Aufstieg in eine Leitungsposition in einem anderen Haus geschafft haben, auch für sie diese Hoffnung nicht unbegründet sei. Wenngleich auch unter Assistenten oft Klagen über die Arbeitsbelastungen zu hören sind, erlebt man sich als Teil eines „*Centre of Excellence*“ und nimmt es entsprechend stoisch hin, sich durch den starken Druck,¹⁴ der in dieser Abteilung herrscht, formen zu lassen.¹⁵ Innerhalb der beobachteten Abteilung trägt noch der starke chirurgische Ethos.

Die Umstrukturierungen des Krankenhauses bedrohen hier – anders als bei den Internisten (vgl. Kapitel III.3 und III.5) – den vertrauten professionellen Habitus der Chirurgen nicht in seinem Kern. Die Ärzte mögen sich zwar stärker ausgebeutet erleben, und auch monetär nicht angemessen entlohnt, dennoch erhalten sie im Operationsaal mit ihrem unhintergehbaren Kerngeschäft weiterhin eine Domäne professioneller Reinheit.

Auch wenn die Arbeit auf Station, in der Aufnahme sowie die bürokratischen Aufgaben als sehr belastend erlebt werden, lässt sich oft im Operationsaal wieder aufatmen. Aussagen von den Chirurgen der Art: „ich gehe ein bisschen Operieren“ und „ich erhole mich dann im OP“, verweisen dann auch mit Blick auf andere Untersuchungen, dass auch eine starke intrinsische Motivation besteht, den Beruf trotz der zunehmenden Belastungen weiterhin ausüben zu wollen (siehe etwa Csikszentmihalyi 1985; Hirschauer 1996; Vogd 2004b, 222f.). Die chirurgische Identität erscheint

14 Druck meint hier vor allem, dass von den Assistenzärzten in befristeter Anstellung verlangt wird, ihre Aufgaben außerhalb der gesetzlichen Arbeitszeiten zu vollenden:

(*Stationszimmer, 16:30*)

Oberarzt Dr. Hertel. (zu Dr. Stiehl): ... wenn Sie ihre Station nicht schaffen, ist das ihr Problem“ ... heißt es dann ja immer ...

Oberarzt Dr. Hertel (zur Oberärztin Dr. Miller): ... jetzt ist es mal gut, dass er [der Chefarzt] zugibt, die kurzen Verträge auch als Druckmittel eingesetzt zu haben ... drei Monate ... und dann wieder eine Verlängerung

Oberärztin: Du weißt ja, wie eine Chefstruktur ist ...

15 Ein Assistenzarzt bemerkt entsprechend gegenüber dem Beobachter:

Dr. Allert (chirurgischer Assistenzarzt): ... habe hier jetzt in zwei Monaten soviel operiert, wie im anderen Krankenhaus in einem halben Jahr ... ist jetzt zwar eine exquisite Ausbildung hier ... aber auch eine Arbeit ohne Ende ...

demgegenüber erst dann in ihren Fundamenten bedroht, wenn ein Chirurg nicht mehr in den OP-Saal darf.

Zeitnahes Erledigen der Verwaltungstätigkeiten

Im Folgenden ist etwas ausführlicher auf die Verwaltungstätigkeit der Chirurgen einzugehen. Im Gegensatz zum ersten Feldforschungsaufenthalt befinden sich nun auch in den Arztzimmern Computer. Den chirurgischen Assistenzärzten obliegt nun die Aufgabe, die Patienten im DRG-System zu verschlüsseln. Ebenso sind Arztbriefe zu schreiben. Diese werden von Chirurgen dieser Abteilung weiterhin diktiert und dann zur Transkription an das Schreibbüro übergeben. Die Codierung der DRGs findet am Computer statt, wobei die eingesetzten Programme so eingerichtet wurden, dass die Ärzte veranlasst werden, rechtzeitig die entsprechenden Formblätter auszufüllen.

Der Computer „verlangt“ sozusagen vom Stationsarzt, dass innerhalb von drei Tagen die Ausgangsdiagnosen eingetragen sind, und dass dann unmittelbar nach der Operation nochmals die Diagnosen aktualisiert werden, um dann mit der Entlassung endgültig fixiert werden zu müssen. Im Falle fehlender, oder nicht rechtzeitig erfolgter Einträge, erscheint der Datensatz am Monitor markant mit roter Farbe markiert. Die Datensätze werden nun gleichzeitig auf den Schirm des Oberarztes projiziert. Der Oberarzt muss wiederum die Codierung an seinem Rechner durch sein „ok“ bestätigen, damit diese endgültig für die Verwaltung freigegeben wird. Durch den EDV geleiteten Prozess entsteht ein starker Druck auf die Ärzte, ihre diesbezüglichen Arbeiten zeitig zu erledigen, da zudem die Oberärzte ihre Assistenten während den Abteilungsbesprechungen auf fehlende und falsche Codierungen ansprechen. Auch hier erscheint die (Computer-)Technik im Sinne von Bruno Latour (2000, 211ff.) nicht nur als Mittel, sondern als Aktant, der selbst dazu beiträgt soziale Programme umzusetzen, in dem diese in technischen Lösungen „verhärtet“ werden.

Während sich im Jahr 2000 die unerledigten Akten der chirurgischen Assistenzärzte noch meterhoch türmen konnten, werden diese Dinge im zweiten Untersuchungszeitraum schnell erledigt. Zwischendurch, wenn sich ein wenig Zeit ergibt, setzen sich die Ärzte nun an den Computer und schauen nach, welche Geschäfte noch zu erledigen sind, um dann schnell ein paar „Codierungen“ zu tätigen und ggf. parallel ein paar Arztbriefe zu diktieren. Da die Chirurgen in der Regel einen „durchdiagnostizierten“ Patienten auf die Station bekommen, liegen die Verschlüsselungen der meisten Diagnosen schon vor, so dass hier nicht mehr viel Recherche- und Gedankenarbeit hineingesteckt werden muss. Zudem kann der Datensatz im Verlauf des Behandlungsprozesses Stück für Stück verkomplettiert werden. Da nun das Einweisungsprotokoll wie auch das OP-Protokoll im gleichen Datensatz geführt werden, brauchen oftmals nur noch kleine Veränderungen eingefügt werden, um das Dokument fertig zu stellen. Ein eingübter Arzt wird bei den vielen Standardfällen in nur zwei bis drei Minuten die fehlenden Texte für den Kurzarztbrief an das Schreibbüro diktieren und durch wenige Click's mit der Maus eine DRG-Verschlüsselung erstellen.

Anders als bei manchen internistischen Krankheitsbildern, lassen sich Operationsindikation und chirurgischer Eingriff in der Regel unproblematisch kodieren. Während

bei den Internisten oft Diskrepanzen zwischen Abrechnungslogik und medizinischer Denkweise auftreten, können diese Arbeiten hier quasi mechanisch ohne größere Denkarbeit vollzogen werden. Da nun die Ärzte neuerdings auch die lästige Arbeit des Aktenheften teilweise an das Schreibbüro abgeben können, entsteht der Eindruck, dass die Belastung der Chirurgen durch Verwaltungsarbeiten gegenüber früher sogar etwas abgenommen hat, zumal im Jahr 2004 durch die Ärzte deutlich weniger Kontrollanfragen seitens der Krankenkassen zu beantworten sind. Letzteres könnte sich jedoch in Zukunft wieder ändern – denn sobald die Ärzte gelernt haben, das DRG-System geschickter auszubeuten, bzw. allein wenn der Verdacht laut wird, werden die Kassen vermutlich wieder vermehrt schriftliche Begründungen von den Ärzten anfordern.

Verhältnis zwischen akademischen Eliten und Verwaltungseliten

Abschließend wollen wir noch einige Bemerkungen zum Verhältnis der ärztlichen Eliten und der Verwaltungseliten anfügen. Auch wenn die professionelle Identität der Chirurgen durch die Veränderungsprozesse – anders als bei den Internisten – nicht grundsätzlich bedroht erscheint, man erlebt sich weiterhin als Teil einer medizinischen Elite, geht die Verschiebung der institutionellen Macht im Krankenhaus zugunsten der Verwaltung nicht spurlos an den ärztlichen Leistungsträgern vorüber. Es wird darüber geklagt, dass man kaum noch Zeit hat, sich mit dem Patienten zu beschäftigen, und erlebt sich an den Leistungsgrenzen. Zudem müssen nun auch die Leistungseliten erfahren, dass ihnen die selbstverständlich erschienen Freiheiten seitens der Klinikleitung weggenommen werden. So berichtet etwa der leitende Oberarzt von dem Skandalon, dass ihm die Verwaltung verweigert habe, an einem Werktag einen Vortrag auf einem medizinischen Kongress zu halten. Wenngleich die Loyalität der Ärzte gegenüber den leitenden Ärzten als hoch einzuschätzen ist, fühlen sich die Ärzte nun weniger dem Krankenhaus zugehörig. Die Oberärzte sehen sich nach Stellen mit besseren Arbeitsbedingungen um und der Chefarzt stellt fest, dass sich unter den guten Ärzten allgemein ein Trend zur „Westwanderung“ feststellen ließe. Man gehe nach Skandinavien, Kanada und in die USA, da hier die Ärzte mehr geschätzt würden. Auch bei den Chirurgen ist also ein Stimmungswandel zu Ungunsten der bundesdeutschen Krankenhäuser festzustellen, der dann möglicherweise langfristig gar zu einem (weiteren) Wegdriften der medizinischen Leistungseliten führen könnte.

Zusammenfassung

In der chirurgischen Abteilung zeigen sich gegenüber dem ersten Untersuchungszeitraum deutliche Veränderungen in der Arbeitsorganisation. Die Operationsvorbereitung läuft nun, wenn möglich, ambulant. Die postoperative Versorgung geschieht jetzt überwiegend auf der Station und nicht mehr wie zuvor unter intensivmedizinischer Betreuung. Die Arbeitskontexte sind dynamisiert worden. Der Stationsarzt springt nun auf Abruf zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern (den Intermediärbetten, der Aufnahme, der Station und dem OP-Saal hin und her). Auch aufgrund von Stellenkür-

zungen erscheint die Arbeitsdichte erheblich intensiviert. Möglich wurde dies durch die Ausstattung der Ärzte mit Funktelefonen, mittels derer sie praktisch jederzeit erreichbar sind. Einher mit der Verdichtung der Arbeit, ist ein schnelleres Netz der Fehlerkommunikation entstanden. Zudem sind mit der Personalreduktion die Hierarchien etwas flacher geworden und das Arbeitspensum gestattet weniger Raum für mikropolitische Spiele.

Wenngleich die Ärzte über die hohen Arbeitsbelastungen klagen, – denn in der medizinischen Arbeit selbst können keine Abstriche gemacht werden – so zeigt sich doch, dass der Kern der chirurgischen Identität, nicht bedroht ist. Man hat zwar weniger Zeit, um mit dem Patient zu kommunizieren und es sind noch mehr Überstunden zu leisten, doch insbesondere die Assistenzärzte der untersuchten Abteilung erleben sich durch die „exquisite“ Ausbildung im Operationssaal entlohnt (dieser letztere Aspekt ist sicherlich nicht auf alle chirurgischen Abteilungen zu generalisieren).¹⁶ Fraglich ist hier weniger die Anforderung, bis an die Grenzen der Leistungsfähigkeit zu arbeiten, als die Problematik, dass die Mehrarbeit seitens der Klinikverwaltung weder monetär entlohnt wird, noch die Ärzte in einer Weise behandelt werden, wie dies einer als medizinischer Elite angemessen empfunden wird.

3 Veränderungen in einer internistischen Abteilung

Einem oberflächlichen Blick nach scheint sich die Struktur und Arbeitsorganisation der Internisten im Jahre 2004 gegenüber dem ersten Beobachtungszeitraum nicht wesentlich verändert zu haben. Die Stationen werden von den speziell hierfür vorgesehenen Stationsärzten betreut, während die Funktionsdiagnostik, wie auch die Aufnahme dann von anderen Ärzten geleistet wird. Ebenso stehen noch die wöchentlichen Chef- und Oberarztvisiten auf dem Programm und auch die Zeiten der Röntgenbesprechungen haben sich nicht geändert. Die Zahl der Pflegekräfte auf der Station ist konstant geblieben und die internistisch geführte Intensivstation besteht noch neben der chirurgischen Wache.¹⁷

Weniger ärztliches Personal und Wegfall der bezahlten Überstunden

Bei genauerem Hinsehen fällt jedoch ein deutlich schlechterer ärztlicher Personalschlüssel auf. Im Jahr 2001 waren auf der beobachteten Station noch 3,75 Stationsarztstellen für sechsunddreißig Patienten vorgesehen. Drei Jahre später waren nur noch

16 Assistenten berichteten von anderen Häusern, wo sie früher gearbeitet hatten, und wo sie kaum in den Operationssaal kamen.

17 Möglicherweise ist auch in dieser Abteilung mit erheblichen strukturellen Veränderungen für diese Abteilung zu rechnen. Während der zweiten Beobachtung fanden „Begehungen“ durch eine große Unternehmensberatungsfirma statt, mit dem Ziel zu prüfen, ob die chirurgische und die internistische Intensivstation nicht zusammengelegt werden könnten. Darüber hinaus überlegt die Klinikleitung, ob man nicht die Rettungsstelle aus diesem Haus schließen könne und nicht zuletzt wird diskutiert, ob man die Differenzierung der ärztlichen Arbeit in die verschiedenen Sphären nicht zugunsten eines dynamischeren „Springer“-Modells aufgeben könne.

2,25 Ärzte für dieselbe Bettenzahl eingeteilt. Da sich zugleich gegenüber dem früheren Zeitraum die durchschnittliche Liegezeit eines Patienten von elf auf sieben Tage reduziert hat, ergibt sich allein aus rechnerischen Gründen eine erhebliche Intensivierung der ärztlichen Arbeit. Es stellt sich nun die Frage, wie diese bewältigt wird, zumal die Klinikleitung im Gegensatz zu früher nicht mehr bereit ist, die von den Ärzten geleisteten Überstunden in Geld zu entlohnen.¹⁸

Im Prinzip teilen sich im Jahr 2004 zwei Ärzte eine Station. Bei Vollbelegung wäre dann jeder Arzt für achtzehn Betten verantwortlich. Aufgrund von Urlaub, Zeiten für den Freizeitausgleich, sowie insbesondere an den Tagen, wo einer der Kollegen zum Nachtdienst zugeteilt wird, entstehen Lücken in der Stationsbetreuung, sodass *de facto* oft nur einer der vorgesehenen, an manchen Tagen sogar keiner der regulären Ärzte auf der Station anzutreffen sind. Die also zwangsläufig entstehenden Lücken sind dann jeweils von verbleibenden Kollegen, bzw. gegebenenfalls von einem Springer aus den Funktionsabteilungen zu füllen.

Rationierung der ärztlichen Arbeit

Während früher jeder Patient auf der Station nochmals ausführlich von seinem Stationsarzt untersucht wurde, und dieser ihn entsprechend medizinisch wie auch persönlich kennen lernen konnte, ist diese zusätzliche Arbeit unter heutigen Bedingungen nur noch in Ausnahmefällen möglich. Man verlässt sich ärztlicherseits nun auf die Diagnose, welche der Kollege von der Aufnahmestation gestellt hat.¹⁹ Generell lässt sich eine Verminderung der Zeiten, welche für Arzt-Patient und für Arzt-Arzt-Interaktionen aufgewendet werden, beobachten. Anstelle der persönlichen Begegnung gewinnt nun 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. In der Regel ist nun keine Zeit mehr, die Information mündlich zu überreichen.²⁰ Die stärkere Bedeutung der Schriftform korreliert jedoch nicht mit einer besseren Aktenführung, denn

18 Für notwendige Überstunden ist nun innerhalb von drei Monaten ein „Freizeitausgleich“ zu nehmen.

19 *Stationsarzt Dr. Martin:* ... jetzt mit den Überstunden ... habe ich genauso viele wie vorher ... nur dass die jetzt nicht mehr bezahlt werden ... gut ein Teil der Zeit kommt dann von mir ... früher war dann auch mal Raum zwischendurch zu entspannen was für mich ... und der andere Teil dann vom Patienten ... weniger Zeit mit denen zu sprechen ... auch habe ich früher immer die ganze internistische Untersuchung gemacht ... muss ich mich auf die Untersuchung der Aufnahmestation verlassen ... kann dann jetzt nur noch abhören und abtasten ... das wird dann von den Patienten manchmal vorgeworfen ... gibt dann auch mehr Ärger Überstunden werden dann nicht mehr bezahlt ... sollen durch Freizeit ausgeglichen werden ... dann nach drei Monaten kann man einen Antrag stellen, dass die bezahlt werden ... aber wenn man das alles als Urlaub nimmt, dann ist das den Kollegen gegenüber unfair ...

20 *Dr. Martin:* ... jetzt fühle ich mich kräftig. ... die gute Laune ... dass es jetzt in den Urlaub geht ... sonst ist es aber am letzten Tag oft sehr hektisch ... muss ich ja jetzt alles schriftlich notieren, wie es weiter geht ... Hanne muss ja dann am Montag sehen können, was zu tun ist ... ist dann nicht mehr so, wie in den guten alten Zeiten ... als wir zwei drei Tage vorher mal bei der Visite mitgelaufen ... war ja früher so, dass ich dann immer gedacht habe, eine Woche brauche ich, um mich in den Patienten einzudenken, heute sind die dann ja schon wieder weg ...

die Stationsärzte finden unter der großen Last der Routinearbeiten oftmals wenig Zeit, die Dinge ausführlich und ordentlich in die Patientenkurven einzutragen.²¹

Darüber hinaus haben die Stationsärzte Wege zu finden, all die Lücken zu überbrücken, welche sich nun aufgrund der knappen Dienstpläne in der Stationsbetreuung ergeben. Üblicherweise bleibt ein Patient, der von dem jeweils anderen Kollegen aufgenommen wurde, ärztlicherseits nun solange „unbetreut,“ wie dieser von der Station fernbleibt. Nur in Notfällen wird sich der vertretende Arzt dann in die für ihn zunächst fremde Akte einarbeiten, um den Patienten versorgen zu können. In den Phasen, wo dienstlich bedingt noch häufigere Personalwechsel in einer kurzen Zeit vorkommen, müssen dann Zwischenlösungen gefunden werden, um die Betreuungslücken nicht unvertretbar groß werden zu lassen.²²

- 21 Siehe zur Illustration das Bekenntnis einer Ärztin an seinen Kollegen:

12:30 (auf dem Weg zur Mittagsbesprechung)

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

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

- 22 Die Folgende Szene lässt die Irritationen deutlich werden, welche durch die häufigen Wechsel in der ärztlichen Betreuung entstehen können:

Freitag, 17.9.2004, 14:50 (vor dem Stationszimmer)

Angehörige (zu Dr. Kardel): heiße Frau Mansfeld ... habe da habe ich ein paar Fragen zu meiner Nichte ... Frau Krüger

Dr. Kardel: ... die Patientin kenne ich noch nicht ... ist von einem Kollegen ... der ist aber heute in Urlaub gegangen ..

Angehörige: ... jetzt die Sache ... dass ihre Blase mit Cortison ausgewaschen wird ... ob das jetzt hier geschieht ... und ob man sich jetzt um die Blase kümmern kann ...

Dr. Kardel: Ich habe die Akte jetzt noch nicht gesehen ... und kenne sie noch nicht ... ich muss mich erst mal in die Akte reinarbeiten ...

Angehörige: .. jetzt meine Tante ... (erzählt weiter) ... ich muss dann von Spandau von Arzt zu Arzt mit meiner Tante unter dem Arm ... ich kann das jetzt nicht mehr ...

Dr. Kardel: Hat jetzt Doktor Elwert veranlasst und wohl noch ein Konsil ... (schaut nach) ... am Dienstag kommt dann der Urologe zu ihr ...

Angehörige: ... ob Sie nicht jetzt ...

Dr. Kardel: Ich bin jetzt alleine auf der Station ... jetzt können Sie Montag ...

da ist Herr Doktor Martin ...

Angehörige: Ist dann Dr. Elwert nicht mehr da?

Dr. Kardel: Nein ... jetzt am Montag, da ist dann entweder Doktor Martin oder Doktor Marin ... oder dann besser nicht am Montag

Angehörige: Ist dann wieder jemand anders da?

Dr. Kardel: ... nein .. ja ... aber ab Montag, bzw. Dienstag bleibt dann der gleiche Arzt ...

Angehörige: Können sie jetzt nicht in die Akte reinschauen ... mit meiner Tante ... jetzt mit der Blase ... ich möchte dann nicht wieder in [Name eines Stadtbezirks] von einem Arzt zu einem anderen rennen ... ist mir jetzt ganz wichtig ...

Dr. Kardel: Das kann ich jetzt schon, doch jetzt nicht alles gleichzeitig ... mit Ihnen reden und dann ...

Angehörige: Meinen Sie jetzt, ich solle Dienstag kommen ...

Dr. Kardel: Das wäre jetzt am besten ...

Angehörige: Wer ist denn hier der Oberarzt?

Dr. Kardel: Dr. Schwarz, der ist ja jetzt im Urlaub. Dr. Heimbach vertritt ihn.

Angehörige: (verlässt schnellen Schrittes die Station).

Wegfall der internistischen Gruppenvisite

Da auch bei den Chef- und Oberarztvisiten öfters nur ein Stationsarzt vor Ort ist, kommt es häufiger vor, dass Patienten aufgesucht werden, welche den sie vorstellenden Stationsärzten unbekannt sind.²³ Insbesondere der Charakter der Chefvisite ändert sich hierdurch. Da auch die Oberärzte weniger Zeit finden, während der Chefvisite mitzulaufen, fungiert dieses Entscheidungsgremium nun nicht mehr wie früher als eine umfassende ärztliche Arbeitsbesprechung, in der man sich als Team vor dem Patienten über mögliche Behandlungsoptionen austauschen kann. Vielmehr fungiert diese Visite nun „nur“ noch als Kontrollforum, in dem qua Chefentscheid die besonders problematischen Fälle bearbeitet werden, von denen dann verlangt werden kann, dass jeder aus der Abteilung über sie Bescheid wissen sollte.²⁴

Da zudem die Oberarztvisiten öfters kurzfristig abgesagt werden, weil die übergeordneten Ärzte eine Reihe von zusätzlichen Aufgaben im Klinikalltag zu erfüllen haben, stellt sich für die meisten Stationsärzte die Frage, ob die zeitaufwendigen Grup-

23 Während der Chefvisite müssen die Ärzte in diesen Fällen nun zuvor erst in der Akte blättern, um sich ein Bild vom Patienten machen zu können. Entsprechend bemerkt dann der Chefarzt während seiner Visite:

Dienstag 21.9.2004, 10:30 (vor einem Patientenzimmer)

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

24 Insbesondere die folgenden Sequenzen lassen deutlich werden, dass Chefvisite ihren alten Charakter einer qualifizierten Arbeitsbesprechung etwas verloren hat:

Mittwoch, 8.9.2004, 8:35 (vor dem Stationszimmer)

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

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

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

Beobachter: Herr Mannstein?

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

Beobachter: Und jetzt? Wurde da jetzt eine Entscheidung ...

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

Beobachter: Hast Du dann vormittags die ganzen Akten durchgeschaut?

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

Beobachter: Und mit der Punktion ist jetzt entschieden?

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

penvisiten unter den neuen Verhältnissen überhaupt noch angebracht seien, oder ob es nicht angemessener wäre nur bei Bedarf eine Fallsupervision durchzuführen.²⁵

Primat der kurzen Liegezeiten

Mit der Einführung der DRGs hat sich das Primat der kurzen Liegezeiten durchgesetzt. Eine Reihe von Routineprozeduren, z. B. die stationäre Vor- und Nachbetreuung von ambulant durchgeführten Herzkatheteruntersuchungen, findet nun in solch knapp bemessenen Zeiträumen statt, dass kaum noch eine klassische internistische Betreuung stattfinden kann, bei der sich der Arzt ein umfassendes Bild vom Patienten zu machen hatte. So konnte mehrfach beobachtet werden, dass ein Patient nach einer kardiologischen Intervention von seinem „betreuenden“ Stationsarzt entlassen wurde, ohne dass dieser ihn ein einziges Mal persönlich gesehen hatte. Die neue Geschwindigkeit der Prozesse und das hiermit verbundene arbeitsteilige Vorgehen gestattet es nicht immer, die Funktionsabläufe auf einem hohen Niveau der Fehlerkommunikation zu integrieren.²⁶

25 Hierzu ein Stationsarzt im Gespräch mit dem Beobachter:

Dr. Martin: Oberarztviste ... bringt dann nicht viel ... man hat ja nicht mit allen Patienten Probleme ... der Oberarzt kommt ja dann jeden Nachmittag auf die Station und es ist dann besser die schwierigen Fälle mit ihm durchzusprechen ... Chefarztvisite bringt dann nichts ... ich finde ja Supervision gut, aber er beginnt dann bei den jungen Farmulanten zu dozieren und dafür ist dann keine Zeit mehr ...

26 Dass dies durchaus zu Dingen führen kann, die eigentlich nicht geschehen sollten, lassen die folgenden Szenen deutlich werden:

Dienstag, 15.9.2004, 9:45 (auf der Station)

Pfleger: ... Frau Schmidt, eine Frau, die dann eine PCTA bekommen hatte ... von der Station 13 auf die 26 verlegt ... weil dann hier wieder ein Bett frei ... soll dann entlassen werden ...

Stationsärztin Frau Dr. Kranz: ... gut, dann entlasse ich jetzt auch wieder eine Patientin, die noch nicht einmal gesehen ... hätte ich jetzt gestern nicht alle entlassen, dann wäre das Bett nicht frei gewesen ... (zum Pfleger) ist dann wenigstens ein EKG gemacht worden?

Pfleger: ja.

(Ein wenig später: Die EKG-Assistentin läuft im Gang an der Ärztin vorbei)

Dr. Kranz: ... hat die Frau Schmidt ein EKG bekommen?

Assistentin: War nicht dabei ... kann ich jetzt auch noch eins machen ...

Dr. Kranz: Vielleicht war's auch unten ...

Assistentin: Kann ich mich auch nicht erinnern ... kann ich noch eins machen ...

Dr. Kranz: Jetzt ist sie wohl schon gegangen ... machen wir eben Schmalspurmedizin ...

(10:30, im Arztzimmer)

Dr. Kranz: (setzt sich ins Arztzimmer, schaut die Akte von Frau Maier durch, codiert die Diagnosen in dem Abrechnungsbogen, und fertigt den kurzen Arztbrief für die Entlassung an. Der ganze Vorgang dauert knapp zwanzig Minuten).

Beobachter: War das die Patientin, die Du nicht gesehen hast?

Dr. Kranz: Ja ...

(Ein wenig später wird Frau Schmitz von ihrer Tochter abgeholt. Der Pfleger sucht die Arztbriefe und fragt Frau Dr. Kranz, ob der Brief nicht schon fertig sei. Die Ärztin antwortet, dass der Brief an der üblichen Stelle, am Fensterbrett, liege).

Pfleger: Wir haben die Briefe vertauscht ... Frau Schmidt hat den von Frau Schmitz mitbekommen ... ich habe jetzt schnell noch ein Kopie gemacht und den gebe ich dann mit.

Dr. Kranz (zum Beobachter): Darfst Du jetzt gar nicht aufschreiben, was hier geschieht ... Patienten entlassen und nur kurz gesehen ... den falschen Arztbrief ... früher habe ich den Patienten immer selbst

Bei einer Reihe von Fällen, insbesondere bei geriatrischen Patienten, hat sich nun die Liegezeit allein schon dadurch reduzieren lassen, dass der Patient nun zur weiteren Pflege in ein anderes, kostengünstigeres Haus verlegt wurde (z. B. eine geriatrisches Rehabilitationszentrum), um ihn dann gegebenenfalls – für den Fall, dass eine weitere internistische Expertise notwendig würde – nochmals kurzfristig zurück zu verlegen. Während es vor drei Jahren für die Ärzte eher schwierig war, schnell einen Liegeplatz in einer nachsorgenden Einrichtung zu bekommen, sind mittlerweile im Umfeld des Krankenhauses eine Reihe von Versorgungseinrichtungen entstanden, an die ein Patient kurzfristig weitergereicht werden kann. Zusätzlich wird nun die rechtzeitige Anbahnung der Nachsorge auch von den Pflegekräften angemahnt, da diese nun routinemäßig ein so genanntes „Entlassungsmanagement“ führen müssen. Mit diesem neuen Verwaltungsinstrument ist schon mit der Patientenaufnahme der vorrausichtliche Entlassungstermin zu planen. Drei Tage vorher sind dann all die Fragen einer notwendigen Weiterbetreuung zu klären, um dann im Zweifelsfall rechtzeitig den Sozialdienst einzuschalten. Während es im Jahr 2001 durchaus üblich war, sich erst am vermeintlich letzten Behandlungstag der Frage nach der Weiterbetreuung zu stellen, um dann gegebenenfalls den Patienten aus sozialer Indikation noch ein paar Tage länger auf Station zu behalten, kehrt sich nun das Verhältnis tendenziell um: Selbst wenn noch nicht alle diagnostischen Ergebnisse vorliegen, wird angestrebt, die Entlassung zum geplanten Termin durchzuführen. Gegebenfalls können dann einige Befunde noch telefonisch nachverhandelt bzw. der Patient noch einmal kurz ambulant einbestellt werden.

Im gleichen Sinne wird nun angestrebt, die Termine der Funktionsdiagnostik in einer Weise zu bündeln, dass eine möglichst kurze Liegezeit erreicht werden kann. Während man im Jahr 2001 bei Untersuchungen tendenziell erst ein Ergebnis erwartete, um dann die nächste Diagnostik anzuschließen, erscheint es unter den neuen Bedingungen eher opportun, eine ganze Batterie von Untersuchungen gleich zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes anzusetzen, selbst wenn sich dann vielleicht die eine oder andere Prozedur später als unnötig erweist.

Zerteilung der Behandlungsprozesse

Da pro Krankenhausaufenthalt nur jeweils eine DRG abgerechnet werden kann, lohnt es sich für das Haus aus ökonomischer Sicht nicht mehr, verschiedene Krankheiten gleichzeitig zu behandeln. Die Ärzte sind nun angewiesen, wenn möglich, einen Patienten mit mehreren Krankheiten zwischendurch nochmals nach Hause zu schicken, um ihn dann nach zwei bis drei Wochen aufgrund der anderen Krankheit nochmals aufzunehmen.²⁷ Zudem wurde eine Reihe von medizinischen Zusatzleistungen des

den Arztbrief übergeben und noch ein paar Worte mit ihm geredet ... dafür ist dann heute auch keine Zeit mehr ...

27 Siehe hierzu beispielhaft die folgende Beobachtungssequenz aus dem Jahr 2004:

Mittwoch, 11.8.2004, 10:45 (vor dem Patientenzimmer)

Dr. Martin (zum Beobachter): Hier haben wir Herrn Braun ... den Patienten mit der Synkope .. haben wir aber nichts gefunden ... hatte dann den Ikterus ... Gallensteinpassage ... ERC ... im Gang war dann nichts ... jetzt muss er intermittierend raus ... die Cholectomie könnten wir jetzt auch gleich machen ... muss dann aber raus wegen der Pauschale

Krankhauses, beispielsweise das „Augenkonsil“ bei diabetischen Patienten, nun aus dem Angebot genommen, da diese auch ambulant durchgeführt werden können, ohne das Budget des Hauses zu belasten.

Professioneller Habitus vs. tayloristische Aufgabenteilung

Anders als die Chirurgen, die im Operationssaal zu ihrem eigentlichen ärztlichen Ethos zurückfinden, erscheint aufgrund der neuen organisationalen Anforderungen das bewährte internistische Ethos in Frage gestellt. In der alten internistischen Medizinkultur galt es, möglichst viele Meinungen einzuholen, um dabei den Patienten „ganzheitlich“ und unter Berücksichtigung all seiner verschiedenen Organsysteme betrachten zu können. Demgegenüber agiert der Internist unter den neuen Bedingungen mehr in tayloristischer Manier, behandelt also tendenziell nur noch ein Segment. Seine professionelle Expertise, verbunden mit dem Anspruch, sich ein Gesamtbild von Patient und Krankheit zu machen, findet seine Grenzen in dem engen Zeitrahmen. Unter dem Primat der kurzen Liegezeiten muss nun vieles unberücksichtigt bleiben, was man gerne noch abklären würde. Im Sinne der geforderten innermedizinischen Arbeitsteilung bleibt dem Internisten unter den neuen Verhältnissen oft nichts anderes mehr übrig, als im Arztbrief zu notieren, dass diese oder jene Differenzialdiagnose noch nicht abgeklärt sei und dass man ambulant unbedingt noch eine bestimmte Untersuchung durchführen solle. Da sein alter Habitus jedoch auf Überblick und vollständige Abklärung zielt, erlebt er es als hochgradig unbefriedigend, den weiteren diagnostischen und therapeutischen Prozess aus der Hand geben zu müssen.²⁸

Beobachter: ... muss er dann einen Tag und dann wieder vom Hausarzt ?

Dr. Martin: ... ein Tag geht dann nicht mit gleicher Diagnose ... muss er dann zwei Wochen raus und dann wieder vom Hausarzt eingewiesen ... nur wenn es dann ein Notfall ist, die Werte steigen dann zum Beispiel rapide an ... dann gilt dann die Medizin ... sonst gilt ja die Medizin nicht mehr ...

28 Zur Illustration der internistischen Haltung in ihrem Konflikt mit dem neuen Zeitrahmen:

Mittwoch 18.8.2004, 13:10 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Martin (spricht den Oberarzt an): ... Frau Müller ... hat jetzt eine Blutarmut ... überlege ich jetzt noch, ob ich ein Selling mache ...

Oberarzt: Wie lange ist sie schon hier? Nicht das dann wieder der MDK [Medizinische Dienst der Krankenkassen]...

Dr. Martin: Seit sieben Tagen ... wollte sie dann morgen entlassen ... das Selling kann man jetzt zwar auch ambulant .. ist aber dann so ein Schlamassel ..

Oberarzt: Gut, wenn wir noch morgen einen Termin kriegen, können wir das machen, ansonsten ...

Dr. Martin: ... gut, dann versuche ich, ob noch einen Termin, sonst entlasse ich sie morgen ...

(ein wenig später)

Dr. Martin (am Telefon): ... jetzt ein Selling für Morgen ... wenn es dann morgen nicht geht ... gut, dann nicht, dann werde ich sie entlassen ... [...]

Dr. Martin (zum Beobachter): ist dann für einen Internisten an sich gar nicht auszuhalten, wenn man dann sagt „ambulant abklären“ ... wir wollen das dann immer klären, woran es jetzt liegt ... ich denke in zwei Jahren, können wir das dann gar nicht mehr ... die Chirurgen denken da ja jetzt schon immer anders ... aber für uns, wir sind ja für das Ganze zuständig ...

„Schmalspurmedizin“ bei den Routinefällen

Insbesondere die kardiologischen Interventionen laufen mittlerweile in einer solch rationalisierten Form ab, dass sich die begleitenden Stationsärzte nur noch als Gehilfen eines Prozesses erleben, den sie selbst bei gutem Willen nicht mehr steuern können. In diesem Sinne bezeichnen manche Kollegen diese neue Art und Weise zu arbeiten als „Schmalspurmedizin“.²⁹ Sie erleben die Spannung es besser zu wissen, aber nicht mehr für den ganzen Patienten verantwortlich zu sein. Sie können nur noch in Ausnahmefällen einen persönlichen Klientelbezug herstellen und erleben sich zudem hochgradig abhängig von den administrativen Sachzwängen. Der alte Habitus des Internisten als umfassendem Denker und Interpret von Krankheit scheint zwar durchaus noch auf und kommt dann insbesondere bei den komplexen Fallproblematiken noch voll zum Tragen (siehe Kapitel IV.2). Gerade bei den Routinefällen bleibt jedoch nicht mehr die Zeit, in der alten Weise zu arbeiten. Im Gegensatz zu früher hat man hier keine Zeit mehr, den Patienten kennen zu lernen, und eine sprechende Medizin zu betreiben, das heißt sich im offenem Diskurs mit den Kollegen auszutauschen. Ärztliches Denken wird dann im Regelfall nicht mehr entsprechend dem alten Professionsverständnis heißen können, einen Patienten wirklich gut zu kennen und ihn als ganzen Menschen zu sehen und zu behandeln.³⁰ Vielmehr wird im Routinefall weitgehend nach Aktenlage und aufgrund der Standarddiagnostik zu entscheiden sein, während dann nur noch bei den Problemfällen eine kommunikationsintensivere Expertise angefahren wird.

29 Siehe zur Illustration die folgende Sequenz aus dem Jahr 2004:

Montag, 23.8.2004, 10:45 (vor dem Patientenzimmer)(Frau Dr. Kranz, eine internistische Fachärztin mit der Teilgebietsbezeichnung „Kardiologie“, schaut vor der Visite in die Akte eines Patienten, den sie noch nicht kennt und der nach einer kardiologischen Intervention auf die Station gekommen ist)

Dr. Kranz: Bei Herrn Nahod ... da betreiben wir jetzt Schmalspurmedizin ... soll eigentlich immer nach der Pumpfunktion gefragt werden ... das hat jetzt bei ihm nie jemand gemacht ... kriege jetzt immer ein dumpfes Gefühl, wenn dann da steht „Pumpfunktion unbekannt“ ...

Beobachter: Sie sind jetzt auch Kardiologin?

Dr. Kranz: Ja, ist jetzt mein Problem ... bin jetzt hier nur Gehilfin ... und in der Qualitätssicherung heißt es immer „Pumpfunktion ist wichtig“ ... wenn die jetzt niedrig ist, kann man mit einer medikamentösen Einstellung ne Menge erreichen ... und dann mit der PCTA, wenn die zu niedrig, kann es auch problematisch werden ... aber das ist jetzt der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ... auch wenn es dann in den Studien heißt, die Patienten würden davon profitieren ... aber wenn ich jetzt da was mache ... und dann beispielsweise in den Arztbrief schreibe, die Dosis muss erhöht werden ... dann trauen die sich nicht ran ... und dann ist es für die [die Hausärzte] auch eine Frage des Budgets ...

(im Patientenzimmer)

Dr. Kardel: Wie ist Ihr Blutdruck ...

Patient: ... eher zu niedrig

Dr. Kardel: ... das könnte jetzt von einer niedrigen Pumpfunktion ... medikamentös könnte man da jetzt auch etwas besser einstellen ...

Patient: Ich habe jetzt wirklich von der PCTA profitiert ...

Dr. Kardel: Jetzt die Frage, warum die so schnell wieder zu sind ... müssen wir jetzt noch nachschauen ... jetzt auch mit der Darstellung der Gefäße ... vorher – nachher vergleichen ... ob sich da jetzt was geändert ...

30 Siehe grundlegend Abbott (1988) und speziell zu einer professionstheoretischen Position, die den Klientelbezug in den Vordergrund stellt Oevermann (1990; 2000).

Habituelle Inkongruenzen, Spannungen und Lösungsperspektiven

Die Ärzte haben noch keinen gemeinsamen Weg gefunden, diese habituellen Inkongruenzen umzugehen. Nicht zuletzt aus diesem Grund entstehen dann im Team auch Spannungen, die auch darauf beruhen, dass noch kein kollektiv bindender *modus operandi* gefunden wurde, unter den neuen limitierenden Verhältnissen zu arbeiten.³¹ Möglicherweise wird hier die Zukunft weitere Änderungen bringen. Möglicherweise wird man hier entsprechend dem angloamerikanischen Vorbild auf formale Lösungen setzen, um mehr Sicherheiten in die Abläufe zu bringen. Man mag dann vielleicht, was an vielen Kliniken zurzeit angedacht wird, standardisierte Behandlungspfade für die häufig vorkommenden Krankheitsbilder einführen, die teilweise auch von den Pflegekräften abgearbeitet werden können. Während früher breiter Raum war, um Unsicherheiten im Team zu besprechen, werden möglicherweise bald schon implizite Wissens- und Organisationsformen entstehen, die zügig zwischen Routine- und Problempatienten unterscheiden lassen, wobei dann nur im letzteren Fall die höheren Ebenen der ärztlichen Expertise angerufen werden.

Dissoziation von Medizin und Abrechnungslogik

Von ihrer Tradition her sind die Internisten an sich mehr im Medium des Schreibens zu Hause als die Chirurgen. Für viele Chefärzte galt der Arztbrief gleichsam als Visitenkarte der Abteilung, denn hier waren die komplexen differenzialdiagnostischen Überlegungen, die man zuvor angestellt hatte, mit den Befunden und der pathophysiologischen Logik des Krankheitsbildes, auf welches man sich an Ende geeinigt hatte, zu verbinden.

Mit der DRG-Codierung haben die Ärzte nun jedoch eine primär medizinfremde Verwaltungstätigkeit zu erledigen. Diese folgt einer ökonomischen Logik, die mit den ärztlichen Denkweisen in Widerspruch tritt. Während bei den Chirurgen die zu codierenden Diagnosen und Prozeduren im Regelfall auch mit den durchgeführten medizinischen Handlungen – den Operationen – übereinstimmen, besteht die eigentliche

31 Deutlich wird dies insbesondere daran, dass man im Team noch keine habituelle Einigkeit darüber gewonnen hat, wie denn nun die Lücken in der Patientenversorgung überbrückt werden können, wie die folgende Gesprächssequenz illustriert:

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

Beobachter: Jetzt wegen dem Gespräch beim Mittagessen ... oder war das dann auch Abends ...

Dr. Elwert: ... gab dann Abends noch Zoff mit Sabine [Dr. Kardel]... besonders dass ich dann am Wochenende die Frau mit der Gastroskopie nicht gesehen habe und die Neuaufnahme ... hat sich dann auch der Oberarzt Maaßen krank gemeldet ... jetzt nur noch ein Oberarzt ...

jetzt die von der Funktion, die wissen jetzt nicht, wie das hier läuft ... die sind dann noch nicht lange genug hier ... das wir dann am Wochenende eben keine Visite machen können ... Dr. Martin und ich wissen das dann jetzt, wie das zu bewältigen ist ...

[weiteres Gespräch über die Kollegin]

Dr. Elwert: ... die glaubt dann noch, dass das dadurch zu bewältigen ist, dass man eine andere Kurvenführung macht ... aber das ist dann einfach so (*der Arzt zeigt eine Kurve von Dr. Kardel*) ... hier blickt man dann auch nicht durch ... [...].

Leistung der Internisten oftmals im *Ausschließen* von Krankheiten, also etwa darin, zu zeigen, dass *kein* Tumor vorliegt.

Da das DRG-System so angelegt ist, die Abklärung verschiedener Krankheitsbilder *nicht* zu belohnen, ergibt sich eine Diskrepanz zwischen der internistischen Orientierung, verschiedene Differenzialdiagnosen abzuklären und der Forderung, die Untersuchungen auf eine DRG zu konzentrieren. In der Praxis ergeben sich deshalb nun ein Klasse von Situationen, in denen beispielsweise für den Internisten die Tumorsuche aufgrund der Blutarmut im Vordergrund steht, im Sinne einer Kosten deckenden DRG-Verschlüsselung jedoch am besten ein Herzinfarkt in Rechnung zu stellen ist. Theoretisch ist den Ärzten nicht gestattet, eine andere als die „wirkliche“ Diagnose als Hauptdiagnose zu nennen. Doch die Organisationsperspektive gebietet es den Ärzten dennoch, im Rahmen des medizinisch Plausiblen die am besten bezahlte Verschlüsselung zu codieren.³² Insbesondere bei komplizierten Fällen sind also nicht nur die Nebendiagnosen und vielfältigen Prozeduren zu verschlüsseln, was an sich schon einen erheblichen Zeitaufwand mit sich bringen kann. Darüber hinaus ist von den Ärzten zu eruieren, welche Hauptdiagnose die beste Bezahlung verspricht und parallel dazu ist dann in geschickter Weise ein Entlassungsbrief zu formulieren, der nicht den Verdacht nährt, dass man hier im Sinne einer gewinnträchtigeren Abrechnungen manipulieren wolle. Bei vielen der auf den internistischen Stationen anzutreffenden „polymorbiden“ Patienten kann es entsprechend schon mal dreißig bis vierzig Minuten dauern, bist die Codierung und der hierzu passende Arztbrief fertig gestellt ist (vgl. auch Kapitel III.5).³³

32 Die Logik des DRG-Abrechnungssystem verlangt nun gerade bei den komplizierteren Fällen nach einer Form, den Prozess in einer Weise zu operationalisieren, der nun weder mit dem realen Geschehen noch mit der Rekonstruktion der medizinischen Rationalität im Einklang steht. Entsprechend steht der Arzt nun vor der schwierigen Aufgabe, im Hinblick auf die Abrechnungswirtschaft einer dritten Rationalität zu Geltung zu verhelfen, wie die folgende Sequenz illustriert:

Montag, 13.9.2004, 13:30 (Arztzimmer)

Dr. Kardel: Nun Herrn Konrad ... was trage ich da ein ... der aufnehmende Kollege hat sich jetzt die Mühe gemacht die Diagnosen schon zu schreiben und zu kodieren ... jetzt die Frage „hypertensive Entgleisung“ ... eigentlich ist es das ja ... hat ja auch eine niedrige Pumpfunktion ... gut, wenn ich jetzt bei der Hauptdiagnose „Verdacht auf Herzinfarkt“, bzw. „Angina Pectoris“ ... das gibt dann mehr ... da nehme ich dann wohl dies ... (sucht in der ICD10 Tabelle) ... alter Myocardinfarkt ... ein Jahr länger und zurückliegend ... Schlaganfall ... muss ich jetzt schauen, ob er unter „Insult“ was findet ... manchmal kennt er die Begriffe nicht ... müsste ich dann Apoplex ... jetzt noch die Niereninsuffizienz ... hypertensive Entgleisung ... jetzt zählen Langzeit EKG, Langzeitblutdruck, Linksherzecho nicht zu den Prozeduren ... kann ja noch mal in der Hitliste schauen ... gut, trage ich ein „keine Prozeduren“ (13:53 fertig) [...]

Dr. Kardel: ... da wo ich früher gearbeitet habe, da wurde ich manchmal zum Chef zitiert, weil die Diagnosen nicht in der pathophysiologischen Reihenfolge geschrieben waren ... jetzt nicht Coronarangiografie zu erst ... sondern erst Zweigegefäßerkrankung ... oder dann nicht zuerst Vorhofflimmern, weil das tritt dann sehr selten von sich heraus aus ... sondern ...

33 Siehe zur Illustration die folgende Szene:

Freitag, 24.9.2004, 9:35 (im Arztzimmer)

Dr. Elwert (erklärt dem Beobachter die Codierung einer Patientin): Jetzt kann ich von den früheren Aufthalten einiges Übernehmen ... jetzt werden jedoch die ICD von früher nicht akzeptiert ... ist jetzt eine andere Version ... kann ich die Nummern jetzt nicht übernehmen ... jetzt nicht alle Prozeduren ... z. B. wird Selling nicht als Prozedur abgerechnet ... muss ich jetzt in ein anderes Programm ... jetzt hat

Wie bei den Chirurgen wird die zeitnahe Durchführung der Verwaltungstätigkeiten nun computergestützt von oben kontrolliert und einem *benchmarking* zu geführt. Die Ärzte, welche ihre Fälle nicht unmittelbar nach der Entlassung abrechnungsgerecht verschlüsseln, haben mit einer Verwarnung zu rechnen.³⁴

die einen Befund im Jejunum ... ist schwierig zu Verschlüsseln ... gebe ich jetzt Jejunum ein ... kommen hunderte Diagnosen, die jetzt nichts miteinander zu tun haben ... die „K“ Diagnosen entsprechen jetzt am ehesten ... schlage ich dann nach ... finde das jetzt nicht genau ... klicke dann an „Sonstige Erkrankungen“ ... jetzt will ich aber dem Hausarzt mitteilen ... dass dividiert sich jetzt auseinander ... für die Abrechnung reicht jetzt die Nummer ... aber vom medizinischen her will ich jetzt mitteilen was es ist ... also trage ich jetzt per Hand (in die Maske) ein, was es ist ... Urosepsis .. Sigmadivertikulitis ... die kam jetzt hier wegen der Urosepsis ... (im Befund steht dann auch „Infektion durch Heliobacter“) ... hatte dann jetzt so einen Leidensdruck ... konnten wir nicht so ohne weiteres entlassen und haben dann weiter untersucht ... eine Jejunalschlinge ... Infektion durch Heliobacter ... hat dann der Chef gesagt „machen“ ... ist jetzt eine mittlere Verweildauer von 11,2 Tagen ... haben wir mit 21 deutlich überschritten ... der erste Zuschlagstag ist bei 23 ... da sind wir noch nicht

Urosepsis hat dann ein gutes Relativgewicht ... hängt dann damit zusammen, dass es bei der Sepsis steht ... was dann wohl hier im Sinne der Abrechnung ein Fehler steht ... (*Ausdruck des Abrechnungsbogens um 9:50*)

- 34 Andererseits ist der auch in intellektueller Hinsicht nun deutlich erhöhte Verwaltungsaufwand gerade auch in Phasen besonderer Personalknappheit nicht immer im Sinne der gewünschten Qualität und Geschwindigkeit zu erfüllen. Dies kann dazu führen, dass die Internisten im Hinblick auf ihre Kodierleistungen im Verhältnis zu anderen Disziplinen, insbesondere gegenüber den Chirurgen, ins Hintertreffen geraten:

Donnerstag, 16.9.2004, 12:50 (während der Dienstübergabe)

Chefarzt Dr. Marek: Jetzt Herr Becker [der DRG-Beauftragte des Krankenhauses] ... geht dann darum, wann [Name des Klinikkonzerns] die Mäuse kriegt ... jetzt der Vergleich aller Stationen ... wir dann mit 16 oder 14,5 Tagen die Schlechtesten ... drei Tage gehen dann für die Bearbeitung ab ... die Chirurgen dann in drei Tagen aber auch die Innere zwei [die andere internistische Abteilung] ist wesentlich schneller ... die längste Dauer ...

Dr. Torstensøn: Welcher Zeitraum war das?

Chefarzt: von Januar bis Oktober ...

Chefarzt: ... habe ich mich ein wenig geschämt ... müssen wir ändern ...

Oberarzt Dr. Maaßen: jetzt die Gründe ... werden nicht weiter aufgeschlüsselt?

Chefarzt: ... haben wir nur die ganzen Zahlen ... jetzt wohl gerade im August ...

Dr. Elwert: ... die Briefe jetzt hinterher und die Blauen Bögen vorher ...

Dr. Müller: Ist dann wohl auch ein Teil meine Schuld ... wir hatten dann im August so einen Durchsatz und dann war ich allein mit Herrn Reuter ...

Oberarzt Dr. Müller: Jetzt in der Situation von [Name des Klinikkonzerns] ... geht ja auch um die Stellung unserer Abteilung ... ist dann jetzt ganz wichtig, ist ja auch dann die Sicherung unserer Gehälter ...

Oberarzt Dr. Maaßen: Würde das jetzt nicht akzeptieren, wenn die uns jetzt nicht die Gründe aufschlüsseln ...

Dr. Torstensøn: Hat ja dann Herr Schwarz neulich auch gesagt ... es kommen ja dann viele Briefe auch wieder zurück ... und wenn das jetzt Wochen dauert ...

Das Controlling der Verwaltung bildet die besondere Situation der internistischen Abteilung nicht ab. Verzögerungen, die aufgrund situativer Personalengpässe nötig werden – im Zweifelsfall hat dann doch die Patientenversorgung Vorrang – werden hier ebenso wenig abgebildet wie die höheren Anforderungen bei der Codierung der internistischen Patienten. Für das Team stellt sich nun – kontrovers diskutiert – die Frage, wie mit dem schwarzen Peter umzugehen ist. Es werden nun einerseits die Kriterien des Controllings in Frage gestellt und eine bessere Aufschlüsselung der Daten verlangt, um den organisationalen Bedingungen besser gerecht zu werden. Auf der anderen Seite appelliert man mit dem Verweis, dass es doch auch um die Gehälter und das Überleben der Abteilung gehe, an die Ärzte, es doch in Zukunft besser zu machen. Die personalisierende Zurechnung auf die Einzelakteure – in ärztlichen Kontexten durchaus vertraut und üblich – lenkt jedoch hier von strukturellen Problemen ab. Anders als bei medi-

Darüber hinaus haben die Stationsärzte im zweiten Beobachtungszeitraum nun eine weitere Verwaltungstätigkeit bekommen. Für bestimmte internistische Routineinterventionen haben sie nun eine so genannte Qualitätssicherung durchzuführen. Hierfür haben sie in einem Set von Datenmasken am Computer – beispielsweise bei einer Schrittmacherimplementation – eine Reihe diagnostischer, therapeutischer und technischer Parameter einzugeben. Viele Ärzte erleben sich nun in der eigentümlichen Situation, dass sie nun etwa zehn bis fünfzehn Minuten zusätzlicher Zeit für einen Patienten aufwenden müssen, an deren Behandlung sie nicht persönlich mitgewirkt haben und den sie unter Umständen kein einziges mal gesehen haben, all dies für eine Datenanalyse, deren Ergebnisse sie vermutlich nie in die Hand bekommen werden.

Zusammen gesehen haben für die internistischen Ärzte der Station in den letzten Jahren gerade die Verwaltungstätigkeiten erheblich zugenommen, deren Inhalte an sich recht wenig mit der ärztlichen Handlungslogik zu tun haben. Mit Blick auf das gesteigerte Arbeitspensum finden die Ärzte entsprechend kaum noch Zeit, den langen Arztbrief anzufertigen, in dem dann die pathophysiologischen Überlegungen ausführlich ausgedrückt werden können. In der Regel beschränken sich die Ärzte auf den Kurzarztbrief, der als Mischform sowohl der Abrechnungslogik zu folgen, als auch dem Hausarzt die notwendigen Informationen zu geben hat. Auch im Feld des Arztbriefes drückt sich ein Wandel von der alten professionellen Identität der Internisten in Richtung einer neuen Pragmatik zerteilter Behandlungsprozesse aus.

Flachere Hierarchien

Die höhere Arbeitsintensität bei gleichzeitig geringerem Personalschlüssel hat zur Konsequenz, dass die Stationsärzte mehr Entscheidungsverantwortung zu tragen haben. Allein schon aufgrund der kurzen Behandlungszyklen können sie nicht mehr jeden Entschluss im Team absichern oder während der Oberarzt- oder Chefarztvisite nochmals zur Diskussion stellen. Es wundert deshalb nicht, wenn ein Kollege seine neue Rolle nun als „Stationsoberarzt“ bezeichnet. Der Zwang zu mehr Effizienz mündet auch hier in flacheren Hierarchien, wobei speziell für diese Abteilung noch der Sonderfall zu berücksichtigen ist, dass im Zeitraum der Beobachtung praktisch nur gestandene Ärzte mit internistischem Facharztstitel auf der Station eingesetzt wurden.

Vom Rotationsverfahren zur „zwei Klassen“-Ausbildung

Die Kürzungen beim ärztlichen Personal bei höheren Patientendurchsatz und kürzeren Liegezeiten lassen sich seitens der Stationsärzte nur bewältigen, indem konstant und

zwischen Fehlern, bei denen die Personalisierung die Funktion erfüllt die Legitimität des Ganzen zu schützen, indem die Pannen individualisiert als Ausnahme stilisiert werden, lässt sich ein schlechtes Benchmarking innerhalb der Parameter der Verwaltungseliten nicht mit dem Verweis auf Einzelfälle entschuldigen. Innerhalb dieser Logik wird es dann darum gehen müssen, entweder an den Parametern zu drehen oder eben das Spiel um die besseren Zahlen mitzuspielen. Hierzu wären insbesondere die Stationsärzte in der Logik der ökonomischen Spiele explizit oder implizit zu trainieren. Man wird dann auch – wie in anderen Häusern geschieht – aktiver an den ökonomischen Konkurrenzspielen gegenüber anderen Abteilungen und Häusern treten müssen.

ohne Unterbrechung ein hohes Arbeitstempo aufrecht erhalten wird. Da nun kaum noch Raum für Pausen und Gespräche bleibt, sind die Auszubildenden mehr als früher weitgehend allein auf sich selbst gestellt. Famulanten (Medizinstudenten) werden nun von den Stationsärzten zu Beginn ihrer Tätigkeit explizit darauf hingewiesen, dass man sich aufgrund mangelnder Zeit nicht mehr um sie kümmern könne. Schwieriger wird es nun auch für die Berufsanfänger, welche erst ihre Facharztausbildung beginnen. Auch Weiterbildungsassistenten werden von Anfang als volle Kraft in der Stationsversorgung eingesetzt, können dabei jedoch nur noch in geringem Maße auf das Team zurückgreifen,³⁵ denn in der Regel ist dann höchstens ein weiterer Arzt auf der Station anzutreffen, und auch der Oberarzt kann nun weniger Supervision leisten. Für explizite Unterweisungen und Lehrgespräche scheint im Gegensatz zu den vergangenen Jahren wenig Raum zu bleiben. Die jungen Ärzte haben sich durchzuwursteln, dabei den erfahrenen Kollegen auf die Finger zu schauen, erhebliche unentgeltliche Mehrarbeit zu leisten, um dann im Zweifelsfall einen Oberarzt konsiliarisch einzuschalten.

Während die internistischen Weiterbildungsassistenten früher turnusmäßig zwischen den einzelnen Stationen und der Funktionsdiagnostik rotiert haben und entsprechend nach fünf bis sechs Jahren das ganz Spektrum der internistischen Medizin, einschließlich der Funktionsdiagnostik kennen gelernt haben, hat sich in der Abteilung mittlerweile der Modus durchgesetzt, nur noch ausgewählte Ärzte in der Funktionsdiagnostik weiterzubilden. Während des zweiten Beobachtungszeitraums wurde innerhalb der Abteilung nur noch ein Arzt zum Kardiologen ausgebildet. Man könne sich laut Chefarzt unter den gegebenen Verhältnissen leider nicht mehr leisten, noch jemanden auszubilden. Darüber hinaus gilt nun für die Weiterbildungsassistenten die an den Universitätskliniken schon immer übliche Regel, dass die eigentliche Ausbildung in den essenziellen Fertigkeiten (Ultraschall, EKG, etc.) nur *außerhalb* der eigentlichen Arbeitszeit erfolgen kann.

Unter den engeren ökonomischen Rahmenbedingungen wird die internistische Spezialausbildung zu einem noch knapperen Gut. Homolog zu den Chirurgen wird sich das Berufsfeld des Internisten wohl – neben der fachlichen Ausdifferenzierung – noch distinkter in zwei Klassen von Medizинern aufspalten. Auf der einen Seite stehen dann die Ärzte, welche, oftmals aufgrund ihrer außerordentlichen Einsatzbereitschaft, eine exquisite Ausbildung bekommen, auf der anderen Seite die Kollegen, welche vorrangig in der Routineversorgung eingesetzt werden.

Schlechte Arbeitsbedingungen und bedrohter professioneller Ethos

Aufgrund der Rationierungsmaßnahmen der vergangenen Jahre mussten die Ärzte nicht nur erhebliche Gehaltseinbußen hinnehmen (z. B. die Streichung des Urlaubs- und Weihnachtsgeld), sondern erleben sich zunehmend gezwungen, die Lasten der Personalengpässe zu tragen. Manche Kollegen beklagen, dass sie fünf Wochenenddienste in Folge leisten mussten, andere sehen ihre Sommerferienplanung in Frage gestellt,

³⁵ Die Stationsärzte berichten diesbezüglich von den Enttäuschungen und Überlastungen eines Weiterbildungsassistenten, der das Haus kurz vor dem zweiten Untersuchungszeitraum verlassen hatte.

da man unter der jetzigen Situation keinem Arzt länger als zwei Wochen Urlaub am Stück geben könne. Die Ärzte erleben, dass die wesentlichen Entscheidungen der Klinikleitung über ihren Kopf hinweg getroffen werden. Die Identifikation mit dem Haus schwindet auf allen Ebenen. Sogar der Chefarzt lässt sich zu einer Bemerkung hinreißen, dass er früher mal stolz auf sein Haus gewesen sei, nun dies aber nicht mehr sagen könne. Einige Stationsärzte sprechen von einer inneren Kündigung, die sich bei ihnen mittlerweile breit mache,³⁶ andere kommen zu dem Schluss, dass ihre Putzfrau besser bezahlt werde, als ihre Dienstzeiten, welche von der Klinikleitung als Bereitschaft umdefiniert wurden.³⁷ Und auch die leitenden Ärzte sehen die Existenz der funktionierenden Abteilungen bedroht, da manche Kollegen planen, in besser dotierte Stellen anderer Häuser abzuwandern.³⁸

Während die Chirurgen zumindest im Operationsaal eine Sphäre professioneller Reinheit pflegen können, berühren die Strukturveränderungen darüber hinaus den professionellen Ethos der Internisten. Insbesondere bei den vielen Routinefällen können sie nur noch begrenzt entsprechend ihrer alten Qualitätsstandards agieren.

Noch kein „praktischer Sinn“ für die neuen Verhältnisse

Anders als die Chirurgen, die sich weiterhin als geschlossenes Team empfinden, in dem der eine für den anderen einsteht, zerfällt die Kohärenz zwischen den ärztlichen Handlungsträgern bei den Internisten. Die Stationsärzte müssen nun feststellen, dass sich die leitenden Ärzte entgegen ihrem früheren Verhalten nun alleine an den Essentisch setzen, was den Verdacht nährt, dass dort auch Entscheidungen zu ihren Lasten getroffen werden. Ärzte äußern nun Misstrauen, wenn sich ein Kollege krank gemeldet hat. Man ist sich uneins darüber, ob man die geleisteten Überstunden alle aufschreiben soll, oder ob man nicht besser doch das eine oder andere unendgeldlich zu leisten habe, um dann nicht den Kollegen zumuten zu müssen, den eigentlich zustehenden Freizeitausgleich zu nehmen.

36 Siehe zur Illustration die folgende Bemerkung eines Stationsarztes:

Dr. Torstenson (auf dem Weg zum Essen zum Beobachter): ... macht man sich jetzt auch so Gedanken ... eine Kollegin ist krank ... dass dann in ihrem Arbeitsblock ... wenn ich dann jetzt deswegen auf meine Ferien verzichten muss ... irgendwann läuft dann die innere Kündigung ... habe mich dann auch mit dem kaputten Knie auf die Station geschleppt ... irgendwann werde ich dann auch mit leichteren Krankheiten sagen ... jetzt nicht mit mir ... mich dann auch krank schreiben lassen ... irgendwann ist dann auch bei den anderen die innere Kündigung ... und der Laden wird dann irgendwann den Bach runter gehen ...

37 Siehe hierzu folgende Szene:

9:30 Dr. Marin (kommt zu Dr. Kardel, auf dem Gang vor den Patientenzimmern): Habe die Schnauze voll ... hier ein Brief an die Klinikleitung (*adressiert an Prof. Marek, die Oberärzte, den Betriebsrat*) ... 9:00 – 15:00 ist keine Bereitschaftszeit ... bekomme ich Brutto hundert Euro ... nach Abzügen fünfzig Euro ... sollte ich besser putzen gehen ... das ist ein richtiger Dienst, keine Bereitschaft ... Schrittmacherkontrolle, Visiten, Medikation einstellen ... das ist ein Dienst!

38 Siehe etwa folgende Bemerkung eines Oberarztes:

13:30 (Essensgespräch zwischen den Oberärzten)

Oberarzt Schwarz (zum Beobachter): Habe dann tausend Euro brutto weniger auf dem Gehaltsstreifen ... wird dann über eine andere Abrechnung der Bereitschaftsdienste gemacht ... wenn Funktionsärzte abwandern, brechen ganze Abteilungen zusammen, weil die Stellen nicht besetzt werden ... bei den AiP's ... jetzt auch drei Stellen die wegfallen ...

Nicht zuletzt entstehen im Team Spannungen bezüglich der Frage, ob man die Lücken in der Patientenversorgung stillschweigend in Kauf nehmen sollte, oder ob es angemessener wäre, diese Dinge explizit zu machen um eine „offizielle“ Lösung zu finden. Die Abteilung hat in diesen Fragen noch nicht zu einem kollektiven *modus operandi* gefunden. Es zeigt sich hier noch kein „praktischer Sinn“ als implizite praktische Lösung der explizit nicht zu verhandelnden Fragen. Es zeigt sich noch kein einheitlicher Modus, wie man damit umzugehen hat, dass z. B. in der Patientenversorgung nun wohl oder übel Lücken in Kauf zu nehmen sind. Deutlich werden hier die habituellen Inkongruenzen zwischen dem alten internistischen Ethos und den neuen institutionellen Anforderungen.

Zusammenfassung

Auch wenn sich die Struktur der internistischen Abteilung auf *formaler* Ebene mit Ausnahme der Personalkürzungen nicht gegenüber dem ersten Untersuchungszeitraum verändert hat, ergeben sich für die Internisten erhebliche Veränderungen in der Organisation der Arbeitsprozesse. Während entsprechend dem alten internistischen Ethos, jeder Patient mehrfach und gründlich von einem Arzt untersucht wurde und auch hier die Diskurskultur der verschiedenen Meinungen gepflegt wurde, haben sich unter den neuen Bedingungen rationellere Behandlungsweisen ausgebildet. Man verlässt sich mehr auf die Ausgangsdiagnose und verzichtet darauf, sich in jedem Fall ein umfassendes Bild vom Patienten zu machen. Zudem werden nun Lücken in der ärztlichen Betreuung in Kauf genommen, was dann gelegentlich zu Kommunikationsfehlern führen kann.

Im Sinne des Primats der kurzen Liegezeiten wird versucht, Patienten schneller zu verlegen bzw. Behandlungen in verschiedenen, getrennt abzurechnende Teile zergliedern. Entgegen der alten internistischen Maxime „*watch and wait*“ wird nun schneller und häufiger (invasive) Diagnostik angefahren. Der Internist erscheint nun weniger verantwortlich für den „ganzen“ Patienten, sondern bedient oft nur noch ein Teilsegment der Behandlung, ohne – wie vor einigen Jahren noch die Regel – dabei den Gesamtprozess überblicken zu können. Insbesondere kompetente Ärzte leiden daran, unter den neuen Verhältnissen oftmals nur noch Gehilfen eines Prozesses zu sein, den sie nicht mehr steuern können. Innerhalb einer rationelleren Fallabwicklung erscheinen insbesondere bei den kardiologischen Interventionen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in kleinere Portionen zerteilt. Die Anpassung an das DRG-System verlangt von den Ärzten, um die Ecke zu denken, da die ökonomische Logik mit der medizinischen Logik nicht unbedingt in Deckung zu bringen ist. Nicht zuletzt auch hierdurch entsteht für die Ärzte ein erheblicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand.

Anders als bei den Chirurgen stellen die beobachteten Veränderungen der ärztlichen Arbeitsprozesse bei den Internisten auch den ärztliche Habitus in Frage. Der Internist hat nicht nur Gehaltskürzungen und unbezahlte Mehrarbeit hinzunehmen, sondern sieht sich zudem nur noch bedingt in der Lage, so zu arbeiten, wie es seinem ärztlichen Ethos entspricht.

4 Der neue Arbeitstag in der Chirurgie

Im Folgenden begleiten wir die chirurgischen Stationsärzte während eines typischen Arbeitstages. Wir folgen zunächst einem jungen Weiterbildungsassistenten, später dann einer Ärztin, die dann für ihren Kollegen einspringt, als dieser in den Operationssaal geht. Wenngleich wir teilweise auch dort beobachtet haben, beschränken wir uns in der Darstellung auf die Zeiten außerhalb des Operationssaals, da sich in dem Kernbereich der chirurgischen Arbeit wenig verändert hat. Demgegenüber zeigen sich gerade für die Ärzte, welche ‚draußen‘ arbeiten, erhebliche Neuerungen in der Arbeitsorganisation. Zudem gestattet der Fokus auf diese Ebene den Vergleich mit der internistischen Station, da in Stationsarbeit tendenziell ähnliche Problemstellungen zu bewältigen sind.

Der Arbeitsalltag, der hier für die Darstellung gewählt wurde, liegt in einer Phase, in der für die chirurgischen Ärzte eine besonders hohe Arbeitsdichte bestand. Zwei Kollegen der Abteilung waren gerade im Urlaub und die Stationen waren annähernd voll belegt. Wir beleuchten hier also einen Zeitraum, an dem die Abteilung gewissermaßen an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit kommt. Diese hochintensiven Arbeitsperioden sind allerdings keineswegs selten und können durchaus einige Wochen andauern. Während des Beobachtungszeitraums hat sich die Lage dann erst wieder kurz vor Weihnachten entspannt, da nun deutlich weniger Patienten zu chirurgischen ‚Wahleingriffen‘ auf die Station kommen. In diesen Tagen fanden die Stationsärzte sogar einmal Zeit, um Mittagessen zu gehen.

Für unsere Fragestellung erscheinen jedoch gerade die Perioden, wo die Ärzte unter hohem Druck arbeiten, besonders aufschlussreich. Zum einen treten hier die ärztlichen Abkürzungsstrategien, wie auch die Mechanismen der Fehler-Korrektur und –Kommunikation treten besonders deutlich hervor. Zum anderen wird in markanter Weise sichtbar, wie sich die Rationierung der ärztlichen Arbeitskraft auf den Arbeitsalltag auswirken kann.

Stationsdienst gut eine halbe Stunde vor offiziellem Dienstbeginn

Herr Melini ist ein ‚junger‘ Assistenzarzt, der vor wenigen Wochen seine Arzt-im-Praktikum Zeit auf der chirurgischen Station beendet hat. Herr Melini hatte die vergangene Woche Urlaub genommen, ist dann jedoch schon am Freitag bei seiner Kollegin während der Verbandsvisite mitgelaufen, um einen Überblick hinsichtlich der nun von ihm versorgenden Patienten zu bekommen. Am Montag würde seine Arbeit regulär um 7:45 beginnen. Wie alle seine Kollegen ist er schon um 7:10 auf der Station anzutreffen. In der folgenden halben Stunde findet die Kurzvisite statt und die anstehenden Blutabnahmen werden von den Ärzten durchgeführt. Einige weitere Untersuchungen werden beschlossen und schriftlich angeordnet. Die Pflegekräfte stellen einige Fragen an die Ärzte. Um fünf vor acht geht es dann zur Frühbesprechung in die Röntgenabteilung. Um zehn nach acht ist Dr. Melini wieder auf der Station. Seine Kollegen sind nun alle im Operationssaal, so dass er sowohl die Stationsarbeit zu erledigen, als auch die Aufnahmestation im Erdgeschoss zu betreuen hat.

Der Arzt geht zunächst ins Arztzimmer und schaut im Computer nach, ob alle Diagnosen ordnungsgemäß verschlüsselt sind, oder ob ein rotes „Lämpchen“ bei einem Datensatz blinkt. Herr Melini erklärt dem Beobachter, dass die Aufnahmediagnose nun binnen sechsendreißig Stunden gestellt sein muss und dass die OP-Diagnose kurz nach der Operation vom Operateur eingetragen werden solle. Herr Melini „codiert“ schnell einige Datensätze und will dann noch im Stationszimmer ein Brötchen essen. Um 8:25 klingelt sein mobiles Telefon und er wird ins Aufnahmezentrum gerufen. Das Frühstück fällt aus denn dort warten schon einige Patienten auf ihn, um stationär aufgenommen zu werden. Bevor der Arzt runter geht, schaut er nochmals kurz auf die aktuellen Labor- und Histologiebefunde, die in Schriftform in einem entsprechenden Fach im Stationszimmer liegen.

Im Aufnahmezimmer warten schon Herr Garmsch und seine Frau auf ihn. Der Arzt schaut den Laufzettel des Patienten an. Hier ist angekreuzt, welche Fachärzte ihn noch zu sehen haben und welche Untersuchungen vor der Operation unbedingt durchgeführt worden sein müssen. Herr Melini schaut kurz in die Patientenakte und erkennt, dass es sich um einen Tumorkranken handelt.

Der Arzt beginnt mit dem Patienten über den Grund seiner Aufnahme zu sprechen. Das Gespräch wird jedoch vom Klingeln des Stationshandys unterbrochen. Ein Angehöriger eines Patienten, der auf Station liegt, scheint am anderen Ende der Leitung zu sprechen. Der Arzt antwortet auf die Fragen des Gegenüber, wenngleich zunächst mit einem Zögern:

8:30 (im Aufnahmezentrum, unter Anwesenheit eines aufzunehmenden Patienten)

Dr. Melini: ... jetzt die Schweigepflicht ... geht jetzt nicht am Telefon ... ich weiß ja nicht wer sie sind ... (dann nach etwa vier Minuten Gespräch) ... ich denke übermorgen entlassen ...

Arzt-Telefon-Hybride

Ein Angehöriger hat hier die Nummer erhalten, vielleicht durch eine Pflegekraft oder einen anderen Arzt und kommt hierdurch direkt ans Ohr des Stationsarztes. Der soziale Druck, dem unbekanntem telefonischen Akteur eine Antwort geben zu müssen, scheint so stark, dass der junge Arzt sich eher über datenschutzrechtlichen Bedenken hinwegsetzt, als in eine weitere längere Diskussion verwickelt zu werden. Der kürzeste Weg erscheint nun darin, einfach zu antworten, zumal findet das Gespräch hier in einem „halb-öffentlichen“ Raum stattfindet. Andere hören mit und deshalb gebietet die Höflichkeit zusätzlich, sich nicht in einen allzu harschen Tonfall zu verstricken. So wie heutzutage jeder Privatgespräche in der U-Bahn mitverfolgen kann, verschwindet mit dem Funktelefon für den Arzt die Möglichkeit zeitliche und räumliche Kommunikationssperren aufrecht zu erhalten. Der mit diesem Gerät ausgestattete Arzt wird potentiell für jeden erreichbar. Anstelle wie früher eine distanzierte professionelle Macht zu pflegen, bleibt ihm jetzt nichts mehr anderes übrig, als widerstandslos im schnellen Kommunikationsfluss zu schwimmen. Das Handy stellt im Kontext der ärztlichen Arbeit also wesentlich mehr als ein drahtloses Kommunikationsmittel dar. Vielmehr erscheint es als technische Verkörperung des sozialen Programms (vgl. Latour 2000),

jederzeit distanzlos erreichbar sein zu müssen. Der Arzt verwächst hier sozusagen unfreiwilligerweise mit dem Handy. Er wird nun zu einem menschlich technischen Hybriden, einem ärztlichen Anrufbeantworter, der jederzeit verfügbar ist.

Ad hoc Klärung der Befunde

Der Arzt wendet sich nun wieder seinem Patienten zu. Er schaut in die Akte und bemerkt, dass der Befund von der histologischen Untersuchung noch nicht vorliegt. Er greift zum Telefon und versucht die Hausärztin des Patienten zu erreichen und lässt sich dann von ihr die Nummer des pathologischen Instituts geben, um dort nach dem Befund zu fragen:

Dr. Melini (schaut Befunde durch): ... Coloskopie liegt vor, aber noch nicht die Histologie ...

Dr. Melini (greift zum Telefon und versucht die Hausärztin zu erreichen): ... liegt der Histologiebefund vor? ... haben sie nicht? ... können Sie mir die Nummer von der Pathologie geben?

(ruft bei der Pathologie an): ... der Befund liegt noch nicht vor? ... können Sie uns faxen (*nennt eine Faxnummer*) ...

(zum Patienten): Sie wollen das heute noch befunden und uns zu faxen ...

Auch hier schafft das Telefon Transparenz. Offene Fragen können nun sofort geklärt werden und der Patient kann mithören, dass dies geschieht. Auch in der ersten Feldforschung in dieser Abteilung, im Jahr 2000, war damals schon üblich, dass die Chirurgen während ihrer Aufnahme- und Beratungsgespräche zum Telefon (diesmal noch zum „Tischtelefon“) griffen, um einige Dinge abzuklären. Auch hier wurden dem Patienten durch die Möglichkeit des Mithörens gewisse Einblicke in die medizinischen und funktionalen Abläufe ermöglicht, was dann manchmal zu Komplikationen führen konnte – beispielsweise wenn Patienten hierdurch „unkontrolliert“ über ihre Krankheiten aufgeklärt worden sind.³⁹ Die dauerhafte telefonische *Erreichbarkeit* der Ärzte im Jahr 2004 stellt jedoch einen weiteren qualitativen Sprung dar im Hinblick auf die Transparenz der ärztlichen Arbeit. Zudem werden hierdurch die Prozesse erheblich beschleunigt. Gegenüber früher werden nun auch bei den schweren Fällen (etwa den Tumorpatienten), die offenen Fragen schon während der Aufnahme und nicht erst „in Ruhe“ auf der Station angegangen.

Computer gestütztes Fallmanagement

Der Arzt beginnt nun den wartenden Patienten ausführlicher über seine Krankengeschichte zu befragen:

Dr. Melini (zum Patienten): Können Sie uns sagen, wie alles Anfang?

Patient (neben ihm sitzt seine Frau): Kann ich auch nicht sagen ... war bloß eine Routineuntersuchung ... und der Urologe hat dann Blut im Stuhl entdeckt ... dann die Hefchen ...

(Arzt schreibt in den Aufnahmebogen)

³⁹ Siehe hierzu das Beispiel in Vogd (2004b, 142f.).

Arzt: Haben Sie Gewicht verloren, oder einen Leistungsknick?

Patient: Ne ...

Arzt: Nehmen Sie Medikamente ein?

Patient: ... nein ...

Arzt: ... schon mal eine Operation gehabt?

Patient: ... neununddreißig Blinddarm ... zweitausendeins dann hier im Finger ... Sehnenverkürzung ...

Nach dem kurzen Gespräch loggt sich der Arzt in den Computer ein, sucht den Patienten in einer Datenmaske und erklärt dem Beobachter, dass er jetzt schaue, ob der Patient in der OP-Planungsliste aufgeführt sei. Anschließend füllt er handschriftlich den Aufnahmebogen aus und meldet einige noch anstehende Untersuchungen schriftlich an:

Arzt: der Drucker ist kaputt, und würde nur komische Zeichen drucken, wie eine Schwester gesagt hat ... ich habe jetzt kontrolliert ... und er ist in der OP-Planungsliste ... (*schreibt in den Aufnahmebogen und erklärt dabei*) ist jetzt die Aufforderung für die Station ... Rektoskopie ... braucht noch dringend ein Abdomen Sono ...

Gegenüber dem Jahr 2000 ist nun das Fallprozedere weitgehend standardisiert und wird über den Computer abgewickelt. Die nun am Computer von allen einsehbaren OP-Planungslisten erleichtern es, die Patienten vorausschauend mit Blick auf die OP-Kapazitäten und die Liegenzeiten einzubestellen. Zusammen mit der prästationären Abklärung der Befunde kommt es nun merklich weniger vor, dass Patienten vor ihrer Operation noch ein paar Tage wartend auf der Station verbringen. Die neuen ökonomischen Vorgaben gehen hier einher mit einer effektiveren Planung und Vorbereitung.

Effiziente Aufklärung bei Klärung der offenen organisatorischen Fragen

Anschließend bittet der Arzt den Patienten sich auszuziehen, um ihn untersuchen zu können:

Arzt: jetzt untersuche ich noch so ein bisschen ... und kläre ihn über die OP auf ... (*fordert den Patienten auf, sich auszuziehen, hört Herz, Lunge ab, tastet die Pulse und den Bauch*)

Arzt (zum Beobachter): ... die Fußpulse sind jetzt wichtig.

Beobachter: Wenn die zu schwach sind ...

Arzt: ... richtig, dann keine Trombosestrümpfe ...

Arzt: ... Zahnprothesen? ... Gewicht? ... Größe? ... [etc.]

(*der Arzt trägt die Antworten an die vorgesehenen Stellen im Aufnahmeprotokoll ein*)

Schließlich beginnt der Dr. Melini, den Patienten über den geplanten Eingriff aufzuklären. Hierzu übreicht er ihm zunächst ein Standardinformationsblatt mit dem Titel „Sigmaresektion“. Während der Patient zu lesen beginnt, füllt der Arzt den rechtlich bedeutsamen Teil des Bogens aus und trägt entsprechend Namen, geplante Operationsart und andere Details ein. Anschließend wendet er sich mündlich an den Patienten:

9:13 (*weithin im Aufnahmezentrum*)

Arzt (erklärt anhand der Zeichnung): ... Sigma rausschneiden ... dann einen Sicherheitsabstand ... hier mit dem Verlauf der Gefäße ... zusammennähen ... mit einer Maschine ... oder dann der Operateur ... wenn das dann nicht richtig abheilt ... künstlicher

Darmausgang für drei Monate ...

(ein Gespräch zwischen Arzt und Patient folgt) [...]

Arzt: ... wie gesagt, wenn die Nähte nicht gut sitzen ... wenn der Operateur wieder meint, dass hält nicht so, dann einen vorübergehenden Darmausgang ...

Ehefrau: ... das wäre dann noch eine Operation.

Arzt: Meistens muss man es nicht ... aber es kann dann doch sein ... das entscheidet dann der Operateur ... dann die Nahstelle kann undicht sein ... oder es kann eine Enge entstehen ... durch die Darmoperation kann eine Bauchfellentzündung entstehen ... geben wir prophylaktisch ein Antibiotikum ... dann Thrombosen ... wir müssen ja über alles aufklären, was passieren kann ... da es eine Großoperation ist, kann es zu Blutungen kommen ... den Ureter darstellen ... wir müssen ja in der Nähe schneiden, da kann es passieren, dass wir den verletzen ...

(weiteres Gespräch) [...]

Ehefrau: ... dann kann es sein, dass er hinterher Beschwerden hat, während er jetzt keine Beschwerden hat ..

Arzt: ... jetzt der Tumor, wenn der weiter wächst, würde er auch Beschwerden machen ...

(Anschließend greift der Arzt zum Telefon und versucht den genauen Termin der Operation zu klären):

Arzt (greift zum Telefon und versucht Oberarzt Dr. Hertel zu erreichen): ... haben Sie jetzt Zeit ... keine Zeit ... wegen dem OP-Termin von Herrn Garmsch

Die Aufnahmeprozedur ist hiermit erledigt und der Patient wird nun auf die Station geschickt.

Aus rechtlichen Gründen muss der Chirurg die Patienten recht sorgfältig über den Eingriff und seine möglichen Konsequenzen aufklären. Wie schon im Jahr 2000 wird hierzu gerne auf die vorgefertigten Aufklärungsbögen zurückgegriffen, um dann gegebenenfalls die weiteren Fragen ausführlicher mündlich zu klären. Dabei kann es durchaus, wie vermutlich auch hier geschehen, zu einer Szene kommen, in der sich ein Patient zum ersten Mal darüber bewusst wird, dass ein äußerst schwerwiegender chirurgischer Eingriff ansteht, dass er in ein paar Tagen unter Umständen als chronisch kranker Mann das Krankenhaus verlassen wird. Die Ehefrau formuliert das hier dem Laien paradox anmutende Phänomen, dass man in solchen Fällen ohne Beschwerden ins Krankenhaus hinein komme, aber mit Beschwerden wieder hinaus kommen werde.

Auch wenn diese Fragen aus Patientensicht hier möglicherweise zum ersten Mal artikuliert werden, geschieht die Aufklärung schnell und fügt sich nahtlos in das weitere organisatorische Prozedere ein. Der organisatorische Rahmen bestimmt die Fenster, wann und im welchem Umfang Patientenfragen thematisiert werden. Mit der Aufnahmeprozedur ist der Patient in die Routineabläufe des Krankenhauses eingespart worden. Wenn nun von ärztlicher Seite abschließend noch einige Unklarheit bezüglich der OP-Planung geklärt werden, so hat eine inhaltliche Implikation – hier wird es entsprechend der neuen ökonomischen Vorgaben vor allem darum gehen, keine teure Liegezeit zu verschenken – aber auch die *performatorische* Bedeutung, die „richtige“ organisatorische Rahmung zu vermitteln. Dem Patient wird *gezeigt*, dass keine Zeit ist mehr zu reden.

Dynamisches Pendeln zwischen Aufnahme-, Station- und Verwaltungsarbeiten

Im Anschluss werden zwei weitere Patienten nach dem gleichen Schema aufgenommen, Frau Opel, mit einem Magenkarzinom und ein Herr Wrap mit einem Rektumkarzinom. Da Frau Opel nicht in der OP-Planungsliste aufgeführt ist, führt der Arzt einige Telefongespräche, um hier Klarheit zu schaffen. Zwischendurch schaut Herr Melini im Computer nach dem aktuellen Status im OP-Saal, da er am späten Vormittag für zwei Operationen eingeteilt wurde. Um 10:30 Uhr schließlich sind die beiden Patienten ordnungsgemäß aufgenommen. Darauf macht sich der Arzt auf den Weg zu seiner Station. Zunächst geht er ins Arztzimmer, schaut im Computer nochmals nach, wie weit die Operationen sind und wirft einen auf die offenen DRG-Codierungen:

Arzt (zum Beobachter): ... muss bald in den OP ... wo ich immer hinschauen muss, „offene Codierungen“ ... in diesem Falle müssen alle noch gemacht werden ... *(der Arzt zeigt auf die Datenmaske, wo jeweils geschrieben steht „Fall in Bearbeitung“)* ... dann gehen die Codierungen zum Oberarzt und dann zum DRG Beauftragten ... der gibt die dann unter Umständen noch mal mit Fragen zurück ...

Anschließend geht der Arzt ins Stationszimmer. Ein Pfleger spricht ihn an, ob man Herrn Müller weiterhin das Antibiotikum geben solle. Der Arzt greift zum Telefon und fragt im Labor nach den aktuellen Werten des Patienten. Anschließend informiert er den Pfleger, dass man das Antibiotika weiter geben solle.

Um 10:40 Uhr klingelt das Handy von Herrn Melini. Der Arzt wird wieder ins Aufnahmezentrum gerufen, da unten nun weitere Patienten warten. Er geht hinunter. Ein Patient mit einem Narbenbruch wartet, aufgenommen zu werden. Der Arzt beginnt mit der Aufnahme. Zwischenzeitlich, um 11:05 kommt ein Anruf von der Station. Ein Pfleger benennt das Problem, dass für einen onkologischen Patienten noch ein Konsilschein von einem Arzt unterschrieben werden müsse. Nachdem der aufzunehmende Patient noch kurz über die anstehende Operation aufgeklärt wurde, macht sich der Arzt wieder auf den Weg zur Station:

Beobachter: Was war das für ein Anruf eben?

Arzt: Geht um eine Patientin, die zur Onkologie ... aber der Kollege der vorher den Zwischendienst ... hat nichts gemacht ... keinen Konsilschein ...

Beobachter: ... ist der internistische Onkologe hier im Haus?

Arzt: Nein, der ist draußen ... *(zum Beobachter)* ... gut ist dann immer blöde, wenn von einem Kollegen dann alles organisiert und nichts geht ...

Arzt: ... der Hertel ist jetzt im OP ... und ich muss jetzt alles ausbaden ... gut, rufe ich dann mal an

(telefoniert)

Arzt: ... ich muss mal kurz auf die Station und einen Zweizeiler schreiben für den Onkologen

(Der Arzt geht hoch zur Station, drei Akten von weiteren neu aufzunehmenden Patienten liegen auf dem Tisch im Raum der Aufnahmestation)

Arzt (auf dem Weg nach oben): heute sind wir sehr abgemagert ... sind heute nur zwei Assistenten

Im Stationszimmer füllt der Arzt den Anforderungsschein für das onkologische Konsil aus. Auf dem Weg zum Aufnahmezentrum macht Herr Melini im Arztzimmer halt und zündet sich eine Zigarette an. Beim Rauchen kodiert er am Computer eine „Colectectomie“ (Gallenblasenentfernung) und sendet das Ergebnis mit einem Mausclick über das Intranet zur zum Oberarzt, damit dieser den Vorgang freigeben bzw. gegebenenfalls überprüfen kann

Unter Bedingungen knappen ärztlichen Personals wird keine Minute Zeit vergeudet. Selbst in der Raucherpause werden noch Routinearbeiten erledigt. Falls sich ein Arzt auf der Station zeigt, nutzen die Pflegekräfte die Gelegenheit, um ihre Fragen zu stellen. Bei dringenden Fällen wird dann zum Handy gegriffen. Auch die verknappte Ressource Arzt wird hierdurch jederzeit adressierbar. In diesem Sinne hat nun der chirurgische Assistent dynamisch zwischen den verschiedenen Arbeitssphären hin und her zu springen. Außerhalb des OP-Saals wird der Arzt hier zu einem Teil eines Netzwerkes aus Pflegekräften, administrativen Routinen, Computerdatenmasken und anderen ärztlichen Kollegen, die vielleicht ihre angefangenen Aufgaben nicht zu Ende erfüllen konnten, weil im Moment doch Dringlicheres anstand.

Erhöhte Wahrscheinlichkeit von „Kommunikationsfehlern“

Im Aufnahmezentrum wartet Herr Stiering, ein Patient mit einem Narbenbruch. Der Arzt liest sich zunächst in die Krankenakte ein und schaut auf den Bericht der chirurgischen Sprechstunde, die vor zwei Wochen im Haus stattgefunden hatte. Auch ein Herzpass befindet sich unter den Unterlagen. Während des Aufnahmegesprächs ruft eine Kollegin aus dem OP-Saal an und gibt Bescheid, dass die Operation zu der Herr Melini als Assistent zugeteilt wurde, bald beginnen würde. Der Arzt erklärt, dass er die begonnene Aufnahme noch abschließen werde:

11:03 (im Aufnahmezentrum)

Arzt (am Telefon): ... Ich komme dann bald hoch ... kommst Du in die Aufnahme ...

Arzt (zum Beobachter): ich mache das hier noch fertig ... noch die Medikamentenanamnese ... die Untersuchung ... und die Aufklärung von dem Patienten ... (trägt die Medikamente in den Bogen ein)

Arzt (untersucht den Patienten kurz, tastet die Fußpulse ab ...): ... können Sie mir kurz ihren Bruch zeigen, damit ich ihn auch gesehen habe?

(der Patient macht sich kurz den Bauch frei. Der Arzt tastet die Stelle ab)

(Der Arzt geht schnellen Schritts aus dem Zimmer. Ein Patient, der auf dem Gang wartet, spricht ihn an)

Anderer Patient: Ich habe heute noch einen Termin mit meinem Anwalt ... zwei Leute waren vor mir, die dann zwischendurch kamen ... obwohl ich schon seit zwei Stunden warte ...

Arzt: Entschuldigung, ich muss jetzt in den Operationssaal. Eine Kollegin kommt gleich ...

11:15 (der Arzt geht in den Operationssaal)

Wenige Minuten später kommt Frau Parson in den Raum und bittet einen Patienten herein. Dieser wird dann im Sinne des vorangehend schon geschilderten Prozedere aufgenommen.

Um 11:40 Uhr kommt eine Anästhesistin in den Raum und fragt die Ärztin, ob man Herrn Stiering jetzt unbedingt operieren müsse, da er gestern ein Medikament zur Blutverdünnung eingenommen habe. Dieses würde er regelmäßig nehmen, da er eine Aortenklappen Operation hinter sich habe. Dr. Parsons antwortet, dass man jetzt besser die Oberärztin fragen solle:

11:40 (die Anästhesistin kommt ins Zimmer):

Anästhesistin: Herr Stiering ... Aortenklappenstenose ... OP nach Ross ... vor einem halben Jahr ... jetzt fünundsiebzig Plavix bis gestern ... jetzt Freitag operieren ... würde ich jetzt nicht ... eine Narbenhernie muss ja nicht sofort ...

Frau Dr. Parson: ... denke ich auch ... jetzt die Oberärztin fragen ... sie ist jetzt die einzige die draußen ist (*nennt ihr die Telefonnummer von Dr. Kindl*)

Ein wenig später ruft die Anästhesistin im Aufnahmezentrum an. Die Ärzte entscheiden, die Operation von Herrn Stiering für eine Woche zu verschieben:

Dr. Parson: ... ich habe ihn jetzt nicht gesehen, den Patienten ... Melini war vorher da ... gut, verschieben wir es eine Woche ... kann er dann Montag noch mal kommen ...

Um die hier entstehende medizinische Entscheidungsproblematik kurz zu erklären: Patienten mit bestimmten Herzkrankheiten nehmen Mittel zur Blutverdünnung ein, um die Entstehung gefährlicher und lebensbedrohlicher Blutgerinnsel zu vermeiden. Da Operationen jedoch durchaus blutig verlaufen können, sind gerinnungshemmenden Medikamente (wie hier „Plavix“) ein paar Tage vorher abzusetzen. Gegebenenfalls muss der Patient dann mit einem gewissen Thromboserisiko leben, um stattdessen die Gefahr zu vermeiden, während der Operation zu verbluten. Da der Patient sein Medikament in diesem Falle noch nicht abgesetzt hat, stellt die Anästhesistin nun die Frage der Dringlichkeit der OP-Indikation. Sie trifft dabei jedoch nicht mehr den Arzt an, welcher den Patienten aufgenommen hatte, sondern seine Kollegin, die noch nicht in den Fall involviert ist. Da es sich hier um eine medizinisch prekäre Frage handelt, leitet sie die Narkoseärztin an einen chirurgischen Oberarzt weiter. Die Stationsärztin agiert hier entsprechend der Semantik der Absicherung, das Problem im Zweifelsfalle nach oben zu geben. Aufgrund der personellen Diskontinuität in der Aufnahme zieht das Problem nun größere Kreise, und wird erst hierdurch zum „Entscheidungsproblem“.

Kurze Zeit später ruft ein Pfleger an. Bei einem anderen Patienten, der gerade in den Operationssaal gebracht wird, könnten sich Probleme ergeben, denn die Ärzte sind noch nicht informiert, dass in seiner Bauchdecke ein „Hormonspender“ implantiert wurde, der durch die Operation möglicherweise angeschnitten werden könnte:

11:50 (Aufnahmezentrum, im Untersuchungsraum)

Dr. Parson (ihr Telefon klingelt; sie antwortet): ... keine Ahnung ... weiß ich nicht ... die einzige Idee, dass Du jetzt im OP anrufst bei Hundt [leitender Oberarzt] anrufst, der macht jetzt mit Hertel [Oberarzt] eine MIC ... ist jetzt die einzige Idee, dass der mich dann anrufen soll ...

(eine Minute später)

Dr. Parson (ihr Telefon klingelt, wohl ein Arzt aus dem OP-Saal; sie antwortet): ... er hat

jetzt Prostata ... Rektum Carcinom ... Blättchen Implantat ... also von oben rangehen ...
 Eine weitere Patientin kommt in den Raum und wird im Sinne des zuvor bereits beschriebenen Vorgehens aufgenommen. Zwischendurch kommt Dr. Kindl, die Oberärztin in den Raum und fragt, wie sich die Sache mit dem Plavix verhalte. Dr. Parsons erklärt, dass sie den Patienten selbst nicht gesehen habe. Die Oberärztin erklärt, dass sie sich um die Sache kümmern wolle. Die Stationsärztin bietet an, selbst den Patienten aufzunehmen:

11:57 (Aufnahmezentrum)

Oberärztin Dr. Kindl (kommt in das Zimmer): Oh Entschuldigung, dass ich störe ... jetzt bin ich von der Station angerufen worden ... was war mit ihm jetzt wegen dem Plavix ...

Dr. Parson: ... habe ihn jetzt nicht gesehen [den Patienten]

Oberärztin: ... oh, dann kümmere ich mich drum

Dr. Parson: ... soll er doch zu mir zurückkommen.

Oberärztin: ... ah, prima, ich habe nämlich auch eine volle Sprechstunde.

(Die Oberärztin verlässt den Raum)

Die Ärztin untersucht die im Raum befindliche Patientin und führt die Aufnahmeformalitäten zu Ende. Anschließend wird Herr Stiering nochmals in den Raum gebeten:

12:10 (die Ärztin geht kurz raus und bringt Herrn Stierling mit)

Dr. Parsons: Sie haben heute das letzte mal Plavix genommen?

Patient: Gestern

Dr. Parsons (zählt die Tage): ... dann Donnerstag ... gut, wir können ja heute alles fertig machen und dann kommen Sie Donnerstag ... ich frage mal ...

(geht aus dem Zimmer und kommt ein wenig später wieder)Dr. Parsons: ... trage ich jetzt Donnerstag in den Computer ein ...

Patient: ... hat die Ärztin in der Sprechstunde leider nicht gesagt mit dem Plavix ...

Dr. Parsons: ... ich erinnere mich noch an Sie, ich habe sie da ja auch kurz gesehen ...

Patient: ... ja, zum Kardiologen geschickt ...

Dr. Parson (trägt in den Computer ein und fragt): ... haben Sie eine neue [Herz] Klappe?

Patient: ... nach Roß

Dr. Parson: Aha

(Die Ärztin ändert das Datum in dem Aufklärungsbogen und schaut nochmals schnell die Patientenakte durch) [...]

Dr. Parson: jetzt brauchen Sie das Plavix fürs Herz ... müssen sie ja jetzt eigentlich Spritzen bekommen ...

Dr. Parson (greift zum Telefon): Herr Stierling braucht ja eigentlich Klexane, gut rufe ich seinen Kardiologen an ...

Dr. Parson (wählt eine andere Nummer): ... Herr Stiering ... sitzt neben mir ... Operation ... das Plavix ganz absetzen ... hat der Kollege verpennt ... geht jetzt eigentlich gut ... können Sie ihm Klexane verordnen ... gut ...

Dr. Parson (zum Patienten): jetzt sind das so kleine Spritzen, die sich selber ins Muskelgewebe geben können ... die Schwestern werden Ihnen das beim ersten mal zeigen ...

Das Aufnahmegespräch wird nun wiederholt. Rücksprache mit dem Kollegen kann nicht mehr gehalten werden, da dieser bereits im Operationssaal bei der Arbeit ist. Die

letzte Beobachtungssequenz zeigt auf, dass wohl schon in der Sprechstunde gewisse Informationen beim Patienten nicht angekommen sind. Möglicherweise, darauf deutet die Bemerkung der Stationsärztin hin, dass auch sie ihn kurz gesehen habe, fand auch hier unter Zeitdruck ein Personalwechsel statt, der dann ebenfalls Verwirrung stiftete. An dieser Stelle geht es nicht um die Rekonstruktion dessen, was „real“ geschehen ist, sondern aufzuzeigen, dass die Dynamik und Geschwindigkeit, mit der hier die Patienten durch verschiedene Ärzte prozessiert werden, „Kommunikationsfehler“ wahrscheinlich werden lässt, die einen erheblichen weiteren Kommunikations-, Handlungs- und Entscheidungsbedarf erzeugen. Man mag sich dann vielleicht mit Hilfe der Pflegekräfte wenige Minuten vor OP-Beginn erinnern, dass eine Information vergessen wurde (z. B. das »Blättchen-Implantat«), dennoch scheint die Organisation der ärztlichen Arbeit im Hinblick auf ihre Effizienz an eine Grenze zu stoßen. Durch das schnelle Hin- und Herwechseln zwischen den Sphären scheint die ärztliche Arbeitskraft zwar optimal ausgenutzt zu werden, die hierdurch entstehenden Pannen lassen das System insgesamt jedoch wieder ineffizienter werden, etwa in Fällen wie diesen, wo kleinere Fehler nun nicht mehr unmittelbar durch die sie verursachten Akteure, sondern über die Hierarchie bearbeitet werden. Diese und ähnliche Sequenzen⁴⁰ deuten an, dass das Behandlungssystem sich an der Grenze zur Überlastung befindet, eine noch höhere Arbeitsdichte also nicht mehr durch eine effizientere Fehlerkommunikation balanciert werden kann.

Durcharbeiten ohne (Mittags-)Pause

Um 12:45 Uhr nimmt die Ärztin noch einen Patienten mit zwei Leistenbrüchen auf. Die Ärztin entschuldigt sich bei ihm für die lange Wartezeit mit den Worten »bin jetzt leider die Einzige, die draußen ist«. Um 13:30 Uhr geht sie in das Verwaltungszimmer des Aufnahmezentrums und fragt nach einer Telefonnummer. Anschließend ruft sie einen Patienten an und erklärt diesem, dass sie ihm bei der Entlassung eine falsche Information gegeben habe. Zwischenzeitlich kommt eine Oberärztin ins Zimmer. Die Stationsärztin wechselt daraufhin in einen anderen Raum, der außerhalb der Hörweite ihrer Vorgesetzten liegt:

13:30 (Raum, in dem die Akten von den Aufnahmen liegen)

Dr. Parsons (greift zum Telefon): Herr Metzger ... habe ich ihnen jetzt falsch gesagt ... natürlich müssen wir den Bauch noch mal aufmachen, ist jetzt nicht so, wie ich ihnen gesagt habe, dass wir jetzt von unten da ran können.

(Die Oberärztin betritt, ebenfalls telefonierend, den Raum, in dem sich die Stationsärztin, eine Krankenschwester und der Beobachter binden. Dr. Parsons wechselt in ein leeres, ungemütlich erscheinendes Zimmer und führt von dort aus das Telefonat weiter):

⁴⁰ Kleine Pannen wie diese entstehen häufiger, sind gleichsam eine unvermeidbare Konsequenz der immensen Beschleunigung der Abläufe. Hierzu ein Stationsarzt in kurzen Worten:

Mittwoch 8.12.2004, 10:15 (vor dem Aufnahmezentrum)

Dr. Allert (zum Beobachter): ... ein Leistenbruch ... den Kassen ist es jetzt am liebsten, wenn es ambulant geschieht ... [...]

Dr. Allert: ... jetzt haben wir auch keine Zeit mehr uns die Akten ausführlich anzuschauen ... wenn es jetzt heißt „Galle“ ... dann müssen wir uns drauf verlassen, dass sie den Patienten in der Aufnahme gründlich angeschaut haben ... da entstehen dann auch Lücken ...

Dr. Parsons: Wie gesagt, ich rufe sie jetzt an, damit sie Bescheid wissen, und nicht mit falschen Erwartungen kommen ... nur weil ich ihnen jetzt gesagt habe, wir brauchen jetzt nicht mehr ...

Mittlerweile ist noch eine weitere Patientin ins Aufnahmezentrum gekommen. Eine Krankenschwester bittet die Ärztin, diese noch aufzunehmen. Die Ärztin erledigt die Aufnahmeverfahren und klärt die Frau über die anstehende Gallenoperation auf.

Um kurz vor zwei ist Dr. Parsons wieder auf der Station. Dort angekommen, bittet eine Schwester die Ärztin, sich eine Patientin anzuschauen, die wiederholt erbrochen habe. Die Ärztin geht mit ihr ins Patientenzimmer. Anschließend greift die Stationsärztin zum Telefon, um die Termine der Chemotherapie einer ihrer Patienten zu koordinieren:

14:05 Stationszimmer

Dr. Parson (telefoniert): Herr Huth ... der junge Rektumkarzinom Patient ... habe ihm heute Morgen einen Wundabszess gespalten ... morgen werde ich die Wunde auswaschen ... sollte noch ein paar Tage hier bleiben ... wann sollte er denn bei Ihnen anfangen ...

Dr. Parsons (zum Beobachter): ... hat einen Loop bekommen ... dann jetzt die vorbereitende Chemotherapie und die eigentliche Operation kommt noch.

Flachere Hierarchien – der Chefarzt entscheidet nicht mehr, wann er entscheidet

Als nächstes ruft die Ärztin in der Röntgenabteilung an und erkundigt sich nach dem Befund eines anderen Patienten. Anschließend bespricht sie mit dem Chefarzt die Konsequenzen:

14:10 (Stationszimmer)

Dr. Parsons: Herr Kressen hat vor kurzem eine KE [Kontrastmitteleinlauf] und jetzt möchte ich brennend wissen was dabei raus gekommen ist ... er schießt sich buchstäblich zu Tode ... also dann ist die Coloskopie angesagt ...

Dr. Parsons (greift zum Telefon und wählt): Ist der Chef schon da ... aha ...

(zum Beobachter) gut dass es die Telefone gibt, da spart man sich viele Wege ...

14:20 (beim Chefarzt)

Dr. Parson: Eben mit Dr. Martin geredet ... bei Herr Kressing da sieht er nichts ... geht glatt durch ... keine Fistel keinen Abzess ... denke ich jetzt immer an Herrn Benschmann

Chefarzt: ... also die Coloskopie und dann die Gastroenterologen hinzuziehen ...

Dr. Parson: ... habe ich schon mal angemeldet ...

(ein wenig später)

Dr. Parsons (zu den Pflegern): Herr Saal ... morgen ... Gastroskopie ... ist der erste ...

Im Hinblick auf die innerhierarchische Kommunikation der Ärzte zeigt sich in dieser Sequenz ein bemerkenswerter Unterschied gegenüber dem ersten Beobachtungszeitraum im Jahr 2000. Der Chefarzt ist nicht mehr »Meta-Entscheider« (Vogd 2004b, 227ff.), er kann nicht mehr autonom entscheiden, ob und wann er entscheidet. Selbst wenn auf der Station Bedarf nach einer chefärztlichen Entscheidung bestand, war es für die Ärzte ratsamer, den Chef nicht direkt anzusprechen, sondern darauf zu warten,

dass dieser – etwa während seiner Visite – von allein auf das Problem anspricht.⁴¹ Die Dynamisierung der ärztlichen Arbeit verlangt nun auch vom Chefarzt schneller und unmittelbarer erreichbar zu sein. Unter dem ökonomischen Primat der kurzen Liegezeiten können Entscheidungen nicht mehr lange hinausgezögert werden. Entsprechend haben sich die hierarchischen Strukturen angepasst und selbst der Chefarzt ist nun von einem Weiterbildungsassistenten ansprechbar, was – wie beobachtet – von diesen öfters genutzt wird.

Ärztliche Fehlerzuschreibung: auf Personen, nicht auf Kontexte

Um halb drei ist Dr. Melini wieder auf der Station. Die Ärztin erklärt ihrem Kollegen, dass man bei Herrn Kressing bislang noch keine Ursache für seine Beschwerden gefunden habe:

14:35 (im Stationszimmer)

Dr. Parson (zu Dr. Melini): ... jetzt Herr Kressing ... nichts ... keine Fistel und der ist ja jetzt schon hundert mal blanchiert ...

Anschließend erwähnt sie, dass die Geschichte mit dem Plavix von Herrn Siering leider größere Kreise gezogen habe. Dies sei etwas übertrieben, da Dr. Melini jetzt auch neu in der Aufnahme sei:

Dr. Parsons: Jetzt mit dem Plavix ... tun sie jetzt so, als ob es ein Staatsverbrechen war ... aber Du bist ja jetzt neu in der Aufnahme [jetzt erst der zweiten Tag]

Dr. Melini: ... war ja dann ... musste ich auf einmal in den OP (zum Beobachter) Du warst ja dabei ... ging dann so schnell ...

Dr. Parson: Ja, kann dann passieren ...

Darüber hinaus erklärt die Ärztin ihrem Kollegen die Geschichte mit den Hormonimplantaten. Sie habe vermeiden wollen, dass man während der Operation dort aus Versehen hinein schneide:

Dr. Parson (zu Dr. Melini): ... Herr X. bekommt eine Prostatahormontherapie ... hat dann die Stäbchen da oben eingepflanzt bekommen ... ich wollte dann, dass die da nicht hineinschneiden ...

In ärztlichen Arbeitskontexten ist es üblich Pannen, die geschehen, einzelnen Akteuren zuzurechnen. Das abstrakte »sie« als die generalisierte, personale, medizinische Autorität behält hierdurch ihre moralische Legitimität, denn die Fehler in der Prozessqualität liegen nicht im System – und damit auch nicht bei allen mit dem System verwickelten Akteuren – sondern beim fehlerhaften Einzelnen. In diesem Sinne verweist die Metapher des »Staatsverbrechens« recht gut auf die innere Logik des Fehlermanagements: Die Schuld liegt nicht in der Organisation, sondern beim widerständigen Subjekt. Die in diesem Fall zu berücksichtigende Kette der Interaktionen, die zu dem „Vorfall“ geführt hat, gerät hier ebenso aus dem Blick, wie mögliche Versäumnisse in der Patienteninformation während des ersten Beratungsgespräches, ebenso der „organisatorische“ Aspekt, dass der junge Arzt diese Woche als Anfänger zum ersten Mal in der Aufnahme eingesetzt wurde. Um kurz vor drei beginnt schließlich für die beiden Stationsärzte die Verbandsvisite. Um 15:45 Uhr wird die Stationsarbeit durch die Abschlussbesprechung

41 Zur Illustration und Interpretation der Szenen siehe ausführlich Vogd (2004a; b, 300ff.).

unterbrochen. Hier werden die wichtigsten Geschehnisse am Tag nochmals kurz rekapituliert und die diensthabenden Ärzte über mögliche Problemfälle informiert.

Auf dem Weg von der Besprechung zum Stationszimmer spricht die Stationsärztin den Oberarzt auf den Vorfall mit nicht beachtete „Plavix“-Medikation an. Der Oberarzt erwidert, dass er nun noch ein paar chirurgische Konsiluntersuchungen zu leisten habe:

(auf dem Gang)

Dr. Parson: ... jetzt Frederico ... hat das mit dem Plavix ... ist dann unglücklich gelaufen ... Frau Röhrich [die Anästhesistin] hat ... Frau Kindl [die Oberärztin]. ... dann Herrn Feuerstein [anästhesistischer Chefarzt] ... und da war der Chef daneben ...

Oberarzt Hertel: ... noch ein paar chirurgische Konsile ...

An dieser Stelle wird die Kommunikationskette um den Vorfall mit dem „Plavix“ nochmals expliziert. Der Oberarzt kommentiert den Bericht nicht. Die Information ist nun auch bei ihm als dem letzten Glied aus der ärztlichen Leitungsebene angekommen. Sein Schweigen kann dann performativ als Zustimmung gegenüber der Ärztin gewertet werden, dass einem der junge Arzt leid tun kann, oder eben als Ausdruck, dass die Dinge eben so sind und entsprechend keiner Kommentierung bedürfen und man eben zu lernen habe, Fehler nicht mehr öffentlich werden zu lassen.⁴²

Routineversorgung außerhalb der regulären Arbeitszeit

Gegen vier Uhr führen die Stationsärzte die unterbrochene Verbandsvisite weiter. Anschließend sind noch einige Anforderungsscheine zu ergänzen, zudem noch Entlassungsbriefe zu schreiben und Patienten am Computer zu codieren. Gut zwei Stunden Arbeit warten noch auf die Ärzte.

Am Freitag ziehen die Stationsärzte ein Resümee des von ihnen geleisteten Arbeitspensums:

Freitag, 16:04 (auf dem Gang)

Dr. Stange: Die Woche nicht vor 18 Uhr weggekommen ...

Dr. Stiehl: Ich bin auch nie vor halb acht ...

Zusammenfassung

Die vorangehenden Ausführungen geben einen Einblick in die Arbeitsabläufe eines chirurgischen Assistenten im Hinblick auf all die Tätigkeiten, welche außerhalb des

⁴² Letzteres haben dann die Oberärzte mittlerweile gelernt, wie die folgende Szene deutlich werden lässt:

Dienstag, 7.12.2004, 16:10 (Stationszimmer)

Oberarzt Dr. Hertel (zu Dr. Stiehl und Oberärztin Dr. Miller): ... jetzt bei Herrn Mainz ... morgen bei der Chefvisite nicht erzählen, dass ich ihn dann noch mal auf die Wache geschickt habe ... Montag war er [der Chef] dann glücklicherweise nicht da ... habe ihn dann abends ... habe gedacht rufe ich da unten an ... und ein paar Minuten später war der dann unten ... jetzt, wenn der Patient [bei der Visite] damit anfängt, ihm den Mund zu halten ...

Operationsaals liegen. Er hat Patienten aufzunehmen, die Fragen der Pflegekräfte zu beantworten, die Patienten der Station zu versorgen, Gespräche mit anderen Ärzten zu führen, seine Verwaltungsarbeit zu erledigen, mit Angehörigen zu sprechen und an den Dienstübergaben teilzunehmen. Im Folgenden eine kurze Rekapitulation der Punkte, welche für unsere Ausgangsfragestellung wichtig werden können:

- Die Arbeitsprozesse haben sich gegenüber dem ersten Beobachtungszeitraum erheblich verdichtet. Die Ärzte sind nicht mehr einen Tag „draußen“ auf der Station, um hier in Ruhe die anfallenden Aufgaben erledigen zu können, sondern pendeln stunden-, und manchmal minutenweise zwischen den unterschiedlichen Sphären hin und her. Die EDV-Technik sowie die Ausstattung der Ärzte mit „Stationshandys“ lassen diese Dynamisierungen von technischer Seite möglich werden.
- Doch zugleich stößt die Organisation der ärztlichen Arbeit hier auch an ihre Grenzen. Es entstehen Pannen und Brüche in der Informationsübergabe, die dann wieder zu Mehrarbeiten führen. Die effizienten, durchorganisierten Arbeitsabläufe scheinen nicht mehr in jedem Fall effektiv im Hinblick auf den Gesamtprozess.
- Das Primat der kurzen Liegezeiten führt zu flacheren Hierarchien. Auch der Chefarzt wird nun mehr verfügbar. Im Gegensatz zu früher muss auch er nun jederzeit ansprechbar sein, um den Entscheidungsfluss zu beschleunigen.
- Gleichzeitig spinnt sich mit den „schnellen“ Kommunikationsflüssen ein dichtes Netz von Kontrollen. Über kleine Pannen weiß nun schnell jeder Bescheid. Fehler, die durch die neue Geschwindigkeit entstehen, scheinen durch schnellere „Fehlerkommunikation“ wieder kompensiert werden zu können.

5 Der neue Arbeitstag bei den Internisten

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

Dienstbeginn im Rahmen der offiziellen Arbeitszeit

Beide Stationsärzte kommen an einem Montag kurz nach acht und beginnen mit den Blutabnahmen. Anschließend werden Routinearbeiten erledigt, Konsilscheine ausgefüllt, Untersuchungen angemeldet, geschaut ob neue Befunde im Fach liegen und mit den Pflegern gesprochen, welche Dinge anliegen. Um systematisch vorgehen zu

können, folgen wir der Arbeit einer der beiden Ärzte. Es handelt sich im Folgenden um die Ärztin Frau Dr. Kardel.

Versorgungslücken in der Wochenendbetreuung

Zwischendurch erklärt die Stationsärztin dem Beobachter, dass gestern ein Irrtum geschehen sei. Eine ihrer Patientinnen sei gestern zu einer Darmspiegelung vorbereitet worden, obwohl ihre Blutgerinnung noch zu niedrig sei. Am Wochenende habe sie kein Arzt mehr gesehen, sodass niemand den Fehler bemerkt habe:

9:00 (im Stationszimmer)

Dr. Kardel: Bei Frau Kramer... ist dann auch die Katastrophe ... lief dann gestern die Vorbereitung zur Coloskopie ... hat dann gestern die Flüssigkeit getrunken ... jetzt ist der Quickwert zu hoch ... die hat ja Markomar genommen ... sollte dann Mittwoch geschehen ... ein Irrtum, Montag anstelle von Mittwoch eingetragen ... Dr. Elwert ist dann gestern gar nicht erst zu meiner Seite gekommen ... wäre so viel zu tun gewesen ... ist dann auch die Frage, ob er das dann entdeckt hätte ... das sind die organisatorischen Sachen, die nicht passieren dürfen ... schicke die dann erst mal runter ... und der Dr. Assman [aus der Röntgenabteilung] wird dann entscheiden, ob sie noch mal runter muss, wenn dann eine Probe genommen werden muss ...

Während im Jahr 2001 noch genug Zeit war, die diensthabenden Ärzte persönlich über die anstehenden Prozeduren zu informieren, müssen sich die Stationsärzte im Jahr 2004 darauf verlassen, dass sich ihre Kollegen bei Bedarf schnell in die Akte einarbeiten können. Da nun jedoch die Dienstzeiten am Wochenende erheblich reduziert sind, ist in der Regel auch für die diensthabenden Ärzte keine Zeit mehr, sich mit jedem einzelnen Patienten zu beschäftigen bzw. eine vollständige Visite durchzuführen, auch wenn dies von der ärztlichen Leitungsebene weiterhin gewünscht wird. Anders als in der chirurgischen Abteilung, wo die Assistenten im Rahmen befristeter Arbeitsverträge arbeiten und zudem davon abhängig sind, ihre Weiterbildungsleistungen zertifiziert zu bekommen, haben die internistischen Stationsärzte bereits Facharztstitel und befinden sich zumeist in unkündbarer Stellung. Als diesbezüglich souveräne Akteure lassen sie sich nicht mehr unbegrenzt ausbeuten und zeigen sich entsprechend weniger bereit, *unbezahlte* Überstunden – etwa während der Wochenenddienste – zu leisten.

Um die Lücken überbrücken zu können, haben sich die ärztlichen Akteure unter den neuen institutionellen Bedingungen *informell* auf ein Arrangement geeinigt, Patienten während der Dienste nicht mehr routinemäßig zu visitieren, selbst wenn diese dann mal ein oder gar zwei Tage von ärztlicher Seite unbetreut bleiben. Nur im Notfall würde der diensthabende Arzt dann selbstverständlich intervenieren und sich entsprechend auch in die Akten einarbeiten.

Dieses Vorgehen erscheint insofern rationell, als der Stationsarzt für seine ihm speziell anvertrauten Patienten verantwortlich bleibt und entsprechend nicht allzu viele verschiedene Akteure sich in den Prozess hineinarbeiten müssen. Als Nachteil muss jedoch – wie hier geschehen – in Kauf genommen werden, dass weniger Routinekontrollen stattfinden und entsprechend ab und zu kleinere Pannen geschehen, die jedoch von den erfahrenen Ärzten in der Regel wieder ausgegült werden können.

Andererseits lässt diese Vorgehensweise wiederum längere Liegezeiten entstehen, da die ärztliche Versorgung nun nur diskontinuierlich mit entsprechenden „Wartezeiten“ geleistet werden kann.

Entlassung bevor der Befund vorliegt

Dr. Kardel füllt einige Anforderungszettel aus und schaut sich die neuen Befunde an, die in ihrem Fach liegen. Zwischendurch informiert sie die Famulantin (eine Medizinstudentin) und den Beobachter, dass die computergestützte Punktion bei einem ihrer Patienten kein Ergebnis gebracht habe. Sie habe Freitag schon im Labor nachgefragt und da habe man ihr gesagt, dass man wohl daneben punktiert habe. Da der Patient nun schon entlassen sei, müsse man ihn telefonisch über den Befund informieren:

Dr. Kardel: Noch Herrn Dunker anrufen ... haben dann nichts gefunden

Beobachter: Daneben punktiert

Dr. Kardel: Ja ... der Befund ist dann erst Freitagnachmittag gekommen, hatte angerufen und dann noch mal durch Fax ... habe ich jetzt zwei mal ... untersucht wurde er dann am Montag ... war zwar noch nicht unterschrieben ... aber dass die dann nicht mal anrufen ... hätte man dann Montag anrufen können

Beobachter: Vielleicht hätte man dann Dienstag oder Mittwoch nochmals punktieren können ...

Dr. Kardel: ... ja, man hätte zumindest überlegen können.

Famulantin: Was sagt man ihm jetzt?

Dr. Kardel: ... dass das Ergebnis jetzt keine klinische Relevanz hat ... dass stimmt dann auch ...

Eine wesentliche Aufgabe der internistischen Abteilung besteht in der diagnostischen Abklärung von Krankheitsbildern. Anders als in der chirurgischen Abteilung, die es in der Regel mit Patienten zu tun hat, die eine Diagnose haben, die zumindest so brauchbar ist, dass man weiß, welche Operation in den nächsten Tagen zu leisten ist, stochern die Internisten oftmals zunächst im Dunkeln. In diesem Falle sollte eine Gewebeprobe entnommen werden, um zu klären, ob der Patient einen durch Chemotherapie gut behandelbaren Tumor habe. Im Hinblick auf die Bewertung der Befunde sind die Ärzte nun von den Ergebnissen der Pathologie abhängig und diese braucht auch ihre Zeit und ist hier wohl hinsichtlich ihrer Kommunikationsstrukturen noch nicht in das neue Primat der „kurzen Liegezeiten“ eingetaktet. Die Informationen laufen zwischen den Abteilungen nur langsam, oftmals noch im Rhythmus von mehreren Tagen. Da der Patient jedoch aus Kostengründen nicht mehr so lange auf der Station liegen bleiben kann, wird nun entlassen bevor ein Ergebnis vorliegt, bzw. bevor dann gegebenenfalls noch weitere Untersuchungen hätten angeschlossen werden können. Die unterschiedlichen Zeithorizonte verzahnen sich zu *organisatorischen* Lösungen, die nicht unbedingt aus internistischer Sicht befriedigende Ergebnisse zeigen. Begrenzte Zeit führt hier zu ökonomischeren Lösungen und in diesem Sinne findet nun auch die diagnostische Abklärung pragmatische Grenzen. In Fällen wie diesen lässt man nun Patienten nicht mehr – wie vor drei Jahren – mehrere Wochen im Krankenhaus, um schließlich dann

zu einem abgesicherten Ergebnis zu kommen, sondern schließt den Vorgang auch ohne detaillierten Befund zügig ab.

Internistische Visite – zeitaufwändige Kopfarbeit

Um zwanzig vor zehn beginnt schließlich die Visite. Die Ärztin ist heute gut in der Zeit. An anderen Tagen, wenn eine Reihe von Entlassungen anstehen und die entsprechenden (Kurz-)Arztbriefe fertig gestellt werden müssen, kann es auch schon mal vorkommen, dass die Visite erst gegen elf Uhr oder noch später beginnen kann und sich dann noch in den Nachmittag hineinziehen muss. Die Stationsärzte beginnen in der Regel damit, sich vor dem Patientenzimmer in die Patientenakte hineinzuarbeiten, die aktuellen Befunde zu lesen, zu schauen, ob die Pflegekräfte etwas besonderes notiert haben. Erst wenn sie sich entsprechend der aktuellen Daten ein Bild über den Patienten gemacht und daraufhin einen vorläufigen Behandlungsplan formuliert haben, betreten sie das Patientenzimmer. Wie schon früher ist gerade diese „Kopfarbeit“ der Internisten mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden.

Schnelle Verlegung vs. „soziale Indikation“

In unserem Beispiel laufen während der Visite noch eine Famulantin sowie der Beobachter mit. Die Visite beginnt bei Frau Wawarek, einer Patientin mit einer schweren Herzerkrankung, die sich nach einem Herzinfarkt erholt. Die Ärztin fragt die Patientin, ob man sie in ein anderes Haus verlegen solle. Die Frau antwortet, dass sie nicht noch einmal in ein anderes Krankenhaus möchte. Die Ärztin bemerkt daraufhin, dass man ihr dann noch ein wenig Zeit geben wolle:

9:40 Visite

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

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

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

In dieser kurzen Sequenz deuten sich zwei konfligierende Handlungsrationaltäten an. Auf der einen Seite steht das ökonomische Primat, die Liegezeiten zu reduzieren. Der Patientin geht es etwas besser und entsprechend würde man sie nun aus dem Akutkrankenhaus entlassen können und an eine Einrichtung überweisen, die mehr Pflege und weniger Akutmedizin betreibt. Andererseits besteht aus der Perspektive der Behandlungslogik noch kein Anlass, den stationären Krankenhausaufenthalt zu unterbrechen. Die Frau erholt sich erst langsam, profitiert von der täglichen Krankengymnastik und ist zudem mit den Abläufen und den Menschen im aktuellen Krankenhaus vertraut. Entsprechend einer ‚sozialen Indikation‘ entscheidet sich die Ärztin hier, die Patientin noch etwas länger im Hause zu behalten. Anders als in der chirurgischen Abteilung, scheinen – auch mit Blick auf andere Beobachtungen – im Jahr 2004 in dieser Abteilung noch Handlungs- und Entscheidungsspielräume zu bestehen, die in diesem Sinne genützt werden können.

Krankheitsbewältigungskommunikation als Teil der internistischen Arbeit

Die Visite geht im gleichen Zimmer weiter mit einer neunundachtzig jährigen Dame, die zum ersten Mal in ihrem Leben einen Herzinfarkt erlitten hatte. Die Frau hatte zuvor alleine in ihrer Wohnung gelebt und konnte sich bislang selbst versorgen. Nach dem Infarkt scheint sie bislang noch nicht in der Lage aufzustehen, um alleine zur Toilette zu gehen. Im Gespräch zwischen der Ärztin und der Patientin erklärt letztere, dass sie lieber Sterben wolle als in ein Heim verlegt zu werden. Die Ärztin schlägt ihr „Windeln“ und „Hausdienst“ als Alternative vor, was der Dame allerdings auch nicht ganz behagt.

Anschließend wird ein türkischer Patient aufgesucht, der unter einer starken Herzschwäche leidet. Da dieser nur schlecht deutsch verstehe und zudem die Implikationen seiner Krankheit nicht zu begreifen scheint, arrangiert die Ärztin ein Gespräch mit seinen Kindern, die nun als Übersetzer fungieren sollen.

In den letzten beiden Szenen werden die „psychosozialen“ Aufgaben eines internistischen Arztes deutlich. Wie hier geht es oft auch darum, Patienten über ihren Krankheitszustand aufzuklären und Wege aufzuzeigen, wie diese ihren Alltag nun trotz chronischer Krankheit irgendwie bewältigen können. Anders als die Chirurgen, welche die Zeit für den Patientenkontakt während der Visiten nun in der Regel auf unter eine Minute reduzieren können, gehört für den Internisten das intensivere Gespräch mit dem Patienten mit zu seiner Arbeit. Das gute Patientengespräch gehört zum internistischen Ethos⁴³ wie auch zum internistischen Arbeitsprozess.

Paradoxe Effekte: Rationierung ≠ Rationalisierung

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

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

43 In der folgenden Gesprächssequenz klingt hier einerseits der Wert solcher Gespräche für den internistischen Arzt an, andererseits wird jedoch deutlich, dass die Zeit für solche Gespräche durch das organisatorische Primat eines straffen Zeitmanagements nun in Frage gestellt werden:

12:55 (*Essensgespräch, in der Kantine*)

Dr. Kardel: .. eine ältere Dame ... Frau Walter ... möchte nicht mehr Leben ... sollte ihr was geben ... meint Sie in Holland würde das ja auch gehen ... war dann „widerständig“ im Dritten Reich ...

Dr. Marin: Du hast dann Zeit, dich mit den Patienten zu unterhalten?

Dr. Torstenson: ..., sich dann mit den alten Damen zu unterhalten, ist ja das Einzige, was einen noch hält ...

der MDK liest ... (*liest im Aufnahmebogen*) ... Ellebogen seit drei Wochen geschwollen mit unklarer Ursache ... Patient Mittwoch zusammengebrochen ... HI vor zehn Jahren ... [HI meint „Herzinfarkt“]

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

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

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

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

Diese Sequenz verweist auf die Logik, nach der die diensthabenden Ärzte ihre Handlungsprioritäten setzen. Der Patient wurde offensichtlich vom aufnehmenden Arzt nicht als „Notfall“ gerahmt. Entsprechend kann der Patient nun auch von den diensthabenden Ärzten zunächst unversorgt gelassen werden, bis dann am kommenden Montag ein Stationsarzt sich dem Fall annehmen wird. Dieses Arrangement erscheint hier gleichsam als Notlösung, wie ärztliche Arbeit unter knappen Personalressourcen noch organisiert werden kann. Der Preis der hierfür gezahlt werden muss, liegt nun zum Einen – was ja ökonomisch nicht erwünscht ist – in einer Verlängerung der Liegezeit, zum Anderen in Lücken in der Betreuung. Die *Rationierung* der ärztlichen Arbeitskraft führt hier nicht mehr zu einer *Rationalisierung* des Behandlungsprozesses. Der Chefarzt mag zwar weiterhin anordnen, dass auch am Wochenende Visiten stattfinden und dass Informationen zwischen den einzelnen Diensthabenden in einer Weise ausgetauscht werden, dass eine kontinuierliche Versorgung möglich wird.⁴⁴ *De facto* hat sich jedoch informell längst eine „Prioritätenhierarchie“ gebildet, die einen medizinisch

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

13:10 (*Abteilungsbesprechung*)

Dr. Marin: ... jetzt eine andere Frage ... wie machen wir denn das am Wochenende ... wenn von 9:00-15:00 ... sollen wir eine Visite machen

Oberarzt: ... neue Patienten auf jeden Fall sehen

Anderer Arzt: ... aber auf beiden Stationen eine Visite, dass schaffe ich dann nicht ...

Chefarzt: ... doch eine Visite

noch vertretbaren Kompromiss zwischen Minimalversorgung, Patientensicherheit und in Kauf zunehmenden Betreuungslücken gestatten. Im Unterschied zum Jahr 2001 sind internistische Ärzte nun nicht mehr immer verfügbar.

Der internistische Blick: Organsysteme und Krankheitsbewältigung

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

(drinnen)

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

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

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

Patient: ... nein ...

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

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

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

Patient: ... seit 3 Jahren ...

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

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

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

Dr. Marin: ... doch Visite? ... Visiten auf beiden Stationen ... ist das auf Anordnung oder eben Routinearbeit? ... die Visiten gehören doch nicht mehr in die Bereitschaftsdienste?

Dr. Elwert (zum Chefarzt): Ist das hiermit hier mit chefärztlich angeordnet, dass eine Visite stattfindet?

Chefarzt: ... gut, dann ist das angeordnet.

(10 Minuten später, am Essenstisch)

Dr. Marin: Habe jetzt den fünften Wochenenddienst in Folge ...

Dr. Marin (zu Dr. Kardel): Ist ja jetzt auch so eine Sache „Hungerversuch“, und dann nachts wegen Personalmangel keine Blutabnahme ... [...]

Dr. Marin: (zu Dr. Reuter): ... jetzt zu lange gearbeitet im Dienst ... Schleusen nicht ziehen und dann Heparin ... und wenn dann was passiert ... der Maaßen [Oberarzt der anderen Abteilung] kann das ja gar nicht anordnen ... und wenn dann eine Panne passiert ... bin ich dran ...wenn dann einer klagt ...

Dr. Reuter: Nicht du ... ist dann das Krankenhaus ... [...]

Dr. Reuter: ... der Chef hat das jetzt gar nicht geschnallt, um was es jetzt geht die Bögen ... Routinearbeiten ... zählen eben nicht als Bereitschaft ...

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

(draußen)

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

Die Ärztin tastet sich hier dialogisch an das Krankheitsbild eines Diabetes heran. Zudem ist abzuklären, inwieweit das Herz in Mitleidenschaft gezogen ist. Anschließend gilt es zu klären, wie sich die häusliche Versorgung des Patienten darstellt. Die Ärztin fokussiert hier das Gespräch Ziel gerichtet auf die medizinisch relevanten Aspekte, zu der hier eben auch psychosoziale Fragen gehören. Letzterer Aspekt wird hier zwar rationell behandelt – man verliert sich hier aber nicht in unnötige Details. Dennoch wird hier nicht auf die klassische internistische Herangehensweise verzichtet, in der nun der ‚ganze‘ Mensch mit seinen Organsystemen – hier sowohl das Herz als auch der Zuckerstoffwechsel – in den Blick kommt und auch die fehlende Krankheitseinsicht innerhalb des Behandlungsprozesses mit berücksichtigt werden muss. Während sich die Chirurgie vom Patientengespräch noch mehr verabschiedet hat – übrig bleibt die Frage, ob und wo was weh tut – bleibt das ausführlichere Patientengespräch für den Internisten essentiell. Man mag zwar nun schneller zur Sache kommen, aber viel mehr lässt sich nicht rationalisieren.

Die Visite geht weiter. Es folgt ein Diabetiker, dem nun beigebracht wird sich selbst Insulin zu spritzen, ein Herr, der vor ein paar Tagen eine Herzinfarkt erlitten hatte, eine Dame mit einer Lungenentzündung, sowie ein weiterer Herr mit einem diabetischen Fuß, der ausführlich angeschaut wird.

Zergliederung des Behandlungsprozesses in Akutmedizin und medizinische Pflege

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

Dass eine Patientin die durchschnittliche Liegezeit überschritten hat, sich aber noch nicht soweit erholt hat, dass sie wieder nach Hause kann, lässt sich, wie zuvor schon erwähnt, nun institutionell bearbeiten. Die entsprechenden Patienten sind nun in andere, im Hinblick auf den Tagessatz preiswertere Häuser zu verlegen. Medizinisch und pflegerisch macht die Verlegung zwar keinen Sinn, da man Pflege, Krankengymnastik, etc. genauso gut auch Vorort fortführen könnte. Da dies nun aus ökonomischen Gründen für die Organisation nicht mehr indiziert erscheint, sehen sich nun auch die Ärzte veranlasst, ihre Patienten auf sanfte Weise dazu zu bewegen, die Einrichtung zu wechseln.

Das neue Abrechnungssystem führt hier zu einer paradigmatischen Wende im Bettenmanagement. Der Behandlungsprozess wird so auf verschiedene Institutionen verteilt, dass sie jeweils nach den Vorgaben möglichst gut abzurechnen sind. Anstelle

nun wie früher der Situationslogik der Station zu folgen (etwa zu schauen, ob das Bett für bedürftigere Patienten gebraucht wird), ist nun tendenziell nach dem formalen Kriterium „durchschnittliche Liegezeit“ zu entscheiden.⁴⁵

Fehlermanagement auf Ebene der fachärztlichen Stationsärzte

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

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

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

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

Internistische Visite: Chronische Fälle, differenzialdiagnostische Abklärung,

45 Das Management der Verlegungen geschieht mittlerweile recht routiniert, wie die folgende Szene zeigt:

Mittwoch 11.8.2004, 9:15 (im Stationszimmer)

Dr. Martin (zur Schwester): Mit Herrn Michel, was machen wir denn jetzt ... ?

Schwester: Kann noch nicht so gut gehen ... aber wird jetzt besser ...

Dr. Martin: Dann hilft die Gymnastik doch ... lebt jetzt allein in seiner Wohnung ... dann vielleicht doch eine Reha ... st dann besser als die Kurzpflege ... wann ist der gekommen? ... vierter achter ... gut, dann ruf ich da gleich mal an

Dr. Martin (am Telefon im Arztzimmer): Hier ist Martin, Krankenhaus [Name]... brauche ein Bett ... haben einen Mann .. kam mit einer hochgradigen Anämie ... Hb von drei ... wahrscheinlich ein Plasmozytom ... lehnt jetzt jede weitergehende diagnostische Prozedur ab ... hätte auch wohl in seinem Alter keine Konsequenzen ... lebt allein in seiner Wohnung bei seinem Sohn im Haus ... ist jetzt ein wenig antriebschwach geht dann darum, ihn ein wenig zu mobilisieren damit er wieder in seine Wohnung kann ... heute schon ... haben wir allerdings noch keinen Verlegungsbericht ... gut dann morgen ... mach ich noch ein abschließendes Hb eins [ein Blutwert]

Beobachter: Er kommt jetzt in die Reha?

Dr. Martin: ... kommt jetzt in ein geriatrisches Krankenhaus, die auch Reha machen ... er braucht jetzt noch einige Tage ... im Prinzip können wir das hier auch machen, sind aber jetzt ein Akutkrankenhaus ...

Dr. Martin (zur Schwester): Michel kommt jetzt ins Mauritiuskrankenhaus ... vielleicht den Sohn anrufen

Schwester: Mache ich ...

ethisch problematische Entscheidungen

Nun geht die Visite weiter. Eine 40 jährige Frau mit einem Lungeninfarkt wird nochmals über die Konsequenzen ihrer Krankheit aufgeklärt und dass nun eine sorgfältige Thromboseprophylaxe angezeigt sei. Anschließend wird ein schwer herzkranker Mann mit einer so genannten chronisch obstruktiven Lungenkrankheit untersucht. Der Herr klagt über seine Atembeschwerden. Da sich jedoch keine Hinweise für einen akuten Infarkt ergeben haben und für die Ärztin nicht zu erwarten ist, dass sich der Gesundheitszustand durch weitere Therapien verbessern ließe, plant Dr. Kardel die Entlassung des Patienten. Die Ärztin kommt daraufhin zu Herrn Fischer. Sie erklärt, dass man bei diesem Patienten eine Aortenstenose entdeckt habe, was eine Indikation zu einem chirurgischen Eingriff darstelle. Zudem arbeitet seine Schilddrüse nicht, was theoretisch auch von einem Drüsenkrebs verursacht worden sein könne. Zudem habe sich der Dermatologe eine merkwürdige Stelle an der Haut angeschaut. Anschließend geht es zu Frau Radjun, einer sechzig Jahre alten Patientin, die sich weigert zu essen. Die Ärztin erklärt der Famulantin, dass die Frau aufgrund einer Alkoholerkrankung dement geworden sei. Sie habe jetzt zwar eine gerichtlich eingesetzte Betreuung, aber trotzdem sei es eine schwerwiegende Entscheidung, sich nun für eine Zwangsernährung zu entscheiden.

Weiterhin schlechte Verzahnung der diagnostischen Prozesse

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

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

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

Beobachter: Im Prinzip geht es um ...

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

Famulantin: ... der Hausarzt?

Dr. Kardel: Donnerstag Nachmittag war der nicht da ... sonst bin ich nicht dazu gekommen, anzurufen ...

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

An dieser Stelle wird wieder deutlich, dass sich die unterschiedlichen Zeitrhythmen im diagnostischen Prozess weiterhin nur schlecht verzahnen. Die Stationsärztin wartet auf die Interpretation der „Kopfbilder“ durch die Neurologin. Als diese auf die Station kommt, lagen die Aufnahmen noch in der Röntgenabteilung. Ebenso ist der Hausarzt nicht dann zu sprechen, wenn die Ärztin Zeit findet. Während in der chirurgischen Abteilung mit dem Stationshandy und sozialem Zwang, dieses zu nutzen, um zeitliche

und räumliche Distanzen effizient überbrücken zu können, lässt sich bei den Internisten eine ähnliche Beschleunigung der ärztlichen Kommunikation nicht feststellen. Im Hinblick auf eine zeitlich engere Verzahnung von Diagnostik und Station hat sich hier gegenüber dem Jahr 2001 wenig verändert. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die internistische Abteilung – selbst mit der Einführung der Handytechnologie – über die Ressourcen verfüge, um die bei den Chirurgen zu beobachtende Intensivierung der ärztlichen Kommunikationsarbeit leisten zu können. Einerseits befinden sich die meisten Ärzte dieser Abteilung aufgrund unbefristeter Arbeitsverträge nicht in der strukturellen Position, grenzenlos ausgebeutet werden zu können. Andererseits würde einer solchen Veränderung möglicherweise der Habitus gestandener internistischer Praktiker entgegenstehen, während die jungen chirurgischen Assistenzärzte leichter an den neuen Arbeitsstil adaptiert werden können.

Vor der Mittagsbesprechung noch schnell ein paar Anrufe machen

Die Visite findet schließlich ihren Abschluss in einem Zimmer mit zwei Herren. Mit dem Ersten spricht sie kurz über die anstehende Herzkatheteruntersuchung an. Dem Anderen wird erklärt, es nun darum gehe, seinen hohen Blutdruck so einzustellen, dass andere Krankheiten vermieden werden.

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

12:05 (im Arztzimmer)

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

Anschließend versucht die Ärztin den Hausarzt von Herrn Kleinert zu erreichen und bemerkt zuvor, dass es blöd sei, wenn die Konsile zu einer Zeit stattfinden, wo die Stationsärzte nicht vor Ort seien:

12:10 (im Arztzimmer)

Dr. Kardel: ist ja dann auch blöd, wenn sie am Wochenende die Konsile machen, dann sieht man sie nicht und dann könnte man denen auch was dazu erzählen ...

Dr. Kardel (greift zum Telefon): Dr. Kardel ... Station zwölf ... im Krankenhaus X. ... Herrn Kleinert, Martin ... einer ihrer Patienten ... ok er ruft zurück (die Ärztin nennt eine Telefonnummer).

Gedankenlesen anstelle guter Kurvenführung

Um viertel nach zwölf machen sich die beiden Ärzte auf den Weg zur Röntgenbesprechung. Auf dem Weg erklärt die Ärztin ihrem Kollegen, dass dieser am nächsten Tag allein auf der Station sein werde. Sie habe jetzt allerdings die Patientenkurven jetzt

nicht allzu gut geführt. Der Kollege antwortet, dass alle Ärzte ihre Kurven mittlerweile nicht mehr so gut führen würden:

12:15 (auf dem Weg zur Röntgenbesprechung)

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

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

Die Patientenkurve, insbesondere das Deckblatt mit den aktuellen Informationen, soll dem nachfolgendem Arzt ein brauchbares Abbild der medizinischen Situation des Patienten geben, so dass sich ein Kollege in Sekundenschnelle in den Fall eindenken kann, ohne die ganzen Unterlagen lesen bzw. den Patienten befragen zu müssen. Die Ärztin offenbart ihrem Kollegen hier, dass sie zurzeit nicht mehr in der Lage ist, vor der Übergabe an den Kollegen, ihre Akten entsprechend elegant aufzuarbeiten. Der Kollege drückt hier „Verständnis“ aus, denn keiner der Ärzte könne dies mehr leisten. In der Praxis hat man längst zu einem anderen modus operandi gefunden, auch ohne entsprechend aufbereitete Schriftstücke, in der Vertretung eines Kollegen zu Recht zu kommen. Die Ärztin drückt diese Fähigkeit mit der Metapher „Gedankenlesen“ aus. Hiermit ist die Intuition der erfahrenen Kollegen gemeint, die sich dann auch ohne „leitlinienmäßige“ Protokollierung zu Recht finden können. Als erfahrene Experten sind sie in der Lage, sich auch aus fragmentarischen Informationen ein brauchbares Bild über die vorliegende Situation aufbauen. Entsprechend können sie die Lücken, die durch ein knappes Zeit- und Personalmanagement entstehen, in der Regel gut zu überbrücken.⁴⁶

Dienstbesprechungen ohne Lösung – noch kein kohärenter Organisationshabitus

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

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

Dr. Kardel: ... jetzt organisatorische Probleme ... neurologisches Konsil ... jetzt die Bilder nicht da gewesen ... hat dann drei bis vier Tage gedauert und wird dann wohl wieder ...

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

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

⁴⁶ Wie die Expertiseforschung aufzeigt (Gruber 1994), verfügen die erfahrenen Fachärzte über ein so genanntes „prozedurales Wissen“. Sie binden Informationen wieder an die Erinnerung konkreter Fälle an und sind hierüber gegenüber dem Novizen zu einer Mustererkennung auch in schlecht definierten Domänen in der Lage. Sie können sich »aus Konstellationen, die ihrer Expertendomäne entstammen, offenbar sehr rasch „Sinn machen“, sie können die vielen einzelnen Informationsteile zeitlich wie räumlich integrieren und zu semantisch bedeutsamen Mustern bündeln« (Gruber 1999, 27).

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

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

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

Chefarzt: Hamburger Modell hin oder her ...

Dr. Kardel: [...]

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

Des Weiteren beklagt der Chefarzt, dass kein Arzt aus der Abteilung den internationalen Kardiologenkongress in München besucht habe. Dr. Marin erwidert, dass ihr dies allein schon wegen der Dienstpläne nicht möglich gewesen sei:

Chefarzt: ... jetzt noch mal zu dem internationalen Kardiologenkongress ... war dann keiner von uns da ... dass ist ja auch nicht so oft, dass der in München ist ...

Dr. Marin: ... aber wir haben das ja jetzt mit Dr. Maasen schon besprochen ...

Chefarzt: Ich sage es ja nur, so schnell kommt der nicht wieder ...

Dr. Marin: ... aber wir haben dann Dienste, was soll das denn, dass sie das jetzt wiederholen

Chefarzt: ... Sie machen jetzt Vorwürfe

Dr. Marin: ... Sie machen uns Vorwürfe ...

Anschließend macht Dr. Elwert die Gruppe darauf aufmerksam, dass sich mit den neuen Dienstplänen nun eine Überlappung von zwei Stunden ergebe, in der dann die Stationsärzte während ihrer regulären Arbeitszeit auch Dienst für die anderen Stationen der Abteilung machen müssten. Insbesondere wenn dann auch noch das zeitaufwendige Schleusenziehen geleistet werden müsse, gäbe es Probleme. Nach einer kurzen Diskussion erwähnt der Chefarzt, dass man zwar im Oktober zwar noch eine halbe Arztstelle bekomme, dennoch aber mit den anstehenden Personalkürzungen in den anderen Abteilungen kaum die kurzen Liegezeiten halten könne:

Dr. Elwert: ... ich mache jetzt noch mal aufmerksam ... das es dann eine Dienstlücke gibt ... wenn ich von acht bis zehn Uhr und dann auf der anderen Station ist erst ab zehn einer ... oder ich von zehn bis achtzehn Uhr ... dann habe ich ja auch in der Routinezeit noch zwei Stunden Dienst ... von sechzehn bis achtzehn ... waren dann zum Beispiel zwei Schleusen zu ziehen ... das Problem ist nun, die Diensttätigkeit wird in den Routinedienst reingezogen, was dann sehr schwierig ist ... konnte dann die Schleusen nicht ziehen

(eine kurze Diskussion folgt)

Chefarzt: ... gut, ab dem ersten zehnten kriegen wir dann eine halbe Stelle mehr ... wie die von [Name des Klinikkonzens] dann mit den Ärzten umgehen ... jetzt in der Pathologie ... von sechs auf vier Kürzen ... und dann wollen die das dann mit den kurzen Liegezeiten halten ... geht doch alles nicht zusammen ...

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

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

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

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

Innerhalb der ärztlichen Hierarchie steht der Chefarzt für den Anspruch, die medizinische Exzellenz weiterhin hochzuhalten. Man hätte schließlich auf den Kardiologenkongress fahren müssen, habe den einen oder anderen Vortrag zu hören und diesen oder jenen Artikel zu lesen.⁴⁷ Ebenso scheint es keine Frage, dass man selbst am Wochenende jeden Patienten während der Visite sieht. Die Stationsärzte klagen demgegenüber über Auslastung ihrer Arbeitskapazitäten. Nicht selten sind dann drei Wochenenddienste in Folge, so dass man sich an dem einzigen freien Wochenende⁴⁸ nicht auch noch einen Kongress anhören möchte. Der Anspruch an eine hohe wissenschaftlich medizinische Kultur und der Alltag der organisatorischen Realitäten stehen hier unvermittelt gegenüber. Im ersten Beobachtungszeitraum erfüllten die Abteilungsbesprechungen noch die Funktion, die Abteilung zu integrieren. Es wurden Lösungen suggeriert, zumindest in ritueller Form.⁴⁹ Nun erscheinen diese Besprechungen oftmals ohne Konklusion und werden als „deprimierend“ erlebt. Die Stimmung ist gereizt und von wechselseitigen Vorwürfen geprägt.

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

48 Insbesondere wenn Urlaubszeit ist und manche Kollegen ihren „Freizeitausgleich“ für die geleisteten Überstunden nehmen, kann es vorkommen, dass einzelne Stationsärzte an fünf Wochenenden in Folge Dienst haben.

49 Zu rituellen Funktionen von Abteilungs- und Teambesprechungen siehe Vogd (2004b, 253ff.).

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

Die in einer Sequenz anklingende Geste des Chefarztes, ihn im Falle organisatorischer Probleme mit anderen Abteilungen anzusprechen, um dann die Sache von Chefarzt zu Chefarzt regeln, erscheint hier nur noch als Karikatur des alten omnipotenten Regenten, der *de facto* jedoch längst nicht mehr über die Macht verfügt, auf die Ebene der Praxis durchzugreifen.⁵⁰ Hier hat sich dann längst schon eingespielt, zwischen Pflicht und Kür zu unterscheiden.

Weitere Routinearbeiten und Übergang zum Nachtdienst

Nach dem Essen setzt sich die Ärztin ins Arztzimmer und versucht die Hausärzte von zwei ihrer Patienten zu erreichen. Anschließend kodiert sie einige Diagnosen der zu entlassenden Patienten im DRG-System und fertigt parallel hierzu die Kurzarztbriefe an. Anders als bei den Chirurgen lassen sich viele Fälle nicht in zwei bis drei Minuten erledigen. Nicht selten brauchen die Stationsärzte für Kodierung und Kurzarztbrief zwanzig bis dreißig Minuten. Um 14:40 kommt der Oberarzt auf die Station und fragt die Ärztin, ob er ihr helfen könne. Sie erklärt, mit dem Verweis auf die mit dem neurologischen Konsil unbeantwortete Frage, dass sie an den organisatorischen Strukturen scheitere. Der Oberarzt erwidert, dass es sich hier einerseits um ein internes Problem der neurologischen Abteilung handele, andererseits man zurzeit einfach zu wenige Ärzte habe.

Nach dem Nachtdienst nochmals kurz die Station versorgen

Um 16:00 beginnt der Dienst von Frau Dr. Kardel. Als internistische Fachärztin ist sie die kommende Nacht für die Betreuung der internistischen Abteilung zuständig. Im Falle eines ruhigen Dienstes mit wenigen Notaufnahmen und Komplikationen kann sie die Zeit nutzen, um Arztbriefe zu schreiben. Zuvor wird sie jedoch noch in einer zeitaufwendigen Prozedur zwei »Schleusen«⁵¹ zu ziehen haben. Bis der anzulegende Druckverband dicht hält, wird die Ärztin dann jeweils etwa dreißig bis vierzig Minuten

50 Anders stellt sich die Lage wieder bei den Chirurgen dar. Der Chefarzt erscheint hier wirklich in der omnipotenten Position über die Ausbildung seiner Assistenten und die Verlängerung der Arbeitsverträge ein Machtmittel zur Verfügung zu haben, mit dem ein erhebliches Maß an Mehrarbeit „abgepresst“ werden kann.

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

dem Patienten beistehen und auf die Punktionsstelle „drücken“ müssen. Am Dienstagmorgen nach dem Nachtdienst ist Dr. Kardel zunächst noch auf der Station anzutreffen. Sie versucht telefonisch einige Termine zur weitergehenden Diagnostik zu vereinbaren und sucht noch zwei ihrer Patienten auf. Um neun Uhr geht sie nach Hause, nachdem die hiermit verbundenen schriftlichen Arbeiten erledigt sind (Konsilscheine ausfüllen und Patientenakten aktualisieren). Tagsüber wird sie dann nicht auf der Station sein. Ihr Kollege wird bei Bedarf auch ihre Patienten mit versorgen müssen. Um viertel nach neun kommt Herr Dr. Elwert auf die Station. Er sieht seine Kollegin nicht mehr. Offiziell beginnt sein Dienst heute um 10:00. Er kommt jedoch schon früher, und beginnt, die Papiere einiger Patienten fertig zu stellen, welche heute entlassen werden sollen. Eine Famulantin (Medizinstudentin), die zurzeit auf der Station ein Praktikum absolviert, erledigt die meisten Blutabnahmen.

Aufgewertet zum Stationsoberarzt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Gesprächsequenzen bestärken die vorangegangene These, dass innerhalb des ärztlichen Teams noch kein *kollektiver modus operandi* gefunden worden ist, wie in praktikabler Weise mit den engen Zeitvorgaben und knappen Personalressourcen umgegangen werden kann, ob man hier mehr auf formale Lösungen setzt (eine andere Aktenführung), Lücken in Kauf nimmt, oder noch – wie an diesem Morgen – außerhalb der offiziellen Arbeitszeiten vor und nach arbeitet.

Es zeichnen sich hier Verschiebungen im ärztlichen Rollengefüge ab. Der Kollege beschreibt seine Arbeit zum „Stationsoberarzt“ aufgewertet. Während im Jahr 2001 noch bei vielen Entscheidungen im ärztlichen Team noch der Oberarzt einbezogen werden konnte, hat der Stationsarzt unter dem neuen Zeitdruck viele relevante Entscheidungen allein zu treffen. Insbesondere die ökonomisch relevante diagnostische Codierung und die im Arztbrief zu formulierenden Anschlüsse der medizinischen Weiterbetreuung liegen nun allein in seiner Hand. Gerade in diesen Feldern ist eine hohe ärztliche Kompetenz von Nöten, ebenso im Lückenmanagement, dass wohl ohne größere Pannen wohl nur durch erfahrene Ärzte geleistet werden kann. Da die Oberärzte jetzt vermehrt entsprechend ihrer Spezialkompetenzen eingesetzt werden (Funktionsdiagnostik), müssen die erfahrenen Stationsärzte ihre Rolle nun teilweise übernehmen.

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

Verwaltungsarbeiten

Von halb 9:30 bis 10:10 fertigt Dr. Elwert zwei Kurzarztbriefe an, und codiert einige Fälle entsprechend des DRG-Systems am Computer. Da eine Krankengeschichte sich etwas komplizierter darstellt (gastrointestinale Blutung und ein tumoröses Geschehen), braucht er hier um die zwanzig Minuten, bis die Codierungen der richtigen Diagnosen gefunden sind. Anschließend geschieht dieselbe Prozedur für einen Patienten, der zu einer Herzkatheteruntersuchung aufgenommen worden war. In diesem Fall dauern die ganzen Verwaltungsarbeiten „nur“ zehn Minuten.

Informationslücken überbrücken (>das entgleitet einem dann<)

Um viertel nach zehn beginnt die Chefarztvisite. Der Stationsarzt hatte zwar zuvor telefonisch um eine Verschiebung gebeten, da die Kollegin nicht da sei und auch er selbst erst um zehn Uhr mit der Arbeit angefangen habe. Doch die Visite findet regulär, wie jeden Dienstagmorgen auf dieser Station statt:

Dr. Elwert (telefoniert): Ist der Chef nebenan ... ja ... wegen der Chefvisite ... bin jetzt erst um zehn gekommen und Frau Dr. Kardel ist nicht da ... kann ich die ja gar nicht adäquat vorstellen ... (*auflegen, Dr. Elwert zeigt ein langes Gesicht*)

Dr. Elwert (zum Beobachter): Meint, wir müssen uns durchhangeln ... und dann meint er, wie das denn jetzt gehe ... ich müsse ja jetzt die Patienten versorgen ... weiß er nicht, dass wir die Patienten jetzt gar nicht versorgen, wenn der Kollege nicht da ist ... ?

Da der Stationsarzt viele der Patienten nicht kennt und sich auch zuvor nicht in ihre Akten hineingearbeitet hat, steht die Visitengruppe, zu der sich um elf Uhr noch der Oberarzt gesellt, vor manchem Patientenzimmer unvorbereitet. Der Chefarzt bemerkt daraufhin, dass die neuen Verhältnisse jetzt neuen Vorgehensweisen bedürfen:

(*in einem Patientenzimmer*)

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

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

(*draußen*)

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

Chefarzt: Jetzt verlegen wir ihn auf die Neurologie

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

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

Die Visite handelt sich nun von Zimmer zu Zimmer. Der Chefarzt trifft auch Anordnungen, welche die Patienten der abwesenden Kollegin betreffen.⁵² Bei einer achtzig

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

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

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

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

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

Beobachter: Herr Doro ...

jährigen Dame, die sich dem Essen und der Medikamentengabe verweigert, ergibt sich ein längeres Gespräch mit einer Angehörigen. Die Tochter als Betreuerin der Mutter ist im Zwiespalt. Einerseits möchte sie ihre Mutter nicht zur Einnahme der Medikamente zwingen. Andererseits missbehagt ihr die Vorstellung, dass die Frau in absehbarer Zeit verhungern könne. Die Ärzte beraten abschließend untereinander nochmals, wie in diesem Falle am besten vorzugehen sei. Die Röntgenbesprechung beginnt etwas verspätet. Doch von der untersuchten Station ist kein Arzt anwesend. Eine Kollegin von der Nachbarstation schreibt für Elwert mit, der indessen noch auf der Station weilt, um einen weiteren Entlassungsbrief fertig zu stellen.

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

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

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

Dr. Torstensøn: ... das Problem hier ist, dass die Funktion außerhalb der Station ist ... könnte ja dann auch so sein, dass jede Station bestimmte Funktionen hat ... dass die von denen dann entsprechend auch gelernt werden können ...

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

Im ersten Beobachtungszeitraum zeigte sich jedoch eine andere funktionale Aufgabenteilung zwischen Oberarzt- und Chefvisiten. Letztere fungierten dann oft als „Joker“ und brachten bisher unbedachte, neue Varianten in den Entscheidungsprozess hinein, während die Oberärzte gerne beratend hinzugezogen wurden, um sich hinsichtlich prekärer Entscheidungen abzusichern. Diese Struktur fällt nun mehr und mehr

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

Beobachter: Und jetzt ... wurde da jetzt eine Entscheidung?

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

Beobachter: Hast Du dann vormittags die ganzen Akten durchgeschaut?

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

Beobachter: Und mit der Punktion ist jetzt entschieden?

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

auseinander. Die Chefvisite macht keinen Sinn, mehr wenn die Ärzte nicht mehr die entsprechenden „Vorlagen“ liefern können. Ebenso fällt die Kommunikation mit den Pflegekräften, Angehörigen, Konsilarien auseinander, wenn nicht der richtige Arzt als Ansprechpartner auf der Station fungiert. Anders als bei den chirurgischen Routineeingriffen – eine Gallenoperation ist soweit standardisierbar, dass der Handlungsstab ohne Informationsverluste von einem Kollegen an den anderen weitergegeben werden kann – ist es fraglich, ob viele der typischen internistischen Behandlungsfälle soweit „taylorisiert“ werden können, dass Patienten ohne Verluste auf Basis formalisierter Prozesse an den Kollegen weitergegeben werden. Im Notfall wird dann zwar schnell ein Kollege einspringen und in der Regel sofort nach einem kurzen Blick auf die Akte und klinische Symptomatik entscheiden können, was nun zu tun ist, doch in den subtileren Fragen des differenzialdiagnostischen Vorgehens, der therapeutischen Einstellung und den psychosozialen Konsequenzen der jeweiligen Optionen, lässt sich das Fallprozedere nur bedingt formalisieren. In diesem Sinne erscheint es fraglich, ob die internistische Abteilung für die Zukunft eine andere Lösung finden wird, als die Patientenbetreuung an einen persönlich betreuenden, einzelnen Arzt anzubinden.

Weitere Routinearbeiten

Nach dem Essen schaut Dr. Elwert die aktuellen Befunde durch. Gegen 13:30 setzt sich der Arzt ins Arztzimmer und stellt weitere Codierungen und Entlassungsbriefe fertig. Für manche Fälle muss er hierzu einige Telefonate erledigen, um die noch fehlende diagnostische Ergebnisse in der Akte nachzutragen. Der Arzt sitzt gut zwei Stunden an den Schreibearbeiten. Um halb vier bittet ihn die Tochter der alten Dame, welche die Nahrungsaufnahme verweigert, zu einem Gespräch. Anschließend finden bei einigen Patienten kurze Visiten statt. Dabei werden auch Infusionen und Antibiotika angehängt etc. Anschließend soll eine andere ältere Dame eine Bluttransfusion bekommen. Diese verweigert jedoch zunächst die Behandlung, da sie befürchtet, den Krankenhausaufenthalt selber zahlen zu müssen. Von zwei Herzkatheterpatienten wird Blut abgenommen, um zu schauen, ob die Gerinnung mittlerweile so hoch ist, dass man die Schleusen ziehen könne. Zwischendurch fragt eine Schwester, wie viel Insulin man einer Patientin spritzen müsse.

Beginn des Bereitschaftsdienstes

Der Arzt druckt ihr ein Berechnungsschema aus. Da Dr. Elwert heute den Bereitschaftsdienst für die internistische Abteilung übernimmt, geht er auf die Nachbarstation und fragt dort die Stationsärztin, ob es Problemfälle und ob noch Schleusen zu ziehen sind. Von 18:30 bis 19:05 zieht er eine Katheterschleuse eines Patienten aus der Oberschenkelarterie und drückt den Druckverband auf die Punktionsstelle, bis die Blutung schließlich gestillt ist. Zwei weitere Schleusen sind noch zu ziehen. Um 18:12 hat dann offiziell der Bereitschaftsdienst angefangen und Herr Elwert kann nun hoffen, dass der Abend ruhig wird. Herr Elwert hat nun Minutengenau seine dienstlichen Tätigkeiten zu protokollieren, da laut Verwaltungsanordnung, nur die Arbeitszeiten extra bezahlt

werden, in denen keine Routinetätigkeiten wie z. B. Arztbriefschreiben ausgeführt werden, denn die Dienste sollen nicht dazu führen, dass hier bezahlte Überstunden geleistet werden.

Zusammenfassung

Die vorangehenden Ausführungen geben Einblicke in den internistischen Stationsalltag unter den neuen ökonomisch-organisatorischen Verhältnissen im Krankenhaus. Im Hinblick auf den ersten Untersuchungszeitraum zeigt sich hier wie bei den Chirurgen eine erhebliche Verdichtung der Arbeit. Es muss mit weniger Personal ausgekommen werden und die Behandlungszyklen sind kürzer geworden. Insbesondere die folgenden Aspekte sind abschließend nochmals besonders herauszustellen:

- Die Internisten haben mit der Einführung der DRG-Codierung einen sichtbar höheren Verwaltungsaufwand zu erledigen. Anders als bei den Chirurgen lassen sich die Fälle vielfach nicht mit wenigen „Mausklicks“ zum Abschluss bringen, sondern verlangen in erheblichem Maße Gedankenarbeit.
- Geringere Liegezeiten ergeben sich auch durch die Aufspaltung des Behandlungsprozesses in einen medizinischen Teil und eine nachsorgende, stationäre Pflege. Patienten werden dann teilweise entlassen, bevor die Befunde vorliegen.
- Die knapp bemessenen Dienstpläne führen in erhöhtem Maße zu personellen Diskontinuitäten. Abteilung hat noch zu keinem kollektiven modus operandi gefunden, wie die hiermit entstehenden Probleme bewältigt werden können.
- An die Arbeit der Stationsärzte sind nun höhere Ansprüche zu stellen. Sie müssen in der Lage sein Lücken zu überbrücken und unter den zwangsläufig dynamischen und schwieriger zu überschauenden Verhältnissen sichere Entscheidungen zu treffen.
- Mit Blick auf die verknappte Ressource ärztliche Arbeitskraft deuten sich hier paradoxe Effekte an: Die Rationalisierung führt hier zu einer Rationierung und Prioritätensetzungen, die wiederum zu Komplikationen und damit längeren Liegezeiten führen.

6 Exkurs – das Fallpauschalensystem „ausbeuten“ lernen

In den vorangegangenen Ausführungen wurde an verschiedener Stelle thematisiert, welche Konsequenzen die Einführung des DRG-Systems für die Organisation des ärztlichen Alltags mit sich gebracht hat. Im Folgenden möchten wir am Beispiel von drei Beobachtungsbeispielen expliziter auf die Möglichkeiten wie Notwendigkeiten

eingehen, dass DRG-System durch das Krankenhaus optimal auszubeden, denn hier deuten sich dann möglicherweise einige Tendenzen bzw. paradoxe Effekte dieses ökonomischen Steuerungssystems an.

Tumorsuche anstelle einer Hernienoperation

Am Montagabend wird ein zweiundachtzig Jahre alter Mann auf der chirurgischen Station aufgenommen. Der Herr klagt über Schmerzen, die durch seinen Leistenbruch verursacht scheinen. Zudem zeigt sich Blut im Stuhl. Am folgenden Morgen informiert die Dienst habende Ärztin den Stationsarzt über die Neuaufnahme.

In der Frühvisite stellt sich der Arzt dem Patienten vor und tastet den Bauch ab. Der Patient erklärt, dass das Blut im Stuhl auch von den Hämorrhiden kommen könne. Der Arzt erwidert, dass man jetzt vor der Operation vielleicht doch noch eine Darmspiegelung durchführen solle:

Dienstag, 14.12.

7:20 (in einem Patientenzimmer)

Dr. Stiehl: Guten Tag, ich wollte mich dann mal vorstellen ...

Patient: ... schön ...

Dr. Stiehl: Darf ich mal den Bauch anschauen ... dass ist dann die Leistenhernie ...

Patient: ... sagt dann meine Frau ... Blut im Stuhl ... kann jetzt auch von den Hämorrhiden ...

Dr. Stiehl: ... ich denke, wir sollten vielleicht doch noch mal in den Darm reinschauen, bevor wir operieren ... machen wir das ...

Während der Röntgenbesprechung berichtet die Ärztin über die Neuaufnahme. Der Chefarzt fragt unter welcher Diagnose sie den Patienten aufgenommen habe. Auf die Antwort der Ärztin erwidert der Chefarzt, dass man hierfür kein Geld bekommen würde und dass man lieber „Tumorsuche“ schreiben solle:

7:55 (Röntgenbesprechungsraum)

Chefarzt: ... fangen wir schon mit dem Dienst an ...

Frau Dr. Greve: ... jetzt Herr Weiss aufgenommen ... Leistenhernie ... jetzt auch mit Schleim und Blut im Stuhl ... Markommar und Aortenklappenstenose ...

Chefarzt: Unter was hast Du ihn jetzt aufgenommen?

Dr. Greve: Leistenhernie ...

Chefarzt: ... da kriegen wir jetzt überhaupt kein Geld für, musst Du Tumorsuche ...

Auf dem Weg zur Station besprechen die Assistenten mit der Oberärztin kurz den Fall. Diese schlägt vor, den blutigen Stuhl in den Vordergrund zu stellen. Zudem solle man jetzt noch nicht operieren, da die Diagnostik ja nicht durch die Fallpauschale abgedeckt würde:

Oberärztin: ... jetzt den blutigen Stuhl in den Vordergrund stellen ...

Dr. Greve: ... und dann die Hernie mit operieren? ...

Oberärztin: ... nee, können wir dann nicht machen ... kriegen wir ja nur die Fallpauschale für ... auch wenn wir jetzt die ganze Diagnostik machen ...

Für eine Leistenbruchoperation gibt es eine Fallpauschale. In der Regel kommen die Patienten vorbereitet am selben Tag, an dem die Operation stattfindet, so dass der Patient dann nach drei bis vier Tagen das Krankenhaus wieder verlassen kann. Bei älteren Patienten kann es bis zur Entlassung vielleicht noch ein paar Tage länger dauern. In diesem Falle kämen dann jedoch noch einige weitere Tage hinzu, an denen die diagnostischen Prozeduren ablaufen, so dass man hier aus ökonomischer Perspektive mit Gewissheit in den Minusbereich rutschen würde. Entsprechend ist aus wirtschaftlicher Sicht die Geschichte dann zunächst unter einer anderen Diagnose zu rahmen. Die Abklärung der Blutung erscheint dann als Tumorsuche und hiervon wäre dann die anstehende Operation abzukoppeln. Die Chirurgen, im Vergleich mit den Internisten, schon länger mit der Abrechnung von Fallpauschalen vertraut, denken hier die Optimierung der wirtschaftlichen Prozesse schon mit. Wenn man so will: Sie haben es mittlerweile gelernt, dass Fallpauschalensystem auszubeuten. Entsprechend werden aus der Krankengeschichte von Herrn Weiss zwei Fälle gemacht. Dies würde dann bedeuten, dass der Patient nach der „Tumorsuche“ erst einmal entlassen würde, um dann später erneut zur Operation des Leistenbruchs aufgenommen zu werden.

Um viertel nach elf sucht die Oberärztin den Patienten persönlich auf. Sie tastet den Bauch ab und fragt nach dem Blut im Stuhl. Sie erklärt, dass man jetzt doch mal nachschauen sollte, denn es könne sich jetzt auch um etwas anderes als die Hämorrhiden handeln. Sie fragt den Patienten nach seinen Verhältnissen und erklärt abschließend, dass zunächst der Darm im Vordergrund stünde, man dann aber schon mal die Anästhesisten fragen wolle, ob eine Operation unter diesen Bedingungen noch möglich sei:

Oberärztin: ... guten Tag ... Herr Weiss ... ich bin ihr zuständiger Oberarzt jetzt möchte ich noch kurz ihre Leiste angucken ... wie war es denn gestern ...

Patient: ... ja, die Schmerzen gestern ... war ja jetzt in vielen Krankenhäusern ... und hat dann niemanden interessiert (die Oberärztin tastet inzwischen den Bruch ab) ...

Oberärztin: Sie haben ja jetzt auch ein wenig Blut im Stuhl ...

Patient: ... ja ... jetzt die Hämorrhiden ... die werden jetzt abgerieben ...

Oberärztin: Sollten wir jetzt doch mal reinschauen ... jetzt sage ich es mal uncharmant ... in Ihrem Alter könnte es auch mal was anderes sein ... deswegen müssen wir mal reinschauen ...

(Ein weiteres Gespräch über die Augen des Patienten folgt. Der Patient ist fast erblindet und kann nur auf einem Auge etwas sehen. Zudem fragt die Ärztin nach den Lebensverhältnissen des Patienten.)

Patient: ... lebe alleine ... meine Frau ist ja vor einigen Jahren gestorben ... jetzt aber mit einer Lebensgefährtin, die sich um mich kümmert ...

Oberärztin: ... leben sie sozusagen in wilder Ehe ...

[...]

Oberärztin: ... müssen wir jetzt erst einmal nach der Blutungsquelle suchen jetzt mit der Leiste ... ist es besser geworden, als der Arzt das gestern wieder reingedrückt hat ... ?

Patient: ... ja ... jetzt tut es nicht mehr weh ...

Oberärztin: ... jetzt steht dann erst einmal der Darm im Vordergrund ... werden wir dann wohl morgen Coloskopieren ...

Oberärztin: ... jetzt der Leistenbruch, der muss dann ja irgendwann operiert werden ...

jetzt werden wir diesbezüglich erst mal die Anästhesistin hinzuziehen ... ist dann die Frage, ob wir ihn Ihrem Alter und in ihrem Gesundheitszustand... noch operieren können ... sie haben ja eine Aortenklappen OP, und sind unter Markomar

(Die Ärzte fragen nach der Telefonnummer der Hausärztin, finden diese in einem Heft, das der Patient ihnen reicht und schreiben sich diese auf und erklären, dass sie dort noch einmal nachfragen wollen).

Auch im Patientengespräch wird nun der Prozess in Richtung der ökonomischen Rationalität gebahnt. Auch wenn dieser wegen der Schmerzen in der Leiste ins Krankenhaus gekommen ist, wird nun die Blutung in den Vordergrund gestellt. Da der Bruch durch den aufnehmenden Arzt wieder in den Bauchraum gedrückt wurde, besteht diesbezüglich nun auch kein akuter Handlungsbedarf mehr. Dass in Fällen wie diesem nun wirtschaftlich gedacht wird, bedeutet jedoch nun keinesfalls, dass der Patient medizinisch nicht ernst genommen wird. Denn man muss nun abklären, ob man es dem Patienten zumuten kann, ihn nochmals nach Hause zu schicken. Entsprechend wird er nochmals persönlich von der Oberärztin untersucht und befragt. Es wird geklärt, wie der Patient zu Hause versorgt wird und man möchte nochmals mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen. Ökonomische Rationalitäten, medizinische Fragen und die psychosozialen Daten des Patienten müssen hier zu einem möglichst reibungslosen Prozess verzahnt werden.

Auf dem Gang erklärt die Oberärztin, dass man wegen einer zusätzlichen Herz-erkrankung den Internisten und den Anästhesisten hinzuziehen solle. Zudem müsse man den Patienten erst einmal entlassen, um ihn dann zur Operation wieder auf zu nehmen:

(draußen, auf dem Gang)

Oberärztin: Er würde ja, dann wenn er dann doch operiert würde, noch eine Endokarditis-Prophylaxe bekommen wünsche ich jetzt erst mal den Internisten und den Anästhesisten hinzu ... ob er dann überhaupt OP-fähig ist ... aber dann müssen wir ihn erst mal entlassen und wieder aufnehmen ...

Am Nachmittag sprechen die Ärzte nochmals kurz über Herrn Weiss. Die Oberärztin erklärt, dass man die Anästhesie jetzt schon mal vorbereite und der Patient zwischen den Feiertagen zur Operation erneut auf die Station kommen könne:

16:10 (Stationszimmer)

Oberärztin: ... dann bereiten wir die Anästhesie vor ... dann kann er, wenn er will zwischen den Feiertagen noch mal kommen ...

Am nächsten Morgen spricht der Stationsarzt kurz mit dem Patienten während der Frühvisite:

Mittwoch, 15.12.2004

7:13 (Patientenzimmer)

Dr. Stiehl: Wie geht's Ihnen Herr Weiss?

Patient: Gut ...

Dr. Stiehl: ... hört man gerne ...

Patient: ... jetzt noch was ... seit Sonntag jetzt keinen Stuhlgang gehabt ...

Dr. Stiehl: ... dann kriegen Sie jetzt noch ein Zäpfchen ...

Um kurz nach acht findet die Chefvisite statt. Der Stationsarzt erklärt, dass man jetzt noch eine Darmspiegelung durchführen wolle. Dann würde man den Patienten entlassen, um ihn dann später zur Operation des Leistenbruchs wieder aufzunehmen. Der Chefarzt bemerkt auf dem Gang, dass dies jetzt der einzige Weg sei, um für den Patienten noch etwas Geld zu bekommen:

Chefvisite (im Patientenzimmer)

Dr. Stiehl: ... das ist Herr Weiss jetzt seit gestern gehen wir mit dem Quick runter ... dann machen wir eine Coloskopie ... dann entlassen wir ihn nach zwei Tagen ... und nehmen ihn dann zu einer elektiven Hernienoperation auf

(auf dem Gang)

Chefarzt: Machen wir dann so, ist dann der einzige Weg, noch ein bisschen Geld für zu bekommen

Der Patient wird nun für die Operation vorbereitet, um ihn dann zunächst einmal kurz zu entlassen. Die ärztlichen Akteure agieren hier geschlossen als ein Ensemble⁵³ und auch der Patient spielt die ihm zugewiesene Rolle mit. Der Chefarzt gibt hier vor dem Patientenzimmer – im Goffmanschen Sinne auf der „Hinterbühne“ – seinem Team zu erkennen, dass man in dieser Abteilung kein Geld zu verschenken habe. Die untergeordneten Ärzte können sich nun bestätigt fühlen, alles richtig gemacht zu haben.

Gegenüber dem Jahr 2000 zeigt sich hier nicht Grundlegend eine neue Qualität in der Art und Weise wie mit ähnlich gelagerten Fällen umgegangen wird. Die Chirurgen hatten damals schon einen Teil ihrer Eingriffe auf Basis von Fallpauschalen abzurechnen und ein entsprechendes Patientenmanagement zu betreiben (siehe Vogt 2004b, 182). Demgegenüber scheinen sich die Internisten an die neuen Bedingungen des DRG-Systems etwas langsamer anzupassen. Die Haltung, ökonomische Kriterien immer auch mitzudenken, ist noch nicht zu *einer* Form habitualisiert.⁵⁴ Ganz in diesem

53 Hier im Sinne von Erving Goffman (2000, 70).

54 Bei den Chirurgen ist bei jedem Fall routinemäßig die ökonomische Seite mitzudenken, die Liegezeiten und Stationsbelegung dem wirtschaftlichen Optimum anzupassen und ökonomische Pannen seitens der ärztlichen Leitungsebene klar zu benennen. Diese Seite gehört hier dann praktisch explizit zur Ausbildung der jungen Assistenten. Gegenüber dem Jahr 2000 haben sich jetzt allerdings die Schwerpunkte geändert. Als Kostenfaktor wird jetzt nicht mehr die bildgebende Diagnostik, sondern die Liegezeit gesehen. Hier gilt es nun zu manövrieren, wobei in Einzelfällen dann auch die zu kurze Behandlung negativ erscheint, wie folgende Beobachtungssequenz deutlich werden lässt:

Dienstag, 7.12.2004, 10:30 (in einem Patientenzimmer)

Oberarzt Hertel (kommt ins Patientenzimmer und spricht Dr. Stiehl an): Herr Tonnet ... Samstag aufgenommen Sonntag entlassen ... weiß ich nicht, was der hatte ... keine Verschlüsselung ... Du warst doch da?

Dr. Stiehl: jetzt nur in der ersten Hilfe ... im Dienst war dann Martin.

Oberarzt: ... war ja nur ein Tag hier, was war da ...

Dr. Stiehl: ... muss ich noch mal in mich gehen, vielleicht fällt mir noch was ein ...

(10:50, im Stationszimmer)

Oberarzt Hertel (schaut in den Computer): ... ich weiß jetzt noch immer nicht was der Herr Thiel hatte ...

Pfleger: ... Alkoholiker ... ist dann volle Pulle gegen einen Pfosten geknallt ...Konfusio ... sollte dann neurologisch abgeklärt werden ...

Oberarzt: ... und ist dann gegen ärztlichen Rat gegangen? ... jetzt ist die Sache, wenn er vierundzwanzig Stunden hier ist, dann kriegen wir gar nichts, im Gegenteil ... noch einen Abzug ... nur wenn er zwei Tage bleibt, kriegen wir was ...

Sinne treten des öfteren Konflikte zwischen den Chirurgen und den Internisten auf, da letztere die neuen ökonomischen Rationalität (noch) nicht konsequent mitdenken.⁵⁵

Möglicherweise liegt ein weiterer Grund für die unterschiedliche Adaption an die ökonomisch administrativen Vorgaben jedoch in den unterschiedlichen medizinischen Kulturen. Während die Chirurgen als hochgradig autoritäres Regime, ihre Mitarbeiter leichter darauf trimmen können, Entscheidungen widerspruchlos zu vollziehen, erscheinen die Internisten nicht nur diskursfreudiger, sondern auch politisch widerständiger,⁵⁶ stehen für eine Kultur, in der zumindest den Fachärzten umfangreiche Autonomie und Mitspracherecht zugestanden wird. Die Dinge werden hier als offen verhandelbar erlebt werden, während in der Chirurgie eher autoritäre Formen der Kontingenzbewältigung gelebt werden, was dann eher dem chirurgischen Typus des »heroischen Aktionismus« entspricht (Vogd 2004b, 339).

Behandlungsprozesse in mehrere DRGs zerteilen

Herr Blau, ein sechsfundfünfzig Jahre alter Mann wurde nach mehreren Synkopen (Auftreten einer kurzen Phase von Bewusstlosigkeit) auf die internistische Station aufgenommen. Die Ärzte klären die üblichen Differenzialdiagnosen ab und kommen dann zum Schluss, dass es sich um eine Medikamentenunverträglichkeit gegenüber einem Psychopharmakon gehandelt habe, dass der Patient seit längerer Zeit eingenommen habe. Ein Psychiater wird eingeschaltet, um die Medikation zu ändern. Während der Behandlung tritt beim Patient ein Ikterus (eine „Gelbsucht“) auf. Es werden Gallensteine festgestellt sowie mittels einer so genannten „ERCP“ geschaut, ob der Gallengang nun durchgängig ist. Im Sinne der medizinischen Rationalität hätte nun die Entfernung der Gallenblase zu folgen. Während einer Visite erklärt der Stationsarzt, dass der Patient nun aufgrund der Fallpauschale zunächst entlassen werden müsse, um dann vom Hausarzt wieder eingewiesen zu werden:

Mittwoch 18.8.

9:10 Visite

Dr. Martin: jetzt Herr Blau ... den Patienten mit der Synkope ... haben wir aber nichts gefunden ... dann den Ikterus ... Gallensteinpassage ... ERCP ... im Gang war dann nichts jetzt muss er intermittierend raus die Cholecystektomie könnten wir jetzt auch gleich machen ... muss dann aber raus wegen der Pauschale ...

Beobachter: ... muss er dann einen Tag und dann wieder vom Hausarzt ... ?

Dr. Martin: ... ein Tag geht dann nicht mit gleicher Diagnose ... muss er dann zwei Wochen raus und dann wieder vom Hausarzt eingewiesen ... nur wenn es dann ein Notfall ist, die Werte steigen dann z. B. rapide an ... dann gilt dann die Medizin ... sonst gilt ja die

55 Hierzu die folgende kurze Szene:

Mittwoch, 1.12.2004, 15:55 (auf dem Gang)

Oberarzt Hertel (zu Dr. Parson): ... jetzt ein Patient auf der Inneren ... kaum ansprechbar ... haben die jetzt seit acht Tagen ... wissen sie auch nicht, was sie mit dem sollen ... hat jetzt eine Hernie, was gar nicht die Indikation ist ... und die sollen wir jetzt weg machen ... kriegen wir auch soviel Geld für ... habe ich nein gesagt ...

56 Vgl. Vogd (2004b, 183ff.).

Medizin nicht mehr ...

(im Patientenzimmer)

Dr. Martin (zum Patienten): Guten Tag ... wir haben ja jetzt besprochen sie dann erst einmal wieder zu entlassen, wenn die Werte jetzt in Ordnung bleiben ... und dann in zwei Wochen auf Einweisung des Hausarztes zu den Chirurgen ...

Die Ärzte haben im Fall von Herrn Blau einen erheblichen diagnostischen Aufwand betrieben. Entsprechend der Logik des Systems der Fallpauschalenabrechnung würde im Falle einer Gallenoperation dem Krankenhaus nur die Operationspauschale bezahlt. In diesem Sinne ist der Patient nun erst einmal „intermittierend“ zu entlassen, da nur über diesem Weg beide Behandlungsprozesse abgerechnet werden können. Die administrative Rahmung bestimmt nun das weitere Procedere. Im Falle eines Notfalls würde die medizinische Rahmung den Prozess wieder leiten. Die Medizin ist hiermit keineswegs verschwunden sondern erscheint latent als primärer Rahmen, der dann im Zweifelsfall aktualisiert wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass man Ökonomisches nicht mitreflektiert und versucht das Beste für das eigene Haus heraus zu holen. Für das Krankenhaus wie auch für den Patienten erscheinen die Organisationsprozesse, welche parallel zur Krankenbehandlung ablaufen, nun aufwändiger, da – systemtheoretisch gesprochen – die neue ökonomische Komplexität nun in den Prozess mit integriert werden muss, denn die verschiedenen Logiken sind nun mit Blick auf das Medizinische im Sinne einer optimalen Ausbeutung des DRG-Systems zu verzahnen. Der Hausarzt muss erneut einweisen, die Krankenkassen eine zweite Kostentübernahme ausstellen und die Ärzte haben medizinisch abzuwägen, ob dem Patient zwei Wochen Wartezeit zumutbar sind. Ein zusätzlicher Teil der ärztlichen Arbeit und Aufmerksamkeit wird nun von diesen und ähnlichen Prozessen adsorbiert. Gerade auch mit Blick auf den hiermit verbundenen Zuwachs an (Verwaltungs-)Aufwand entstehen hier zwangsläufig Folgekosten.

Stationäre Nachsorge in der geriatrischen Rehabilitation

Herr Mendel, ein vierundachtzig Jahre alter Mann kommt aufgrund einer starken Anämie (Blutarmut) auf die internistische Station. Die Ärzte vermuten eine Leukämie. Er bekommt einige Bluttransfusionen. Der Patient lehnt jedoch weitergehende Diagnostik ab. Nach der Transfusion sind die Blutwerte wieder im Normbereich und der Stationsarzt erklärt, dass der Patient nun entlassen werden könne. Der Patient fühlt sich jedoch noch recht schwach und zeigt sich nicht in der Lage zu laufen. Der Arzt kümmert sich darum, dass der Patient noch für ein paar Tage in ein geriatrisches Rehakrankenhaus kommt. Er erklärt dem Beobachter, dass man den Patienten im Prinzip jetzt auch auf der Station weiter aufbauen könne, dass dies aber jetzt im Akutkrankenhaus nicht vorgesehen sei:

Dr. Martin (zum Beobachter): ... auf zehn aufdiffundieren sagt der Chefarzt ...

... Hb elf Komma zwei ... dann kann er gehen ... heißt jetzt aber, dass er nicht laufen kann, wenig Antrieb

(zur Schwester): Mit Herrn Maeder, was machen wir denn jetzt ... Reha ...

Schwester: ... kann noch nicht so gut gehen ... aber wird jetzt besser ...

Dr. Martin: ... dann hilft die Gymnastik doch ... lebt jetzt allein in seiner Wohnung ... dann vielleicht doch eine Reha ... ist dann besser als die Kurzpflege ... wann ist der gekommen? ... vierter achter ... gut, dann ruf ich da gleich mal an

(am Telefon im Arztzimmer): Hier ist Martin Krankenhaus [Name] ... brauche ein Bett ... haben einen Mann .. kam mit einer hochgradigen Anämie ... Hb von drei ... wahrscheinlich ein Plasmozytom ... lehnt jetzt jede weitergehende diagnostische Prozedur ab ... hätte auch wohl in seinem Alter keine Konsequenzen ... lebt allein in seiner Wohnung bei seinem Sohn im Haus ... ist jetzt ein wenig antriebschwach geht dann darum, ihn ein wenig zu mobilisieren damit er wieder in seine Wohnung kann ... heute schon ... haben wir allerdings noch keinen Verlegungsbericht ... gut dann morgen ... mach ich noch ein abschließendes Hb

Beobachter: ... er kommt jetzt in die Reha

Dr. Martin: kommt jetzt in ein geriatrisches Krankenhaus, die auch Reha machen ... er braucht jetzt noch einige Tage ... im Prinzip können wir das hier auch machen, sind aber jetzt ein Akutkrankenhaus ...

Dr. Martin (zur Schwester): Mendel kommt jetzt ins [Name]-Krankenhaus ... vielleicht den Sohn anrufen

Schwester: Mach ich ... dann auch die Hauspflege ... nehme ich gleich die ganze Akte mit

Gegenüber dem Beobachtungszeitraum 2001 gilt nun das Primat der kurzen Liegezeiten. Patienten sind nun nach „erfolgreicher“ Behandlung rasch zu entlassen. Die unmittelbar anzuschließenden Pflege bzw. Rehabilitationsmaßnahmen werden in andere Einrichtungen ausgelagert. Im Vergleich zu den Vorjahren sind nun eine Vielzahl diesbezüglicher Einrichtungen verfügbar, sodass Patienten nun rasch weiter verwiesen werden können, wenngleich diese, den Behandlungsprozess abschließenden Arbeiten, „im Prinzip“ wie früher auch vor Ort durchführen könnte. Die neuen ökonomischen Rahmenbedingungen führen hier zu einer stärkeren Trennung von Pflege, Therapie und Rehabilitation und damit zu einer weiteren Ausdifferenzierung des Behandlungssystems in verschiedene Institutionen. Inwieweit die hiermit entstehenden Netzwerke effizienter bzw. eleganter, im Sinne der ihnen anvertrauten Patienten, arbeiten als eine Organisation, die von sich aus ein breites Leistungsspektrum anbietet, ist eine andere Frage. Im Sinne der modernen Netzwerktheorie darf hier jedoch nicht mehr davon ausgegangen werden, dass Netzwerke *per se* die „besseren“ Lösungen bieten (vgl. Windeler 2001). Im Hinblick auf den Parameter „Liegezeit“ ergibt sich hier für die untersuchte Organisation zwar ein deutlicher Rationalisierungsgewinn. Ob die Folgekosten der anschließenden Einrichtung, mit den hierfür nötigen Transporten, den zusätzlichen ‚sozialen‘ Arbeiten (ein neues Team muss den Patienten kennen lernen), den notwendigen Verwaltungsarbeiten, den gesamten Behandlungsprozess in der Gesamtbewertung rationaler erscheinen lassen, ist eine Frage, die sich aus Perspektive der beobachtenden Organisation nicht mehr stellen wird. Für sie gelten keine „ökologischen“ noch volkswirtschaftlichen Kriterien, sondern primär das entsprechend der Organisationsökonomie geltende Rational einer möglichst kurzen Liegezeit.

Poststationäre Nachsorge im Altenheim

Frau Liedel ist eine achtzig jährige Frau, die zur Behandlung einer Bronchitis auf die internistische Station kam. Während der Visite fragt der Chefarzt, ob die Patientin im Heim lebe. Diese bejaht die Frage. Der Chefarzt schlägt darauf hin eine schnelle Entlassung vor. Zum Beobachter gewendet erklärt er, dass man jetzt versorgte Patienten schneller entlassen könne. Hierdurch würde man dann im Hinblick auf die Liegezeiten Spielräume bei den komplizierten Fällen gewinnen:

Dienstag 21.9.

11:40 (Chefvisite, vor einem Patientenzimmer, in der eine ältere Dame liegt)

Chefarzt: (zum Beobachter): ... wir fragen jetzt nach dem Heim ... wenn sie versorgt sind, dann können wir sie schneller entlassen ... dafür haben wir dann mehr Zeit bei den komplizierten Fällen ... nur so kommen wir auf eine Liegezeit von sieben Komma sechs ... das ist jetzt auch nicht pietätlos ... sondern die Patienten möchten dann auch gerne wieder nach Hause ...

So wie man früher manche Patienten etwas länger auf der Station gehalten hatte, um mehr Kosten einzuspielen, verschiebt sich nun die Rationalität ins Umgekehrte. Weiterhin wird eine bestimmte Klasse von Patienten als geeignet identifiziert, um die ökonomischen Parameter etwas auszubalancieren. Unter den engen Vorgaben kurzer Liegezeiten ändert sich auch die Bereitschaft „soziale Indikationen“ zu gewähren.⁵⁷ Wie schon im Jahr 2002 im Zuge der Rationierungen auf der universitären Onkologie zu beobachten (Vogd 1998, 350ff.), beschränkt man sich nun auf das medizinische Kerngeschäft. Im Sinne der Orientierung des Chefarztes sind es nun besonders die komplizierten Fallproblematiken Wert, dass man sich intensiv und unter hohem Ressourceneinsatz mit ihnen beschäftigt. Im Sinne der funktionalen Differenzierung des Medizinsystems kommt die Medizin hier unter Rationalisierungsdruck *quasi* mehr zu sich selbst und wirft zunächst den psychosozialen Ballast eines diffusen generellen Helfenwollens über Bord. Es werden – dies wird insbesondere noch im Teil „Ärztliche Orientierungen“ deutlicher herausgearbeitet werden – gerade im Medizinischen keine Abstriche gemacht.

57 Wenn nun beispielsweise ein obdachloser drogenstüchtiger Patient auf einen Heimplatz wartet, dann stellt das manchmal noch (aber wie lange noch?) wie früher eine Soziale Indikation dar, den Patienten die Zwischentage auf der Station zu verwahren:

Montag, 9.8.2004, 12:23 (internistische Röntgenbesprechung)

Dr. Elwert: ... junger Herr, mit Polytoxipathie ... Hepatitis C

Chefarzt: ... der muss auch bald weg

Dr. Marin: ... der hat aber keine Unterkunft

Chefarzt: ... ich hab ja lange mit ihm gesprochen

Dr. Marin: ... Soziale Indikation, jetzt den Heimplatz ab Mittwoch ...

7 Exkurs – Distinktion zwischen Privat- und Kassenpatienten

Da die Behandlung von Kassen und Privatpatienten sich aus medizinischer Perspektive oftmals kaum unterscheidet, stellt sich für das Krankenhaus die Frage, wie die lukrativen Privatpatienten angeworben werden können. Die üblichen Formen mittels der „persönlicheren“ Chefvisite mehr Nähe und Betreuertheit zu suggerieren scheint dann aus Perspektive der Krankenhausführung oftmals nicht mehr auszureichen, um die Distinktion herzustellen, welche dann den dreifachen Kostensatz rechtfertigt.

In diesem Sinne wird nun in den Häusern mit neuen Formen experimentiert, die sozialen Unterschiede auch im Hinblick auf die Dienstleistungen im Krankenhaus manifest werden zu lassen. In der chirurgischen Abteilung konnte nun beobachtet werden, wie die so genannten Wahlleistungsassistenten eingeführt wurden. Ehemalige Mitarbeiterinnen aus der Küche bekamen nun ein Kostüm und wurden nun mit der Aufgabe betraut, einen speziellen Service für die Privatpatienten anzubieten. Während die Kassenpatienten nun – im Jahr 2000 war dies noch anders – in ihren Zimmern keine Handtücher mehr vorfinden, werden die „Privaten“ nun mit Handtüchern, Bademänteln und Badelatschen ausgestattet. Zudem bekommt jeder Patient Blumen, sowie ein Körbchen mit Obst und anderen Leckereien hingestellt. Während die Sonderbetreuung aus Perspektive der Klinikleitung sinnvoll erscheint, denn erst hierdurch erscheint dann die Zahlung der Sonderzuschläge durch die privaten Krankenversicherungen legitimiert,⁵⁸ werden die Differenzierung zwischen den Patienten auf der Station mit gemischten Gefühlen gesehen. Der Oberarzt bemerkt, dass nun die Zwei-Klassen-Medizin öffentlich zur Schau gestellt würde. Die Krankenschwestern sehen das praktische Problem, dass man jetzt Patienten mit Obstkörben ausstatten würde, die ja vor der Operation gar nichts essen dürfen:

Montag 6.12., 10:33 Stationszimmer

(Dr. Stiehl schmiert sich ein Brötchen)

Oberarzt Dr. (setzt sich dazu): Es gibt jetzt neue Wahlleistungsassistenten ... Standen die jetzt im Aufnahmezentrum mit Blumensträußen ... jetzt ist die zwei Klassen Medizin auch noch öffentlich ... soll man die Blümchen doch jetzt in die Zimmer stellen, aber nicht allen zeigen dann jetzt auch noch die Damen aus der Küche ... das sieht man denen dann auch an, dass sie aus der Küche kommen ... wissen die dann auch nicht, was die da sollen ... und gerade die sollen dann die zwei Klassenmedizin umsetzen ...

58 Der Chefarzt erklärt dem Beobachter, dass die Sonderleistungen aus Sicht des Hauses Sinn machen, da die privaten Krankenkassen sonst die Zahlung der Sonderleistungen in Frage stellen:

Mittwoch 8.12.2005, 15:50 (auf dem Gang, Chefvisite auf der Privatstation)

Chefarzt (zur Schwester): ... das sind jetzt die Miezzen von unten ...?

Schwester: ... bringen dann ein Körbchen, Bademäntel, Badelatschen ... Tücher ...

Chefarzt: ... dass Problem ist jetzt, dass die Kassen, jetzt haben wir sowieso fast nur noch zwei Bett Zimmer ... also zahlen sie den Zuschlag nicht mehr ... dann bekommt das Krankenhaus keinen Zuschlag mehr, weil eben keine Extras mehr ... deswegen jetzt die Sonderleistungen ... ich lege die jetzt immer schon in die Einbettzimmer, dann zahlen die Kassen zumindest den Zuschlag ...

Dienstag, 7.12,

12:30 (vor dem Stationszimmer. Zwei Damen, um die Mitte vierzig mit kurzem Haarschnitt stehen vor dem Stationszimmer. Sie haben eine weißer Bluse, dunkelblaues Jacket, dunkelblaue Hose und hellblauer Fliege an und kommen zum Stationszimmer und sprechen dort eine Schwester an):

Wahlleistungsassistentin: Herr Mondrian, ist der hier ... darf er schon was essen?

Schwester: Ist gerade zur OP ...

Eine der Frauen: ... ja, wir sind die Wahlleistungsassistenten ... wir wollen fragen, ob wir Herrn Mondrian ein Körbchen mit Obst und Leckereien reinstellen können ... dann das Zimmer jetzt ein wenig schöner machen ... und ist dann noch jemand da, der Montag gekommen ist?

(ein wenig später im Stationszimmer)

Schwester Karin: Ich bin jetzt Krankenschwester und kein Zimmermädchen ... außerdem sind wir hier jetzt auf einer bauchchirurgischen Station ... dann stellen die ein Körbchen hin ... und wir den Patienten dann klar machen, dass sie das noch nicht Essen können ...

12:50 Schwester Maika (von der Nachbarstation): Ist der Service noch da?

Schwester Sabine: Nee ...

(eine Minute später)

Eine andere Schwester (von der Nachbarstation): Sind die Wahlleistungsassistenten noch da?

Schwester Sabine: Nein ...

Schwester: Jetzt ist zum ersten mal das Zimmer präpariert ... aber jetzt müssen wir das Obst wieder entfernen ... können wir aber nicht vorher machen, sondern nur offiziell, wenn der Patient dabei ist ... sonst denkt er noch, er hätte es nicht bekommen oder wir hätten es auf gegessen ...

De facto ist mit den Chefarztpatienten zwar die distinguierte Behandlung von Privat- und Kassenpatienten schon seit Langem institutionalisiert und in der Regel keines besonderen Kommentars mehr würdig. Mit der Einführung der Wahlleistungsassistenten erscheint hier jedoch eine neue Form, die auf der einen Seite den habitualisierten Routinen zuwiderläuft, auf der anderen Seite nun dass sichtbar werden lässt, was sonst im verborgenen mitläuft – nämlich, dass Patienten unterschiedlich behandelt werden. In offener Form erscheint dies nun als Skandalon (»ich bin jetzt Krankenschwester und kein Zimmermädchen«) und in der Form, in der diese Unterscheidungen präsentieren als unauthentisch (»man sieht es ihnen an, dass sie aus der Küche kommen«). Jenseits dieser habituellen Inkongruenzen deutet sich hier jedoch ein Paradigmenwechsel an. Das Krankenhaus versucht sich nun auch als Dienstleistungsbetrieb zu präsentieren, der jenseits medizinischer Behandlung auch Service anbietet und den Patienten als potentiellen Kunden anspricht. Im Hinblick auf die im Folgenden noch herauszuarbeitenden ärztlichen Orientierungen bleibt jedoch zu vermuten, dass diese Haltung den Ärzten weitgehend äußerlich bleibt. Man mag nun zwar auf der einen Seite mehr Kundenfreundlichkeit proklamieren, im Kern bleibt jedoch angesichts knapper Ressourcen, beim Privat- wie auch dem Kassenpatienten die Orientierung am Medizinischen do-

minant. Die Wahlleistungen erscheinen (im städtischen Krankenhaus) vorrangig als symbolisches Beiwerk, welches den eigentlichen Funktionsbezug nicht berührt.⁵⁹

8 Internistische und chirurgische Abteilungen im Vergleich

Abschließend folgt ein kurzes Resümee des vorangehenden Kapitels. Für beide beobachteten Abteilungen hat sich mit den neuen ökonomischen Bedingungen das Problem gestellt, bei erheblichen Kürzungen im ärztlichen Personal, ein höheres Patientenaufkommen zu bewältigen. Während bei den Internisten die Struktur der Abteilung im Wesentlichen gleich geblieben ist, zeigt sich bei den Chirurgen eine Dynamisierung der Arbeitsfelder. Die Ärzte springen nun bei Bedarf dynamisch zwischen verschiedenen Arbeitsphären und können durch die Handy-Technik vermittelt die hierfür nötige Kommunikationsarbeit leisten, ohne auf ein hohes Niveau der Fehlerkommunikation zu verzichten.

Die Internisten sehen sich demgegenüber nun gezwungen Versorgungs- und Betreuungslücken und insbesondere bei den Routinefällen Abstriche hinsichtlich der alten internistischen Standards in Kauf zu nehmen. Anders als bei den Chirurgen, die in ihrem Kernbereich die gleiche Arbeit wie zuvor leisten, erscheint das internistische Ethos zumindest teilweise in Frage gestellt.

Die Stationsarbeit in der chirurgischen Abteilung wird überwiegend durch Weiterbildungsassistenten geleistet. Diese sind strukturell hochgradig ausbeutbar, da sie hinsichtlich ihrer Ausbildung auf die Gunst der übergeordneten Ärzte angewiesen sind. Demgegenüber stellt sich die Personalstruktur der Internisten anders dar. Auf der Station kommen überwiegend Fachärzte in Festanstellung zum Einsatz.⁶⁰ Aufgrund ihrer Stellung sind die Ärzte nur begrenzt zu unbezahlter Mehrarbeit zu motivieren. Der hohen Fachkompetenz auf der Stationsarztebene steht hier eine gewisse Widerständigkeit gegenüber den Versuchen der Klinikleitung gegenüber, noch mehr unbezahlte ärztliche Arbeit zu institutionalisieren. Während die chirurgischen Assistenten hoffen können, durch äußersten Einsatz irgendwann in eine bessere Position aufsteigen zu können, erleben die internistischen Fachärzte die zunehmende Verschlechterung der

59 Man kann sich nun darüber streiten, ob die teuren Narkosemedikamente der privaten Patienten, welche die postoperative Übelkeit vermeiden, bzw. die Kassennarkosen mit den bekannten unangenehmen Nebenwirkungen symbolisches Beiwerk sind oder nicht. Im Sinne des Funktionsvollzuges eines Chirurgen ist jedoch festzustellen, dass man in beiden Fällen bislang gleich sorgfältig operieren wird. Medizinisch werden die Patientengruppen hier nicht schlechter behandelt. Die Zweiklassenmedizin betrifft auch hier gewissermaßen die Luxusaspekte der Behandlung.

60 Die Unterschiede in der Personalstruktur ergeben sich sowohl aus der Geschichte, wie auch der unterschiedlichen Führungskultur der beiden Abteilungen und Häuser. Während in der internistischen Abteilung gewerkschaftliche Orientierungen auch von den leitenden Ärzten als Organisationswert kommuniziert wurden, stand in der anderen Abteilungen mehr der universitäre Ethos einer chirurgischen Exzellenz im Vordergrund, welche den Aufstiegschancen, aber keine Sicherheiten versprach.

Arbeitsbedingungen als Zumutungen, die manchmal auch eine innere Kündigung gerechtfertigt erscheinen lassen.

Die unterschiedlichen Formen, wie der Rationalisierungsdruck in den beiden Abteilungen bearbeitet wird, lassen sich zwar zum Teil auch auf die jeweils unterschiedliche Personalstrukturen zurückrechnen, doch sowohl hinsichtlich der grundlegenden Frage, wie eine rationellere Patientenversorgung geleistet werden kann, als auch mit Blick auf die unterschiedlichen Konsequenzen auf den chirurgischen und den internistischen professionellen Ethos, sind an dieser Stelle schon einige Schlussfolgerungen möglich, die dann die, mit Blick auf Sinn- und Soziogenese (vgl. Bohnsack 2001b), über die benannten Spezifika der jeweiligen Abteilungen in ihren kulturellen und personalstrukturellen Bedingungen hinausreichen:

- Die neue Arbeitsdichte in den ärztlichen Aufgabengebieten lässt sich nur bewältigen, indem strikt zwischen den schnell zu erledigenden Routinearbeiten und den ärztlichen Expertisen, wofür dann mehr Zeit aufgewendet werden kann, getrennt wird.
- Die hohen ärztlichen Versorgungsstandards lassen sich nur über erhebliche, unter den neuen Bedingungen jedoch nur unbezahlter, Mehrarbeit der verbleibenden Ärzte aufrechterhalten.
- Die Loyalität und Bindung der Ärzte an ihr jeweiliges Haus hat erheblich abgenommen. Als Arzt bleibt man der Medizin verpflichtet, nicht mehr jedoch der Organisation, für die man arbeitet.
- Während die Chirurgen sich mit dem Kernbereich ihrer Arbeit weiterhin identifizieren können, erscheint die professionelle Identität der Internisten infrage gestellt.
- In beiden Abteilungen lernen die Ärzte, dass Fallpauschalensystem besser auszunützen, etwa in dem Behandlungsprozesse zerteilt werden und Patienten zur Nachsorge in andere Einrichtungen verlegt werden. Es stellt sich die Frage ob volkswirtschaftlich hier nicht mittelfristig mit paradoxen Effekten gerechnet werden muss.

In den folgenden Kapiteln werden diese ersten Befunde in einer ausführlichen Rekonstruktion der ärztlichen Orientierungen zu vertiefen sein. Hierzu wird es einerseits notwendig sein, tiefer in die Details der ärztlichen Arbeit einzusteigen, andererseits wird weniger auf die Arbeitsprozesse, als auf den dokumentarischen Sinngehalt der ärztlichen Kommunikationen, also dem ärztlichen Habitus oder Orientierungsrahmen in seinen unterschiedlichen Ausprägungen, zu achten sein.

IV Ärztlicher Ethos

In den folgenden Kapiteln wird die wissenssoziologische Rekonstruktion der Orientierungen der ärztlichen Akteure zu leisten sein. In der komparativen Analyse ist zudem herauszuarbeiten, wie und ob sich die neuen ökonomischen Rahmenbedingungen auf diese Orientierungen auswirken. Entsprechend wird es notwendig sein, sehr ins Detail zu gehen.

Rekonstruktion ärztlicher Handlungsorientierungen am Beispiel „komplexer Fallproblematiken“

Exemplarisch wird die Rekonstruktion der Orientierungsmuster anhand von Beispielen so genannter „komplexer Fallproblematiken“ geschehen. Hiermit sind anlehnend an die vorangehenden Untersuchungen (vgl. Vogd 2004b, 289ff.) medizinisch anspruchsvolle Behandlungsprozesse gemeint, welche für das Krankenhaus leicht eine hohe organisatorische und ökonomische Belastung darstellen. Oftmals gleichsam mit dem Rücken an der Wand stehend, erscheinen den Ärzten die ins Auge gefassten Therapien (und manchmal auch die ins Auge gefassten diagnostischen Prozeduren) fraglich, im Einzelfall gar außerordentlich riskant. Für und Wider müssen abgewogen sowie die Verantwortlichkeiten festgelegt werden. In solchen Fällen stehen den Ärzten keine formalisierten Entscheidungsprogramme zur Verfügung. Oftmals gilt dann, zunächst noch weitere, oftmals teure und aufwendige Diagnostik zu treiben, um das Problem weiter einzukreisen und dann schließlich doch zu einer Entscheidung zu gelangen. Nicht selten erzeugen solche Fälle eine Kaskade von Folgeproblemen – und diesbezüglich weiteren Entscheidungsbedarf – organisatorischer bzw. administrativer Art. Die Vielfalt der Anforderungen tritt somit auch in Widerspruch zu dem ökonomischen Primat des Akutkrankenhauses, rationell und effizient zu arbeiten.

An diesen Fällen stellt sich gleichsam die Gretchenfrage, die Frage, ob man von ärztlicher Seite entsprechend dem *state of the art* mit hohem Aufwand eine anspruchsvolle Medizin verfolgt, oder ökonomisch pragmatisch „Schmalspurmedizin“ betreibt, teilweise auf diagnostische Abklärung verzichtet, oder den Patienten dann gar schlecht- oder unbehandelt nach Überschreitung der Liegezeit entlässt. Gerade in diesem Sinne erscheinen diese Fälle für unsere Fragestellung sozusagen „paradigmatisch“, da hier Essenz wie auch Ethos guter ärztlicher Arbeit besonders berührt werden. Entsprechend kann gerade an den komplexen Fallproblematiken herausgearbeitet werden, was verhandelbar ist und was der impliziten ärztlichen, nicht verhandelbaren Orientierung zuzurechnen ist.

Als Vergleichshorizonte werden jeweils Behandlungsprozesse aus den beiden Beobachtungszeiträumen sowohl aus der Chirurgie als auch aus der internistischen Abteilung gegenüber zu stellen sein.

Wir beginnen zunächst bei den Internisten mit einem Fallvergleich am Beispiel eines Patienten, der im Jahr 2001 *und* kurioserweise während des zweiten Beobachtungszeitraums nach gut drei Jahren erneut auf die beobachtete internistische Station aufgenommen wurde („*Herr Spondel*“). Aus dem überraschenden Zufall, dass derselbe Patient wieder erscheint, lässt sich zwar noch nicht folgern, dass prinzipiell die Voraussetzungen für einen thematischen Vergleich vorliegen. In diesem Fall zeigte sich aber schon nach wenigen Beobachtungssequenzen, dass sich auch der zweite Behandlungsprozess als eine „komplexe Fallproblematik“ darstellt, was dann den Vergleich rechtfertigt und interessant erscheinen lässt. Unter Hinzuziehung zweier weiterer Beispiele aus dem Jahr 2004 („*Herr Martin*“ und „*Herr Dunker*“) lassen sich schließlich auch einige allgemeine Schlussfolgerungen hinsichtlich der internistischen Orientierungen treffen (*Kapitel 1. und 2.*). Denn mögliche Unterschiede in den ärztlichen Orientierungen lassen sich nun recht gut auf die neuen ökonomischen Rahmenbedingungen zurückführen (DRGs, Rationierung der ärztlichen Arbeitskraft, etc.), da in der internistischen Abteilung die supervidierenden Chef- und Oberärzte die selben geblieben sind (ebenso die meisten Pflegekräfte) und auch die Stationen weiterhin durch Fachärzte geführt werden, also kein Wechsel innerhalb der Kompetenztypik (vgl. Vogd 2004b, 397ff.) statt gefunden hat.

Im Anschluss daran werden die für die komplexen Fallproblematiken handlungsleitenden Orientierungen vergleichend für die Chirurgen herauszuarbeiten sein (*Kapitel 3. und 4.*). Abschließend werden die Ergebnisse der jeweiligen Kapitel ausführlicher in Beziehung zu setzen sein (*Kapitel 5*).

1 Internistische Handlungsorientierungen im Jahr 2001

Wenngleich die Fallrekonstruktion um das Geschehen um Herrn Spondel an verschiedenen Stelle ausführlich dokumentiert ist (Vogd 2004b; 2004a, 290ff.) ist hier der Fallverlauf wie auch die Rekonstruktion der ärztlichen Orientierungsrahmen für die komparative Analyse nochmals darzustellen.¹

¹ Die Fallanalyse von Herrn Spondel erscheint mir aus verschiedenen Gründen besonders geeignet, einige Grundzüge der Dynamik ärztlicher Entscheidungsprozesse deutlich werden zu lassen:

Frau Dr. Reif, die den Patienten zu Beginn der Beobachtung behandelnde Stationsärztin, hatte ehemals in einer medizinischen Leitungsposition einer geriatrischen Abteilung gearbeitet. Durch ihre Sonderrolle – ihre Berufserfahrung und diesbezügliche Reflexionsformen, einen gewissen Leidensdruck und den sich hieraus ergebenden „Widerständigkeiten“ – kommen einige Konflikte innerhalb der Institution Krankenhaus besonders deutlich ans Licht.

Der Wechsel der Betreuung zu dem 30-jährigen Stationsarzt Dr. Schmidt im Behandlungsverlauf aufgrund eines Erholungsurlaubs erlaubt demgegenüber – gleichsam als innerer Kontrast –, von der besonderen Situation von Frau Reif abstrahieren zu können. Wenngleich sich hier eine andere Strategie im Umgang mit den Entscheidungskonflikten zeigt, so ergeben sich doch in wesentlichen Punkten strukturelle Ähnlichkeiten im Hinblick auf die Natur der Entscheidungsprobleme.

Die hohe interaktive Dichte innerhalb des Beobachtungszeitraums – mehrere Chef- und Oberarztvisiten fanden statt, einige konsiliarische Untersuchungen wurden veranlasst und die Angehörigen zeigten sich regelmäßig auf der Station – erlaubt es, den *modus operandi* der Entscheidungsfindung umfassend zu

Der Fall „Spondel 2001“

Herr Spondel, einundsiebzig Jahre alt, wurde am 17. Januar 2001 auf die Station für Innere Medizin eingewiesen. Den Arztbriefen zufolge ist Herr Spondel ein multimorbider Patient, der eine Hypertonie und eine Diabetes mit beginnender Neuropathie und Nephropathie (Nerven- und Nierenschädigung) als Grunderkrankungen aufweist. Zusätzlich wurde er aufgrund eines Rektumkarzinoms chirurgisch und chemotherapeutisch behandelt. Außerdem zeigt sich eine gutartige Vergrößerung der Prostata. Während des letzten Krankenhausaufenthaltes erlitt Herr Spondel zudem eine fortschreitende Sepsis (sog. Blutvergiftung), die zunächst erfolgreich behandelt wurde. Mitte Januar wurde der Patient erneut mit einer Sepsis eingewiesen, zusätzlich zeigte sich eine (vermutlich bakteriell verursachte) Entzündung im Bereich eines der Lendenwirbelkörper. Die Sepsis ist zum Zeitpunkt der Beobachtung bereits durch eine erfolgreiche Antibiotikatherapie abgewehrt worden.

Nun stellt sich für die Ärzte die Frage nach dem weiteren Prozedere. Die behandelnde Stationsärztin schildert dem Beobachter die aus ihrer Sicht prekäre klinische Problematik des Patienten und antizipiert einen ungünstigen Krankheitsverlauf: In dem nur unvollständig abfließenden Harn könne sich in der Blase erneut eine Bakterieninfektion ausbilden. Eine wiederholte Sepsis würde jedoch das Leben des Patienten diesmal ernsthaft bedrohen. Die schlechte Nierenfunktion und der Diabetes lasse eine chirurgisch-operative Lösung des Grundproblems jedoch aktuell nicht zu. Hinzu komme die Wirbelkörperentzündung, aufgrund derer der Patient bettlägerig wurde. Durch die lange Bettlägerigkeit würden zunehmend seine Muskeln abgebaut und durch diese Schwächung werde die Stabilität des Rückens zusätzlich gefährdet. Nichtbehandlung bedeute eine weitere Verschlimmerung des Zustandes. Als Kompromiss erscheint für die Ärztin die Anlage eines speziellen Blasenkatheters durch einen kleinen chirurgischen Eingriff, in der von der Bauchdecke her die Blase angestochen wird, so dass durch eine Sonde die restliche Harnflüssigkeit nach außen abgeleitet werden kann (*suprapubischer Katheter*).

Die Stationsärztin bespricht am Nachmittag mit dem Oberarzt den Fall. Dieser tendiert zu einer zügigen Entlassung. Die Stationsärztin hält diesem Vorschlag entgegen, dass die Gefahr einer Blasenentzündung drohe:

Montag, 26.2.

13:30 auf der Station

(Oberarzt Neudorf ist auf der Station. Dr. Neudorf leitet die Intensivstation, vertritt jedoch im Urlaub Dr. Schwarz, den Oberarzt der Station)

Stationsärztin Dr. Reif: Dann doch zu den Neurochirurgen oder den Orthopäden?

Oberarzt: Wir hatten ja vereinbart, dass wenn da im CT keine Verschlimmerung ist, dann nichts weiter zu machen und ich denke das ist dann auch so eine gute Entscheidung ... wir können ihn dann ja auch entlassen.

Dr. Reif: Nein entlassen können wir ihn auf keinen Fall.

rekonstruieren, insbesondere auch im Hinblick auf die Rahmungen („*framing*“ and „*misframing*“) sowie die sich hieraus entfaltenden Konflikte.

Oberarzt: Wir können ihn ja dann auf eine Orthopädie oder eine Neurochirurgie, vielleicht in Krankenhaus Z.

Dr. Reif: Das Neurologische ist jetzt nicht so im Vordergrund, eine Orthopädische wäre dann schon angemessen ... dann ist aber noch die Sache mit dem suprapubischen Katheter

Oberarzt: Ist dann doch ein richtiger Eingriff, ist ja dann die Frage, ob man da nicht wartet.

Dr. Reif: Aber das Problem, ich habe ja mit älteren Patienten gearbeitet, ist ja die Sache mit der Sepsis, die dann sofort wieder da ist ...

Das Gespräch zwischen Oberarzt und der Stationsärztin lässt unterschiedliche Perspektiven im Hinblick auf das Geschehen aufleuchten. Jener tendiert zur Entlassung, diese demgegenüber zur stationären Weiterbehandlung. Der Oberarzt (zusätzlich auch noch in der Rolle als Vertretung des regulären Oberarztes) zeigt Distanz zum Geschehen. Er rekurriert auf das Übliche, was man eben so tut. Die entsprechend der medizinischen Routine durchzuführende, bildgebende Diagnostik liefert zugleich die Begründung wie auch die Legitimation für das weitere Handeln: In dem von ihm erwarteten Fall einer ausbleibenden Verschlimmerung des entzündlichen Befundes könne der Patient entlassen werden und dieses Prozedere sei eben nun auch vereinbart gewesen. Dies entspricht der von der Krankenkasse schon damals eingeforderten Logik kurzer Liegezeiten, entsprechend der ein chronischer Patient nicht mehr Zeit als nötig auf der teuren Akutstation verbringen sollte. Frau Dr. Reif widerspricht dem Oberarzt und verweist dabei auf ihre langjährige Erfahrung im Umgang mit älteren Patienten. Die Gefahr einer erneuten, diesmal lebensbedrohlichen Sepsis steht im Raum und verlangt nach präventiven Interventionen. Diese sind jedoch in der Behandlungslogik eines Akutkrankenhauses nicht explizit vorgesehen. Vor dem Hintergrund der während des ersten Beobachtungszeitraums üblichen Praxis der Krankenkassen, bei längeren Klinikaufhalten Regelanfragen und damit verbundene finanzielle Regressforderungen zu stellen, laufen Patienten wie Herr Spondel Gefahr eine ökonomische Überlastung für das Haus darzustellen. Tendenziell offenbaren sich schon hier die zwei „konfligierenden“ Logiken: Zum einen ist die Weiterbetreuung des Patienten aus organisatorisch-ökonomischen Gründen zu vermeiden. Auf der anderen Seite steht die ärztliche Orientierung, den Patienten kompetent weiter zu betreuen und eine plausible Behandlungsoption zu entwickeln.

Ärztliche Handlungsautonomie durch Rahmenmodulation

Im Stationszimmer organisiert Frau Dr. Reif telefonisch ein urologisches Konsil und versucht darüber hinaus mit dem Sozialdienst, die Perspektive einer Reha-Behandlung zu erarbeiten:

Dienstag, 27.2.

8:30 im Stationszimmer

Dr. Reif (denkt laut): ... suprapubischer Katheter für Herrn Spondel ... jetzt ein Konsil bei Dr. Müller ... (einem ambulanten Urologen) ...

Dr. Reif (telefoniert mit dem Sozialdienst): ... der Herr Spondel hat eine seltene und schwere Erkrankung und der müsste eine Reha bekommen ... kann ich die jetzt schon

einleiten ... die Erkrankung ist eine neurologische, die Zersetzung der Bandscheiben [eine orthopädische] und da er jetzt vier Wochen hier gelegen hat, muss er erst mal wieder komplett aufgebaut werden deshalb vielleicht eine Frühreha ... gut, wenn die nach der weiteren CT[-Untersuchung], die in [Universitätsklinikum X.] sagen, „wir müssen eine stabilisierende Operation machen“, dann erübrigt sich dies, aber wenn nicht, - ich gehe jetzt Freitag in den Urlaub, dann stehen wir ohne was da, und wir müssen den ja entlassen. ... Spondylodiszitis? ist bei Frühreha dabei ... okay ... dann müssen wir das bei der Krankenkasse beantragen ... Polyneuropathie hat er ... was gibt es denn noch, was die als RehaGrund akzeptieren ... ja, alles klar ...

Die Stationsärztin versucht hier, eine medizinische Versorgungsperspektive für ihren Patienten zu entwickeln. Zunächst erscheint eine Rehabilitationsmaßnahme gegenüber der drohenden Entlassung als die bessere Alternative. Ein medizinischer Grund wird gesucht, um das Anliegen finanziert zu bekommen. Um in Goffmans Kategorien zu sprechen: Der *Rahmen* wird *moduliert* in den Modus des „*als ob*“. In der Kommunikation mit der Krankenkasse passen sich die Begründungen dem zu erreichenden Ziel an, nicht umgekehrt. Die Ärztin gewinnt hierdurch Autonomie gegenüber den bürokratischen Vorgaben seitens der Kassen und der Politik. Aber auch der zweite mögliche Fall, nämlich dass die bildgebende Diagnostik doch eine Befundverschlechterung darstellen würde, die dann möglicherweise sogar eine Operationsindikation nach sich ziehen könnte, wird als Handlungsoption mit in Betracht gezogen. Darüber hinaus versucht die Stationsärztin, das Problem des Restharns nochmals durch einen urologischen Spezialisten beurteilen zu lassen. Erst von autorisierter Hand beschrieben und aufgeschrieben bekommt das Problem Relevanz im medizinischen System und gewinnt als Facharzturteil zusätzliches Gewicht in der Verhandlung um das weitere Prozedere. Frau Dr. Reif sucht nach Wegen, noch etwas für ihren Patienten tun zu können. Ihr ärztliches Handeln kann sich nun als ein aktives und wirksames rekonstituieren. Die Identität des „guten Arztes“ reproduziert sich oftmals gerade darin, mit persönlichem Einsatz gegen die medizinischen und organisatorischen Grenzen anrennen zu können.² *Der ärztliche Habitus lässt sich entsprechend auch dadurch charakterisieren, nicht blind den Verwaltungsvorgaben zu folgen, sondern sich gegebenenfalls durch das eine oder andere Täuschungsmanöver gewisse Handlungsspielräume zu erhalten. Als professioneller Akteur hat er, der Arzt, in Respekt zu seinem Klienten eine gewisse Autonomie zu behalten und darf nicht nur den bürokratisch technokratischen Vorgaben folgen.*³

Während der Chefvisite am folgenden Tag schildert die Stationsärztin ihrem Vorgesetzten das vereinbarte Prozedere: Die Aufnahmen der Computertomographie sollen zur Abklärung einer neurochirurgischen Indikation an das Universitätsklinikum weitergeleitet werden. Der Chefarzt äußert Bedenken gegenüber einer möglichen Operation. Die Stationsärztin spricht die Gefahr einer Sepsis durch die Blase an. Der Chefarzt spricht eine weitere Therapieoption an, hält den Erfolg jedoch für fraglich. Die Stationsärztin bemerkt, dass der Patient voraussichtlich bald das Krankenhaus verlassen

2 Ganz in diesem Sinne formuliert Klaus Dörner in seinem »Der gute Arzt« die professionsethische Maxime, dass ein Arzt manchmal auch »den Vorrang des ursprünglichen ärztlichen Behandlungszwecks auch um den Preis der Institutsschädigung zu verteidigen« hat (Dörner 2001, 206).

3 Hier folgen wir der klassischen Professionstheorie (Carr-Saunders/Wilson 1933) und ihrer Reformulierung durch Ullrich Oevermann (vgl. Oevermann 1990; 2000).

solle und informiert den Chefarzt, dass sie eine Reha-Maßnahme initiiert habe. Der Chef bemerkt nochmals, dass es gut sei, den Patienten zu entlassen:

11:00 Chefvisite (vor dem Patientenzimmer)

Stationsärztin Dr. Reif: Herr Spondel, jetzt sind wir erst mal mit Herrn Neudorf übereingekommen, die Bilder [in das Universitätsklinikum X.] zu geben und noch das nächste CT abzuwarten.

Chefarzt: Ich wäre dafür, das erst einmal konservativ zu behandeln, jetzt mit der Infektion ... da reinzuoperieren und dann ein Tumorpatient, da kann es da eng sein, gut, dass man sich da die Stellungnahme holt, ist okay, aber den nicht so schnell weggeben, die Chirurgen sind da sehr schnell

Dr. Reif: Dann ist da noch die Sache mit dem Restharn ... ist dann das Problem mit der Sepsis, ob wir das nicht ableiten ... wollte das dann morgen mit Herrn Müller ...

Chefarzt: Gut, mit der Infektion ist hier immer die Sache ... aber kann auch an der Prostata liegen, ob man da nicht doch eine Operation macht ... aber ob das jetzt dann wirklich was bringt ... das kann jetzt auch vom Spinalkanal kommen ... wenn wir das jetzt als ursächliche Therapie machen, dann kann das sein, dass das nicht funktioniert, wenn es eben nicht daran liegt

Dr. Reif: Der würde ja dann auch nach Hause geschickt ... deshalb habe ich das auch schon angeleiert mit der Früh-Reha

Chefarzt: Ja, das ist auch gut so, wir müssen ihn jetzt so entlassen ...

Die Stationsärztin schildert dem Chefarzt das besprochene Vorgehen mit einer anderen Konnotation als noch beim Oberarzt angeklungen: Entsprechend der von ihr vorgebrachten Position steht nicht die Entlassung, sondern die Suche nach einer weiteren Therapieoption im Vordergrund - möglicherweise sogar einer neurochirurgischen Intervention. Ganz im Sinne der letzteren Handlungsperspektive wird betont, dass nun erst mal die Beurteilung der Computertomographie-Bilder des Universitätsklinikums abgewartet werden sollen. Der Chefarzt stellt demgegenüber den Sinn der hier in Betracht gezogenen therapeutischen Intervention mit dem Verweis auf die Überkomplexität des Krankheitsbildes in Frage, denn keine der Interventionsentscheidungen, die getroffen werden könnten, würde die Sicherheit bieten, etwas Sinnvolles für den Patienten tun zu können. Ob der Chef hier diese Orientierungsfigur gleichsam als strategische Konstruktion entwickelt, um im Sinne der administrativen Logik den Weg des geringsten Widerstandes zu gehen, oder ob er aus medizinisch immanenten Gründen wirklich keine Behandlungsperspektive mehr für den Patienten sieht, muss hier eine offene Frage bleiben.

Systemisch spielt die „wirkliche“ Motivation des Chefarztes keine Rolle, da seine Kommunikation und die diesbezüglichen Anschlüsse der anderen entscheidend sind. Die Spannung zwischen der ökonomischen und medizinischen Kontextur *manifestiert* sich hier in unterschiedlichen Positionen *innerhalb des Rollengefüges* im ärztlichen Team: Die Polarität zwischen abwartender Distanz vs. parteiischem Engagement läuft analog der hierarchischen Stellung. Auf der Stationsarztebene liegt die emotionale Last des Handelns angesichts der existenziellen Bedrohung des Patienten, während auf der Leitungsebene das Entscheidungsrationale auch bedeuten kann, die Verantwortung dafür zu übernehmen, den Patienten loszulassen, falls die Behandlungsoptionen

keinen allzu großen Erfolg versprechen. Als Minimalkonsens zwischen diesen beiden Positionen kristallisiert sich hier die Möglichkeit heraus, den Patienten in einer Rehabilitationseinrichtung versorgt zu wissen.

Einzelfallbezogenes Denken

Am folgenden Morgen berichtet Dr. Reif dem Beobachter von einem belastenden Gespräch mit den Angehörigen von Herrn Spondel. Diese hätten geweint, und es wäre vielleicht besser gewesen, den Angehörigen doch nicht so viel gesagt zu haben.

Die Stationsärztin erörtert mittags im Gespräch mit dem neurologischen Konsiliaris die medizinische Problematik. Die Stationsärztin testet an, ob eine Verlegung auf die neurologische Station möglich wäre. Die Ärzte stellen übereinstimmend fest, dass es gleichsam das Todesurteil bedeuten würde, den Patienten unbehandelt nach Hause zu schicken. Gegen Ende des Gesprächs bahnt sich eine Zwischenlösung an. Der Rekurs auf die Notwendigkeit einer differenzierteren bildgebenden Diagnostik durch einen Magnet-Resonanz-Tomographen (MRT) löst zwar nicht das therapeutische Dilemma, ermöglicht jedoch kurzfristig eine Perspektive, doch noch etwas tun zu können.

Mittwoch, 28.2.

12:00 Gespräch mit dem Konsilneurologen vor dem Stationszimmer

Stationsärztin Dr. Reif: Soll ich ihn auf die Neurologie verlegen?

Neurologe: Na, wäre auch nicht so ... na, ja, behandeln wir ja sonst auch eher konservativ ... wenn der jetzt antibiotikaresistent ist ... dann wäre es in seinem Alter vielleicht angemessener, heroisch heranzugehen ... dann im Universitätsklinikum X. oder im Klinikum Y, bei Prof. Mainz zum Beispiel

Stationsärztin Dr. Reif: Dann aber auch mit der Kostenübernahme, ob das bei euch in der Neurologie nicht besser läuft?

Neurologe: Das ist doch das Gleiche, auch bei uns wird die Kostenübernahme erst einmal abgelehnt und dann geht es in die Revision ...

Stationsärztin Dr. Reif: Jetzt auch mit den Angehörigen, ich kann den doch jetzt nicht so nach Hause schicken ...

Neurologe: Die Neurochirurgen, ob die ihn dann nehmen, oder ob die den dann nicht erst [in die Reha-Klinik-X] ..., da würde ich ihn übrigens dann auch wieder sehen, bin dort auch konsiliarisch tätig ...

Stationsärztin Dr. Reif: Jetzt aber die ganze Problematik, der hatte ein Sigmakarzinom ... und ob der entzündliche Prozess überhaupt von da rüber ... ob man da nicht erst mal eine Rektoskopie ... aber wenn ich dann erst mal weg (im Urlaub bin), dann hat von den Kollegen für den keiner Verständnis ... [...]

Neurologe: Du, wenn wir den nach Hause schicken, ist der tot, das sehe ich jetzt genauso, also sollte man den dann doch erst mal zu den Neurochirurgen ... die haben auch MRT ... so was haben wir doch auf unserer Abteilung noch nicht einmal gesehen ...

Stationsärztin Dr. Reif: Und wenn wir ihn dann doch erst mal zu Ihnen ...

Beide Ärzte sprechen auf der gleichen Diskursebene, nämlich innerhalb eines medizinischen Rahmens, agieren jedoch aus einer jeweils anderen Position im Rollengefüge. Entsprechend zeigen sich etwas unterschiedliche Orientierungen. Der Neurologe kann

hier in seiner Rolle des „externen“ Beraters die Fallproblematik aus einer eher distanzierteren Position heraus betrachten, ohne jedoch eine Entscheidung treffen zu müssen. Auf der *inhaltlichen* Ebene stimmt er Frau Dr. Reif durchaus in der Einschätzung zu, dass das Leben von Herrn Spondel im Falle der Nichtbehandlung massiv gefährdet sei. In der Rolle, die er aktuell innehat, bedeutet dies nicht, dass er hier die gleiche Verantwortlichkeit *fühlt* wie die betreuende Stationsärztin. Ihr Ansinnen, den Patienten von ihm auf der neurologischen Station versorgt zu wissen, wehrt er ab. Der schwarze Peter bleibt bei Frau Dr. Reif, die ihrer Interaktionsgeschichte mit dem Patienten (und auch mit den Angehörigen, wie hier angedeutet) nicht so leicht entkommen kann, denn ihr persönliches Handeln bleibt gefordert. *Die ärztliche Orientierung bleibt hier einzelfallbezogen mit Bindung und Verantwortlichkeit gegenüber dem Klienten. Ein Arzt erlebt und agiert hier an den konkreten Fall angebunden und nicht im Sinne abstrakter formaler Kalküle (wie z. B. „statistisch gesehen bringt es nichts mehr, sich für diesen Patienten einzusetzen“).*

Anbindung an den Stationsarzt als gefühlte Verantwortlichkeit

Am Morgen des folgenden Tages übergibt Frau Dr. Reif dem Stationsarzt Schmidt den Fall, da sie für zwei Wochen in den Urlaub geht. Sie erwähnt den Entscheidungskonflikt und erklärt, dass zunächst die Abklärung der OP-Indikation im Vordergrund stehe. Sie betont, dass sie auch gegen den Wunsch des Chefs nach schneller Entlassung den Patienten stationär versorgt wissen möchte und dass auch der Oberarzt das Problem mit der Blase ignorieren würde:

Donnerstag, 1.3.

10:40 Kurvenvisite im Arztzimmer

Dr. Reif: Herr Spondel, eine große Diskussion ... der Chef sagt entlassen, das kann man zu Hause machen ... ich denke an eine gerontologische Station [...] gestern habe ich dann die Bilder nach [Universitätsklinikum X.] gegeben [...] neurologische ... oder gerontologische oder die Frührehabilitation ... das kann ich aber jetzt noch nicht entscheiden. Wenn die dann im [Universitätsklinikum X.] sagen „der ist operationswürdig“ ... der Assistent gestern sagte „nein, das werden wir sicher nicht machen“ ... und jetzt warte ich darauf, was die sagen ... wenn die in [Universitätsklinikum X.] ja sagen und der Chef sagt ja, dann sind wir unsere Sorgen los ... dann hat ihn noch Dr. Müller gesehen, der sagt jetzt alpha-Blocker (für die Prostata-Behandlung) oder einen suprapubischen Katheter ... ich würde ihn am liebsten ins [Universitätsklinikum X.] und dann vielleicht wieder hierher zurück ... der ist dann schon jemand, der vier Wochen im Krankenhaus sein sollte ... wenn die Neurochirurgen sagen: „wir nehmen den nicht“, dann würde ich den in die Mauritius-Klinik geben ... dann ist noch Herr Dr. L. (der Neurologe) ... da gewesen ... könnte dann auch durch den Darm infiltriert ... ob das jetzt nur Narben sind ... oder eine Fistel, das weiß man nicht ... die Neurochirurgen sagen dann „eine zwei-Höhlen-Operation, das können wir bei dem alten Mann nicht machen“, doch ob das wirklich von da kommt, weiß man auch nicht so genau ... sagen die Neurochirurgen „da müsste man ein MRT, um das mit dem Filtrat abzuklären“, da habe ich gesagt „Sie haben doch eins, dann nehmen Sie ihn doch“ ...

Stationsarzt Schmidt: Da haben Sie ja wirklich alles versucht.

Dr. Reif: Der Chef sagt, man solle ihn nach Hause, aber ich würde ihn jetzt doch gerne versorgt haben.

[... einige andere Patienten werden besprochen]

Dr. Reif (zu Herrn Schmidt): Der Schwarz [*Oberarzt der Station, zur Zeit in Urlaub*] ignoriert das mit dem Restharn bei Herrn Spondel. Herr Heimbach [*der stellvertretende Oberarzt*] meinte dann schon, dass man da was tun müsste ...

In der Übergabe des Patienten an den jungen Stationsarzt wird hier nicht nur die medizinische Information, sondern der „richtige“ Orientierungsrahmen, d.h. der angemessene Habitus vermittelt. Entsprechend muss die Spannung im ärztlichen Feld, die sich aus den unterschiedlichen Positionen in der Hierarchie ergeben, mit kommuniziert werden. Der neue Arzt muss in die korrekte Position im Feld hinübergezogen werden, nämlich als Verbündeter, der die Versorgung des Patienten auch gegen den Wunsch der Administration nach rascher „Abschiebung“ gewährleistet. Frau Dr. Reif vermittelt ihr Anliegen an den jungen Arzt durch einen *moralischen* Appell, der gleichsam auf das Zentrum seines ärztlichen Selbstverständnisses zielt, nämlich auf den professionsethischen Imperativ, ein *guter* Arzt zu sein. Im Gegensatz zum neurologischen Konsiliarier, der sich aus der Rolle des Beraters heraus Distanz erlauben kann, stellt der Wunsch an den jungen Stationsarzt eine Forderung dar, deren Missachtung das *symbolische Kapital* seiner eigenen Arztdentität, seinen ärztlichen Ethos berühren würde. Auch hier deuten sich wieder Momente des stationsärztlichen Orientierungsrahmens an. *Bei den komplexen Fallproblematiken bleibt man selbst dann der medizinischen Versorgung des anvertrauten Patienten verpflichtet, wenn die ökonomischen oder organisationalen Rationalitäten anderes gebieten.*

Während der anschließenden gemeinsamen Visite des Patienten werden die möglichen Nebenwirkungen der medikamentösen Prostata-Therapie besprochen. Darüber hinausgehend erklärt die Stationsärztin, dass sie die Durchführung einer differenzierteren bildgebenden Diagnostik [MRT] für die Abklärung der Details der Wirbelkörperentzündung für notwendig hält.

Als *performativer* Akt, der hier *vor* dem Patienten vollzogen wird, wird die offen geführte Debatte für den jungen Arzt gleichzeitig zur Instruktion, den Patienten besonders zu beachten und mögliche Nebenwirkungen genauestens zu beobachten. Die bisher noch nicht beschlossene Durchführung der teuren bildgebenden Diagnostik durch ein MRT bekommt in der Visite nun den Status einer medizinischen Notwendigkeit verliehen. Dies geschieht hier wieder performativ, indem der diagnostische Bedarf persönlich vor Herrn Spondel konstatiert wird. Dieser – hierdurch gleichsam als Zeuge ermächtigt – ist nun in der Lage, jederzeit vom Stationsarzt die offensichtlich für notwendig erachtete Maßnahme einfordern zu können. Durch diese Inszenierung wird der Arzt gleichsam in die richtige Position hineingerückt – er gehört nun zum Patienten, nicht zu den mehr administrativ orientierten Akteuren des Krankenhauses.

Wissenschaftlich medizinisches Interesse

Nachmittags berichtet die Stationsärztin dem Beobachter von den Ergebnissen der Beurteilung der Röntgenbilder durch die Neurochirurgen eines Universitätsklinikums.

Diese würden auf keinen Fall operieren, zumal es sich differenzialdiagnostisch an der fraglichen Stelle auch um einen tumorösen Prozess handeln könne. Zur diagnostischen Abklärung müsse nun noch eine Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) durchgeführt werden. Die Stationsärztin bemerkt weiterhin, dass eine frühere Untersuchung mittels einer CT-gestützten Punktion des Rückenmarks möglicherweise ein falsches Ergebnis vorgetäuscht habe und darüber hinaus die Ursache für den Restharn in der Blase immer noch ungeklärt sei:

15:30 im Stationszimmer

Dr. Reif (erklärt dem Beobachter): ... Herr Spondel ... wir hatten ja gedacht, das mit dem Wirbelkörper, wenn sich das jetzt so schnell, in zwei Monaten entwickelt hat, dann muss das jetzt was Entzündliches sein, die meinen aber jetzt, dass das eher was Tumoröses sein kann. Die Geschwindigkeit spricht dann eher dafür. Allerdings dachten wir, bei einem Tumor müsste der Verlauf ja jetzt weitergehen und nicht stoppen wie jetzt ... da meinten die ‚na, ja‘. Jetzt sollte dann ein MRT gemacht werden, Dienstag, in einer Praxis in der Nähe vom [Strasse K.]. Jetzt meint der aber, es dürfte kein Metall im Körper sein und Herr Spondel meinte dann, dass da noch Granatsplitter seien ... jetzt müssen wir noch Röntgen, um die Granatsplitter aufzuspüren. ... Im [Klinikum X.] meinten die dann noch: Wenn das MRT nichts aussagt, dann müssen wir doch die „offene Punktion“ machen, auch wenn wir jetzt dann auch nicht operativ drangehen würden, aber jetzt zur diagnostischen Abklärung ... dann könnte man vielleicht noch bestrahlen. Wir hatten dann ja eine CT-gestützte Punktion durchgeführt, aber da hatten wir dann weder Bakterien noch was Tumoröses gesehen ... die Neurochirurgen meinten aber hierzu, dass man den Tumor bei einer CT-gestützten Punktion oft nicht sieht, dann müsse man doch die offene durchführen. ... das ist dann wirklich ein spannender Fall ... die Sache mit der Blase ist ja immer noch nicht abgeklärt, ist das jetzt eine Polyneuropathie aufgrund des Zuckers, wegen dem engen Spinalkanal, oder kommt die Restharnbildung jetzt von der Prostata?

Das „therapeutische“ Problem wird nun zu einem „scholastischen“ Fall, zu einem intellektuell herausfordernden Problem heraufmoduliert (zu einem »wirklich spannenden Fall«). Die Handlungsperspektive wandelt sich hier von der Therapie zur Diagnose: Weitere diagnostische Prozeduren einschließlich einer offenen diagnostischen Operation werden angedacht. Die ins Auge gefassten Prozeduren geben dem Krankenhausaufenthalt von Herrn Spondel erneuten Sinn: Solange die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist, kann der Patient nicht entlassen werden, als „positiver Nebeneffekt“ dieser Neurahmung wird die administrative Logik unterlaufen. Ärztliche Aktivität perpetuiert sich nun selbst durch die Sachzwänge, die sich aus der diagnostischen Forschungsrationalität ergeben.

Die Veränderung der Rahmung darf hier jedoch nicht instrumentell verstanden werden in dem Sinne, dass die Ärztin nun auf die medizinisch-wissenschaftliche Ebene wechselt, *um* den Patienten länger dazubehalten. Vielmehr ergeben sich hier im Prozess Komplikationen, die den Fall nun auch aus intellektueller Hinsicht als „komplexe Fallproblematik“ erscheinen lassen. Gleichsam naturwüchsig springt hier das ärztliche Interesse an, wobei es nun zum internistischen Habitus gehört, der geweckten Neugierde auch nachzugehen.

Entlassung und Reattribuierung der Verantwortlichkeiten

Das Ergebnis der fünf Tage später erfolgten MRT-Untersuchung spricht für eine bakterielle Entzündung und gegen ein tumoröses Geschehen. Dem Beobachter wird vom Stationsarzt das weitere therapeutische Vorgehen erläutert: Es werden Alpha-Blocker zur medikamentösen Verkleinerung der Prostata sowie weiterhin Antibiotika gegeben. Darüber hinaus solle die Restharnmenge kontrolliert werden, falls der Patient noch länger da bleibe. Die heroische Therapieoption wird nun stillschweigend nicht mehr weiterverfolgt. Des Weiteren wird die Verlegung in ein Rehabilitationskrankenhaus angestrebt, hierfür ist jedoch die Mobilisation des Patienten eine wichtige Voraussetzung. Während der Oberarztvisite erläutert der Stationsarzt den Befund und informiert über die Anlage eines Stützkorsetts. Eine Schwester problematisiert dem Stationsarzt gegenüber die Gefahr der Hospitalisierung des Patienten und fordert eine Entscheidung im Hinblick auf die Mobilisierung. Der Oberarzt entscheidet sich für die Anlage eines Stützkorsetts, das dem Patienten gewisse Bewegungsfreiheiten lässt.

Auf dem Gang antizipiert der Stationsarzt das Scheitern der medikamentösen Prostata-Therapie. Die Ärzte besprechen die Modalitäten der Patientenverlegung:

Mittwoch 7.3.

11:10 Oberarztvisite (auf dem Gang)

Stationsarzt Schmidt: Das andere ist jetzt mit dem Alpha-Blocker, wenn das jetzt nicht anschlägt ...

Oberarzt: Dann den suprapubischen Katheter

Stationsarzt Schmidt: ... würde ich den dann auch gerne bald entlassen ...

Stationsarzt Martin: Dann bloß, wohin?

Oberarzt: Vielleicht sogar die Klinik Sonne ...

Stationsarzt Boller: Aber da machen die internistisch doch gar nichts mehr

Oberarzt: Die sind eher orthopädisch, aber das macht jetzt nichts oder ist sogar besser, denn das Krankheitsbild ist ja jetzt wirklich abgeklärt ...

Stationsarzt Boller: Aber die sind doch die Teuersten ... dafür gibt es doch keine Genehmigung ...

Oberarzt: Versuchen wir es dann und dann vielleicht ...

Stationsarzt Schmidt: Gut, erste Priorität ist dann Klinik Sonne, dann als zweite das Mauritius, werde ich mich drum kümmern ...

In der Diskussion der Ärzte auf dem Gang wird nochmals das Grunddilemma der Entscheidung reproduziert: Der Erfolg der medikamentösen Therapie ist keinesfalls gesichert und die Verlegung in eine geriatrische Reha-Klinik birgt die Gefahr, die erforderliche akutmedizinische Betreuung nicht leisten zu können. Die Möglichkeit, irgendwann einen Blasen Katheter durch die Bauchdecke zu führen, erscheint hier als beruhigende Alternative, ebenso der Verweis, dass das Krankheitsbild nun doch »wirklich abgeklärt« sei. In beiden Fällen dient die Beruhigung des Oberarztes eher als rhetorische Figur im Hinblick auf die hier aufgespannte Scheinalternative einer intensiven internistischen Dauerbetreuung, die jedoch allein schon aufgrund der mangelnden Finanzierung durch die Krankenkassen kein praktikables Behandlungsmodell darstellen

würde. Das, was für den Patienten auf der Station getan werden kann, ist getan – übrig bleibt nur noch, ihn in der bestmöglichen Reha-Einrichtung unterzubringen.

Zwei Tage später wird Herr Spondel entlassen. Der Kurzarztbrief ist fertig gestellt. Das Krankheitsbild wird in medizinischen Begriffen stichwortartig geschildert. Der Stationsarzt erklärt auf Fragen des Beobachters, was denn nun mit der Blase sei, dass die Ablehnung des Patienten, sich einen suprapubischen Blasenkatheter anlegen zu lassen, die Entscheidung leichter gemacht habe und dass der Restharn eben in einigen Wochen wieder kontrolliert werden müsse:

Freitag, 9.3.

9:45 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Schmidt: Der hat jetzt immer noch Restharn ... müssen wir jetzt mit dem Alpha-Blocker weiterversuchen ... mit dem suprapubischen Katheter das lehnt er ja ab, da habe ich jetzt gestern noch mal mit ihm gesprochen ... das macht jetzt die Entscheidung leichter ... gut, müssen wir jetzt nach ein paar Wochen wieder kontrollieren ...

Der Willensausdruck des Patienten befreit den jungen Arzt ein Stück von der emotionalen Last der Verantwortlichkeit (»das macht jetzt die Entscheidung leichter«). Da Herr Spondel sich als so genannter autonomer Patient entschieden hat, das Risiko einer weiteren, möglicherweise letalen Blaseninfektion einzugehen und dafür auf die Unannehmlichkeiten eines Dauerkatheters bzw. eines kleinen chirurgischen Eingriffes zu verzichten, ist jetzt für die Ärzte *wirklich* alles getan, was man tun konnte. Der Patient kann guten Gewissens entlassen werden, indem der Auftrag zur regelmäßigen Untersuchung des Restharns an die zukünftigen Ärzte weitergeleitet wird. Warum der Patient die Maßnahme ablehnt, wird hier nicht weiter in erwägt. Denkbar wären hier verschiedene Motive: Angst vor dem Eingriff, ein hohes Schamgefühl bezüglich des Dauerkatheters, unter Umständen gar der Wunsch, in Ruhe sterben zu können. Systemisch spielt die Motivation des Patienten hier keine Rolle und braucht deshalb weder erwähnt zu werden, noch wird sie für das Fallprozedere bedeutsam. Entscheidend bleiben hier die Kommunikationen und ihre Anschlüsse in der Ärzteschaft. Im Sinne des professionellen Ethos bleibt hier der Klientelbezug gewahrt.

Gegen Mittag telefoniert Stationsarzt Schmidt nochmals mit der Reha-Klinik, die sich bereit erklärt hat, den Patienten aufzunehmen. Themen des Gesprächs sind unter anderem die fortzuführende Antibiotikatherapie, die Anpassung des Korsetts und die Wünsche der Angehörigen. Herr Schmidt weist darauf hin, dass sie den Patienten auf der Station wirklich gut kennen würden und falls sich Fragen ergeben würden, sie jederzeit anrufen werden könnten.

Die Aneignung eines dezidierten Fallverständnisses, ein Gefühl für Komplexität der Problematik und nicht zuletzt die Beziehung der Ärzte dieser Station zum Patienten und seinen Angehörigen stellen einen wesentlichen Teil der professionellen Arbeit dar. Dieses Wissen kann nur rudimentär auf administrativem Wege – etwa durch den Arztbrief – übergeben werden und droht deshalb durch die Verlegung verloren zu gehen. In der hier deutlich werdenden Beziehung zum Patienten wird eine starke professionelle Identität deutlich, in der Anspruch mitschwingt, die professionelle Beziehung auch weiterhin aufrechtzuerhalten.

Knapp eine Woche später übergibt der Stationsarzt seine Patienten an die aus dem Urlaub zurückgekehrte Stationsärztin. Fünf Tage später hat Frau Dr. Reif einen Entwurf für den langen Arztbrief erstellt und zeigt diesen dem Beobachter. Die Indikation für den suprapubischen Katheter sowie die Ablehnung des Eingriffs seitens des Patienten werden ausdrücklich benannt. Darüber hinaus wird die wiederholte diagnostische Abklärung des Restharns nochmals gefordert.

Die Stationsärztin übernimmt im Hinblick auf die entlastende Attribution der Verantwortlichkeit für mögliche Komplikationen hier den „Ball“ vom jungen Stationsarzt. Da der Patient die therapeutische Maßnahme abgelehnt hat und die „Kontrolle der Blase“ explizit an die künftigen Ärzte als Auftrag übergeben wird, ist sowohl der medizinische als auch der juristisch-legitimatorische Rahmen eingehalten worden. Es ist nun dokumentiert, dass alles getan wurde, was getan werden konnte. Die professionelle Identität der Stationsärzte rekonstituiert sich hier nochmals im ausführlichen Arztbrief⁴ ohne Verlust an »symbolischem Kapital« (Bourdieu, 2001).

Zusammenfassung

Primärer Rahmen: medizinische Orientierung

Die besondere Entscheidungsproblematik im Fall von Herrn Spondel ergibt sich aus der Zeitdynamik der zukünftigen Antizipation der noch nicht eingetretenen Sepsis und der gegenwärtigen Stabilität des Patienten auf einem niedrigen Level. Während das weitere Prozedere unter den Ärzten überwiegend in einem medizinischen Rahmen diskutiert wird, wird der Verhandlungsprozess durch einen organisatorisch-ökonomischen Rahmen überlagert, denn ein Akutkrankenhaus kann weder die Betreuung eines chronischen Patienten, noch die umfassende Prävention wahrscheinlicher zukünftiger Krankheitsereignisse leisten. Die Antizipation des medizinisch Notwendigen stößt hier an die Grenze der organisatorischen Möglichkeiten. Der Konflikt zwischen Medizinischem und Ökonomischem kehrt in der Institution Krankenhaus als Spannungslinie innerhalb der ärztlichen Hierarchie wieder. Die Leitungsebene positioniert sich tendenziell etwas mehr in Richtung der ökonomischen Interessen des Krankenhauses und fordert eine schnellere Entlassung, während die Stationsärzte sich eher dem vermeintlichen Patienteninteresse verbunden fühlen. Die Komplexität der Fallproblematik liefert dabei je nach Position verschiedene Anschlussmöglichkeiten. Zum einen dient sie als Argument dafür, nichts weiter tun zu können. Zum anderen wird sie zum Ansporn, noch mehr tun zu können, etwa in dem Sinne, dass sich nun medizinische „Aktionismen“⁵ im Sinne

4 Der Arztbrief stellt, wie Berg (1992; 1996) herausstellt, nicht nur eine passive Dokumentation des Geschehens, sondern eine aktive Rekonstruktion und Neuformulierung des Fallgeschehens dar. Er stellt in gewisser Hinsicht ein medizinisches „Narrativ“ dar.

5 Hier nochmals der Hinweis: Der Begriff »Aktionismus« ist hier nicht in einem umgangssprachlichen Sinne zu verstehen, sondern meint im neutralen Sinne ein Bildungspotential, in dem in zufälligen aber durchaus begründeten Suchbewegungen Möglichkeiten gesucht werden, eingefahrene Gleise, hier etwa

von Suchbewegungen anschließen lassen, um jenseits der vorgegebenen Handlungs-routinen einen Weg zur Weiterbehandlung zu finden. Verschiedene Dinge können hier – versuchsweise – unterschiedlich betont werden. Den Ärzten gelingt es, das internistische Problem in ein chirurgisches oder neurologisches Problem umzudefinieren, um entsprechend weitere klinische Zuständigkeiten zu attribuieren und entsprechende Verantwortlichkeiten zu installieren.⁶ Entgegen dem ökonomischen Rational wird die komplexe Fallproblematik also umfassend abgeklärt. *Als primärer Handlungsrahmen bleibt der medizinische Ethos im Vordergrund: Man fühlt sich dem Einzelfall verpflichtet und geht der intellektuellen Herausforderung nach, die medizinische Problematik umfassend zu erforschen.*

Erst als diese Versuche ausgereizt sind, also der Fall *medizinisch* zum Abschluss gekommen ist, muss ein integrierender Rahmen gefunden werden, um die nun anstehende Entlassung auch dem Patienten gegenüber zu legitimieren. Die Perspektive einer Rehabilitationsmaßnahme mildert die Last der Verantwortung im Hinblick auf die organisatorisch unvermeidbare Entscheidung etwas ab. Der Rekurs auf den Willensausdruck des Patienten und die Antizipation des noch durchzuführenden chirurgischen Eingriffs im abschließenden Arztbrief entlassen die Ärzte endgültig aus der ihnen zugeschriebenen Verantwortlichkeit. Symbolisch ist nun der eigene Ethos wieder hergestellt: Man hat alles gesagt und getan, was nötig ist. Die Verantwortung für das weitere Geschehen ist an den Patienten und die zukünftigen Ärzte übertragen. Im Rahmen der medizinischen Diskursebene wird die medizinisch brisante Problematik zwar weiterhin wahrgenommen, doch nun lässt sich auch auf Stationsarztebene eine distanzierte Rolle einnehmen. *Von ärztlicher Seite ist hier im Rahmen des Medizinischen alles Denkbare getan worden. Es ist ein erheblich diagnostischer Aufwand getrieben worden und man hat dabei eine lange Liegezeit in Kauf genommen. Vergleichende*

administrative Logiken, zu unterlaufen und für eigene Zwecke zu instrumentalisieren (Nohl/Bohnsack 2001).

- 6 Der Entscheidungsprozess um Herrn Spondel stellt sich dabei innerhalb des ärztlichen Teams als ein kompliziertes soziales Gebilde dar, in dem Verantwortlichkeiten mehrfach verteilt, attribuiert und reattribuiert werden. Im Zentrum der Spannung stehen die Stationsärzte. Ihnen obliegt es, zwischen Angehörigen-, Patienten- und Organisationsinteressen eine Mitte zu finden, in der nicht nur die eigene ärztliche Identität, sondern auch die Identität medizinischer Organisationen reproduziert wird. Entwickelte ärztliche Kompetenz heißt, auch unter Bedingungen von Ambivalenz und Widersprüchlichkeit einen komplexen Entscheidungsprozess managen zu können. Der Vergleich zwischen dem jungen Stationsarzt und der Stationsärztin zeigt entsprechend unterschiedliche Strategien auf, mit diesem Problem umzugehen: Während Herr Schmidt versucht, seine Verantwortlichkeit im ärztlichen Team, insbesondere auf der Leitungsebene, zu verteilen, stellt für Frau Dr. Reif derselbe Sachverhalt einen Ansporn dar, doch noch einen anderen Weg zu finden. Solche Unterschiede lassen sich zwar biografisch plausibilisieren, etwa durch unterschiedliche Widerständigkeiten oder durch verschiedene Ausbildungsstände – so hat Herr Schmidt erst seit einem Monat seine Arzt-im-Praktikum Zeit beendet. Dennoch kann das Grundproblem dieses Entscheidungsprozesses nicht „psychologisch“ auf die emotionale Haltung einzelner Ärzte reduziert werden, sondern stellt sich als Konflikt dar, der – wenngleich mit unterschiedlicher Enaktierung – das ganze medizinische Team trifft. Zum einen stellt sich hier das Problem, dass eine Weiterbehandlung des Patienten aus administrativen Gründen nicht mehr möglich ist, auf der anderen Seite steht die professionelle Identität der Ärzte bzw. einer Station, die einen Patienten auch als Gesamtperson gut kennt und deshalb besonders gut betreut wissen möchte. Dieser Widerspruch lässt „Falschrahmungen“ notwendig erscheinen, die auf der einen Seite medizinisch-diagnostische Initiativen aus administrativer Sicht unverdächtig erscheinen lassen.

Beobachtungen mit anderen komplexen Fallproblematiken zeigen auf, dass ein diesem Fallprozedere homologer modus operandi im Jahr 2001 der Regelfall und nicht die Ausnahme darstellt.

Drei Jahre später wird der Vergleich der ärztlichen Praxis dann zeigen, dass es sich hinsichtlich der primären medialen Rahmung der ‚komplexen Fallproblematiken‘ um zeitstabile, habitualisierte Orientierungen handelt.

2 Internistische Handlungsorientierungen im Jahr 2004

Versuchen wir nun im Folgenden die grundlegenden Handlungsorientierungen der internistischen Ärzte aus dem Beobachtungszeitraum 2004 zu rekonstruieren. Wir beginnen mit der ausführlichen Rekonstruktion des Fallgeschehens um Herrn Spondel, um dann mit Herrn Martin und Herrn Dunker noch zwei weitere Behandlungsprozesse in die komparative Analyse mit einzubeziehen.

Der Fall „Spondel 2004“

Herr Spondel, mittlerweile sechundsiebzig Jahre alt, wird an einem Montagabend von Dr. Reinhardt, einem Nephrologen, der in der Nähe der Klinik eine Dialysepraxis betreibt, in das Krankenhaus eingewiesen. Herr Spondel ist inzwischen Dialysepatient, da seine Nieren nicht mehr funktionieren. Der ambulante Arzt, mit den Abläufen des benachbarten Krankenhauses wohl gut vertraut, veranlasst für seinen Patienten eine nuklearmedizinische Untersuchung, ohne dass zuvor ein Stationsarzt eingeschaltet wird. Bevor Dr. Kardel am nächsten Morgen zur Arbeit erscheint, ist der Patient schon zur Untersuchung abgerufen worden. Die Ärztin wird nun von den Pflegern informiert, dass der neue Patient schon in der Röntgenabteilung sei, sie allerdings noch den Anforderungszettel zu unterschreiben habe. Gegenüber dem Beobachter beschreibt die Ärztin diesen Vorgang als »Super-GAU«, denn die anberaumte Prozedur sei sehr aufwendig und teuer. Außerdem habe sie jetzt weder den Patienten noch seine Akte gesehen:

Dienstag, 11.8.

8:40 (auf dem Gang)

Frau Dr. Kardel (zum Beobachter): ... Heute morgen hier schon der Super-GAU ... der Herr Spondel... kommt hier aufs Gelände zur Dialysepraxis ... der [Dr.] Meinhardt, der hat den Patienten hier eingewiesen ... ist dann hier auf die Station gekommen ... wurde dann heute Morgen gleich zur Langzeitszintigrafie abgerufen ... ist jetzt eine sehr aufwendige und teure Untersuchung ... sollte ich dann heute Morgen den Zettel unterschreiben, obwohl ich weder den Patienten noch die Akte gesehen habe ... habe ich dann natürlich nicht gemacht ... jetzt ist der unten, kriegt die Untersuchung ... weiß auch nicht, wer jetzt den Zettel unterschreibt ...

Beobachter: Was ist das jetzt für eine Untersuchung?

Frau Dr. Kardel: Braucht man, um Entzündungsherde zu lokalisieren ... radioaktiv markierte Leukozyten, die sich dann an einem Entzündungsherd anreichern ... werden ihm dann wohl die eigenen Leukozyten erst abgenommen ... die muss er dann natürlich haben

Beobachter: Wann war das?

Frau Dr. Kardel: Muss wohl noch nach 18:00 ... ich war ja bis viertel nach fünf hier ... und der Dr. Elwert hat ihn dann im Spätdienst auch nicht gesehen ... geht ja jetzt auch nicht, dass dann von außen eine Untersuchung angeordnet wird

Frau Dr. Kardel beginnt ihre Schilderung mit dem metaphorisch hochgradig aufgeladenen Begriff »Super-GAU«. In der Technikfolgenabschätzung wird hiermit der „größte anzunehmende Unfall“ in Rechnung gestellt. Anders, als wie vom Laien zunächst zu vermuten, ist hiermit jedoch nicht ein medizinisches Malheur, etwa ein irreversibler Kunstfehler gemeint, sondern eine teure nuklearmedizinische Untersuchung, die hier unter Umgehung der regulären Entscheidungslinien der Organisation von einem externen Arzt veranlasst wurde. Die Entscheidungsstrukturen der Organisation wurden hier sozusagen im Bypass unterlaufen. Der Ärztin, bzw. einer ihrer Kollegen, bleibt hier letztlich nur noch übrig, die Untersuchung im nach hinein durch ihre Unterschrift formell zu legitimieren. Die Katastrophe besteht hier also zum einen auf organisationaler Ebene darin, dass hier auf informellen Wege die Autonomie der Organisation, welche sich im Luhmannschen Sinne durch eigene, intern getroffene Entscheidungen reproduziert, durch informelle Kanäle ausgehöhlt und damit nihiliert wird. Zum anderen erscheint sie auf personaler Ebene als Verantwortungslast für eine außerordentlich teure und unter Umständen nicht indizierte Untersuchung, für deren Veranlassung sie gegebenenfalls zur Rechenschaft gezogen werden könnte.

Die Ärztin steht hier also vor einem Dilemma: Wenn sie die Untersuchung im nach hinein durch ihre Unterschrift legitimiert, muss sie Verantwortung hierfür übernehmen. Wenn sie die Unterschrift verweigert, legt sie den Skandal offen, dass in diesem Falle Dinge geschehen sind, die nicht durch eine legitimierte Entscheidung zustande gekommen sind. Hierdurch würde allerdings den Leuten in den Rücken fallen, die in den Vorgang durch ihre unbürokratische und informelle Hilfe möglich gemacht haben. Dies erscheint insofern problematisch, als dass sie ihrerseits von dem Wohlwollen der Röntgenabteilung, der Pfleger, der Diensthabenden abhängig ist, dass die Dinge gegebenenfalls auch einmal auf dem informellen Wege gelöst werden. Erst wenn man diese beiden Lesarten gleichzeitig einbezieht, wird deutlich, dass hier etwas geschehen ist, was man durchaus mit „Unfall“ charakterisieren kann. Das filigrane Arrangement zwischen formeller und informeller Kommunikation, von organisationalen Entscheidungslinien und der unbürokratischen Handlungspraxis auf der Vertrauensbasis persönlicher Interaktion scheint hier auseinander zu brechen.

Wir wissen an dieser Stelle zwar noch nichts von den medizinischen Hintergründen des sich hier abspielenden Dramas, können jedoch ahnen, dass wir in diesem Beispiel möglicherweise ins Zentrum der Handlungs- und Entscheidungsdynamik des modernen Krankenhaus vordringen können. Auf der einen Seite steht nun die ökonomische Belastung der Abteilung durch eine kostenintensive nuklearmedizinische Untersuchung, für die eigens bestimmte radioaktive Isotope beschafft werden müssen. Auf der anderen Seite des Spannungsfeld ist dann Medizinisches zu vermuten, denn warum sonst sollte Dr. Meinhardt, der ambulante Nephrologe, diesen Durchgriff in das Herz einer Organisation wagen. Die Verwendung der Metapher „GAU“ durch Dr. Kardel weist darauf hin, dass sie den Vorgang nicht mit moralischen Kategorien misst, sondern als

technische Panne rahmt. Es geht hier um Organisation, nicht um ärztliche Legitimität. Für die Ärztin ist das Medizinische an dem Fall noch nicht sichtbar. Der Patient ist von ihr noch nicht als Fall angeeignet.

Komplexe Fallproblematiken rechtfertigen weiterhin hohen diagnostischen Aufwand

Ein wenig später wendet sich die Ärztin der Akte des neuen Patienten zu. Sie liest laut einige Details vor. Ein mithörender Kollege bemerkt, dass er auch nicht geahnt habe, dass die teure Untersuchung ohne sie wieder stoppen zu können anlaufen würde. Die Ärztin studiert weiter die Akte, formuliert einige differenzialdiagnostische Vermutungen und veranlasst ihrerseits einige Laboruntersuchungen:

9:40 vor dem Stationszimmer

Frau Dr. Kardel (schaut in die Akte, zu Dr. Elwert): unter Gentamycin [ein Antibiotika, dass bei der Medikation seitens des Arztes, wohl Herrn Dr. Reinhardt, eingetragen ist] eine Leukozytenszintigrafie ...jetzt hat er auch erhöhte Leberwerte und einen Pleuralerguss ... der Reinhardt macht jetzt immer so einen Schnellschuss ...

Dr. Elwert: Ich habe jetzt auch gedacht, dass man das jetzt wieder absetzen kann ...

Frau Dr. Kardel: Ne, der war dann um acht Uhr schon unten ... *(schaut weiter in die Akte, nun in die Laborwerte)* ... hat jetzt eine Quickerniedrigung ... Markumar bekommt er jetzt nicht ... könnte er jetzt auch eine Lebersynthesestörung ... *(setzt die Leberdiagnostik an, trägt die Anforderungen in den Zettel ein und stellt nochmals ein Blutabnehmerhörchen)*

Anschließend sucht sie den Patienten auf. Herr Spondel wird von ihr hinsichtlich seiner Beschwerden befragt, sowie abgehört und abgetastet. Dr. Kardel erklärt dem Patienten, dass noch einige Untersuchungen folgen werden, und dass man jetzt nicht wisse, wie lange er bleiben müsse.

Auf dem Gang bemerkt Frau Kardel, dass man hier eine „harte Nuss“ zu „knacken“ habe. Sie schaut nochmals in die Akte und liest laut vor. Dabei bemerkt sie, dass der Patient ja vor ein paar Jahren eine Wirbelkörperentzündung gehabt hat und dass unter dieser Voraussetzung die Leukozytenszintigrafie Sinn mache. Ihr Kollege, der zufällig vor dem Stationszimmer steht, wirft ein, dass eine Knochenszintigrafie möglicherweise ein besseres diagnostisches Mittel sei:

(draußen, auf dem Gang)

Frau Dr. Kardel: Tja, wird eine harte Nuss sein, dass zu knacken ...

(schaut in der Roten Liste einige Medikamente aus der vom Kollegen verschriebenen Medikation nach)

Frau Dr. Kardel: ... dass ist jetzt das Schmerzmittel [Name des Medikaments wird benannt]

Dr. Elwert: Das macht ja süchtig ...

Frau Dr. Kardel: Steht jetzt bei Bedarf ... aber deswegen kann ich es jetzt nicht so ohne weiteres Absetzen ...

(schaut vor dem Stationszimmer weiter in die Akte)

Frau Dr. Kardel: ... hatte jetzt eine Spondylodiscitis ... jetzt wieder in dem Bereich Schmerzen ... mache ich gleich ein CT ...

Dr. Elwert: ... ja dann auf jeden Fall ... wann hatte er die denn?

Frau Dr. Kardel (schaut in die Akte): 01 ... macht ja die Leukozytenszintigrafie doch Sinn, wenn er jetzt so Schmerzen an der Stelle hat ...

Dr. Elwert: Vielleicht noch besser eine Knochenszintigrafie ...

(weiteres Gespräch der beiden Ärzte über den Patienten)

Schrittweise eignet sich die Ärztin den Patienten an. Wie in medizinischer Arbeit üblich, wird ärztliches Behandeln und Entscheiden durch die Akte *vorstrukturiert* (vgl. Berg 1996). Üblicherweise wird dann im zweiten Schritt der Patient persönlich hinsichtlich seiner Beschwerden befragt und (mittlerweile nur noch) kurz untersucht. Anders als bei den Routinefällen, welche dann sofort in eine eindeutige diagnostische und therapeutische Bahn münden, indiziert der metaphorische Schluss der „harten Nuß“, dass der Patient nun zu den komplizierten Fällen gehört, bei denen laut Chefarzt „alle Ärzte der Station Bescheid wissen müssen“. Der Patient ist nun als komplexe Fallproblematik gerahmt und in diesem Sinne beteiligt sich nun auch der zweite Stationsarzt organisch und ohne explizite Aufforderung am ärztlichen Diskurs. Herr Spondel wird nun im Gegensatz zu den Routinefällen auf der Station zu einem Gesprächsthema. Unter dieser besonderen medizinischen Rahmung erscheint auch die extern veranlasste nuklearmedizinische Untersuchung unter einem anderen Licht, nämlich als ein durchaus sinnvoller Weg, um die Nuß zu knacken. Zudem erscheinen nun weitere Untersuchungen gerechtfertigt (»mache ich gleich ein CT«). *Homolog zum Fallgeschehen vor drei Jahren scheinen die Ärzte auch unter den neuen Rahmenbedingungen bereit zu sein hier wesentlichen Aufwand zu treiben. Das Medizinische scheint bei den komplizierten Fällen gegenüber den organisatorischen und ökonomischen Kriterien in den Hintergrund zu treten.*

Ärztliche Handlungsautonomie gegenüber der Verwaltung durch Modulation der Rahmen

Die Ärztin trägt auf dem ersten Blatt der Krankenakte die bereits bekannten Diagnosen sowie die diagnostischen Prozeduren ein. Als voraussichtliche Verweildauer wird vierzehn Tage angegeben:

(auf dem Leitzettel steht dann unter anderem):

Rö-Th im Liegen: großer Pleuralerguß

O-Sono -> Aerobilie, Splenomegalie

CT-LWS/Kreuzbein

Gelber Bogen:

Einweisungsdiagnose: R 63.4 Abnormale Gewichtsabnahme

Aufnahmediagnose: Einseitiger Pleuralerguss

Weitere Diagnosen:

Abnorme Gewichtsabnahme

Infektion v. u. U.

Terminale Niereninsuffizienz

Kongestive Herzinsuffizienz

Voraussichtlicher Verweildauer: 14 Tage

Die benannten Krankheitsbilder lassen auch dem Laien deutlich werden, dass es sich hier um einen so genannten multimorbiden Patienten handelt. Anders als vor drei Jahren findet sich nun in der Dokumentation eine Aussage über die geplante Verweildauer, sowie die DRG Kodierung der Aufnahmediagnose. An dieser Stelle fallen die Diskrepanzen zwischen der *Einweisungsdiagnose* »abnormale Gewichtsabnahme«, der *Aufnahmediagnose* »einseitiger Pleuralerguss« und der mit der nuklearmedizinische Untersuchung anvisierten *diagnostischen Abklärung* des Entzündungsgeschehens im unteren Rückenbereich auf. Jeder der drei Vorgänge drückt eine andere Gewichtung aus, die jeweils unterschiedliche inner- und außerorganisatorische Kontexturen bedienen. Die Diagnose »abnormale Gewichtsabnahme« stellt sozusagen die Eintrittskarte ins Krankenhaus dar, da bei dieser Symptomatik als Differenzialdiagnose sofort eine Krebserkrankung anklingt, deren Abklärung eine stationäre Aufnahme gebietet. Dem Pleuralerguss entspricht das offensichtliche Symptom, unter dem der Patient leidet. Die Abklärung des Verdachts einer Spondylodiszitis erscheint hier demgegenüber als verdeckter Auftrag, als möglicher Kern einer harten Nuss, der jedoch nur mit erheblichem Aufwand durchführbar ist und deswegen aus administrativ-ökonomischer Sicht besser nicht zu erwähnen ist, denn aus Sicht der Organisation des Akutkrankenhauses, welches von seinem offiziellen Auftrag her, wie auch seinen abrechnungstechnischen Möglichkeiten auf akute Erkrankungen spezialisiert ist, sind chronische Erkrankungsprozesse eigentlich nicht unbedingt weiter abzuklären. Das Wechselspiel der unterschiedlichen Diagnosen erscheint in diesem Sinne keineswegs zufällig, sondern als intelligente kommunikative Anpassungen an die jeweils unterschiedlichen, systemischen Kontexturen. *Homolog zum Fallprozedere vor drei Jahren gewinnen die Ärzte gegenüber den administrativen Vorgaben dadurch Autonomie, indem sie den Rahmen, indem ein Fall erscheint, modulieren können. Die Gründe, die auf dem Papier benannt werden, müssen nicht mit den handlungsleitenden Orientierungen der Ärzte übereinstimmen.*

Medizinische Orientierung vs. Reflexion der Kosten dieser Praxis

Am Mittagstisch berichtet eine Kollegin von einer anderen Abteilung, die mittlerweile mit dreihunderttausend Euro im Minus stände. Hierauf erwidert der Oberarzt, dass sie mit Herrn Spondel jetzt auch so einen Fall auf der Station hätten. Das Problem sei jetzt, dass die leichten Fälle, welche sich mittels einfacher Routinen behandeln lassen, von den ambulanten Praxis versorgt würden, während dann die kostenintensiven schwierigen Patienten auf der Station landen würden:

13:05 (beim Mittagstisch)

Dr. Heintz: Herr Müller, Chefarzt einer nephrologischen Abteilung hatte jetzt dreihunderttausend Euro minus gemacht ... die Klinik rentiert sich jetzt nicht ... die leichten Patienten würden dann in die ambulante Praxis und man hätte dann nur noch die schwierigen Patienten, die sehr viel kosten

Oberarzt Heimbach: Wir haben jetzt wieder so einen auf der Station ... die ambulanten Nephrologen wie auch die Kardiologen haben jetzt die Routinen, die wir nicht haben ...

An dieser Stelle wird deutlich, dass die Ärzte sich der mit den komplexen Fallproblematiken verbundenen ökonomischen Dilemmata bewusst sind. Die Reflexivität der Ärzte hinsichtlich der systemischen Kontexturen führt jedoch, wie im weiterem noch deutlicher werden wird, nicht dazu, dass nun auf das medizinisch notwendig Empfundene verzichtet wird. *Die ärztlich medizinischen Orientierungen haben auf der Handlungsebene Vorrang vor den Ergebnissen der ökonomischen Reflexion.*

Kürzere Liegezeit und teurere Verfahren?

Am frühen Nachmittag telefoniert die Stationsärztin mit der Röntgenabteilung, um einen Termin für eine Computertomografie zu vereinbaren. Aus der Röntgenabteilung kommt die Information, dass die Untersuchung frühestens in sechs Tagen stattfinden könne. Daraufhin bemerkt die Ärztin, ob man nicht besser eine Magnetresonanztomografie anordnen solle, da man diese Untersuchung jetzt wahrscheinlich schneller bekommen könne:

14:35 (Stationszimmer)

Dr. Kardel (telefoniert mit der Röntgenabteilung, anschließend zum Beobachter): Ist ja jetzt auch gut, haben wir jetzt Mittwoch und das CT dann Montag ... überlege ich, ob man eine MRT jetzt vielleicht schneller bekommt ...

Frau Dr. Kardel (hat sich dann die alten Akten von Herrn Spondel kommen lassen und hat die Arztbriefe kopiert)(zum Beobachter): ... jetzt die Arztbriefe kopieren ... muss man dann hier auch selber machen ...

Unter den neuen Bedingungen des DRG codierten Fallpauschalensystems erscheint ein Behandlungsprozess nun immer auch als ein Spiel *gegen* die Zeit. Während vor drei Jahren ein länger Krankenhausaufenthalt aus ökonomischen Gründen durchaus anzustreben war, unter der Vorraussetzung, dass man diesen den Kassen begründen konnte, gilt nun auch bei den komplexen Fallproblematiken das Primat, den Patienten möglichst schnell – in diesem Fall etwa innerhalb von zwei Wochen – wieder zu entlassen. Der Steuerungsparameter Liegezeit veranlasst die Ärztin hier zur Überlegung, ob man nicht auf die teurere MRT-Untersuchung zurückgreifen solle. Die hier formulierten Handlungsalternativen erscheinen für unsere Untersuchungsfragestellung bemerkenswert, denn wenn einerseits die Verwaltung im Sinne des ökonomischen *Controlling* der Parameter Liegezeit formuliert, andererseits jedoch die Kapazitäten der Routinediagnostik limitiert sind, bedeutet dies aus ärztlicher Sicht keineswegs, dass man nun auf entsprechende „Medizin“, hier die erforderliche Diagnostik verzichten kann.

Die einseitige Fixierung auf den Parameter Liegezeit wird dann unter Umständen dazu führen, dass Ärzte vermehrt auf kostenintensive High-Tech-Verfahren zurückgreifen werden, um innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen, entsprechend ihrem *state of the art*, Medizin betreiben zu können. Die Reduktion der Liegezeiten – dass zeigen mittlerweile auch die US-amerikanischen Verhältnisse⁷ – führen nicht,

7 Auch wenn die US-amerikanischen Krankenhäuser im Hinblick auf den Parameter Liegezeiten mit durchschnittlich 6 Tagen (im Jahr 1999) im OECD Vergleich den Spitzenplatz einnehmen, liegen die Behandlungskosten mit 1850 Dollar gut drei mal so hoch wie in Deutschland, dass bezüglich der Liegezeit im Jahr im unteren Mittelfeld lag. Während in den USA nach der Einführung der Fallpauschalen

wie sich auch hier andeutet (und bei den Chirurgen in diesem Kapitel noch deutlich zeigen wird), automatisch zu einer höheren ökonomischen Rationalität der Behandlungsprozesse. Während die alte internistische Kultur oft noch der Regel „*watch and wait*“ folgte, also davon ausging, dass unter sorgfältiger klinischer Beobachtung, sich manche Lösungen von selbst zeigen, wird die Zeit unter den neuen Rahmenbedingungen zur limitierenden Ressource. Unter dieser Perspektive stellen aufwendige, invasive und teilweise kostenintensive Prozeduren auch für die Internisten immer weniger die *ultima ratio* dar. *Die Rationierung der ärztlichen Arbeitskraft mündet gerade bei den komplizierten Fällen keineswegs automatisch in einen Pfad, in dem weniger Medizin betrieben wird.*

Darüber hinaus lässt sich an dieser Stelle im Hinblick auf die ökonomische Rationalität von Organisationen fragen, ob es sinnvoll sein kann, teure ärztliche Arbeitskraft für das Anfertigen von Fotokopien einzusetzen. Im Sinne einer systemtheoretischen Analyse greift jedoch auch diese Beschreibung zu kurz, denn sie unterstellt, dass Organisationen einer ökonomischen Gesamtrationalität folgen müssen. Innerorganisatorisch können sich die Verhältnisse jedoch anders darstellen, etwa in dem Sinne, dass die Entscheidung, bestimmte Hilfsaufgaben der Verwaltung zu übertragen, mikropolitisch weniger leicht durchsetzbar ist, als den diesbezüglichen schwarzen Peter den Ärzten damit den Akteuren zu überlassen, welche auf die Akten angewiesen sind. Deutlich wird hier jedoch, dass die Ärztin eine Diskrepanz zwischen ihren professionellen Aufgaben und den ihr von der Organisation zugemuteten Tätigkeiten verspürt.

und dem verstärkten Einsatz von *Managed Care* in den Jahren 1994-1996 die jährliche Steigerung der Gesundheitsausgaben mit 2% noch unterhalb der Zunahme des Bruttoinlandprodukt lag, liefen im folgenden die Ausgaben, insbesondere die ambulanten Krankenhauskosten, wieder aus dem Ruder. Hundhausen (2003) vermutet, dass dies zum einen darauf zurückzuführen ist, dass die Krankenhäuser nun gelernt haben, das Fallpauschalsystem auszubeuten. »Nicht mehr die Erfahrung des Arztes bestimmt die vorzunehmenden Schritte, sondern das Fallpauschalensystem. [...] Es wird [nun] alles untersucht, was bezahlt wird.« (Hundhausen 2003, 89). Zum anderen werden die Krankenhauskosten in den USA von nicht medizinischer Seite durch die Produkthaftpflicht Versicherungen stark belastet. Da hier wieder »harte Ausschlussklausen oder Prämiensteigerungen bei Fahrlässigkeit und ärztliche Fahrlässigkeit – dazu zählt auch die Nichtanwendung der „neuesten wissenschaftlichen Methoden und Medikamente“« formuliert sind, wird das »Krankenhaus« also »vorsorglich, auch bei ambulanter Behandlung, viele Untersuchungen am Patienten durchführen, die medizinisch eigentlich gar nicht zum Krankheitsbild passen, die aber zur juristischen Absicherung nützlich sein können. Das meint man wohl unter anderem damit, wenn man sagt, dass in den USA die Krankenbehandlung „sehr intensiv“ sei. (Hundhausen 2003, 89). Nichts zuletzt erzeugt das DRG System einen hohen Verwaltungsaufwand und bringt hiermit die Balance zwischen Medizin und Bürokratie noch weiter aus dem Gleichgewicht. So zeigen etwa Woolhandler, et al. (2003) auf, dass die Verwaltungskosten im US-amerikanischen Krankenhaus 1999 bei 24,3% liegen, während in Kanada die Verwaltungsausgaben im Schnitt nur bei 12,9% liegen (Für den ambulanten Bereich liegt das Verhältnis nach Woolhandler, et al. bei 12,3 zu 6,9%, ebenfalls zu Ungunsten der USA. Unter Einbeziehung der Verwaltungsarbeiten der Versicherungen und staatlichen Behörden kommen die Autoren gar auf einem Verwaltungsaufwand von 31%). Knapp ein Drittel der Gesundheitsausgaben würden hier also den Papiertiger nähren.

Lückenmanagement zu Lasten der Integration des Gesamtprozesses

Beim Mittagessen drückt die Ärztin nochmals ihr Erstaunen darüber aus, dass Dr. Meinhardt von außerhalb eine Leukozytenszintigrafie anordnen konnte und dass die diensthabende Ärztin den Patienten zuvor nicht einmal gesehen habe. Dr. Elwert bemerkt, dass man während eines Dienstes als Arzt nicht mehr die Zeit habe, sich mit solchen Dingen zu beschäftigen:

(13:00 Abschiedsessen, zu dem eine Krankenschwester die Mitarbeiter der Abteilung eingeladen hat)

Dr. Kardel: ... Reinhardt hat dann einfach angeordnet, dass die Szintigrafie gemacht wird ... und die Sabine (die Diensthabende Ärzte) hat den dann wohl nicht einmal angeguckt.

Dr. Elwert: ... ist immer wieder überraschend, wenn jetzt eine Kollegin von der Peripherie kommt ... die nach noch frisch ist und mit gutem Eifer ... wir schauen uns die Patienten dann nicht mehr an, es sei denn es ist ein Notfall ... sonst schaffen wir einfach unsere Arbeit nicht mehr ... ich würde das jetzt auch so machen, wie die Sabine [...]

Implizit steht hier zunächst die Klage der Ärztin gegenüber dem mangelnden Arbeitseinsatz ihrer Kollegin, welche am vorangehenden Abend Dienst gehabt habe. Bemerkenswert ist hier die Erwiderung von Dr. Elwert. Er argumentiert hier im Hinblick auf eine Zeitökonomie der Aufmerksamkeit. Nur die Notfälle verdienen es, dass man sich im Dienst mit ihnen beschäftigt. Ansonsten könne man seine Arbeit nicht schaffen. Darüber hinaus stellt er Dr. Kardel als eine in der Stationsarbeit „unerfahrene“ Kollegin dar. Sie erscheint nun als jemand, der die impliziten Regeln der Station noch nicht beherrsche. Bemerkenswert erscheint hier die Unterscheidung zwischen „Peripherie“ und Station. Erstere bezeichnet die medizinischen Funktionseinheiten der internistischen Abteilung, in denen in der Regel besonders qualifizierte Fachärzte spezielle diagnostische und therapeutische Prozeduren durchführen. Frau Dr. Kardel wird als internistische Fachärztin mit Zusatzqualifikation „Kardiologie“ überwiegend in der kardiologischen Funktionsdiagnostik eingesetzt, hat dann aber gelegentlich für ein paar Tage und manchmal für ein paar Wochen einen Kollegen auf der Station zu vertreten. In dem kurzen Diskurs leuchtet ein Spannungsverhältnis zwischen diesen beiden Bereichen der ärztlichen Tätigkeit auf, was sich dann etwas überpointiert folgendermaßen charakterisieren lässt: Während die Stationsärzte mit der überwältigenden Last der Patientenversorgung zu kämpfen haben, sitzen die Funktionsärzte in einer vermeintlich geschützteren Sphäre einer High-Tech-Medizin, in der die Arbeitsprozesse eleganter bewältigt werden können. Demgegenüber muss auf der Station (nun) improvisiert werden.

Auch wenn Frau Kardel hier noch zu fordern scheint, in der Stationsversorgung die formalen Ansprüche an eine gute Praxis und die Logik der Praxis in Einklang zu bringen, so wird sich in der Beobachtung zeigen, dass auch sie nach wenigen Wochen die Ansprüche an ihre Arbeit herunter schrauben muss. Sie entschuldigend feststellen, dass auch ihre „Kurvenführung“ nicht mehr so gut ist⁸ und dass Qualitätssicherung

⁸ Siehe zur Illustration an dieser Stelle erneut das Bekenntnis einer Ärztin an seinen Kollegen: Montag, 20.9.2004, 12:30 (auf dem Weg zur Mittagsbesprechung)

auch nur noch in der Theorie bestehe.⁹ Hier zeigt sich ein deutlicher Kontrast zum ersten Beobachtungszeitraum vor drei Jahren. In dieser hatten die Ärzte oft noch die Zeit gefunden, Patienten persönlich an ihre Kollegen zu übergeben.

Unter den sich verschärfenden Bedingungen rationierter ärztlicher Arbeitskraft sind nun Prioritäten zu setzen: An erster Stelle steht die Nothilfe bei Krankheitsverläufen, welche einer sofortigen medizinischen Intervention bedürfen. An zweiter Stelle stehen die so genannten Routinearbeiten. Hiermit sind dann alle die ärztlichen Tätigkeiten gemeint, die auch dann zu leisten sind, wenn kein brennendes medizinisches Problem im Vordergrund steht. Hierzu gehören insbesondere Verwaltungsarbeiten wie „Arztbriefe schreiben“, „Laborwerte kontrollieren“, „Befunde einheften“, „Diagnosen verschlüsseln“, etc.¹⁰ *Unter der fast immer geltenden Voraussetzung eines immer knappen Zeitbudget agieren die diensthabenden Ärzte nun nach einer Handlungsorientierung, die man etwa folgendermaßen benennen könnte. Patienten mit komplizierten Fallproblematiken, bei denen kein akutes Geschehen im Vordergrund steht, werden im Dienst nicht weiter beachtet. Die zeitaufwendige Einarbeitung in die Fallgeschichte lohnt hier nicht, da sich am nächsten Tag der zuständige Stationsarzt intensiver in den Fall einarbeiten wird.* Aus Sicht der jeweiligen Aktanten handelt es sich hierbei keineswegs um verantwortungsloses Handeln, sondern um eine angemessene Setzung der Prioritäten. Ein Blick auf das Papier von der Aufnahmestation, auf dem die Einweisungsdiagnose steht, zeigt an, dass bis morgen gewartet werden kann. Im Sinne einer hochgradig arbeitsteiligen Organisation kann und muss nun darauf vertraut werden, dass das Urteil, welches die Ärzte in der Aufnahmestation gesehen haben, genügend Substanz hat, und dass im Zweifelsfall die Pflegekräfte informieren, falls dann doch akuter ärztlicher Handlungsbedarf besteht. *Die mit den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen verbundenen Fragmentierungen können jedoch zu einer fehlenden Integration des Gesamtprozesses führen, was dann wiederum für die Organisation durchaus Folgekosten haben kann, wenn etwa – wie hier geschehen – die erfahrenen Krankenhausärzte aus Zeitgründen bei einer Entscheidung über teure Diagnostik außen vor bleiben.*

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

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

9 Siehe hierzu ebenfalls wiederholend folgende Beobachtungssequenz:

Montag, 30.8., 9:40 (Visite, vor dem Patientenzimmer)

Dr. Kranz: Bei Herrn Nahod ... da betreiben wir jetzt Schmalspurmedizin ... soll eigentlich immer nach der Pumpfunktion gefragt werden ... das hat jetzt bei ihm nie jemand gemacht ... kriege jetzt immer ein dumpfes Gefühl, wenn dann da steht „Pumpfunktion unbekannt“ [...] und in der Qualitätssicherung heißt es immer „Pumpfunktion ist wichtig“ ... wenn die jetzt niedrig ist, kann man mit einer medikamentösen Einstellung ne Menge erreichen ... und dann mit der PCTA, wenn die zu niedrig, kann es auch problematisch werden ... aber das ist jetzt der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ... auch wenn es dann in den Studien heißt, die Patienten würden davon profitieren ...

10 Manche Autoren gehen davon aus, dass ein Internist unter den Bedingungen des DRG-Systems mehr als 40% seiner regulären Arbeitszeit für Verwaltungstätigkeit aufwenden muss (vgl. Jachertz 2004; Linczak/Tempka et al. 2003).

Ärztlichkeit hat Vorrang vor Ökonomie (»müssen wir dann ernst nehmen«)

Nachmittags informiert Frau Kardel den Oberarzt über den Fall. Sie erwähnt, dass Dr. Reinhardt die Lungenszintigrafie veranlasst habe und dass der Patient wohl von einem anderen Krankenhaus schon aufgegeben worden sei. Der Oberarzt antwortet, dass man den Fall ernst nehmen sollte, und erwähnt dass der Patient der Abteilung schon einmal die »Statistik versaut« habe:

14:10 (der Oberarzt kommt auf die Station. Frau Kardel informiert ihn über Herrn Spondel)

Dr. Kardel: Herr Spondel... Dialysepatient ... jetzt eine Leukozytenszintigrafie ... Herr Reinhardt hat sie angesetzt ... Pleuralerguss ... jetzt von 2001 ... eine Spondylodiszitis gehabt ... war dann noch mal im [Krankenhaus X.] ... haben die den wohl aufgegeben ...

Oberarzt Heimbach: ... gut (*schaut in die vergangenen Arztbriefe hinein*) ... hat uns dann damals die Statistik versaut ... war vier Monate hier ... aber wenn er jetzt die Spondylodiszitis hatte ... müssen wir dann ernst nehmen ... dann den ernst nehmen ... dann den Pleuralerguss während der Sonografie punktieren ... (*schaut wieder in die Briefe*) ... ach war dann noch mal einen Monat da ... gut müssen wir jetzt erst mal gucken haben wir mit Frau Heintz heute besprochen [*am Mittagstisch*] ... die Nierendialysepatienten sind die komplexesten Fälle ...

Als „komplexe Fallproblematik“ gehört Herr Spondel zu den Patienten, welche gegenüber dem Oberarzt berichtenswert sind. Der kurze Bericht von Frau Kardel zeigt zunächst an, dass es sich hier um einen polymorbiden Patienten handelt. Zudem wird klar gestellt, dass die teure Leukozytenszintigrafie nicht von den Stationsärzten aus veranlasst wurde. Die diesbezügliche Verantwortlichkeit wird nach „außen“ attribuiert, ohne hier jedoch eine moralische Bewertung des Vorgangs vorzunehmen. Das Geschehen wird hier zunächst technisch administrativ gerahmt. Darüber hinaus stellt die Bemerkung, dass der Patient in einem anderen Krankenhaus wohl schon aufgegeben wurde, den Behandlungsprozess in einen *existenziellen* Rahmen, in dem die leitende Frage heißt, ob man dem Patienten noch eine Zukunftschance geben wolle und sich entsprechend für den Patienten engagieren werde. *De facto* ist diese Entscheidung mit seiner Aufnahme und den bisher veranlassten diagnostischen Prozeduren längst gefallen. In diesem Sinne schließt nun auch der Oberarzt an. Er bemerkt zwar zunächst, dass das Engagement für diesen Patienten schon einmal die (ökonomische) Bilanz der Abteilung verschlechtert habe, stellt sich aber dann ebenfalls auf die medizinische Seite des Dilemmas, indem er betont, dass man die aktuelle Symptomatik aufgrund der medizinischen Vorgeschichte des Patienten ernst nehmen *müsse*. Mit der Einschaltung des Oberarztes ist nun diesbezüglich im ärztlichen Team ein kohärenter Handlungsrahmen hergestellt. *Die ärztliche Orientierung bildet nun auch gegen ökonomische Gründe den primären Rahmen.*

Differenzialdiagnostische Abklärungen

Am folgenden Montag liegen einige Befunde vor, die Ergebnisse der Leukozytenszintigrafie, ebenso ein schriftlicher Bericht zum Röntgen des Pleuralergusses. Dr. Kardel fragt telefonisch bei der Röntgenabteilung an, ob man den Pleuralerguss von Herrn

Spondel während der noch anstehenden Computertomografieuntersuchung punktieren könne. Dem Beobachter erklärt sie, dass sie am Freitag selbst versucht habe, den Patienten während einer sonografischen Untersuchung zu punktieren. Dies sei ihr aber nicht gelungen:

Montag 16.8

10:05 (Dr. Kardel hatte am Sonntag Dienst, ihre offizielle Arbeitszeit beginnt an diesem Tag um 10:00)

Dr. Kardel (telefoniert): ... CT von Herrn Spondel... ein Pleuralerguss ... ob man den dann punktieren könnte, wenn man eine günstige Stelle ... habe ihn dann schon Freitag sonografiert ... dann aber keine günstige Stelle zum Punktieren gefunden ... sieht aber dann da im Ultraschall schon komisch aus ... ja immer mit einem Fuß im Kitchen ... gut ... soll ich da die paar Röhrchen mit geben ...

(ein wenig später)

10:20 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Kardel (zum Beobachter, in die Akte von Herrn Spondel schauend): Habe ihn dann noch Freitag sonografiert ... versucht ihn zu punktieren ... ging dann nicht ... deshalb jetzt noch ein zusätzliches CT angemeldet

Beobachter: Geht es jetzt darum, ob jetzt im Erguss die Infektion ...

Frau Dr. Kardel: Ja, könnte dann auch eine Infektionsquelle sein ...

Reflexivität gegenüber administrativen Artefakten («Textbausteinfehler«)

Daraufhin spricht die Ärztin ihren Kollegen hinsichtlich der in den Arztbriefen formulierten Medikation an. Sie bemerkt, dass sich bei einer Dosierung ein Fehler eingeschlichen habe, der sich in den verschiedenen Dokumenten wiederholen würde:

10:21 (vor dem Stationszimmer)

Frau Dr. Kardel (zu Dr. Elwert): ... sind jetzt auch die Dialysemedikamente immer mit aufgeführt? ... jetzt das Erythropoin ... bekommt er jetzt eine sehr hohe Dosis (nennt eine Zahl) ... jetzt bei dem Brief von Reinhardt muss es sich auch um einen Textbausteinfehler handeln ... denn der Fehler wird in dem Brief wiederholt ...

Ärztliche Arbeit beruht nicht unwesentlich auf der Patientenakte, also den Dokumenten, in denen die vergangen Befunde festgehalten sind. Hier ist die Krankengeschichte festgehalten, sind die Diagnosen und Therapien beschrieben, auf die man sich bisher geeinigt hat. Bemerkenswert in dieser Szene ist die *Reflexivität*, mit der die Ärztin das in der Akte verkörperte Wissen thematisiert. Die hier gelesenen Informationen werden nicht einfach als gegebene Fakten genommen, sondern in Abstimmung mit dem eigenen Wissen nochmals auf ihre Plausibilität hin beleuchtet. Sich in einen Fall wirklich hineinzuarbeiten heißt, auch eine Konsistenzprüfung der vorhandenen Daten leisten zu können. Eine höhere Technisierung der Prozesse verlangt auch ein höheres Reflexionspotential, um die hierdurch bedingten Störungen balancieren zu können.¹¹

¹¹ Insbesondere Wagner (1995) hat in seinen Untersuchungen darauf hingewiesen hat, dass die moderne Medizin genau in diesem Sinne reflexiv geworden ist, dass sie also unter den gegenwärtigen Verhältnissen nur noch dann gut arbeiten kann, wenn sie in ihren Entscheidungen mit einbezieht, welche Wirkun-

Mit dem Begriff »Textbausteinfehler« weist die Ärztin auf eine für die Medizin neue Klasse von Fehlern hin, die durch EDV vermittelte Abkürzungen in der Verwaltungstätigkeit verursacht werden.¹² Diese „bürokratischen“ Artefakte werden durch die aufwendigen DRG Codierungsprozeduren wohl noch zunehmen.¹³

Kurativer vs. palliativer Behandlungspfad

Während der Vormittagsvisite erwähnt der Patient, dass er Schwierigkeiten mit dem Luftholen habe. Die Ärztin hört seine Lungen ab und bietet dem Patienten abschließend noch ein Schmerzmittel an. Auf dem Gang erzählt sie dem Beobachter, dass sie am Freitag mit dem Oberarzt über die Frage gesprochen habe, wie viel Diagnostik man in diesem Falle betreiben solle. Da der Patient ja schon ein Colonkarzinom gehabt habe, könne man jetzt auch in dieser Richtung weitersuchen. Allerdings sei es von ärztlicher Seite fraglich, ob es angemessen sei, etwa noch eine Darmspiegelung durchzuführen, da der Patient nicht mehr »so gut beieinander« sei:

Montag 16.8.

10.40 (im Patientenzimmer)

Frau Dr. Kardel: Herr Spondel, wie geht es Ihnen?

Herr Spondel: Jetzt mit dem Luftholen ...

Frau Dr. Kardel: ... muss ich noch mal abhören ... jetzt heute eine CT Untersuchung ... da werden wir versuchen Sie zu punktieren, was ja Freitag nicht geklappt hat ... (*hört den Patienten ab*) ... da ist jetzt die Flüssigkeit ... da hört man nichts

Frau Dr. Kardel: Vielleicht können wir etwas gegen die Schmerzen geben ...

(vor dem Patientenzimmer)

Frau Dr. Kardel (zum Beobachter): Habe dann auch am Freitag mit Herrn Heimbach über ihn gesprochen, wie weit man diagnostisch mit ihm geht ... er hatte ja auch ein Colonkarzinom ... ob man da noch eine Choloskopie ... oder dann eine Bauch CT ... weiß man jetzt bei ihm jetzt nicht so ganz, ob man das soll ... er ist ja auch nicht so gut beieinander ...

Die Ärzte sehen sich hier einem älteren Mann gegenüber, dem man nicht mehr unbedingt die komplette diagnostische Mühle zumuten will. Auch hier wird Medizin reflexiv. Die diagnostischen (und therapeutischen) Prozeduren erscheinen nicht mehr

gen, Störungen, Fehldiagnosen, Artefakte sie selber produziert hat. Zu diesbezüglichen Untersuchungen im High-Tech-Arbeitsfeld Operationssaal siehe Schubert (2005).

- 12 Die Ärztin reflektiert hier im Sinne von Luhmann auf der Ebene einer Beobachtung zweiter Ordnung, auch die Entstehungsbedingungen von Fehlern, d.h. die Art und Weise, *wie* ein Fehler entstehen kann.
- 13 Die hier angesprochenen Probleme stellen hohe Anforderungen an die ärztliche Kompetenz. Der Arzt kann und darf sich nicht einfach auf Technik, wie auch bürokratische Routinen verlassen, sondern muss die Produktionsbedingungen dieser Artefakte selbst mit bedenken. Um in die Lage zu kommen, entsprechende reflexive Expertise leisten zu können, braucht man Zeit zum lernen. In diesem Sinne lässt sich dann auch die folgende Bemerkung des chirurgischen Chefarztes zu einem fehlerhaften Befund verstehen:

(Frühbesprechung auf der chirurgischen Abteilung im Jahr 2004):

Chefarzt (zu seinen Mitarbeitern): ... beim MRT ... war letztens eine Falschinterpretation ... ist dann auch nicht immer richtig ... ist dann eine neue Technologie, müssen die sich erst noch rein arbeiten ...

als bedingungslos gut, sondern sind ihrerseits mit Nebenfolgen behaftet, die dem anvertrauten Patienten unter Umständen mehr belasten als nutzen. In diesem Sinne erscheinen nun zwei alternative medizinische Behandlungspfade innerhalb der weiterhin im Vordergrund stehenden medizinischen Rahmung: Einerseits ließe sich im Sinne der kurativen Medizin alles Denkbare abklären. Andererseits kann auf einen palliativen Behandlungspfad eingeschwenkt werden, um die Symptome noch ein wenig zu lindern. In beiden Varianten bleibt jedoch die ärztliche Identität bestehen: Man agiert zum Wohle des Patienten und in diesem Sinne lässt sich auch das Angebot der Ärztin verstehen, dass man dem Patienten gerne noch etwas für die Schmerzen geben möchte.

»Kompliziert denken, aber nicht kompliziert machen« als neues internistisches Paradigma?

Während der Chefvisite am folgenden Tag stellt die Ärztin Herrn Spondel als einen „interessanten Fall“ vor. Der Chefarzt fragt, ob der Patient bereits bekannt sei. Die Ärztin erwähnt, dass der Mann schon auf mehreren Stationen im Hause gelegen habe und erzählt, was bisher diagnostisch gelaufen sei. Der Chefarzt erwidert, dass man jetzt auf das Befinden des Patienten schauen solle. Die Ärztin antwortet, dass er Schmerzen im Lendenwirbelbereich habe. Der Chefarzt äußert, dass man Computertomografie-Bilder anschauen solle und dass es sich jetzt auch um eine Infektionskrankheit handeln könne. Aus diesem Grunde solle man jetzt einen Tuberkulostest durchführen. Man solle die Sache jetzt nicht unbedingt »kompliziert machen, aber kompliziert denken«:

Dienstag, 17.8.

Chefarztvisite

Frau Dr. Kardel: ... jetzt ein interessanter Fall ... Herr Spondel... dicke Akte ... Dialysepatient ...

Chefarzt: ... kennen wir den schon?

Frau Dr. Kardel: ... zwischen der [Station] 33 und 34 gewechselt ... Pleuralerguß ... versucht zu punktieren ... jetzt ein CT ... auch dort versucht zu punktieren ... sagen die, geht jetzt nicht ... keine Flüssigkeit ... könnte jetzt auch eine Raumforderung sein ... vor drei Jahren eine Spondylodiszitis ... aber in der Leukocytenszintigrafie ist jetzt nichts zu sehen

Chefarzt: Jetzt die Klinik sehen ...

Frau Dr. Kardel: Hat Schmerzen im Lendenwirbelbereich ...

Chefarzt: Sollte man jetzt das CT angucken ... vielleicht eine Schwarte ... die CRP Erhöhung kann jetzt auch unspezifisch sein könnte jetzt auch eine Infektion ... Tuberkulose sein ... sollten wir testen ...

Frau Dr. Kardel: Das Stempelteil ...

Chefarzt: ... eine Tuberkulinprobe ... und nur wenn es jetzt sehr schnell positiv ist

Chefarzt: ... man muss jetzt nicht immer kompliziert machen, aber kompliziert denken ... insbesondere bei den Infektionskrankheiten ... die kommen wieder ...

Die Ärztin rahmt den Patienten in der Chefarztvisite als einen intellektuell herausfordernden Fall. Die dicke Patientenakte, sowie die Vielzahl der hier angekündigten

differenzialdiagnostischen Überlegungen weisen ebenfalls in die Richtung, dass hier eine „Nuss zu knacken“ ist. Wie sich schon im Beobachtungsraum 2001 gezeigt, hat verspricht die Beschäftigung mit den komplexen Fallproblematiken Erkenntnisgewinn, birgt sozusagen für die Ärzte einen Wert an sich.

Gegenüber den Fakten, welche durch die diagnostischen Verfahren produziert werden, verweist der Chefarzt nun jedoch zunächst auf die so genannte „Klinik“. Hiermit sind die symptombezogenen Befindlichkeitsäußerungen des Patienten gemeint. In internistischen Fallbesprechungen kann die Polarisierung zwischen „klinischer Symptomatik“ und „medizinisch-diagnostischer Symptomatik“ oft beobachtet werden. Insbesondere bei chronischen Krankheitsverläufen, zu denen oftmals eine Vielzahl unterschiedlicher diagnostischer Befunde vorliegt, lässt sich auf diesem Wege manchmal schnell eine Entscheidung treffen. Die Inferenz wird dann entsprechend lauten: „Wenn es dem Patienten trotz ungünstiger Werte und Befunde gut geht, dann besteht kein Grund sich in übermäßigem Aktionismus zu überschlagen.“⁴ Unter einer funktionalen Perspektive dient die Anrufung der „Klinik“ dazu, übermäßige Komplexität zu bewältigen. Man braucht nun nicht mehr auf die teils widersprüchlichen medizinischen Artefakte zu rekurrieren, sondern beruft sich auf Befindlichkeiten. Da die Erhebung von klinischen Symptomen, wie z. B. Schmerzen, ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Tradition des Internisten darstellt, bleibt man – anders als im diesbezüglich funktional äquivalenten Rekurs auf den Patientenwillen (vgl. Vogd 2004b, 378ff.) – hier innerhalb einer medizinischen Rahmung, auch wenn hierzu Daten aus dem subjektiven Patientenerleben einbezogen werden.

Die Stationsärztin schließt kommunikativ an die Suggestion des Chefarztes an und nennt entsprechende Symptome mit klinischer Relevanz (»Schmerzen im Lendenwirbelbereich«). Daraufhin benennt der Chefarzt eine Reihe weiterer, bisher noch nicht verfolgter Differenzialdiagnosen. Im Sinne alter internistischer Tradition werden hier *brain storm*-förmig andere Hypothesen ins Spiel gebracht (»Schwarte«, »Infektionskrankheiten«), die dann im Zweifelsfalle weiter verfolgt werden können.

Beachtenswert im Zusammenhang unserer Fragestellung erscheint insbesondere die abschließende Bemerkung des Chefarztes (»jetzt nicht immer kompliziert machen, aber kompliziert denken«). Hier drückt sich ein Kernelement internistischer Philosophie aus: Entscheidend ist weniger der Aktionismus, sondern die hohe Reflexivität der geleisteten Arbeit. Ein guter Arzt hat die Potentialitäten wie auch die Kontingenzen mit im Blick. Welche Konsequenzen hieraus zu ziehen sind, ist jedoch eine andere Sache, bzw. erst im Hinblick auf die jeweiligen Bedingungen des vorliegenden Einzelfalls zu spezifizieren. In diesem Sinne versucht der Chefarzt hier die „Ganzheitlichkeit“ der internistischen Haltung zur Geltung zu bringen. Ein guter Arzt sollte die ganze Medizin im Blick haben und im Zweifelsfall auch jenseits der in der bisherigen Krankheitsgeschichte ausgetretenen Pfade denken, beispielsweise an eine seltene Infektionskrankheit. In diesem Sinne wäre der Rekurs auf die Klinik nochmals anders zu verstehen. Hier zeigen sich dann hinsichtlich der chefarztlichen Orientierung einerseits Parallelen zum ersten Beobachtungszeitraum, wo dann selbst im Falle Spondel homologe Sequenzen erscheinen, in denen der Chefarzt versucht, die durch die Stationsärzte aufgespannte Überkomplexität zu reduzieren. Zugleich verweist die Argumentation des Chefarztes

andererseits auf einen potentiellen Lösungsweg hinsichtlich des ökonomisch-organisatorischen Dilemmas in der Behandlung komplexer Fallproblematiken. Die Kunst bestände dann darin, die Komplexität im ärztlichen Denken weiter im Bilde zu behalten, dann aber in der Praxis konsequenter auf Abkürzungsstrategien zurückzugreifen. *Mit Blick auf Aussagen, die während der Chefvisiten im Jahre 2001 getroffen wurden,¹⁴ finden wir hier eine tendenzielle Verschiebung der Handlungsorientierung. Der neue internistische Arzt würde also weiterhin kompliziert denken, aber nicht mehr immer wie früher auch die Dinge in ihrer vollen Komplexität abklären können.*

Der Maximalmedizin auf die Sprünge helfen

Nachmittags telefoniert die Stationsärztin mit Dr. Reinhardt, dem Arzt, welcher den Patienten eingewiesen hat. Sie schildert ihm die aktuellen differenzialdiagnostischen Überlegungen sowie die geplanten weiteren diagnostischen Prozeduren. Zudem sprechen die Ärzte darüber, wie viel man dem Patienten im Hinblick auf die weitere Tumorsuche zumuten könne:

13.20 auf der Station

Frau Dr. Kardel (telefoniert mit Herrn Dr. Reinhardt): ... rufe an wegen Herrn Spondel... hat keinen ausgedehnten Erguss ... ist dermaßen gekammert und organisiert, dass es sich mehr als ein tumoröses Geschehen darstellt ... jedenfalls was die Flüssigkeit darstellt, bringt das jetzt gar nichts ... ne, dass hat es jetzt auch nicht gebracht ... soviel Leukozyten hat er doch gar nicht gehabt ... die muss man ja jetzt anreichern und ihm zurückgeben ... jedenfalls kein klassischer Herdbefund, der die Entzündung erklärt ... er hat eine Transaminasenerhöhung ... aber sonografisch sieht man nichts ... hatte ja jetzt das Rektumkarzinom gehabt ... wenn er jetzt nicht in einem so schlechten Zustand wäre ... dass man dann jetzt überlegt, ob man jetzt was abdominal erklärt ... hat jetzt auch kein Fieber ... im Mittelstrahlurin noch E-Coli ... und Streptokokken der Gruppe D ... gut ist jetzt in einem solchen Zustand, dass man ihm die Choloskopie nicht auch noch zumuten möchte ... jetzt die Frage, ob man ihm einen so großen Gefallen tut, ihn auf den Kopf zu stellen ... tapen wir auch ein wenig im Dunkeln ... müssen wir sehen, ob wir ihn nicht auch vom Sozialdienst ein wenig unterstützen können ... dann bekommt er Erythropoitin ... ist er abhängig ... aber so anämisch ist er jetzt gar nicht ... also im Zweifelsfall müssen wir bei ihm noch das Knochenmark punktieren ... ob er da nicht auch noch was hat ... er hat ja auch einen erniedrigten Quick ... (auflegen)

14 An dieser Stelle sei zur Illustration auf die zwei folgenden Beobachtungsbeispiele verwiesen. In der ersten wird noch die umfangreiche »Abarbeitung« der unterschiedlichen Organsysteme eingefordert. In der zweiten klingt schon eine ökonomischere Rationalität an, nämlich einen Teil der Prozesse an den ambulanten Bereich auszulagern. Wie dem auch sei, wie im Jahr 2004 hat der gute Internist prinzipiell an alles zu denken:

Dienstag, 3.4.2001, 11:10 (Chefvisite)

[...] Chefarzt: Jetzt lege ich Wert drauf, dass es so umfassend, wie möglich gemacht wird ... jetzt die Gefäßkrankheit noch abklären ... dann die Schilddrüse ... und wenn wir das jetzt hier nicht schaffen, dann in den Brief schreiben, dass der Hausarzt das abarbeiten kann [...]

Dienstag, 10.4.2001, 10:30 Chefvisite

[...] Chefarzt (zum Stationsarzt): ... immer in den Arztbrief reinschreiben, was noch gemacht werden sollte immer das Ganze mitdenken und dann kann der Hausarzt das dann abarbeiten so arbeiten wir jetzt, dass es zumindest prinzipiell alles bedacht wird. [...]

Die ärztliche Kommunikation greift hier hinsichtlich der Reflexion des aktuellen Behandlungsgeschehens über die Organisationsgrenzen des Krankenhauses hinaus. Dies ist eher untypisch, würde normalerweise erst im Hinblick auf die ambulanten Anschlüsse an eine Behandlung geschehen. In diesem Falle wird jedoch der einweisende Arzt als wichtiger Vertreter des *Behandlungsnetzwerkes* in den internen differenzialdiagnostischen Diskurs involviert. Hierdurch deutet sich weiterhin eine hohe Ernsthaftigkeit in der Auseinandersetzung über den Patienten an. Möglicherweise besteht hier auch zusätzlicher Reflexionsbedarf hinsichtlich der Entscheidung, wie viel an invasiver Diagnostik man dem Patienten zumuten könne.

Im Anschluss an das Telefonat erzählt Dr. Kardel dem Beobachter, dass sie bei Herrn Spondel jetzt zusätzlich noch nach Tumormarkern suchen werde. Eigentlich solle man dies in solchen Fällen nicht tun. Wenn aber in diesem Fall ein positives Ergebnis herauskommen würde, hätte sie ein weiteres Argument in der Hand, doch noch eine ausführlichere Darmuntersuchung durchführen zu können:

Frau Dr. Kardel (zum Beobachter): Bei ihm mache ich jetzt, was man eigentlich nicht machen sollte ... ein paar Tumormarker ... er hatte ja jetzt mal was ... und wenn die jetzt massiv erhöht sind, dann hätte man noch mal ein Argument, noch mal im Darm zu schauen ...

(Die Ärztin geht aus dem Stationszimmer und sagt dabei): so jetzt hätten wir den auch Tumormarker sind biochemische Sonden, die auf bestimmte Erkennungsmerkmale von Tumoren reagieren. Das Problem dieser diagnostischen Methode liegt darin, dass die Ergebnisse durch eine hohe falsch-positiv Rate belastet ist, denn nicht selten verweisen die Marker auch bei gesundem Gewebe auf ein Krebsgeschehen. Wenn nun gar gleichzeitig mehrere Marker eingesetzt werden, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass auch bei einem Gesunden ein Tumor angezeigt wird. Der Einsatz von Tumormarkern erscheint hier deshalb auch als Akt, um der kurativmedizinischen Logik gegebenenfalls performativ die Bahn brechen zu können, denn ein positives Ergebnis ist insofern instruktiv, als dass man nun nicht daran vorbeikommt, den Befund ernst zu nehmen, sich also weitergehend auf die Tumorsuche begeben muss. Es geht hier also auch darum, ein Argument in der Hand zu haben, weiterhin in der vertrauten Form Medizin zu betreiben. Auf der einen Seite mag man zwar die psychosoziale Situation des Patienten reflektieren und wissen, dass es sich um einen alten Mann handelt, bei dem bestimmte Diagnosen keine therapeutische Konsequenz mehr haben. Trotzdem tritt hier implizit das biomedizinische Paradigma einer Maximalmedizin in den Vordergrund, das kompromisslos alles abzuklären fordert. In seiner Totalität mag diese Orientierung zwar sowohl dem ökonomisch-administrativen Primaten nach effizienten Mitteleinsatz widersprechen (und auch aus Patientenperspektive mögen Zweifel laut werden), dennoch scheint gerade bei den komplexen Fallproblematiken der »medizinische Blick« (Foucault 1988) gleichsam zu sich selbst kommen zu können.¹⁵

¹⁵ Um es hier mit Luhmann (1983) zu formulieren: Ärzte orientieren sich am Wissen, nicht an Unsicherheit oder am Nichtwissen. Innerhalb der medizinischen Logik ist nur das positive, als Faktum produzierte (diagnostische) Ergebnis anschlussfähig. Und entsprechend gilt dann auch hier zunächst, Diagnosen zu sichern, um am Ende ein Ergebnis vorweisen zu können, dass gegebenenfalls den sicheren Schluss gestattet, dass die Befunde keine therapeutischen Konsequenzen mehr mit sich bringen.

Weitere diagnostische Abklärung

Nachmittags telefoniert die Stationsärztin mit der kardiologischen Funktionsabteilung und informiert die Ärzte hinsichtlich einiger Patienten, unter anderem Herrn Spondel, bei dem sich möglicherweise Keime in den Herzklappen festgesetzt haben könnten:

Frau Dr. Kardel (telefoniert mit Dr. Müller): Langzeit EKG von Frau Martin ... hat eine Pause von vier Sekunden ... dann hast du ja die Frau Müller kardiografiert ... sagt der Chef ... Mitralklappe ... zu alt ... muss man die Patienten hinterher immer wieder beruhigen ... er erzählt dann immer, um Sabine [der Famulantin] irgendetwas von Tumoren zu erklären ... dann Herr Spondel noch ein Echo ... Streptokokken Gruppe D ... ne, ne, ne der Herr Spondel ist mir lieber ... der soll dann in einer viertel Stunde unten sein ... (*auflegen*)

Beobachter: jetzt das Ultraschall ...

Frau Dr. Kardel: der ist abwehrgeschwächt ... und Streptokokken der Gruppe D setzen sich besonders gerne in den Mitralklappen fest ...

Während der Visite am folgenden Tag erklärt die Ärztin dem Patienten, dass am Freitag die computergestützte Punktion des Pleuralergusses stattfinden werde. Zudem könne es sich bei dem Krankheitsbild möglicherweise auch um eine Tuberkulose handeln:

Donnerstag, 19.8.

11:05 Visite

Herr Spondel: ... morgen computergestützte Punktion der Pleura ... dann eine Probe nehmen ... ob da Eiter ... ob da eine Infektion ... könnte jetzt auch Tuberkulose ... jetzt von den Leberwerten spricht es jetzt auch für eine Leberzirrhose ... das müsste dann auch die Dialysepraxis wissen ... haben dann für die Hepatitisfälle ein Extragerät ... [...]

Am Nachmittag schaut die Ärztin im Computer die aktuellen Laborwerte von Herrn Spondel an. Dabei stellt sie fest, dass ein Fehler beim Ausstellen der Laboranforderung unterlaufen ist:

15:10 (auf der Station)

Frau Dr. Kardel (schaut in den Laborcomputer): ... Hb acht Kommo sechs dann keine Gerinnung abgenommen ... ein Fehler beim Ausstellen der Scheine

15:15 (auf der Station)

Frau Dr. Kardel (Röntgenarzt ruft an): Herr Spondel noch heute zum Röntgen ... war den ganzen Tag bei der Dialyse ... ist jetzt wieder hier ... gut, morgen kriegt er jetzt die Punktion ... besser jetzt noch.

Diese Beobachtungssequenz weist auf weitere Fehler hin, die durch die Technisierung der bürokratischen Routinen entstehen können. Anforderungsscheine für die Labor Diagnostik sind nun computerlesbar konzipiert, was allerdings voraussetzt, dass die Striche mit Bleistift und exakt ausgerichtet auf den Bogen gezeichnet werden. Leichte Graphitspuren an der falschen Stelle können schon eine andere Prozedur veranlassen.¹⁶

¹⁶ Zur Illustration die folgende Beobachtungssequenz:

9:55 (auf der Station)

Dr. Kardel (telefoniert mit dem Labor): ... Frau Sperling ... [Name eines Medikamentes] ... gestern den Babituratspiegel bestimmt, obwohl wir das gar nicht angekreuzt haben ...

Dr. Kardel (zum Pfleger): ... müssen wir also sorgfältiger mit den Strichen ... jetzt auch mit dem Radieren ... wenn noch ein wenig Graphitreste ... der Leseapparat ist dann sehr sensitiv eingestellt ... (*ein wenig später*)

Die Automatisierung rationiert zwar die Arbeitsabläufe, fordert aber wiederum auf der Seite der medizinischen Mitarbeiter eine hohe Reflexivität im Bezug auf die angewendete Technik, um Fehler vermeiden bzw. wieder ausbügeln zu können.

Während der Visite am folgenden Tag erklärt die Ärztin dem Patienten, dass heute die CT-Untersuchung stattfinden werde, bei der man eine Probe von ihm nehmen werde, die dann Aufschluss über die Entzündung geben könne. Darüber hinaus schaut sich Dr. Kardel die Hautstelle an, an der Tuberkulosestempel aufgedrückt wurde. Es zeigen sich keine Hinweise auf Tuberkuloseerreger:

Freitag, 20.8.

10:10 (Visite)

Frau Dr. Kardel: Heute Mittag bringen wir Sie zur Röhre ... werden wir Sie pieken ... hoffen uns jetzt Aufschlüsse darüber, warum Sie die Entzündung haben ... Sie sind ja jetzt nicht so gut beieinander ... schauen wir noch auf den Test ... gut, ist ja nichts ... (*schaut den Tuberkulinstempel auf dem Rücken des Patienten an*)

(draußen)

Frau Dr. Kardel: Sieht man jetzt nichts in dem Test ...

Freitag Mittag wird auf der Röntgenbesprechung ein Bild von dem Teil der Wirbelsäule vorgestellt, an dem früher die Wirbelkörperentzündung lokalisiert war. Der Röntgenarzt berichtet von einem verschmälerten Gelenkspalt und sklerotisierten Wirbelkörpern. Während der Morgens Visite am folgenden Montag, berichtet die Ärztin, dass sie auf die Ergebnisse der Punktion warte.

Tumordiagnose und umschwenken auf ein palliatives Behandlungsregime

Am Donnerstag liegen schließlich erste Ergebnisse von der Punktion des Pleuraergusses vor. Der pathologische Befund beschreibt einen tumorösen Prozess unklarer Genese, der jedoch eindeutig nicht das Bild einer Colonkarzinometastase zeige. Es wird erwähnt, dass zusätzliche Gewebefärbungen mit bestimmten Markern erfolgen würden. Zudem wird gefragt, ob der Patient mit Asbestfasern in Berührung gekommen sei. Die Stationsärztin liest am späten Vormittag den Befund und erklärt dem Beobachter, dass man den Verdacht habe, dass es sich um einen Tumor handle, der durch Asbest verursacht sein könne:

Donnerstag 26.8.

11:50 (vor dem Stationszimmer)

Frau Dr. Kardel (schaut in das Befundfach und findet Befund von Herrn Spondel): ... war jetzt vor einer Woche [...]

Frau Dr. Kardel: Jetzt denken sie noch „Verdacht auf Mesenchymom“ ...

Beobachter: Warum?

Frau Kardel: Wegen dem Asbest ...

Dr. Kardel (zum Pfleger und zum ärztlichen Kollegen): ... dann jetzt mit den Laborzetteln ... kostspielige Untersuchungen ... können die dann nicht mehr zurücknehmen ... reicht dann aus, wenn da ein Grafit-splitter, auch wenn radiert ist ... das Lesegerät ist sehr sensitiv eingestellt ...

Während der Visite, die am Nachmittag stattfindet, fragt die Ärztin den Patienten, wie es ihm gehe und ob er beruflich mit Asbest in Berührung gekommen sei. Darüber hinaus erwähnt sie, dass man jetzt noch auf weitere Ergebnisse der Untersuchung warten würde:

Frau Dr. Kardel: Herr Spondel, wie geht's Ihnen?

Herr Spondel: Ja, geht ganz gut.

Frau Dr. Kardel: ... habe jetzt eine Frage, was haben Sie früher beruflich gemacht ...

Herr Spondel: Kriminalpolizei

Frau Dr. Kardel: ... sind Sie früher einmal mit Asbest in Berührung gekommen? ...

(weiteres Gespräch)

Frau Dr. Kardel: ... jetzt warten wir noch auf die anderen Ergebnisse der Untersuchung ... tasten uns hier ran und bleiben auf jeden Fall am Ball

Herr Spondel: ... mir geht es auch schon besser

Frau Dr. Kardel: ... das hört sich ja schon ganz gut an ...

(draußen)

Frau Dr. Kardel: Herr Spondel, da ist jetzt auch nichts weiter ...

Nachmittags kommt der Oberarzt auf die Station. Dr. Kardel spricht ihn auf den Fall Spondel an. Der Vorgesetzte erwähnt, dass er gerade den Befund des Patienten gesehen habe und dass es sich um ein gesichertes Mesenchymom handle. Diese Diagnose habe jetzt allerdings keine therapeutischen Konsequenzen mehr. Vielmehr wäre jetzt eine adäquate Schmerzbehandlung angesagt. Die Stationsärztin bemerkt darauf hin, dass man den Patienten nun Anfang nächster Woche entlassen könne:

Frau Dr. Kardel: Ach Herr Spondel, den kennst Du ja auch

Oberarzt Heimbach: Mesenchymom ... habe ich gerade gesehen ... kannst Du dann aber noch nicht kennen ...

Oberarzt : Warte mal ... ich rufe grad mal an ... (kommt nach kurzer Zeit wieder) ... habe ich recht gehabt ... bloß, dass hat jetzt keine Konsequenzen ... adäquat behandeln ... Schmerztherapie ...

Frau Dr. Kardel: Kann ich den Anfang der Woche entlassen ...

Mit der endgültigen Diagnose findet der Behandlungsprozess seinen Abschluss. Medizin fungiert hier immer auch als Produktion von Erklärungen. Erst wenn die Ungewissheiten geklärt sind, lässt sich der Patient im Sinne der vordergründigen medizinischen Handlungsorientierung aus der Obhut der Ärzte entlassen. Erst nun sind sie in der Lage, die ihren eigenen Kriterien genügende, begründete Entscheidung zu treffen, auf ein palliativmedizinisches Behandlungsregime zu wechseln und dem Patienten mit gezielter Schmerzbehandlung das Weiterleben so erträglich wie möglich zu machen.

Arzt-Patient-Beziehung vs. organisatorisch-medizinale Rationalitäten

In der Morgenvisite am folgenden Tage fragt die Ärztin den Patienten zunächst nach seinem Befinden. Herr Spondel schildert, dass er ein Flimmern in den Augen habe. Die Ärztin schlägt vor, einen Augenarzt aufzusuchen. Darüber hinaus erwähnt sie, dass man nun »böartige« Zellen habe nachweisen können, doch dass man ihm in seinem

Zustand eine Operation nicht mehr »zumuten« könne. Sie erklärt, dass man jetzt aber wisse, wo die Beschwerden her kommen würden. Anschließend fragt sie den Patienten, wie er denn zu Hause versorgt werde. Herr Spondel antwortet, dass sich seine Freundin um ihn kümmere. Die Ärztin erkundigt sich beim Patienten drauf hin, wann er denn entlassen werden möchte, und erwähnt, dass man sich diesbezüglich »ein wenig nach ihm richten möchte«. Der Patient schlägt vor, nach dem Wochenende das Krankenhaus zu verlassen. Darüber hinaus schildert er seine Probleme beim Luft holen. Die Ärztin antwortet, dass die Beschwerden wohl vom Pleuralerguss kommen und dass man unter Umständen jetzt auch Sauerstoff geben könne. Hierzu müssten dann aber vorher einige Tests durchgeführt werden. Abschließend fragt sie den Patienten, ob er noch Fragen habe und erwähnt, dass vor der Entlassung noch eine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden solle:

Freitag 27.8.

10:30 Visite

Frau Dr. Kardel: Wie geht es Ihnen denn?

Herr Spondel: Ja, Flimmern in den Augen ...

Frau Dr. Kardel: ... ist das schon länger so ...

Herr Spondel: ... ja ...

Frau Dr. Kardel: ... jetzt vielleicht noch einmal zum Augenarzt ...

Frau Dr. Kardel: ... jetzt haben wir sie ja durch die Mühlen gedreht ... haben dann die Stanze ... und haben jetzt Zellen nachweisen können, die bösartig sind ... dann gestern gefragt, ob sie in ihrer Arbeit mit Asbest in Berührung gekommen sind ... haben Sie gesagt „Kriminalpolizei“ ... also nicht jetzt die Frage, was machen wir damit ... in ihrem schlechten Allgemeinzustand können wir Ihnen eine Operation nicht zumuten ... wir wissen jetzt nun aber, wo ihre Beschwerden her kommen ich denke, wir können sie dann wieder entlassen wie werden Sie denn versorgt ...

Herr Spondel: ... jetzt meine Freundin zuhause kümmert sich um mich ...

Frau Dr. Kardel: Wann wir sie nach Hause lassen, können Sie jetzt entscheiden ... wir richten uns ein wenig nach Ihnen ...

Herr Spondel: ... jetzt nach dem Wochenende ...

Frau Dr. Kardel: Gut, fassen wir dann Montag ins Auge ...

Herr Spondel: ... habe jetzt ein bisschen Probleme mit der Luft ...

Frau Dr. Kardel: Das kann jetzt auch von dem Erguss her kommen ... vielleicht jetzt auch Sauerstoff, den man ihnen geben kann ... ist jetzt die Möglichkeit eine Flasche ... müssen wir aber dann, um das zu beantragen eine Reihe von Tests machen ...

ich habe Ihnen jetzt eine Menge erzählt ... wenn sie jetzt Fragen haben ...

Herr Spondel: ja, jetzt erst mal nicht ...

Frau Dr. Kardel: durch die Dialyse hier sind Sie ja jetzt sehr nahe an das Krankenhaus gebunden ... können Sie ja dann, wenn es notwendig wird, noch mal hier her ...

Frau Dr. Kardel: ... machen wir jetzt noch mal ein Röntgen ... ein Röntgen im Stehen, wenn es bei Ihnen geht ...

Die Aufklärung läuft hier unspektakulär und mit sanftem Übergang zu einem palliativen Behandlungsregime, in dem nun die Symptomlinderung im Vordergrund steht.

Ein chirurgischer Eingriff scheidet nun als kurative Behandlungsoption endgültig aus, doch von ärztlicher Seite bezeugt man weiterhin Bereitschaft, sich für den Patienten zu engagieren. Diesem wird – entgegen der ökonomischen Rationalitäten – eine gewisse Autonomie im Hinblick auf den Zeitpunkt der Entlassung zugestanden und man lädt ihn ein, bei Bedarf noch einmal wieder ins Krankenhaus zu kommen.

Als die Visitengruppe den Raum verlässt, erwähnt die Famulantin, dass es sich bei Herrn Spondel um einen lieben Mann handele. Daraufhin ergänzt die Ärztin, dass sie ihm jetzt die unangenehme Diagnose um die Ohren geknallt habe und dass der Patient jetzt vielleicht zu wenig für sich einfordern würde. Im Anschluss informiert sie eine Krankenschwester über das Aufklärungsgespräch. Die Pflegekraft fragt, ob es in seinem Falle nicht angemessener wäre, ihn am Samstag nach Hause zu lassen. Die Ärztin antwortet, dass sie den Patienten gefragt habe, was er wolle und dieser habe gesagt »Montag«:

(auf dem Gang)

Famulantin: ist ein lieber Mann ...

Frau Dr. Kardel: ... ja, jetzt habe ich ihm die Diagnose um die Ohren geknallt, dass er ein bösartiges Geschwulst hat ... vielleicht fordert er zuwenig für sich ...

Frau Dr. Kardel: (zu einer Krankenschwester): Herr Spondel, habe ihn über das Mesenchymom aufgeklärt ... heute noch zum Röntgen ... und Montag nach Hause ...

Krankenschwester: Der hat doch Dienstag Dialyse ... jetzt vor der Dialyse nach Hause ... hätte er dann nicht Samstag nach der Dialyse nach Hause ...

Frau Dr. Kardel: Ich habe ihn jetzt gefragt, was er möchte ... und er hat gesagt Montag ...

An dieser Stelle wird gegenüber der administrativ-ökonomischen Rahmungen ein Beziehungsaspekt zur Geltung gebracht. Die Formulierung »ist ein lieber Mann« fällt aus dem üblichen professionellen Kontext heraus. Nur eine Studentin kann und darf dies noch in entsprechender Einfachheit und Direktheit ausdrücken. Im Sinne der gleichen Rahmen können jedoch die von der Ärztin getroffenen Anschlüsse zu verstehen sein: Auf der inhaltlichen Ebene bringt sie hier Medizinisches zur Geltung, nämlich den Sachverhalt, dass es darum ging, über einen Tumor aufzuklären. Konnotativ schließt jedoch auch sie an die Beziehungsdimension an, denn die Formulierungen »um die Ohren geknallt« und »vielleicht fordert er zu wenig« verweisen auch hier auf die Beziehungsebene. Implizit drückt auch sie hiermit ihre Sympathie für den Patienten aus. Arzt und Patient scheinen hier auf eine Interaktionsgeschichte zurück zu blicken, die hinsichtlich ihrer Eigenlogik, quer zu den medizinischen wie auch ökonomischen Rationalitäten des Krankenhauses liegen kann.

Noch deutlicher zeigt sich dies in der anschließenden Sequenz. In einem administrativen Akt wird die Schwester über das stattgefunden Aufklärungsgespräch hinsichtlich des Entlassungstermins informiert. Die Schwester bemerkt hier die Dissonanz zum sonst üblichen Primat der kurzen Liegezeit. Der spätere Entlassungstermin macht für sie aus organisatorischer Sicht wenig Sinn. Die Ärztin benennt in ihrer folgenden kurzen Begründung den Patientenwunsch als nicht hintergehbaren Grund (»habe ihn jetzt gefragt, was er möchte«). In einem organisationalen Kontext, in dem längere Liegezeiten nur medizinisch zu begründen sind, der Patientenwille also eigentlich

nicht zu zählen hat, bringt sie diesen nun als autonom entscheidenden könnenden Menschen performativ zur Geltung. Herr Spondel mutiert innerhalb des Behandlungsgeschehens also von einem Fall zu einem Akteur, dem auch als Person Sympathie entgegengebracht wird und dem entsprechende Rechte zugestanden werden. Nicht nur medizinisch sondern auch moralisch erscheint es nun legitim, die ökonomischen Interessen der Organisation Krankenhaus (etwas) zu unterlaufen. Die individuelle Interaktionsgeschichte von Arzt und Patient kann also im Einzelfall auch im Jahr 2004 gegenüber den organisatorischen Interessen des Krankenhauses zur Geltung gebracht werden. Ein wenig später unterschreibt die Ärztin die Röntgenanforderung für die abschließende Röntgenuntersuchung. Der Patient wird schließlich am dreißigsten August nach einundzwanzig Tagen entlassen.

Mit der letzten Untersuchung bekommt der Fall seinen medizinischen Abschluss. Gleichzeitig ergibt die Untersuchung auch auf administrativer Ebene Sinn, denn hierdurch wird nun angezeigt, dass auch am letzten Tag, diagnostisch noch etwas geschieht, also noch medizinische Fragen offen standen, die den Krankenhausaufenthalt bis zu diesem Tag legitim erscheinen lassen.

Komparative Analyse „Spondel 2001“ vs. „Spondel 2004“

Während Chef- und Oberärzte in der zweiten Beobachtungsphase die selben geblieben sind und sich an den Patienten noch entfernt erinnern, stellt für die im Jahr 2004 betreuenden Stationsärzte der Patient Spondel noch ein unbeschriebenes Blatt dar. Letzteres erscheint für die komparative Analyse förderlich, denn hierdurch wird die Kontinuität in der persönlichen Beziehung zum Patienten unterbrochen. Die Ärzte agieren also während des zweiten Krankenhausaufenthalts nicht deshalb in einer bestimmten Art und Weise, weil sie mit dem Patienten besonders vertraut sind, sondern handeln entsprechend ihrer üblichen Orientierungen, in denen sich ein zunächst unbekannter Fall angeeignet wird. Die Homologien zwischen den beiden Prozessen, die schon zu Beginn aufscheinen, beruhen also nicht darauf, dass man sich an den konkreten Fall wieder erinnert, sondern sind generalisierten ärztlichen Orientierungen zuzurechnen. Sie stellen also bestimmte kommunikative Anschlüsse dar, die durch eine spezifische Klasse medizinischer Fallproblematiken getriggert werden.

In beiden Behandlungszeiträumen wird dem jeweiligen ärztlichen Team schnell klar, dass die Fallkomplexität zumindest von ökonomischer Seite die Abteilung zu überfordern droht. Die Ärzte stehen also jeweils in der Position, dass vermeintliche Patienteninteresse gegenüber den ökonomischen Interessen ihrer Organisation zur Geltung zu bringen. Auch wenn im Jahre 2001 nicht das gleiche Krankheitsbild wie 2004 verhandelt wird, so lässt sich das medizinische Geschehen als „komplexe Fallproblematik“ charakterisieren. Die Ärzte sehen sich hier nicht einem Routinefall gegenüber, sondern haben hier erhebliche gedankliche und diagnostische Arbeit zu leisten, um den Fall medizinisch aufzuschließen.

Intra- vs. interorganisationale Konfliktbearbeitung

Während im Jahr 2001, der Konflikt zwischen diesen beiden Rahmungen im langsamen Prozedere innerhalb des ärztlichen Teams – und zwar in die ärztliche Hierarchie hineinkopiert – ausgetragen wurde, spiegelt sich der Widerstreit der Interessen im zweiten Beispiel auch in dem die Einzelorganisation Krankenhaus übergreifendem Netzwerk von ambulanter und stationärer Versorgung. Der Konflikt zwischen den beiden unterschiedlichen Orientierungen wird hier nicht mehr nur im ärztlichen Rollengefüge ausgetragen (also in dem Sinne, dass die Stationsärzte tendenziell die Patientenseite und die leitenden Ärzte die Organisationsseite vertreten) sondern erscheint als Konflikt zwischen verschiedenen Organisationen, bzw. Agenten innerhalb eines Versorgungsnetzwerkes. Der ambulante Nephrologe lässt stationär einweisen und veranlasst so unter Umgehung der eigentlichen Entscheidungsverantwortlichen eine aufwendige Untersuchung auf Kosten des Krankenhauses.

Hier deutet sich möglicherweise eine Tendenz in der organisationalen Verarbeitung diesbezüglicher Spannungslagen an: Der Konflikt zwischen medizinischen und ökonomischen Interessen würde sich nun vermehrt in das Netzwerk der Gesundheitsversorgung hinein kopieren. *Unter der neuen Voraussetzung, dass manche Fälle für die behandelnde Organisation ein ökonomisches Risiko darstellen, würde nun die interorganisationale Delegation mehr Bedeutung gewinnen.¹⁷ Auch in diesem Modi der Problembearbeitung würden die Ärzte entsprechend ihrer medizinisch-professionellen Orientierungen (und ihrer rechtlichen Verpflichtung) nicht auf eine Behandlung entsprechend ihres besten Wissens und Gewissens verzichten wollen. Es stellt sich nun jedoch für sie auch die Frage, welchen Einrichtungen innerhalb des Versorgungsnetzwerkes man die komplexen Fallproblematiken – gleichsam als schwarzen Peter – zuschieben kann, denn entsprechend der im Jahr 2004 und 2005 formulierten DRG Kataloge bleibt die Behandlung komplexer Krankheitsbilder für das Krankenhaus ökonomisch defizitär.¹⁸*

Wenn ein Fall wie Herr Spondel als komplexe Fallproblematik gerahmt wird, steht auch im Jahr 2004 nicht mehr zur Debatte, dass nun von ärztlicher Seite alle diagnostischen (und ggf. therapeutischen) Register zu ziehen sind. Die neuen ökonomischen Rahmenbedingungen führen also nicht unbedingt automatisch dazu, dass man auf teure Diagnostik verzichtet. *Entsprechend einer medizinischen Logik arbeitet man wie schon im Jahr 2001 an verschiedenen Baustellen, klärt alles Mögliche ab und versucht dann ein Gesamtbild zu bekommen, von dem aus schließlich eine begründete Entscheidung getroffen werden kann.*

17 In diesem Sinne nochmals auf Fußnote 14 in diesem Kapitel verwiesen, in dem deutlich wird, dass auch der stationäre Bereich versucht, die Organisation belastende Prozesse auszulagern.

18 Entsprechend einer im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Hochrechnung ergibt sich für die Problemgruppe der Langlieger entsprechend dem Fallpauschalenkatalog von 2005 nur eine Kostendeckung von 50% (Billing 2005).

Ärztliche Expertise vs. diagnostischer Aufwand

Mit dem Hinweis des Chefarztes zwar kompliziert zu denken, aber nicht immer kompliziert zu machen, deutet sich hier eine Lösung an, in der die Polarisation zwischen den administrativen Restriktionen und dem medizinischen Ethos aufgebrochen bzw. zumindest modifiziert wird. Wenn nun durch ärztliche Intelligenz („kompliziert denken“) die oft auch für den Patienten eine Zumutung darstellenden, vielfältigen, diagnostisch technischen Prozeduren verringert werden können, dann würde zugleich gespart, ohne jedoch auf ärztliche Qualität zu verzichten. Notwendig wäre hierzu eine ärztliche Expertise, die auf hohe Erfahrung, einem guten klinischen Blick zurückgreifen könnte. In diesem Sinne sieht dann auch der Chefarzt für die Zukunft eine gesteigerte Bedeutung der Oberärzte und seiner eigenen Position kommen¹⁹ und auch mit Eliot Freidson (2001) ließe sich dann argumentieren, dass der erhöhte Einfluss ökonomischer und bürokratischer Rationalitäten nur durch »the third logic« des Professionellen balanciert werden kann. *Man käme dann hier zu sich wechselseitig steigernden Ansprüchen an die Komplexitätsbearbeitung in den Verhältnissen von Medizin und Reflexion von Ressourceneinsatz, was dann mittelfristig zu dem ökonomischen Paradoxon führen könnte, dass eine Medizin, die ihren kostenintensiven technisch diagnostischen Aufwand reduzieren möchte, dies nur zum Preis teurer menschlicher Expertise leisten kann.*

Verdichtung des Behandlungsprozesses: nicht weniger, sondern schnellere Medizin

Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede im Hinblick auf die Länge des Behandlungszyklus. Beim ersten Mal lag der Patient mehr als sechs Wochen auf der Station, beim zweiten mal „nur“ drei Wochen.²⁰ Wenngleich der soziologische Beobachter hier nicht automatisch von der Liegezeit auf den Behandlungsprozess schließen darf – denn die Varianz in der Aufenthaltsdauer kann auch durch eine unterschiedliche medizinische Problematik gegründet sein – ergeben sich hier doch etliche Hinweise darauf, dass auch die veränderte Prozessorganisation eine Rolle spielt, denn es zeigen sich deutliche Unterschiede in der Prozessorganisation der Behandlung. Während man 2001 die differenzialdiagnostischen Optionen eher sukzessive, eins nach dem anderen abgearbeitet hat, was dann jeweils neue Wartezeiten mit sich gebracht hat, wird im Jahre 2004 die diagnostische Batterie praktisch gleichzeitig gestartet. Man geht direkt in die Vollen, beginnt mit einer teuren nuklearmedizinischen Untersuchung, um zu versuchen, die

19 In diesem Sinne dann die folgende Bemerkungen des internistischen Chefarztes zum Beobachter:
Donnerstag, 16.9.2004, 15:00 (auf der Station)

Chefarzt: [...] der Chefarzt und die Oberärzte werden jetzt wieder wichtig ... die sind dann die einzigen, die den Überblick haben und dann sagen können, ob dann einer entlassen werden kann ... findet dann wieder eine stärkere Hierarchisierung statt ... ich bin dann manchmal der Einzige, der dann den Überblick behält ...

20 Allerdings wird auch im zweiten Fall die nach der Aufnahme angepeilte Liegezeit von zwei Wochen mit einem Drittel deutlich überschritten. Man ist bei den komplexen Fallproblematiken von ärztlicher Seite weiterhin bereit, die Liegezeit an das diagnostisch-therapeutische Fallprozedere anzupassen. Dies konnte bei allen komplizierten Fallproblematiken beobachtet werden.

Keimquelle zu lokalisieren, fordert parallel eine Computertomografie an, und versucht den Patienten sonografiegestützt zu punktieren. Eine Woche später werden dann noch einige kardiologische und laborchemische Untersuchungen angeschlossen. Innerhalb kürzerer Behandlungszeiten entsteht hier eine höhere diagnostische Intensität. An zwei Stellen entstehen jedoch auch hier längere Wartezeiten, nämlich nach der Anmeldung der Computertomografie und im Warten auf den Pathologiebefund. Doch im Gegensatz zu 2001 werden auch diese nicht mehr unreflektiert hingenommen. So überlegt die Ärztin, ob man nicht eher auf eine teurere Untersuchung zurückgreifen sollte, da man diese schneller bekommt als das gewünschte Verfahren. Die nuklearmedizinische Untersuchung wird so schnell gebahnt, dass der krankenhausärztliche Diskurs um ihre diagnostische Zweckmäßigkeit unterlaufen wird. Solche Dinge können mittlerweile (verhältnismäßig) unbürokratisch geschehen, da die entsprechende diagnostische Technik nun im Hause steht und schnell verfügbar ist.²¹ *Im Hinblick auf den Einsatz diagnostischer Mittel geschieht also nicht weniger, sondern nur schnellere Medizin.*

Teambesprechung vs. Einzelverantwortung

Ein weiterer Unterschied zeigt sich in den Rhythmen, innerhalb denen die Entscheidungskommunikation im Team synchronisiert wird. Im Jahr 2001 wurden praktisch alle „größeren Entscheidungen“ vor ihrem Vollzug mit einem Vorgesetzten (zumindest mit dem Oberarzt) abgestimmt. Diese Synchronisation von Veranlassung und Abstimmung im Team ist im Jahr 2004 nur noch bedingt möglich, da der zeitlich engmaschige Kontakt unter den Ärzten nicht mehr gegeben ist. Das Primat der kurzen Liegezeiten fordert schnelle Entscheidungen, die nicht immer mit den Wochenrhythmen der Stationsvisiten harmonisieren. Auch bei den komplexen Fallproblematiken liegt die Entscheidungsverantwortung nun mehr bei den Stationsärzten, da die Supervision durch die höheren Ebenen nicht mehr im Regelfall stattfinden kann. Einer der Stationsärzte charakterisiert seine neue Rolle entsprechend durchaus treffend als „Stationsoberarzt.“ Die höheren Verantwortlichkeiten verlangen nach fachärztlichen Qualifikationen, auf die jedoch in der untersuchten internistischen Abteilung zurückgegriffen werden kann. *Gleichsam spiegelbildlich zur gesteigerten Bedeutung der Expertisen durch die leitenden Ärzte gewinnt auch der Stationsarzt eine pointiertere professionelle Identität, denn er kann seine Entscheidungsverantwortung nun weniger an das Team delegieren.*

Über die benannten Unterschiede in der Organisation der ärztlichen und diagnostischen Prozesse zeigt sich in der komparativen Analyse abschließend, dass man auch unter den neuen organisationalen Bedingungen bereit ist, sich auf hohem Niveau für den Patienten einzusetzen, auch wenn dies offensichtlich eine (ökonomische) Belastung für die Organisation darstellt. Auch wenn der Behandlungsprozess nun etwas anders organisiert erscheint, bleibt die medizinische Handlungsorientierung im Vordergrund. An verschiedener Stelle deuten sich hier jedoch leichte Modulationen an, etwa im Hinblick auf eine erweiterte Bedeutung medizinischer Expertise, von der nun die Kompetenz zu

21 Während beispielsweise im Jahr 2001 die MRT-Untersuchungen nur extern durchgeführt werden konnte, stehen die benötigten Geräte im Jahr 2004 nun ein paar Stockwerke tiefer im gleichen Haus.

verlangen ist, zu entscheiden, wann *nichts* getan werden braucht und im Hinblick auf eine Haltung, im Sinne der alten medizinischen Orientierung alles mit zu bedenken, dabei jedoch einen Teil der Handlungsprozesse an andere Einrichtungen zu delegieren. Der Internist würde in diesem Sinne von seinem medizinischen Denken Generalist bleiben, nicht mehr jedoch alles unter einem Dach vollziehen können.

Im folgendem werden wir für die komparative Analyse noch zwei weitere Fälle aus der internistischen Station als Kontrast hinzuziehen. Da sich bei Herrn Spondel und den betreuenden Ärzten insbesondere im zweiten Krankenhausaufenthalt eine „Beziehungstypik“ andeutet, die gewissermaßen nochmals quer zu den medizinischen und organisatorischen Logiken des Krankenhauses steht, stellen wir mit „Herrn Martin“ in verkürzter Form einen Fall vor, der offensichtlich keine Sympathien im Behandlungsteam weckt, dennoch als komplexe Fallproblematik eine hohe Behandlungsintensität erfährt. Über diesen Vergleichshorizont „kontrollieren“ wir den denkbaren Einwand, dass die Aufmerksamkeit, welche Herr Spondel erfährt, möglicherweise nicht auf die komplexe Fallproblematik, sondern eher auf sein sympathisches Wesen zurückzuführen ist.

Darüber hinaus werden wir mit „Herrn Dunker“ eine weitere komplexe Fallproblematik etwas ausführlicher vorstellen, in der es auf Grund von Personalengpässen zu einigen Diskontinuitäten in der stationsärztlichen Betreuung gekommen ist. Dieser Fall erscheint für unsere Fragestellung insofern instruktiv, als dass hier nochmals besonders deutlich wird, wie und zu welchem Preis hier das bei den komplexen Fallproblematiken geltende Betreuungsniveau aufrecht erhalten werden kann.

Der Fall „Martin“

Herr Martin wird am Donnerstag, den 9. September mit dem Notarztwagen ins Krankenhaus eingeliefert. Der Patient kommt verwirrt und mit einer erheblichen Gedächtnisschwäche auf die internistische Station. Er ist weder in der Lage die Straße zu nennen, in der er wohnt, noch erfahren die Ärzte ob, und wo er krankenversichert ist oder ob er eine amtlich eingesetzte Betreuung hat, die seine Geschäfte regelt. Die Ärzte vermuten, dass eine alkoholbedingte Demenz vorliege. Zudem stellt sich noch heraus, dass der Patient ein schlecht eingestellter Diabetiker ist.

Der Chefarzt bemerkt am folgenden Dienstag während seiner Visite, dass der Patient nicht auf die Station gehöre. Man solle ihn jetzt in die Psychiatrie oder in ein Übergangwohnheim verlegen:

Innere, Dienstag 14.9.

10:20 (Chefvisite, im Patientenzimmer)

Dr. Kardel: Herr Martin ... zu Hause abgeholt ... Notarzt

Chefarzt: ... Verwahrlosung ...

Dr. Kardel: Verdacht auf Korsakov ... jetzt ein psychiatrisches Konsil ... vielleicht auch in die Psychiatrie

Chefarzt: ... gut, eigentlich gehört er nicht hier her ...

Dr. Kardel: ... er hatte jetzt einen entgleisten Diabetes ...

Chefarzt: ... trotzdem, er gehört jetzt nicht hier her ... den Sozialdienst informieren ... gibt ja jetzt auch Übergangsheime ...

Der Konsilpsychiater stellt einen Tag später die Diagnose einer beginnenden Demenz, welche durch den jahrelangen Alkoholkonsum verursacht sei (»Korsakov« Syndrom). Die Ärztin möchte vor der Entlassung noch den Befund der Kopf-Computertomografie abwarten, da der Patient vor einigen Wochen einen Unfall gehabt hatte.

Während der Chefvisite am folgenden Dienstag erläutert die Ärztin, dass man in den CT-Bildern zwei Läsionen gesehen habe und deshalb nun noch die besser auflösende Magnetresonanztomografie durchführen wolle. Anschließend wolle man den Patienten in die Psychiatrie verlegen. Der Chefarzt mahnt an, den Patienten nicht so lange auf der Station zu behalten:

Dienstag, 21.9.

10:35 (Chefvisite, im Patientenzimmer)

Dr. Kardel: ... haben Sie letzte Woche noch gesehen ... jetzt im CT zwei Läsionen ... frontal und okzipital ... ob das jetzt mit dem Unfall zusammenhängt, wissen wir nicht ... jetzt noch ein MRT ... noch ein neurologisches Konsil ... wir tasten uns ran ... wenn die Untersuchung dann vorbei ist ... dann in die [Name der psychiatrischen Klinik] verlegen ...

Chefarzt: Jetzt nicht mehr so lange hier lassen ...

Auf der Röntgenbesprechung am Donnerstag werden die Bilder der Magnetresonanztomografie vorgestellt. Der Röntgenarzt identifiziert ein tumoröses Geschehen, dass von einem Hirntumor oder einem Lymphom verursacht sei. Die Neurologen werden in den weiteren diagnostischen Prozess eingeschaltet. Am kommenden Dienstag sieht der Chefarzt den Patienten nochmals während seiner regulären Visite. Er ordnet an, den Patienten in die neurologische Abteilung zu verlegen:

Dienstag 28.9.

11:05 (Chefvisite, im Patientenzimmer)

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

(auf dem Gang)

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

Chefarzt: ... jetzt verlegen wir ihn auf die Neurologie

(Dr. Elwert trägt die Anordnung in die Kurve ein)

Schließlich verlässt der Patient zwei Tage später nach gut zweieinhalb Wochen Aufenthalt die Station und wird in die neurologische Abteilung im gleichen Haus verlegt.

Hoher medizinischer Aufwand, ohne Ansehen der Person

In den dargestellten Ausschnitten aus dem Behandlungsprozess von Herrn Martin fällt zunächst der Wechsel in der Rahmung auf. Als Alkoholiker erscheint er zu Beginn zu den internistischen Routinefällen zu gehören, die wenig Aufmerksamkeit verdienen und entsprechend dem nun üblichen Prozedere spätestens nach vier bis fünf Tagen die Stati-

on wieder verlassen haben sollten. In diesem Sinne mahnt der Chefarzt während seiner ersten Visite eine schnelle Überweisung in die Psychiatrie an. Doch sobald der Fall medizinisch interessant zu werden scheint und aus differenzialdiagnostischen Gründen die Tumorsuche in den Vordergrund rückt, wird der Fall als „komplexe Fallproblematiken“ gerahmt. *Unter dem Blickwinkel dieser medizinischen Rationalität ist es selbst ein Alkoholiker wert, dass man aufwendige Diagnostik betreibt und den Patienten im gleichen Haus in die Neurologie verlegt, wenngleich hierfür keine zusätzliche DRG abgerechnet werden kann, denn unabhängig vom Ansehen der Person und den Kosten für die Abteilung, ist nun das Krankheitsgeschehen abzuklären.* In diesem Sinne sind die in der Rekonstruktion des Fallgeschehens von Herrn Spondel verdichteten Befunde hinsichtlich einer vorrangig medizinischen Orientierung bei komplexen Fallproblematiken zu bestätigen, also *nicht* dem Faktor „Arzt-Patient-Beziehung“ zuzurechnen.

Der Fall „Dunker“

Mit Herrn Dunker möchten wir nun noch einen zweiten Fall der internistischen Station aus dem Jahr 2004 vorstellen. Der Patient, ein vierundachtzig Jahre alter Mann, der geistig noch recht fit und rege wirkt, wird am Dienstagabend auf Grund einer Synkope (kurzzeitiger Bewusstseinsverlust) auf der internistischen Station aufgenommen. Da die beiden Stationsärzte aufgrund von Diensten am nächsten Morgen nicht auf der Station sein können, springt Dr. Torstensøn von der Nachbarstation ein, um diese Station rudimentär zu versorgen. Um kurz vor zwölf kommt er schließlich auch zu Herrn Dunker. Er untersucht den Patienten, und stellt fest, dass die rechte Niere empfindlich auf Druckschmerz reagiert. Er erklärt dem Patienten, dass der Bewusstseinsverlust durch den niedrigen Blutdruck erklärt werden könne:

Mittwoch, 25.8

11:50 (im Patientenzimmer)

Dr. Torstensøn: ... Herr Dunker ... ich wollte zu Ihnen ... Sie sind ja neu ... (liest in der Akte) akute Bewusstlosigkeit ... Blutdruck achtzig sechzig Schmerzen im Rücken ... (untersucht den Patienten) ... ist typischer Klopfschmerz der rechten Niere (untersucht den Patienten weiter, tastet Bauch und Flanken und lokalisiert die schmerzempfindlichen Stellen) ...

(befragt den Patienten ausführlich)

Dr. Torstensøn: ... Ihren Kollaps kann man jetzt schon erklären ... es wird ja Ihr Blutdruck behandelt ... wenn dann jetzt der Durchfall noch das Wasser entzieht ... dann kann der Blutdruck noch weiter runtergehen ...

Während der Röntgenbesprechung, zu der Dr. Torstensøn zehn Minuten zu spät kommt, werden die Bilder von Herrn Dunker vorgestellt. Der Röntgenarzt erklärt, dass die Lunge unauffällig sei:

Röntgenarzt: Dunker, Martin

Dr. Torstensøn: Patient mit einer Synkope ... Durchfall bei Hypotonie, was die Synkope erklären könnte ...

Röntgenarzt: Lunge unauffällig ...

Diskontinuitäten-Management

Wieder auf der Station erklärt der Arzt dem Beobachter, dass er zuvor nicht bemerkt habe, dass dem Patient schon ein Lungenflügel wegen einer Krebserkrankung entfernt worden war:

13:30 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Torstensøn: ... habe ich jetzt nicht gesehen, dass da mal ein Plattenzellkarzinom ... und jetzt nur eine Lunge bei der Röntgenbesprechung ... (schaut auf die Akte)

Beobachter: ... der hatte ein Lungenkarzinom

Dr. Torstensøn: ... das ist einer der seltenen Fälle wo jemand ein Plattenzellkarzinom überlebt hat (laut Akte war das 1984) ...

Um zwanzig nach zwei übergibt der Arzt die Station der diensthabenden Kollegin und wechselt nun zu „seiner“ Station, um auch dort noch eine kurze Visite durchzuführen. Er erklärt der Ärztin, dass Herr Dunker Nierenschmerzen habe, die dann auch von der Galle her kommen könnten und dass er jetzt noch eine Oberbauchsonografie veranlasst habe:

14:20 (vor dem Stationszimmer)

(Dr. Torstensøn übergibt die Station an Frau Dr. Müller, einer Kollegin aus der Funktionsabteilung)

Dr. Torstensøn: Dunker... Nierenschmerzen ... kann aber auch in Richtung Galle ... habe ich eine Oberbauchsono ... habe ich schon

Am Freitag erklärt Dr. Müller, einer der regulären Stationsärzte, dass man bei Herrn Dunker jetzt eine Raumforderung in der Niere festgestellt habe. Der Kollege habe eine zweite Sonografie angeordnet, in der dies dann festgestellt wurde. Die Ursache der Synkope sei jetzt allerdings damit nicht erklärt, es sei denn, es würden Metastasen im Kopf zu finden sein:

Freitag 27.8.

8:30 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Müller (zum Beobachter): ... hatte eine Synkope ... Flankenschmerzen ... hat dann ein Kollege noch mal eine Sono ... weiß jetzt auch nicht, warum ein Notfallsono ... war ein Volltreffer ... hatte eine Raumforderung ... auch in Richtung Leber ... jetzt Adenom CT ... die Synkope ist jetzt eine andere Sache .. es sei denn er hätte Metasthasen ... da würde man dann ein Kopf CT ... dann die Schmerzen im Rücken ... das könnte jetzt theoretisch auch damit zusammen hängen ...

Die Raumforderung wurde zunächst in der ersten Sonografie, die während der Aufnahme durchgeführt wurde, nicht entdeckt. Erst in der wiederholten Untersuchung zeigt sich ein eindeutiges Ergebnis:

(Befundbericht: erste Sono 24.8 ... zweite Sono 25.8)

Dunker, Martin 1920

(24.8): Rechte Niere weitgehend unauffällig: Keine Nierenstauung. Keine Hinweise auf Nephrolithiasis. Normales Parenchym. Pyelom Verhältnis. Die linke Niere ist leicht verkleinert und zeigt neben verschmälertem Parenchymsaum (Kreatinin?) keine Harnstauung. Kein Nephrolithiasis.)

(25.8.): Oberbauchsonografie Nr.2. Im vgl. zur Voruntersuchung vom 22.8.04 Nachweis einer ca. 8,1 x 5,6 x 6 cm großen echoarmen Region. RF in der re. Nebenniere, z. B. NN-Adenom oder Tumor anderer Genese [...]

Diagnostische Prozeduren, selbst aufwendige bildgebende Verfahren, liefern einen hohen Prozentsatz falsch negativer Ergebnisse. Ohne genau zu wissen, was man wo zu suchen hat, findet man oft auch dann nichts, auch wenn ein Tumor vorhanden ist. Umgekehrt liefern bestimmte Untersuchungsmethoden (z. B. Tumormarker) eine hohe Anzahl falsch positiver Ergebnisse, d.h. sie verweisen auf eine Krankheit, die gar nicht da ist. Internisten haben die Unschärfe und Fehlerhaftigkeit diagnostischer Prozeduren immer mit zu reflektieren. Sie müssen ihr Handeln auf der einen Seite durch diagnostische Fakten begründen – anders wären ihre Entscheidungen nicht zu legitimieren. Andererseits kann es sich bei diesen Fakten um ein Artefakt handeln. Um hier auf hohem Reflexionsniveau differenzieren zu können, wird der Arzt auf Erfahrungswissen rekurrieren. Er wird den so genannten klinischen Blick zu kultivieren haben, ein feines Gespür, ob das, was die Diagnosetechniken sagen, mit dem übereinstimmt, was der Patient sagt und was er am Patienten sieht.

Um viertel vor zwölf findet eine Oberarztvisite statt. Der Stationsarzt berichtet über Herrn Dunker, dass dem Patienten seit 1984 ein Lungenflügel fehlen würde und dass er wegen einer Synkope eingewiesen wurde. Ein Kollege habe dann noch eine Sonografie angeordnet und jetzt habe man eine Raumforderung in der rechten Niere entdeckt. Der Oberarzt erklärt dem Patienten, dass er etwas an den Nebennieren habe und dass man jetzt eine Knochenszintigrafie durchführen müsse:

11:45 Oberarztvisite

Dr. Müller: Herr Dunker ...

Oberarzt: ... fehlt eine Lunge ...

Dr. Müller: Lunge fehlt seit 1984

Oberarzt: ging dann gut ...

Patient: ... ja ... ein wenig kurzatmiger ... aber ...

Dr. Müller: hatte dann eine Synkope ... jetzt wieder eine Synkope ... er kriegt ein Langzeit EKG ... jetzt hat er aber wohl mehr ... Rückenschmerzen, die in den Bauch ziehen ... hat dann Dr. Torstensøn noch eine Sono ... in der rechten Niere eine Raumforderung ... jetzt ein wenig ikterisch ...

Oberarzt: Sie haben jetzt Gewicht abgenommen ... haben Sie sonst irgendwelche Krankheiten Magengeschwüre ... Sie haben noch etwas an den Nebennieren ... müssen wir noch ein Knochenszinti ...

Am kommenden Montag wird Dr. Müller von Dr. Kardel, einer Kolligin aus der Funktionsabteilung vertreten. Am Vormittag findet die Computertomografie von Herrn Dunker statt. Während der Röntgenbesprechung wird das Ergebnis vorgestellt. Der Röntgenarzt erklärt, dass es sich hier um einen Nebennierentumor handele, der ausblute. Der Chefarzt fragt, ob man punktieren könne. Ein Arzt bemerkt, dass der Mann jetzt vierundachtzig Jahre sei. Der Oberarzt wirft ein, dass man jetzt schauen müsse, ob man überhaupt noch was machen solle:

Montag 30.8.

12:15 Röntgenbesprechung

Röntgenarzt: Herr Dunker

Dr. Kardel: Hatte eine Synkope

Röntgenarzt: Hat er auch gehabt ... ist aber nun spektakulärer ... Tumor ...

Nebennierentumor ... blutet aus ... damit ist die Dignität festgelegt (erläutert, warum es sich aus differenzialdiagnostischer Perspektive in diesem Alter nur um einen solchen Tumor handeln könne).

Chefarzt: ... ob man da reinpunktiert?

Dr. Torstensøn: Er ist jetzt vierundachtzig Jahre ...

Oberarzt: Müssen wir sehen, ob man jetzt überhaupt etwas macht ...

Nachmittags spricht die Ärztin mit dem Patienten, klärt ihn aber noch nicht über den Befund auf. Der Patient erklärt, dass seine Zuckerwerte jetzt recht hoch gewesen seien. Die Ärztin antwortet, dass er sich hierüber jetzt keine Sorgen machen solle und dass jetzt im Hinblick auf die Computertomografie noch nicht alle Ergebnisse vorliegen würden:

(auf dem Gang)

Dr. Kardel (zum Beobachter): Da halte ich mich jetzt noch sehr bedeckt ... mit Herrn Schwarz (dem Oberarzt) besprechen, was wir da noch weiterverfolgen wollen ... (liest in der Akte) ... der hatte schon ein Plattenzell-Ca ... Pneunektomie ...

(im Patientenzimmer)

Dr. Kardel: Herr Dunker ... ich bin die Ärztin, die Dr. Müller vertritt ...wie geht es jetzt ...

Patient: ... nicht so gut ... jetzt wegen dem Zucker ... die Werte sind jetzt recht hoch

[...]

Patient: Was hat die Untersuchung in der Röhre ergeben? ...

Dr. Kardel: Die Ergebnisse haben wir noch nicht vollständig ... müssen wir mit den Kollegen von der Röntgenabteilung besprechen ... gut, da müssen wir noch am Ball bleiben ... mit dem Zucker machen Sie sich jetzt keine Sorgen ...

Patient: Jetzt mit den Schmerzen ...

Dr. Kardel: Warten wir jetzt noch auf die Ergebnisse der Schnittbilduntersuchung ... bekommen Sie jetzt etwas für die Schmerzen?

Patient: ... möchte ich jetzt nicht ...

Dr. Kardel: Sie sollten jetzt aber nicht allzu tapfer ...

[...]

Patient: ... Wie lange muss ich jetzt noch hierbleiben?

Dr. Kardel: Ich hoffe dann bis Ende der Woche ...

In den vorangegangenen Sequenzen werden die Diskontinuitäten in der stationsärztlichen Betreuung überdeutlich. Mit Frau Dr. Kardel hat sich nun innerhalb einer Woche ein vierter Arzt in den Fall hinein denken müssen. Während der Röntgenbesprechung deutet sich an, dass sie noch nicht über den aktuellen Stand Bescheid weiß. Sie nennt als Fragestellung die Eingangsdiagnose »Synkope« (kurze Bewusstlosigkeit). Ebenso wenig ist sie mit dem Patienten vertraut. Sie weiß nicht, was mit ihm schon alles be-

sprochen ist und was man ihm Zumuten kann. In diesem Sinne greift sie in der Visite auf bewährte, kommunikative Stereotypen zurück, um die Diskontinuitäten in der Arzt-Patient-Beziehung zu überbrücken (»wir warten noch auf die Ergebnisse«, »da müssen wir am Ball bleiben«, »machen Sie sich jetzt keine Sorgen«).

Persönlicher Klientelbezug kann nicht mehr geleistet werden

Am Dienstag findet die reguläre Chefvisite statt. Dr. Elwert ist allein auf der Station und muss Frau Dr. Kardel vertreten. Am nächsten Morgen berichtet der Arzt dem Beobachter, dass die Visite im Falle von Herrn Dunker »ein bisschen blöd« gelaufen sei. Er habe jetzt überhaupt nicht über den Patienten Bescheid gewusst und dann habe der Chef entschieden, dass jetzt punktiert werden solle, wenngleich jetzt überhaupt nicht klar gewesen wäre, ob dieses Vorgehen für den Patienten überhaupt sinnvoll sei:

8:35 (im Stationszimmer)

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

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

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

Beobachter: Herr Dunker?

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

Beobachter: Und jetzt? Wurde da jetzt eine Entscheidung getroffen?

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

Beobachter: Hast Du dann vormittags die ganzen Akten durchgeschaut?

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

Beobachter: Und mit der Punktion ist jetzt entschieden?

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

Wieder sind hier organisatorisch bedingte Diskontinuitäten in der stationsärztlichen Betreuung zu überbrücken. Mit Herrn Elwert ist nun ein fünfter Arzt in den Fall involviert. Während der Chefvisite zeigt sich, dass er den Patienten nicht persönlich kennt und nur auf die Akte rekurrieren kann. Der Chefarzt springt auf den Fall an, trifft eine Entscheidung. Dr. Elwert unterstellt dem Chefarzt hier, aus Neugierde und medizinisch wissenschaftlichem Interesse gehandelt zu haben, denn eigentlich würde man jetzt nicht

wissen, was der Patient wirklich wolle und für ihn angemessen sei. In seiner Klage leuchtet ein internistisch professionelles Verständnis auf, dem nach nicht stereotyp sondern unter Berücksichtigung der Besonderheiten des konkreten Falls zu handeln ist und zudem auch Charakteristika der Patientenpersönlichkeit zu berücksichtigen sind. Entsprechend der klassischen Professionstheorie würde der Arzt hier sowohl spezifisch im Sinne der biomedizinischen Fakten, als auch diffus im Hinblick der Gesamtpersönlichkeit des Patienten agieren (vgl. Oevermann 1990).²² *Anders als noch vor drei Jahren kann der hierzu notwendige Klientelbezug jedoch unter den Bedingungen chronischer Personalknappheit nicht immer hergestellt werden, was dann insbesondere bei den komplexen Fallproblematiken zu Problemen führen kann.*²³ *Anders als bei den Routinefällen wird hier jedoch noch der Anspruch vertreten, dass dies geschieht.*

Aufrechterhaltung der medizinalen Orientierung

Nachmittags spricht Dr. Elwert mit dem Sohn des Patienten über den Befund. Am folgenden Tag ist Dr. Kardel wieder auf der Station. Der Kollege berichtet ihr, dass der Chefarzt auf der Visite eine Punktion verlangt, wie auch eine bestimmte nuklearmedizinische Untersuchung verlangt habe, auch wenn der Oberarzt diese im nach hinein nicht für günstig halten würde:

Mittwoch, 1.9.

10:10 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Elwert (zu Dr. Kardel): ... jetzt gibt es die Entlassungen ... und die PTCA ... und jetzt Frau Tingler... meint jetzt der Oberarzt, ist ein Virus und dann entlassen ... der Dunker, da möchte der Chef dann eine Punktion ... der Schwarz [der Oberarzt] wollte das eigentlich nicht ...

Während der Visite erklärt die Ärztin dem Patienten, dass man jetzt eben den Tumor festgestellt habe und deshalb die Punktion durchführen wolle. Mann wisse jetzt allerdings nicht, ob die Untersuchung eine therapeutische Konsequenz habe. Auf jeden Fall könne man aber die Schmerzen medikamentös behandeln. Der Patient erklärt, dass er zwischendurch für ein paar Tage nach Hause wolle. Nachmittags spricht die Ärztin mit Herrn Dunkers Schwiegertochter. Sie erklärt, dass die Untersuchung jetzt nicht unbedingt zu einer Therapie führen würde, die man anbieten könne. Die Schwiegertochter erwähnt, dass der Patient dies wisse:

14:10 (auf dem Gang)

Frau Dunker (Schwiegertochter): ... jetzt mein Schwiegervater ... er sagt „Donnerstag entlassen“

Dr. Kardel: Bin ich jetzt noch nicht zu gekommen, einen Termin zu machen ... jetzt unwahrscheinlich, dass gleich morgen

(weiteres Gespräch)

22 Oevermann greift hier in seinem professionstheoretischen Überlegungen wieder auf die Parsonschen pattern variables zurück (vgl. Parsons 1951).

23 Die fehlende „Personalisierung“ der anvertrauten Patienten führt dann auch – wie beobachtet – vermehrt zu dem Problem, dass Akten von Patienten verwechselt werden, insbesondere wenn Geschlecht, Alter und Name von Patienten sich ähneln.

Dr. Kardel: jetzt schon mit ihm gesprochen ... es kann jetzt sein, dass die Untersuchung nicht dazu führt, dass wir eine Therapie anbieten können ... jetzt eine Operation, bei seinen Vorerkrankungen

Frau Dunker: ... das weiß er ... er ist ja jetzt froh, dass er nach der großen Operation zwanzig Jahre in Frieden leben konnte ...

Nachmittags versucht die Ärztin mit der Röntgenabteilung den Termin mit der Punktion zu vereinbaren und die nuklearmedizinische Untersuchung zu vereinbaren. Ein paar Tage später sprechen die Ärzte beim Mittagessen nochmals über die anstehenden Untersuchungen. Der Oberarzt bemerkt, dass man auf die teure nuklearmedizinische Untersuchung verzichten sollte:

Dienstag 7.9.

13:00 (in der Cafeteria)

Dr. Kardel: Herr Dunker ... kommt ja Freitag ... sollte er jetzt Octreotid bestimmen lassen ... meint der Chef ...

Oberarzt: ... machen wir nicht ... ist unheimlich teuer ...

Beobachter: ... Octreotid?

Oberarzt: ... ist ein Wachstumshormon ... dass dann durch eine nucleotidmedizinische Untersuchung nachgewiesen würde ...

Beobachter: bei bestimmten Tumoren?

Dr. Kardel: jetzt bei Nebennierentumoren ... aber auch beim Insulinom ... jetzt auch die Frage, wie aussagekräftig die Untersuchung dann ist, wenn sie positiv wäre ...

Lückenmanagement

Knapp eine Woche später kommt der Patient erneut auf die Station, um die Untersuchung durchführen zu lassen. Die für die Prozedur benötigten Nucleotide sind jedoch nicht bei der Röntgenabteilung eingetroffen. Die Ärztin erklärt dem Patienten, dass man jetzt leider noch etwas warten müsse. Der Patient fragt, worum es bei der Untersuchung eigentlich gehen würde. Die Ärztin erklärt, dass – für den Falle, dass man jetzt einen speziellen Tumor entdecken würde, diesen dann gut chemotherapeutisch behandeln könne:

Dr. Kardel: ... jetzt ein Problem ... Herr Marek [der Chefarzt] hat dann gesagt, es geht Montag ... aber er macht jetzt nicht die Untersuchung ... geht dann erst am Mittwoch ... bekommen wir jetzt leider Probleme mit der Kasse ...

Patient: Was ist denn jetzt bei der anderen Untersuchung ... bei der Punktion rausgekommen?

Dr. Kardel: Jetzt müssen wir noch die Ergebnisse der Pathologie abwarten ... kann dann noch bis Ende der Woche dauern ... die Schnitte müssen dann erst noch gefärbt werden, damit man dann das sehen kann ...

Patient: ... die Schmerzen, die ich habe, die kommen jetzt von den Lendenwirbeln ...

Dr. Kardel: ist jetzt nicht immer so, dass da der Schmerz, wo die Ursache ... könnte dann auch von dem Tumor kommen ... Sie haben ja jetzt immer sehr viel ausgehalten ... wir können jetzt auch ein Schmerzmittel

Patient: Ich habe jetzt noch nicht so genau mitbekommen, wie das jetzt mit der

Untersuchung geht ...

Dr. Kardel: Da gibt man Ihnen vorher was ... und dann schaut man, ob sich ein spezieller Tumor mit dem Mittel nachweisen lässt ... wenn das dann genau dieser spezielle Tumor wäre, dann kann man den dann auch mit diesem Mittel chemotherapeutisch behandeln ...

Während der Röntgenbesprechung erklärt der Chefarzt den Ärzten kurz, dass man bei Herrn Dunker im Falle eines bestimmten Tumors, diesen dann mit bestimmten radioaktiven Isotopen behandeln könne. Nachmittags sucht der Chefarzt den Patienten persönlich auf und möchte sich bei diesem dafür bedanken, dass er wiedergekommen ist. Am Mittwoch findet schließlich die Untersuchung statt. Am Donnerstag kann der Patient dann wieder nach Hause gehen. Am Freitag werden die Bilder von der Szintigrafie während der Röntgenbesprechung gezeigt. Es ist keine Anreicherung des Nukleotids im Tumorgewebe nachweisbar. Der Chefarzt erklärt, dass er jetzt noch auf den Befund der Punktion warte und dass man im Falle eines positiven Ergebnisses der Szintigrafie den Mann hätte schonend von innen behandeln können:

Freitag 17.9.

12:15 (Röntgenbesprechung)

Chefarzt: ... von der Punktion, da erhoffe ich mir noch Klarheit ...

Röntgenarzt: ... die Szintigrafien waren beide negativ ...

Chefarzt: Erklärt ist es jetzt aber noch nicht ... es geht ihm jetzt als 84 jährigem Mann recht gut ... je nach Befund, fragt man sich jetzt, was man mit dem Mann jetzt macht ... hätten ihn dann ja schonend mit Jod 131 behandeln können ...

Röntgenarzt: Oder mit Octreotid ...

Chefarzt: .. gehen wir erst mal von einem Nebennierenkarzinom aus ... mehr können wir jetzt nicht sagen ...

Am Montag liegt dann schließlich der Befund der Punktion vor. Die Ergebnisse sind ohne klinische Relevanz, da zur Probenentnahme möglicherweise nicht die richtige Stelle getroffen worden ist.

Montag 20.9.

9:00 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Kardel: Noch Herrn Dunker anrufen ... haben dann nichts gefunden

Beobachter: Daneben punktiert?

Dr. Kardel: Ja ... der Befund ist dann erst Freitag Nachmittag gekommen, hatte angerufen und dann noch mal durch Fax ... habe ich jetzt zwei mal ... untersucht wurde er dann am Montag ... war zwar noch nicht unterschrieben ... aber dass die dann nicht mal anrufen ... hätte man dann Montag anrufen können

Beobachter: Vielleicht hätte man dann Dienstag oder Mittwoch nochmals punktieren können ...

Dr. Kardel: ... ja, man hätte zumindest überlegen können.

Famulant: Was sagt man ihm jetzt?

Dr. Kardel: ... dass das Ergebnis jetzt keine klinische Relevanz hat ... das stimmt dann auch.

Über den ganzen Behandlungsprozess sind die Pannen auszugleichen, die durch die Betreuungslücken bzw. häufigen Personalwechsel entstehen. Es entstehen Pannen hin-

sichtlich der Termine der diagnostischen Prozeduren, die dann wieder durch besondere Ansprache des Patienten aufgefangen werden müssen. Die Kommunikation zwischen den Funktionsabteilung und den Stationsärzten verzahnt sich nicht mit den Zeitplänen auf der Station. Neben den Diskontinuitäten in der personalen Betreuung des Patienten erscheinen nun Koordinations- und Kommunikationsprobleme zwischen den Ärzten. Alle Beteiligten Akteure müssen hier „Reparaturarbeit“ leisten, um die Lücken wieder auszufüllen.

Von der personengebundenen zur azentrischen Fallbearbeitung (»das entgleitet einem dann«)

Nicht desto trotz folgt das Gesamtgeschehen der für die komplexen Fallproblematiken typischen medialen Orientierung. So geht der Chefarzt konsequent der differenzialdiagnostischen Variante nach, ob es sich hier nicht doch um einen behandelbaren Tumor handeln könnte. Er orientiert sich hier weiterhin an einer medizinischen Logik, die es gebietet auszuloten, ob man einen vierundachtzigjährigen geistig fitten Mann nicht doch noch „schonend“ behandeln könnte.²⁴ *Die neue Knappheit im ärztlichen Personal geht hier also nicht zu Lasten der medizinischen Auseinandersetzung mit der Fallproblematik. Wie im Jahr 2001 wird diese hier auf einem hohen reflexiven Niveau geleistet.* Es werden eine Vielzahl von Untersuchungen durchgeführt und die Implikationen der Maßnahmen – einschließlich der Kritik am Vorgehen – thematisiert. *Neue Probleme erscheinen nun jedoch zum einen in der mangelnden Verzahnung von Prozeduren und andererseits in einem Bereich, der im Sinne der klassischen Professionstheorie als Kernbereich ärztlicher Professionalität gesehen wurde – nämlich den Patienten als Person in seinen psychosozialen Bedingungen in einer Arzt-Patient-Beziehung zu konstituieren und dies für die Behandlung zu berücksichtigen.*

Auf einer tieferen Ebene treffen diese Prozesse jedoch durchaus auch die professionelle Identität des Internisten, denn seine Form über den Patienten zu wissen, verändert sich hiermit. Er wird von nun an nicht mehr immer das Ganze überblicken, sondern auch mal mit geteilten Verantwortlichkeiten und Wissensgefügen leben müs-

24 Auch wenn man dem Chefarzt „Neugierde“ und medizinisch wissenschaftliches Interesse an dem Fall zuschreiben mag, zeigt der von ihm verfolgte Pfad durchaus einen therapeutischen Sinn. In diesem Falle war das Bemühen offensichtlich erfolglos, doch andere Beobachtungen zeigen durchaus auf, dass die Praxis des Chefarztes, auch seltenen Diagnosen nachzugehen, immer wieder von Erfolg gekürt wird. So gelang es dem Chefarzt beispielsweise im September 2004 ein so genanntes Insulinom nachzuweisen, einen seltenen Drüsentumor, den die Stations- und Oberärzte übersehen hatten. Siehe zur Illustration die folgende Beobachtungssequenz:

24.9.2004, 8:30 (Stationszimmer)

Dr. Elwert: jetzt auch mit Herrn Mandel ... müssen wir jetzt doch sagen, dass es eine atypische Glykämie war ... atypisch ... aber es war eine ... hat der Chef dann recht gehabt ...

Bebachter: habe mir dann heute bei der Chefvisite gedacht „als Irritationsquelle gegen eingefahrene Bahnen ist das wirklich gut“ ... ist dann auch Teil einer internistischen Kultur der doppelten Meinung
Dr. Mandel: ja ...er ist dann manchmal richtig verbohrt, wie er einen Pfad verfolgt ... aber manchmal landet er einen Volltreffer ... sagen ja viele Kollegen „die Chefvisite ist überflüssig“ ... und es reicht der Oberarzt ... aber der Oberarzt ist dann doch immer näher bei uns dran hat dann nicht den Abstand, während der Chef dann wirklich Abstand hat vom Stationsalltag ...

sen. Der Prozess »entgleitet« nun, »driftet« weg, wie ein Stationsarzt diesen Vorgang benennt.²⁵ Dieses Entgleiten lässt sich keineswegs als Zustand psychischer oder kognitiver Verwirrung verstehen. Die Ärzte zeigen weiterhin eine hohe Kompetenz im Krisenmanagement, können über Lücken geschickt hinweg managen und haben in der Regel ein gutes Gespür, wann dringende medizinische Hilfe angebracht ist. Dennoch erscheint nun eine andere epistemische Konfiguration des Wissens, die sich eher azen-trisch und weniger an Einzelpersonen gebundenen beschreiben lässt. *Personell waren die komplexen Fälle im Jahr 2001 noch überwiegend an den betreuenden Stationsarzt angebunden. Dieses Verhältnis lockert sich nun unter den im Jahr 2004 beobachteten Verhältnissen. Wenngleich die Fälle noch nicht zu reinen „Teampatienten“ geworden sind, wie dies bei der Chirurgie üblich ist, werden insbesondere in den Phasen zusätzlicher Personalknappheit auch die komplexen Fallproblematiken vermehrt „taylorisiert“ bearbeitet.*

In diesem Sinne lässt sich „Entgleiten“ so verstehen, dass ein einzelner Arzt nun nicht mehr den gesamten Prozess steuern kann. Von seinem alten Verständnis her hat der Internist die ganzen Organsysteme im Blick zu haben und zudem die psychosozialen Potentiale des ihm anvertrauten Patienten zu berücksichtigen. Gerade letzteres kann unter den neuen dynamischen Verhältnissen nicht mehr geleistet werden. *Der internistische Stationsarzt erscheint auch bei den komplexen Fallproblematiken nicht mehr unbedingt als der Akteur, welcher den Patienten wirklich gut kennt, bzw. dieses Wissen im Bedarfsfalle persönlich an seinen Kollegen oder Vorgesetzten übergeben kann. Der den Behandlungsprozess verbindende rote Faden stellt nun die Patientenakte und die in den Entscheidungsgremien der Abteilung sich aktualisierenden Behandlungspfade dar (z. B. Chefvisite und Röntgenbesprechung).*

Internistische Orientierungen im Wandel?

Die neue Knappheit im ärztlichen Personal – dieser Befund zeigt sich in allen untersuchten Beispielen – geht hier zunächst nicht zu Lasten der *medizinischen* Auseinandersetzung mit der Fallproblematik. Wie im Jahr 2001 wird diese auf einem hohen reflexiven Niveau geleistet. Es werden eine Vielzahl von Untersuchungen durchgeführt und die Implikationen der Maßnahmen – einschließlich der Kritik am Vorgehen – the-

25 Siehe hierzu nochmals folgende Beobachtungssequenzen:

Dienstag, 21.9. (Beim Mittagessen in der Cafeteria)

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

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

(ein wenig später)

Dr. Elwert (zum Beobachter): ... jetzt die Lücken ... die Kontinuität halten ... dass schafft man dann nicht ... das entgleitet einem dann ... wenn ich dann Donnerstag Dienst habe ... dann sehe ich Freitag, und am Wochenende ... dann komme ich wieder und kenne die Hälfte der Patienten nicht und die anderen habe ich vergessen, wo es eigentlich drum geht ... irgendwann driftet einen das weg, und dass ist dann für einen Internisten schlimm, der alles überblicken und abklären will ...

matisiert. Der internistische Habitus lässt sich weiterhin dadurch charakterisieren, nicht blind den Verwaltungsvorgaben zu folgen, sondern sich gegebenenfalls durch eine oder andere Täuschungsmanöver gewisse Handlungsspielräume – auch zu (ökonomischen) Lasten der eigenen Organisation – zu erhalten. Für die Internisten bleibt das auf den konkreten Einzelfall bezogene Denken und die hieraus abzuleitenden medizinischen Anforderungen handlungsleitend und eben nicht die abstrakten ökonomischen Kalküle, welche dem Gesetz der großen Zahlen folgen.

Über diesen grundlegenden Befund hinaus lassen sich jedoch durchaus einige Veränderungen innerhalb der internistischen Orientierung bemerken. Unter dem neuen Primat der kurzen Liegezeiten lassen sich einige Abkürzungsstrategien feststellen. Während der „alte“ Internist oft noch dem Leitspruch „*watch and wait*“ folgte, also davon ausging, dass sich unter sorgfältiger klinischer Beobachtung, die Lösung vieler Probleme von selbst zeigt, werden nun in der Regel schon zu Beginn der Behandlung parallel verschiedene, teils auch invasive diagnostische Prozeduren angefahren, um die Dinge schnell abklären zu können. Hierdurch wird der Prozess beschleunigt, von seinem Charakter aber auch *medizinaler* und *technisch aufwendiger*.

Darüber hinaus führt die knappere personelle Besetzung zu einer anderen Organisation der ärztlichen Arbeit. Während früher die komplexen Fälle fast ausschließlich an einen Stationsarzt angebunden waren, werden diese Behandlungsprozesse nun insbesondere in den Perioden zusätzlichem Personal mangels als „Teampatienten“ behandelt. Das den Behandlungsprozess verbindende Moment ist nun die Patientenakte. Hierdurch rückt die Arzt-Patient-Beziehung noch weiter in den Hintergrund, während die medizinischen Aspekte des Prozesses weiterhin vordergründig bleiben. Im Hinblick auf das Ganze „entgleitet“ dem Internisten der Prozess.

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. Dieses Arrangement stellt *höhere Anforderungen an die ärztliche Expertise*. In diesem Sinne sehen sich dann der Chefarzt wie auch die Oberärzte in ihrer Rolle aufgewertet, da hier der integrierende Überblick gefunden werden muss. Ebenso aber sehen sich auch die Stationsärzte, deren Fallverständnis²⁶ und medizinische Kompetenzen nun notwendige Voraussetzung darstellt, um das Management der Lücken und Diskontinuitäten auf hohem Qualitätsniveau leisten zu können, hinsichtlich der Wertigkeit ihrer Arbeit aufgewertet. Die aus zeitlichen und organisatorischen schwächere Anbindung der Ärzte an ihrer Patienten muss hier durch ein höheres Fallverständnis balanciert werden. Unter der Handlungsmaxime „kompliziert zu denken, aber nicht kompliziert zu handeln,“ deutet sich eine weitere Tendenz an, in der die Polarisierung zwischen den administrativen Restriktionen und dem medizinischen Ethos zu einer Modifikation gelangen könnte.

Wenn nun durch ärztliche Intelligenz die oft für den Patienten eine Zumutung darstellenden vielfältigen, diagnostisch technischen Prozeduren verringert werden können, dann würde zugleich gespart, ohne jedoch auf ärztliche Qualität zu verzichten. Notwen-

26 An dieser Stelle sei mit Gruber auf die Ergebnisse der Expertiseforschung hingewiesen, dass das Fallverständnis nicht auf deklarativen Wissen beruht, sondern auf der Integration langjähriger Erfahrung klinischer Praxis in eine neuartige Wissenskonfiguration (Gruber 1994; 1999).

dig wäre hierzu eine ärztliche Expertise, die auf hohe Erfahrung (einen guten klinischen Blick) zurückgreifen könnte. Man käme dann hier zu sich wechselseitig steigenden Ansprüchen an die Komplexitätsbearbeitung, in den Verhältnissen von Medizin und Reflexion von Ressourceneinsatz, was dann mittelfristig zu dem ökonomischen Paradoxon führen könnte, dass eine Medizin, die ihren kostenintensiven technisch diagnostischen Aufwand reduzieren möchte, dies nur zum Preis teurer menschlicher Expertise leisten kann. Unter dem für den internistischen Ethos geltenden Primat, dass bei komplizierten Fallproblematiken an der medizinischen Auseinandersetzung nicht gespart werden kann, deuten sich hier also verschiedene funktional äquivalente Wege an.

Nicht zuletzt deutet sich an verschiedener Stelle an, dass unter der Voraussetzung der ökonomisch defizitär bleibenden Behandlung mancher komplexer Krankheitsbilder nun Prozesse der interorganisatorischen *Delegation* an Bedeutung gewinnen. Auch in diesem Modi der Problembearbeitung würden die Ärzte entsprechend ihrer medizinisch-professionellen Orientierungen (und ihrer rechtlichen Verpflichtung) nicht auf eine Behandlung entsprechend ihres besten Wissens und Gewissens verzichten wollen. Es stellt sich nun zusätzlich die Frage, welchen Einrichtungen innerhalb des Versorgungsnetzwerkes man die komplexen Fallproblematiken zuschieben kann.

3 Chirurgische Handlungsorientierungen im Jahr 2000

Um die Handlungsorientierungen der Chirurgen während des ersten Beobachtungszeitraums empirisch begründet aufzuzeigen, beginnen wir mit Ausschnitten der bereits an verschiedener Stelle dokumentierten Fallrekonstruktion des Geschehens um Herrn Schmidt-Bauer (vgl. Vogd 2004a; b).

Der Fall „Schmidt-Bauer“

Herr Schmidt-Bauer, ein neunundvierzig jähriger Mann, wird am Mittwoch über die Notaufnahme wegen Verdachts einer akuten Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse) auf die Intensivstation der chirurgischen Abteilung aufgenommen.

Als „komplexe Fallproblematik“ unter besonderer ärztlicher Aufmerksamkeit

Dr. Mehring, der Oberarzt der Intensivstation²⁷ vermutet, dass die Einblutung in den Bauchbereich nicht allein von einer Pankreatitis herkommen kann und entscheidet sich zu einer diagnostischen Punktion. Aufgrund der Fermente im Blut kommt der Arzt zu dem Schluss, dass es sich hier nicht um eine Pankreatitis, sondern um eine eingeblutete Pseudozyste handelt:

27 Im Jahr 2004 verfügte die Abteilung noch über eine eigene Intensivstation („Wache“), die von den Chirurgen geführt wurde.

Dr. Mehring (im Interview): [...] das war eine Entscheidung, wo man sagen konnte, okay, wir machen jetzt erst mal gar nichts, beobachten das nur, nicht? haben's aber punktiert, um zu wissen was er hat und dadurch war eigentlich sehr früh klar, dass der keine Pankreatitis hat, sondern ne eingeblutete Pseudozyste, was man ja ganz anders behandelt [...].

Am Freitag wird der Patient auf die Normalstation verlegt. Eine Pankreatitis ist nicht ungefährlich. Nicht selten endet diese Krankheit tödlich. Den Ärzten ist mit Herrn Menzel, der seit sechs Wochen auf der Intensivstation mit dem Überleben ringt, das abschreckende Beispiel eines ungünstigen Verlaufs noch deutlich vor Augen. Thematisch erscheint dieser Behandlungsprozess nun als „komplexe Fallproblematik“, die in ihrer Prozessierung besonderer Beachtung bedarf. Die folgenden Tage wird Herr Schmidt-Bauer auf der Station beobachtet. Außer den regelmäßigen Blutkontrollen haben sich die Ärzte noch nicht für eine weitergehende Therapie oder Diagnostik entscheiden können. Auch auf der üblicherweise mittwochs stattfindenden Chefarztvisite wird diesbezüglich keine Entscheidung getroffen, da der Chef die Visite kurzerhand aufgrund mangelnder Arztpräsenz ausfallen lässt.²⁸ Die folgenden Tage liegt Herr Schmidt-Bauer auf der Station und wird von den Ärzten beobachtet. Auch am kommenden Montag ist seitens der Ärzte noch nicht entschieden, wie denn nun im Falle Schmidt-Bauer weiter vorgegangen werden soll. Die Stationsärztin bemerkt dem Beobachter gegenüber, dass man eigentlich nicht recht wisse, was man mit ihm hier auf der chirurgischen Station anfangen solle:

Montag, 27.3.

14:10 (Stationszimmer)

Dr. Schneider (zum Beobachter): Klar, der trinkt ganz gerne ein bisschen, ... hat ein paar kleine Zysten in der Pankreas ... wir können ja eigentlich hier mit ihm nichts anfangen ... ihn aufbauen (über die Ernährung) und dann kontrollieren, was geschieht ...

14:40 (Stationszimmer)

Dr. Schneider (zum Stationsarzt Scholz): Herr Schmidt-Bauer ... was machen wir jetzt mit dem ... muss die Sabine [Vorname der Oberärztin] entscheiden ... oder bauen wir den auf, stellen die Ernährung um und gucken dann noch mal wie es ihm geht ...

Organisationskultur des ökonomischen Mitdenkens

Elf Tage nach der Aufnahme des Patienten sehen sich die betreuenden Stationsärzte noch nicht in der Lage, eine Entscheidung hinsichtlich des weiteren Prozedere zu treffen. Im Prinzip wäre jetzt zu entscheiden, wie weit man mit der Diagnostik geht und ob dann nicht im Falle von weiteren so genannten Pankreaszysten eine Indikation für einen chirurgischen Eingriff bestehe. Wenngleich Dr. Schneider von ihrer Qualifikation her den Status einer chirurgischen Fachärztin besitzt, „traut“ sie sich weder den

²⁸ Als der Chef auf die Station kommt, ist ärztlicherseits nur der Arzt im Praktikum anzutreffen. Die Stationsärztin und die Oberärztin sind im OP und der Stationsarzt hat heute einen freien Tag, den er jedoch dafür nutzt, in einem Arztzimmer auf der Nachbarstation telefonisch Daten für eine wissenschaftliche Studie zur Katamnese laparoskopisch operierter Krebspatienten zu erheben. Der Chefarzt sucht den Stationsarzt in dem Arbeitszimmer auf und wirft ihm schreiend vor, dass dieser doch schließlich auf seiner Station zu sein habe. Ohne eine Antwort abzuwarten, verlässt der Chef den Raum und kündigt an, die Visite heute ausfallen zu lassen.

Patienten zu verlegen oder zu entlassen, noch den umgekehrten Weg zu gehen und eine weitergehende Diagnostik zu veranlassen. Entlassen kommt nicht in Frage, da – trotz der Eigenanteile des Patienten im Hinblick auf seinen Alkoholkonsum – die Last der Verantwortung hierfür zu groß wäre, weil eine Pankreatitis immer auch letal verlaufen kann. Diagnostische oder therapeutische Initiativen sind jedoch etwa mit dem Verweis auf unnötigen Kostenaufwand stets der Gefahr einer Kritik durch den Chefarzt ausgesetzt. *Anders als bei den Internisten bestand bei den Chirurgen schon im Jahr 2000 eine Organisationskultur, entsprechend der es dazu gehörte, die Kosten von Prozeduren und potentielle Einnahmeverluste mitzudenken.*²⁹ Entsprechend wird die Entscheidung an die Oberärztin delegiert, die jedoch aufgrund ihres vollen OP-Programms kaum auf der Station anzutreffen ist. Auch wenn hier als primärer Orientierungsrahmen das Medizinische im Vordergrund steht – man nimmt das Krankheitsverlauf sehr ernst und will den Patienten deswegen weiterhin kontrollieren – wird das Geschehen durch andere Rahmungen überlagert, was dann in den folgenden Ausführungen deutlicher wird.

Zwei Tage später wird der Patient dem Chefarzt während der regulären Mittwochsvisite vorgestellt. Die im Fall Schmidt-Bauer am meisten engagierte Stationsärztin ist während der Visite im OP-Saal und kann deshalb nicht persönlich berichten. Die Oberärztin kündigt an, dass zur weiteren diagnostischen Abklärung noch eine Computertomografie durchgeführt werden solle. Der Chefarzt stellt einige Differenzialdiagnosen und fragt die Ärzte nach dem Vorbefund und ob schon einmal eine ERC³⁰ durchgeführt worden sei. Die Oberärztin benennt die akute Pankreatitis als den Vorbefund und gibt auf den ersten Teil der Frage keine Antwort. Der Chefarzt bestätigt, dass eine CT in diesem Falle eine sinnvolle diagnostische Maßnahme sei. Nach der Visite schauen sich die Oberärztin und der Stationsarzt gemeinsam die Akte von Herrn Schmidt-Bauer an. Frau Dr. Puls stellt fest, dass zunächst das Ergebnis der Computertomografie abgewartet werden solle, bevor die weitergehende Diagnostik durchgeführt werden könne.

29 Überflüssige CT-Untersuchungen sollen auf Anordnung des Chefarztes unterbleiben. Die regelmäßige Röntgenbesprechung dient dabei als das Kontrollorgan, um diesbezügliche Vergehen sanktionieren zu können. Die folgende Gesprächssequenz zwischen dem Altassistent Dr. Malek und einer Oberärztin lassen die sich hieraus entfaltende Dynamik deutlich werden:

Mittwoch, 8.3.2000, 11:30 (im Stationszimmer)

Dr. Malek: Der Patient hat ein Aortenaneurysma. Ultraschall in einem Vierteljahr zur Kontrolle?

Oberärztin Dr. Kindl: Unter fünf Zentimeter nur zur Kontrolle.

Dr. Malek: Mit schlechtem Gerät ist dies nur schwer abgrenzbar, es könnte auch eine Darmschlinge sein. Es muss noch eine weitere Untersuchung gemacht werden.

Oberärztin: Es kommt nicht in Frage, hier ein CT zu machen. ... [das Aneurysma] nebenbei festgestellt, eigentlich kam er wegen Polypen. Wenn nur vier Zentimeter Durchmesser dann kann er draußen bleiben. Aber jetzt ein CT? Was wollt Ihr noch da machen?

Oberärztin (zum Beobachter): Wenn ein CT gemacht ist, gibt's eins aufs Dach vom Chef, wenn der das dann am Morgen bei der Röntgenbesprechung sieht. Manchmal kann man die Bilder auch vorher herausnehmen, aber das kann dann noch mehr Ärger geben.

30 ERC: Abk. für endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie. Methode zur Darstellung des Gallengangsystems durch retrograde Einführung eines Endoskops und anschließende Kontrastmittelinjektion.

Unterbrochene Kommunikationsflüsse

Ein wenig später berichtet der Stationsarzt seiner aus dem Operationsaal zurückgekehrten Kollegin von der Panne während der Chefvisite: Weder er, noch die Oberärztin, hätten über die Vorgeschichte von Herrn Schmidt-Bauer Bescheid gewusst. Im Hinblick auf die Ergebnisse der Chefvisite bemerkt die Stationsärztin, dass sie die Durchführung einer diagnostischen ERC für nicht sinnvoll halte, zumal sich der Oberarzt der Intensivstation bezüglich der Diagnose recht sicher sei:

Mittwoch, 29.3.

11:10 (Stationszimmer, der Stationsarzt tauscht sich mit Dr. Schneider, die gerade aus dem Operationsaal gekommen ist, über das aktuelle Geschehen auf der Station aus)

Stationsarzt: Heute morgen einen Anschiss gekriegt, weil wir nicht wussten, ob er ERCipiert worden ist ... wann sollte ich mich auch darum kümmern? [...]

Stationsärztin: Und der Chef ist mit der CT einverstanden?

Stationsarzt: Ja, aber der Chef meint auch noch eine ERC ...

Stationsärztin: ERC bringt es nicht ... Dr. Mehring sagt, der hat freie Flüssigkeit in der Milz ...

Die Entscheidungsfindung wird hier durch das Problem belastet, dass die Kommunikationsflüsse innerhalb des ärztlichen Teams durch das volle OP-Programm gebrochen werden. Die Träger der entscheidenden Informationen sind nicht immer zur rechten Zeit am rechten Ort anwesend. Auch der Oberarzt der Intensivstation – wenngleich gerade er relevantes Wissen zu dem Fallgeschehen beizutragen hätte – befindet sich außerhalb des Stabs der Entscheidung.³¹ Als „draußen liegende“ Information wird diese nicht verhandelt und stellt bestenfalls eine Meinung dar. Relevant für die Entscheidungskommunikation scheint nur das zu sein, was innerhalb der Hierarchielinie thematisiert wird.

Mikropolitische Rahmen

Am Mittwochnachmittag werden auf der Röntgenbesprechung bereits die CT-Bilder besprochen. Die Röntgenärztin schildert, dass die Zysten sich nicht verändert hätten, der Flüssigkeitsraum in der Milz sich jedoch vergrößert habe. Die Stationsärztin fragt, ob die Zyste mit dem Pankreas verbunden sei. Die Aufnahmen scheinen hierzu jedoch keinen Hinweis zu geben. Die Oberärztin und die Stationsärztin schauen sich

31 Aus dem Einzelinterview mit dem Oberarzt der Intensivstation lässt sich die Geschichte von Herrn Schmidt-Bauer wie folgt rekonstruieren:

Dr. Mehring: »[...] und bei dem Schmidt-Bauer, das war dieser junge Mann mit der Pankreatitis, nicht? Da haben wir es auch richtig entschieden, nicht? Da ging es nur darum, da haben wir punktiert, ne? Die Zyste punktiert, nicht? Das war eine Entscheidung, wo man sagen konnte, okay wir machen jetzt erst mal gar nichts, beobachten das nur, nicht? Haben 's aber punktiert, um zu wissen, was er hat und dadurch war eigentlich sehr früh klar, dass der keine Pankreatitis hat, sondern ne eingeblutete Pseudozyste, was man ja ganz anders [behandelt. [...] Ich hab dann an dem Aufnahmetag noch einen Ultraschall gemacht und unter Ultraschall so ein Gebiet, wo es also eingeblutet hat, da anpunktiert und dachte eben, das also blutig war und gleichzeitig noch hoher Gehalt auch an Fermenten, war klar um was es sich handelt, nicht? Das hat also die Diagnosefindung außerordentlich beschleunigt in dem Fall, ne?«

im Anschluss an die Besprechung nochmals die Aufnahmen von Herrn Schmidt-Bauer an. Die Oberärztin bittet die Röntgenärztin, die Bilder am nächsten Tag nochmals aufzulegen, damit der Chefarzt sie sehen könne. Der Versuch, diesen am Donnerstag durch die erneute Präsentation in den Entscheidungsprozess zu involvieren, missglückt aufgrund erneuter Abwesenheit des Chefarztes. Am Freitag ist das weitere Prozedere von Herrn Schmidt-Bauer immer noch ungeklärt. Der Stationsarzt schlägt vor, eine Entscheidung durch den Chefarzt einzufordern, möchte diesen allerdings nicht persönlich mit den aktuellen Ergebnissen konfrontieren, sondern weist darauf hin, dass dies die Aufgabe der Oberärztin sei. Dr. Schneider verweist nochmals auf das Votum der letzten Chefvisite, fügt jedoch hinzu, dass die dort in Betracht gezogene diagnostische ERC in seinem Falle ein nicht unerhebliches Risiko berge. Als Strategie, um mit diesem Entscheidungsproblem umzugehen, „entscheidet“ sich die Stationsärztin dafür, erst einmal abzuwarten. *Die vorangegangenen Szenen verweisen auf eine „mikropolitische“ Rahmung, die den Behandlungsprozess überlagert. Innerhalb der chirurgischen Hierarchie, wie diese sich im Jahr 2000 dargestellt hat, kann der ‚einfache‘ Stationsarzt nicht ohne Weiteres den Chefarzt aufsuchen und von diesem eine Entscheidung einfordern, denn der Chef entscheidet selbst darüber, wann er entscheidet.*³² Stattdessen entfaltet sich ein subtiles Spiel, den Chefarzt auf indirektem Wege zu einer Entscheidung herauszufordern, etwa indem die Bilder des Patienten ein weiteres Mal während der routinemäßigen Röntgenbesprechung präsentiert werden, in der Hoffnung, dass der Chef auf die Information anspringt.

Am kommenden Montag hat der Chefarzt die Bilder gesehen und ordnet eine diagnostische ERC an. Die Prozedur wird ohne Komplikationen am folgenden Dienstag durchgeführt. Am nächsten Morgen werden die Ergebnisse auf der Röntgenbesprechung vorgestellt. Es zeigt sich eine Pseudozyste. Die vor fast drei Wochen vom Oberarzt der Intensivstation gestellte Diagnose wird nochmals bestätigt.

Trotz der mikropolitischen Konstellationen tritt hier wieder die medizinische Rahmung in den Vordergrund. Letztlich wird auch hier wieder der im Hinblick auf die komplexen Fallproblematiken vertraute Aufwand betrieben, um Diagnosen zu sichern und zu einer begründeten Entscheidung zu gelangen.

Reattribution der Verantwortlichkeiten

Die nun erhärtete Diagnose stellt für die Chirurgen eine Operationsindikation dar. Der Patient erklärt jedoch, dass er einen chirurgischen Eingriff ablehne. Im Hinblick auf die Gefahr von schweren Komplikationen erklärt der leitende Oberarzt mit Verweis auf die Verantwortung, die die Ärzte für diesbezügliche Missgeschicke zu tragen hätten, dass es durchaus in Ordnung sei, wenn der Patient sich nicht operieren lassen wolle – zumal er es ja durch die Vermeidung weiterer Exzesse selber in der Hand habe, weiteres Übel zu vermeiden. Der Chefarzt bekundet auf der anschließenden Visite ebenfalls, dass es unter der Voraussetzung regelmäßiger diagnostischer Kontrollen damit einverstanden

32 Eine ausführliche Rekonstruktion der Rolle des Chefarztes als »Meta-Entscheider« findet sich in Vogd (2004b, 230f.).

sei, wenn der Patient sich jetzt nicht operieren lassen wolle, zumal der Eingriff ja auch noch später durchgeführt werden könne. Abschließend informiert die Stationsärztin den Hausarzt von Herrn Schmidt-Bauer über die Ergebnisse des Krankenhausaufenthaltes und dass der Patient die Operation abgelehnt habe. Sie weist nochmals auf die Notwendigkeit hin, regelmäßig diagnostische Kontrollen durchführen zu lassen. Außerdem solle man den Patienten in drei Monaten erneut bei den Chirurgen vorstellen.

Im Sinne einer sauberen Verteilung der Verantwortlichkeiten kommt der Fall von Herrn Schmidt-Bauer erst dann zum Abschluss, wenn die Weiterbetreuung des Patienten im medizinischen System zumindest gesichert ist. Dies geschieht, indem die Aufgabe an den Hausarzt weitergereicht wird und dieser sorgfältig instruiert wird, was an weiteren Maßnahmen zu geschehen habe und vor allem, dass es an der Fehleinschätzung des Patienten liege, dass das medizinisch Indizierte noch nicht geschehen sei. Das medizinische Rational ist nun geschlossen, man hat alles getan, was man tun konnte und retrospektiv bekommt nun auch der lange Aufenthalt auf der chirurgischen Station einen administrativ nachvollziehbaren Sinn.

Zusammenfassung

Primärer Rahmen: medizinische Orientierung

Wie der Fall Schmidt-Bauer illustriert, stellen bei den Chirurgen auch bei den komplexen Fallproblematiken die medizinischen Orientierungen den primären Rahmen. Selbst wenn ein hoher Aufwand zu treiben ist, gilt es den Prozess bis zu einer vertretbaren Entscheidung zum Abschluss zu bringen. *Auch wenn damals schon seitens der ärztlichen Leitung auf Kostendeckung und sparsamen Einsatz der Mittel geachtet wurde, steht hier die medizinische Logik des Einzelfalls im Vordergrund.* Man fühlt sich von ärztlicher Seite verpflichtet, die medizinische Problematik umfassend abzuklären.

(noch) Zeit für mikropolitische Spiele

Den medizinischen Prozess zwar nicht negierend doch überlagernd, zeigt sich innerhalb der chirurgischen Abteilung während des ersten Beobachtungszeitraums eine Dynamik, die wir anlehnend an Ortman et al. (1990) als mikropolitische-Rahmung bezeichnet haben. Es zeigt sich eine Kultur der Kommunikationsvermeidung, induziert durch das *double bind* der Leitungsebene, diese sowohl involvieren zu müssen als auch nicht involvieren zu sollen. Da der offizielle Dienstweg nicht ohne Risiko der symbolischen Degradierung begangen werden kann – den Chefarzt kommunikativ herausfordern zu wollen, ist gefährlich – bekommen für die untergeordneten Akteure Strategien wie „Informationen nicht zur Geltung bringen“, „abwarten“ oder auch „dem Zufall mal ein wenig nachhelfen“ eine wichtige Bedeutung, um im ärztlichen Feld bestehen zu können. Wenngleich der Fall Schmidt-Bauer primär in einem medizinischen Rahmen verhandelt wird – denn es geht hier um die richtige Diagnose und Therapie – wird un-

terschwellig auch die hierarchische Ordnung behandelt. In den sich hier offenbarenden ‚mikropolitischen Spielen‘ werden Positionen bestätigt und reproduziert. Insbesondere die leitenden Ärzte kommen hierdurch in die Lage, noch in gewissen Rahmen über ihre Zeit verfügen zu können. Es wäre jedoch zu einfach, die Ursache dieser Dynamik einfach dem Charakter von Einzelpersonen zuzurechnen, hier etwa dem Despotismus des Chefarztes oder der Entscheidungsschwäche der Stationsärzte.³³ Vielmehr scheint hier als strukturelle Variable gerade auch die besondere Situation in der Chirurgie zum Tragen zu kommen.

Die chronische Überlastung, die Notwendigkeit, sparsam mit den Ressourcen umgehen zu müssen, der knappe Raum für die Stationsarbeit und die hohe Last der Verantwortung – etwa wenn es sich um riskante operative Eingriffe handelt – lassen ein System der Distribution von Entscheidungslasten emergieren, indem die beiden Pole „Entscheidungsvermeidung“ und „despotische Entscheidungsautorität“ nahe beieinander liegen. Die hier deutlich werdenden Eigenarten in der innerhierarchischen Kommunikation können deshalb auch so gedeutet werden, dass das Behandlungssystem auf der einen Seite dringlich nach jemanden verlangt, der angesichts knapper ökonomischer Ressourcen die Verantwortung für prekäre Entscheidungen übernimmt und auf der anderen Rahmenbedingungen vorliegen, die es nicht bestrafen, wenn Entscheidungen einige Tage (und manchmal auch Wochen) hinausgezögert werden.

4 Chirurgische Handlungsorientierungen im Jahr 2004

Versuchen wir nun im Folgenden die grundlegenden Handlungsorientierungen der chirurgischen Ärzte aus dem Beobachtungszeitraum 2004 zu rekonstruieren. Wir werden hierzu drei Fallbeispiele vorstellen, an denen sich jeweils ein Aspekt besonders gut herausarbeiten lässt. Wir beginnen mit der Rekonstruktion des Fallgeschehens um Herrn Mansfeld, um aufzeigen zu können, dass im Falle der „komplexen Fallproblematiken“ die ökonomischen Überlegungen gegenüber den medizinischen Kriterien weiterhin in den Hintergrund treten. Mit Herrn Pfahl und Frau Firnament richten wir die Aufmerksamkeit zunächst mehr auf die sich verändernden mikropolitischen Verhältnisse sowie eine dem Primat der kurzen Liegezeiten besser angepasste Arbeitsorganisation.

An dieser Stelle ist nochmals darauf hinzuweisen, dass Vergleichbarkeit der Fälle über das gemeinsame Thema „komplexe Fallproblematiken“ hergestellt wird, nicht über einzelne Krankheitsbilder. Vergleichbar wird hier die Prozessorganisation von Behandlungen, die nicht mit den Standardroutinen bewältigt werden können und entsprechend nach einem überdurchschnittlichen medizinischem und diagnostischem Aufwand verlangen, was entsprechend ärztliche Zeit und andere Ressourcen kostet. Über

33 Dies bedeutet natürlich nicht, dass einzelne Charaktere auch mal über das Ziel hinausschießen, die „Eigenarten“ einer Persönlichkeit durchaus auch Einfluss auf das Geschehen haben können. Dennoch, um mit Rohde zu sprechen, »die faktische Autoritätsstruktur (die übrigens nicht eigentlich als informelle angesehen werden darf, da sie zwar von der formellen abweicht, dennoch nicht an der zufälligen Konstellation der beteiligten Individuen, sondern an den funktionalen Notwendigkeiten anknüpft) bestimmt das Maß an Spannungen und Konflikten« (Rohde 1974, 374).

dieses *tertium comparationis* werden schließlich unterschiedliche internistische und chirurgische Behandlungsprozesse im Sinne unserer Fragestellung vergleichbar.

Der Fall „Mansfeld“

Herr Mansfeld, ein siebzig Jahre alter Mann, wird zur Operation eines Aortenaneurismas auf die chirurgische Abteilung aufgenommen. Nach dem Eingriff kommt es zu einer Blutung, aufgrund dessen der Chefarzt den Patienten noch in der Nacht ein zweites Mal operiert. Am frühen Morgen kommt der Patient wieder auf die Station. Da er weiterhin Fieber und hohe Entzündungsparameter zeigt, entscheidet sich der diensthabende Oberarzt dazu, den Patienten erneut auf die Intensivstation zu verlegen.

Hohe Aufmerksamkeit für Problemfälle

Am folgenden Montag sprechen die Oberärzte auf dem Weg zur morgendlichen Visite auf der Wache kurz über den Fall. Oberarzt Hertel erwähnt, dass die Sache mit der Verlegung auf die Intensivstation nicht so glücklich verlaufen sei, zumal der Chefarzt die Philosophie vertrete, dass man solche Fälle auf der peripheren Station behandeln solle. Der Chefarzt der Intensivstation berichtet, dass Herr Mansfeld noch Fieber und viele Leukozyten habe. Der leitende Oberarzt beschließt, den Patienten wieder auf die Station zu verlegen, um dort die Infektion zu klären:

Montag, 13.12.

7:45 (auf der Wache, Dr. Feuerstein, der Chefarzt der gemeinsamen Intensivstation empfängt die Ärzte)

Dr. Feuerstein: Herr Mansfeld ... hatte acht null Fieber, aber noch achtundreißigtausend Leukos ...

Dr. Hundt (leitender Oberarzt der chirurgischen Abteilung): ... kann dann zu uns, und dann klären wir den Infektstatus weiter

Während der Röntgenbesprechung erwähnt die Chirurgin aus dem Nachtdienst nochmals, dass Herr Mansfeld Fieber mit unbekannter Ursache habe. Der leitende Oberarzt, nennt zwei Antibiotika, die nun zu geben seien. Herr Mansfeld liegt nun wieder auf der Station. Der Stationsarzt erkundigt sich telefonisch nach den Ergebnissen der mikrobiologischen Untersuchungen:

Auf der Station

8:10 (Stationszimmer)

Pfleger: Herr Mansfeld, kommt wieder hoch, damit wir ihn wieder runter legen können ...

Dr. Stiehl: ... Du lästerst ...

(ein wenig später)

Dr. Stiehl (telefoniert): ... die Mikrobiologie von Herrn Mansfeld ... wollte jetzt das Ergebnis erfragen von Herrn Mansfeld ... war ein Blutbild und eine Kath-Spitze ... bei Thomas ... bei mir steht jetzt Peter das Geburtsdatum ist der 7.11.34 ... wenn bei Ihnen was auftaucht, können Sie mich unter vier sieben fünf acht anrufen ...

Die vorangehenden Sequenzen lassen deutlich werden, dass Herr Mansfeld nun als Problempatient identifiziert ist und von den Ärzten entsprechend eine hohe Aufmerksamkeit bekommt. Der diensthabende Oberarzt hat den Patienten zunächst entgegen der üblichen Praxis, auch Probleme und Komplikationen so weit wie möglich auf der normalen Station zu behandeln, auf die Intensivstation verlegt. Der leitende Oberarzt entscheidet im Sinne der üblichen Philosophie, den Patienten auf der Station weiter zu behandeln.³⁴ Als „komplexe Fallproblematik“ gerahmt, wird nun seitens des Stationsarztes besonderes Augenmerk auf den Patienten gelegt. Der Infektstatus ist noch nicht geklärt und man weiß noch nicht, was an weiteren Komplikationen auf die Ärzte zukommt. Entsprechend kann nicht gewartet werden, bis das Labor ein Ergebnis liefert, sondern man hat sich zuvor schon telefonisch zu erkundigen. Da zudem administrative Fehler, wie hier die Namensverwechslung häufiger vor kommen, haben die Ärzte eine diesbezügliche Intuition bzw. Reflexivität zu entwickeln.

34 Hier zeigen sich dann unterschiedliche Behandlungsphilosophien zwischen den Internisten und den Chirurgen. Während erstere im Sinne maximaler Sicherheit, Patienten gerne noch ein wenig länger unter Intensivbetreuung liegen lassen, vertreten erstere die Auffassung, Patienten möglichst schnell wieder zu mobilisieren, um sie nicht zu hospitalisieren. Da die internistische und die chirurgische Intensivstation vor wenigen Wochen zusammengelegt wurden, gibt es regelmäßig Spannungen über die richtige „Entwöhnungsstrategie“, wie die folgende Beobachtung aufzeigt:

7:45 (*Visite auf der Wache. Die Ärzte stehen bei einem Patienten. Die betreuende Internistin erklärt, dass es dem Patienten noch nicht so gut gehe, und dass man ihn vielleicht noch ein wenig dabehalten solle.*)

Chefarzt: ... ist jetzt so, wenn wir ein Kind draußen aussetzen, wird es sich selbst ernähren ... nehmen wir ihn jetzt hoch ...

Internistin: ... er ist noch nicht ansprechbar ... sehr schwach ...

Chefarzt (schaut in die Kurve): ... müssen wir jetzt unterscheiden ... was ist jetzt medizinisch ... und was ist jetzt dadurch, dass wir ihn hier zwangsläufig immobilisieren ... hier wird er naturgemäß passiv gestellt ... ich nehme ihn jetzt hoch, und wenn es nicht klappt, kann er ja wieder runter ...

Internistin: ... ja aber ...

Chefarzt: ... Sie sind jetzt vielleicht fünf Jahre hier und ich habe jetzt fünfundzwanzig Jahre Erfahrung mit postoperativen

Chefarzt (im Vorraum, zu den chirurgischen Assistenten): würde ihn jetzt nicht in ein Einzelzimmer ... sondern vielleicht sogar ins 4 Bettzimmer ... Anregung ... und dann bewegt er sich schon ...

Internistin: ... er braucht jetzt nur ein bisschen Zuwendung, die bekommt er ja hier heutzutage sowieso nicht mehr ...

Chefarzt: das lasse ich mir nicht bieten ... als ob die Patienten bei uns keine Zuwendung bekommen ... unsere Pflege ist mindestens genauso gut wie hier ... und dann gehe ich mit ihm notfalls noch persönlich spazieren ...

Internistin: Sie verstehen mich falsch, ich will ihnen den Patienten gerne geben ... (*die chirurgischen Ärzte verlassen gemeinsam die Intensivstation (draußen)*)

Chefarzt: diese blöde, arrogante Internistenart ... sollen sie doch mal die Laborwerte anschauen ... dann sehen sie, dass der Patient ok ist ...

Leitender Oberarzt (telefoniert während des Laufens mit der Station): ... jetzt ein Bett für Patient Meier ... am besten jetzt kein Einzelzimmer ... er muss dann ernährt werden ...

Komplexe Fälle als Teampatienten behandeln

Am folgenden Tag scheint sich das Fieber etwas gesenkt zu haben. In der mikrobiologischen Untersuchung sind zwei verschiedene Keime gefunden worden:

Dienstag, 14.12.

7:10 (Frühvisite, im Patientenzimmer)

Dr. Stiehl: Herr Mansfeld, wie geht's ... immer noch Fieber?

Patient: ... siebenunddreißig

Dr. Stiehl: ... das ist ja gut ...

(später)

9:45 (im Stationszimmer)

Dr. Melini: Ich habe dann nachgeschaut ... bei Mansfeld ... Urin war Pseudomonas ... und Spitze war dann [Name eines anderen Keims] ... Empfehlung wollte er noch keine geben ... denke ich lassen wir das jetzt, was er gerade bekommt ...

Die Arbeit verschiedener Assistenzärzte greift hier ineinander. Der Arzt von der Frühvisite ist jetzt im OP-Saal. Nun muss sein Kollege den Prozess weiter vorantreiben. *Als komplexe Fallproblematik wird Herr Mansfeld nun zu einem „Teampatienten“, für den sich alle Stationsärzte gleichermaßen verantwortlich fühlen.*

Am Vormittag berichtet Dr. Melini der gerade aus dem Urlaub gekommen Oberärztin, welche Patienten gerade auf der Station liegen. Er erzählt ihr, dass Herr Mansfeld zweimal operiert wurde und dass man jetzt zwei Keime gefunden habe. Die Oberärztin erklärt, dass sie diesen Patienten persönlich sehen wolle. Ein wenig später stellt sich Oberärztin persönlich bei dem Patienten vor. Sie fragt ihn, ob es beim Urinieren brennen würde und erklärt ihm, dass er jetzt wegen dem Eingriff und der Infektion Antibiotika bekommen würde. Auf dem Gang bemerkt die Ärztin, dass sie über die Thrombosevorsorge verwundert sei.

Kleine Geheimnisse vor dem Chefarzt

Aus Anlass der am folgenden Tag stattfindenden Chefarztvisite bittet Oberarzt Hertel seine Kollegen, dem Chef nicht zu erzählen, dass er Herrn Mansfeld nochmals auf die Wache verlegt habe:

15:55 (auf dem Gang)

Oberarzt Dr. Hertel (zu Dr. Stieh und Oberärztin Dr. Miller): ... jetzt bei Herrn Mansfeld ... morgen bei der Chefvisite nicht erzählen, dass ich ihn dann noch mal auf die Wache ... Montag war er dann glücklicherweise nicht da ... habe ihn dann abends ... habe gedacht rufe ich da unten an ... und ein paar Minuten später war der dann unten ... jetzt, wenn der Patient damit anfängt, ihm den Mund zu halten ...

Die Tatsache, dass man den Fall im Dienst nicht alleine bewältigen konnte und den Patienten stattdessen auf die Intensivstation verlegt hatte, erscheint hier als Peinlichkeit, die man dem Chefarzt nicht zeigen möchte. Ein Chirurg hat hier in heroischer Manier das Geschehen selbst zu beherrschen. In diesem Sinne gilt es nun für den Oberarzt sein Gesicht zu wahren und er kann hier mit der Unterstützung seiner Kollegen rechnen,

denn vielleicht kämen sie auch einmal in die Lage, dass die eine oder andere Panne zu verbergen sei.³⁵

Am Mittwoch berichtet der Stationsarzt auf der Chefvisite, dass es dem Patienten jetzt gut gehen würde.

Lieber Kosten in Kauf nehmen als medizinische Risiken

Ein wenig später versucht der Stationsarzt telefonisch abzuklären, welche Antibiotika man denn nun geben könne. Er erklärt dem Mikrobiologen, dass man jetzt auch wegen dem Plastikimplantat eine breite Behandlung brauche, die alle Keime abdecken könne:

9:05 (im Stationszimmer)

Dr. Stiehl (telefoniert mit einem Mitarbeiter aus der Mikrobiologie): ... Herrn Mansfeld ... größere OP, und eine Plastikprothese eingesetzt ... er hatte ja Brennen im Urin ... dann Pseudomonas ... und dann jetzt wegen der Prothese ... sonst sind wir ja jetzt wesentlich kulanter ... aber jetzt mit der Plastik ... brauchen wir eine breite Behandlung ... die alles abdeckt ... gut ... bekommt jetzt von uns Citrobay ... bis Sonntag ... also (*Antibiotika X*) und Tacobac ... hm ... ok dann ... warten wir ...

Dr. Stiehl (erklärt dem Beobachter): jetzt müsste er eine Dreierkombination bekommen ... für den einen Keim brauchen wir dann gleichzeitig zwei Antibiotika und dann für dann anderen noch ein drittes ... was man jetzt am besten als Drittes gibt, da wollte sie jetzt noch ihren Chef fragen ...

Während der Verbandsvisite erklärt der Arzt dem Patienten, dass man jetzt nach dem richtigen Antibiotika suche. Zwischendurch ruft der Chefarzt der mikrobiologischen Abteilung an und erklärt, dass er selbst vorbeikommen wolle:

9:15 (Verbandsvisite)

Dr. Stiehl: Wir suchen noch nach dem richtigen Antibiotika ... [...]

(während der Visite klingelt das Telefon. Am anderen Apparat meldet sich der Chefarzt der mikrobiologischen Abteilung)

Dr. Stiehl (zum Patienten): ... jetzt will der Chef unserer Mikrobiologie selber kommen ...

Patient: ... der will sicher nur mal spazieren gehen und uns besuchen ...

Dr. Stiehl (wechselt die Pflaster auf dem Bauch und erklärt dabei): ... Sie haben jetzt zwei Keime ... und wir suchen jetzt ein Antibiotika, dass die Keime trifft, Sie aber besonders wenig trifft ...

[...]

Dr. Stiehl (das Telefon klingelt wieder): Ich komme ...

Auch der Chef Mikrobiologie „springt“ auf den Fall an, rahmt ihn als ein Geschehen, dass besonderer Beachtung bedarf und nun nach einer Entscheidung verlangt. Das Funktelefon senkt hier wieder die Schwelle für Kommunikation- und Kontaktaufnahme. Man kann nun sicher sein, den Stationsarzt auf der Station anzutreffen bzw. kann ihn telefonisch aus der Visite herausholen.

35 Solche Szenen sind auch im Jahr 2000 öfters beobachtet worden (vgl. Vogd 2004b, 236).

Der Stationsarzt weist den Mikrobiologen nochmals darauf hin, dass jetzt die Gefahr bestehe, dass sich in der neuen Prothese Bakterien festsetzen könnten. Der Chefarzt entscheidet sich für eine Antibiotikakombination, die ein recht teures Medikament enthält, da dies aufgrund der Prothese gerechtfertigt sei:

9:18 (im Stationszimmer)

Chef der Mikrobiologie: ... jetzt ist die Frage, kommt das von dem Katheter ... wenn der gezogen ist, müsste das jetzt in Ordnung sein ...

Dr. Stiehl: ist jetzt die Sache, es geht uns um die Prothese ... bekommt jetzt Citrobay .

Chef der Mikrobiologie: ... jetzt einfach irgendwas reingeben, das bringt jetzt auch nichts ... gut, es geht jetzt um die Prothese ... gut, Vancomycin ist jetzt schweineisch teuer ... aber jetzt mit der Prothese

[...] machen wir es jetzt ... dann noch Phospa ... (*Name eines anderen Antibiotika*) ... wenn die (*Bakterien*) sich jetzt abkapseln kommt man auch nicht dran ... gut machen wir das ...

Dr. Stiehl: ... ich schreibe auf, was Sie mir sagen ...

(*beide schauen in die Kurve*)

Chef der Mikrobiologie: U-Status ... Sediment macht ihr? ...

[...]

Dr. Stiehl: sollen wir morgen noch mal den U-Status?

Chef der Mikrobiologie: ... ja, kann man machen ... jetzt aber die Frage, wie kommt er an Pseudomonas ...

(*weitere Gespräch über die Hygiene auf der Station und dass sich dann leider viele Mitarbeiter doch nicht immer die Hände nach jedem Patientenkontakt desinfizieren*)

In dem kurzen Gespräch geht es nochmals darum, den Rahmen zu aktualisieren, der es gerechtfertigt, weitere Ausgaben in Kauf zu nehmen. *Von der Chefautorität von mikrobiologischer Seite legitimiert und durch die chirurgische Sachlage, dass eine Endoprothese eingesetzt wurde, begründet, wird hier die Entscheidung getroffen, der Abwehr medizinischer Gefahren den Vorrang gegenüber ökonomischen Überlegungen zu geben.*

Der Stationsarzt erklärt dem Patienten, dass er jetzt ein recht teures Medikament bekomme, welches nun getestet sei und entsprechend auch helfen würde:

9:58 (*wieder beim Patienten*)

Dr. Stiehl: Sie kriegen jetzt alles, was gut und teuer ist ...

[...]

Dr. Stiehl: Haben Sie noch brennen im Urin?

Patient: Nein ...

Dr. Stiehl: Gut, Sie bekommen jetzt auf unsere Kasse ein recht teures Medikament ...

Patient: Wenn das auch nicht hilft ...

Dr. Stiehl: Dann wissen wir auch nicht mehr weiter ... nein, das haben wir jetzt getestet und das hilft jetzt ...

(*ein wenig später*)

(*auf dem Gang*)

Krankenpflegerin (spricht Dr. Stiehl an): ... Herr Mansfeld ... der hatte doch Probleme mit dem Kreislauf

Dr. Stiehl: ... er lag ja jetzt zwei Tage auf der Wache ... hatte dann die Medikamente nur schlecht adsorbiert ... jetzt ist er wirklich wieder stabil ...

Teampatient, schnelle Kommunikationsflüsse und Entscheidungen auf eine starke Legitimationsbasis stellen

In der letzten Sequenz wird hier nochmals deutlich, dass in den Behandlungsprozess der komplexen Fallproblematiken das ganze Team involviert ist. Auch die Pflegekräfte wissen um das Geschehen und zeigen sich aufmerksam hinsichtlich dessen, was mit und um diese Patienten geschieht. Auch wenn die Sache hier medizinisch anders gelagert erscheint, als bei Herrn Pfahl, so zeigt sich doch die gleiche Dynamik. *Anders als im Jahr 2000 laufen die Prozesse hier innerhalb einer flacheren Hierarchie.* Der Einsatz der teuren Antibiotika braucht hier nicht mehr durch den Oberarzt oder den chirurgischen Chefarzt abgenickt zu werden, sondern kann nun schnell im Sinne eines arbeitsteiligen, nahezu lückenlos verzahnten Prozess weiter geführt werden. *Im Verhältnis zu früher wird nun schnell kommuniziert und entschieden, was jedoch nicht bedeutet, dass die Entscheidungen, so wie hier geschehen, auf eine starke Legitimationsbasis gestellt werden müssen.*

Der Fall „Pfahl“

Herrn Pfahl, einem siebzigjähriger Mann, wurde chirurgisch ein Krebsgeschwür im Dickdarm entfernt. Nach der Operation bekam er zunächst einen künstlichen Darmausgang, der jedoch dann nach einigen Wochen wieder zurück verlegt wurde.

Flachere Hierarchien – der Chefarzt kein Meta-Entscheider mehr?

Nach dem zweiten Eingriff leidet der Patient beinahe stündlich unter Durchfall:

Dienstag 30.11

7:25 (Frühvisite, im Patientenzimmer)

Dr. Melini: Wie geht's

Patient: immer noch dieser Durchfall

(Dr. Melini tastet den Bauch ab)

Ein wenig später klagt der Patient einem anderen Arzt gegenüber, dass es mit dem Durchfall immer schlimmer werde. Die Ärztin antwortet, dass sie den Chefarzt fragen wolle. Vielleicht würde dem noch was einfallen:

8:40 (im Patientenzimmer)

Dr. Parsons: ... morgen ist Chefvisite, vielleicht fällt dem noch was ein ...

Patient: ... wird immer schlimmer, ich falle bald vom Fleisch ...

Dr. Parsons: ... ich frage den Chef heute noch, aber erst heute Nachmittag ... ist jetzt noch im OP ...

Auf den ersten Blick erscheinen die hier beschriebenen Vorgänge wenig erklärungsbedürftig. Ein Patient leidet unter einem Problem, für das man bislang noch keine Lösung gefunden hat und nun möchte die Stationsärztin ihren Vorgesetzten fragen, ob dieser noch eine Idee habe. Doch der Vergleich mit dem ersten Beobachtungszeitraum zeigt auf, dass sich hier eine Veränderung in den mikropolitischen Orientierungen andeutet. Im Jahr 2000 war der Chefarzt vom gewöhnlichen Assistenten in der Regel nicht ansprechbar, sondern inszenierte sich noch als ein »Metaentscheider«, der selbst darüber entscheidet, wann er angesprochen werden kann (Vogd 2004a, 225ff.). Ihn zu einer Entscheidung herauszufordern barg die Gefahr einer symbolischen Degradierung und entsprechend hatten sich von Stationsseite her Praxen etabliert, den Chefarzt dann bei Röntgenbesprechungen oder Chefvisiten von ‚alleine‘ auf einen Fall anspringen zu lassen. Gegebenenfalls musste dann bei dringlichem Entscheidungsbedarf die Kommunikation über die Leiter der Hierarchie laufen.³⁶ In dieser Beobachtungssequenz deutet sich an, dass die Hierarchien flacher geworden sind, denn der Chefarzt scheint von den Assistenten potentiell ansprechbar geworden zu sein.

Das Problem ernst nehmen

Am folgenden Tag erklärt die Stationsärztin zunächst ihrem Oberarzt und dann auch während der Chefvisite, dass der Patient weiterhin sehr unter seinem dünnen Stuhlgang leide. Der Chefarzt erklärt, dass man jetzt einen Weg finden müsse und gibt Anweisungen zu weiteren Untersuchungen. Darüber hinaus bemerkt er, dass man gegebenenfalls chirurgisch eingreifen müsse:

Mittwoch, 1.12.

7:35 (auf dem Gang)

Oberarzt Dr. Hertel: Fit für die Chefvisite oder müssen wir noch einiges frisieren?

(Die beiden Ärzte schauen in die Kurven und besprechen einige Patienten) [...]

Dr. Parsons: Herr Pfahl ... da läuft es immer noch raus.

Oberarzt Dr. Hertel: Schauen wir uns nach der Visite noch an ...

(eine dreiviertel Stunde später)

8:20 (Chefvisite)

Chefarzt: Herr Pfahl ...

Dr. Parsons: ist jetzt ein Problem ...

Chefarzt: Dünnschiss

Dr. Parsons: Ist jetzt immer noch ...

Chefarzt: ... jetzt müssen wir versuchen, dass es besser wird ... so geht das jetzt nicht weiter machen wir jetzt noch einen KE [Kontrastmitteleinlauf] und dann eine Coloskopie ... wenn das jetzt medikamentös nicht geht müssen wir anders ...

(der Chefarzt gibt noch einige Anordnungen zur Medikation)

³⁶ Ein chirurgischer Assistenzarzt drückt im Interview die Situation für das Jahr 2000 aus seiner Sicht folgendermaßen aus: »Dafür gibt's ne Hierarchie, dass nicht sozusagen der kleine Dödel zum Chef rennt [...] und deshalb denke ich, dass der Weg sein soll, dass man die Entscheidung zum Oberarzt trägt, der Oberarzt [dann] eins nach oben geht« (Vogd 2004b, 229).

Die Fall von Herrn Pfahl erscheint nun als „komplexe Fallproblematik“. Anders als bei der postoperativen Routineversorgung werden nun die leitenden Ärzte involviert, unterschiedliche diagnostische Prozeduren angefahren und weitere Handlungsoptionen ausgelotet. Der Patient rückt nun in den Aufmerksamkeitsfokus des ganzen ärztlichen Teams und man zeigt ärztlicherseits die Bereitschaft, unter Umständen einen erheblichen Aufwand zu treiben.

Chefarzt nun durch Assistenten ansprechbar

Kurz nach der Visite bekommt der Patient einen Kontrastmitteleinlauf für die anstehende Röntgenuntersuchung. Zudem werden andere Antibiotika gegeben. Nachmittags erkundigt sich die Stationsärztin nach dem Ergebnis der Untersuchung. Anschließend sucht sie den Chefarzt auf schildert das Problem. Dieser erklärt, dass man nun die Darmspiegelung durchführen solle. Die Ärztin erwidert, dass sie die Untersuchung schon angemeldet habe:

14:10 (auf dem Gang)

Dr. Parsons (telefoniert): Herr Pfahl hat vor kurzem eine KE und jetzt möchte ich brennend wissen was dabei rausgekommen ist ... er schießt sich buchstäblich zu Tode ... also dann ist die Coloskopie angesagt ...

Dr. Parsons (greift zum Telefon, wählt eine Nummer): Ist der Chef schon da ... aha (zum Beobachter) gut dass es die Telefone gibt, da spart man sich viele Wege ...

(ein wenig später)

14:20 (beim Chefarzt)

Dr. Parsons: Eben mit Dr. Müller geredet ... Herr Pfahl ... sieht er nichts geht glatt durch ... keine Fistel keinen Abzess ... denke ich jetzt immer an Herrn Breitner ...

Chefarzt: Also die Coloskopie und dann die Gastroenterologen hinzuziehen ...

Dr. Parsons: Habe ich schon mal angemeldet ...

(ein wenig später)

Dr. Parsons (zu den Pflegern): Herr Pfahl ... morgen ... Coloskopie ... der erste ...

Beobachter: Was ist bei ihm jetzt das Problem

Dr. Parsons:.. jetzt dann erst mal reinschauen ... könnte eine Entzündung sein, oder so eng, dass dann nichts durch kann wurde X mal broschiert ...

Beobachter: was heißt broschiert?

Dr. Parsons: Broschieren heißt aufdehnen ...

Die Chefsekretärin erscheint hier nicht mehr als zusätzliche Kommunikationsbarriere, die Assistenten vom Chefarzt abschirmt, sondern nur als Informantin, die dann sagen kann, ob der Chef nun physisch anwesend und nun „spontan“ aufgesucht werden kann. Da nun auch die anderen Assistenten gegenüber früher weniger Berührungängste zeigen,³⁷ erscheint sich hier tatsächlich ein Wechsel in der Führungskultur anzubahnen.

³⁷ Zur Illustration eine andere Beobachtungssequenz, in der deutlich wird, dass der Chefarzt nun auch telefonisch für die Assistenzärzte verfügbar wird. Hier wird dann noch der Verweis auf die alte Ordnung sichtbar. Assistenten nerven zwar, doch mittlerweile ist das auch seitens der Chefärzte wohl mehr und mehr einfach nur hinzunehmen:

Das verkleinerte Team und das (ökonomische) Primat kurzer Liegezeiten scheinen hier zu dynamischeren Kommunikationsstrukturen und flacheren Hierarchien geführt zu haben. Im Kontrast zu den Verhältnissen, wie sie noch im Jahr 2000 beobachtet werden konnten, braucht die Stationsärztin nun nicht mehr auf die Röntgenbesprechung zu warten, um zu hoffen, dass der Chefarzt von alleine auf den Befund des Patienten anspricht. *Anstelle der (alten) formellen Strukturen kann der Chefarzt nun auch vom Stationsarzt zwischendurch kurz im Büro aufgesucht werden.*

Umstellung auf ein internistisches Behandlungsregime

Einen Tag später entdeckt der Gastroenterologe eine starke Entzündung im Darm und schlägt vor, für einige Zeit auf künstliche Ernährung umzustellen. Hierzu muss der Patient über eine zentrale Vene gelegt bekommen. Die Stationsärztin organisiert die hierzu notwendigen Voruntersuchungen:³⁸

Donnerstag, 2.12.

9:23 (im Stationszimmer)

Dr. Parsons (zum Pfleger): ... was nehmen die Internisten denn immer zur Prophylaxe ... nach der Coloskopie?

Pfleger: dass, was immer die Venen kaputt macht ... auch wenn man es in einer ganzen Flasche verdünnt, haben die immer so einen Arm ... (deutet mit der Hand einen dicken Arm an)

(weiteres Gespräch folgt)

Dr. Parsons: ... wenn wir jetzt einen Kath gut dann einen Kath ...

(versucht die Telefonnummer von dem IMC zu finden, findet dann im Verzeichnis eine, und telefoniert): ... ein Kath ... bei Herrn Pfahl ... komme jetzt in keine Vene mehr rein ... Rektumkarzinom ... hatte einen Port ... mussten den wegen einer Entzündung ziehen ... gut ... bin jetzt nur noch eine Stunde hier ...

(weiteres Telefonat) ... brauchen einen Kath ...

(weiteres Telefonat) ... brauche eine FKDS Untersuchung der Halsgefäße [eine Dopplersonografie) ... muss ja wissen, welche Gefäße frei sind, bevor die Anästhesisten reinpieken ...

Dr. Parsons (noch ein Telefonat) ... bekommt dann vorher noch eine FKDS ... ist ja auch in ihrem Interesse ...

Ein wenig später telefoniert die Ärztin nochmals persönlich mit dem internistischen Oberarzt, der die Darmspiegelung durchgeführt hatte. Sie erklärt, dass der Patient kurz nach der Operation ein Nierenversagen durchlitten habe, dass sich aber dann wieder

Dr. Stiehl (erzählt Dr. Parsons): jetzt den Chef angerufen ... und gefragt ... hat er verstanden Nerven und hat er gesagt „natürlich nervst Du“ ... ging mir jetzt um einen jungen Patienten ... 1980 Leistenhernie rechts und dann noch mal Leistenhernie links ... wollte jetzt zum zweiten mal eine TAPP da wollte ich mich jetzt noch mal absichern ... wenn dann drauf steht „Chef sagt, TAPP ist ok“, dann ist das etwas anderes als wenn ich dann unterschreibe ... es gibt ja einige Kollegen, die das nichts so gerne sehen ...

38 Im Vergleich zum Jahr 2000 zeigt sich hier mit Blick auf die Prozedur des Katheterlegens eine neue Aufgabenteilung unter den medizinischen Disziplinen. Während früher die Chirurgen den Eingriff noch selbst durchgeführt haben, sind nun die Anästhesisten für den Eingriff verantwortlich.

gelegt habe. Nun sei jedoch der Durchfall ein ernsthaftes Problem, zumal der Patient jetzt auch nachts ständig auf die Toilette müsse:

9:58 (im Stationszimmer)

Dr. Parsons (telefoniert mit dem internistischen Gastroenterologen): ... und dann Herr Pfahl ... der erinnert mich an Herrn Breitner, der die Fistel ausgebildet hat ... hm ... hm ... aber Colistis oder Morbus Chron ... könnte die Colitis jetzt Schuld sein, dass er so hohe Entzündungsparameter? ... und er hatte postoperativ eine Niereninsuffizienz ... die haben wir jetzt in den Griff bekommen ... er leidet jetzt sehr ... hat einen Hintern wie ein Pavian ... er sagt, auch nachts sei er nur noch auf Toilette ...

Auch in der Beziehung zu der internistischen Nachbarabteilung deuten sich nun im Kontrast zu den Beobachtungen aus dem Jahr 2000 etwas flachere Hierarchien an. Der chirurgische Assistenzarzt kann nun selbst den internistischen Oberarzt kurz anrufen und braucht nicht mehr zu warten, bis sein Oberarzt das notwendige Gespräch führt. Insbesondere die Handys vermitteln dabei als technische Hilfsmittel die kurzen Wege im Behandlungsnetzwerk.

Es folgen nun die Vorbereitungen für die Katheter Anlage. Eine Anästhesistin kommt auf die Station. Es wird noch einmal Blut abgenommen werden, um die Gerinnung zu überprüfen. Schließlich muss noch ein Raum gefunden werden, indem der Eingriff stattfinden kann. Am frühen Nachmittag ist der Katheter schließlich angelegt und die künstliche Ernährung angehängt. Dr. Melini, der dann nachmittags die Stationsarbeit übernommen hat, schaut kurz vor der Abschlussbesprechung ins Patientenzimmer von Herrn Pfahl und findet den Patienten mit zentralvenösen Katheter und künstlicher Ernährung vor. Auf der Abschlussbesprechung wird der Fall von Herrn Pfahl noch kurz erwähnt.

Hinsichtlich des Behandlungsparadigmas folgen die Chirurgen hier dem Vorschlag des internistischen Oberarztes. Man behandelt nun „konservativ“, versucht den Darm zu schonen, damit er sich erholen kann und ernährt aus diesem Grunde „künstlich“. Man wechselt nun auf einen internistischen Behandlungsstil, der sich hinsichtlich der ärztlichen Orientierungen von dem typischen chirurgischen Habitus in einigen Aspekten unterscheidet.³⁹ Für die pragmatisch orientierten Chirurgen stellt dieser Wechsel kein Problem dar. Man versucht es eben, und falls es nicht funktioniert, muss man eben wieder härter herangehen.

Nähe zum Patienten trotz kurzer Visiten?

Die folgenden Tage wird der Patient entsprechend den Vorschlägen der Internisten behandelt. Während einer Visite erklärt der Oberarzt dem Patienten, dass man die Ernährung dann langsam innerhalb von zwei Wochen wieder aufbauen wolle:

Montag, 6.12

8:40 (im Patientenzimmer)

Oberarzt Hertel: Wir bleiben jetzt bei dem Regime ... jetzt auch mit Herr Müller gesprochen ... er wird dann immer wieder nach schauen ...

³⁹ Zu der typologischen Unterscheidung des internistischen von dem chirurgischen Stil siehe Vogd (2004b, 397ff.).

Patient: Ich kenne die Gastroenterologie jetzt schon wie mein Zuhause

Oberarzt: Sie können sich jetzt schon Dutzen ...

[...]

Oberarzt: machen wir jetzt weiter über den ZVK ... und dann innerhalb von zwei Wochen Nahrung aufbauen ...

Oberarzt (sitzt die ganze Zeit mit dem Patienten am Frühstückstisch): Sie schauen so ein wenig traurig ...

Patient: ... zwei Wochen ...

Oberarzt: Zwei Wochen? Ich bin jetzt schon zehn Jahre hier ...

Bemerkenswert an dieser Stelle ist die Form in der es den Chirurgen trotz der wenigen, welche für Gespräche mit dem Patienten bleibt, „Nähe“ herzustellen. Anstelle hier viele Worte zu gebrauchen, geschieht dies hier *performativ*, indem der Arzt sich zum Patienten setzt. Die offensichtliche Traurigkeit wird hier durch einen Witz durchbrochen. Entgegen dem gängigen Vorurteil, dass Chirurgen keine soziale Kompetenz besäßen, zeigt sich hier und in anderen Patientenkontakten demgegenüber eine hohe Eleganz, psychische Spannungslagen auch ohne viel Aufsehen zu erheben, zu managen. Während entsprechend des objektiven Kriteriums „Visitenzeit“ diese unter den neuen Bedingungen oftmals deutlich unter einer Minute liegt, lässt sich zugleich beobachten, wie die verringerte verbale Kommunikation, durch nonverbale Gesten überbrückt werden kann.⁴⁰

„Watch and wait“ – eine Aufgabe des ganzen ärztlichen Teams

Auf der Frühvisite am folgenden Dienstag erklärt der Stationsarzt dem Patienten, dass sich die Entzündungsparameter sich gebessert hätten und dass man in Absprache mit den Internisten bald die Nahrung wieder aufbauen könne. Da in Stationsbetreuung häufiger Schichtwechsel stattfindet, werden die Informationen mehrfach an die Kollegen weitergegeben:

Dienstag 7.12.

7:22 (Frühvisite)

Dr. Stiehl: Die Entzündungswerte sind jetzt auch geringer geworden ... wir sind aber auf dem richtigen Weg ...

Patient: Wie lange noch?

Dr. Stiehl: ... haben wir ja gestern mit Herrn Hertel [dem Oberarzt] besprochen ... jetzt mit Herrn Scheel reden und dann wenn der zustimmt, können wir langsam wieder aufbauen ... und schauen, welche Nahrung sie vertragen ...

(ein wenig später)

7:40 (im Stationszimmer)

⁴⁰ Hier zur Illustration dieser Kompetenz eine weitere Szene aus dem Beobachtungszeitraum 2004: 8:29 (Chefvisite, auf dem Gang läuft ein Patient, der aufgrund eines Rezidivs eines Rektumkarzinoms am folgenden Tag erneut operiert werden soll.)
Chefarzt (kommt von der Seite auf den Herren zu und umarmt mit den Worten): Wir treffen uns morgen (*Oberarzt Hertel kommt von der anderen Seite auf ihn zu und umarmt ihn ebenfalls*).

Dr. Parsons (zu Dr. Melini und Dr. Stiehl): Herrn Pfahl geht es jetzt besser ... habe mit ihm gesprochen ...

Dr. Melini: Geht jetzt auch mit den Leukos runter ...

Dr. Stiehl: Machen wir jetzt zwei Wochen so weiter ...

(am Nachmittag)

14:05 (im Stationszimmer)

Dr. Stiehl (zu Dr. Melini): Herr Pfahl ... jetzt noch mal mit Herrn Müller gesprochen ... in den nächsten Tagen vorsichtiger Kostaufbau ...

Da sich die Entzündungsparameter zwischendurch noch mal verschlechtert haben, warten die Ärzte mit der oralen Ernährung noch ein paar Tage:

Freitag, 10.12.

8:40 (Verbandsvisite)

Patient: Was machen meine Werte ...

Dr. Stiehl: Jetzt ganz gut ... gibt's jetzt zwar noch einen Ausreißer ... aber sonst ganz gut ... ich glaube wir sind auf dem richtigen Weg ...

Patient: Wann gibt es was zu essen ...

Dr. Stiehl: Nächste Woche bauen wir wieder auf ...

Nach dem Wochenende scheinen sich die Werte wieder stabilisiert zu haben, doch die Ärzte schlagen vor, mit „Kostaufbau“ noch einige Tage zu warten.

Dienstag, 14.12.

7:20 (Frühvisite, im Patientenzimmer)

Dr. Stiehl (zum Patienten): Jetzt kann ich ja nur sagen, die Werte werden permanent besser ... aber mit dem Kostaufbau, da würde ich jetzt bis zum Wochenende warten ... jetzt am besten die Ernährungsberaterin einschalten, wie wir am besten die Kost wieder aufbauen ... die werden wir dann holen

Patient: ... woran liegt das jetzt ... an der Bestrahlung ...

Dr. Stiehl: ... das kann jetzt verschiedene Ursachen haben, die zusammen kommen ... jetzt mit der Rückverlegung vom Darm ... der war dann gar nicht gewohnt zu transportieren ... da kann das jetzt auch schon mal vorkommen, dass sich das jetzt entzündet ... die Bestrahlung ... die kann dann auch einen Entzündungsreiz setzen

Patient: ... dass ich jetzt morbus chron hätte ...

Dr. Stiehl: ... nein dass kann nicht sein ... dann wären sie jedenfalls der einzigste dokumentierte Fall, den wir kennen ...

Dr. Melini erklärt der aus dem Urlaub zurück gekommenen Oberärztin die Fälle, welche gerade auf der Station liegen. Die Oberärztin bemerkt, dass sie Herrn Pfahl persönlich sehen wolle:

Dienstag, 14.12

10:35 (im Stationszimmer)

Dr. Melini: ... Herr Pfahl ... wurde dann coloskopiert ... kam dann raus eine Divertikulitis .. wird jetzt parental ernährt ... soll jetzt Mitte der Woche wieder aufgebaut werden ...

[...]

(ein paar Minuten später)

Oberärztin: ... Pfahl und Mühlstein, die möchte ich dann auf jeden Fall sehen ... [...] Herr

Pfahl ... war das eine Divertikulitis oder eine Diversionscolitis ... ?

Dr. Melini: ... weiß ich nicht ...

Beobachter: was für eine Divertikulitis?

Oberärztin: Diversionscolitis, ist dann meist, weil dass vom Anuspräter ... wenn der dann zurück verlegt wird, ändert sich das meistens ...

Interessant in unserem Zusammenhang ist hier, dass in der Patientenübergabe gleich die „richtige“ Rahmung des Falls mit überspringt. Als „Problempatient“ gerahmt möchte die Oberärztin diesen nun persönlich kennen lernen. Er wird hier nicht, wie die anderen Routinefälle im Vertrauen, dass Dinge von alleine laufen, übergangen. Sie beteiligt sich sogleich an den diagnostischen Spekulationen und drückt hiermit performativ aus, *dass dieser Fall als „komplexe Fallproblematik“ das ganze Behandlungsteam angeht. Die hohe Aufmerksamkeit gegenüber diesen Fällen zeigt sich auch hier als nun als üblicher Modus Operandi der chirurgischen Abteilung.*

Am folgenden Mittwoch scheint sich die Entzündung deutlich gebessert zu haben. Der Patient erklärt, dass er die ganze Nacht nicht auf die Toilette gemusst habe. Während der Chefvisite erklärt der Stationsarzt, dass es dem Patienten besser gehe, dass er aber einen Rückfall gehabt habe. Der Chef erklärt, dass man vielleicht noch eine Darmspiegelung durchführen müsse. Der Stationsarzt erwidert, dass der internistische Oberarzt das nicht machen würde, um den Darm nicht zu reizen. Der Chefarzt bemerkt abschließend, dass man es mit Weißbrot versuchen solle:

Mittwoch, 15.12

7:23 (Frühvisite)

Dr. Stiehl: ... wie viel Striche [bedeutet: wie viel mal in der Nacht auf Toilette?]

Patient: ... kein mal ...

Dr. Stiehl: ... das ist eine gute Nachricht für die Chefvisite ...

(später)

8:20 Chefvisite

(auf dem Gang)

Dr. Stiehl: Herr Pfahl ... dem geht es heute besser ... hatte dann einen kleinen Rückfall, nachdem er sich an der Brühe vergriffen hat ...

Chefarzt: ... müssen wir vielleicht noch mal reingucken ...

Dr. Stiehl: ... meint Herr Müller (ein internistischer Oberarzt) ... würde er nicht machen ... keinen zusätzlichen Reiz setzen ... jetzt eher dann langsam mit dem Kostaufbau ... jetzt dann vielleicht nicht mit der Brühe anfangen ...

Chefarzt: ... dann eher mit dem Weißbrot ... was ohne Fett

In dieser kurzen Sequenz deutet sich wieder das typische Spannungsfeld zwischen internistisch- und chirurgisch-medizinischem Stil an. Im letzteren agiert eher aktionistisch und invasiv während erstere abwartend und „konservativ“ herangeht.

Während der Verbandsvisite spricht der Stationsarzt mit dem Patienten nochmals ausführlicher über den Kostaufbau. Man würde nicht mehr in den Darm hineinschauen. Der Patient sei jetzt das „Medium“, der zu beurteilen habe, was er vertrage:

9:15 (Verbandsvisite)

Dr. Stiehl: machen wir Ihnen auch noch mal den Verband ... haben wir jetzt seit drei Tagen

nicht mehr ...

(längeres Gespräch mit dem Patienten über den Essensaufbau)

Dr. Stiehl: ... jetzt schauen wir nicht mehr rein ... ist jetzt so, dass Sie entscheiden wann wir anfangen, und was sie vertragen ... sind Sie jetzt das Medium ...

Patient: ... würde dann ...

Dr. Stiehl: ... gut, dann Freitag probieren ... aber nicht mehr mit der Suppe ...

Teampatient bei fluideren Kommunikationsstrukturen

Um hier abschließend zusammenzufassen, wie im Jahr 2004 werden komplexe Fallproblematiken ernst genommen. Auch unter den neuen Bedingungen knapper ökonomischer und personeller Ressourcen, bekommen diese Fälle weiterhin hohe Aufmerksamkeit und Beachtung. Man involviert das ganze Team und ist bereit diagnostischen Aufwand zu treiben. In einem pragmatisch aktionistischen Vorgehen, sucht man nach Wegen und potentiellen Lösungen, probiert Wege, um dann im Zweifelsfall anderes zu probieren. Falls dann der sanfte Weg nicht funktioniert hätte, wäre man vielleicht dann sogar soweit gegangen, wieder einen künstlichen Darmausgang anzulegen.

Im Unterschied zum Jahr 2000 zeigen sich hier jedoch andere Formen der Arbeitsorganisation. Eine bestimmte Klasse von mikropolitischen Spielen, die darin besteht, den anderen warten lassen zu können und sich seitens der ärztlichen Leitungsebene Freiräume zu erlauben, in denen man nicht angesprochen werden kann, sind unter dem neuen ökonomischen Primat der kurzen Liegezeiten verschwunden.⁴¹ Die Hierarchien sind flacher geworden. Die Kommunikationsstrukturen erscheinen fluid, passen sich an die neuen Zeitvorgaben und der neuen Geschwindigkeit an.

Der Fall „Firnament“

Am Montagabend wird Frau Firnament mit unklaren Beschwerden und starken Schmerzen im Bauch aufgenommen. Die diensthabende Oberärztin hat sie abends noch gesehen und den Bauch sonografisch untersucht und zudem eine Darmspiegelung angeordnet. Am folgenden Morgen sind um viertel nach sieben Oberarzt Hertel und zwei Assistenzärzte bei ihr. Nach der Röntgenbesprechung, um viertel nach acht schiebt der Oberarzt das Ultraschallgerät durch den Gang. Frau Firnament wird auch von ihm sonografisch untersucht. Gegen neun Uhr fragt Dr. Parsons, die Stationsärztin, auch den leitenden Oberarzt, ob dieser die Patientin nochmals sonografieren könne. Dieser ruft etwa zehn Minuten später an und erklärt, dass er jetzt Zeit habe, die Patientin zu untersuchen. Die Stationsärztin meldet zudem noch eine Notfall-Computertomografie an.

⁴¹ Im Jahr 2000 zeigte es sich auch noch bei Chefvisiten als gängige Praxis, die Ärzte auf den Beginn der Visite warten zu lassen. Diese unbeliebte Praxis war während des zweiten Beobachtungszeitraums ebenfalls nicht mehr zu beobachten (siehe zur Illustration Vogd 2004b, 234ff.).

Parallel Processing – verschiedenen Untersuchungen gleichzeitig anfahren

Während seiner Untersuchung bemerkt der leitende Oberarzt, dass es sich um ein Abszess handeln könne, was man dann gegebenenfalls während der CT-Untersuchung punktieren könne. Auf dem Gang erklärt die Ärztin, dass sie froh sei, dass jetzt noch eine Computertomografie durchgeführt werde. Mit der abends von der Oberärztin angeordneten Coloskopie sei sie nicht glücklich gewesen:

Dienstag, 30.11.

9:13 (auf dem Gang)

Dr. Parsons: Jetzt hat Frau Kindl und Herr Hertel sie gesehen, jetzt will Herr Dr. Hundt, der Dritte Oberarzt sie auch noch sehen.

(als sie im Sonografieraum sind, ruft Dr. Parsons kurz an „sind schon fertig“ und trägt dann die Sonoflüssigkeit auf. Ein wenig später betritt Dr. Hundt, der leitende Oberarzt den Raum)

Dr. Hundt (untersucht die Patientin mit dem Schallkopf): ... wie ist das Labor ... wie ist die Gerinnung ...

[...]

Dr. Parsons: Habe für Frau Firnament ein Notfall CT angemeldet ... hat eine tastbare Reszenz ...

Dr. Hundt: Jetzt im CT ... kann sein, dass es ein Abszess ... könnte sein, dass wir Sie dann direkt entlasten können ... wenn wir dann punktieren ...

Dr. Parsons (telefoniert): ... wenn jetzt im CT von Frau Firnament ein Abszess ... dass dann gleich punktieren [...]

Dr. Parsens: Das Sono Gel ist alle

Dr. Hundt: ... im Zweifelsfall in die Röntgenabteilung und dann sagen „wir haben keins mehr“: ... haben wir jetzt vor 4 Wochen bestellt ... geht jetzt alles über die Zentrale ... keine DVD's ... keine CD's ... nichts bekommen ...

(draußen auf dem Gang)

Frau Parsons: Ich bin froh, dass jetzt ein CT ... mit der Coloskopie ... war jetzt keine gute Entscheidung ... hat ja jetzt wirklich Schmerzen ... habe da jetzt reingeschrieben „Oberarztentscheidung“

Beobachter: Frau Fensterstein ist heute Morgen gekommen?

Dr. Parsons: Da ich ja noch kein Facharzt bin, muss ein Oberarzt die weitere Prozedur festlegen, hat erst sie sie gesehen, dann Herr Berger und dann Herr Rost, weil er am besten schallen kann ...

Beachtenswert erscheint hier zunächst, dass drei Oberärzte nacheinander den Bauch einer Patientin schallen. Die Beschwerden der Patientin werden ernst genommen und man vermutet hier wohl, dass es sich hier durchaus um etwas ernstes Handeln könne. Wahrscheinlich wäre im Jahr 2000 ein solcher Fall noch in linearer Weise prozessiert worden. Die Patientin wäre nun von einer Oberärztin geschallt worden, man wäre zunächst ihrer Anordnung, eine Coloskopie durchzuführen gefolgt, und falls dann kein Ergebnis vorläge, hätte man weitere Untersuchungen angeschlossen. Hier nun wird „parallel“ prozessiert. Unterschiedliche Auffassungen im Team über die dem

Geschehen angemessene diagnostische Prozedur werden hier zwar festgestellt. Dies hindert jedoch nicht daran, den verschiedenen Pfaden parallelprozessierend nachzugehen. Während im Jahr 2000 eine Computertomografie noch als kostenträchtiges Verfahren galt und der Chefarzt darüber wachte, dass keine Untersuchung zuviel durchgeführt wurde,⁴² wird dieses bildgebende Verfahren im Jahr 2004 relativ schnell eingesetzt. *Unter dem Primat der kurzen Liegezeiten, scheint es nun eher opportun, eine Untersuchung zuviel zu machen, als unnötige Zeit zu verlieren.*

Noch am gleichen Tag werden die Computertomografie sowie die Coloskopie durchgeführt. Am nächsten Morgen bespricht die Stationsärztin mit ihren Oberärzten das Ergebnis. Man habe nicht punktieren können und auch die Coloskopie habe zu keinem Ergebnis geführt. Der leitende Oberarzt bemerkt, dass man jetzt laparoskopisch⁴³ in den Bauch hinein schauen solle. Der andere Oberarzt bemerkt, dass jetzt auch das subjektive Empfinden zu beachten sei. Die Ärztin ergänzt, dass es der Patientin etwas besser gehe und sie ja auch einen Harnwegsinfekt gehabt habe:

Mittwoch, 1.12.

7:30 Stationszimmer

Dr. Parsons: ... Frau Firnament ... nach dem CT konnten sie sie nicht punktieren ... da warten wir jetzt auch auf die Bilder ... mit der Choloskopie kamen wir jetzt auch nicht ran ...

Oberarzt Dr. Hertel: ... gut, dann schauen wir rein ...

Dr. Parsons: Frau Firnament schauen wir an

Leitender Oberarzt: ... labaraskopisch schauen wir rein ...

Oberarzt Dr. Hertel: ... ist jetzt auch so das subjektive Empfinden ...

Dr. Parsons: ... es geht ihr jetzt schon besser ... hatte dann auch einen Harnwegsinfekt

Oberarzt Dr. Hertel: ... (einige Antibiotika werden genannt, die gegeben werden sollen) ... dann IV [intravenös] geben ... [weiteres Gespräch]

Sechszwanzig Stunden nach der Aufnahme sind nun bereits eine Reihe von Untersuchungen gelaufen. Ärztlicherseits ist man sich man sich weiterhin noch nicht darüber im Klaren, ob ein internistisches Problem (»Harnwegsinfekt«), möglicherweise Psychosomatisches (»das subjektive Empfinden«) oder eben ernstere Gründe die Beschwerden verursachen. Dem chirurgisch pragmatischen Rational gilt es nun in den Bauch »reinzuschauen« wobei zunächst die Antibiotikatherapie weiter fortzuführen ist. All dies wird morgens früh, eine halbe Stunde vor Beginn des offiziellen Arbeitsbeginns verhandelt. Während im Jahr 2000 beispielsweise noch die Oberarztvisiten als Foren dienten, um das weitere Procedere abzustimmen, erscheinen diese informellen Zeiten als neue Räume, um angesichts von Zeitdruck und beschleunigten Prozessen, Kollegen zu erreichen, um das weitere Vorgehen abtasten zu können.

42 Vgl. Vogd (2004b, 232f.).

43 In der Laparoskopie, einer Technik der so genannten Minimal Invasiven Chirurgie (MIC) muss nicht der ganze Bauch aufgeschnitten werden, sondern die OP-Bestecke, sowie eine Videokamera werden durch drei kleine Löcher in den Bauchraum eingeführt.

Komplexe Fallproblematik – internistisch behandeln mit chirurgisch-aktionistischer Perspektive

Auch diese Patientin erscheint nun nicht mehr als Routinefall. Der Behandlungs- und Entscheidungsprozess zeigt sich komplexer und lässt sich nicht mehr, wie etwa bei einer Gallenoperation, unter ein Standardschema subsumieren. Anders als bei den „komplexen Fallproblematiken“ der Internisten, bleibt den Chirurgen immer noch der letzte Ausweg, die Komplexität aufzulösen – man öffnet Körper und schaut, was sich dann empfiehlt.

Während der Kurzvisite vor der Frühbesprechung erklärt die Stationsärztin der Patientin, dass man nun in den Bauch hineinschauen wolle. Aufgrund des vollen OP-Programms könne dies allerdings erst am darauf folgenden Morgen geschehen. Mit der Antibiotikatherapie werde man jedoch jetzt schon beginnen:

7:40 (im Patientenzimmer)

Dr. Parsons: ... haben wir diskutiert, dass wir in den Bauch rein schauen wollen ...

Patientin: Ja ...

Dr. Parsons: Wir haben heute so ein OP-Programm ... Notfälle ... schaffen wir heute nicht ... wenn wir um neunzehn Uhr operieren haben weder wir noch Sie etwas davon ... aber was wir jetzt noch machen ... Antibiotikatherapie ... ihnen einen Zugang legen ... dann sehen, ob wir übermorgen uns das anschauen ...

Während der Röntgenbesprechung um acht Uhr werden die Bilder der Computertomografie vorgestellt. Die Röntgenärztin erklärt, dass man jetzt nur sehen könne, dass das Fett entzündlich infiltriert ist. Der Chefarzt bemerkt, dass man eine Darmspiegelung durchführen solle. Der leitende Oberarzt bemerkt, dass man nun laparoskopisch hineinschauen wolle:

8:05 (Röntgenbesprechung)

Röntgenärztin: Frau Firnament ... hier im CT sieht man nur, dass das Fett entzündlich infiltriert ist ...

Chefarzt: Müssen wir sie coloskopieren ...

Leitender Oberarzt: ... laparoskopisch rein schauen ...

Ein wenig später findet die Chefvisite statt. Der Chefarzt erklärt, dass man jetzt in den Bauch schauen müsse, aber jetzt noch ein wenig vorbehandeln wolle. Auf dem Gang erklärt er, dass es für eine laparoskopische Operation günstiger sei, wenn die Entzündung behandelt worden sei:

8:20 (im Patientenzimmer)

Chefarzt: Müssen wir reinschauen ...

Dr. Parsons: ... hat erst erbrochen, wird jetzt aber schon besser ...

Chefarzt: ... behandeln wir noch ein wenig vor (...) warten wir noch und machen dann einen elektiven Eingriff

(draußen)

Chefarzt: ... selbst wenn es jetzt nur ein Blinddarm ist, können wir laparoskopisch besser, wenn die Entzündung behandelt ist ...

Internistische und chirurgische Prozeduren verzahnen sich zu einem medizinisch sinnvollen Zeitplan. Man versucht erst die Entzündung zu behandeln, um dann chirurgisch einzugreifen. Der Fall wird ernst genommen und verdient auch hier Aufmerksamkeit, wie zusätzliche Liegezeit.

Nachmittags, während der Verbandsvisite, hängt die Stationsärztin die Antibiotikatherapie an und erklärt der Patientin, dass man jetzt Montag operieren wolle und dann gegebenenfalls bei einem Abszess oder gar einem Tumor vor Ort eingreifen zu können:

14:35 (im Patientenzimmer)

Dr. Parsons: Der Chef meinte jetzt erst mal die Antibiotikatherapie ... bekommen Sie jetzt zwei Flaschen ... dann Montag reinschauen mit der Kamera ... wenn dann ein Abszess können wir eine Drainage.... oder vielleicht ein Tumor ...

Zu Beginn der folgenden Woche wird Frau Firnament schließlich operiert. Ihre Laborwerte weisen am morgen trotz der Antibiotika Gabe weiterhin auf eine starke Entzündung hin:

Montag, 6.12

10:27 (im Stationszimmer)

Dr. Stiehl: Wie viel kommen heute?

Dr. Parsons: Fünf oder sechs ...

Dr. Stiehl: ... mich interessiert jetzt, was mit Frau Firnament
(*ein kurzes Gespräch über die Patientin folgt*)

Parsons: ... was immer sie hat, sie hat trotz Cyclamat hohe Entzündungsparameter ...

Die diagnostische Ungewissheit bleibt bis zu Beginn der Operation bestehen und entsprechend bleibt der Fall im Fokus der ärztlichen Aufmerksamkeit. Man hat sich nun rangetastet, zunächst im Sinne einer internistischen Strategie („watch and wait“) gewartet, ob die Entzündung von alleine zurückgeht. Die Hypothese, dass es sich um subjektiv empfundene Beschwerden handeln könne, kann nun verworfen werden. Da die Entzündungsparameter trotz Antibiotikatherapie weiter fortbestehen, könnte es sich hier gar um einen Tumor handeln, der in der Bild gebende Diagnostik nicht gesehen wurde.

Ein Blindarm, den es laut Akte nicht gibt

Während der Operation stellt sich heraus, dass die Patientin eine Blinddarmentzündung sowie ein Abszess gehabt hatte. Nachmittags während der Verbandsvisite bemerkt der Arzt, dass der Patient immer Unrecht habe. Schließlich habe die Patientin in der ersten Hilfe doch gesagt, dass sie keinen Blindarm mehr habe. Frau Firnament erwidert daraufhin, dass sie gedacht habe, ihr sei als Kind der Blindarm entfernt worden:

Dienstag 7.12.

15:05 (Verbandsvisite, vor dem Patientenzimmer)

Dr. Stiehl: Frau Firnament ... jetzt eine Appendizitis und ein Peritonalsabszeß ... (schaut sich mit Dr. Melini das OP-Protokoll an) ...

(drinnen)

Dr. Stiehl: der Patient hat immer unrecht ... hatten Sie also doch einen Blindarm ... nicht wie in der ersten Hilfe, als ich Sie gesehen habe und Sie haben mir gesagt, Sie hätten keinen mehr ...

Patientin: ... ja, ich habe gedacht, jetzt als Kind, dass das gemacht worden sei ...

Die Geschichte schließt sich hier durch chirurgische Praxis und der Fall wird in die Routine einer Blindoperation übergeführt. Während des Eingriffs zeigt sich als Ursache etwa, was laut Akte nicht mehr da ist, nämlich der Blindarm. Der Chirurg entdeckt den Fehler in der unmittelbaren Evidenz seiner Arbeit. Anders als bei den Internisten, die oft mit vielschichtigen und nur schwer durchdringbaren Lagen zu tun haben, kann hier mit der OP eine Eindeutigkeit hergestellt werden, welche die offenen Kontingenzen durchschneidet. Selbst wenn man nichts gefunden hätte, wäre hiermit der Fall abgeschlossen, denn man hätte nun den Patienten – im Falle weiterer Beschwerden – an den Internisten oder Psychosomatiker übergeben können.

Team-Patient und Parallel-Processing

Um hier abzuschließen, Frau Firnament kommt mit unklaren, doch ernst zu nehmenden Symptomen in die chirurgische Abteilung. Die diffuse Ausgangslage lässt die Ärzte das Geschehen als eine komplexe Fallproblematik rahmen, die besondere Aufmerksamkeit verlangt. In diesem Sinne wird nun wie im Fall von Herrn Mansfeld und Herrn Pfahl das gesamte Team involviert. Im Gegensatz zur Prozessierung ähnlich gelagerter Fälle im Jahr 2000 geschehen die Dinge nun wesentlich schneller, die ärztliche Hierarchie scheint flacher und weniger auf den Chefarzt zentriert. *Schon am ersten Tag werden unterschiedliche diagnostischer Prozeduren parallel angefahren, so dass man schließlich im Verhältnis zu früher relativ schnell zu dem Punkt kommt, im bewährten Modus des chirurgischen Aktionismus den Prozess abschließen zu können.*

Chirurgische Orientierungen im Wandel?

Auch bei den Chirurgen führt die deutliche Verknappung im ärztlichen Personal – wie sich in den Fallrekonstruktionen zeigt – nicht zu Lasten der medizinischen Auseinandersetzung mit den „komplexen Fällen“. Wie im Jahr 2001 werden diese Patienten ernst genommen und bekommen vom Behandlungsteam eine hohe *Aufmerksamkeit*. Im Hinblick auf den ärztlichen Orientierungsrahmen, hat das Medizinische hier deutlich Vorrang gegenüber möglichem Finanziellen. Im Zweifelsfall nimmt man eine *Überschreitung der Liegezeit* in Kauf und ist bereit teure therapeutische und diagnostische Verfahren anzuwenden.

Das Primat der kurzen Liegezeiten führt jedoch dazu, dass nun schneller und *parallel prozessiert* verschiedene diagnostische Verfahren angefahren werden. Insgesamt erscheinen hierdurch die Prozesse deutlich beschleunigt. Vermittelt wie ermöglicht wird diese Dynamisierung auch durch das technische Hilfsmittel „Funktelefon“, mit dem die Ärzte nun ausgestattet sind.

Darüber hinaus zeigt sich eine veränderte Struktur der Arbeitsorganisation. Die komplexen Fallproblematiken erscheinen nun noch mehr als *Teampatienten*, für die alle Ärzte der Abteilung im Zweifelsfall verantwortlich sind. Die nun durch häufigeren Personalwechsel entstehenden Diskontinuitäten in stationsärztlichen Patientenbetreuung werden durch intensivierte Kommunikation unter den Assistenten ausgeglichen. Potentiell haben hier jeder Assistenzarzt ebenso wie die leitenden Ärzte über alle Vorgänge Bescheid zu wissen, um dann bei Bedarf den Stab übernehmen zu können.

Als weiterer bemerkenswerter Befund, zeigt sich, dass eine bestimmte *Klasse mikropolitischen Spiele* im Jahr 2004 aufgegeben wurde, die darin bestand, untergeordnete Ärzte warten zu lassen bzw. von diesen nur bedingt kommunikativ erreichbar zu sein. Die knappere personelle Besetzung, die erhebliche Intensivierung und Beschleunigung der Arbeitsabläufe, wie auch das neue ökonomische Primat kurzer Liegezeiten münden nun in einer Konstellation, die sich als *flachere Hierarchien* charakterisieren lassen. Auch der Chefarzt ist nun bei Entscheidungsbedarf telefonisch von seinen Assistenten erreichbar – die Kommunikation zwischen den verschiedenen medizinischen Abteilungen hat nicht mehr vorrangig auf Ebene des Oberarzt-Oberarzt-Gesprächs zu laufen.

Insgesamt scheinen die Chirurgen zu einem neuen Arrangement gefunden zu haben, das eine beschleunigte Bearbeitung der komplexen Fallproblematiken ermöglicht und das dabei gleichzeitig eine hohe Dichte in der hierzu notwendigen inter- und intra-Abteilungskommunikation gestattet. Hierbei bildet die medizinische Orientierung den primären Rahmen, ohne dabei jedoch die ökonomische Situation der Abteilung in der alltagspraktischen Organisation der Arbeit aus den Augen zu verlieren. Die routinemäßige Reflexion pekuniärer Aspekte stellt für die Chirurgen allerdings eine längst vertraute Orientierung dar, die schon im ersten Beobachtungsraum beobachtet werden konnte.

Im Sinne der vorangehenden Ausführungen berühren die geschilderten Veränderungen in der Arbeitsorganisation den chirurgischen Ethos bzw. Habitus nicht grundlegend. Man passt sich pragmatisch den organisatorischen Verhältnissen an, um dann den eigenen medizinischen Orientierungen treu zu bleiben.⁴⁴ Im Zweifelsfall lässt sich dann für den Chirurgen – wie seit eh und je – die Fallkomplexität in aktionistischer Manier auflösen, indem er in den Körper schaut und dann tut, was sich gebietet.

5 Vergleich Innere Medizin versus Chirurgie

Am paradigmatischen Beispiel der „komplexen Fallproblematiken“ haben wir an unser Material sozusagen die Gretchenfrage gestellt. Es ging darum zu beantworten, ob sich unter den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen die ärztlichen Orientierungen grundlegend geändert haben. Es stellte sich die Frage, ob von ärztlicher Seite weiterhin mit hohem Aufwand eine anspruchsvolle Medizin betrieben, oder ökonomisch pragmatisch auf eine »Schmalspurmedizin« umgeschaltet wird, um dann gegebenenfalls

44 Siehe hierzu auch die Interviewaussagen der leitenden chirurgischen Oberärzte in Kapitel VI.3.

auch diese Patienten nach Überschreitung der zulässigen Liegezeit schlecht behandelt zu entlassen.

In allgemeiner Form muss die Antwort auf diese Frage schlichtweg „nein“ heißen. In beiden Abteilungen hindern knappere personelle Ressourcen und ökonomisches Controlling die Ärzte nicht daran, diesen Fällen höchste medizinische Aufmerksamkeit zu widmen.

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

- Die diagnostischen Prozesse erscheinen nun mit Blick auf die Liegezeiten deutlich beschleunigt. Es werden nun schneller aufwendige und teure Verfahren angewendet und man neigt nun dazu, verschiedenen Differenzialdiagnosen eher parallel denn sequenziell nachzugehen. Der Preis, der für die kurzen Liegezeiten zu zahlen ist, besteht in einem höherem technischem Aufwand sowie möglicherweise auch darin, lieber im Zweifelsfall eine sich im nachhinein überflüssige zeigende Untersuchung gemacht zu haben, als in Zeitnot zu kommen.
- In beiden Abteilungen entstehen aufgrund der Verknappung der ärztlichen Arbeitskraft vermehrt Diskontinuitäten in der stationsärztlichen Betreuung. Der Behandlungsfall wird hierdurch tendenziell zu einem ‚Teampatienten‘ über den alle beteiligten Kollegen Bescheid zu wissen haben, um dann bei Bedarf den Handlungstab übernehmen zu können. Während für die Chirurgen die hiermit verbundene Taylorisierung der Arbeitsprozesse weniger Probleme bereitet, da sie habituell schon immer als „Teamspieler“ agierten, ändert sich jedoch für die Internisten die *Konfiguration des Wissens* über den konkreten Fall. Dem Internisten, der habituell gewohnt ist, die Komplexität hinsichtlich des gesamten diagnostischen, therapeutischen und sozialen Geschehens zu beherrschen, „entgleitet“ nun dieser Prozess. Der integrierende Überblick kann beim Stationsarzt nun nicht mehr vorausgesetzt werden, sondern muss nun unter wechselnder Personalbesetzung situativ *ad hoc* – etwa in einer Oberarzt oder Chefvisite – hergestellt und aktualisiert werden. Das Fallwissen erscheint nun nicht mehr immer an die Person des Stationsarztes gebunden, sondern ist nun tendenziell eher *azentrisch* im Behandlungsteam repräsentiert, wo dann über die Patientenakte der rote Faden aufrecht zu erhalten ist.
- Während die Chirurgen in der Regel auch die komplizierten Fälle zu einem handlungspraktischen Abschluss bringen – im Zweifelsfall wird in den Körper geschaut, stellt sich unter den neuen Rahmenbedingungen die Situation für die Internisten anders dar. Nicht in jedem Fall können sie nun das entsprechend ihrer medizinischen Orientierung für notwendig Erachtete vor Ort stationär abklären. Ein Teil der therapeutischen, pflegerischen und auch diagnostischen Prozesse ist nun in den ambulanten Bereich oder nachsorgende Einrichtungen auszulagern. Unter der neuen Handlungsmaxime „kompliziert zu denken, aber nicht kompliziert zu handeln,“ deutet sich hier eine Verschiebung im internistischen Habitus an. Auf

kognitiver Ebene bleibt man zwar seiner alten Orientierung treu und versucht in generalistischer Manier alles mit zu bedenken. Handlungspraktisch ist nun jedoch ein Teil der Prozesse abzugeben und hiermit geht auch das unmittelbare Feedback, die sinnliche Evidenz, ob der eingeschlagene Pfad etwas gebracht hat, verloren. Nicht zuletzt aus diesem Grunde scheint es lohnenswert, zu schauen, ob der internistische Ethos in Zukunft an dieser Stelle weiter aufweichen wird, es also mit Blick auf die Sozialisation der nachkommenden Internistengeneration zu einer grundlegenderen Verschiebung im Habitus kommen könnte, die sich mit „weniger professioneller Generalist und mehr spezialisierter Experte“ beschreiben lässt.

- Mit der Verknappung der Ressource „ärztliche Arbeitszeit“ und verbunden mit den hiermit einhergehenden häufigen Personalwechseln verringern sich in beiden Abteilungen die Möglichkeiten, eine persönliche Arzt-Patient-Beziehung herzustellen. Entsprechend können im Krankenhausalltag die Patientencharakteristika eher weniger „verstehend“ in die ärztlichen Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden.⁴⁵
- Darüber hinaus lassen sich bei den Chirurgen Veränderungen in der Kommunikationsstruktur aufzeigen. Die neue Arbeitsorganisation manifestiert sich in einer Verflachung von Hierarchien, die den Gesamtprozess deutlich effizienter erscheinen lassen, da eine bestimmte Klasse mikropolitische Spiele nicht mehr stattfindet, welche dazu führte, dass Entscheidungen hinaus gezögert wurden. In Verbindung mit dem neuen Kommunikationsmedium „Funktelefon“ erscheint nun die Abteilungskommunikation deutlich dynamisiert, was einerseits die Überbrückung von personellen Diskontinuitäten erleichtert, andererseits die Geschwindigkeit der Behandlungsprozesse beschleunigen lässt.
- Mit Blick auf die beiden recht verschieden medizinischen Kulturen der beiden Abteilungen zeigen sich hier also sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten. Festzuhalten bleibt, dass in beiden Fällen die medizinische Orientierungen den primären Rahmen stellen. *In den „komplexen Fallproblematiken“ kommt das Medizinale sozusagen zu sich selbst, während anderes, die Ökonomie, mikropolitische Spiele, aber auch die Arzt-Patient-Beziehung, in den Hintergrund rücken.*

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

V Ärztliche Ausbildung

In der Ausbildung angehender Mediziner haben die städtischen Krankenhäuser eine besondere Rolle. Mit Blick auf die Gesamtzahl der praktizierenden Ärzte sind sie maßgeblich an der Facharztausbildung beteiligt, zudem wurde in den vergangenen Jahrzehnten immer auch ein Teil der praktisch klinischen Ausbildung der Medizinstudenten übernommen (Famulaturen, Praktisches Jahr [PJ], Arzt im Praktikum [AiP]).

Abkehr vom Modell des akademischen Lehrkrankenhauses

Beide Häuser, in denen die Untersuchungen stattfanden, waren bis zum Jahr 2003 noch Lehrkrankenhäuser eines Universitätsklinikums. Da die Universität, mittlerweile selbst unter hohem Spardruck, die Kooperationsverträge mit den städtischen Kliniken gekündigt hat, um diesbezügliche Ausbildungsvergütungen einzusparen, sind auch formell keine Stellen zu Betreuung der Medizinstudenten mehr vorgesehen. In diesem Sinne hat dann im Jahr 2004 das eine Haus ganz auf den Titel „akademisches Lehrkrankenhaus“ verzichtet, das zweite führt diese Bezeichnung weiterhin, ohne diesem jedoch in der Praxis gerecht werden zu können.¹ Studentische Ausbildung ist nicht mehr vorgesehen und in den Kliniken wird – anders als noch in den Jahren 2000/2001 – kein diesbezügliches Lehrangebot mehr gefahren. In der internistischen Abteilung trat während des ersten Beobachtungszeitraums zwar noch eine Medizinstudentin ihr Famulaturpraktikum an. Diese wurde jedoch zugleich von den Stationsärzten darauf hingewiesen, dass man sich unter den gegebenen Bedingungen nicht mehr um sie kümmern könne² und es zudem auch nicht mehr angemessen sei, dass der Chefarzt bei den jungen Studenten während der Visite doziere.

Arzt im Praktikum

Zunächst eine kurze Bemerkung zur eineinhalbjährigen Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“: Diese wurde mit der neuen ärztlichen Approbationsordnung, die Oktober 2003 in Kraft trat, gestrichen. Hiermit verschwindet auch die besondere Posi-

1 Der Chefarzt der internistischen Abteilung erklärt hierzu im Gespräch mit dem Beobachter: Wir sind jetzt Lehrkrankenhaus der [Name einer Universität] ... aber die Unis haben dann auch nicht mehr so viel Geld ...früher haben sie ja dann einen Assistenten bezahlt ... jetzt ist ja nur noch der Name drin ... aber eigentlich geschieht das jetzt nicht mehr ...

2 Hierzu kurz die folgende Beobachtungssequenz:

Montag, 30.8

8:10 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Elwert (weist die neue Famulantin ein): ... wichtig sind jetzt die Blutabnahmen ... ansonsten werde ich mich jetzt nicht um Dich kümmern können, dafür ist jetzt keine Zeit mehr ... Du kannst dann bei den Visiten mitgehen ... und dann Dir auch einige Untersuchungen anschauen ...

tion des medizinischen Novizen formell aus der Personalstruktur des Krankenhauses. Die ärztlichen Berufsanfänger arbeiten nun – was politisch intendiert ist – nicht mehr auf einem Praktikantengehalt, sondern als Weiterbildungsassistenten, die entsprechend nach Tarif (BAT 2a) bezahlt werden. In den im Verhältnis zum Jahr 2000 äußerst knapp bemessenen Stellenplänen fungieren sie als vollwertige Ärzte, die vor allem in der Stationsbetreuung einzusetzen sind. Strukturell ist der ärztliche Berufsanfänger insbesondere bei den Internisten nicht mehr vorgesehen, was sich dann auch in den Stellenanzeigen für Weiterbildungsassistenten zeigt, in denen dann mehrere ärztliche Fertigkeiten (z. B. Sonografie, EKG) vorausgesetzt werden, die eigentlich erst in den fachärztlichen Weiterbildungsphasen erworben werden sollen.

Facharztausbildung unter Voraussetzung einer 60-80 Stunden Woche

Im Hinblick auf Facharztausbildung in den städtischen Häusern ist nun im Folgenden mit Blick auf die beiden untersuchten Häuser ein differenziertes Bild zu werfen. Die chirurgische Abteilung zeigt sich hier als eine Weiterbildungseinrichtung, die ihrem Auftrag auch unter den neuen Rahmenbedingungen gerecht werden will. Die „jungen“ Ärzte sollen also besonders auch im Operationssaal zum Zuge kommen. Leisten lässt sich dies nur über ein bestimmtes Arrangement, in dem die Altassistenten die chirurgische Notaufnahme besetzen, die Oberärzte auch die kleinen Eingriffe (Galle) anleiten und ein nicht unerheblicher Teil der Stationsarbeit dann von den Assistenten außerhalb der „bezahlten“ Arbeitszeit geleistet wird. Unter der Voraussetzung einer 60-80 Stunden Woche kommt hier also ein chirurgischer Weiterbildungsassistent durchaus im OP-Saal zum Zuge und hat dann die Chance, seine Weiterbildung durchaus im Rahmen der dafür vorgesehenen Zeiten zu absolvieren. Dieses Arrangement ist aus der Sicht der Weiterbildungsassistenten durchaus attraktiv, da es ihnen die Perspektive einer exquisiten Ausbildung bietet. Während sie in vielen anderen Häusern überwiegend in der Notaufnahme und Stationsarbeit eingesetzt würden und dann die OP-Kataloge oftmals nur noch *pro forma* bestätigt bekämen, haben sie hier die Chance, die wertvolle Praxis in den chirurgischen Fertigkeiten zu gewinnen,³ wobei hier nochmals zu betonen ist,

3 Hierzu ein chirurgischer Weiterbildungsassistent im Gespräch mit dem Beobachter:

Dr. Allert (im Gespräch mit dem Beobachter): Andererseits ... habe hier jetzt in zwei Monaten soviel operiert, wie im anderen Haus in einem halben Jahr ... ist jetzt zwar eine exquisite Ausbildung hier ... aber auch eine Arbeit ohne Ende ...

[...]

Dr. Allert: ... ja, jetzt die Überstunden, die werden nicht aufgeschrieben und können auch nicht abgefeiert werden ... das will die Verwaltung nicht ... aber dann hat man hier aber auch einen unheimlichen Benefit, wenn man hier mitspielt ... man darf hier dann Sachen operieren, die man woanders nicht dürfte und dann ist man als Assistent hier relativ behütet ... was dann allerdings nicht heißt, dass man nicht arbeiten muss ... aber man kriegt hier dann einfach eine exklusive Ausbildung ... und dann denke ich, dass ist es dann auch wert hier zu arbeiten ... ich komme dann nach Hause ... bin dann vielleicht müde und habe dann nur noch eine Stunde ... aber ich habe dann auch das Gefühl, zufrieden zu sein, mit dem was ich tue ... ist dann auch die Leistung von dem Chef ...

Beobachter: ... ist jetzt auch der Chef, der diesen Druck aufrecht erhält ... ist ja ein unheimlich feines Netz von Fehlerkontrollen ...

Dr. Allert: ... der Chef ist dabei aber auch menschlich ... [...]

dass die Kunst des Operierens nicht nur im Wissen besteht, sondern im praktischen Sinn, einer emotionalen Haltung und Sicherheit, auch bei Komplikationen ruhig zu bleiben und das Angesagte weiter mit sicherer Hand zu tun.⁴ Dennoch lässt sich nun fragen, ob sich die Ausbildungssituation gegenüber dem Jahr 2001 verbessert oder verschlechtert hat. Im Jahr 2004 werden zahlenmäßig weniger Assistenten zum OP eingeteilt, die dann allerdings schneller zum Zuge kommen, da sie nun – wenn nur ein weiterer Operateur beteiligt ist, automatisch zum „ersten“ Assistenten werden. Wenn gleich die Operationen nun auch schneller ablaufen müssen und der Oberarzt dann doch einen Teil der Schnitte übernimmt, bleibt unterm Strich für den verbleibenden Assistenten möglicherweise sogar noch ein Ausbildungsgewinn gegenüber den früheren Verhältnissen, wo er oftmals nur noch den anderen über die Schulter schauen konnte.⁵

Dr. Allert: ... die Ausbildung wird hier sehr ernst genommen ... nicht nur so, wie in den anderen Häusern, wo man nur ausgebeutet wird und nichts lernt ...

- 4 *Siehe zur Illustration das folgende Gespräch mit einem chirurgischen Weiterbildungsassistenten zur Kunst des Operierens:*

Beobachter: ... was ich jetzt so faszinierend finde ... das ganze know how, was hinter den Operationen steckt ... das eigentliche Rausschneiden sind dann ja nur 5 Minuten aber die ganze Präparation vorher und die Gefäße veröden ...

Dr. Stiehl: ... das Wesentliche ist jetzt das Nicht-Schneiden ...

Beobachter: ... jetzt beim Herauspräparieren ... dann die Gefäße abklemmen ...

Dr. Stiehl: ... wenn eine Operation jetzt glatt läuft, das ist ja dann einfach ... die Kunst ist jetzt mit den Komplikationen umzugehen ... man kann eine Operation nur machen, wenn man gelernt hat, mit den Komplikationen umzugehen oder wenn einer am Tisch ist, der die Komplikationen beherrschen kann ... habe ich dann oft erlebt, dass ich beim Hakenhalten schon Angst gekriegt habe ... aber der Chef bleibt dann ruhig ... er operiert ja dann auch Sachen, die andere nicht mehr operieren würden und die sind ja dann oft so, dass da leicht mal eine Komplikation kommen kann ...

Beobachter: Wenn eine Arterie angeschnitten wird?

Dr. Stiehl: Das ist ja jetzt nicht das Problem ... das sieht man dann ja, weil es spritzt ... das Problem ist, wenn man eine Vene angeschnitten hat und dann sickert es so langsam heraus und man weiß nicht, woher es kommt ... wenn der Bauch dann immer wieder zuläuft ... da dann ruhig zu bleiben ... das geht nur wenn man eine große Erfahrung hat ... dass ist dann die unheimliche Erfahrung, die der Chef hat ... das geht dann nur, wenn man die OP-Zahlen hat ... jetzt in Deutschland bei den vielen Krankenhäusern und bei der Versorgung kommt man nicht mehr auf die Zahlen wie früher ... deswegen sind wir ja alle über den OP-Plan so erpressbar ...

Beobachter: ... jetzt bei der MIC, wenn da was blutet, muss man dann aufschneiden?

Dr. Stiehl: ... der Chef ist jetzt sehr sicher ... er handelt das Problem dann in der Regel auch mit der MIC ... sonst muss man dann aufschneiden ... einer drückt dann mit dem Tokar ab und ein anderer schneidet dann den Bauch auf.

- 5 *Interviewer:* Für mich ist jetzt auch immer so eine Frage [die Ausbildungssituation], früher waren drei oder vier Leute mit im OP als Assistenten, und jetzt sind es zwei oder einer mit einem Oberarzt

Leitender Oberarzt: Genau. Das ist also (zögert), ich würde es generell nicht mit dem Überbegriff Verschlechterung der Ausbildungssituation bewerten wollen, sondern es es ist so dass die Operationsverfahren technisch vielleicht nicht im Vergleich nicht zu fünf Jahren unbedingt wechseln aber auch der Charakter dieser sich verändert. Weil, wir haben zum Beispiel früher die Laparaskopie, die Sigma-resektion immer zu dritt durchgeführt, eh, aufgrund der Personalsituation und auch der Fähigkeit der Operateure ist es so dasa wir das jetzt in der Regel zu zweit machen können und wenn man sich vorstellt das früher ein konventioneller Eingriff manchmal zu viert oder immer zu dritt durchgeführt werden muss, weil einer einen Hakenhalter braucht, ist es erstmal durch das operative Verfahren bedingt, das es eben auch anders geht, der Vorteil ist dann, dass der jüngere Assistent eh bei hochwertigen Eingriffen quasi als erster Assistent dabei ist. Das muss man ja auch so sehen: Das ist der Aspekt dass er dann die Kamera hält, und durch das Kamera halten ist nicht nur das er statisch die Kamera hält, sondern er muss

Zahlenmäßig werden hier zwar weniger Weiterbildungsassistenten ausgebildet, diese jedoch weiterhin auf einem hohen Niveau.⁶

Internisten: Bruch in der Ausbildungskontinuität

Etwas anders stellt sich die Lage bei den Internisten dar. Die Personalkürzungen haben, bei einem hohen Sockel an Fachärzten, die sich in unkündbarer Dauerstellung befinden, dazu geführt, dass im Jahr 2004 faktisch kaum noch Weiterbildungsassistenten in die Abteilung aufgenommen wurden. Das Problem der Abteilung hinsichtlich der ärztlichen Weiterbildung besteht jedoch nun nicht nur darin, dass zur Zeit aufgrund des Personalschlüssels keine Assistenten mehr eingestellt werden können, sondern überwiegend in dem Problem, dass die Arbeitsorganisation, wie sie sich im Moment darstellt, keinen Raum zur Weiterbildung lässt, was sich auf verschiedenen Ebenen zeigt.

Bei dem letzten Weiterbildungsassistenten, der noch 2004 auf der Station gearbeitet hatte, und einer anderen Assistentin der Nachbarstation, kann die Ausbildung nicht mehr im Sinne des alten Usus vorangehen, dass der eine dem anderen folgt und über die Schulter schaut. Denn die Station ist nun in zwei Hälften geteilt und unter dem neuen *work flow* ist nicht mehr davon auszugehen, dass ein Stationsarzt über Patienten der anderen Hälfte Bescheid weiß. Zudem ist unter den neuen Bedingungen oftmals gar nur noch ein Kollege allein auf der Station anzutreffen ist. Unter der Voraussetzung, dass ärztliches Wissen in seinen wichtigen impliziten Dimensionen nur in der face-to-face Interaktion zwischen einem Erfahrenen und einem Novizen übergeben werden kann, erscheint die Ausbildung hier „absolut gefährdet“.⁷ Junge Kollegen haben sich

ja den Eingriff logisch nachvollziehen können. Und auch immer darauf achten, was muss der Operateur jetzt sehen können und dadurch kriegt er auch eine Schulung die natürlich dem operativen Verfahren angepasst ist, ne, das ist also nicht das Taktile sondern das Visualisieren der Operation und dadurch hat er natürlich schon einen gewissen Lernerfolg und das gleiche trifft auch dafür zu, für Jungassistenten, oder jüngere Assistenten, auch für komplizierte Operationen nehmen wir mal an eine Rektum... eine anteriore Rektumresektion, die ja per se schon eine komplizierte Operation ist, die wir schon als erste Assistenz einteilen, was früher sicherlich nicht so war. Und vielleicht im Bereich der Assistenzen ist es so, das da sicherlich, kein Qualitätsverlust im Bereich der Ausbildung da ist. Und ich wür's fast auch für die Qualität der Eingriffe sehen. Der, eh, die Kaskade, die ja immer abgelaufen wird, die, die ist schon ähnlich und ich glaube das die Assistenten was das Operative angeht sicherlich eine ganz gute Ausbildung weiterhin haben wenn auch der Zeitdruck der auf den OPs liegt ein anderer ist. Und dann muss eben dann der, der Operateur, der dann in der Regel bei einem jüngeren der Oberarzt ist, da auch schon mal auf die Zeit drängen, und dann geht man mal so das man auch mal zwei, drei Prozeduren vornimmt um den ... das OP-Feld plötzlich aufklaren lassen. Also insofern ist das ... ist es sicherlich ein Frage, wo ich unter dem Strich sagen würde, da hat sich nicht viel geändert vielleicht sogar ein bisschen zum Vorteile.

6 Das Ausbildungsniveau der Abteilung zeigt sich dann auch in der Tatsache, dass mittlerweile eine Reihe von ehemaligen Assistenten in Oberarztpositionen in andere Häusern aufgestiegen sind.

7 In diesem Sinne der leitenden Oberarzt Interview:

Dr. Heimbach: Es gibt noch Kollegen, die noch keinen Facharzt haben, die im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung rotieren und es findet auch noch eine Rotation zwischen einzelnen Bereichen statt also zum Beispiel Intensivstation, Normalstation, Aufnahme, das hat sich vielleicht der Punkt ist der, das darf man einfach nicht unterschätzen. Die Aus- und Weiterbildung hat im Wesentlichen häufig so funktioniert, das ein unerfahrener Kollege und ein erfahrener Kollege miteinander gearbeitet haben und der unerfahrene den erfahrenen Kollegen fragen konnte. Jetzt ist entweder der Unerfahrene allein auf

nun tendenziell auf sich gestellt durch ihre Aufgaben durchzuhangeln, was im Einfall durchaus zu Problemen führen kann.⁸

Kaum noch Spezialausbildungen

Darüber hinaus verabschiedet sich die Abteilung von dem alten Modell des Internisten, der prinzipiell noch alles kann. Auch innerhalb der Funktionsabteilungen findet nun eine deutliche Binnendifferenzierung statt. Der kardiologische Oberarzt hat beispielsweise durchgesetzt, dass die Ärzte aus der Funktionsdiagnostik nicht mehr rotieren, so dass letztlich nur noch eine Ärztin als Internistin mit der Zusatzbezeichnung „Kardiologie“ weitergebildet wird. Im Sinne der Funktionsbesetzung erscheint dieses Vorgehen nun effizienter, als die Herzdiagnostik immer wieder mit neu einzuarbeitenden Kollegen zu besetzen. Allein das Primat, die Arbeitskraft effizient einzusetzen, gebietet hier die Ausbildungstätigkeiten erheblich einzuschränken.⁹ In diesem Sinne hat sich auch die internistische Abteilung entschieden, entsprechende Kompetenzen von außen „einzukaufen“ und eine Stelle mit einer fertigen Kardiologin zu besetzen, anstelle übermäßige Anstrengungen in die Ausbildung der eigenen Mitarbeiter zu stecken. Dieses neue Vorgehen einer weiteren Spezialisierung entspricht auch durchaus den Erfahrungen der internistischen Fachärzte, die dann zwar im Rahmen der üblichen Rotationen eine Reihe von Fertigkeiten erlernt haben, jedoch mangels Übung und Einarbeitung in die

Station oder der Erfahrene. Also es gibt nicht mehr diese Überlappungen, und die Ausbildung in diesem Sinne ist absolut gefährdet.

- 8 In den folgenden Interviewsequenzen antwortet Stationsarzt auf die Frage des Interviewers nach dem letzten Arzt im Praktikum (September 2004):

Dr. Elwert: Er musste hier 'ne halbe Stelle gehabt, er musste achtzehn Patienten betreuen [...] dann muss er auch die Briefe schreiben und die ganzen... und irgendwann ist er hier mal erstickt mit fünfzig Briefen. Also da hat er fünfzig Briefe liegen gehabt, ehm, dann ist er krank geworden, dann war er noch mal krank, und dann gab's hier einen Tratsch weil er seine Briefe nicht diktiert, der Oberarzt hat welche abdiktet, was natürlich ... irgendwie fragwürdig ist ja, so und da hat er schon einen deutlichen Abstieg gehabt. [...] Und vor allen Dingen das man von einem Tag auf den anderen dann die Achtzehn übernehmen muss, das ist ja manchmal der Stress an sich. Also wenn Rolf [Dr. Martin] jetzt hier kommt und dann achtzehn Patienten übernehmen muss also das ist, das ist wirklich anstrengend auch sich da Reinzudenken und ... also für einen AIP praktisch (zögerlich) nicht so schön. Und bei dem war es eben so, dass er mit der Ausbildung gesagt hat so, er fühlt sich schlecht ausgebildet. So, das hat er ganz explizit auch eben so gesagt und das hat er dem Chef auch gesagt und hat auch gemotzt [...]. Er ist natürlich auch so ein spezieller Typ gewesen, der auch, ehm, er wollte möglicherweise auch etwas anderes, ja, er war so ein bisschen, ehm, auf so Einzelheiten und Differentialdiagnosen und auch Nachlesen und ehm Verstehen von bestimmten Zusammenhängen aus. Das ist ja nicht bei vielen so, also als ich mich erinnern kann, als ich das war, da, da habe ich das alles nach zu Hause verlegt, und ehm es war klar das während der Dienstzeit musst du Routinearbeit erledigen und auch wenn das bis acht Uhr dauert oder bis sechs Uhr dauert das ist egal, du hast es eben machen müssen, das war halt eben so, das war der Job. Und das jemand so offensiv so vorträgt so: nee, nee, ehm er will dann manchmal nachlesen in der Arbeitszeit und will ein bisschen mehr Zeit haben so, das fand ich schon ungewöhnlich. [...] Die Mehrzahl der Leute, die neu anfangen die wollen auch die Arbeit schaffen [...] Beklagen sich dann vielleicht über die viele Arbeit aber nicht darüber, dass sie dann nicht lernen.

- 9 In diesem muss dann auch der Chefarzt im Gespräch feststellen:

Chefarzt: ... mit der Ausbildung ... Frau Marin ... sie wird jetzt Kardiologin ... jetzt können wir uns nur einen leisten, den wir ausbilden, die anderen können wir uns nicht mehr leisten das ist dann ein Problem ...

Neuerungen, sich nicht mehr zutrauen, diese anzuwenden, geschweige denn, während der Stationsarbeit hierzu Zeit finden.¹⁰ Die internistische Abteilung steht nun vor dem Dilemma, einerseits auf die Spezialisten aus der Funktionsdiagnostik angewiesen zu sein, andererseits diese Kompetenzen nicht mehr selbst ausbilden zu können. Mit dem Blick auf die auch für die Funktionsärzte erschwerten Arbeitsbedingungen – etwa wenn diese die Lücken in der Stationsversorgung zu füllen haben, wundert es nicht, dass die Oberärzte auf der Leitungskonferenz die Gefahr an die Wand malen, dass ganze Abteilungen zusammenbrechen können, wenn einige Funktionsärzte abwandern, da die Funktionen nicht ohne weiteres wieder besetzt werden können.

Wenngleich die internistische Spezialausbildung einen kaum zu unterschätzenden Wert innerhalb der Versorgungsstruktur innehat, ist ihre Ausbildung strukturell kaum noch vorgesehen. Es mag sein, dass die Internisten (und andere Ärzte) ihre Zusatzqualifikationen schon immer in ihrer Freizeit zu erlernen hatten,¹¹ dennoch stellt sich über die ökonomisch bedingte Verknappung der ärztlichen Arbeitskraft noch ein zusätzliches Problem. Unter den beschleunigten Prozessen, die nur noch wenig Zeit zum Lehren lassen, ist auch die unbezahlte Weiterbildung zu einem kostbaren Gut geworden.

10 Hierzu Sequenzen aus einem Interview mit dem Stationsarzt Dr. Martin (September 2004):

Dr. Martin: Früher war es so gedacht du bist ein Jahr Funktionsarzt dann kannst du das, und da nach machst du deine eigenen Patienten weil du es ja kannst, machst du deine eigenen Patienten. Habe ich auch jahrelang so gemacht. Was schade ist, ich kann kaum noch Echos, ich könnte das jetzt gar nicht mehr, ich kann den Schallkopf halten im Prinzip, so muss das der Funktionsarzt machen und was die inzwischen können kann ich nicht. Ich könnte es natürlich lernen, aber ich müsste es wieder lernen. Dasselbe gilt für Gastroskopie. Ich kann einen gastroskopieren, aber ich sehe es nicht mehr; ich kann nicht mehr erkennen, nicht mehr beurteilen was ich da alles sehe, habe ich verlernt. Sehr schade. Und eh, ja und jetzt ist, da kam auch Dr. Maaßen [der neue kardiologische Oberarzt] kam dann und wir haben uns dagegen gewehrt, wir wollten das nicht [dass durch die Funktionsabteilungen rotiert wird]. Und dann ist ihm dann entgegengekommen, das die Leute, die zu dem Zeitpunkt noch reflektiert hätten auf die Funktionsstelle die sind inzwischen alle weggegangen, ja, das sind ja einige. Zweitausendeins waren die alle noch da [...] im Moment komme ich noch nicht mal auf ihren Namen, sind zwei, drei Leute weggegangen für die hatte man immer keine unbefristeten Stellen hatten, da wurde immer gesagt: Nee, also wir können sie da nicht weiter beschäftigen, irgendwann haben die gesagt so jetzt reicht es mir dann sind die irgendwo anders hingegangen. [...] Und, also, im dann hat Dr. Maaßen denn also obsiegt mit seinem Konzept, dass er einen Funktionsarzt über Jahre haben will und eh ja, und eh für den einen Funktionsarzt ist es natürlich gut, eh [...]. Die Funktionen sind tatsächlich, das gebe ich auch zu, die sind auch schwieriger geworden zu lernen, das kann man nicht mehr in kurzer Zeit lernen und deswegen ist es auch notwendig das ein Funktionsarzt auch längere Gelegenheit hat das zu lernen, sonst wird er das nicht richtig lernen.

11 Hierzu nochmals der leitende Oberarzt der internistischen Abteilung im Interview:

Dr. Burbach: So läuft es doch in den meisten Häusern, die Kollegen sagen es und ich weiß der Standartspruch von Chefs ist: bei mir können Sie alles lernen. In ihrer Freizeit. Ja, so haben auch viele Kollegen hier sich viele Funktionen beibringen lassen, die haben Schichtdienst gemacht auf der Intensivstation die haben fünfundvierzig Stunden Woche und sind halt zusätzlich zur fünfundvierzig Stunden Woche noch zehn Stunden mehr in die Klinik gekommen um eine Funktion zu lernen. Das ist eigentlich das bringen die bei als, es ist ja auch ein ungelöstes Problem, es ist ja nicht so, das wird ja in der Öffentlichkeit so falsch diskutiert, es ist je nicht so dass der Arzt der hier als Assistent hier angestellt wird hier einen Weiterbildungsvertrag hat. Er hat mit dem Krankenhaus einen Vertrag zur Versorgung der Patienten. Das Krankenhaus hat eigentlich zumindest theoretisch das Recht, hundert Prozent seiner Arbeitskraft für die Versorgung der Patienten zu bekommen, und es steht nicht in dem Vertrag drin, dass er zu der Zeit eben ausgebildet wird. Das ist Kammerrecht, das ist Standesrecht, das ist was ganz anderes. Das ist nicht das Vertragsrecht des angestellten Arztes. Das ist ein Dilemma was überhaupt nicht gelöst ist.

Weiterbildung unter den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen?

Im Sinne der vorangehenden Ausführungen stellen die beiden untersuchten Abteilungen zwei verschiedene Modelle vor, wie die Frage der Weiterbildung unter den neuen Rahmenbedingungen sich organisatorisch manifestieren kann. Die Chirurgen agieren hier im Sinne einer Weiterbildungsinstitution als *centre of excellence*. Dies bedeutet für alle Ärzte nicht selten sechzig bis achtzig Stunden Wochen. Möglich wird dieses Arrangement durch befristete Verträge und der Hoffnung der Ärzte, auf diesem Wege den weiteren Aufstieg zu schaffen. Für ein anderes Modell steht die internistische Abteilung. Hier wird die fachärztliche Ausbildung weitgehend runter gefahren und die Kraft in die Routineversorgung gesteckt. Unter der Voraussetzung einer ärztlichen Belegschaft, die sich strukturell nicht mehr unbegrenzt ausbeuten lässt, erscheint ein solch dynamisiertes Arrangement kaum umsetzbar.

Strukturell ist die ärztliche Weiterbildung in der Organisation Krankenhaus als eigenständiger Auftrag, der Ressourcen und Zeit verdient, nicht vorgesehen. Dass die Ärzte hier schon immer zu Arrangements gefunden haben, Anspruch und Wirklichkeit zu verbinden, etwa indem auf dem Papier auch nicht geleistete Weiterbildungen bestätigt werden,¹² oder eben unter höchstem biografischen Einsatz Patientenversorgung und Kompetenzentwicklung verbunden werden, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Krankenhaus im Hinblick auf hoch qualifizierten ärztlichen Nachwuchs in Zukunft mit Problemen zu rechnen hat, die unter den aktuellen Rahmenbedingungen eher verschärft werden. Da die Universitäten tendenziell unter dem gleichen Bedingungen leiden, also ebenfalls unter dem Kostenprimat Personalkürzungen hinnehmen müssen, die zu Lasten der Ausbildung gehen, ist nicht zu vermuten, dass von dieser Seite die Tendenz ausgeglichen werden kann.¹³

Pointiert stellt sich das Problem hier nochmals für den Internisten. *Während die operative Ausbildung zwangsläufig strukturell eine face-to-face Unterweisung bleiben muss, hier also der Novize im Sehen, hören und Fühlen seinem Lehrenden folgen kann, individualisiert sich bei den Internisten die Praxis in einer Weise, dass vermehrt die*

12 Hierzu der internistische Chefarzt im Gespräch mit dem Beobachter:

Chefarzt: Jetzt die Kataloge von den Ärztekammern ... das ist dann sowieso viel zu viel, was da drin steht, das kann dann sowie so keiner erfüllen ... wenn dann jemand herkommt ... Frau Kardel ... die konnte das dann theoretisch ... aber muss dann erst noch Praxis gewinnen ... deswegen haben wir Sie dann ins Krankenhaus [Name des Hauses] geschickt ... die Kardiologen haben dann sowieso ihre Regeln, was danach noch gemacht werden muss, um die Praxis zu halten ... dann hunderdfünfzig Interventionen pro Jahr ...

13 Auch die Universitätskliniken kommen unter dem DRG-System unter einen erheblichen ökonomischen Handlungsdruck, der zu Fusionen und Privatisierungen führt. Diese Bewegung könne dann, wie im Ärzteblatt diskutiert, die klinische Ausbildung der medizinischen Hochschulen in Gefahr bringen: »Die neue Approbationsordnung beruht auf einer deutlichen Erhöhung des praktischen Unterrichts; hiervon sind besonders die Kliniken betroffen. Denken Sie nur an die jeweils mehrwöchigen Blockpraktika in Innerer Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin. Sie sollen zusätzlich in das Medizinstudium integriert werden und verlangen von den Ärztinnen und Ärzten der Universitätskliniken einen enormen Einsatz. Dieser Unterricht kann bei Personalreduzierungen, wie sie jetzt allenthalben Platz greifen, nicht sinnvoll verwirklicht werden. Ganz eindeutig: Die Qualität der klinischen Ausbildung ist in Gefahr« (Flintrop/Richter-Kuhlmann).

*Räume verschwinden, in denen Erfahrene und Novizen sich begegnen.*¹⁴ Man mag sich dann zwar durchaus irgendwie durchhangeln können, doch die Frage, inwieweit unter diesen Bedingungen internistische Kultur mit ihrem Anspruch auf Ganzheitlichkeit und klinischem Blick reproduziert werden kann, bleibt eine unbeantwortete Frage.¹⁵

14 Dieses Problem stellt sich für die Facharztausbildung aber auch für die Funktionsausbildung, die wie insbesondere Atkinson (1995) aufzeigt, darin besteht, vom Wissenden gezeigt zu bekommen, wie man zu sehen hat.

In diesem Sinne hier auch nochmals der leitenden Oberarzt der internistischen Abteilung zu dem Problem der beschleunigten Arbeitsverhältnisse:

Dr. Burbach: Und Frau Kardel ist ja auch eigentlich fürs koronarangiographieren eingestellt worden, als Funktionsärztin, und dadurch ist die Personaldecke so dünn, jetzt müssen die aber ein Stückweit raus aus der Funktion und über diese Funktionsarztstätigkeit hinaus eh hat natürlich jeder Kollege die Möglichkeit durch Eigeninitiative in seiner Freizeit sich anderes beibringen zu lassen, da die Kollegen aber kaum noch frei haben ... (lacht ironisch) das wird dann schwierig. Ja. Aber dieses Funktionsarztkonzept ist ja im Prinzip nicht aufgegeben, aber ist halt ausgehöhlt. Weil die, ich sage mal, weil die Liegedauer so kurz ist, und die Funktionen auch abgearbeitet werden müssen, das es dann natürlich sehr schwer wird eine Situation zu schaffen in der einer der nichts kann mit einem der was kann zusammengespannt wird zwei Kräfte an einem Patienten binden.

15 Instrukтив sind hier die Überlegungen zur Kompetenztypik (Vogd 2004c). Hier konnte am Beispiel einer psychosomatischen Abteilung eines Universitätsklinikums aufgezeigt werden, wie Anfänger unter reduzierter fachärztlicher Supervision in organisierter Form ihre Kompetenzdefizite überbrücken können. In diesem Sinne kann dann allerdings nicht mehr von psychosomatischer Kultur gesprochen werden, sondern die primären Orientierungen ergeben sich auch aus der ständigen Anforderung der Mängelverwaltung.

VI Bewertungen und Werthaltungen der Akteure

In dem folgenden Kapitel wird es um die Bewertungen der ärztlichen Akteure gehen, denn im Sinne unseres Evaluationsprojektes sind nicht nur die (impliziten) Werthaltungen der Stakeholder zu rekonstruieren, sondern auch deren (explizite) Bewertungen. Wir beginnen zunächst mit den expliziten *Bewertungen* der Internisten (1), dann der Chirurgen (2), um schließlich im dritten Unterkapitel mit dem Titel „Habitusinkongruenzen“ (3) mit der Rekonstruktion der impliziten *Werthaltungen*¹ die Aufmerksamkeit auf latente Spannungen zu legen, die – wie die Ergebnisse dann zeigen werden – für unsere Fragestellung eine besondere Brisanz aufweisen. Schließlich werden die Befunde der einzelnen Unterkapitel nochmals zusammenfassend in Beziehung gesetzt (4).

1 Internistische Abteilung

Wenn wir zu den Bewertungen der Internisten kommen und diesbezüglich den Blick auf die unterschiedlichen Untersuchungsperioden werfen, lässt sich zunächst der Befund feststellen, dass auch im ersten Beobachtungszeitraum die Ärzte erhebliche Unzufriedenheiten mit ihren aktuellen Verhältnissen artikulierten. Im Folgenden möchten wir versuchen, die verschiedenen Gründe und Aspekte aufzuzeigen, so dass sich schließlich ein differenziertes Bild ergibt, in dem sich die unterschiedlichen Stimmungen und Interessenlagen zusammenfügen.

2001: Beginn der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft

Die ersten Feldforschungen lagen in einem Zeitraum, in dem die großen Umstrukturierungen der Berliner Krankenhauslandschaft gerade bevor standen bzw. angelaufen waren. Zugleich wurden von den Krankenkassen der Sinn bzw. die Finanzierung vieler Behandlungsprozesse massiv in Frage gestellt und die Ärzte gleichsam mit Anforderungszetteln bombardiert, um die Notwendigkeiten ihrer Maßnahmen schriftlich zu begründen. In diesen Jahren wurde den Krankenhausärzten zum ersten Mal deutlich, dass nun ökonomische Kalküle wohl in irreversibler Form in ihren Alltag eindringen werden, also nicht mehr wie zu vor alles, was ärztlicherseits angeordnet wurde, auch

1 Wir beziehen uns hier auf die für die dokumentarische Evaluationsforschung konstitutive Unterscheidung zwischen Bewertungen und Werthaltungen. Erstere liegen in expliziter Form vor und sind den Akteuren entsprechend in bewusster Form, bzw. reflexiv zugänglich. Letztere stehen als Rahmen, bzw. als Code, der weiteren Reflexionen zugrunde liegt, in der Regel außerhalb der Reflexionen der untersuchten Akteure (vgl. Bohnsack 2006).

ohne Widerspruch durchgeführt werden konnte. Von nun an konnte man also nicht mehr – unter Voraussetzung freier Betten – beliebig lang und aufwendig behandeln. Einhergehend mit der ökonomischen Rationierung wurden seitens der Politik zudem „Bettenstreichungen“ verordnet. Eine Reihe medizinischer Abteilungen und vereinzelt ganze Krankenhäuser wurden geschlossen. Ärzte, die auf kündigungssicheren Arbeitsverträgen saßen, wurden in schlechteren Positionen in andere städtische Häuser „zwangsversetzt“. Viele motivierte junge Kollegen in befristeter Anstellung konnten nicht mehr weiter in den Abteilungen beschäftigt werden, in denen sie ihre Facharzt-ausbildung angefangen hatten.

In der pflegerischen und ärztlichen Patientenversorgung mussten nun vermehrt Rationierungsentscheidungen getroffen werden, doch die Ärzte hatten noch keinen *modus operandi* gefunden, wie sich die Verknappung der Ressourcen gegenüber den anvertrauten Klienten vermitteln ließe. Nicht selten kam es unter den Internisten diesbezüglich zu Streitereien über die angemessene Strategie. Gelegentlich wurden diese Konflikte direkt vor den Patienten ausgetragen (vgl. Vogd 2004b, 183f.).² Zudem waren gerade in dieser Zeit die gesundheitspolitischen Diskurse besonders laut zu vernehmen, welche eine »Über-, Unter- und Fehl-Versorgung« in der ärztlichen Versorgung monierten (Sachverständigenrat 2002).

Infragestellung des ärztlichen Berufs

Der ärztliche Beruf erschien von verschiedenen Seiten in Frage gestellt, ebenso die sicher geglaubten berufsbiografischen Verläufe vieler ärztlicher Karrieren. Ein Stationsarzt drückt stellvertretend für viele seiner Kollegen die damalige Stimmung aus:

Dr. Boller (im Interview, September 2001): Ich muss sagen, dass mit der zunehmenden Entwicklung in letzter Zeit meine Einstellung doch schon also meine Motivation doch ganz schön geändert hat, dass mich dies doch schon sehr sehr gestört hat, dass praktisch das Krankenhaus schlechthin, dass da irgendwas auf dem Krankenhaus an den Kostenfaktoren des Krankenhauses so rumgehackt wird ich schon irgendwie die Arbeit hier und die Leistung nicht ausreichend gewürdigt beziehungsweise nicht ausreichend entsprechend gewertet sehe, muss ich ganz deutlich sagen also ist nicht spurlos an mir vorbeigegangen, der gesellschaftliche Hickhack beziehungsweise die Diskussion um die Kosten, das Krankenhaus und zulange und die falschen Patienten und so weiter, weil ich mir persönlich sage, dass ich eher die Patienten eigentlich mir nicht hierher hole, die Patienten kommen, teils werden sie eingewiesen, teils werden sie, kommen sie selber und das Krankenhaus wird für alle sozialen Zwecke missbraucht und wird dann praktisch gesellschaftspolitisch ja doch mehr oder weniger find ich in einem schlechten Bild dargestellt als der Kostenfaktor Nummer eins sozusagen im Gesundheitswesen der die Kosten treibt und so weiter und das wirkt sich negativ, find ich, auf die Gesamtmotivation der Leute, bei mir persönlich natürlich schon aus und auch die Diskussion die ewige Diskussion um Kosten und um Kostenübernahme und so was, sonst von Hause aus bin ich

² Diesbezüglich hat sich die Situation dann im Jahr 2004 deutlich beruhigt. Nicht nur die Ärzte sondern auch die Patienten wissen nun, dass Versorgungsleistungen eine knappe Ressource darstellen, die nicht mehr über Gebühr eingefordert werden kann. Einem Patienten lässt sich entsprechend routiniert vermitteln, dass man ihn für ein paar Tage entlassen müsse, um ihn dann zur weiteren Behandlung wieder aufzunehmen.

sehr gerne Arzt, beziehungsweise war sicherlich teilweise etwas sehr in den ersten Jahren übermotiviert, aber ich muss sagen, dass die ganze Entwicklung nicht spurlos an mir vorübergegangen ist.

[...] Ein entscheidender Faktor des Gesundheitswesens ist eben die Anzahl der Beschäftigten beziehungsweise das Personal, das ist meines Erachtens das A und O in diesem Bereich, das lässt sich eben im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsfaktoren nicht beliebig runterfahren aber jetzt ist [...] nur ein Abbau der Beschäftigungszahlen ein positives Signal für's Gesundheitswesen. Meines Erachtens eine ganz fatale Entwicklung, denn das lebt nun mal von den Personen das lebt nicht von irgendwelchen Technisierungen und das sind sie meines Erachtens in eine Zwickmühle gekommen. Einerseits soll es nach den neuesten Bench-Marking, weiß ich nach der Wirtschaft funktionieren aber andererseits soll ja möglichst noch der Anspruch früherer Jahre des Sozialen und des Fürsorgenden und des allzeit Bereiteten bieten. Das ist meines Erachtens ein unauflösbares Dilemma.

Gereizte Stimmung und erstarrte Verhältnisse

Wenngleich der ärztliche Personalschlüssel im Vergleich zu den sich drei Jahre später darstellenden Verhältnisse noch recht günstig erschien, zeigten sich die Stationsärzte gereizt. Entsprechend kamen die leitende Ärzte zu dem Schluss, dass man unter Angst schlecht arbeiten könne,³ und auch der Chefarzt musste feststellen, dass die eingefrorene Personalstruktur keinen Raum mehr lasse, die Abteilung zu modernisieren und zu dynamisieren:

Chefarzt (im Interview, September 2001): Ja den größten Kummer, den ich habe das habe ich ja schon artikuliert, ist der dass draußen motivierte junge Ärzte stehen, gut ausgebildet, auch die wer weiß wie gut äh sich einfügen, also ja, auf die brennen zu arbeiten, und die älteren Kollegen sind nicht so gut motiviert, viele davon nicht mehr aus vielen Gründen, und äh die können aber nicht raus in die Selbständigkeit, um sich noch mal zu verwirklichen und ihre Vorstellungen von ihrem Leben noch einmal äh in die Tat

3 *Dr. Heimbach (der leitende Oberarzt im Interview, Oktober 2001):* Und wir letztendlich dann doch ein wachsendes Angst-, Angstpotential haben, weil wir nicht wissen, was letztendlich das für uns bedeuten wird in den nächsten zwei drei Jahren. Wenn wir das nicht besonders sorgfältig machen und uns da nicht auch noch besonders viel Zeit dafür nehmen [...] Ja das ist halt ein Buch mit vielen Siegel äh, Unbekanntes. Wir versuchen's halt im Moment durch äh, besonders intensive Sorgfalt auszugleichen, ob das so funktionieren wird, dass wissen wir eben nicht, und ob wir uns nicht im Moment viel zu sehr auch verzetteln, und durch unsere Angst bedingt, äh viel zu sehr auch verstreuen und darüber andere Dinge ein bisschen zu kurz kommen, könnte ich mir gut vorstellen im Moment.

Im gleichen Sinne dann der *Chefarzt im Interview (September 2001):* [und ich wünsch mir,] dass jetzt hier Frieden einkehrt dass die Ärzte ihre ärztliche Arbeit machen können zum Wohle des Patienten und zur Qualität der Medizin und dass das hier Ruhe reinkommt in diesen großen Krankenhausbetrieb allmählich äh vor allen Dingen auch eben auf der Personalebene dass wir in Ruhe weitermachen können dass wir auch eine gewisse Planungssicherheit haben welche Finanzen kommen denn zu in diesem Krankenhaus oder wie soll das weitergehen dass das möglichst schnell transparent wird damit man sich einstellen kann [...] und damit man weiß äh wer seinen Arbeitsplatz behält und wer ihn nicht behält auch das is ja'n großer Unsicherheitsfaktor, nicht für mich persönlich in diesem Falle aber für die Leute

Interviewer: ja

Chefarzt: das macht Angst und Angst ist ein schlechter Berater und Angst äh einer der Angst hat kann auch nicht arbeiten.

umzusetzen, und die anderen können nicht rein, so dass wir einen Haufen Motivierter draußen vor der Tür haben, und viele Demotivierte durch äußere Umstände die ihre Motivation nicht so recht finden, weil sie nicht mehr sich selbst verwirklichen können, und diese Diskrepanz ist mir noch nie in meinem Leben vorgekommen, das ist eine ganz unglückliche Diskrepanz, weil sie die Jungen und die Alten, äh demotiviert.

Interviewer: ja

Chefarzt: und belastet und das belastet natürlich auch den Chef, wir haben diese wie ich das immer gerne nenne, wir haben diese Fußballmannschaft nicht mehr. Der Erfahrene schlägt den Pass und da ist auch mal einen Jüngerer, der kann schnell laufen, der kann den erlaufen, das passt nicht mehr, wir haben zu viele Ältere, wenn ich in Pension gehe dann gehen sie alle mit mir in Pension. Ich hab Assistenten, die sind fast so alt wie ich. Das ist eine Rarität an einer Inneren Universität, äh an einer Inneren Klinik. Bei den Chirurgen war es schon etwas anders, wenn dort einer eine gute Operation eine Operationsmethode gut konnte, dann blieb dieser oder jener Assistent schon mal einen Lebtage lang in der Chirurgie, für die Innere praktisch Neuland in Deutschland [...] und das ist nicht so wie der Gesetzgeber glaubt oder die Ärztekammer, wer es immer sagt, äh ja es ist ja schön wenn Sie so viele Fachärzte haben und so das ist zum Teil ist es richtig, so lange die motiviert und hoch aktiv bleiben, aber wenn das Motiv ist, dann äh ist es besser, wenn man junge Leute die neue Kenntnisse anstreben, als jemand der zwar pro forma seinen Facharzt hat, der aber doch nicht mehr so motiviert ist und so stramm arbeitet.

Das Jahr 2001 lässt sich für die internistische Abteilung als eine Zeit der Lähmung begreifen, in der sich die Ärzte erstarrt und in Abwehrstellung gegenüber den sich anbahnenden Veränderungen wieder fanden.

2004: erhebliche Personalkürzungen und ruhigeres diszipliniertes Arbeiten

Wenn wir nun einen, zunächst oberflächlicheren Blick auf die gleiche Station im Jahr 2004 werfen, scheinen die Verhältnisse zunächst etwas reibungsloser zu laufen. Die Personalkürzungen haben stattgefunden und auf den Stationen wird nun schnell und kontinuierlich gearbeitet, ohne über die neuen Arbeitsbedingungen all zu viele Worte mehr zu verlieren. In diesem Sinne stellt etwa eine erfahrene Krankenschwester fest, dass die Verhältnisse nun ruhiger geworden seien und dass angesichts des Arbeitspensums, was man zu erledigen habe, es auch besser sei, »wenn dann nicht auch noch die Ärzte durchdrehen«. Im gleichen Sinne muss dann auch ein Stationsarzt feststellen, dass man zwar früher ziemlich viel geklagt habe, doch heute die Arbeit in disziplinierter Form auch mit weniger Leuten recht gut zu schaffen sei:

Dr. Martin: Ich bin mir ziemlich sicher, dass wir damals schon ähnlich viel geklagt haben schon darüber, dass die Arbeit so nicht mehr zu schaffen wäre und so – wie wir's jetzt tun, nur dass das damals ja irgendwie ... also insofern muss ich so ein bisschen. Hab ich den Leuten auch schon gesagt in so'nem Gespräch den [Name des Klinikkonzerns]-Fritzen die uns da immer die Stellen wegnehmen. 'nen bisschen muss ich natürlich auch denen recht geben das die haben gesagt „ihr schafft das auch mit weniger“ und ihr schafft das auch mit noch weniger und weniger und weniger. Bis zu 'nem gewissen Grad hatten die auch recht, ne, wir hatten auch damals, hätten wir disziplinierter arbeiten können, und ich sehe das einfach, wenn du da mit vielen Leuten bist, bei mir ist das zum Beispiel

so, ich werde automatisch, werde ich langsamer und denke, och Mensch, ich hab ja nur noch neun Patienten, und da mach ich automatisch viel langsamer, unterhalte mich viel länger, was denen natürlich auch zu gute kommt, ja, ehm, aber ehm man kann es natürlich sehr straffen und damals haben wir immer, wenn wir uns im um die Urlaube gekümmert haben, wer geht in Urlaub, da weiß ich noch, da haben wir, eh, Sorge gehabt mit den Urlauben, 'ne Zeit lang war das glaub ich so, dass wir gesagt haben „oh dann ist der und der und die und die im Urlaub, dann sind nur noch drei auf Station, das geht ja nicht“ und eh so hat sich dann das eben entwickelt.

Schlechtere Versorgungsqualität

Wenngleich die Abteilung trotz der massiven Personalkürzungen organisatorisch zu funktionieren scheint, artikulieren die Ärzte auf verschiedenen Ebenen deutlich Kritik an den neuen Verhältnissen. Ärzte auf allen hierarchischen Ebenen äußern die Vermutung, dass die Versorgungsqualität abgenommen habe.⁴ Man habe nicht mehr die Zeit, Patienten richtig zu untersuchen. Insbesondere in den Zeiten, wo nur noch ein Kollege auf der Station sei, würden dann »Sachen geschehen, die nicht mehr gut seien«.⁵ Bei den »Kurzzeitliegern« betreibe man jetzt »Schmalspurmedizin« (Kapitel III.3) und zudem würde einem aufgrund der häufigen Personalwechsel nun der Gesamtprozess »entgleiten« (Kapitel III.5), denn der rote Faden im Behandlungsprozess sei oftmals nur noch schwierig weiterzuentwickeln.⁶ Wie auch der leitende Oberarzt im Interview

4 Hierzu beispielsweise der leitende Oberarzt im Interview: »Und wie gesagt ich hab's ja eben schon gesagt, es ist – ich denke die Versorgung der Patienten hat sich auch verschlechtert, inwieweit man das messen und absehen kann ist eine andere Frage«.

5 Hierzu ein Stationsarzt:

Montag, 9.8.2004, 9:15 (vor dem Stationszimmer)

Dr. Martin (erklärt dem Beobachter): Jetzt zwei Stellen für die Station und dann eine Funktionsärztin, die dann eine halbe Stelle für beide Stationen hat. Dann manchmal hat einer von uns Dienst alleine ... da passieren dann auch Sachen, die nicht so gut sind ... kann man sich einfach nicht besser drum kümmern

6 Eine Stationsärztin erläutert im Interview nochmals ihr Leiden an den fragmentierten Behandlungsprozessen:

Dr. Kardel: Es ist es ist fast nichts Schlimmeres für mich, als mir den Eindruck eines Patienten mir zu verschaffen und ihn dann auch noch weiter zu betreuen und dann auch noch zu entlassen, wenn ich den nicht von Anfang an betreut habe sondern eben in Anführungsstrichen ihn angefangen dann übernehmen muss. Ja, dann gehen dann manchmal doch die Gedankengänge beziehungsweise die Vorstellungen so ein bisschen a) auseinander, beziehungsweise b) sind schon Dinge in die Wege geleitet worden, aber nicht so sicher ehm so schriftlich dokumentiert sind, so das ich wüsste, darum brauche ich mich nicht mehr drum zu kümmern, das käme zwar auf mich zu aber das ist schon in Gang gebracht das sieht man schon anhand der Kurvenführung anhand der Dokumentation, die sieht man eben nicht

Interviewer: und das war früher anders als jemand anders gesagt hat guck mal da, ich zeig dir den, und das

Dr. Kardel: Ja, also ich habe das jedenfalls so kennen gelernt, dass man gesagt bei dem fehlt das und das noch, das muss bitte noch organisiert werden das da bin ich noch nicht zu gekommen, das ist angedacht, ehm wenn das jetzt eintrifft, dann hat das die und die Konsequenz, das war also man hatte dann schon einen etwas vorgegebenen Pfad, eh, den man dann nur noch verfolgen musste, und hier ist es so, dass man sich den Pfad erst suchen muss, weil er nicht immer sofort ersichtlich ist aus der Akte die man von dem vorhergehenden Kollegen übernimmt, nicht. Und auch weil natürlich die Dinge wie Anamnese nicht so mittlerweile ja sehr zumindest, wie es hier im Hause üblich ist ja sehr unterschiedlich gehand-

ausdrückt, sehen sich die Stationsärzte unter dem aktuellen Druck nicht mehr in der Lage, entsprechend ihrer eigenen medizinischen Standards zu arbeiten:

Leitender Oberarzt Dr. Heimbach: Das ist die spezielle Situation von Patienten die von der Praxis uns zugewiesen werden. Das ist aber jetzt eine besondere Art der Arbeitsteilung aber eh das Gefühl das die Kollegen Patienten nicht mehr umfassend betreuen können ist natürlich bei allen da. Weil so umfassende Betreuung unter dem Arbeitsdruck und die Verkürzung der Liegezeiten gar nicht mehr möglich ist, rechnet sich ja auch nicht, ja. Mal ein Beispiel: ein Patient kommt rein wegen Atemnot, man entdeckt eine Lungenentzündung, diese Lungenentzündung wird behandelt, die Diagnose ist auch klar meinetwegen Atemnot, und wenn man jetzt bei diesem Patienten vielleicht noch merkt, das der auch noch Probleme mit seinem Blutdruck, mit seinem Magen oder sonst was hat, dann hat man nicht die Gelegenheit diese Dinge noch mit zu untersuchen und abzuklären. Also nur ... man kann natürlich andiskutieren.

Interviewer: hm.

Dr. Heimbach: Ja, also dieser Anspruch der ja vielleicht mal vorhanden war in der Medizin, Patienten ganzheitlich zu betreuen, ganzheitlich meine ich jetzt noch nicht mal, den großen Anspruch auf Psyche und Soma, sondern wenigstens das ganze Soma und nicht nur einen Teilabschnitt vom Soma, das ist schon deutlich weniger geworden, ja.

Interviewer: Eh, die Sache jetzt was jetzt auch die Kollegen sagen das oft, es auch ein deutlicher Unterschied zwischen früher auch wieder in die gleiche Richtung mit dem Untersuchen. Das sie gesagt haben im Prinzip, früher hätte man eine volle internistische Untersuchung gemacht, jetzt schaut man erst mal was in der Aufnahme passiert ist, jetzt könnte man praktisch nur noch untersuchen wenn es Komplikationen gibt, also man macht nur noch mal grob ...

Dr. Heimbach: Eh, der Punkt ist, der Punkt ist einfach der, dass selbst unter Ausschöpfung von allen Rationalisierungsmaßnahmen, dass die Zahl der Ärzte pro Patienten zu klein ist. So. Denke ich schon das man schon konzertieren muss, wenn wir bei uns in der Abteilung eine Situation haben, wo an einigen Tagen in der Woche nur ein Arzt für sechsunddreißig Patienten da ist, dann ist das bei den Liegezeiten die wir haben nicht mehr zu gewährleisten da eine vernünftige Versorgung zu leisten. Also das Niveau, auch wenn die Öffentlichkeit die Krankenhausträger das bestreiten mögen, das Niveau der Versorgung ist deutlich abgesenkt. Jetzt kann man natürlich fragen ob das Niveau vorher zu hoch war? Das ist eine andere Frage und man kann noch fragen ob es denn einen Effekt auf die Sterblichkeit und die Inzidenz von Komplikationen hat? Das sind noch offene Fragen, es gibt ein, zwei Arbeiten, die schreiben eben, dass es seit dem die Arztzahl und oder die Fallzahl gestiegen und die Arztzahl konstant geblieben ist, so sind ja die Daten, dass zum

habt werden. Es gibt ja Patienten die kommen unten aus der ersten Hilfe wo natürlich für die Kollegen dort die den Patienten nicht weiter versorgen, und behandeln, eh die natürlich ein ganz anderes ich will jetzt nichts unterstellen, aber die haben ja natürlich ein ganz anderes Anliegen als sich ein Eindruck über den Patienten zu verschaffen, als ich die ich den die nächsten zehn Tage dann betreuen muss, nicht und wo der Patient auch ganz andere Ansprüche an mich stellt, nicht. Wo ich dann ganz gerne noch Informationen über sein soziales Umfeld ganz gerne manchmal haben möchte, oder ehm, was die Vorgeschichte anbelangt, oder das wird natürlich von Kollegen, die die den Patienten nur kurz sichten so ein bisschen einordnen wohin geht das, in welche Richtung, und eine Verdachtsdiagnose stellen, und vielleicht schon mal die ersten Schritte in Gang setzen, die konzentrieren sich vielleicht auf noch auf viel weniger umfassendere Informationen, als auf so einzelne Details, ne, das macht die Sache auch nicht leichter.

Beispiel die Zahl der septischen Komplikationen in klinischen Anstalten deutlich in die Höhe gegangen ist. Es gibt bis jetzt eine Arbeit, die ist im Deutschen Ärzteblatt, die aber noch nicht aufgenommen und diskutiert worden war. Muss man sehen.

Persönliche Arzt-Patient-Beziehung nur noch selten möglich

Darüber hinaus wird von den Stationsärzten bedauert, dass unter den neuen Bedingungen kaum noch ein persönlicher Kontakt zum Patienten hergestellt werden könne. Man habe keine Zeit mehr, mit diesem über seine Ängste zu sprechen.⁷ Der Arztbrief könne dem Patienten bei den beschleunigten Behandlungsrhythmen nicht mehr persönlich übergeben werden.⁸ Generell wird bedauert, dass der Stationsarzt nur noch in Ausnahmefällen in der Lage sei, eine persönliche Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen.⁹

Fehlende ökonomische Gratifikation und innere Kündigung

Als weiterer Aspekt im Stimmungsbild der Internisten erscheint das Gefühl, für die geleistete Arbeit nur ungenügend entlohnt zu werden. Da im Gegensatz zu früher die Überstunden nicht mehr bezahlt werden, die Dienste nicht mehr als volle Arbeitszeiten gelten, sondern seitens der Verwaltung als schlechter vergütete „Bereitschaftszeiten“

7 Siehe zur Illustration folgende Gesprächssequenz aus einer Chefarztvisite:
Montag, 14.9.2004

Chefarzt: ... jetzt mit den Aufklärungsbogen ... Juristerei und Medizin ... ist dann eine unheilsame Verbindung ... die Aufklärungsbögen ... wenn man den den Patienten mitgibt, dann schlafen die Nachts fünf cm höher, so Angst haben die ... früher war Aufklärung eine hohe ärztliche Kunst .. der Patientenkontakt war wichtig und man musste sich dann genau hineindenken, was man dem Patienten dann sagen konnte, und wie man ihn dann am besten beruhigt ... jetzt bekommt der nur noch den Zettel ... und dann geben wir Nachts eine Valium ... dann heißt es „die Qualität der ärztlichen Behandlung verbessert sich“ ... mag dann vielleicht statistisch sein, dass es dann genauso gut ist, wie vorher ... aber der Patient, der wird dann mit seinen Ängsten doch alleine gelassen ...

8 Siehe zur Illustration folgende Beobachtung:

Dienstag, 14.9.2000, 10:40 (Auf der Station, eine Patientin wird von ihrer Tochter abgeholt. Der Pfleger sucht die Arztbriefe und fragt bei Dr. Kardel nach, ob der Brief schon fertig sei. Die Ärztin antwortet, dass der Brief an der üblichen Stelle, am Fensterbrett liege.)

Pfleger: Wir haben die Briefe vertauscht ... Frau Meier hat den von Frau Müller mitbekommen ... ich habe jetzt schnell noch ein Kopie gemacht und den gebe ich dann mit.

Dr. Kardel (mit einem Augenzwinkern zum Beobachter): Darfst Du jetzt gar nicht aufschreiben, was hier geschieht ... Patienten entlassen und nur kurz gesehen ... den falschen Arztbrief ... früher habe ich den Patienten immer selbst den Arztbrief übergeben und noch ein paar Worte ... dafür ist dann heute auch keine Zeit mehr ...

9 Siehe zur Illustration zum Spannungsverhältnis von Zeit und Patientenkontakt nochmals folgende Beobachtungssequenz:

Freitag, 17.9.2004, 13:05 (beim Mittagessen)

Dr. Kardel (zu Dr. Marin): habe ... eine ältere Dame ... Frau Walter ... möchte nicht mehr Leben ... sollte ihr was geben ... meint sie in Holland würde das ja auch gehen ... wäre aber gut, dass es bei uns nicht gehen würde ... wegen der Euthanasie ... war dann „widerständig“ im dritten Reich ...

Dr. Marin: Du hast dann Zeit, dich mit den Patienten zu unterhalten ...

Dr. Torstensøn: Sich dann mit den alten Damen zu unterhalten, ist ja das Einzige, was einen noch hier hält ...

undefiniert wurden, und darüber hinaus die Personalengpässen die Urlaubsplanung mancher Ärzte in Frage stellen, entsteht bei vielen Kollegen der Eindruck, dass ein krasses Missverhältnis zwischen Engagement und Entlohnung besteht. In diesem Sinne kommt dann eine Kollegin am Mittagstisch zu folgendem Schluss:

Dr. Marin: ... ist jetzt auch nicht mehr lustig hier ... ich habe auch keine Lust mehr ... am Wochenende dann für fünfzig Euro Netto einen Dienst machen ... dann kann ich ja besser Putzen gehen ... oder häkeln ... das kann ich dann auch noch ... und ich soll hier dann Kardiologin werden ...

Ein Stationsarzt sieht hier die Gefahr, dass die Solidarität der Kollegen untereinander aufbricht und es vermehrt zu inneren Kündigungen komme.¹⁰

Dr. Torstensøn (auf dem Weg zum Essen, zum Beobachter): ... macht man sich jetzt auch so Gedanken ... die Kollegin ist krank ... dass dann in ihrem Arbeitsblock ... wenn ich dann jetzt auf meine Ferien verzichten muss ... irgendwann läuft dann die innere Kündigung ... habe mich dann auch mit dem kaputten Knie auf die Station geschleppt ... irgendwann werde ich dann auch mit leichteren Krankheiten sagen ... jetzt nicht mit mir ... mich dann auch krank schreiben lassen ... irgendwann ist dann auch bei den anderen die innere Kündigung ... und der Laden wird dann irgendwann den Bach runter gehen ...

Wegdriften der ärztlichen Führungseliten

Auch in den ärztlichen Führungseliten deutet sich ein Wandel der Einstellungen an. Der Chefarzt bekennt, dass auch bei ihm die Identifikation mit dem Haus weg gebrochen ist.¹¹ Ein Oberarzt sieht die Gefahr kommen, dass ganze Abteilungen zusammenbrechen, wenn weitere Spezialisten aus den Funktionsabteilungen in andere Häuser

¹⁰ Die geringe Ausbeutbarkeit der in unkündbarer Stellung angestellten Assistenten mag sich dann in der Konkurrenz der verschiedenen Häuser und Abteilungen durchaus als Standortnachteil auswirken, wie der leitende Oberarzt im Interview vermutet:

Dr. Heimbach: ja, und da ist dieser Stil, wie er in vielen andern Kliniken existiert, dass praktisch un- ausgesprochen auf die Assistenten Druck ausgeübt wird, nach ihren Bereitschaftsdiensten zu bleiben, obwohl das nicht bezahlt wird, äh, dass man selbstverständlich erwartet, dass der Arbeitstag erst abends um sieben oder acht endet, aber keine müde Mark ausgezahlt wird

Interviewer: ja, ja

Dr. Heimbach: und so dieser Druck ist hier noch nicht so extrem

Interviewer: ja – das ist eigentlich ungewöhnlich also jetzt, was (lacht) ich bis jetzt gesehen hab

Dr. Heimbach: ja, Sie haben ja selbst eigentlich schon gesehen dass die Kollegen da vielleicht, ne, das ist ja immer so wenn's einem gut geht, dann merkt man das eigentlich gar nicht mehr wie gut's einem geht, äh, ich empfinde persönlich das aber nicht als ungewöhnlich sondern nur einfach als richtig ja?

Interviewer: ist richtig ja

Dr. Heimbach: und sehe das als durchaus als reale Bedrohung an dass die Ausbeutung von Kollegen, wie sie in anderen Krankenhäusern gang und gäbe ist für von diesen andern Krankenhäusern als Marktvorteil genutzt wird, ne also dies wird auch sicherlich in Zukunft noch eine stärkere Konkurrenzsituation geben.

¹¹ Hierzu die Gesprächsnotiz:

Mittwoch, 29.9.2004, 11:50 (im Büro des Chefarztes)

Chefarzt (im Gespräch mit dem Beobachter): ... die Identifikation mit dem Haus ist dann weg ... früher war ich stolz darauf, wo ich gearbeitet habe ... auch als ich im alten Haus noch war ... jetzt kann ich das nicht mehr sagen ...

abwandern.¹² Der leitende Oberarzt bemerkt, dass auch er das Haus längst verlassen hätte, wenn er noch jünger wäre:

Dr. Heimbach (leitender Oberarzt): Dann wird's ja von der Gesellschaft ja wieder interessant, im Augenblick merkt man ja selbst und ist ganz erstaunt drüber, im Augenblick merkt man ja, dass dieser Beruf den wir haben nicht mehr so attraktiv ist. Also zumindest nicht mehr die Arbeit am Krankenbett. Aus vielen Gründen. Und, ehm, dass das sich die vor allem hier in Deutschland die Leute nicht verkaufen können. Gut, das ist in Spanien, in Italien, die Ärzte haben auch ein Problem, aber vor allem in den skandinavischen Ländern, in Großbritannien erst recht in den Vereinigten Staaten und so, ist die gesellschaftliche Position und die ökonomische Position der Ärzte deutlich besser als in unserem Land, ja. Ich muss auch sagen, – ja, Punkt. [...] Und wenn ich jetzt fünfundvierzig wäre dann wäre ich auch weg. Dann würde ich (zögert) nach Norwegen gehen. Ja, da verdient man gut, man hat angenehme Arbeitszeiten, sechsunddreißig Stunden Woche, verdient mit einer sechsunddreißig Stunden Woche ungefähr das doppelte von hier, und was für einen Grund sollte ich haben in Deutschland zu arbeiten? Ja. (lacht) – Ja, das darf man ja nicht vergessen – es gibt ja eine Menge Kollegen, die sich schon verändert haben.

Zusammenfassung: Qualität der ärztlichen Arbeit und fehlende Gratifikation

Wenngleich also die Abteilung im Jahr 2004 in organisatorischer Hinsicht läuft, und man sich von ärztlicher Seite an die schnellen Arbeitsrhythmen gewöhnt zu haben scheint, lässt sich unterschwellig auf verschiedenen Ebenen massive Kritik vernehmen. Um hier zusammenzufassen: die Qualität der ärztlichen Arbeit erscheint in Frage gestellt, die Ärzte fühlen sich für ihr Engagement nur unzureichend entlohnt und aus ihrer Perspektive ist die Arbeit mit den derzeitigen Personalressourcen auf Dauer nicht zu schaffen.¹³

12 Siehe hierzu folgende Gesprächsnotiz:

Mittwoch, 11.8.2004, 13:30 (am Mittagstisch, Oberarzt Schwarz, Oberarzt Maßen, Oberarzt Heimbach, sowie der Beobachter sitzen an einem Tisch):

Dr. Heimbach: Stellenabbau ... die Neurologie wieder eins Komma fünf ... dann einige Vorfälle aus den Leitungskonferenzen ... Präsenz zeigen ist gut ...

Dr. Schwarz (zum Beobachter gewendet): ... dann tausend Euro (Brutto) weniger auf dem Gehaltsstreifen ... wird dann über eine andere Abrechnung der Bereitschaftsdienste ... wenn Funktionsärzte abwandern, brechen ganze Abteilungen zusammen, weil die Stellen nicht besetzt werden ... AiP's ... jetzt auch drei Stellen die wegfallen ...

13 Der leitende Oberarzt schildert in der folgenden Interviewsequenz nochmals aus seiner Sicht das Dilemma einer Medizin, die an der ärztlichen Arbeitskraft sparen will:

Dr. Heimbach: Über die kurze Liegedauer sind die Patienten nicht traurig, außer die Älteren, die sind dann unglücklich, die sich dann wirklich in einem schlechten Zustand entlassen fühlen. Aber die, die jüngeren Patienten die noch im Berufsleben stehen, die waren nie begeistert, ob das nun Sinn macht, das ist ein anderes Problem, es ist ja belegt, in den Vereinigten Staaten sind ja die Liegezeiten sensationell niedrig, ehm, trotzdem wird in den stationären Bereich des Gesundheitswesens genauso viel Geld hineingesteckt wie in Deutschland. Ja, also, weil, der Tag kostet da einfach mehr, ist doch auch klar, du verdienst ja am Tag auch mehr, du brauchst mehr Personal, das versucht man hier wegzudrücken, aber, das wird auf Dauer nicht wegzudrücken gehen. Ich denke mal die einfachen Sachen, die da so passieren,

2 Chirurgische Abteilung

2000: Unter dem Stern der Umstrukturierung der Versorgungslandschaft

Wie schon für die Internisten aufgezeigt, stand auch auf die chirurgische Abteilung während des ersten Beobachtungszeitraums unter dem Druck der ökonomischen Anpassung. Verschiedene Krankenhäuser aus der Region sollten zusammengelegt werden, um dann doppelte Abteilungen schließen zu können. Der Kleinkrieg mit den Krankenkassen hinsichtlich der korrekten Finanzierung von Behandlungsprozessen gehörte zum Stationsalltag. Die große Zahl der Weiterbildungsassistenten, welche die Stationsarbeit leisteten, hatten eine unklare Zukunft vor sich, da ihre Zeitverträge oftmals nur noch für wenige Monate verlängert wurden.¹⁴ Über das Druckmittel „Arbeitsverträge“ hatte der Chefarzt für seine autoritär geführte Abteilung ein wirksames Instrument zur Verfügung, um schon damals ein erhebliches Maß an unbezahlter Arbeitszeit abverlangen zu können,¹⁵ was dann als „Nebeneffekt“ in eine Konstellation mündete, in der die Assistenten permanent in Konkurrenz zueinander traten.¹⁶ Das mit Blick auf den hohen

das ist bei der nächsten Grippeepidemie werden sich hier die Toten und Halbtoten in den U-Bahnhöfen stapeln, dann wird erstmal das Geschreie losgehen, dann heißt es ja, das ist ein Abwehrreflex, das haben, das hat das Gesundheitswesen einfach schlecht organisiert, ja, schlecht organisiert. Dann gibt's ja illustrierte Berichte, dass die Patientin in die Krankenhausaufnahme kam und falsche Diagnosen gestellt worden sind und sie wieder nach Hause geschickt wurden und sind dann tot umgefallen, was auch jetzt schon passiert, ist auch bei uns neulich wieder passiert, und da ist der Abwehrreflex da hat der einzelne Arzt versagt, aber irgendwann werden diese Abwehrreflexe auch nicht mehr greifen.

- 14 Siehe zur Illustration folgende Szene:

Mittwoch, 8.3.2000, 10:30 (Im Stationszimmer, die Oberärztin kommentiert dem Beobachter gegenüber eine Szene aus der Frühbesprechung, als einem Assistenten die Tränen in die Augen kamen)

Dr. Kindel: jetzt gerade ... Ärztin tut Laufjobs ... bei dem Hundt, Sie haben es ja heute morgen gesehen, der hat geweint wegen dreiviertel Jahr Verlängerung, der Mann hat eine Familie ... früher war's toll, da hatten wir eine Stationssekretärin ... minderqualifiziertes Personal kann man kürzen ... den Ärzten kann man alles aufbürden ... sie sehen ja was hier passiert.

- 15 Vier Jahre später sprechen die Ärzte, die nun aus der Assistentenrolle in die Oberarztposition aufgestiegen sind, über die damalige Situation:

Dienstag, 14.12.2004

(im Stationszimmer folgt ein kurzes Gespräch über die Überstunden)

Oberarzt Dr. Hertl (zum Stationsarzt Dr. Stiehl): „wenn Sie ihre Station nicht schaffen, ist das ihr Problem“ ... heißt es dann ja immer ...

Dr. Hertel (zur Oberärztin Dr. Miller): ... jetzt ist es mal gut, dass er [der Chef] zu gibt, die kurzen Verträge auch als Druckmittel eingesetzt zu haben ... drei Monate ... und dann wieder drei Monate

Dr. Miller: Du weißt ja, wie eine Chefstruktur ist ...

- 16 Hierzu einige Sequenzen aus dem Interview, welches mit Oberarzt Dr. Hertel am 8.12.2004 geführt wurde (das Tonband war bereits abgeschaltet, so dass die Inhalte, teils während des Gesprächs notiert, teils post hoc als Erinnerungsprotokoll rekonstruiert wurden):

Oberarzt: ... der Chef ist jetzt ein begnadeter Operateur ... er hat einfach eine unheimliche Begabung ... er ist gut ... und da kommt dann keiner ran ... dass muss dann jeder sehen ... ich kann dann noch so viel lernen und üben ... ich werde nur den zweiten Rang haben ... er ist einfach besser ... wenn einem das nicht passt, dann kann man in ein anderes Haus gehen ... zu einem schlechteren Chef ... aber dann wäre man doof ... außerdem wird dann irgendwann ein schlechterer Chef schon von alleine kommen ... manche Leute sind eben begabt ...

Arbeitseinsatz motivierende Moment bestand jedoch weniger in der Hoffnung auf Vertragsverlängerung, sondern in der Möglichkeit einer guten chirurgischen Ausbildung, die den jungen Ärzten als Gegenleistung für ihren Einsatz angeboten wurde.

Unberechenbare Zukunft

Mit dem Unsicherheitsfaktor „Umstrukturierung“ geriet dieses tragende Arrangement in Gefahr. Nicht nur dass der einzelne Assistent nun über Maß Zukunftsunsicherheiten in Kauf zu nehmen hatte, auch die Abteilung als ganzes fand sich kaum mehr in der Lage, ihre ökonomische Situation zu berechnen und entsprechend ihre organisatorische Zukunft zu planen. Wie der leitende Oberarzt im Interview schildert, erschien die wirtschaftliche Lage unkalkulierbar wenngleich die Frage, ob der Standort erhalten werden kann, in den Vordergrund trat:

Dr. Peters: [Es gibt] bei dieser Gleichung so viele Unbekannte, dass keiner weiß ob er nun ein besonders versierter Ökonom ist wenn er möglichst wenig Patienten behandelt oder möglichst viele Patienten behandelt, weil das natürlich so global gesehen so im Schwange ist, dass es durchaus sein kann, dass derjenige der früh spart und Leistungen runter fährt dann am Ende dafür bestraft wird, weil man sagt du bist entbehrlich oder es kann natürlich auch sein, dass derjenige, der dieses gar nicht tut und sozusagen volle Leistung weiter fährt am Ende dafür bestraft wird, weil man sagt, er hat zu viele rote Zahlen geschrieben, ich denke

Interviewer: und das ist würde ich sagen ist im praktischen Alltag nicht durchschaubar im Prinzip

Dr. Peters: nein [...] ist wie Pokern [...] Man darf nicht vergessen man kann sehr viele Planspiele im Vorfeld machen, aber am Ende geht das alles unter das Budget, das heißt wenn Sie eine Fallpauschale nicht erreichen oder ihre Sonderentgelte überschreiten oder umgekehrt kommt es am Ende alles in einen Topf [...], und dann gibt's die berechnungsgleichen Pflagetage die sozusagen auch noch insgesamt gedeckelt sind, so dass man meist so ab Anfang Oktober im Prinzip weiß, dass dieses alles aufgebraucht ist und alles andere für Nullwert geleistet wird; dann gibt's die große Schwierigkeit, dass wir ne ganze Reihe von gesetzlichen Krankenversicherungen haben die ne äußerst schlechte Zahlungsmoral haben [...] und ich persönlich lehne es denn für mich ab glauben zu wollen, dass ich mich sozusagen hier als kleiner Effektor da wesentlich dran beteiligen kann; ich kann mir immer wieder versuchen klarzumachen wo kannste Geld sparen

Interviewer: ... und Dr. Peters [der vorige leitende Oberarzt] war gut ...

Oberarzt: ... der war gut, aber kann nicht alles ... die alte Garde, die einfach alles können, nicht mehr ... unsere Ausbildung ist ja jetzt schon viel spezialisierter ... Strauss [der Chef] kann ja noch alles operieren ... erzählt ja dann früher, dass sie ein Team waren, das aus drei Gruppen bestand ... die einen Bauchchirurgie, die anderen Gefäßchirurgie und die dritten Orthopädie ... da haben die sich immer gegenseitig gezeigt wie das geht ... sich immer geholfen ... jetzt auch ein Problem mit der Kollegialität ... die hatten ja jetzt auch alle lange Verträge ... heute gibt es ja nur noch kurze Verträge ... ich habe jetzt zehn Jahre mit befristeten Verträgen ... manchmal nur für drei Monate ... und dann kommt die Konkurrenz ... wenn ich dann einem Kollegen zeige, wie das geht, dann kriegt der unter Umständen die Stelle und nicht ich ... dass ist dann so mit der Kollegialität, das geht nicht, wenn jeder nur kurze Verträge hat ... unter solchen Bedingungen kann so etwas nicht mehr entstehen ...

Aus einer anderen Perspektive mag man dieselbe Konstellation dann als „gesunden Wettbewerb“ bezeichnen (vgl. Vogd 2004b, 215).

sowohl für die Allgemeinheit, als auch für den Patienten individuell. Das muss man sich immer wieder fragen aber auf der andern Seite, ob das letztendlich effektiv ist wenn alle das machen wage ich zu bezweifeln da sind andere Entscheidungen viel wichtiger zum Beispiel was passiert mit dem Standort hier, aber so lange das nicht geklärt ist, das andere alles Nebenschauplätze.

Ökonomie vs. Patientenbetreuung

Über die Standortfrage hinaus erlebten insbesondere die wenigen Kollegen, welche schon länger für das Haus arbeiteten, die schmerzhaft Erfahrung aufgrund des ökonomischen Drucks nicht mehr im Sinne ihres alten professionellen Arztverständnisses mit den Patienten umgehen zu können. Sie erfuhren sich nun durch bürokratische Vorgaben gezwungen, Patienten abzuweisen bzw. manchmal trotz Komplikationen aufgrund der reduzierten Kapazitäten zu entlassen:

(Interview mit einem chirurgischen Assistenzarzt in unbefristeter Anstellung, April 2000)

Dr. Malek: Ja im Moment, äh mit unserer Standortfrage hier, das absorbiert sehr viel Kraft, dann kämpfen wir mit den Finanzen im Moment. Diese Finanzdiskussion führt letztlich ja auch zu Anweisungen, die irgendwo unverständlich sind, die wenn man schon länger Arzt ist, oder hier im Haus ist sagt, mein Gott, war das früher eigentlich schön! da hast du

Interviewer: ein Beispiel?

Dr. Malek: ja den letzten Blödsinn, na ja ist z.B. sie können ja heute keinen, keinen Patienten, der nicht tatsächlich als Notfall kommt, äh den können sie nicht aufnehmen, wenn der nicht also ne Kostenübernahme hat, ja? Das ist doch ist doch schrecklich, eigentlich, ne? Also es muss alles verbürokratisiert sein, und es werden tatsächlich Leute nach Hause geschickt, die hier ankommen, dies einfach vergessen haben, oder wie auch immer, da gibt es keine Mühe, nein, die werden einfach nicht aufgenommen, basta, ja? Das sind also ganz stricte Maßnahmen mittlerweile. Dann diese, diese, also speziell jetzt auf der Abteilung, wo ich bin, diese Kurzliegerstation, äh, Patienten, die also maximal eine Woche auf dieser Station liegen, äh, das macht unheimlichen medizinischen Druck. Einfach, ja, das heißt also man geht davon aus das alles perfekt läuft [...] ja um jetzt irgendwelche Fälle, die ja so postoperativ, wo man nicht so hundertprozentig weiß, geht das in die richtige Richtung, natürlich gibt es offiziell den Rahmen, dass man sagt die Patienten werden übernommen auf eine andere Station. Bloß wenn sie drei oder vier von solchen Patienten haben, am Ende der Woche, dann müssen sie sozusagen, äh, 'ne Triage machen, weil se nicht so viel (lacht) Kapazitäten haben im Haus. Also das, das macht unglücklich, gelegentlich, nicht?

Reibungen an mikropolitischen Spielen

Während die unbezahlte Mehrarbeit von den jungen Ärzten im Angesicht von Karrierechancen in der Regel ohne Kommentar in Kauf genommen wurde, zeigte sich während der Beobachtungen im Jahr 2000 ein anderes Spannungsfeld, unter dem dann insbesondere die Assistenzärzte litten. Dieses resultierte aus den damals vorzufindenden mikropolitischen Konstellationen. Die ärztliche Leitungsebene inszenierte so

genannter »Meta-Entscheider« (Vogd 2004a; 2004b, 230f.), d.h. speziell der Chefarzt konnte von seinen Assistenten nicht direkt angesprochen werden, sondern diese hatten zu warten, dass ihr Vorgesetzter von sich auf den Entscheidungsbedarf entdeckte. Die Untergeordneten beklagten die mangelnde Effizienz der innerhierarchischen Arbeitsorganisation. Der Chefarzt ließ regelmäßig das ganze ärztliche Team auf sich warten.¹⁷ Die Stationsärzte mussten oftmals zusätzliche Zeit für eine willkürlich angesetzte Gruppensitzung aufwenden, wenngleich sie ihrerseits die Patienten in einer Arbeitsvisite schon durchgegangen waren.¹⁸ Zudem ließen es die innerhierarchischen Entscheidungsflüsse auch nicht zu, zwischen den verschiedenen Abteilungen, wichtige klinische Fragen unmittelbar mit den hierfür relevanten Experten zu klären.¹⁹

Um es hier nochmal zusammenzufassen: Im Jahr 2000 stand die chirurgische Abteilung unter dem Stern der Umstrukturierung der Berliner Krankenhauslandschaft. Die Ärzte litten unter den hiermit verbundenen Unsicherheiten und Zwängen. Darüber hinaus wurden die Befindlichkeiten der Chirurgen auch durch die mikropolitischen Eigenarten einer steilen Hierarchie beeinflusst.

2004: kleinere dynamische Abteilung mit flacheren Hierarchien

Im Jahr 2004 zeigte sich dem Beobachter eine Abteilung, die im Hinblick auf die ärztliche Personaldecke um ein Drittel kleiner geworden war. Das Arbeitstempo erschien nochmals erheblich intensiviert und es wurden keine Assistenten mit Facharztstitel mehr in der Stationsarbeit eingesetzt. Nachdem einige Opfer gebracht worden waren – so musste die abteilungseigene Intensivstation aufgegeben werden –, erschien im Hinblick auf die weitere Umstrukturierung des Krankenhauses zunächst wieder eine gewisse Stabilität in die Abteilung eingekehrt zu sein. So bekamen die Weiterbildungsassistenten nun wieder längere Verträge (drei Jahre), so dass auch in berufsbiografischer Hinsicht

¹⁷ Siehe zur Illustration Vogd (2004b, 234f.).

¹⁸ Hierzu ein Ausschnitt aus einem Interview, dass mit einer Stationsärztin geführt wurde, die ihrerseits zum Zeitpunkt des Interviews seit einem halben Jahr den Facharztstatus inne hatte:

Dr. Schneider: [Zu der ganzen Arbeit] kommen natürlich auch noch die Stunden die anfallen die nicht unbedingt anfallen müssten, also ich sag mal wenn wir durch sind mit so einer Verbandsvisite und fangen an und so die Sachen zu machen wie Operationsvorbereitung, dann kommt unsere Oberärztin und sagt „Ach komm lass uns noch mal durchgehen“ dann ist das schon etwas so doppelte, so ein bisschen doppelte Arbeit [...] wenn wir dann - dabeistehen wenn nochmals wirklich viele Sachen nochmals wieder durchgekaut werden und dann einfach zu dritt daneben stehen, dann ist so was von unergiebig.

¹⁹ Hierzu ein Stationsarzt im Interview:

Stationsarzt Feldmann: Da gibt's dann so Fälle wie andere Krebsarten, die wir hier behandeln weil wir sie halt operieren können, aber wo wir mit der weiteren Behandlung wenig am Hut haben und wenig wissen, was machen wir jetzt mit denen ist dann die Frage und dann gibt es ein Kompetenzgerangel, na ja wir gucken mal, wart mal ich telefoniere mal mit dem und es passiert nichts und letztlich will man auch keinen übergehen in der Hierarchie anstatt das man selber jemanden anruft also es ist, wenn man zum Beispiel ne andere Abteilung will oder vielleicht ein Patienten der ein bisschen von den Oberärzten oder vom Chef mit begutachtet wird, also wo der Chef im Hintergrund irgendwo mit drinhängt, wo man dann wirklich von einer Fachrichtung was wissen möchte über so 'nen Patienten, dann muss man oft über diese Hierarchieleiter, dass man erst mal nach oben gehen und auf der andern Fachrichtung wieder von der Hierarchieleiter nach unten gehen also so auf Chefebene der Kontakt erst geknüpft werden muss oder auf Oberarztbene statt dass man selber direkt anruft.

wieder etwas besser geplant werden konnte. Im Hinblick auf die „mikropolischen“ Konstellationen fällt zunächst auf, dass die Hierarchien wesentlich flacher geworden sind. Die Abteilung erscheint zusammengedrückt. Die Vorgesetzten und auch der Chefarzt können nun im Falle von Entscheidungsbedarf von den Weiterbildungsassistenten unmittelbar und direkt angesprochen werden. Ebenso erscheint die vorherige Kultur des die „Untergebenen warten Lassens“ verschwunden zu sein. Die Stimmung im Team wird als menschlich erlebt²⁰ und auch eine Ärztin, welche die früheren Verhältnisse noch kannte und mittlerweile in die Oberarztposition aufgestiegen ist, stellt nun fest, dass »das Verhältnis zum Chef besser« geworden sei, »man jetzt ohne Probleme zu ihm hin könne«, und insgesamt das Team »jetzt recht kollegial« geworden sei. Darüber hinaus ist nun keine Zeit mehr für Gruppenvisiten, in denen mehrere Assistenten ihren Vorgesetzten ungeduldig und wartend beistehen. Die Oberärzte kommen nur noch auf Anfrage und bei den Problemfällen hinzu. Insgesamt wirken die Arbeitsprozesse – auch durch die neuen Funktelefone und mittlerweile durch die elektronische Datenverarbeitung gebahnt – glatter und flüssiger.

Persönlicher Patientenkontakt vs. „Fabrik“

Hinsichtlich der Patientenversorgung findet sich unter den Ärzten aller Hierarchieebenen die Vermutung, dass diese eher schlechter geworden sei. Die Akten können nicht mehr ausführlich angeschaut werden.²¹ Es entstehen Lücken in der Patientenübergabe²²

20 Auch wenn schon teilweise an anderer Stelle vorgestellt, diesbezüglich zur Illustration nochmals die folgenden Interviewsequenzen mit einem Weiterbildungsassistenten:

Dr. Allert: ... ja, jetzt die Überstunden, die werden nicht aufgeschrieben und können auch nicht abgefeiert werden ... das will die Verwaltung nicht ... aber dann hat man hier aber auch einen unheimlichen Benefit, wenn man hier mitspielt ... man darf hier dann Sachen operieren, die man woanders nicht dürfte und dann ist man als Assistent hier relativ behütet ... was dann allerdings nicht heißt, dass man nicht arbeiten muss ... aber man kriegt hier dann einfach eine exklusive Ausbildung ... und dann denke ich, dass ist es dann auch Wert hier zu arbeiten ... ich komme dann nach Hause ... bin dann vielleicht müde und habe dann nur noch eine Stunde ... aber ich habe dann auch das Gefühl, zufrieden zu sein, mit dem was ich tue ... ist dann auch die Leistung von dem Chef ...

Interviewer: ... ist jetzt auch der Chef, der diesen Druck aufrecht erhält ... ist ja ein unheimlich feines Netz von Fehlerkontrollen ...

Dr. Allert: ... der Chef ist dabei aber auch menschlich [und] die Ausbildung wird hier sehr ernst genommen ... nicht nur so, wie in den anderen Häusern, wo man nur ausgebeutet wird und nichts lernt ... [...]

Dr. Allert (kurz nachdem einer seiner Oberärzte über den Gang gelaufen war): ... ist jetzt hier auch nicht der extreme Kniefall vor den Vorgesetzten, wie in anderen Abteilungen ... na, klar ... der Chef ist jetzt der Kaiser ... operiert toll und sorgt dafür, dass der Laden brummt ... passt dann auch auf, dass die Zahlen stimmen ... und damit auch Morgen die Assistenten beschäftigt werden können und nicht noch einer gestrichen wird ... Habe dann schon erlebt, dass die Oberärzte einem die Hölle machen können ... am Morgen, wenn man zur Arbeit geht, dann einen Puls von hunderzwanzig und sich dann eine gewisse Nervosität breit macht ...

21 Hierzu ein Weiterbildungsassistent:

Mittwoch, 8.12.2004, 11:20 (im Aufnahmezentrum)

Dr. Allert: ... jetzt haben wir auch keine Zeit mehr uns die Akten ausführlich anzuschauen ... wenn es jetzt heißt „Galle“ ... dann müssen wir uns drauf verlassen, dass sie den Patienten in der Aufnahme gründlich angeschaut haben ... da entstehen dann auch Lücken ...

22 Vgl. die Schilderung zum Tagesablauf in Kapitel III.4.

und die Pflegekräfte beklagen, dass entweder kein Arzt erreichbar sei, oder dann alle auf einmal im Stationszimmer „herumwuseln“ würden. Generell wird ärztlicherseits betont, dass man kaum noch Zeit für den persönlichen Patientenkontakt habe,²³ und ein Assistent stellt fest, dass man aufgrund der kurzen Behandlungszyklen nicht mehr den Erfolg einer Behandlung beurteilen könne.²⁴ Dennoch sehen sich die Chirurgen weiterhin in der Lage, zumindest rudimentär eine gewisse Nähe zum Patienten herzustellen, wenngleich die Vermutung im Raum steht, dass die Abteilung in Zukunft unter einem neuen Chef weiter in Richtung „Fabrik“ abzudriften drohe.²⁵

Insbesondere in den Perioden hoher Arbeitsdichte, lassen sich unter den Ärzten Klagen über mangelnde Freizeit, schwindende Kräfte und unbezahlte Überstunden vernehmen. Eine Schwester charakterisiert die Arbeitsbedingungen der Ärzte als unmenschlich und weist darauf hin, dass manche Weiterbildungsassistenten mit gesundheitsbedrohlichen Konsequenzen zu rechnen haben.²⁶

23 Hierzu die folgende Szene:

Mittwoch 8.12.2004, 15:50 (Visite der Privatpatienten mit dem Chefarzt und einer Assistenzärztin)

Chefarzt (zum Beobachter): ... wie gefällt es Ihnen ...

Beobachter: ... ja, eindrucksvoll die Geschwindigkeit hier ...

Chefarzt: ... jetzt müssen Sie ihr Buch neu schreiben ...

Beobachter: ... ja, ein Zweites

Chefarzt: ... keine Zeit mehr für den Patienten ... das ist aber jetzt überall so ... sind wir nicht alleine ..

24 Zur Illustration der Problematik die folgende Beobachtungssequenz:

Montag, 6.12.2004, 10:45 (im Arztzimmer)

Beobachter: ... ist jetzt ein riesiges Pensum ... fängt jetzt auch eine Stunde früher an

Dr. Stiehl: ... um viertel vor acht muss ich jetzt auf der Wache sein ... manchmal ist mir das jetzt auch zuviel ...

Beobachter: Ich frage mich, wie man das aushält?

Dr. Stiehl: Man gewöhnt sich jetzt dran ... ich denke gegenüber den jüngeren Kollegen, mache ich jetzt vieles routinierter ... vor allem im OP, da kann man sich jetzt erholen ab und zu geht dann doch etwas verloren ...

Beobachter: Früher ist dann auch einiges verloren gegangen ... es gibt jetzt auch weniger Konflikte ... früher wurden dann Entscheidungen lange hinausgezögert ... der eine sagte das, der andere das ... heute ist das Team klein ... jetzt der Oberarzt von der Intensiv ... die Konkurrenz ...

Dr. Stiehl: Ich erlebe jetzt hier im Team keine Konflikte ... sehr harmonisch ... auch mit den jungen Oberärzten, die jetzt seit einiger Zeit hier sind für die Patienten jetzt aber

Beobachter: ... klar weniger Zeit für Gespräche ...

Dr. Stiehl: ... jetzt die Frage, ob das für die Patienten besser oder schlechter geworden ist in der Versorgung ... wir kriegen die Konsequenzen ja jetzt gar nicht mit ... wenn die dann draußen sind, erfahren wir ja normalerweise nicht mehr, was mit denen passiert ... von den Hausärzten kriegen wir jetzt auch nichts mit ... dass wäre dann wirklich eine Frage ...

25 Hier eine entsprechende Gesprächssequenz:

Freitag, 10.12.2004, 12:10 (im Aufenthaltsraum der OP-Säle)

Chefarzt (zum Beobachter): ... jetzt werden die Krankenhäuser in der Nachbarschaft pleite machen ... dann wird jemand nachkommen ... der wird es nur wie eine Fabrik machen ... weil es dann keine anderen Häuser mehr gibt ... dem wird es dann egal sein, ob ein AOK Patient vorher seinen Operateur sieht oder nicht ... aber solange ich noch hier bin, wird das anders sein ...

26 Siehe hierzu folgende Szene:

Donnerstag, 2.12.2004, 11:20 (im Stationszimmer, am Tisch. Der Beobachter hat den Pflegekräften zuvor von seiner Studie erzählt)

Schwester Michaela: ... ist jetzt unmenschlich geworden ... die Ärzte können sich ja dann auch nicht wehren ... nur Zeitverträge ...

Schwester Ute: ... die Ärztin von der Nachbarstation, die mit den braunen Haaren, die ist dann mal umgekipp, in irgend einem Zimmer, hat dann erstmal keiner gemerkt ... war dann auf der Intensivstation

Nichts desto trotz besteht unter den Ärzten eine hohe – im Vergleich zum ersten Beobachtungszeitraum vielleicht noch größere – Identifikation mit ihrer chirurgischen Abteilung. Man erlebt sich als Teil eines Teams, als Mitglied in einem *Center of Excellence*, das Außerordentliches leistet. All dies kann jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass die Bindung der Ärzte an ihr Haus an einem äußerst gespannten Faden hängt und dass sich auch unter den chirurgischen Elitekräften „Fluchttendenzen“ zeigen.²⁷ Wie brüchig auch hier die Basis ist, wird die ausführlichere dokumentarische Analyse eines Interviews, was mit dem leitenden Oberarzt geführt wurde, im folgenden Unterkapitel aufzeigen können.

3 Habitusinkongruenzen in der Chirurgie

Die in den vorangegangenen Unterkapiteln zum Ausdruck kommenden Einschätzungen repräsentieren das inhaltliche Spektrum der *expliziten* Bewertungen der ärztlichen Akteure. Im Sinne der dokumentarischen Methode sind wir dabei auf der Ebene der *formulierenden Interpretation* geblieben, haben also die Themen identifiziert, ohne die der Entfaltung dieser Themen zugrunde liegenden Orientierungen herauszuarbeiten. Für unsere Fragestellung erscheint auch mit Blick auf die Werthaltungen letzteres von erheblicher Bedeutung, weshalb wir im Folgenden ausführlich ein Interview exemplarisch *dokumentarisch* interpretieren werden. An dieser Stelle ist nochmals deutlich zu machen, dass wir hier von einer konstitutionellen Differenz zwischen Psyche und Kommunikation, persönlicher und sozialer Identität, individueller, psychologischer Identität und sozialem Vollzug ausgehen müssen. Paradoxerweise gestattet erst die Trennung von Psyche und Sozialem, bzw. Kommunikation und Bewusstsein, dem Menschen in seinem Erleben analytisch wieder gerecht zu werden, indem nämlich die durch diese Menschen vollzogene kommunikative Praxis nicht mehr als identisch mit ihrem Erleben und ihren Intentionen genommen werden braucht. Eine solche Beschreibung wird – wie auch die bourdieusche Habituskonzeption – den Dissonanzen gerecht, welche aus der Spannung zwischen diesen beiden konstitutionell verschiedenen, jedoch sich wechselseitig beeinflussenden Sphären entstehen.

Beispiel: Leitender Oberarzt der Chirurgie

Die sich hieraus ergebenden Spannungslagen werden im Folgenden am Beispiel der dokumentarischen Rekonstruktion von einigen Interviewpassagen aufgezeigt, die aus einem tonbandkontrollierten Gespräch mit dem leitenden Oberarzt der chirurgischen

Beobachter: jetzt mit der Stationsarbeit, war ja früher immer ein Arzt draußen. Jetzt scheinen ja nur noch die Ärzte im Zustand nach Dienst die Stationsarbeit zu machen [nach der Beendigung des Nacht- oder Bereitschaftsdienstes]. Ist das jetzt immer so?

Schwester Ute: Ja, das ist jetzt immer so ... zur Zeit ist es ja noch ruhig, weil wir wenig Patienten haben

27 Der Chefarzt bemerkt hierzu während einer Visite der Privatpatienten:

Chefarzt (Montag, 15.12, 15:50, vor einem Patientenzimmer): ... wir haben jetzt eine West-Wanderungstendenz ... von Ost-Europa nach Deutschland ... von Deutschland nach Skandinavien ... von England nach Kanada und von Kanada in die USA ...

Abteilung stammen, welches gegen Ende des zweiten Feldforschungsaufenthaltes geführt wurde. Wir werden hier nicht in der Lage sein, einzelne Orientierungen eindeutig der psychischen Identität des Akteurs, seiner sozialen Identität als chirurgischer Oberarzt bzw. seinem Habitus zuzuordnen. Um dies zu leisten wäre eine umfangreiche komparative Analyse verschiedener Einzelinterviews nötig, die durch das Gruppendiskussionsverfahren ergänzt werden müsste, welches dann primär auf die kollektiv geteilten Orientierungen fokussiert. Dennoch ergeben sich aus der Analyse des Interviews für unsere Fragestellung wichtige Einblicke in die Dynamik der habituellen Inkongruenzen, die auch – ohne exakt zurechnen zu können, was Psychisches und was Soziales ist – über die individuelle Verarbeitung der neuen organisatorischen Verhältnisse Aufschlüsse geben.

Folgende Gründe haben uns veranlasst den leitenden Oberarzt der Chirurgie als Beispiel herauszugreifen:

- Als leitender Oberarzt, der schon in seiner Facharztausbildung in der untersuchten chirurgischen Abteilung sozialisiert wurde, repräsentiert in hohem Maße die medizinische Kultur der Abteilung. Als leitender Angestellter wird er maßgeblich an der Umsetzung der neuen ökonomischen Rahmenbedingungen beteiligt sein. Allein schon bei der Erziehung von Novizen hat er zu zeigen, welche Praxen hier gelebt werden sollen und was unterbleiben soll.
- Als Stellvertreter des Chefarztes erscheint er ein dezidierter Kenner der organisatorischen und ökonomischen Verhältnisse der Abteilung, der dieses Expertenwissen auch in *impliziter* Form verkörpert.²⁸
- Während etwa die leitenden Internisten in den Interviewgesprächen eine recht eindeutige Positionierung gegenüber den neuen ökonomischen und organisatorischen Rahmenbedingungen treffen – sie werden durchweg abgelehnt und für die Patientenversorgung als schädlich empfunden, findet sich bei dem leitenden Chirurgen (auch in einem zweiten Interview, mit einem anderen chirurgischen Oberarzt) zunächst keine eindeutige Positionierung gegenüber den veränderten organisatorischen Abläufen. Die Frage, inwieweit man sich mit dem Vollzug der neuen Praxis identifiziert, bleibt unklar. Nichtsdestotrotz zeigen sich im Interviewverlauf später deutliche Brüche.

Um es zu pointieren: Wenn also ein siebenunddreißig Jahre alter, leitender Oberarzt, der einer gut funktionierenden und im Team harmonisch arbeitenden Abteilung vorsteht, erklärt, dass eine „Zeitbombe“ tickt und sich selbst unter den leitenden Mitarbeitern Fluchtendenzen breit machen, so lohnt es sich genauer hinzuschauen und zu versuchen, die im Text erscheinende Dynamik zu erhellen. Denn möglicherweise kommen hier *pars pro toto* einige bislang eher unbeachtete Aspekte der Orientierungen einer medizinischen Elite zum Ausdruck.²⁹

28 Vgl. zum impliziten Wissen Polanyi (1985).

29 In der Rekonstruktion der handlungsleitenden Orientierung sollte dann allerdings deutlich werden, dass hier keine besonderen biografischen Variablen einfließen, bzw. die rekonstruierten Orientierungen dann bestenfalls innerhalb der berufsbiografischen Karriere Sinn machen.

Dokumentarische Interpretation des Experteninterviews

Im Folgenden wird nun die dokumentarische Rekonstruktion des Interviews zu leisten sein. Wir folgen dabei der dokumentarischen Methode der Interviewauswertung, wie sie insbesondere von Arndt-Michael Nohl (2005a; b) expliziert wurde. Als kurze methodologische Anmerkungen ist an dieser Stelle zu betonen, dass die Auswertung in Form einer Sequenzanalyse geschieht. Im Gegensatz zu der von Ulrich Oevermann (1973) explizierten Methode der objektiven Hermeneutik, ergeben sich die Horizonte jedoch hier nicht als Regelwerk einer *prae ante* gegebenen objektiven Sinnstruktur, sondern als *präpositionale* Gehalte in ihren *inferenziellen* Beziehungen, die immer erst *post hoc* durch die jeweiligen Anschlüsse spezifiziert bzw. konstruiert werden. Der Blick ist entsprechend darauf zu richten, *wie* Themen ins Spiel gebracht und ausdifferenziert werden, in Konklusionen münden, um dann vielleicht im Anschluss ein weiteres Thema zu entfalten. Da ein Interview nicht im luftleeren Raum stattfindet, sondern unter anderem im Kontext einer Interaktion,³⁰ ist in der Gesprächsanalyse die Art und Weise, wie der Diskurs organisiert wird, zumindest in rudimentärer Form zu beachten, etwa ob die Themen im Gespräch »oppositionell« oder »antithetisch« entfaltet werden (Przyborski 2004), bzw. welche Zurechnungen dann im inferenziellen »Spiel des Gebens und Nehmens von Gründen« getroffen werden (Brandom 2001).³¹

Die Darstellung der Rekonstruktion erfolgt nach dem bereits in der Habilitationsschrift von Vogd (2004b) bewährten Schema, also zunächst die formulierende Interpretation, in der die zu interpretierende Sequenz thematisch zusammengefasst wird, dann der transkribierte Interviewtext und schließlich als drittes die reflektierende Interpretation.

Da die komparative Analyse ein konstitutiver Bestandteil der reflektierenden Interpretation darstellt – nur vor dem Horizont anderer (expliziter oder impliziter) Orientierungen können Orientierungen überhaupt erkannt werden – wird ein kurzer Ausschnitt aus einem Interview, das im Jahr 2000 mit dem damaligen leitenden Oberarzt der gleichen Abteilung geführt wurde, mit herangezogen. Darüber hinaus stellen die in diesem Forschungsbericht bereits darstellten Rekonstruktionen sowie die Ergebnisse der Studie aus dem ersten Beobachtungszeitraum (Vogd 2004b) eine Reihe weiterer Vergleichshorizonte, die jedoch, um Redundanzen zu vermeiden, an dieser Stelle nicht weiter expliziert werden.

Orientierungsrahmen: Medizinische und ökonomisch-organisatorische Logiken verbinden

Der Interviewer fragt den leitenden Oberarzt nach der Bedeutung der DRGs für den ärztlichen Entscheidungsprozess. Er verweist auf das Beispiel eines Mannes, der am Morgen wegen eines Leistenbruchs aufgenommen wurde, dann aber zwischenzeitlich

³⁰ Siehe zu den verschiedenen Kontexturen einer Interviewsituation auch Vogd (2005d, 66ff.).

³¹ Zur Verbindung von Brandoms Inferenzialismus und dem hier vertretenden Ansatz siehe Vogd (2005d, 151ff.).

vor der Operation nochmals entlassen werden sollte.³² Der Arzt antwortet, dass solche organisatorischen Entscheidungen mehr und mehr durch nichtmedizinische Gründe beeinflusst würden, es sei denn, es kämen krankheitsbedingte Komplikationen dazwischen:

Interviewer: und wo wir schon beim Thema DRGs sind, werden Entscheidungen durch DRGs beeinflusst? Also jetzt heute Morgen habe ich jetzt so zum Beispiel, jetzt so am Rande mitgekriegt, da war ein Patient, der hatte eine Leistenhernie, also eine Hernie, aber auch Blut im Stuhl, und eh...

Dr. Hundt (leitender Oberarzt): es wird eh, zum größten Teil werden die Entscheidungen durch DRGs oder DR, äh, G ähnliche Kriterien beeinflusst. Also die medizinische Beeinflussung ist natürlich so, das wir sagen okay, man kann ein kein Colon nach dem zweiten Tag entlassen, also eine Dickdarmoperation und wir haben aber ganz klar vorgegeben in welchem Zeitfenster die Patienten zu entlassen sind, sie dürfen ja nicht zu früh entlassen werden, weil es dann wieder Abzüge gibt, und sie dürfen nicht zu spät entlassen werden. Das sind ja alles Vorgaben, die werden uns auch ständig präsentiert, wie wir da liegen, und es gibt natürlich Gründe, die wir nicht beeinflussen. Sollte es dann zu Wundheilungsstörungen kommen oder zu einer Anastomosensinsuffizienz oder zu Komplikationen, dann bleiben die halt länger liegen. Und dann ist es halt nicht mehr, dann können wir also nicht mehr direkt über DRGs beeinflusst sehen sondern durch den spontanen Krankheitsverlauf beeinflusst, aber in der Regel werden diese Entscheidungen alle mehr und mehr, ah durch nichtmedizinische Gründe, also

Die Frage des Interviewers enthält die Proposition, dass Entscheidungen durch die ökonomischen Kriterien des DRG-Systems beeinflusst werden. Mit seiner Antwort stimmt der Arzt dieser Aussage zu und pointiert diese nochmals in der Generalisierung, dass praktisch alle Entscheidungen durch die Abrechnungsmodalitäten bestimmt würden. Anschließend wird die Proposition jedoch dahingehend differenziert, dass medizinische Komplikationen als weitere nichthintergehbare Gründe gelten. Hierdurch erscheint nun für die Entscheidungsprozesse ein Orientierungsrahmen zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Gründen aufgespannt, wobei beide Klassen von Ursachen außerhalb der Kontrolle des ärztlichen Akteurs liegen. Sowohl die Kriterien der Organisation (»sind ja alles Vorgaben«), als auch die Dynamik des Krankheitsgeschehens der behandelten Patienten (»den spontanen Krankheitsverlauf«) erscheinen hier externalisiert, ursächlich außerhalb der ärztlichen Handlungsträgerschaft liegend. Als ‚technische‘ Gründe stehen sie damit auch außerhalb moralischer Kriterien, was im weiteren Verlauf noch deutlicher wird.

Der Interviewer verweist nochmals auf den konkreten Fall, der am Morgen beobachtet wurde. Dr. Hundt erläutert daraufhin die medizinischen und ökonomischen Begründungen für die getroffenen Entscheidungen:

Interviewer: jetzt für den Fall von heute Morgen hieß es also, wenn man sich jetzt auf die Tumorsuche macht, dann geht man nicht auf Leistenhernie

Dr. Hundt: jetzt das klassische Beispiel, ich kann keinen Patienten mit einem Leistenbruch

³² Das Fallprozedere, auf das sich die Frage bezieht, ist in Kapitel II.6 ausführlicher dargestellt. Hier wird dann auch deutlich, dass es sich bei der im Folgenden zum Vorschein kommenden Haltung nicht um einen „individuellen“ Habitus handelt, sondern um eine Orientierung, die von der ganzen Abteilung geteilt wird.

stationär zur Beobachtung aufnehmen, weil ich habe eine mittlere Verweildauer von drei Tagen, inklusive Operation habe. Also wenn ich also heute Nacht einen aufnehme oder gestern Abend einen aufnehme, den heute gucke, den morgen aufs OP-Programm aufnehme, dann müsste er eigentlich Donnerstag wieder entlassen werden. Also ich müsste ihn zwangsweise operieren, denn wenn ich ihn nicht operiere, muss man sich sowieso fragen, was soll der mit einem Leistenbruch sowieso stationär

Interviewer: ja

Dr. Hundt: das ist ja auch so ein zulässiger Schluss, und da wird man natürlich ganz klar gefragt, was das soll. Und wir fragen natürlich dann die Leute und wenn dann einer dann halt unter Markumar dann einen blutigen Stuhl hat, dann ist das natürlich für den Patienten in dem Fall eine viel relevantere Diagnose als eine Leistenhernie, die er seit Jahren mit sich herumschleppt.

Interviewer: Genau könnte er

Dr. Hundt: könnte ja auch Blut im Stuhl haben, weil die Leistenhernie eingeklemmt ist und dann es zu einer Gewebsabschilferung kommt, das ist auch eine Variante, das kann man alles so nicht sagen, ne, aber es ist letztendlich ein schwieriger Fall, und letztendlich kann für das Haus, ah, wenn man das nicht korrekt verschlüsselt, zumindest monetär, schlecht ausgehen.

Der Oberarzt expliziert hier jeweils abwechselnd ökonomisch-organisatorische und medizinische Gründe und bleibt hiermit innerhalb des zuvor benannten Orientierungsrahmens. Beide Klassen von Begründungen erscheinen in sich schlüssig und rational (»zulässiger Schluss« bzw. »eine viel relevantere Diagnose«). Die nebeneinander stehenden Argumente verschränken sich hier zu einem Komplex (»schwieriger Fall«). Doch die Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit der die Überlegungen angestellt werden, verweisen auf einen routinierten Umgang mit solchen Problemen. Die leitenden Ärzte scheinen es längst verinnerlicht und habitualisiert zu haben, Ökonomisches und Medizinisches miteinander in Beziehung zu setzen und miteinander zu verbinden. Der an dieser Stelle zur Geltung kommende Orientierungsrahmen darf jedoch nicht in dem Sinne missverstanden werden, dass hier die Ökonomie *gegen* die Medizin zur Geltung gebracht wird, sondern dass Medizinisches *und* Ökonomisches bedacht wird. Medizinische Gründe werden sozusagen nicht durch ökonomische Gründe aufgehoben, sondern erscheinen als gleichzeitig zu verfolgende Rationalitäten. Diese Verbindung erzeugt im Text eine gewisse Diffusität, in der dann die jeweiligen Kontexturen nicht mehr klar auseinander gehalten werden können. Ob die Diagnose nun ökonomisch oder medizinisch relevant ist, bleibt unklar, wobei dann eben diese Unschärfe wieder Ausdruck eines Denkstils ist, welcher beide Sphären integriert, ohne zwischen den unterschiedlichen Logiken wesensmäßig zu differenzieren. In beiden Kontexturen gilt eine eher technokratische Handlungspragmatik. Anders als bei den Internisten, die sich bei der Erstellung ihrer Differenzialdiagnosen Raum zu Reflexion geben, dominiert hier das Primat, schnelle Entscheidungen mit klaren Handlungskonsequenzen zu treffen.

Controlling als exteriore Vorgaben, denen man sich zu fügen hat

In den folgenden Sequenzen expliziert der Oberarzt die häufiger vorkommende Problematik, dass im Falle einer Patientenverlegung aus der internistischen Abteilung die

Liegezeiten überschritten werden und damit die Kostendeckung nicht mehr gewährleistet sei:

Interviewer: genau, also das könnte ein Minusfall werden, also wenn man sich nach drei Tagen entscheidet, nee ist doch nur die Leistenhernie, dann macht man die halt ...

Dr. Hundt: der Klassiker ist, das ist jetzt nur was jetzt ein bisschen abgeklungen jetzt, das ist die Gallenblase und da stehn wir, das steht, ist eine viel wichtigere Entscheidung, in der sich Interdisziplinarität der Bereiche widerspiegelt, das ne, das ein Patient mit Gallenblasensteinen bei den Internisten aufgenommen wird, weil er kolikartige oder rechtseitige Oberbauchbeschwerden hat, liegt dort zwei drei Tage wird wieder Labor abgenommen, wird noch mal ein Ultraschall gemacht und dann wird am vierten Tag der Patient uns zum konsiliarischen Besuch vorgestellt, mit der Fragestellung, den müsst ihr dann jetzt operieren.

Interviewer: ja

Dr. Hundt: und wir haben im [Firmenname]-Konzern eine mittlere Verweildauer für die Galle von drei Tagen, wenn Sie den am vierten Tag von den Internisten vorgestellt bekommen, und sollen den am fünften Tag operieren dann muss der mindesten noch einen Tag dableiben, sind sie schon bei sechs Tagen und damit ist überhaupt nichts mehr gerechnet und wenn der bei den Internisten liegt, dann ist er oftmals noch gastroskopisiert, zweimal sonographiert, drei mal Labor und das ist alles nicht mehr in der Fallpauschale oder in dem DRG Satz, den wir dann bekommen, drin. Und das sind dann die Geschichten, die wir dann irgendwie händeln müssen, weil wir dafür verantwortlich gemacht werden, da kann ich Ihnen dutzende von Beispielen nennen

Interviewer: als in dem Fall seid Ihr die letzten in der Kette und dann würdet ihr sozusagen und dann würde das auf eurem Konto sein

Dr. Hundt: genau, wir sind die letzten in der Kette und wir werden gefragt, warum lag der so lange, und es wird nicht diskriminiert, der lag vier Tage bei den Internisten und zwei Tage bei uns, sondern es wird sechs Tage Krankenhausaufenthalt pauschal gerechnet, und dann ist das einfach zu lang. Dann kriegt der halt einen roten Balken und dann werden wir dann dafür zur Rechenschaft gezogen. [...] Nur dann ist eben die Frage, das ist dann halt dieses, das ist dann eine wesentliche Entscheidung, man muss dann die Konzepte miteinander abstimmen. Man darf zum Beispiel einen Patienten, man muss den ERCPieren,³³ und man muss dann sagen okay, der muss sofort operiert werden, oder man sagt, je nach dem, man muss gewichten, wie ist die Problematik des Konkrements, also wie läuft das, dann kann ich operieren, und guck dann was spontan passiert, und mache hinterher die ERCP, das ist dann so eine Risikoabwägung. Ist auch ein gangbarer Weg. Aber es ist halt einfach weil diese Konzepte nicht abgestimmt sind, aufeinander und ich sage jetzt mal vorsichtig der internistische Handlungsablauf etwas anders im zeitlichen Verlauf ist als unserer, also die Entscheidungsprozesse ja dauern halt länger, ne

Interviewer: ja

Dr. Hundt: Das haben sie ja vielleicht auch festgestellt, ah geht's einfach auf Kosten der Zeit. Und das können wir uns in der Chirurgie so nicht leisten

Interviewer: hm

33 ERCP: Abk. für endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie und Papillotomie. Methode zur Darstellung des Gallengangsystems durch retrograde Einführung eines Endoskops bei Kontrastmittelinjektion. In der anschließenden Papillotomie wird der Gallengang durch einen Schnitt etwas erweitert, so dass die dort befindlichen Steine abfließen können.

Dr. Hundt: also wir brauchen schnelle Spiele. Wir können auch nicht vier Tage Darmdiagnostik machen und am sechsten Tag operieren sondern bei uns kommen die Patienten Montag ist Aufnahme, Dienstag ist Koloskopie und Mittwoch Operation, und alles was da aus dem Ruder läuft, ist, müssen wir uns selber ankreiden.

Interviewer: ja.

Zunächst leuchtet hier wieder der handlungsleitende Orientierungsrahmen auf, indem es darum geht Medizinisches mit den organisatorischen Vorgaben zu verbinden. Die Gründe der jeweiligen „Logiken“ stehen wieder abwechselnd nebeneinander bzw. vermischen sich zu einem Konglomerat, indem die Referenzen nicht mehr eindeutig sind. Es stellt sich die Frage, ob »nicht leisten« hier in finanzieller oder in medizinischer Hinsicht zu verstehen ist. Als neuer, bisher noch nicht thematisierter Aspekt kommt nun hinzu, dass den Chirurgen seitens der „Verwaltung“ eine Verantwortung für das Ökonomische zugeschrieben wird, die jedoch, weil es sich um eine als exterior erlebte Autorität handelt, angenommen werden muss (»wir dann zur Rechenschaft gezogen«). Diese, der Abteilung äußerlich stehende Macht, wird zugleich als mit einer eingeschränkten Wahrnehmungs- und Unterscheidungsfähigkeit ausgestattet charakterisiert (»wird nicht diskriminiert«). Sie wird hier gewissermaßen als „beschränkte“ administrative Macht konstruiert, der man sich dann von ärztlicher Seite wohl oder übel anzupassen hat (»irgendwie händeln müssen«). Die Verantwortungszuschreibung an die Ärzte wird hier gleichsam „fatalistisch“ angenommen und entsprechend intern in der Organisation der eigenen Arbeit nach Lösungswegen gesucht, um die verschiedenen Rationalitäten unter einen Hut zu bringen. In diesem Sinne sind dann die Patienten in die organisatorischen Bedürfnisse einzupassen (»man muss die Konzepte miteinander abstimmen«), es ist eine gezielte Risikoabwägung durchzuführen, die Handlungsprozesse sind besser abzustimmen und nicht zuletzt mag man dann den Internisten den schwarzen Peter für die aus dem Ruder gelaufenen Prozesse zuschieben. Die Proposition »das können wir uns in der Chirurgie nicht leisten« erscheint hier doppeldeutig. Sie lässt sich wirtschaftlich verstehen in Bezug auf ökonomische Effizienz, aber auch auf die Notwendigkeit schneller chirurgischer Entscheidungen, in denen es oft um Leben und Tod geht. Der chirurgische Entscheidungsstil (vgl. Vogd 2004b, 397) und das neue ökonomische Primat der kurzen Liegezeiten scheinen auf den ersten Blick recht gut zusammen zu passen. Im Denkstil des Chirurgen scheinen sich entsprechend hier die beiden Sphären zu einem diffusen Raum zu verwischen, indem dann medizinische und ökonomische Logiken nur noch schwer auseinander zu halten sind.

Die durch das DRG-System vorgegebene Logik des Nullsummenspiels wird nicht prinzipiell in Frage gestellt. Vielmehr deutet sich hier eher eine Identifikation mit den administrativen Vorgaben an. Dass beispielsweise drei Tage internistische Diagnostik und drei Tage Gallenoperation weder in der Summe noch in der Prozessorganisation in einer Durchschnittsliegedauer von drei Tagen aufgehen können, steht hier nicht zur Debatte. Im Sinne der vorangehend herausgearbeiteten Orientierung, agieren die Chirurgen als Vollstrecker gegebener externer Zwänge. Die chirurgische Welt erscheint hier – anders als bei den Internisten beobachtet³⁴ – als eine apolitische Welt medizinischer

34 Zu einer anderen, politischeren Rahmung der Ressourcenkonflikte bei den Internisten siehe als besonders illustratives Beobachtungsbeispiel Vogd (2004b, 183f.).

und technisch administrativer Gründe. Entsprechend wird dann den Internisten, die das Primat der Geschwindigkeit verletzen, nicht jedoch dem „System“ die Schuld für entsprechende ökonomische Pannen zugerechnet.

Den Patienten an die Vorgaben adjustieren

In den folgenden Sequenzen sprechen der Oberarzt und der Interviewer über die Adjustierung der Liegezeiten an die Vorgaben. Je nach dem ob das Controlling jetzt kürzere oder längere Liegezeiten vorgabe, würde man sich entsprechend anpassen. Dem Patienten sage man dann einfach, dass er an diesem oder jenem Tag entlassen würde und in achtzig Prozent aller Fälle würde dies dann auch funktionieren:

Interviewer: Und dies hier ist, sagen wir mal so, rein statistisch gesehen, eine Abteilung, die im Plus ist, wenn man einfach so sagen kann

Dr. Hundt: also das ist sicherlich eine Abteilung, ganz genaue Zahlen habe ich nicht, aber wir, die schwarze Zahlen schreibt

Interviewer: ja

Dr. Hundt: und wir haben, wir passen uns auch ganz schnell an. Es war bisher so die Aussage, die Gallenblasen müssten ein bisschen länger liegen, also wir haben die so am vierten, fünften Tag entlassen, weil wir auch noch, fragen sie mich nicht warum, aber wir haben auch noch ein Controlling, das ist denn unsere Vorgabe letztendlich, ah Liegetage aufgezeigt bekommt, wir brauchen auch Liegetage für das ganze Krankenhaus,³⁵ dann haben wir die Gallen fünf Tage liegen gelassen, jetzt ist es so, das wir die Gallen nur noch (Telefon klingelt) zwei Tage liegen lassen. [das Band wird unterbrochen]

Interviewer: also sie sagten jetzt ist es so das sie die nur zwei Tage liegen die Gallen, und dann gab's die Liegetage von [Name des Klinikkonzerns]

Dr. Hundt: [...] das Controlling, das ist ja auch unsere letztendliche Instanz, die sagt, da ist der Patient im grünen Bereich, so müssen wir ihn führen, und da verlassen wir uns natürlich drauf, wir haben weder die Kompetenz noch die Zeit, zu sagen, okay in dem Bereich ist es gut, sondern da haben wir halt diese, für uns Kontrollinstanz, oder die Vorgabe, und darauf berufen wir uns auch. Und wenn jetzt die Kontrollinstanz sagt, es ist okay, und so haben wir es jetzt auch gemacht, ist es okay, wenn wir die nach zwei Tagen entlassen, und die sagen ja, das wäre wunderbar und so bahnen wir dann auch die Patienten, und das ist dann auch nicht, dass wir sagen zu dem Patienten, sie müssen heute gehen, sondern sie müssen dem Patienten vor der Aufnahme sagen, sie werden am Mittwoch operiert und gehen dann, wenn alles in Ordnung ist nach Laborentnahme am Freitag nach Hause

Interviewer: ja, ja

Dr. Hundt: und dann funktioniert das eigentlich auch ganz gut, lassen aber nicht nur diese Zeit sprechen, sondern wenn irgendwelche medizinischen Gründe dagegen sprechen, dann wird das natürlich gestoppt, die geplante Entlassung, aber in der Regel, ich sage mal in achtzig Prozent der Fälle klappt es.

Interviewer: und die Liegetage ist jetzt eine andere Rationalität, dass das Haus dann relativ voll sein sollte, oder ah sozusagen

Dr. Hundt: ja, das ist natürlich immer so wenn sie, ah, eine bestimmte Bettenzahl haben

35 Die Anpassung wird nun aber in Richtung auf eine längere Liegezeit konkretisiert (nicht etwa in Richtung auf eine kürzere Liegedauer).

und diese Betten nicht ausgelastet sind, dann wird die Bettenanzahl reduziert, und wenn die Bettenzahl reduziert wird dann wird klassischer Weise der Personalstamm vielleicht gar nicht so im chirurgischen, ärztlichen Bereich sondern, eher im Pflegebereich reduziert

Interviewer: hm

Dr. Hundt: und das sind denn halt einfach so Vorgaben, es ist ja auch einfach so, dass die Abrechnung einfach eine andere war, und das sind alles Punkte, die da mit einfließen, ah und ich bin persönlich da auch nicht ganz bereit, mich da auch noch so kundig zu machen, dass ich genau weiß was, warum das jetzt so ist, und mir wird vom Klinikbetreiber halt mitgeteilt so soll's sein, ich denke da gibt's wichtigere Abteilungen, die das genau wissen, die auch in den Verhandlungen mit den Krankenkassen sitzen und dann machen wir das halt so

Interviewer: Ja, genau, das sind eben die Vorgaben dann versucht man sich ja auch

Dr. Hundt: ja

Interviewer: dann eben auch danach zu richten.

Beachtenswert ist hier die Art und Weise, wie die Verwaltungsvorgaben in die Patientenführung übersetzt werden. Leitend bleibt auch hier der bereits herausgearbeitete Orientierungsrahmen. Die akute medizinische Situation auf der einen Seite und die organisatorischen Vorgaben auf der anderen Seite stellen die Kriterien dar, nach denen gehandelt werden muss. Beide Sphären erscheinen als äußerlich gesetzte, gleichsam unumstößliche Kriterien und die Leistung der Chirurgen beurteilt sich nun darin, möglichst effizient und reibungslos mitspielen zu können. Die Frage, ob und wann ein Patient zu entlassen ist, erscheint hier nicht als Thema, dass einer ethischen Reflexion bedarf, sondern ergibt sich allein aus einer technokratischen Pragmatik, die nicht nach den Hintergründen fragt, sondern die Organisation der Arbeit widerspruchslös den sich verändernden Umständen anpasst.

Komparative Analyse: wie beim Hosenkauf?

An dieser Stelle greifen wir zur komparativen Analyse auf einen Interviewausschnitt zurück, der aus dem Gespräch mit dem damaligen leitenden Oberarzt („Dr. Peters“) aus dem Jahr 2000 stammt. Der Arzt war damals sechsunddreißig Jahre alt und ist mittlerweile in die Chefarztposition einer chirurgischen Abteilung eines anderen Hauses aufgestiegen. Die folgende Sequenz bezieht sich auf die Frage des Interviewers zu einem Fallgeschehen, das kurz darzustellen ist:

Einem dreiundachtzig Jahre alten Mann wurde drei Monate vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt ein Rektumkarzinom mittels einer speziellen, minimalinvasiven chirurgischen Technik entfernt. Der Patient lebte in einer kleineren, etwa hundert Kilometer vom Behandlungsort entfernten Stadt und wurde dort medizinisch von einem Onkologen weiter betreut. Nachdem bei einer routinemäßigen Laboruntersuchung erhöhte Werte eines Tumormarkers festgestellt wurden, stellte dieser Arzt entgegen dem einstimmigen Votum der damals operierenden Chirurgen die Indikation für die chirurgische Entfernung des Enddarms. Damit verbunden sollte ein künstlicher Darmausgang (*Anus praeter*) angelegt werden. Entgegen dem ursprünglichen Votum der Chirurgen kommt der Patient erneut auf die Station und bekommt die große Operation.³⁶

³⁶ Zur ausführlichen Darstellung und Rekonstruktion des Fallgeschehens siehe Vogd (2004b, 306ff.).

Im Einzelinterview erläutert der leitende Oberarzt, dass für ihn die Entscheidung für den Eingriff recht einfach zu treffen gewesen sei: Man habe zwar dem Patienten die große Operation am liebsten ersparen wollen, das Problem habe jedoch darin gelegen, dass die ursprüngliche Entscheidung von den Ärzten aus einem anderen Bundesland umgestoßen worden sei. Dies wäre jedoch an sich auch nicht so problematisch gewesen, wenn jetzt nicht im nachhinein heraus gekommen wäre, dass sich in dem Restpräparat überhaupt kein Tumorgewebe mehr gefunden habe. Es würde aber nun nichts bringen, retrospektiv die Geschichte wieder in Frage zu stellen. Da die „Entscheidungsflüsse“ eben so gelaufen seien, solle man als Arzt die getroffene Entscheidung ebenfalls mittragen:

Dr. Peters (leitender Oberarzt im Jahr 2000): Also wenn wir jetzt am Beispiel Otto Wusel, ist es halt so, dass letztendlich die Entscheidung eigentlich einfach war; man konnte relativ schnell sagen, wir würden diese Behandlung empfehlen. Haben wir auch empfohlen. Die Schwierigkeit war aber, dass letztendlich diese Empfehlung in einem andern Bundesland, da ist man natürlich auch nicht so direkt vor Ort und kann es direkt mit den Leuten diskutieren, so nicht mit getragen wurde, und damit im Prinzip eine getroffene Entscheidung umgestoßen wurde, und man denn noch mal neu überlegen musste, aber das per se ist auch nicht so die Schwierigkeit, weil damit kann man leben, das ist so wie wenn man im Geschäft ist und sich zwischen zwei Hosen entscheiden muss, die grüne oder die blaue, und wenn man dann die Blaue genommen hat, findet man die Grüne nicht mehr so schön, also das wäre nicht so problematisch, problematischer ist eher

Beobachter: Also das war jetzt konkret in dem Fall, dass eigentlich hier gedacht wurde, man operiert nicht mehr oder so

Dr. Peters: Also wir haben gesagt, dieser Mann ist weit über achtzig. Dieser Mann hat einen Tumor im After, der im Prinzip völlig entfernt ist, und wir hätten ihn, um ihm eine größere Operation zu ersparen, gerne nachbestrahlt; das wurde nicht weiter getragen in Sachsen-Anhalt, das wurde da umgestoßen dieses Konzept, und dann sollte er im Prinzip die große Operation bekommen in seiner Heimatklinik, und dann haben wir aber gesagt, wenn wir ihm schon sozusagen den Mastdarm amputieren müssen, dann können wir das 'nen bisschen eleganter und können das in dieser minimalinvasiven Technik anbieten und dann habe ich ihn letztlich wieder zurückgeordert. Wie es jetzt so gekommen ist, ist natürlich in dem Restpräparat überhaupt kein Tumor mehr drin, insofern kann man nachher sagen, die erste Entscheidung war goldrichtig

Beobachter: ja.

Dr. Peters: aber dieses Nachkarten bringt letztendlich auch nichts, weil die Entscheidungsflüsse sind

Beobachter: das war sozusagen außerhalb. Die Entscheidung ist nicht hier getroffen, sondern

Dr. Peters: nee, wir müssen natürlich, wenn wir die Operation machen, müssen wir diese Entscheidung natürlich voll mittragen, also man hätte ja auch genauso gut sagen können, äh ja okay, wenn Sie den nicht bestrahlen, dann ist das Ihr Problem, wir operieren ihn auch nicht. Aber da es so'n Grenzfall ist und man sagt, ja wenn er jetzt zwanzig Jahre jünger gewesen wäre, keine Risikofaktoren, dann hätte man darüber gar nicht diskutiert.

Bemerkenswert erscheint hier die Metaphorik des Hosenkaufs: Die Problematik der Operationsindikation wird hier unter einem oberflächlich ästhetischen Blickwinkel gesehen, nämlich auf gleicher Ebene der Frage, ob man eine blaue oder grüne Hose

kaufen solle. Hierdurch erscheint die Entscheidung weniger (ethisch) reflexiv begründet, denn pragmatisch. Allein das technisch operative Können der Chirurgen erscheint als relevantes Kriterium. Entscheidend ist das Kriterium, ob man die Operation gut durchführen kann. Die Frage, ob es sinnvoll ist, einem alten Herrn die Konsequenzen eines solchen Eingriffs zuzumuten, tritt hier in den Hintergrund. Entsprechend braucht die getroffene Entscheidung auch im Nachhinein nicht mehr problematisiert zu werden, denn die Sache ist jetzt eben so gelaufen, weil der Auftrag so und nicht anders formuliert war. Auch hier leuchtet wieder die bereits im Interview mit Dr. Hundt aufscheinende chirurgische Handlungspragmatik auf. Als extern attribuierte Gründe und Entscheidungsflüsse werden als gegeben angenommen, man widersetzt sich nicht, sondern vollzieht die äußerlichen Vorgaben. Auch wenn der Sinn der Operation persönlich in Frage gestellt werden mag, tritt für die handlungspraktischen Entscheidungen das Argument in den Vordergrund, dass man den Eingriff ja wirklich gut könne. Auch spannt sich der Orientierungsrahmen auf der einen Seite durch das Medizinische auf, hier im Sinne des instrumentellen Vollzugs guter chirurgischer Kunst zu verstehen. Auf der anderen Seite steht die ökonomisch organisatorische Pragmatik, hier verstanden als Geschäftslogik, innerhalb der es gleich ist, welche Farbe die Kleidung hat, welche man verkauft.

Schon im Jahr 2000 wie auch dann im Jahr 2004 verbanden sich bei den Chirurgen medizinische Kunst mit geschäftiger Opportunität in einer Praxis, in der immer das eine getan wurde, ohne das andere aus dem Blick zu verlieren. Die bei den Internisten noch ins Spiel kommenden (psychosozialen) Fragen, ob etwa ein Patient diesen oder jenen Eingriff in der Nachbetreuung verkraften könne, oder ob das angebaute Patientenmanagement dem Patienteninteresse entspräche, traten und treten innerhalb des ärztlichen Entscheidungsprozesses weit in den Hintergrund.³⁷ Ohne hier auf mögliche Unterschiede in den Orientierungen der beiden Chirurgen eingehen zu können, zeigen sich für unseren Diskussionszusammenhang deutliche Gemeinsamkeiten, die im Zusammenhang mit der Rekonstruktion der Behandlungsprozesse andeuten, dass der technisch-instrumentelle Habitus keineswegs nur den persönlichen Eigenschaften von Einzelpersonen, sondern generell eine Eigenheit der chirurgischen Abteilung darstellt. Anders als die Internisten, für die das kritische Hinterfragen von Befunden, die differenzialdiagnostische Reflexion von Daten, aber auch das Mitdenken chronischer Krankheitsverläufe zum Alltag gehören und entsprechenden Prozessen Zeit gegeben wird, haben die Chirurgen als schnelle Spieler zu agieren. Nicht zuletzt auch, weil es oft um Leben und Tod geht, führt die OP-Indikation (fast) unmittelbar zum Handeln. Medizin ist hier wesentlich Technologie basiert zu verstehen. Im Zentrum stehen die technischen Dimensionen der Diagnostik und des chirurgischen Eingriffs. Die Internisten handeln hier eher als kommunikative bzw. diskursive medizinische Kultur. Im

³⁷ Aus den unterschiedlichen Zeitperspektiven eines chirurgischen und eines internistischen Behandlungsprozesses ergeben sich schon von der Medizin her unterschiedliche Orientierungen zwischen den operativen und den konservativen Disziplinen. Erstere sind kurzzeitig angelegt, beginnen mit der Operationsvorbereitung und enden nach einer erfolgreichen Operation. Letztere haben es demgegenüber überwiegend mit langsamen Behandlungsprozessen, wenn nicht gar mit lebenslanger chronischer Krankheit zu tun. Illustrativ zu den Unterschieden in den Orientierungen und den diesbezüglichen Eigenarten in der Kooperation zwischen den Disziplinen ist die Untersuchung von Helena Serra (2004).

Gegensatz zu den Chirurgen werden hier Fragen nach der richtigen Diagnose und Therapie im ärztlichen Team ausführlich verhandelt (vgl. Vogt 2004b, 397ff.).

Subjektive Bewertung: Betreuung der Patienten auf der Station schlechter

Kehren wir nun wieder zu dem Interview mit Dr. Hundt zurück. Der Oberarzt erklärt, dass die Betreuung der Patienten auf der Station schlechter geworden sei. Die jungen Ärzte seien jetzt oft auf sich allein gestellt. Sie könnten jedoch bei Komplikationen jederzeit den zuständigen Oberarzt ansprechen und erreichen:

[ein paar Minuten später. Der Interviewer hat zuvor mit dem Oberarzt über die Ausbildungssituation in der Abteilung gesprochen]

Dr. Hundt: Was das Betreuen auf der Station angeht, ist es sicherlich schlechter geworden. Also (zögert) würde ich so einschätzen das ist sicherlich subjektiv aber es ist einfach so, wir sind weniger, die Wenigeren müssen die gleiche Arbeit oder zum Teil sogar mehr Arbeiten leisten wir haben jetzt nachgelesen dass unser Case Mix Index, das heißt die Schwere der Fälle deutlich zugenommen haben, wir haben deutlich im Bereich der großen Baueingriffe zugelegt, und da ist es halt einfach so, das die OP-Zeiten länger sind und dass die Betreuung der Patienten aufwendiger ist, und das mit einer geringeren Anzahl von Leuten zu schaffen bedeutet einfach, dass man auch nicht so viel gemeinsam machen kann sondern dass das Individuum eben mehr Arbeit alleine leisten muss und das trifft sicherlich die jungen Kollegen, und die müssen dann halt sicherlich schon, die stehen sicherlich unter einem höheren Druck als früher, aber die Ansprechpartner sind letztendlich die Gleichen, die sind wir, wir sind ständig telephonisch erreichbar, sollte es zu irgendwelchen Fragen oder Komplikationen kommen, ist entweder der zuständige Oberarzt da, oder immer ein Ersatz den man immer fragen kann.

An dieser Stelle trifft der Oberarzt eine explizite Bewertung hinsichtlich der schlechter geworden Patientenbetreuung. Als solche wird sie subjektiv gerahmt, jedoch argumentativ durch eine höhere Anzahl schwerer Fälle begründet. Als impliziter Gegenhorizont zur Station erscheint hier unausgesprochen der OP-Saal als der Kernbereich der chirurgischen Tätigkeit. Im Sinne eines Umkehrschlusses haben sich dort die Verhältnisse nicht verschlechtert, sondern „nur“ auf der Station, wo nun insbesondere die jungen Assistenten oftmals ganz alleine arbeiten müssen. Im Sinne der hier entfalteten argumentativen Linie scheint die subjektiv wahrgenommene schlechtere Patientenbetreuung innerhalb einer hohen organisatorischen Rationalität dadurch in Kauf genommen werden zu können, dass die im Hinblick auf den medizinischen Gegenhorizont ernst zu nehmenden Komplikationen weiterhin durch die Oberärzte betreut werden. In diesem Sinne klingt die hier erfolgte Bewertung an dieser Stelle (noch) nicht als Anklage, sondern erscheint eher als eine abwägende Kalkulation, dass die Dinge im großen Ganzen dann doch in Ordnung laufen. Dass die Novizen mit ihrer Angst, der verantwortungsvollen Arbeit nicht gerecht zu werden, unter einem höheren Druck stehen, war bei Chirurgen schon immer ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Ausbildung.³⁸ Dennoch deutet sich hier am Horizont eine Wandel in der medizinischen Ausbildung an. »Nicht so viel gemeinsam machen« bedeutet, dass das implizite Lernen am Modell des erfahrenen Arztes nur noch begrenzt möglich ist. Da die jungen Ärzte jetzt in der

³⁸ Siehe hierzu auch Wettreck (1999, 28ff.).

Stationsarbeit auf sich allein gestellt sind, werden sie sich insbesondere in den Feldern der Patientenführung und der Arzt-Patient-Kommunikation nicht mehr so leicht mimetisch an den Vorgesetzten orientieren können. In diesen Feldern wird das Erfahrungswissen der Älteren nicht mehr unmittelbar vermittelt. Da die Chirurgen jedoch im OP-Saal weiterhin „Teamspieler“ sind, erscheint die Sozialisation der Novizen über die Face-to-Face-Interaktion – anders als bei den Internisten – unter den veränderten Rahmenbedingungen nicht grundsätzlich in Frage gestellt.

Bessere Organisation der Arbeitsprozesse

Der Interviewer spricht die Vermutung an, dass sich die Entscheidungsflüsse gegenüber dem ersten Beobachtungszeitraum verbessert hätten, denn Entscheidungen würden nun nicht mehr so lange hinausgezögert und auch die ärztliche Verwaltungsarbeit sei effizienter geworden. Der Oberarzt bestätigt dies und verweist auf die elektronische Datenverarbeitung, die einiges erleichtert habe:

Interviewer: Also das ist dann immer so mein Eindruck, dass das eine kommunikative Verdichtung ist. Also gerade durch die Handytechnologie eh, es wird ja immer und permanent in jedem Moment telefoniert und ah

Dr. Hundt: ja

Interviewer: und der Informationsfluss, also ich hätte eher den Eindruck, dass ah früher vielleicht auch ab und zu mal Informationen verloren gegangen sind und so sozusagen Entscheidungen herausgezögert werden, wohingegen heute es so dicht zu sein scheint, dass eigentlich alles in den nächsten fünf bis zehn Minuten geklärt wird.

Dr. Hundt: das ist jetzt sicherlich der Vorteil mit den Handys, man kann's zügig klären, weil anzupiepen ist ja immer Nummer eingeben, warten bis der zurückruft und irgendwo ein Telefon findet, das war natürlich komplizierter und das ist jetzt durch diese Handys sicherlich besser möglich zu kommunizieren, es wird vielleicht auch manchmal weniger gedacht und früher kommuniziert, das ist ja dann auch der Effekt

Interviewer: hm

Dr. Hundt: aber das muss ja auch nicht unbedingt schlecht sein, ne, aber es ist jetzt sicherlich so, dass wir dass wir schnelle Entscheidungen treffen müssen, weil wir jetzt immer die Zeitnot haben, zum Beispiel müssen eigentlich die Patienten bis zwölf so auf Linie sein, dass man sagen kann, operiere ich den am nächsten Tag oder nicht und da entstehen natürlich manchmal zwangsweise schnelle Entscheidungen

Interviewer: hm hm

Dr. Hundt: und Konsequenzen, das muss auch so sein

[es folgt ein Gespräch über die Einteilung der OP-Pläne]

Interviewer: Und das ist jetzt schnell mit den Arztbriefen, ich hab das Gefühl, jetzt schnell innerhalb von ein paar Tagen.

Dr. Hundt (leitender Oberarzt im Jahr 2004): A ist es so und B haben wir ja auch im System einiges umgestellt, wir haben früher oder vor fünf Jahren die Briefe auch schon im Computer geschrieben, aber das war halt, das war ja keine Datenverarbeitung, es war letztendlich die Schreibmaschine wofür der Computer benutzt wurde, und jetzt haben wir wirklich 'ne Datenverarbeitung, das heißt eh, wir können gucken, wann ist der Arztbrief geschrieben, wann ist der Patient entlassen, das ist ein Kontrollprogramm und damit

gibt's, können wir auch über [Name des Klinikkonzerns]-Portal gucken, wie liegt unsere Klinik, sind wir in unserem Zeitfenster, das vorgegeben ist, sind wir im grünen Bereich oder kommen wir in gelben oder sind wir gar im roten Bereich, und das ist natürlich ein Maß, nach dem auch die Suffizienz einer Abteilung gemessen wird

Interviewer: Wie hoch sind jetzt die Vorgaben bei Arztbriefen?

[Es folgt ein längeres Gespräch über die Organisation des Arztbriefschreibens]

Dr. Hundt: und deswegen versuchen wir die Briefe sogar zur Entlassung mitzugeben wenn das logistisch möglich ist und logistisch ist es so, dass ist in andern Kliniken noch besser organisiert, es muss der Stationsarzt unterschreiben der zuständige Oberarzt und der Chefarzt und das sind drei Punkte die immer zeitverzögert wirken, gibt Kliniken die machen das im Computer, das heißt die werden dann im Computer so genannt „supervidiert“, das ist überhaupt kein Problem und da wär natürlich für uns auch als Oberärzte die Möglichkeit zu sagen, okay im OP, o.k. in der OP- Pause lese ich einen Brief von meinem Stationsarzt, gebe ihn frei, dann kann ihn der Chef auch gleich lesen, das ist sicherlich, wäre das der nächste Punkt

Wendepunkt: Technokratie vs. Mensch

Der Interviewer bemerkt nochmals, dass jetzt Einiges in der Abteilung besser laufen würde. Anschließend fragt er nach, was denn nun eigentlich schlechter geworden sei. Der Oberarzt wirft ein, dass in dem ganzen Spiel der Mensch vergessen würde, der sich all diesen Zwängen unterwerfen müsse:

Interviewer: Na klar also für einen Beobachter würde ich jetzt sagen, dass vieles besser läuft. Was gibt's denn jetzt noch was Schlechter ist als früher? Also ich meine jetzt wenn ich hier hin komm würde ich ja sagen, vieles

Dr. Hundt: Sie vergessen eins dabei, es ist natürlich, die Arbeitsprozesse sind besser, ja aber für die Arbeitsprozesse brauchen Sie Menschen und diese Menschen unterwerfen sich ja den Vorgaben und früher war eine höhere Flexibilität dar, das heißt, das Individuum konnte sich seine Arbeit unter weniger Zwängen einteilen, und wir haben jetzt ganz viele Zwänge, die um einen herum sind, und das führt zu dieser Arbeitsverdichtung und das führt zu dieser Kommunikationsverdichtung, und Sie merken ja auch, dass die Leute eigentlich kaum Zeit haben mal zur Ruhe zu kommen, eine vorgeschriebene Pause, wie auch immer geartet, zu nehmen, sondern die Kollegen gerade während wir jetzt sprechen sitzen vorne trinken 'nen Kaffee, machen aber eine Stationsübergabe, also es findet letztendlich nie eine reguläre Pause statt, sondern die Pausen, wenn sie denn als Pausen interpretiert werden, ist 'ne Stationsübergabe, die überall als Arbeitszeit gilt, oder es werden immer alles mit medizinischen Dingen belegt, und das ist halt 'ne irre Arbeitsverdichtung, die halt natürlich bei den Kollegen auch zu einer hohen Arbeitsbelastung führt, und entsprechenden Ergebnissen dann auch, die machen ja, sind ja im Moment alle unglaublich motiviert und ziehen da mit, aber der Druck wird immer größer

Der Interviewer zieht hier zunächst das Resümee, dass die Dinge besser laufen als vorher. Man könnte seine Bemerkung innerhalb der Diskursorganisation auch als Zwischenkonklusion verstehen, die nun in Form einer Bewertung geschieht. Mit Blick auf die Arbeitsprozesse stimmt der Oberarzt der Einschätzung zu (»es ist natürlich, die Arbeitsprozesse sind besser«), differenziert die Aussage jedoch durch Eröffnung des Gegenhorizontes »Mensch«. Während Medizinisches und die ökonomischen Rationale

der Verwaltung in den zuvor heraus gearbeiteten Orientierungen nicht gegensätzlich zu einander stehen, sondern im Sinne eines „sowohl-als-auch“ miteinander in einer Praxis verbunden werden können, stehen die technokratische Seite des gut-Funktionsierens und die menschlichen Bedürfnisse der ärztlichen Akteure unvereinbar gegenüber. Der Mensch erscheint hier als »Aktant« in einem Netzwerk aus menschlichen und nicht menschlichen technischen Aktanten (Latour 2000) in einem *überpersonalen* Handlungssystem, dessen Eigengesetzlichkeiten nicht mehr in Deckung mit den als „subjektiv“ auszuflagenden Orientierungen der ärztlichen Handlungsakteure zu bringen sind.

Um hier mit Bourdieu habitustheoretisch zu argumentieren: wir finden hier einen „zerrissenen Habitus“, in dem die gelebte Praxis und die als eigener Habitus empfundene Identität nicht mehr übereinstimmen.³⁹ Eine technokratische Praxis, mit der man sich zuvor identifiziert hat, weil sie dem chirurgischen Denken nahe steht, erscheint nun als äußerlicher Zwang. Mit der Formulierung »größer werdender Druck« deutet sich hier, analog dem Bild des überhitzten Kessels, eine Explosionsmetapher an.

Fluchttendenzen

In der folgenden Sequenz schildert der Arzt zunächst das Problem der mangelnden personellen Ressourcen, um Operationssäle angemessen besetzen zu können. Hierdurch würden zusätzliche Belastungen für die Chirurgen entstehen. Er beschreibt die Verhältnisse im Krankenhaus als »Zeitbombe«, und schließt an, dass einige Kollegen schon die Konsequenz gezogen hätten, sich einen anderen Beruf zu suchen:

Dr. Hundt: und wenn Sie um den ärztlichen Bereich herum gucken, dann hat man manchmal den Eindruck, dass halt im OP das klassische Beispiel ist, wir dürfen als Chirurgen nicht mehr weiter operieren, weil die OP- Schwestern um fünfzehn Uhr dreißig nach Hause gehen müssen, dann werden uns die OPs gesperrt, das heißt wir können unsere Patienten nicht mehr versorgen, kriegen dann vielleicht nur einen Saal, oder kriegen 'nen Saal erst wieder ab neunzehn Uhr und dann müssen die Diensthabenden eventuell operieren bis spät nachts, oder die Kollegen müssen unbezahlte Überstunden leisten, um die Patientenversorgung zu gewährleisten, es sind Dinge, die daraus resultieren und da kann man, und das ist ne Zeitbombe, wenn die Abteilungen um sie herum oder auch die Anästhesie, die sagen wir haben keinen Anästhesisten mehr, der musste nach Hause gehen, und dann stehen die Chirurgen wieder da und sagen, und wir wegen uns fällt nie 'ne OP aus, die fällt immer wegen Schwesternmangel, Anästhesiemangel oder OP- Kapazitätsmangel aus, das ist so 'ne gewisse Problematik, wo auf Dauer logisch denkende Menschen irgendwann sagt, ich muss hier bleiben, die

³⁹ Um hier ein Zitat folgen zu lassen: »Der Habitus ist weder notwendigerweise angemessen noch notwendigerweise kohärent. Er verfügt über Integrationsstufen, die vor allem »Kristallisationsstufen« des eingenommenen Status entsprechen. So läßt sich beobachten, dass widersprüchliche Positionen, die auf ihre Inhaber strukturelle „Doppelzwänge“ ausüben können, oft zerrissene, in sich widersprüchliche Habitus entsprechen, deren innere Gespaltenheit Leiden verursacht. [...] Folglich kann es geschehen, daß – nach dem Paradigma Don Quichottes – die Dispositionen mit dem Feld und den für seinen Normalzustand konstitutiven „kollektiven Erwartungen“ in Mißklang geraten. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein Feld eine tiefe Krise durchmacht und seine Regelmäßigkeiten (oder sogar seine Regeln) grundlegend erschüttert werden« (Bourdieu 2001, 205f.).

anderen gehen alle nach Hause das passt irgendwie nicht. Ne, und das fällt natürlich doch schon zu so einer, ich will es nicht als Flucht beschreiben, es kommt aber doch schon so zum kritischen Überdenken der Situation und ich kenne etliche, ältere Chirurgen die vielleicht fünfzehn Jahre im Geschäft waren, und die sagen, das mache ich nicht mehr mit. Und gehen zum MDK; da kann ich ihnen eine ganze Kaskade zeigen. Und das ist sicherlich eine Problematik, die aus dieser Arbeitsverdichtung resultiert

Der Oberarzt entfaltet hier die Explosionsmetapher in expliziter Form. Mit dem Verweis, dass etliche Kollegen den Beruf des Chirurgen aufgegeben haben, leuchtet nun ein berufsbiografischer Gegenhorizont auf. Zudem wird deutlich, dass unter den Ärzten längst schon über *Exit*-Strategien nachgedacht wird. Selbst der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), als Bürojob vom chirurgischen Habitus weit entfernt und innerhalb des medizinischen Feldes als Gegner der klinischen Ärzte agierend,⁴⁰ erscheint nun als legitimer Fluchtpunkt, um den Konsequenzen einer unheilbaren Kette von Ursache und Wirkung (»Kaskade«) zu entkommen, die dann letztlich keinen anderen Ausweg erscheinen lässt.

Zuvor wird hier nochmals ein strukturelles Problem des Krankenhauses angedeutet. Zwischen den Zeilen klingt dann der Vorwurf an, dass die Chirurgen jederzeit zu unbezahlter Arbeit bereit seien, während etwa die OP-Schwester entsprechend dem Dienst nach Vorschrift nach Hause gelassen werden. Die Diskrepanzen in den Wertungen der sich als Leistungseliten verstehenden chirurgischen Akteure, die den Druck internalisieren, und den geregelten Arbeitsverhältnissen der gewerkschaftlich abgesicherten Pflegekräfte, scheinen hier unvermittelbar, zumal sie nicht einmal mehr monetär ausgeglichen werden.⁴¹

Keine Anerkennung der medizinischen und wissenschaftlichen Leistungen

In der folgenden Sequenz verweist der Interviewer auf die fehlenden Aufstiegspektiven der Chirurgen, welchen es nicht mehr gelingt, auf eine Oberarztstelle zu kommen. Dr. Hundt bestätigt den Befund,⁴² ergänzt jedoch darüber hinaus, dass auch für Oberärzte und selbst für Chefärzte mittlerweile die Grenze des Zumutbaren erreicht sei. Der leitende Oberarzt schildert ein Beispiel aus seiner persönlichen Erfahrung. Die Klinikleitung habe ihm keine Erlaubnis gegeben, einen fachlichen Vortrag auf einem medizinischen Kongress zu halten:

Interviewer: das ist für uns als Soziologen relativ klar, das kannst du fünf sechs Jahre

40 Siehe zur strukturellen „Feindschaft“ der klinischen Ärzte und der Kassenärzte Vogd (2004b, 179ff.).

41 Die diesbezügliche Rechnung, die in diesem Zusammenhang von den Ärzten genannt wird, lautet etwa so: Bei unbezahlten Überstunden entspricht die siebzig bis achtzig Stundenwoche auf einer BAT 2a Stelle nicht einmal mehr dem Stundenlohn einer Pflegekraft.

42 Hierzu detaillierter an einer anderen Stelle des Interviews:

Dr. Hundt: und ich glaub eben dass man auf Dauer diese Chirurgen die es früher gab die fingen im Haus an und sind da auch alt geworden das gab ja auch den Begriff des Altassistenten der dann halt zwanzig Jahre eben auf seiner Stationsarztstelle saß das wird's so unter diesen Arbeitsbedingungen sicherlich nicht mehr geben ja man versucht natürlich zumindest 'ne Oberarztposition zu erheischen weil von der aus kann man sich dann zum Beispiel niederlassen oder kann ambulant operieren und da hat eben n bisschen mehr Perspektiven oder man schafft sich Perspektiven und die Perspektiven können einem einige Kliniken nicht mehr bieten //hm// oder man braucht Zusatzausbildungen die kriegen sie halt nicht mehr so

machen wenn du Aufstiegsperspektiven hast,

Dr. Hundt: genau

Interviewer: und wenn du nach sechs, sieben oder zehn Jahren kein Oberarzt bist dann, eh hast du die Schnauze voll.

Dr. Hundt: ja, aber es ist ja genauso, die Kaskade geht ja weiter, das ist ja, wenn sie dann Oberarzt sind, dann haben sie, das ist ja nur eine Zeitverzögerung, da haben sie einen steady state, und dann merken Sie es wird immer mehr, der Chef eh beschimpft Sie weil was weiß ich, die Arztbriefe nicht zeitnah da sind, und die Assistenten ackern schon immer weit über die Arbeitszeit hinaus, damit sie das hinkriegen, und irgendwann sagen sie über das Ganze, „bin ich denn blöd? Muss ich mir das antun?“ ist ja dann immer eine Frage der Zeit. Das Gleiche gilt für die Chefärzte. Ich kenne auch Chefärzte, die sind zum MDK gegangen, weil sie gesagt haben, ja, was soll ich denn noch machen. Also wir, zum Beispiel meine persönliche Erfahrung war, ich bin jetzt der leitende Oberarzt, und ich habe zwei Vorträge gehalten, einmal bei der Deutschen Gesellschaft für mikroinvasive Chirurgie in Anführungszeichen, den Einführungsvortrag über mikroinvasive Chirurgie. Da habe ich primär keine Genehmigung von der Verwaltung bekommen, weil die Frage kam: „Ja was soll das denn? Wieso wollen Sie denn da hinfahren?“ Ich wollte eh einen Tag war Kongresstag einen Tag war Wochenende. Mir ist es auch ganz egal, ich will nur von ihnen die Absicherung, dass ich eine Versicherung habe, wenn mir auf dem Weg dahin mir was widerfährt. Ich will ja nicht frei machen, sondern ich halte einen Vortrag. „Ja dann müssen wir erst mal gucken, was bringt das denn? Was bringt uns das, wenn Sie da hin fahren?“ Das Gleiche die Woche drauf. Und das sind einfach Dinge wo man sich doch schon mal fragen muss: muss ich denn das haben? Muss ich denn (kurze Pause) und denn diese Anträge waren vom Leiter der Abteilung [dem Chefarzt] unterschrieben und es ruft irgendeine Sekretärin an, die von Medizin überhaupt keine Ahnung hat, und fragt uns, ah, was wir dort wollen? Der kann ich, die kann ich beballern mit medizinischen Ausdrücken, die versteht überhaupt nicht, was dort los ist und dann genehmigt die mir das nicht und ich bin ohne Genehmigung auf beide Kongresse gefahren. Und ich denke, solche, das sind diese kleinen Probleme wo man sich fragen muss was soll das eigentlich.

Interviewer: Das ist auch eine Demütigung, wenn der leitende Oberarzt sozusagen jahrelang unentgeltlich Überstunden macht und dann wegen so was dann quasi von der Verwaltung eh eh fürs Krankenhaus und

Dr. Hundt: für einen Tag für den man auch noch einen Vortrag hält, bei dem das [Name des Klinikkonzerns]-Emblem vor vierhundert Leuten gelesen wird, dann noch gefragt wird was soll das? Da muss man ja schon den Eindruck gewinnen dass überhaupt nicht verstanden wird, was wir hier an Arbeit leisten. Und mir macht's jetzt noch nichts aus, ich kann nicht sagen, ich ärgere mich drüber, ich denke halt einfach, da mahlen die Mühlen noch nicht richtig, aber das sind alles so Kleinigkeiten, die einem die Arbeit nicht unbedingt erleichtern, wenn man weiß dass ein Vortrag, ein hochwertiger Vortrag der auch eine gewisse Arbeitszeit in Anspruch nimmt, die ja zusätzlich zu dem, was man ja sonst noch macht, und dafür gefragt wird was soll das eigentlich, dann glaub ich, kann man schon nachvollziehen, dass das sich durch alle Reihen dann langsam zieht, eh dass man sich dann die Frage stellt, für was soll ich denn hier noch diese Arbeitsleistung bringen

Mit Blick auf die Diskursorganisation bestätigt der Oberarzt zunächst die Proposition des Interviewers hinsichtlich der fehlenden Aufstiegschancen untergeordneter Ärzte, differenziert jedoch die Aussage auch mit Blick auf die Situation der leitenden Ärzte, stellt also einen Bezug zu seiner eigenen Position her. Die vertraute hierarchi-

sche Ordnung, in der die in die höheren Etagen aufgestiegenen Akteure, die ihnen als rechtmäßig zustehend empfundenen Privilegien empfangen konnten, wird hier nicht mehr als »richtig« funktionierend erlebt. Das Machtgefüge scheint hier durcheinander, denn selbst die oben Stehenden haben unangemessene Degradierungen hinzunehmen. Der Verweis, dass nun selbst manche Chefärzte in die ruhigen Verwaltungsposten der Krankenkassen wechseln, spitzt die hier aufgeworfene Dynamik innerhalb der Führungseliten nochmals zu.

Besonders aufschlussreich in unserem Zusammenhang erscheint die Schilderung der persönlichen Erfahrung, welche der Arzt im Umfeld seiner Kongressreisen machen musste. Die Ablehnung der Dienstreise pointiert das Dilemma einer Leistungselite, die von sich aus, intrinsischer motiviert, höchstmögliche Leistungen erbringen will, sich nun aber im medizinischen Feld in einer strukturellen Position befindet, in der nicht mehr gewürdigt scheint, was sie leistet. Die eigentliche Gratifikationskrise zeigt dabei weniger in den unbezahlten Überstunden – dies ist hier kein Thema – sondern darin, dass die medizinisch wissenschaftliche Identität der chirurgischen Exzellenz nicht einmal mehr symbolisch anerkennenswert erscheint. Hiermit überschreitet die Verwaltung auch ihre Zuständigkeiten, die ja in der ökonomisch administrativen und nicht in der medizinisch wissenschaftlichen Ebene bestehen. Deutlich wird dies hier am Akt der Genehmigung einer Vortragsreise, die nur im Sinne einer formalen Anbindung des Vortrags an den Arbeitgeber beantragt wurde (»Ich will ja nicht frei machen«). Selbst die Chefärzte erscheinen hier in ihrem Votum machtlos angesichts einer als dumm und unwissend erlebten Verwaltungsmacht (»Da muss man ja schon den Eindruck gewinnen dass überhaupt nicht verstanden wird, was wir hier an Arbeit leisten«). Während der leitende Oberarzt zunächst noch symbolisch seine Identifikation mit seinem Arbeitgeber ausdrückt, und vor dem Kongresspublikum seine Folien mit dem Emblem des Klinikkonzerns zeigt, scheint zugleich innerlich die Bindung an das eigene Haus langsam zu brechen („was soll ich denn hier noch diese Arbeitsleistung vollbringen“). Mit Verweis auf das Beispiel anderer Kollegen kristallisiert sich der zuvor schon aufgespannte Gegenhorizont immer deutlicher heraus. Das Boot zu verlassen, anstelle weiterhin die Zumutungen auszuhalten, erscheint nun immer mehr als eine legitime und attraktive Option und mündet hier tendenziell schon in berufsbiografische Überlegungen.⁴³ Wenngleich der Arzt artikuliert, dass ihm dies »jetzt noch nichts aus mache«, deutet sich mit dem Wort »jetzt« eine Zeitperspektive an, die darauf hinweist, dass in Zukunft dann eine andere Bilanz gezogen werden könnte.

Wenn dann der Spass an der Arbeit verschwindet

Der Interviewer verweist auf die Zeiten, bei denen ein besonders hohes Arbeitspensum auf die Ärzte zukommt, und spricht in diesem Zusammenhang das Thema „geregelt“ Arbeitszeiten an. Dr. Hundt antwortet daraufhin, dass sie als Ärzte nicht korrekt behandelt würden. Darüber hinaus erklärt er, dass der Spaß an der Arbeit verschwinde

43 Im persönlichen Gespräch erklärt Dr. Hundt dem Beobachter, dass auch er plant, wegzugehen.

und man letztlich kaum noch Zeit habe, sich mit dem Patienten als Menschen zu beschäftigen:

Interviewer: Klar, wenn gerade ein Kollege oder zwei gerade im Urlaub sind oder krank sind also dann kollabiert das, dann, habe ich ja die erste Woche, gleich weniger Kollegen

Dr. Hundt: Ja (laut und schnell)

Interviewer: das ist man dann praktisch rund um die Uhr da, wirklich. ja, nee, klar wenn Frau Parsons

Dr. Hundt: Hm. Ja, genau.

Interviewer: in einer Woche da vier Dienste hat, das ist ja wirklich rund um die Uhr praktisch, de facto – – okay, dann will ich also auch nicht länger von ihrer Arbeitszeit in Anspruch nehmen, ich danke Ihnen, aber das ist ja gleichzeitig auch 'ne Diskrepanz die nicht einzufangen ist, ja alle anderen haben geregelte Arbeitszeiten

Dr. Hundt: ja, ja es wird einem immer wieder präsentiert, dass die anderen auf ihre geregelten Arbeitszeiten zu achten haben,

Interviewer: ja

Dr. Hundt: das ist ja so wenn gesagt wird, ihr müsst um fünfzehn Uhr dreißig nach Hause der Anästhesist musste nach Hause, dann heißt das äh, wir müssen ja eigentlich auch nach Hause, also wir haben ja auch ne vorgegebene Arbeitszeit, die ja eigentlich um sechzehn Uhr fünfzehn zu Ende ist und die eigentlich um sieben Uhr fünfundvierzig beginnt, und wenn man jetzt uns sieht wir fangen um sieben Uhr an würde ja meine offizielle Arbeitszeit fünfzehn Uhr dreißig enden und die Arbeitszeit der andern Kollegen würde auch schon um sechzehn Uhr enden, weil die kommen ja alle um halb acht, aber ich weiß nicht wie oft Sie gesehen haben dass die Leute hier um sechzehn Uhr nach Hause gegangen sind,

Interviewer: hm

Dr. Hundt: ne und das ist einfach diese Diskrepanz die sicherlich immer wieder zu Fragen Anlass hat, und auch zu Zweifeln Anlass hat, ob wir hier korrekt behandelt werden

Interviewer: hm

Dr. Hundt: und das glaub ich nicht also korrekt wird man nicht behandelt, aber das ist auch das ist ja nicht das Ziel sondern das Ziel ist dass man seine Arbeit irgendwie leistet und dass man auch Spaß dabei hat weil wenn der Spaß weg ist wir arbeiten mit Menschen und wenn die griesgrämig zu Schwerstkranken die mit lebensentscheidenden Diagnosen behaftet sind gehen, dann hat ist es auf Dauer, wird diese Abteilung nicht von dem Erfolg gezeitigt sein weil ist zwar vielleicht die Chirurgie im OP noch gut aber die Menschen brauchen mehr, die brauchen auch 'ne Zuwendung und brauchen auch Gespräche über ihre Ängste und Nöte und wie geht es weiter und warum ich, und das ist natürlich auch n ganz wichtiger Punkt und der fällt natürlich immer weiter nach hinten rüber

Interviewer: und da haben sie das Gefühl da wird (Gespräch wird lauter)

Dr. Hundt: nein ist doch ganz klar, man kann nicht abzwacken ich wäre, an diesem an längeren Patientengesprächen kann ich abzwacken wenn ich sage ich hab jetzt keine Zeit ich muss noch das machen [...]

Der Beobachter bringt hier zunächst die Proposition ein, dass bezüglich der Arbeitszeiten eine massive Diskrepanz zwischen „ist“ und „soll“ bestehe. Der Oberarzt greift das Thema auf und scheint dabei zunächst zuzustimmen (»ich glaube nicht, dass wir korrekt behandelt werden«), wechselt jedoch dann das Thema. In der nun entfalteten

Orientierung wird nicht mehr beansprucht oder gefordert, im Hinblick auf die Arbeitszeiten korrekt behandelt zu werden (»das ist ja nicht das Ziel«). Anders als die Ausgangsfrage noch impliziert, geht es dem Repräsentanten der ärztlichen Leistungselite keineswegs darum, arbeitsrechtlichen Vorgaben zu entsprechen. Vielmehr tritt hier ein Motiv in den Vordergrund, das in diesem Zusammenhang zunächst ungewöhnlich klingt, nämlich der »Spaß«.⁴⁴

Wenn er sagt, dass es nicht das »Ziel« sei »korrekt« behandelt zu werden, ist damit gemeint, dass nicht das Motiv seiner Arbeit berührt wird. Seine Motivation, die tragende Motivation – der Spaß – ist aber nicht Selbstzweck, sondern wird wiederum in einen altruistischen Zusammenhang gestellt. Sie ermöglicht eine Atmosphäre der Zuwendung, die ebenfalls eine stark intrinsische Komponente aufweist, einem Spaß der seinerseits aus der Kommunikation mit dem Patienten rekurriert.

Wenn nun jedoch, wie der Interviewtext impliziert, dieses tragende Moment wegfällt (»wenn der Spaß weg ist«), wird – so die Inferenz – das ganze System fragwürdig (»wird diese Abteilung nicht mehr vom Erfolg gezeitigt sein«). Mechanisch mag die Arbeit im OP „vielleicht“ dann noch funktionieren, doch selbst hier, in dem Kernbereich der professionellen Identität des Chirurgen, schränkt ein »vielleicht« den Geltungsbereich der Aussage wieder ein gegenüber den Zeiten, wo die Arbeit noch mehr Spaß gemacht hat. Der Patientenkontakt als die zweite intrinsisch tragende Säule der ärztlichen Identität, ist hier schon längst in den Bereich der Fragwürdigkeit abgesunken. Der Arzt kann im Gespräch nur zwischen dem eigentlichen Anspruch und der längst schon gelebten Praxis, nur noch in rudimentärer Form Patientengespräche zu führen, hin und her pendeln (»ganz klar man kann nicht abzwacken « vs. »kann ich abzwacken, wenn ich sage ich hab jetzt keine Zeit, ich muss noch das machen«).

Abschließende Interpretation

Mit Blick auf die leitenden Orientierungsrahmen erscheint im ersten Teil des Interviews zunächst ein Motiv, was bereits im ersten Beobachtungszeitraum als *Basistypik* ärztlichen Handelns und Entscheidens rekonstruiert wurde. Diese Orientierung kreist um die Herausforderung, medizinische und administrativ-ökonomische Rahmungen in einer Praxis zu verbinden (vgl. Vogd 2004b, 391ff.). *Die Chirurgen setzen dabei die Vorgaben der Verwaltung recht pragmatisch um, stellen die als exterior gesetzt zugerechneten Entscheidungen und Vorgaben nicht in Frage. Sie identifizieren sich mit diesen in einer eher diffusen Weise, denn diese entsprechen ihrer stark technologisch geprägten Tradition. Sie agieren apolitisch und jenseits moralischer Kriterien im Sinne eines eher technischen Verständnisses dessen, was als gute Arbeit zu betrachten ist.* In

44 Der Begriff Spaß ist jedoch im Kontext der chirurgischen Arbeit keineswegs etwa im Sinne einer medienorientierten „Spaßgesellschaft“ zu verstehen. Vielmehr verweist er auf ein Aufgehen in befriedigender Arbeit, die einen die Zeit vergessen und deshalb diese Arbeit nicht mehr als eine Last erscheinen lässt. Die immense Leistungsbereitschaft wird hier durch eine hohe intrinsische Motivation getragen, in der Akteur und gelebte Praxis zu einer Einheit verschmelzen, die dann Csikszentmihalyi (1985) auch mit Blick auf seine Untersuchungen zur Arbeit der Chirurgen als *flow* bezeichnet.

Übereinstimmung mit den Feldbeobachtungen (vgl. Kapitel III.4 und IV.4) zeigt sich hier auch unter den verdichteten und intensivierten Arbeitsverhältnissen zunächst ein recht glattes Funktionieren und insbesondere im Hinblick auf potentielle Widerständigkeiten der ärztlichen Akteure nahezu reibungslose Praxis.

Im zweiten Teil des Interviews offenbart sich jedoch, unterhalb des dominanten, die chirurgische Praxis leitenden Orientierungsrahmen, ein markanter Riss im ärztlichen Habitus. Begleitet von der Explosionsmetapher erscheinen die inneren Verhältnisse beinahe zu bersten. Die intrinsische Motivation trägt kaum noch und unter den chirurgischen Akteuren breiten sich Fluchtendenzen aus – was an sich schon angesichts des vertrauten „Corpsgeist“ der Chirurgen ein bemerkenswerter Befund darstellt. *Eine medizinische Elite, die von sich heraus schon immer zu Überstunden und unbezahlter Mehrarbeit bereit war, erfährt sich unter den neuen ökonomisch organisatorischen Rahmenbedingungen nun in einer strukturellen Position, in der weder ihre wissenschaftlich-medizinischen Leistungen gesehen und gewürdigt, noch der angemessene ärztliche Bezug zum Patienten hergestellt werden kann. Während in der alltäglich vollzogenen Handlungspraxis Organisation und Medizin noch vereint werden können, erscheint nun – selbst unter den technologisch orientierten Chirurgen – am Gegenhorizont der Mensch, welcher nun mit den technokratischen Verhältnissen nicht mehr in Einklang zu bringen ist.* Unter der Metapher Mensch⁴⁵ zeigt sich hier bei den ärztlichen Akteuren ein tiefer habitueller Widerspruch. Mit Rekurs auf die im Text eingebrachte Explosionsmetapher scheint die Habitusinkongruenz kaum mehr aushaltbar und manifestiert sich unter den Ärzten bereits in Suchbewegungen, der Spannung zu entgehen. Die eigentliche Brisanz dieses Befundes ergibt sich aus organisationssoziologischer Sicht aus der Situation, dass hier keineswegs (nur) die strukturell besonders betroffenen Altassistenten sprechen,⁴⁶ sondern gerade auch die Akteure, welche innerhalb der ärztlichen Hierarchien zu den Gewinnern gehören. Gerade auch im Vergleich mit den Internisten, welche die aktuellen Verhältnisse recht offen beklagen, deutet sich hier bei den Chirurgen eine Krise innerhalb des eigenen Ethos an, die möglicherweise gerade daraus resultiert, dass sie von ihren eigenen Denkstilen her, dem schnellen, effizienten und pragmatischen Funktionieren nicht abgeneigt sind und sich so zunächst einmal nicht in Widerspruch zu den auf Geschwindigkeit setzenden ökonomischen Rationalen der Verwaltung erleben (und setzen). Hierdurch kommt es dann zu einer gleichsam unbemerkten Durchdringung der eigenen Sphäre mit Kalkülen und Rationalitäten, die zunächst noch nicht als fremd erlebt werden, dann jedoch mit einem Mal in der Wahrnehmung umschlagen können, und nun als unzumutbarer äußerer Zwang erlebt werden. Die Grenze zwischen dem heroischen chirurgischen Habitus, der es natürlich erscheinen lässt bis an die Grenzen des physisch Möglichen zu arbeiten und einer öko-

45 Mit Verweis auf Foucault (1999) muss der Mensch auch hier unbestimmt bleiben. Funktional stellt er hier ein Fluchtpunkt, Dirk Baecker (2002a) würde wohl sagen einen »semantischen Operator« dar, in dem dann all dies hineingelegt werden kann, was als habituelle Inkongruenz gefühlt, jedoch nicht als habituell vollzogene Praxis reproduziert wird.

46 Diese haben dann darunter zu leiden, mit fünfzig Jahren noch Nachtdienste leisten zu müssen, da ihnen der Sprung in die Niederlassung oder eine Oberarztposition nicht gelungen ist. Wie die Stimme aus dieser Position klingt, lässt sich nachlesen in Vogd (2004b, 219f.).

nomischen Verwaltungslogik, welche die ärztliche Arbeitskraft bestmöglich ausbeuten möchte ist zunächst so diffus, dass sie kaum auszumachen ist.

Die Chirurgie hat – indem sie diese Anforderungen gar nicht als äußere Zwänge wahrgenommen hat – sich diesen zunächst in einer Weise ausgeliefert, welche die Grenze von medizinisch-fachlicher und administrativ-ökonomischer Orientierung verschwimmen ließ. Dieser Grenzverlust wird einerseits in dem Moment zum Problem, wo die fachliche Identität von Seiten der Administration (möglicherweise aufgrund des Nachgebens) nicht mehr anerkannt wird. Gerade dies lässt bei den chirurgischen Leistungseliten eine Figur erscheinen, in der (beinahe) grenzenloses Engagement in bittere Enttäuschung umschlagen kann, nämlich dann, wenn „gewahr“ wird, dass die eigene Leistung nicht mehr dem chirurgischen Ethos dient, sondern der Fremdlogik einer administrativen Macht. Im prekären Gleichgewicht der beruflichen Identität mit hoher Selbstaussbeutung scheint hier sozusagen ein Kippunkt auf, nach dessen Überschreitung das Geschehen nun als Fremdausbeutung erscheint. Nach diesem „Umkippen“ könnte es schwierig werden die „entscheidenden“ ärztlichen Mitglieder zu integrieren, welche sich qua ihrer Rolle als „Entscheider“ und nicht als „Funktionierer“ zu identifizieren gelernt haben.

4 Diskussion: explizite Bewertungen und implizite Werthaltungen

Im Folgenden sind hier zunächst nochmals einige Befunde hinsichtlich der expliziten Bewertungen zusammen zu fassen:

- Im ersten Beobachtungszeitraum in den Jahren 2000 und 2001 steht die Umstrukturierung der bundesdeutschen Krankenhauslandschaft und die hiermit verbundene Verunsicherung der ärztlichen Akteure thematisch im Vordergrund. Ein dominierendes Thema war damals die Standortfrage, also die Frage, ob die jeweiligen medizinischen Abteilungen in ihrer bisherigen Form in Zukunft Bestand haben würden. Im zweiten Beobachtungszeitraum im Jahr 2004 trat dieses Problem eher in den Hintergrund. Die untersuchten Abteilungen hatten sich nun in gewisser Form restabilisiert, wenngleich das Opfer erheblicher Personalkürzungen und damit einhergehend eine starke Verdichtung der ärztlichen Arbeit gebracht werden musste.
- Insgesamt erscheinen aus Perspektive der ärztlichen Akteure die Abteilungen durchaus funktionsfähig, obzwar eine Verminderung der Qualität der Patientenbetreuung beklagt wurde. Generell wird bedauert, dass man sich unter den engen Zeitvorgaben weniger mit dem Patienten beschäftigen könne. Auch wird vermutet, dass die medizinische Versorgungsqualität sich mittelfristig verschlechtern werde.
- Insbesondere die Internisten beklagen darüber hinaus, dass ein wesentlicher Aspekt dessen, was für sie ehemals eine gute Arbeit ausgemacht hat, am schwinden sei, da sie einerseits aufgrund von mehr zerteilten Arbeitsprozessen nur noch in

begrenztem Umfang das gesamte Behandlungsgeschehen überblicken können, und andererseits unter den gegebenen Bedingungen kaum noch eine persönliche Arzt-Patient-Beziehung aufbauen können.

- Als weiteres Thema taucht die fehlende finanzielle Gratifikation der Ärzte auf, was dann insbesondere in der internistischen Abteilung vielfach beklagt wurde.
- Nicht zuletzt wird die starke Verdichtung der ärztlichen Arbeit und die damit verbundene Unterwerfung der Ärzte unter einen technokratischen Arbeitsprozess als unzumutbar charakterisiert.
- Insbesondere auch unter den leitenden Ärzten zeigen sich Tendenzen, das Krankenhaus verlassen bzw. gar nach einem anderen Beruf Ausschau zu halten.

Unter dem Blickwinkel der dokumentarischen Interpretation des Interviews mit dem leitenden Oberarzt bekommen speziell die expliziten Bewertungen der leitenden chirurgischen Ärzte einen tieferen Sinn.⁴⁷ Die Rekonstruktion der impliziten Orientierungen weist auf massive Inkongruenzen zwischen der gelebten Praxis und der eigenen ärztlichen Identität hin, also auf Inkongruenzen zwischen Identität und Habitus. Sie macht deutlich, dass medizinische Eliten kaum noch bereit sind, sich weiterhin einer Verwaltungsmacht zu unterwerfen, die als unwissend und dumm charakterisiert wird. Sie lässt ahnen, dass insbesondere die Leistungseliten unter den Ärzten bereit sind, eine Institution zu verlassen, die längst als sinkendes Schiff erfahren wird. Die Organisation Krankenhaus wird deshalb mittelfristig wohl oder übel mit dem Problem konfrontiert werden, dass gerade diese Akteursgruppen über das notwendige kulturelle und symbolische Kapital verfügen, nicht nur zu klagen, sondern diesen Schritt auch zu tun.

In der Tatsache, dass Krankenhausärzte in anderen westlichen Ländern das doppelte bis dreifache verdienen können,⁴⁸ mag man vielleicht als einen Grund für diese Bewegung vermuten. Doch die Rekonstruktion der impliziten Bewertungen in dem hier vorgestellten Fall spricht eher dafür, dass es den medizinischen Leistungsträgern weniger um das Finanzielle geht, sondern um die Arbeitsbedingungen. Als eine professionelle Elite, die schon immer zu unbezahlter Mehrarbeit bereit war und vorrangig intrinsisch zu hohen Leistungen motiviert wird, stellt der Verlust der professionellen Autonomie, hier vorrangig als Unterwerfung unter die administrativ vorgegebenen Arbeitsprozesse zu verstehen, eine tiefe Infragestellung der eigenen Berufsidentität dar.⁴⁹ *Nicht zuletzt die schwindende Freude an der eigenen Arbeit, scheint hier den*

47 Siehe hierzu die Fußnoten 25, 27 und 42 aus diesem Kapitel.

48 Im Vergleich mit zwölf westlichen Industrienationen zeigt sich in Bezug auf das Kaufkraft relativierte Einkommen, dass hinsichtlich der finanziellen Gratifikation der Krankenhausärzte Deutschland an letzter Stelle liegt. Spanien und Dänemark liegen etwas besser. Ein Krankenhausarzt verdient in Großbritannien und Kanada mehr als das doppelte, in den USA und Australien kann er mehr als das Dreifache als in Deutschland verdienen (Barham/Bramley-Harker 2004).

49 In diesem Sinne zeigen Grumbach et al. (1998) für Ärzte der hausärztlichen Versorgung auf, dass weniger die ökonomischen Anreize, denn die Arbeitszufriedenheit, und das Gefühl den Patienten gut versorgt zu haben, zur ärztlichen Arbeitsmotivation beitragen.

wesentlichen Faktor darzustellen,⁵⁰ der nach Exitstrategien in Bereichen jenseits der als nicht mehr zumutbar erscheinenden Arbeitsbedingungen suchen lässt.⁵¹

Unter der soziologischen Maxime, dass sich die „Ausbeutungsverhältnisse“ im Krankenhaus nur unter stabilen Hierarchien aufrecht erhalten lassen,⁵² könnte das Wegdriften der Eliten bzw. die Gefahr ihrer inneren Kündigung durchaus das gesamte System Krankenhaus in Frage stellen, da nun nicht mehr von einem unausgesprochenen Konsensus zwischen medizinischer Führungselite und Krankenhausleitung ausgegangen werden kann, also hiermit auch das unausgesprochene Arrangement aufbricht, dass die untergeordneten und minder qualifizierten Ärzte sich mit Perspektive einer Aufstiegschance lautlos unterwerfen.⁵³

Innerhalb des medizinischen Feldes mussten insbesondere die Krankenhausärzte in den vergangenen Jahrzehnten einen deutlichen Machtverlust gegenüber den Verwaltungseliten hinnehmen. Nicht zuletzt auch durch die universitäre Institutionalisierung von Public Health und gesundheitsökonomischen Aufbaustudiengängen in den 80er Jahren wurde praktisch in allen entwickelten Industrienationen nochmals pointiert (vgl. Hafferty/Light 1995; Hafferty/McKinlay 1993). Das Augenmerk der Gegenspieler aus den Verwaltungen ist nun weniger auf die klinische Arbeit mit dem vorrangigen Ziel der Krankenbehandlung, denn auf Verwaltung und Management von Ressourcen gerichtet. Der Einsatz ärztlicher Arbeitskraft erscheint aus dieser Perspektive oftmals mehr als Kosten- denn als Produktivitätsfaktor. Unter dem Blickwinkel einer in diesem Sinne verstandenen Ökonomisierung der Krankenhausorganisationen, scheint sich nun innerhalb dieser Institutionen eine Frontlinie zu bilden. Von dem vergangenen Konsens, dass alle Akteursgruppen des Krankenhauses zumindest ideell am gleichen Strang ziehen, kann nun nicht mehr ausgegangen werden.

Beim gegenwärtigen Stand unsere Untersuchungen muss hier die Frage offen bleiben, ob es möglicherweise zu einer Politisierung der ärztlichen Expertenschaft kommt, hier in dem Sinne verstanden, dass sich diese Gruppe ihrer Macht bewusst und diese in den künftigen Verteilungskämpfen aktiver einsetzen wird. Sich als Leistungserbringer und nicht als Kostentreiber verstehend, würde sie nun erneut professionelle Freiheiten und Privilegien hinsichtlich der Organisation ihrer eigenen Arbeit einfordern und den Verwaltungseliten parasitäres Verhalten vorwerfen.⁵⁴ Die soziologische Debatte, ob die »weitergehende Ausdifferenzierung der gesellschaftlichen Funktionssysteme«

50 In diesem Sinne benennt dann auch das British Medical Journal ihren großen Survey zu den Arbeitsverhältnissen ihrer Ärzte »Why are doctors so unhappy. There are probably many reasons. Some of them deep« (Smith 2001).

51 Auch das Bundesgesundheitsministerium lässt mittlerweile nach den Gründen suchen, warum viele Ärzte ihren Beruf aufgeben (Rieser 2005).

52 Stabilisierend sind hier die üblichen dreigliedrigen Verhältnisse: »Wer in der Mitte ist, sorgt dafür, daß unten bleibt, wer unten ist, damit man selbst zumindest gegenüber diesem Unten oben ist« (Baecker 2002a, 214).

53 Dass dieser Konsensus am Aufbrechen ist zeigen in letzter Zeit eine Reihe von Publikationen der sonst eher sich konservativ verstehenden berufsständigen Organe, insbesondere auch mit Blick auf die Universitätskliniken (Peters 2005; Ristow et al. 2003; Rühmdorf 2005)

54 Den ärztlichen Akteuren wird vermehrt deutlich, dass die ökonomischen Rationalitäten der Verwaltungseliten nicht den ökonomischen Rationalitäten der Klinikärzte entsprechen müssen. Siehe hierzu etwa den leitenden Oberarzt der internistischen Abteilung im Interview:

und »Evolution« des Krankenhauses zu einem weiteren »Bedeutungsverlust der Professionen« führen wird, wie Rudolf Stichweh vermutet hat (Stichweh 1996, 50), oder wir mit Eliot Freidson (2001) davon ausgehen können, dass sich die Professionen als dritter Stand erneut rekonstituieren und restabilisieren, bleibt eine soziologisch spannende Frage. Hierzu wäre es dann mehr als bislang üblich notwendig, die Frage des professionellen Ethos sowohl auf die individuelle als auch kollektive Identität der Ärzte auszubuchstabieren.

Dr. Heimbach (September 2004): Ja, das geht ganz einfach. Bei [Name des Klinik Konzerns] sollen zweihundertfünfzig Arztstellen abgebaut werden. Das Geld von hundert Arztstellen braucht man um McKinsey zu bezahlen. So einfach ist das, das heißt wir haben hundert Ärzte weniger zur Verfügung, damit wir das Geld dafür haben, damit der Konzern dem erklärt wie man zweihundertfünfzig Arztstellen weg macht.

In der Zeitschrift „Berliner Ärzte“ lässt sich diesbezüglich zu den aktuellen Auseinandersetzungen in der Berliner Charité vernehmen (im Jahr 2005 kam es zu massiven Protestaktionen der Ärzte): »Der Vorstand hat mit Unterstützung der Unternehmensberatung Roland Berger das Strukturkonzept erarbeitet, das vollmundig klingt, wie ein Wahlprogramm: Die Konsolidierung der Finanzen soll das Wachstum nicht beeinträchtigen. Zwar sollen Mitarbeiter abgebaut werden, der Betrieb dabei aber noch effizienter laufen. Diese Logik verschließt sich vielen Mitarbeitern. [...] So zürnt zum Beispiel der Direktor der HNO-Klinik, Prof. med. Hans Scherer: „Die Zahl der Geldverbraucher, also das Management wird immer größer, und die der Geldverdiener, der Ärzte wird immer kleiner. Wir fahren mit Vollgas gegen die Wand, es wird nur noch mehr Geld ausgegeben. Indem die Etats der einzelnen Kliniken abgesenkt werden, graben sie sich selbst das Wasser ab. Die Untertariflichen ernähren die Übertariflichen“« (Rühdorf 2005, 19).

VII Folgerungen hinsichtlich der ärztlichen und nichtärztlichen Stakeholder

Um hier zunächst nochmals die Ziele und die bisherigen Schritte dieser Untersuchung zu vergegenwärtigen: Die Kontexte ärztlichen Handelns haben sich mit den im Januar 2003 eingeführten Diagnose Related Groups und dem Einzug von Konzepten moderner Unternehmensführung in das Krankenhaus verändert. Anhand eines Längsschnittvergleiches sollte am Beispiel von zwei medizinischen Abteilungen rekonstruiert werden, wie sich die neuen ökonomischen Rahmenbedingungen auf die ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesse auswirken. Die Auswertung des empirischen Materials geschah mittels der dokumentarischen Methode, ergänzt durch metatheoretische Konzepte aus Goffmans *Rahmenanalyse* sowie der Luhmannschen *Organisationssoziologie* (s. Vogd 2005d).

Die Rekonstruktion der Veränderungsprozesse erfolgte in einer *dreifach komparativen Analyse*. Auf der ersten Ebene stand der prä-post-Vergleich im Vordergrund. Entsprechend wurden die Praxen und Organisationsformen der ärztlichen Arbeit aus den beiden unterschiedlichen Untersuchungsphasen für jeweils eine medizinische Disziplin in Beziehung gesetzt. Auf der zweiten Ebene wurden die Beobachtungen und Rekonstruktionen der Chirurgie und der internistischen Medizin, also zwei hinsichtlich ihrer medizinischen Kultur recht verschiedene Disziplinen, einander gegenüber gestellt. Drittens schließlich wurde das Verhältnis von beobachteter Handlungspraxis und der Bewertung dieser Praxis durch die beforschten ärztlichen Akteure in den Vordergrund gestellt. Hierbei war mit der dokumentarischen Interpretation zwischen den expliziten Bewertungen und den impliziten Bewertungen, den *Werthaltungen* zu unterscheiden.

Im Folgenden werden die Resultate der vorangegangenen Kapitel zunächst unter dem Fokus der geleisteten »*komparativen Analysen*« (1) vergleichend zu rekapitulieren sein, um dann in einem zweiten Schritt die Ergebnisse aus dem Blickwinkel der unterschiedlichen »*Stakeholder des Krankenhauses*« (2) zu diskutieren.

1 Komparative Analysen

Angesichts der verschiedenen Vergleichshorizonte – den beiden Erhebungsphasen, den unterschiedlichen medizinischen Disziplinen, der thematischen Unterscheidung zwischen den Routinefällen und den komplizierten Fallproblematiken sowie einer Reihe von Sonderthemen, die miteinander in Beziehung gesetzt werden können – stellt sich zunächst die Frage nach dem Gemeinsamen. Die Frage lautet hier also, ob über die

Zeiten, die medizinischen Kulturen und Einzelakteure hinweg, eine gemeinsame krankenhausärztliche Orientierung erscheint, die durch die verdichteten organisatorischen Rahmenbedingungen möglicherweise nochmals pointierter zum Ausdruck kommt (*a*). Im Anschluss wird auf die Unterschiede zwischen der chirurgischen und der internistischen Abteilung einzugehen sein (*b*), um dann mit der Frage der Ausbildungskontinuität ein Problem in den Vordergrund zu rücken, das vorrangig die Internisten betreffen wird (*c*). Schließlich ist die Logik der ärztlichen Praxis mit den Bewertungen dieser Praxis durch die ärztlichen Akteure in Beziehung zu setzen (*d*), um dann im letzten Schritt mit Blick auf die Werthaltungen nochmals auf die habituellen Inkongruenzen einzugehen (*e*).

a) Basistypik: Medizinale Orientierung und Einpassung in die organisatorisch-administrativen Vorgaben

Schon in der Habilitationsschrift von Vogd (2004b) zeigte sich ein zentrales, gemeinsames Bezugsproblem, das als Leitkonflikt auf allen untersuchten Abteilungen vorkommt und in verschiedener Ausprägung in allen Themen verhandelt wird. Im weitesten Sinne handelt es sich hier um die Balance zwischen der ärztlich-fachlichen und der ökonomisch-administrativen Logik. Diese sich in den verschiedenen Variationen zeigende Spannungslage liefert zunächst ein *tertium comparationis* für die weiteren Analysen des Beobachtungsmaterials, bietet sozusagen die *Basistypik*, von der aus weitere Phänomene erkundet und differenziert werden können.

Insbesondere der Blick auf die Art und Weise, wie Chirurgen und Internisten komplexe Fallproblematiken im zweiten Beobachtungszeitraum bearbeiteten, zeigt keinen grundlegenden Wandel in den ärztlichen Orientierungen auf. Die medizinische Problematik ist hier weiterhin handlungsleitend:

- Wie schon in den Jahren 2000 und 2001 findet die medizinische Auseinandersetzung mit diesen Fällen weiterhin auf hohem reflexivem Niveau statt. Die medizinale Orientierung drängt auch hier deutlich in den Vordergrund und diese Patienten bekommen in beiden Abteilungen weiterhin eine hohe ärztliche Aufmerksamkeit. Für als komplizierte Fälle indizierte Patienten erscheint das gesamte Behandlungsteam verantwortlich und man ist weiterhin bereit, erheblichen (Kosten-)Aufwand zu betreiben.¹
- Die bereits im ersten Untersuchungszeitraum herausgearbeitete Basistypik ärztlichen Handelns, die einerseits durch die medizinischen, andererseits durch die organisatorisch administrativen Anforderungen aufgespannt wird, kann durch die Folgeuntersuchung sowohl bestätigt, als auch in pointierter Form präsentiert werden: Ökonomisch-organisatorische Anforderungen heben medizinische Kriterien nicht auf, sondern verbinden sich in einer Praxis, die dann, wie sich schon in den

¹ Eine britische Studie weist darauf hin, dass auch im ambulanten Sektor das Ökonomische im Zweifelsfall dem Medizinischen hinten ansteht (siehe Prosser/Walley 2005).

ersten Untersuchungen gezeigt hatte, beiden Ansprüchen und Orientierungen gerecht zu werden versucht. Selbst unter der Voraussetzung offensichtlich erheblich limitierter personeller und ökonomischer Ressourcen, kann ärztlicherseits nicht auf das verzichtet werden, was entsprechend der medizinischen Handlungslogik zu tun ist.²

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

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

In gewisser Weise gleicht der Akt, die medizinischen und organisatorischen Anforderungen in Balance zu halten, nun einem schwierigen Tanz auf dem Hochseil, der im Laufschrift zu vollziehen ist. Man muss Lücken in Kauf nehmen, personelle Diskontinuitäten überbrücken, hat weniger Zeit für Informationsübergaben und hat das hiermit verbundene Risiko- und Fehlermanagement zu betreiben, um die zwangsläufig entstehenden Brüche korrigieren zu können. Unter dem Primat kurzer Liegezeiten geschehen diese Prozesse in einem wesentlich kleineren Zeitfenster. Entsprechend der nicht hintergehbaren medizinischen Orientierung geschieht hier unter dem Strich nicht weniger Medizin, sondern schnellere Medizin:

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

2 Zu dem Ergebnis, dass die Medizin nicht durch die Vorgabe ökonomischer Verwaltungsriterien ausgehebelt wird, kommt auch eine britische Studie auf Basis einer quantitativen Befragung (Crilly/Le Grand 2004).

Die Organisation der Behandlungsprozesse passt sich hier in die ökonomischen Vorgaben ein, ohne jedoch auf das Medizinische zu verzichten. Unter der Schraube der Ökonomie kommt die medizinale Haltung nun gewissermaßen zu sich selbst. Während man früher beispielsweise einen allein lebenden, pflegebedürftigen Patienten aus sozialen Gründen noch ein paar Tage länger auf der Station verpflegt hätte und ihm nicht zugemutet hätte, zwischen zwei Eingriffen nochmals nach Hause zu gehen, um sich dann zwischendurch vom Hausarzt eine weitere Kostenübernahme durch die Krankenkasse ausstellen zu lassen, legitimieren unter den neuen Rahmenbedingungen in der Regel nur noch harte medizinische Gründe die Überschreitung der Liegezeit. Eine ganzheitliche Abklärung der medizinischen Ursachen, sowie längere ärztliche Gespräche untereinander und mit Patienten und Angehörigen sind nicht mehr möglich.

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

b) Internistischer vs. chirurgischer Ethos

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

Anders stellt sich jedoch die Situation für den internistischen Krankenhausarzt dar. Der eigene professionelle Anspruch, das gesamte Krankheitsgeschehen zu begreifen und zu überblicken, um erst unter dieser Voraussetzung zu einer Behandlungsentscheidung zu gelangen, steht nicht mehr im Passungsverhältnis zu einer Abrechnungslogik, die eine kurze Liegezeit fordert und nur noch eine Diagnose monetär belohnt.

Insbesondere in drei Feldern deuten sich hier Konsequenzen an, die mittelfristig die Konfiguration des Wissens internistischen Handelns betreffen:

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

Die benannten Aspekte stellen *höhere Anforderungen an die ärztliche Expertise*. Dies könnte langfristig gewissermaßen der Aufgabe einer Quadratur des Kreises ähneln. Einerseits haben die Internisten unter den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen handlungspraktisch wesentlich geringere Spielräume, die ihnen anvertrauten Patienten (medizinisch) umfassend kennen zu lernen und werden – mit Blick auf ihre ärztliche Sozialisation – weniger Chancen haben, zu einem umfassenden generalistischen Fallverständnis zu gelangen. Andererseits wird von ihnen strukturell jedoch weiterhin verlangt werden, in generalistischer Manier auch auf Basis fragmentarischer Infor-

mationslagen ein qualifiziertes Urteil hinsichtlich der ihnen anvertrauten Patienten zu fällen.³

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

c) Ausbildungsproblem der Internisten

Unter den neuen Rahmenbedingungen kommt die ärztliche Weiterbildung als eigenständiger Auftrag, für den entsprechenden Ressourcen und Zeiten vorgesehen sind, in der Organisation Krankenhaus strukturell nicht mehr vor. Wenngleich die Ärzte hier schon immer zu außerberuflichen Arrangements gefunden haben, in ihrer Ausbildung voran zu kommen, darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich hier möglicherweise in Zukunft speziell bei den Internisten Probleme hinsichtlich des Trainings hoch qualifizierten Nachwuchs ergeben könnten. Während die operative Ausbildung der Chirurgen zwangsläufig strukturell eine face-to-face Unterweisung bleiben muss, hier also der Novize im Sehen, Hören und Fühlen seinem Lehrenden folgen kann, individualisiert sich die praktische Arbeit der Internisten in einer Weise, dass vermehrt die Räume verschwinden, in denen Erfahrene und Novizen sich begegnen.⁴ Speziell die Frage, wie die internistische Medizinkultur mit ihrem Kompetenzanspruch auf klinische Ganzheitlichkeit reproduziert werden kann, bleibt angesichts der derzeitigen Entwicklungen eine unbeantwortete Frage. Das städtische Krankenhaus stände dann mit dem Wechsel der nächsten Facharztgeneration womöglich vor dem Problem, dass

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

4 Dieses Problem stellt sich für die Facharzt Ausbildung aber auch für die Funktionsausbildung, die wie insbesondere Atkinson (1995) aufzeigt, darin besteht, vom Wissenden gezeigt zu bekommen, wie man zu sehen hat. In diesem Sinne hier an dieser Stelle auch der leitende Oberarzt der internistischen Abteilung zum Problem der Ausbildung der Funktionsärzte:

Dr. Burbach (Interview, September 2004): Und Frau Kardel ist ja auch eigentlich fürs Koronarangiographieren eingestellt worden, als Funktionsärztin, und dadurch ist die Personaldecke so dünn, jetzt müssen die aber ein Stückweit raus aus der Funktion und über diese Funktionsarzt Tätigkeit hinaus eh hat natürlich jeder Kollege die Möglichkeit durch Eigeninitiative in seiner Freizeit sich anderes beibringen zu lassen, da die Kollegen aber kaum noch frei haben ... (lacht ironisch) das wird dann schwierig. Ja, aber dieses Funktionsarztkonzept ist ja im Prinzip nicht aufgegeben, aber ist halt ausgehöhlt. Weil die, ich sage mal, weil die Liegedauer so kurz ist, und die Funktionen auch abgearbeitet werden müssen, dass es dann natürlich sehr schwer wird eine Situation zu schaffen in der einer der nichts kann mit einem der was kann zusammengespannt wird zwei Kräfte an einem Patienten binden.

genau die Experten gebraucht würden, die aufgrund der strukturellen Situation nicht mehr ausgebildet werden.

d) Arbeitsorganisation vs. Bewertungen

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

Während der hoch verdichteten Arbeitsprozesse konnten vereinzelt durchaus auch „Pannen“ beobachtet werden, welche insbesondere der lückenhaften „Informationsübergabe“ bei Personalwechseln zuzurechnen sind. In beiden Abteilungen zeigten sich jedoch im ärztlichen Team erhebliche Kompetenzen, diese und andere Fehler wieder auszubügeln, so dass sich mit Blick auf die Feldbeobachtungen keine unmittelbaren Indizien ergeben, dass die medizinische Versorgung in den untersuchten Abteilungen wirklich gefährdet sei, bzw. Patienten hinsichtlich ihrer Behandlungen mit häufigeren oder ernsteren Fehlern zu rechnen hätten. Für den Patienten und seine Angehörigen mag es zwar unter den neuen Bedingungen erheblich schwieriger geworden sein, einen Arzt anzutreffen, der den eigenen Fragen Gehör schenkt und zudem über den Fall wirklich Bescheid weiß. Doch zumindest unter medizinisch funktionalen Aspekten scheinen die Strukturen und Prozesse zu arbeiten. Nicht zuletzt scheint zudem in beide Abteilungen wieder eine gewisse Planungssicherheit hinsichtlich der Zukunft der Standorte eingekehrt zu sein. Damit verbunden scheinen auch einige Unsicherheiten unter den Mitarbeitern verschwunden zu sein, welche das Arbeitsklima während des ersten Beobachtungszeitraums negativ beeinflusst hatten.

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

Der Befund zweier aus organisatorischer Sicht durchaus laufender medizinischer Abteilungen steht in Diskrepanz zu den expliziten Bewertungen der ärztlichen Akteure. Auch die Ärzte beschreiben zwar auf beiden Seiten ihre Abteilungen als durchaus funktions- und arbeitsfähig. Darüber hinaus wird jedoch bedauert, dass sich die Qualität der Patientenbetreuung verschlechtert habe, bzw. dass man hier zuwenig Zeit für Gespräche habe. Darüber hinaus wird vermutet, dass sich die medizinische Versorgungsqualität mittelfristig verschlechtern werde.

Weiterhin wird eine zu geringe finanzielle Gratifikation der Ärzte beklagt und nicht zuletzt wird es als unzumutbar charakterisiert, dass sich die Ärzte einem technokratisch

hoch verdichteten Arbeitsprozess zu unterwerfen hätten. Insbesondere die Internisten beklagen, dass ein wesentlicher Aspekt dessen, was entsprechend der eigenen professionellen Standards für sie eine gute Arbeit ausmacht, unter den neuen Verhältnissen nicht mehr praktiziert werden könne.

Bemerkungswert erscheint der Befund, dass diese Bewertungen unterhalb der Ärzteschaft nicht nur – wie sozial erwartbar – von den strukturellen Verlierern innerhalb der ärztlichen Hierarchie, etwa den Altassistenten, getroffen werden, sondern auch von den höheren Positionen im ärztlichen Feld geteilt werden. Dass auch unter den leitenden Ärzten der Wunsch geäußert wird, das Krankenhaus zu verlassen, bzw. sich nach anderen Berufsmöglichkeiten umgeschaut wird, deutet auf tiefe habituelle Inkongruenzen hin. Es wird deutlich, dass die Funktionsfähigkeit der Abteilungen nur mit hohem psychischen Aufwand der Ärzte aufrechterhalten werden kann.

e) Werthaltungen – zerrissener Habitus

Die habituellen Inkongruenzen im ärztlichen Feld wurden paradigmatisch am Beispiel des leitenden Oberarztes der chirurgischen Abteilung herausgearbeitet. Im Sinne seiner eher pragmatisch technischen Orientierung erscheint es dem Chirurgen von seinem originären Denkstil her gesehen, zunächst wenige Probleme zu bereiten, sich mit den neuen ökonomischen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu arrangieren. Die dokumentarische Rekonstruktion zeigt jedoch darüber hinaus einen tiefen Riss im Habitus. Als Teil einer ärztlichen Leistungselite, deren immense Leistungsbereitschaft wesentlich als *intrinsisch motiviert* zu verstehen ist, erfährt der Arzt sich nun in einer Situation erheblicher *Fremdbestimmung* durch organisatorische und administrative Zwänge. In Verbindung mit der fehlenden Anerkennung seiner eigenen Leistung zerbricht für ihn die Identifikation mit dem eigenen Haus.

Dramatisiert erscheint dieser Befund mit Blick auf Gespräche, die mit den anderen Akteuren geführt wurden, welche in besonderem Maße die ärztliche Leistungselite verkörpern. Sowohl bei den Chirurgen als auch bei den Internisten wird hier über Berufsausstiegsstrategien nachgedacht. Nicht nur der Blick auf andere westliche Länder, in denen mit erheblich besserer Bezahlung⁵ und angenehmeren Arbeitsbedingungen zu rechnen ist, auch der Wechsel vom Arztberuf in höhere Verwaltungsposten erscheint hier immer mehr als legitimer Ausweg, um den als mittlerweile unzumutbar erlebten Verhältnissen zu entkommen.

Die Brisanz dieser Bewegung liegt darin, dass die Identifikation der Ärzte mit den Verhältnissen gleichsam von oben her weg bricht. Von dem klassischen, die hierarchischen Verhältnisse stabilisierende Moment, welches darin besteht, dass zumindest die Akteure aus den mittleren und höheren Ebenen Gewinn aus ihrer Position ziehen, um dann entsprechend dazu beitragen, dass die Verhältnisse so bleiben wie sie sind, kann unter den gegebenen Umständen nicht mehr ausgegangen werden. Hier ist für

⁵ Siehe diesbezüglich den Vergleich von zwölf westlichen Industrienationen im NERA Report (Barham/Bramley-Harker 2004).

das Krankenhaus wohl eher noch mit einer weiteren Destabilisierung zu rechnen, da die innere wie auch explizite Kündigung auf allen Ebenen zum Thema wird.

2 Stakeholder des Krankenhauses

Im Folgenden sind die Ergebnisse dieser Studie in Beziehung zu den unterschiedlichen Stakeholdergruppen des Krankenhauses zu setzen. Wir beginnen mit den ärztlichen Akteuren, werden hier jedoch Untergruppen mit teilweise differierenden Interessen identifizieren können (*a*). Im Anschluss diskutieren wir die Befunde mit Bezug auf die unterschiedlichen nichtärztlichen Stakeholdergruppen, im Einzelnen: die Pflege (*b*), die Ärztekammern (*c*), die Patienten (*d*), das Krankenhausmanagement (*e*), die Krankenkassen (*f*), die medizinische Wissenschaft (*g*) und die Gesundheitspolitik (*h*). Hinsichtlich der vermeintlichen Interessen dieser recht unterschiedlichen Akteursgruppen greifen wir hier auf Common Sense-Stereotypisierungen zurück. Wenngleich wir nur für den ärztlichen Bereich auf eine dokumentarische Rekonstruktion der handlungsleitenden Orientierungen zurückgreifen können, zeigen sich zumindest aus dieser Perspektive eine Reihe von „Verstörungen“ und Irritationen, die dann – in welcher Form auch immer – für diese fiktiven Stakeholdergruppen, hier als Weberscher Idealtypus konstruiert – von Bedeutung sein könnten.

a) Ärztliche Gruppen

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

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

- Während die Chirurgen nur unter den organisatorischen und administrativen Zumutungen sowie einer ungenügenden Würdigung ihrer Leistungen leiden, erscheint für die Internisten ihre ärztlich-professionelle Identität bedroht. Im Sinne der Kriterien, wie sie die klassische Professionstheorie beschreibt,⁶ erfahren sie eine Deprofessionalisierung vom Arzt zum technokratischen Spezialisten.

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

- Für den Ausbildungsassistenten mag unbezahlte Mehrarbeit bei hoher Arbeitsdichte unter der Voraussetzung akzeptierbar sein, hierdurch mit der ärztlichen Weiterbil-

⁶ Vgl. Carr Saunders und Morris (1933) sowie als moderne Revision der klassischen Professionstheorie Overmann (1996; 2000).

derung in der eigenen Berufskarriere voran zu kommen. Zumindest für die Internisten scheint selbst dieses Arrangement nicht mehr möglich, für die Chirurgen nur zum Preis einer siebzig bis achtzig Stunden Woche. Zugleich erscheint das Fenster potentieller Aufstiegsmöglichkeiten nun kleiner geworden zu sein. Angesichts der hohen Arbeitsbelastung der Assistenzärzte, ist die Position bzw. der Beruf des gewöhnlichen Krankenhausarztes kaum noch anstrebenswert.

- Die Gruppe der Altassistenten, welche auch im letzten Drittel ihrer Berufsbiografie noch zu Nacht- und Bereitschaftsdiensten eingesetzt werden, leidet unter den verdichteten Arbeitsverhältnissen. Möglicherweise haben Tendenzen zur inneren Kündigung zugenommen. Nichtsdestotrotz scheint gerade dieser Gruppe kaum etwas anderes übrig zu bleiben, als die Zumutungen weiter auszuhalten bzw. eine Frühberentung anzustreben, denn unter dem Blickwinkel der Niederlassungsbegrenzung und dem Abbau von Krankenhausbetten sind für die Fachärzte die Optionen für einen Berufswechsel unter den gegebenen Verhältnissen limitiert.
- Die Gruppe der leitenden Ärzte erlebt als sich unzureichend gratifiziert und sieht ihre Leistungen nicht gewürdigt. Sie erfährt sich technokratischen Verwaltungsvorgaben unterworfen und sieht kaum noch eigene Gestaltungsmöglichkeiten. Im Unterschied zu ihren geringer qualifizierten Kollegen, erscheint es ihnen als mögliche wie auch attraktive Zukunftsperspektive, sich ein anderes Berufsfeld zu erschließen.

Insgesamt zeichnet sich für die Krankenhausärzte ein recht düsteres Bild ab. Unter dem Druck der Zustände scheinen die Verhältnisse, metaphorisch als „Zeitbombe“ umschrieben, kurz vor dem Bersten zu stehen. In der Bundesrepublik als Krankenhausarzt zu arbeiten, stellt unter den gegebenen Verhältnissen keine attraktive Perspektive mehr dar. Nicht nur eine den westeuropäischen Verhältnissen entsprechende Entlohnung, auch bessere Arbeitsbedingungen – im Sinne von selbst bestimmten Arbeitsrhythmen, mehr Zeit für den Patientenkontakt sowie einer Entlastung aus den Verwaltungstätigkeiten – wären hier wohl als „Essentials“ der ärztlichen Leistungseliten zu formulieren.

b) Die Pflege

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

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

Strukturell gewinnt diese Akteursgruppe hierdurch mehr Autonomie und kommt mehr in die Rolle einer Semiprofession. Sie kann dann zumindest in diesem Sinne durchaus als Gewinner dieser Prozesse verstanden werden. Damit verbunden lassen sich nun auch erhebliche Prozesse der Binnendifferenzierung innerhalb des Pflegebereichs beobachten, beispielsweise indem in Koppelung an bestimmte Weiterbildungen Aufstiegsmöglichkeiten eingeführt werden.

c) Die Ärztekammern

Den Ärztekammern rechnen wir im Zusammenhang mit unserer Fragestellung den Auftrag zu, den *Ausbildungsstandard* ihrer ärztlichen Mitglieder zu bestimmen und zu kontrollieren. Zudem fungieren sie als rechtliche und politische Vertretung der Ärzte. Die hier aufgezeigten Veränderungen beeinflussen beide Bereiche:

- Da standesrechtlich gesehen ein Weiterbildungsassistent auf einer *bezahlten* Stelle weiterzubilden ist, die Organisation Krankenhaus die Assistenten jedoch Vollzeit in der Patientenversorgung einsetzt, nähern wir uns hiermit der politisch, seitens der Kammern nicht gewollten Situation der 50er Jahre, dass die Ausbildung zum Facharzt *de facto* wieder als unentgeltliches Praktikum läuft.
- Ebenso bietet das Krankenhaus unter den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen keine strukturelle Antwort auf die Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP). Der politisch korrekte Anspruch, die ärztlichen Berufsanfänger angemessen zu bezahlen, mündet hier unter der Hand in US-amerikanische Verhältnisse, unter denen Novizen an die fünfundsiebzig Stunden in der Woche im Einsatz sind.⁷
- Darüber hinaus stellt sich nun das Problem, dass die Leistungen, welche von den Ärztekammern in Weiterbildungskatalogen für die Facharztausbildung formuliert sind, unter der Maxime beschleunigter und verdichteter Arbeitsprozesse selbst bei

⁷ Vgl. Jagsi und Surender (2004).

gutem Willen oft nur noch *pro forma* erfüllt werden können. Das heißt, dass auch die Räume einer unentgeltlichen Ausbildung in Fertigkeiten wie Sonografie, Endoskopie, etc. zur knappen Ressource werden. Die leitenden Ärzte werden ihren Assistenten dann zwar dieses und jenes formal bestätigen, faktisch aber nur noch selten die Zeit finden, diese Fertigkeiten in der *face to face* Interaktion zu lehren, bzw. dem Novizen Zeit und Raum zu geben, diese Kompetenzen umfassend zu lernen.

- Auch in der Stationsarbeit sind die Novizen nun vermehrt auf sich alleine gestellt. Das alte Arrangement, dass ein junger Arzt mit einem erfahrenen Kollegen zugleich auf Station arbeiten kann, ist unter den neuen Bedingungen kaum noch möglich. Insbesondere die internistische Ausbildung erscheint hierdurch ernsthaft gefährdet. Während die Chirurgen in ihrem Kernbereich, dem Operationssaal, im Team noch in der unmittelbaren Lehrer-Schüler-Beziehung lernen, muss sich nun für die Internisten die Frage stellen, wie unter den aktuellen Bedingungen die Kontinuität der eigenen medizinischen Fertigkeiten tradiert werden kann.
- Speziell für die internistischen Disziplinen stellt sich hier die Frage, wie der umfassende klinische Blick – der ja auch für das bedeutsamer werdende Lücken- und Risikomanagement von erheblicher Relevanz ist, unter den gegebenen Verhältnissen noch trainiert werden kann. Während sich der chirurgische Eingriff in seiner ärztlichen Logik üblicherweise als begrenztes operatives Geschehen gut in die Prozesslogik des DRG Systems einfügt, führt die Taylorisierung der internistischen Behandlungsprozesse auch zu einer anderen Konfiguration des ärztlichen Wissens. Der Internist überblickt nun nicht mehr das ganze Geschehen, sieht oftmals nicht mehr das Resultat oder die Konsequenzen diagnostischer und therapeutischer Prozesse und verliert hierdurch nicht nur die Zusammenschau, sondern auch die Möglichkeit eines Feedbacks im Sinne einer unmittelbaren klinischen Evidenz bzw. eines Feedbacks.

Den Organen der ärztlichen Selbstverwaltung stellt sich hiermit insbesondere hinsichtlich der ärztlichen Ausbildung eine Reihe von Fragen. In Verbindung mit dem sich im ärztlichen Generationswechsel andeuteten Mangel an gut ausgebildeten Spezialisten⁸ und mit Blick auf die Tendenz der ärztlichen Leistungseliten, sich unter den gegebenen Bedingungen in andere Länder und Berufsfelder zu orientieren, erscheint nicht nur das Problem einer nicht intendierten ärztlichen Deprofessionalisierung, sondern auch die Sicherung der medizinischen Versorgung ein bedeutsames Thema.

d) Die Patienten

Im Rahmen unserer Untersuchung haben wir die Patientenperspektive nicht eingehender beleuchtet, sondern den Patienten vereinfachend als „Adresse“ gerichteter

⁸ Vgl. Rieser (2005a; b).

Behandlungsprozesse verstanden. Selbst unter dem Blickwinkel von Common Sense-Stereotypen lässt sich keineswegs eindeutig beurteilen, ob sich für den Patienten die Verhältnisse zum Besseren oder zum Schlechteren gewendet haben.

Dass sich die Liegezeiten verkürzt haben, mag von manchen als vorteilhaft erlebt werden. Andere würden lieber noch etwas länger umsorgt werden. Dass man nun schneller aufwendige diagnostische Prozeduren eingesetzt werden, mag denn einen bedrohen und verunsichern, beim anderen zusätzliches Vertrauen schaffen, da nun vermehrt „harte“ Fakten produziert werden. Dass weniger Gruppenvisiten stattfinden und man weniger Ärzte sieht, mag angesichts eines schnellen Behandlungsprozesses nicht weiter verunsichern, zumal man auf die Pflegekräfte zählen kann, die einem Fragen beantworten und bei Bedarf doch ärztliche Hilfe hinzuziehen. Je nach sozialer Lage, gesundheitlicher Situation und persönlichen Präferenzen treten hier jeweils andere Kriterien in den Vordergrund, so dass hinsichtlich der benannten Aspekte nur schwerlich von „dem Patienten“ gesprochen werden kann.

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

- Da die Behandlungsprozesse zerteilt sind und häufige Personalwechsel stattfinden, wird die Behandlungskontinuität vermehrt über die Patientenakte und weniger über einen einzelnen Arzt hergestellt. Für die Patienten wie auch ihre Angehörigen erscheint es unter den neuen Rahmenbedingungen nun schwieriger, einen ärztlichen Adressaten zu gewinnen, der ihre Fragen beantworten kann und über den Patienten wirklich Bescheid weiß.
- Viele Behandlungsprozesse werden nun auch in räumlicher und zeitlicher Sicht zergliedert, etwa in dem Sinne, dass Patienten nach wenigen Tagen Akutkrankenhaus nochmals in eine andere Einrichtung zur Weiterbetreuung verlegt werden. Stabilere Beziehungen zum Behandlungsteam oder den Mitpatienten können unter diesen Voraussetzungen kaum noch aufgebaut werden.⁹
- Patienten bzw. ihre Angehörigen können entsprechend dem ökonomischen Primat der kurzen Liegezeiten kaum noch mit einer so genannten „sozialen Indikation“ rechnen. Dass dann beispielsweise eine Mutter, noch ein paar Tage länger auf Station gehalten wird, weil nicht damit zu rechnen ist, dass sie in ihrer Familie die nötige Ruhe bekommen würde, ist unter den neuen Bedingungen nicht mehr vorgesehen.

Wenn man dem Patienten im Sinne einer Kriterienabwägung nach den Prinzipien des Rational choice unterstellt, dass er eigentlich zur Krankenbehandlung und nicht auf-

⁹ Das DRG-System fordert, die Verlegungspraxis an die Abrechnungslogik anzupassen, was zwischen den jeweiligen Kliniken mit Bezug auf die ökonomischen Eigeninteressen einem hohen Koordinationsaufwand bedarf (siehe hierzu beispielsweise die Modellrechnungen von Baberg/Zeeuw 2005). Ein weiteres Problem ergibt sich, da bestimmte ergänzende Behandlungen, die nicht zum Kernbereich des DRG kodierten Auftrags gehören, unter den Tisch fallen könnten. So könnte der „Wohlfühlfaktor“ abnehmen, da z. B. die postoperative Schmerzbehandlung nicht mehr abgerechnet werden kann (vgl. Dlugosch 2002).

grund sozialer Motive das Krankenhaus aufsucht, dann ließe sich – unter der Voraussetzung, dass hier auf den politisch korrekten Anspruch eines ausgiebigen *shared decision making* verzichtet wird¹⁰ – auch aus der Patientenperspektive durchaus mit den gegebenen Verhältnissen leben – unter der Voraussetzung, dass die Qualität der medizinischen Behandlung stimmt.

Ob Letzteres unter den neuen Rahmenbedingungen eher mehr oder weniger der Fall sein wird als früher, kann an dieser Stelle nicht einmal annäherungsweise beantwortet werden. Zudem ist hier zwischen kurzfristigen,¹¹ mittelfristigen und langfristigen Entwicklungen zu unterscheiden. Mit Blick auf die vorangehenden Ausführungen ergibt sich hier eine erhebliche Spannungslage, denn unter den gegebenen Umständen *funktioniert* das Krankenhaus medizinisch nur dann, wenn qualifizierte Ärzte weiterhin bereit sind, unbezahlte Überstunden unter hoch verdichteten Arbeitsprozessen zu leisten. Mittelfristig könnte dieses Arrangement aufbrechen – insbesondere wenn die ärztlichen Leistungseliten abwandern und manche Assistenzärzte ihre innere Kündigung vollziehen, indem sie nur noch Dienst nach Vorschrift betreiben. In diesem Sinne könnte dann durchaus auch die Qualität der medizinischen Versorgung beeinträchtigt werden.¹²

e) Das Krankenhausmanagement

Wenn wir der Leitung eines *Krankenhauskonzerns* rein ökonomische Motive unterstellen würden, so erschienen die jeweiligen Einnahmen Ausgaben-Rechnungen als die entscheidungsleitenden Kriterien. In den Krankenhausbetrieb übersetzt hieße dies, dass einerseits die Kosten für die angebotenen Dienstleistungen möglichst niedrig zu halten sind, andererseits, im Sinne weiterer Einkommensmöglichkeiten, Patienten, die als „Kunden“ Gewinn versprechend sind, in die Abteilungen ‚gelockt‘ werden sollten.

Da die öffentlichen Krankenhäuser der Maximalversorgung jedoch auch einen Sicherstellungsauftrag haben, stellt sich die Lage komplizierter dar, denn diese Einrichtungen haben prinzipiell jeden Patienten, bei dem die entsprechende medizinische Indikation vorliegt, zu versorgen – selbst wenn in der Nettobilanz offensichtlich ein

10 An dieser Stelle klingt das Dilemma an, dass der politische Diskurs um die korrekte Beteiligung der Patienten an der ärztlichen Entscheidungsfindung nicht mit dem übereinstimmt was Patienten in der Behandlungspraxis erleben, bzw. erkennen geben, leben zu wollen. Zumindest die empirischen Untersuchungen weisen darauf hin, dass das Vertrauen in die ärztliche Autorität in der Regel hier wesentlich wichtiger zu sein scheint, als Ansprüche nach einem herrschaftsfreien Diskurs (s. hierzu Charles et al. 1999; Charles et al. 1997; Deber et al. 1996; Guadagnoli/Ward 1998). Letztlich ist mit Feuerstein et al. (1999) wohl eher davon auszugehen, dass die Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis ein Mythos bleibt, der dann in gesundheitspolitischen Diskursen gerne aufgegriffen wird, aus der Kontextur der Medizin jedoch wenig mit der Logik der Praxis zu tun hat (vgl. auch Saake 2003).

11 Auch mit Blick auf die kurzfristige Perspektive sehen einige gesundheitswissenschaftliche Protagonisten zu dem Schluss, dass das DRG-System »Anreize« setze, »die es sinnvoll erscheinen lassen, parallel Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität vorzusehen« (Lüngen/Lauterbach 2000).

12 Mit Blick auf die britischen Verhältnisse wird hier bewusst vorsichtig formuliert, denn – wie sich zeigt – muss eine massive Rationierung der ärztlichen Versorgungsleistungen keineswegs in eine höhere Mortalität oder Morbidität der Gesamtbevölkerung münden. Zum europäischen Vergleich der Parameter siehe European Observatory of Health Care System (2000).

Verlust zu erwarten ist. Anders als ein klassisches Wirtschaftsunternehmen kann das Krankenhaus also nur in begrenztem Umfang seine Dienstleistungsangebote so optimieren, dass seine Leistungspalette sich hinsichtlich segmentärer Tiefe und Breite mit den Feldern überlappt, die den höchsten Gewinn versprechen. Eine Selektion der Patienten wird für das städtische Krankenhaus nur die Ausnahme, nicht den Regelfall darstellen können.¹³

Außerdem ermitteln sich die Umsätze der bundesdeutschen Krankenhäuser keineswegs – wie man mit Blick auf die Privatisierungen der Häuser denken könnte – aus dem Wechselspiel von Angebot und Nachfrage unter den Bedingungen eines freien Marktes. Vielmehr werden die Preise im Verhandlungsprozess der unterschiedlichen korporatistischen Akteure *politisch* bestimmt.¹⁴ Sie erscheinen damit als hochkomplexes Produkt des Aushandelns zwischen Krankenkassen, Ländern und Kommunen, und werden zudem nicht zuletzt vom Abrechnungs- und Kodierungsverhalten der anderen Krankenhäuser beeinflusst.

Schließlich ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass selbst unter Annahme einer ausschließlich ökonomischen Orientierung des Krankhausträgers die Frage der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle in den unternehmerischen Unterscheidungen spielen wird,¹⁵ da sich einerseits kein Haus mit Blick auf seine Marktpositionierung allzu skandalöse Zustände erlauben kann und andererseits – um einer neoinstitutionalistischen Begründung zu folgen – alle diesbezüglichen Institutionen der westlichen Industrienationen, Qualitätsmanagement, Iso-Zertifizierungen, Leitbildentwicklung, etc. betreiben. Man wird sich hier also kaum dem, was unter den Gleichen üblich ist, entziehen können.¹⁶

In diesem Rahmen finden sich weder der Raum, noch steht uns die betriebswirtschaftlichen Kompetenz zur Verfügung all die komplizierten ökonomischen Fragen des Krankenhausmanagements auch nur annähernd beschreiben zu können. Was an dieser Stelle jedoch im Sinne unsere Untersuchungsergebnisse aufgezeigt werden kann, sind eine Reihe von Themen, welche auf die ökonomische Situation des Krankenhauses

13 Es mag zwar durchaus vorkommen, dass versucht wird, einen Problempatienten in einem anderen Haus unterzubringen – dass dies geschieht hat Michael Simon (1996) in einer Untersuchung zur Auswirkung der Budgetdeckelung aufgezeigt –, doch selbst wenn diese Einzelfälle sich häufen, ändert dies nichts daran, dass im Zweifelsfall doch versorgt werden muss. Ein Sonderproblem ergibt sich darüber hinaus jedoch mit der Frage begrenzter Kapazitäten (etwa von intensivmedizinischen Betten), bei denen sich dann das Problem der Triage stellt. Die Überschreitung des moralisch Anständigen kann hier jedoch leicht zu einem öffentlichen Skandal eskalieren, so dass auch hier keineswegs (nur) aufgrund von Kostenargumenten entschieden werden darf.

14 Das DRG-System beruht auf einer politischen Entscheidung, die mit Blick auf die politische Steuerung des Gesundheitssystems getroffen wurde, wenngleich es hier um Zahlen geht. Das DRG System hat also – was oft missverstanden wird, keineswegs aus sich heraus eine ökonomische Rationalität. Wir können hier sozusagen eine Variante der *politischen Ökonomie* entdecken, die politische Steuerung über das Medium der Ökonomie in Institutionen und Betriebe hineinbringen will.

15 Qualitätsberichte stellen für die privaten Klinikbetreiber ein wichtiges Marketing-Instrument dar (siehe Flintrop 2005).

16 Bemerkenswert erscheint hier aus organisationssoziologischer Perspektive, dass die im Fachdiskurs etablierten qualitätssichernden Maßnahmen *de facto* dann gar nicht unbedingt die Qualität sichern, welche sie vorgeben zu sichern (vgl. Simoes et al. 2004) und Zertifizierungen gar nicht das zertifizieren, was sie zu zertifizieren scheinen (vgl. für das Krankenhaus Iding 2000 und darüber hinaus Powers 1997)

durchaus Einfluss haben und entsprechend einen ideellen Stakeholder interessieren würden.

Ein Dilemma ergibt sich aus den unterschiedlichen Zeithorizonten, entsprechend denen die ärztliche Arbeit sowohl als Produktionsfaktor, als auch als Kostenfaktor erscheint. Aus kurzfristiger Perspektive scheint sich für den Krankenhausträger ein Standortvorteil zu ergeben, zunächst am ärztlichen Personal anzusetzen:

- Die ärztliche Arbeitsstunde ist recht teuer. Zudem lassen sich gerade hier Personalkürzungen aufgrund der vielen befristeten Verträge relativ schnell und leicht umzusetzen.

Die höhere Ausbeutung der ärztlichen Arbeitskraft geschieht jedoch nicht nur über den Personalschlüssel:

- Die bundesdeutschen Krankenhausärzte mussten eine Gehaltskürzung von 15 bis 20 Prozent hinnehmen, welche sie hinsichtlich der Entlohnung im Vergleich zu anderen westlichen Industrienationen noch eindeutiger an die letzte Stelle setzte.¹⁷
- Zudem bekamen die Ärzte eine Reihe weiterer arztfremder Tätigkeiten zugeschrieben, insbesondere die mit der DRG-Codierung verbundenen Verwaltungstätigkeiten sowie die formalen Aufgaben des Qualitätsmanagements.

Insbesondere aus einem angloamerikanischen Blickwinkel wirkt es ungewöhnlich, dass spezialisierte ärztliche Fachkräfte zur Blutabnahme sowie zum Kopieren von Akten kopieren¹⁸ und archivieren von Daten archivieren eingesetzt werden. Doch unter dem Blickwinkel der mikropolitischen Verhältnisse des Krankenhauses¹⁹ erscheint es aus kurzfristiger ökonomischer Perspektive zunächst opportuner, den Krankenhausärzten weitere (unbezahlte) Mehrarbeitslasten zuzuschieben, als Stationssekretäre und Dokumentationsassistenten anzustellen.

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

- Angesichts eines sich andeutenden Mangels an gut ausgebildeten ärztlichen Spezialisten und einer globalen Konkurrenzlage, in der Krankenhausärzte in Kanada, den USA und Australien mehr als das Dreifache verdienen können, ist die Gefahr nicht mehr von der Hand zu weisen, dass medizinische Abteilungen zusammenbrechen könnten, wenn die Spezialisten aus den Funktionsabteilungen abwandern. Womöglich könnte bald der Wendepunkt erreicht sein, an dem die Ärzte aus der Rolle des Duldsamen in die Position des Fordernden kommen.

¹⁷ An dieser Stelle nochmals der Verweis auf die NERA Studie (Barham/Bramley-Harker 2004).

¹⁸ Zur Illustration vergleiche die Beispiele aus Kapitel IV.3.

¹⁹ Nicht nur dass die routinemäßige Aushebelung arbeitsrechtlichen Vorgaben bei den Ärzten längst institutionalisiert ist. Auch verfügen die Ärzte – anders als die Pflegekräfte und Verwaltungsangestellten – nicht über eine gewerkschaftliche Interessenvertretung.

- Darüber hinaus deuten sich schwere Brüche in der *corporate identity* der Krankenhäuser an.²⁰ Wenn man unter diesem Konzept nicht nur die formale Verkündung von Leitbildern, die grafische Gestaltung von Emblemen sowie Hochglanzbroschüren und Web-Auftritte versteht, sondern die habituelle Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Unternehmenskultur,²¹ dann muss die Situation als regelrecht dramatisch angesehen werden. Die Eliten unter den Ärzten, welche die medizinisch-wissenschaftliche Identität verkörpern, empfinden sich kaum noch als Teil der Organisation, für die sie arbeiten.

Mit Blick auf diese Befunde steht das Krankenhausmanagement vor einem Dilemma: Kurzfristig sind hinreichend Kosten einzusparen, um im *benchmarking* mit den anderen Häusern nicht ins Hintertreffen zu gelangen, also mit Blick auf die Standortfrage nicht mit einem allzu großen Minus die Diskussion um weitere Schließungen zu eröffnen. Mittelfristig wird sich die Ressource „ärztliche Wissensarbeit“ vermutlich als einer der entscheidenden Produktivitätsfaktoren zeigen, als der eigentliche Grund, Patienten als Kunden für das Krankenhaus gewinnen zu können. Es könnte also für die Häuser durchaus zu einem ökonomischen Problem werden, die ärztlichen Eliten ideell und im Hinblick auf ihre medizinisch-wissenschaftliche Identität nicht mit ins Boot geholt zu haben.

Darüber hinaus weisen die Ergebnisse auf einige Probleme hin, die das Controlling der ärztlichen Arbeit betreffen. Die Kriterien, nach denen die Ärzte im internen und häuservergleichenden *benchmarking* beurteilt werden, liegen vorrangig im Parameter der Liegezeit. Darüber hinaus wird seitens der Verwaltung kontrolliert, wie schnell die Abrechnungspapiere erstellt werden. Aus den Beobachtungen der Behandlungsprozesse ergeben sich jedoch durchaus Zweifel, ob diese Parameter die *ökonomische* Performance der Abteilung korrekt abbilden:²²

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

20 Eine Rolle spielt hier sicherlich auch die mit den Trägerwechseln und Zusammenführungen unterschiedlicher institutioneller Einheiten verbundenen kulturellen Brüche. Vgl. in diesem Zusammenhang hinsichtlich der Kosten und Probleme bei der Fusion von Anbietern von Gesundheitsleistungen die Längsschnittstudie von Fulop et al. (2005) in England.

21 Siehe hierzu etwa Regenthal (2003, 77ff.) und Keller (1993, 43ff.).

22 Siehe zum Abbildungsproblem der Kosteneffizienz statistisch verrechneter Datenaggregationen auch Stevens und Normand (2004).

Auch wenn der Gesetzgeber dies untersagt, werden intelligente und im Sinne der medizinischen Logik vertretbare Varianten in der DRG-Verschlüsselung („upcoding“) wohl eine erhebliche Rolle für die Bilanz einer medizinischen Abteilung spielen. Unter der Annahme, dass bei landesweit gegebenen Basisfallwerten eine ein bis drei prozentige Abweichung hinsichtlich der in Rechnung zu stellenden Gesamtsummen entscheidet, ob ein Haus, oder eine Abteilung aus dem Bereich der roten Zahlen herauskommt, wird sich hier wohl in Zukunft noch mehr die Frage stellen, welchen Verwaltungsaufwand das Krankenhaus für Kodierung bereit ist, zu investieren. Betriebswirtschaftlich spricht so lange nichts dagegen, hier hohen Aufwand zu betreiben, insofern nur auf diesem Wege, die ökonomischen Potentiale der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ausgebeutet werden können – oder anders herum: Einnahmen bei hohem Verwaltungsaufwand erscheinen besser als keine Einnahmen.

Nichtsdestotrotz: die vorangegangenen Ausführungen weisen darauf hin, dass im Verhältnis zwischen Verwaltung und ärztlichem Bereich erhebliche Spannungslagen entstanden sind, die auch die ökonomische Zukunft des Krankenhauses negativ beeinflussen könnten.

f) Die Krankenkassen

In den folgenden Betrachtungen gehen wir davon aus, dass die Krankenkassen die Gesundheit *ihrer* Patienten bei möglichst geringem Kostenaufwand erhalten möchten. Wir reduzieren hier unsere Betrachtungen im Sinne einer simplifizierenden Rational choice-Argumentation auf ökonomische Motive, können an dieser Stelle also nicht die Rolle der Krankenkassen würdigen, welche diese für die Qualität der Krankenversorgung auch in politischer und ideeller Hinsicht spielen.²³

Als mittlerweile zueinander in Konkurrenz getretene kollektive Akteure agieren die Krankenkassen im Sinne der Versicherungslogik: Der Gesunde erscheint zunächst als Kunde. Im Krankheitsfall erscheint der Versicherte jedoch weniger als Patient, denn als Schadensfall. Ohne sich hier angemessen mit den komplexen Verhältnissen des kassenärztlichen Versicherungssystems beschäftigen zu können,²⁴ zeigen unsere Untersuchungen jedoch durchaus einige Aspekte auf, welche die ökonomischen Interessen dieser Akteursgruppen *nolens volens* berühren:

- Da davon auszugehen ist, dass die Akteure des Krankenhauses versuchen werden, möglichst gut bezahlte DRGs für ihre Behandlungsprozesse herauszuholen, sind nun die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) gefordert entsprechende

²³ Wie etwa Gespräche mit entsprechenden Mitarbeitern der Krankenkassen aufzeigen (vgl. Hansen et al. 2004), lässt sich unter den Akteuren sehr wohl ein hoher ideeller Anspruch eines „besseren“ Gesundheitssystems feststellen, der dann keineswegs in einem simplen Ökonomismus aufgeht. Es wäre sicherlich ein interessantes Forschungsprojekt auch hier zwischen den Akteurstheorien über ihre Praxis und der Logik der vollzogenen organisatorischen Entscheidungspraxis zu differenzieren, da sich letztere womöglich systemisch anders darstellen als die in den Selbstbeschreibungen der Akteure vorgenommenen gesundheitspolitischen Verortungen.

²⁴ Vgl. hierzu Rosenbrock und Gerlinger (2004, 89ff.).

Gegenstrategien zu entwickeln, um einem übermäßigem „*upcoding*“ entgegen zu wirken.

- Allein schon, um den Abteilungen Einhaltung zu gebieten, welche das Abrechnungssystem über Gebühr zu ihrem Vorteil ausnützen, sind also wiederum seitens der Kassen die Patientenakten zumindest stichprobenartig zu kontrollieren. Anders als bei den früheren Routineanfragen hinsichtlich der Überschreitung der Liegezeiten, ist nun seitens des MDKs nochmals die gleiche medizinische Expertise zu leisten, die bereits im Krankenhaus in die DRG-Codierung investiert wurde. Die Gegenkontrolle erfordert nicht nur einen hohen Zeitaufwand, sondern auch erheblichen klinischen Sachverstand.
- Zudem ergeben sich entsprechend der durch die DRG-Logik gesetzten Zwänge vermehrt zerteilte Behandlungsprozesse, etwa in dem Sinne, dass Patienten zunächst entlassen werden, dann zum Hausarzt gehen, um mit einem anderen Krankheitsbild von der Kasse einen erneuten Krankenhausaufenthalt einzufordern. Auch hier wird vermutlich der Verwaltungsaufwand steigen, ebenso der Kontrollbedarf, ob all diese Dinge wirklich rechtens angeordnet worden sind.

Die Bedeutung der Krankenkassen wird sich als ökonomischer Gegenspieler zu den Krankenhäusern mit dem neuen Abrechnungssystem eher erhöhen. Dass hiermit verbunden der interne Verwaltungsaufwand wohl steigen wird – möglicherweise ist hier auch personell aufzurüsten –, stellt aus betriebswirtschaftlicher Perspektive für die Kassen solange kein Problem dar, insofern „Gewinn“ (geringere Zahlungen an die Leistungserbringer) und Aufwand (zusätzliche Personalkosten) sich die Wage halten. Mittelfristig werden vermutlich Krankenkassen wie auch Krankenhäuser diesbezüglich wechselseitig aufrüsten. Die höhere Intelligenz in der DRG-Verschlüsselung auf der einen Seite wird eine Antwort auf der Kontrollseite finden müssen und umgekehrt.

g) Die medizinische Wissenschaft

Insbesondere die Bewegung der *evidence based medicine* trat mit dem Anspruch an, Ärzte zu mehr wissenschaftlich, methodischer Reflexion ihrer Praxis zu befähigen, um dann systematisch die „interne klinischen Evidenz“ ihrer Praxis mit der „externen Evidenz“ wissenschaftlichen Standards entsprechend klinischer Studien zu verbinden. Die sich hieraus ergebenden Standards und Leitlinien sollten keineswegs in eine Kochbuchmedizin münden,²⁵ sondern weiterhin die ärztliche Reflexion der Beziehung von Klinik und Wissenschaft, von Regel und begründeter Ausnahme fördern.

Wie schon in den vorangegangenen Abschnitten sind wir hier nicht in der Situation, die zentralen Denkfiguren und Werthaltungen der Protagonisten dieser Bewegung dar-

25 Im gleichen Sinne kommt auch Frank Praetorius (2005) zu dem Schluss, dass die Kombination von DRG und EbM zu einer Kochbuchmedizin führe.

zustellen, geschweige denn zu rekonstruieren.²⁶ Wenn wir jedoch unser Untersuchungsmaterial grob daraufhin abklopfen, wie der Anspruch wissenschaftliche Medizin zu betreiben, im ärztlichen Alltag thematisiert wird und als „praktischer Sinn“ (Bourdieu 1997) auf die jeweiligen organisatorischen Bedingungen umgebrochen wird, kommen wir zu dem Befund, dass die wissenschaftliche Reflexion der medizinischen Praxis im Krankenhaus eher noch weiter nach hinten gedrängt worden ist.

- Ärztliche Spezialisten bedauern, dass sie nun „Schmalspurmedizin“ betreiben müssen.²⁷
- Der Besuch medizinischer Fachtagungen erscheint für die ärztlichen Akteure aus organisatorischen wie aus zeitlichen Gründen zunehmend fraglich.²⁸ Zudem scheinen die Stationsärzte die Sonderrolle von leitenden Ärzten, welche regelmäßig die wichtigen medizinischen Journale lesen, um die Kollegen über bedeutsame Ergebnisse zu informieren angesichts des überlasteten Arbeitsalltags deutlich weniger zu akzeptieren.
- Mit Blick auf die effiziente Bewältigung der Routinefälle scheint mit der Einführung so genannter „Behandlungspfade“ zumindest hier die Entwicklung zunächst mehr in Richtung einer Kochbuchmedizin zu gehen, in der dann zunächst als unreflektierte Routinen die vorgegeben Standards abgearbeitet werden, um erst dann im Falle von Komplikationen wieder auf einen reflexiveren Behandlungsmodus umzustellen.

h) Die Gesundheitspolitik

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

²⁶ Bei genauerem Hinsehen wird man hier einerseits feststellen müssen, dass hier nicht von einer Wissenschaft gesprochen werden kann, sondern auch in der Medizin eine Multiplizität wissenschaftlicher Traditionen zu finden ist (vgl. z.B. Lorenz 1998) und andererseits die ärztlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Perspektiven nicht deckungsgleich sind. Siehe ausführlich zum Spannungsfeld der *evidence based medicine*, der medizinischen Praxis und den Gesundheitswissenschaften Vogd (2002b) und Vogd (2005c).

²⁷ Vgl. Kapitel III.3.

²⁸ Vgl. Kapitel III.5 Seite und Kapitel III.3.

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

- Da die medizinischen Orientierungen für die Ärzte handlungsleitend und nicht hintergebar sind, hat die Verdichtung der Arbeitsprozesse dazu geführt, dass vor allem die psychosozialen Aspekte ärztlicher Arbeit zum Opfer gefallen sind. Man spricht weniger mit dem Patienten, ist weniger bereit, eine soziale Indikation zu treffen. Demgegenüber wird man im Kernbereich der Medizin nicht sparen. Medizinische High-Tech-Therapie und -Diagnostik wird weiterhin geschehen und vermutlich auch in Zukunft die Kosten in die Höhe treiben: Die harte Medizin kommt hier sozusagen noch mehr zu sich selbst, während ihre weichen Aspekte geopfert werden können.
- Das DRG-System gibt deutliche Anreize, stationäre Behandlungsprozesse zu zergliedern. Zum einen verleitet das Primat der kurzen Liegezeiten dazu, einen Teil der für die Behandlung nötigen Pflegearbeiten in andere stationäre Einrichtungen auszulagern. Zum anderen lohnt es sich verschiedene Krankheiten, die aus medizinischer Perspektive gut in einem Aufwasch erledigt werden könnten, nun in verschiedene Aufenthalte aufzuteilen.²⁹ In Umkehrung der ursprünglichen Idee einer integrierenden Position, kommt dem Hausarzt in diesen Fällen nun nur noch die Rolle zu, die ökonomisch motivierte Desintegration der Prozesse formell abzusegnen.

Versuchen wir nun unsere Ergebnisse mit dem volkswirtschaftlichen Ziel der Kosteneffizienz in Beziehung zu setzen. Einer der Leitgedanken der Gesundheitsreform lässt sich durch den Slogan „Rationalisierung statt Rationierung“ zusammenfassen. Im Sinne des Gutachtens des Sachverständigenrats sollten die Bereiche der Unter-, Über- und Fehlversorgung identifiziert, entsprechend den Erkenntnissen der *evidence based medicine* Überflüssiges und Unbewiesenes aus den Katalogen herausgestrichen werden. Nicht zuletzt sollten die jeweiligen Akteure der Versorgungslandschaft dazu motiviert werden, im Sinne einer vernünftigen Gesamtrationalität, in Form von Netzwerken zu kooperieren. *Vermittelt* werden sollte dies durch die Rationalität eines Marktes, in dem sich konkurrierende Akteure wechselseitig ihre Effizienzreserven herauslocken. *Gesteuert* werden sollte dies – hier nur in Bezug zu den Krankenhausleistungen – durch das DRG-System. Dieses Abrechnungssystem sollte als politisch-ökonomisches Instrument so adjustiert werden, dass eine *leistungsbezogene* Verteilungsgerechtigkeit hergestellt wird. Die Steuerung des Systems erfolgt hier also keineswegs über den Markt – etwa in dem Sinne, dass der Preis einer Gallenoperation durch das Verhältnis von Angebot und Nachfrage bestimmt wird – sondern staatlich, hochgradig bis in die einzelne Fallabrechnung hinein geplant. Zudem ist mit der Gesundheitsreform von 2000 die sektorale Abschottung der Monopolanbieter kaum angerührt worden.³⁰

29 Vgl. Kapitel III.6.

30 Siehe hierzu Strehl (2000).

Mit Blick auf die betriebswirtschaftliche Logik der Anbieter stationärer, medizinischer Versorgungsleistungen erscheint hier also nicht nur die diadische Beziehung *Verkäufer* vs. *Kunde*, sondern eine *triadische* Relation zwischen Patient, Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer. Der Patient stellt für das Krankenhaus, sobald er dieses betreten hat, nicht mehr den betriebswirtschaftlichen Referenzpunkt dar, sondern nun stellen die entsprechend der politischen Vorgaben festgelegten DRG-Varianten den primären wirtschaftlichen Bezugspunkt dar, denn nur in diesem Medium sind die Abrechnungen adressierbar. Systemtheoretisch gesprochen rückt der Patient hierdurch in die Umwelt der betriebswirtschaftlichen Kommunikation. Wirtschaftlich wird der Patient nun also bestenfalls als Werbeträger für weitere Patienten interessant.³¹

Diese gewissermaßen vertrackten Verhältnisse werfen eine Steuerungsproblematik auf, deren theoretische Implikationen hier nicht weiter verfolgt werden können.³² Im Sinne der systemtheoretischen Einsicht,³³ dass die Lösungen der Praxis der theoretischen Reflexion weit voraus sind, lohnt es hier jedoch wieder, die empirischen Ergebnisse auf Tendenzen, Diskrepanzen und paradoxe Effekte hin abzuklopfen:

- Während das DRG-System sich hinsichtlich der diagnostischen Abbildung als eher zu komplex erweist, werden im Krankenhaus unter dem zentralen Steuerungsparameter Liegezeit die Behandlungsprozesse ökonomisch eher unterkomplex abgebildet. Einige empirische Hinweise sprechen dafür, dass die erhebliche Verkürzung der Liegezeiten nur zum Preis einer technisch teuer aufgerüsteten Medizin zu haben ist,³⁴ die durch hoch ausgebildete Spezialisten getragen wird. Mit Blick auf die diesbezüglichen US-amerikanischen Erfahrungen muss die Reduktion der durchschnittlichen Patientenverweildauer also keineswegs zu geringeren stationären Behandlungskosten führen.³⁵
- Ein Problem des DRG-Systems besteht zweifelsohne in dem zwangsläufig hiermit verbundenen ärztlichen Verwaltungsaufwand. Insbesondere in den internistischen Disziplinen, welche es mit multimorbiden Patienten zu tun haben, muss für die Verschlüsselung eine erhebliche Expertise aufgewendet werden. Zudem bleibt das Problem virulent, dass gerade die komplizierten und schweren Fälle im System nur unzureichend abgebildet werden. Allein schon aus dem Grund, dass kein Anreiz

31 Vermutlich wird die Entscheidungsfreiheit, welche ein Patient bei der Einweisung in ein Krankenhaus mitbringt, eher überschätzt als unterschätzt. Die Frage, wo Kapazitäten frei sind, örtliche Gründe und nicht zuletzt die existenziellen Zwänge einer lebensbedrohlichen Erkrankung, lassen hier schnell das Bild des Kunden, der sich frei sein Angebot aussuchen kann, zusammenfallen.

32 Grundlegend zum Problem politischer Steuerung wirtschaftlicher Prozesse siehe hierzu aus systemtheoretischer Perspektive Günther Ulrich (1994).

33 Vgl. Dirk Baecker (2002b, 103).

34 Die technologische Innovation kann hier überhaupt als einer der zentralen Kostentreiber des Medizinsystems angesehen werden (vgl. Bodenheimer 2005b). Dies gilt dann insbesondere auch für die beliebten High-Tech-Verfahren, welche sich – mit Verweis auf die mittlerweile klassische Untersuchung von Majeed (1996) der operativen Entfernung der Gallenblase durch mikroinvasive Chirurgie – keineswegs als die effizienteren, patientenfreundlicheren und kostengünstigeren Prozeduren erweisen (vgl. auch Seiler et al. 2004).

35 Vgl. Hundhausen (2003) und Bodenheimer (2005a und c).

geschaffen werden darf, diese Fälle negativ zu selektieren, werden die Abbildungen des Abrechnungssystems wohl noch komplexer werden,³⁶ was wiederum zu einem höheren Kodieraufwand führen wird.

- Eng verbunden mit den vorangegangenen Überlegungen ist davon auszugehen – auch unsere empirischen Beobachtungen weisen darauf hin –, dass ein „upcoding“ stattfinden wird, also die Fälle in einer kostenträchtigeren Weise präsentiert werden, als es der eigentlichen medizinischen Logik des Behandlungsprozess entsprechen würde.³⁷ Volumenmäßig werden dabei vermutlich weniger die als offensichtlicher Betrug sichtbaren Manipulationen eine Rolle spielen. Vielmehr werden wohl eher die vielen kleinen, praktisch nur dem eingeweihten Auge erkennbaren Verschiebungen in der Indikationsstellung ein „Spiel“ einleiten, das man als „DRG-Ping-Pong“ bezeichnen könnte. Seitens der Krankenhäuser würde dann eine nicht unerhebliche medizinische Expertise aufgewendet werden, um über eine verbesserte Verschlüsselung ein paar Prozent über den Durchschnitt zu kommen. Auf der Gegenseite würden die medizinischen Dienste der Krankenkassen entsprechende Kontrollen fahren, was dann auf der Seite des Krankenhauses dazu führen würde, die Fälle noch intelligenter zu codieren.

Mit Blick auf den Papierkrieg der zwischen den Krankenhäuser und Krankenkassen schon in den Jahren 2000/2001 hinsichtlich der Bezahlung von Liegezeiten gefahren wurde (vgl. Vogd 2004, 176ff.), ist künftig durchaus mit Papiertigern erheblichen Ausmaßes zu rechnen. Unter den knappen Budgetvorgaben können im *benchmarking* der verschiedenen Krankenhäuser schon wenige Prozentpunkte darüber entscheiden, ob eine Abteilung schwarze Zahlen schreibt und ihr entsprechende „Konkurrenzfähigkeit“ zu bescheinigen ist. Allein die betriebswirtschaftlichen Zwänge werden mittelfristig die Verwaltungen von Krankenhäusern und Krankenkassen dahingehend selektieren, dass Fallabrechnungen optimiert, bzw. optimal kontrolliert werden.

Die Gesundheitspolitik wäre mit dem politökonomischen Paradox konfrontiert, dass ihr bis in die Einzelfallabrechnung hineinragender Anspruch, Verteilungsgerechtigkeit herzustellen, unter dem Strich nur die Verwaltung, nicht jedoch die Patientenversorgung, stärkt und zudem *nolens volens* nicht die beste Medizin, sondern die Akteursgruppen belohnt, welche das Abrechnungssystem am geschicktesten austricksen können. Möglicherweise wird man sich hier schrittweise US-amerikanischen Verhältnissen annähern, in denen an die dreißig Prozent der Krankenhausaussgaben in die Verwaltung fließen.³⁸

Darüber hinaus erscheint in diesem Zusammenhang die Frage nach Kosten und Nutzen von so genannten „Versorgungsnetzwerken“ bedenkenswert. Auf oberflächlicher Ebene scheint zunächst die Idee einzuleuchten, dass Kooperationen von verschiedenen

36 Zu diesbezüglichen Anpassungen, die dann wiederum nicht ausreichend, sind siehe beispielsweise Billing (2005) und Reinecke (2003).

37 Vgl. Kapitel III.6.

38 Hier nochmals als Quellenverweis Woolhandler et al. (2003), zudem auch Himmelstein et al. (1996), die hier im Vergleich mit Canada zu dem Schluss kommend, dass die USA gut auf 1,4 Millionen höhere Verwaltungsangestellte und Sekretäre im Gesundheitssystem verzichten könne.

ambulanten und stationären Einrichtungen anstrebenswert sind. Hier ist jedoch zu bedenken, dass die so genannten Elemente eines Netzwerks als Organisationen autonome Einheiten mit jeweils eigenen betriebswirtschaftlichen Interessen darstellen und zudem die Transaktionskosten der Zusammenarbeit zu berücksichtigen sind. Im Sinne der modernen Netzwerktheorie³⁹ führen also netzwerkartige Kooperation keineswegs automatisch zu Rationalisierungseffekten:

- Von den Liegezeitenverkürzungen im Akutkrankenhaus profitieren insbesondere die vielen neu entstandenen Einrichtungen zur post-stationären Pflege und Versorgung.⁴⁰ Hierbei zeigen sich eine Reihe von Verschiebungen, die in ihrer Gesamtbilanz keineswegs einfach zu bewerten sind. Die Chirurgen lagern einen Teil der post-operativen Pflege in die Reha-Krankenhäuser aus. Ein Teil der diagnostischen Aufgaben wird vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben etc. Ob diese Prozesse in ihrer Summe eine höhere Rationalität aufweisen, als wenn das Akutkrankenhaus beispielsweise wie früher aus sozialer Indikation ein paar Tage post-stationärer Pflege und ambulanter Weiterversorgung mit geleistet hat, bleibt eine offene Frage.⁴¹

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

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

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

³⁹ Als Einführung in die systemische Problematik von Netzwerken siehe Arnold Windeler (2001).

⁴⁰ Insbesondere die Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation profitieren von den kürzeren Liegezeiten im Akutkrankenhaus (vgl. Kleinow et al. 2002).

⁴¹ In den USA zeichnet sich mittlerweile mit der „Hospitalist Movement“ eine Bewegung ab, welche der Netzwerkteilung von Krankenhausversorgung in externe Belegärzte und fest angestellten Krankenhausärzten entgegen läuft (vgl. Pischon 2002).

VIII Ausblick

a) Validität der Ergebnisse

In metatheoretischer, wie auch methodologischer Hinsicht stellt sich die dokumentarische Methode als eine der wenigen qualitativen Forschungsmethoden den Fragen der Validität und Verallgemeinerbarkeit ihrer Ergebnisse. Der Schlüssel zu validen Aussagen liegt bei dieser Methode in einer *multidimensionalen Typologie*, die sich aus einer systematischen Variation der Vergleichshorizonte in den komparativen Analysen ergibt.¹ Wenn wir unsere Ergebnisse betrachten, so zeigen die verschiedenen Befunde einen jeweils unterschiedlichen Validitätsgrad, da – um im Bild der Multidimensionalität zu bleiben – allein schon aus forschungsökonomischen Gründen nicht alle Schnittflächen mit gleichem Aufwand durch komparative Analysen beleuchtet werden konnten.

Auf einem recht hohen Niveau verallgemeinerbar stellt sich mittlerweile die schon im ersten Untersuchungszeitraum ausgearbeitete *Basistypik* dar (vgl. Vogd 2004b, 391ff.). Nicht nur, dass mit einer psychosomatischen und einer onkologischen Klinik weitere medizinische Disziplinen und Universitätsklinikum mit im *Sample* liegen, gerade auch die wiederholten Studien unter den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen weisen hier auf eine stabile „Kernorientierung“, die sich zudem auch beim dokumentarischen Blick auf andere aktuelle qualitative Krankenhausstudien bestätigt (siehe Hermann 2005; Lindemann 2002; Schubert 2003; Wettreck 1999). Als zentrales Merkmal erscheint hier ein „praktischer Sinn“ (Bourdieu 1997), in dem medizinale Handlungslogiken *und* organisatorische Anforderungen in einer Praxis verbunden werden. Ein Arzt agiert hier weder – wie aus ökonomischer Perspektive oftmals missverstanden wird – aufgrund persönlichem oder kollektivem Gewinnstreben, noch entsprechend einer romantischen Helferperspektive als ein Menschenfreund, dem das Wohl seiner Patienten über alles geht. Handlungsleitend ist für ihn primär die Krankheit

1 Ralf Bohnsacks Weiterentwicklung der dokumentarischen Methode beantwortet gewissermaßen die Frage von Lüders, »wie man auf einer mittleren Abstraktionsebene vor dem Hintergrund heterogener Kontexte gewonnene Daten erstens *validiert* und zweitens *begründet generalisiert*« (Lüders 2000, 649f.). Die Varianz des Untersuchungsmaterials kann nur über eine vielschichtige Analyse aufgeschlossen werden, in der die Überlagerung unterschiedlicher Orientierungsrahmen zum Ausgangspunkt weiterer komparativer Analysen wird und so erst die Schnittpunkte der verschiedenen Dimensionen „verstehendes Erklären“ im Sinne einer generativen Erklärung erlauben. »Das Geheimnis des Typus liegt also in der Mehrdimensionalität der *Typologie*. Die Komplexität, die notwendig ist, um einen Fall zugleich mehreren Typiken zuzuordnen und somit der Mehrdimensionalität des Falls Rechnung tragen zu können, wird aber in der neueren Literatur zur Typenbildung der qualitativen Sozialforschung weder in der Forschungspraxis noch in der methodischen Programmatik erreicht« (Bohnsack 2001b, 249).

und die hieraus entsprechend seiner medizinischen Kultur folgenden *medizinischen* Semantiken.

Vielleicht liegt einer der interessantesten Befunde der aktuellen Untersuchung darin, dass entsprechend dieser Orientierung weniger Ärzte und kürzere Liegezeiten keineswegs weniger Medizin mit sich bringen. Vielmehr scheint die Medizin unter den verdichteten Arbeitsverhältnissen noch mehr zu sich selbst zu kommen. Sie wirkt noch härter, reduziert sich noch mehr auf ihre Medizinalität im Sinne von Foucaults „medizinischem Blick“.²

Zudem zeigen die Ergebnisse ein hohes Generalisierungspotential hinsichtlich der Differenzierung zwischen den operativen und den konservativen medizinischen Disziplinen (Chirurgen vs. Internisten), da sich hier die Strukturlogik der jeweiligen medizinischen Handlungspraxis in der typologischen Differenzierung selbst widerspiegelt.

Die Rekonstruktionen der empirischen Verhältnisse weisen an verschiedenen Stellen auf Phänomene hin, die durch bestimmte organisationstypische Merkmale gut erklärt werden können. So erscheint die Frage, inwieweit die Stationsarbeit überwiegend durch ältere, fest angestellte Assistenten getragen wird oder durch Weiterbildungsassistenten, welche auf Zeitverträgen sitzen, durchaus von Relevanz für die Bearbeitung mancher Themen. Fragen nach Arbeitsmotivation und Einsatzbereitschaft der Ärzte, aber auch die Frage nach den ärztlichen Kompetenzen im Lückenmanagement sind Aspekte, die weiter erhellt werden könnten, indem zusätzliche Vergleichshorizonte hinzugezogen werden.³

Darüber hinaus wirft die Diagnose der habituellen Inkongruenzen zwischen den ärztlichen Werthaltungen und der in der Organisation zu lebenden Praxis die Frage der Zeitverhältnisse auf, in denen sich – um mit Bourdieu zu sprechen – der ärztliche „Habitus“ und das medizinische „Feld“ wechselseitig konstituieren. Auf der einen Seite stünde hier die Hypothese im Raum, dass sich vielleicht viele Ärzte in drei bis vier Jahren an die neuen Verhältnisse angepasst haben werden, und entsprechend dann auch ihre jeweiligen Praxen nicht mehr in Diskrepanz zu ihrem eigenen Ethos erleben. Demgegenüber ließe sich mit Blick auf die Eigenlogik der medizinischen Praxis durchaus begründet vermuten, dass klassische Orientierungen im medizinischen Feld erheblich längeren Bestand haben. Im Sinne einer strukturalistischen Auffassung, wie sie Ulrich Oevermann (2000) formuliert, ließe sich auf der Seite des anderen Extrems die Hypothese formulieren, dass die Subsumption der ärztlichen Praxis unter technokratische Routinen grundsätzlich nicht mit der Handlungslogik des professionellen Arztes zu vereinen ist. An dieser Stelle muss die Fragen nach der Soziogenese dieser Phänomene offen bleiben. Empirisch ließe sie sich durch weitere Fallkontraste, die den Einfluss der Zeithorizonte beleuchten, erhellen.⁴

2 Historisch semantisch entfaltet in »Geburt der Klinik« (Foucault 1988).

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

4 So wäre in diesem Zusammenhang auch an Forschungsprojekte in angloamerikanischen Krankenhäusern zu denken, die schon seit längeren Zeiträumen im Sinne der nun auch hier vorgefundenen organisatorisch-ökonomischen Bedingungen arbeiten.

Unsere Ergebnisse bekommen in ihren Kernaussagen durch die Methodentriangulation, das in Beziehung setzen unterschiedlicher Themen, die Kombination von Experteninterviews und Feldbeobachtungen und die Zusammenschau von Fallrekonstruktionen und Tagesablaufanalysen eine für qualitative Studien recht hohe *interne Validität*. Dennoch erscheinen hier, gerade auch mit Blick auf die gesundheitspolitische Brisanz der Ergebnisse, Folgeuntersuchungen notwendig, um insbesondere die zuletzt angerissenen Fragen weiter zu erhellen.

b) Abschließende Evaluation?

In vielen Berichten, die unter dem Titel Evaluation laufen, lässt sich das abschließende Kapitel mit den Wörtern „Empfehlungen an die Praxis“ übertiteln. Der Forscher würde hier seine Schlussfolgerungen benennen, die die unterschiedlichen Stakeholdergruppen dann annehmen *sollten*. Einige Jahre später würde er dann – üblicherweise im kleinen Kreis – bedauern, dass eben dies, nämlich die Befolgung seiner Ratschläge in der Praxis nicht geschehen sei.

Im Sinne der metatheoretischen Annahmen, die unserem Ansatz zugrunde liegen, haben wir jedoch – selbst nach einem offensichtlich erfolgreichen Evaluationsprojekt – gute Gründe, eine sozialwissenschaftliche »Hierarchisierung des Besserwissens« zurückzuweisen (Luhmann 1998, 510). Gerade auch in der Phase der Rückmeldung der Forschungsergebnisse ist unsere zentrale methodologische Leitunterscheidung *Logik der Praxis vs. Theorien über die Praxis* ernst zu nehmen. Selbst unter Voraussetzung einer umfangreichen Rekonstruktion der Orientierungen der anderen beteiligten Stakeholdergruppen würden wir nicht in der Lage sein, die Komplexität all der jeweiligen inkongruenten Perspektiven zu eindeutigen Vorhersagen und Empfehlungen verrechnen zu können.

Da wir davon ausgehen, dass sowohl die Praxis, als auch die soziologische Analyse überkomplex ist, müssen wir – um hier in den Worten des frühen Luhmann zu sprechen – »zugleich darauf verzichten [zu] lernen, dem Handelnden sein richtiges Handeln vorzustellen«, denn die »soziologische Analyse« bleibt »als Handlungsorientierung unschlüssig«. Sie kann nicht die Frage nach dem »Sollen« beantworten, denn sie ist »keine Ethik«. Vielmehr ist sie auf »komplementäre Entscheidungstechniken« angewiesen, »welche die soziologisch erschlossene Komplexität reduzieren auf Ausmaße, die der eng begrenzten und vor allem langsamen Fähigkeit des Menschen zum Überlegen und Entscheiden entsprechen« (Luhmann 1966, 187).

Eine „abschließende“ Evaluation kann deshalb im Sinne der dokumentarischen Evaluationsforschung nur darin bestehen, die Ergebnisse zunächst im ersten Schritt in die Praxis zurückzuspiegeln. Im zweiten Schritt ist dann der hierdurch induzierte Dialog als Anlass zu nehmen, zwischen den verschiedenen Stakeholdergruppen *moderieren* zu können (vgl. Bohnsack 2006). Im Prozess der Moderation bleibt dann ernst zu nehmen, dass nur die Praxis Lösungen generieren kann.

Die hiermit verbundene Bescheidenheit im Hinblick auf die eigene Diagnosefähigkeit würde eine sozialwissenschaftlich begründete Evaluation jedoch keineswegs

überflüssig werden lassen. In Abgrenzung zum Geschäft der Politik und Unternehmensberatung zeichnen sich ihre Daten und Ergebnisse dadurch aus, in systematischer und begründeter Weise eine Realität zu erheben, die der *Common Sense*-Typenbildung bisher verborgen geblieben ist. Anders als in der postmodernen Wende einer Evaluationsforschung, die unter der oberflächlichen Rezeption des interaktiven Paradigmas den wissenschaftlichen Anspruch gleich mit über Bord wirft (siehe Guba/Lincoln 1989), bleiben wir also bei dem wissenschaftlichen Anspruch soziale Realitäten und die damit verbundenen Latenzen, Tendenzen und Potentiale rekonstruieren zu können. Wir fallen aber hiermit nicht in das andere Extrem, den naiven technokratischen Glauben, hierdurch die Praxis normativ bevormunden zu können. Entsprechend der methodologischen Maxime, »daß der Gegenstand seinem Beobachter, hinsichtlich der Lösung seiner Probleme voraus ist« (Baecker 2002b, 103), haben wir gerade auch für den Prozess der Moderation eigene Bewertungen zurückzustellen und eine Haltung der Ergebnisoffenheit einzunehmen. Die eigentliche Leistung der dokumentarischen Evaluation besteht dann darin, die Unterschiede zwischen den *Common sense*-Theorien und den in der Praxis verborgenen impliziten Wissensbeständen aufzudecken.⁵

Um hier abschließend zu unserem Projekt zurückzukommen: Wir befinden uns hier zunächst in der für Evaluations- und Interventionsstudien eher ungewöhnlichen Situation, dass wir unser Projekt aus eigener Initiative gestartet haben, also von keiner der beteiligten Stakeholdergruppen zu dieser Studie beauftragt wurden. Selbstverständlich wurden die Ergebnisse an die beforschten ärztlichen Akteure zurückgespiegelt. Die medizinischen Abteilungen werden hieraus ihre eigenen Schlüsse ziehen.

Im Sinne einer klassischen Moderation unter den verschiedenen Stakeholdergruppen fehlt zum einen bislang der institutionelle Kontext – wir forschen hier nicht im Auftrag eines Klinikkonzerns. Zum anderen beinhaltet die Anlage des Forschungsprojekts – durchaus im Sinne von Implementationsforschung zu verstehen – auch einen politischen Kontext denn wir stellen hiermit Folgen und Konsequenzen der dritten Gesundheitsreform zur Diskussion. Der Adressatenkreis, der an diesem Diskurs interessiert ist, übergreift den Kontext einer einzelnen Institution und umfasst verschiedene Ebenen unterschiedlicher Handlungsträgerschaften. Rückmeldungen aus Kongressbeiträgen, auf denen Ausschnitte unserer Untersuchungen vorgestellt wurden, zeigen, dass die Ergebnisse sowohl bei Ärzten, bei Vertretern aus Politik als auch bei den Vertretern der Krankenkassen auf hohes Interesse stoßen. An Stelle einer abschließenden Evaluation scheint es deshalb sinnvoller, auf diesem Wege weiter in den Diskurs mit den verschiedenen Akteursgruppen einzutreten.

5 Siehe zum Verhältnis sozialwissenschaftlicher Diagnose und den hieraus abzuleitenden Therapieempfehlungen auch Vogd (2005a).

Literatur

- Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago London: The University of Chicago Press.
- Atkinson, Paul (1995): *Medical Talk and Medical Work. The Liturgy of the Clinic*. London Thousand Oaks New Delhi: Sage Publications.
- Baberg, Henning T./Zeeuw, Justus de (2005): *Abrechnungsrelevante Regelungen bei Verlegung von Patienten*. *Medizinische Klinik* 100, 368.
- Badura, Bernhard (1999): *Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen - Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben?* S. 15-42 in: Bernhard Badura/ Johannes Siegrist (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. Weinheim München: Juventa.
- Baecker, Dirk (2002a): *Die gesellschaftliche Form der Arbeit*. S. 203-245 in: Dirk Baecker (Hrsg.), *Archäologie der Arbeit*. Berlin: Kulturverlag Kadmos.
- Baecker, Dirk (2002b): *Wozu Systeme?* Berlin: Kulturverlag Kadmos.
- Barham, Leela/Bramley-Harker, Edward (2004): *Comparing Physicians' Earnings. Current Knowledge and Challenges. A Final Report for the Department of Health*. Prepared by National Economic Research Associates. London: Nera (<http://www.nera.com>).
- Beer, Bettina (Hrsg.) (2003): *Methoden und Techniken der Feldforschung*. Berlin: Reimer.
- Beer, Bettina/Fischer, Hans (2000): *Wissenschaftliche Arbeitstechniken in der Ethnologie: eine Einführung*. Berlin: Reimer.
- Berg, Marc (1992): *The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practise*. *Sociology of Health & Illness* 14, 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, 499-524.
- Billing, Arend (2005): *Fallpauschalensystem: Problem Schwerstkranke*. *Deutsches Ärzteblatt* 102, A-2214.
- Bodenheimer, Thomas (2005a): *High Rising Health Care Costs. Part 1: Seeking an expansion*. *Annals of Internal Medicine* 142, 847-854.
- Bodenheimer, Thomas (2005b): *High Rising Health Care Costs. Part 2: Technology Innovation*. *Annals of Internal Medicine* 142, 932-937.
- Bodenheimer, Thomas (2005c): *High Rising Health Care Costs. Part 3: The Role of Health Care Provider*. *Annals of Internal Medicine* 142, 996-1002.
- Bohn, Cornelius (1991): *Habitus und Kontext. Ein kritischer Beitrag zur Sozialtheorie Bourdieus*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bohnsack, Ralf (1998): *Rekonstruktive Sozialforschung und der Grundbegriff des Orientierungsmusters*. S. 105 – 121 in: D. Siefkes/P. Eulenhöfer/H. Stach/K. Städtler (Hrsg.), *Sozialgeschichte der Informatik. Kulturelle Praktiken und Orientierungen*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

- Bohnsack, Ralf (2001a): Dokumentarische Methode: Theorie und Praxis wissenssoziologischer Interpretation. S. 326-345 in: Theo Hug (Hrsg.), *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen?* Baltmannsweiler: Schneider.
- Bohnsack, Ralf (2001b): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. S. 225-252 in: R. Bohnsack/I. Nentwig-Gesemann/A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bohnsack, Ralf (2003): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: UTB.
- Bohnsack, Ralf (2005a): Standards nicht-standardisierter Forschung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 7, 65-83.
- Bohnsack, Ralf (2006): Qualitative Evaluation und Handlungspraxis. Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung. S. in: Uwe Flick (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung*. Reinbeck: rororo.
- Bohnsack, Ralf/Loos, Peter/Schäffer, Burkhard/Wild, Bodo (1995): *Die Suche nach Gemeinsamkeit und die Gewalt der Gruppe. Hooligans, Musikgruppen und andere Jugenddeliquen*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris/Nohl, Arnd-Michael (Hrsg.) (2001): *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Forschung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bourdieu, Pierre (1985): *Sozialer Raum und »Klassen«*. *Leçon sur la leçon*. Zwei Vorlesungen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (1997): *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, Pierre (2001): *Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Brandom, Robert B. (2001): *Begründen und Begreifen. Eine Einführung in den Inferentialismus*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Brosziewski, Achim (2002): *Computer, Kommunikation und Kontrolle. Eine Fallstudie zum informierten Management*. Konstanz: UVK.
- Carr-Saunders, Alexander Morris/Wilson, Paul Alexander (1933): *The Professions*. Oxford: Clarendon.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine* 49, 651-661.
- Charles, Cathy/Gafni, Amiram/Whelan, Tim (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it Mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine* 44, 681-692.
- Clade, Harald (2005): *Privatisierung ist ein Irrweg*. *Deutsches Ärzteblatt* 102, A-1787.
- Cochrane, Archibald Leman (1973): *Effectiveness and efficiency: random reflections on health service*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Crilly, Tessa/Le Grand, Julian (2004): *The motivation and behaviour of hospital Trusts*. *Social Science & Medicine* 58, 1809-1823.

- Csikszentmihalyi, Mihaly (1985): *Das Flow-Erlebnis: Jenseits von Angst und Langeweile im Tun aufgehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Deber, R. B./N., Kraetschmer/J., Irvine (1996): What role do patients wish to play in treatment decision making? *Archives Internal Medicine* 156, 1414-1420.
- Denzin, Norman K. (Hrsg.) (1994): *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Devereux, George (1984): *Ethnopschoanalyse: die komplementaristische Methode in den Wissenschaften vom Menschen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dlugosch, D. (2002): Fallpauschalen behindern effiziente Schmerztherapie. Müssen Ihre Patienten die Zähne zusammenbeißen? *Münchener Medizinische Wochenschrift* 144, 10.
- Donabedian, Avedis (1980): *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1: The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Ann Arbor.
- Dörner, Klaus (2001): *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart New York: Schattauer.
- Esser, Hartmut (1999): *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 1: Situationslogik und Handeln*. Frankfurt/Main New York: Campus Verlag.
- Fetter, Robert B./Brand, David A./Gamache, Dianne E (1991): *DRGs: their design and development*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Feuerstein, Günter/Kuhlmann, Ellen (Hrsg.) (1999): *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis*. Bern Göttingen Toronto: Huber.
- Fischer, Wolfram (2000): *Diagnosis Related Groups (DRG's) und verwandte Patientenklassifikationssysteme: Kurzbeschreibungen und Beurteilung der Systeme: HCFA-DRG, RDRG, AP-DRG, APR-DRG, IAP-DRG, NordDRG (Skandinavien), GHM (Frankreich), AR-DRG (Australien), LDF (Österreich)*. Wolferswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.
- Fischer, Wolfram (2002): *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*. Bern: Huber.
- Fischer, Wolfram (2005): *Neue Methoden für Krankenhaus-Betriebsvergleiche: Ein Werkstattbuch zur Visualisierung DRG-basierter Daten*. Wolferswil: Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.
- Flinthrop, Jens (2005): Bert Uwe Drechsel: Qualitätsberichte als Marketing-Instrument. *Deutsches Ärzteblatt* 102, A-2522-2523.
- Flinthrop, Jens/Richter-Kuhlmann, Eva A. (2005): Umbruch in der Hochschulmedizin: Experimente mit ungewissem Ausgang. *Deutsches Ärzteblatt* 102, A-1996.
- Foucault, Michel (1988): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Fischer.
- Foucault, Michel (1999): *Die Ordnung der Dinge*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Freidson, Eliot (2001): *Professionalism. The third logic*. Cambridge, Mass.: Polity Press.
- Friedberg, Erhard (1995): *Ordnung und Macht. Dynamiken organisierten Handelns*. Frankfurt/Main New York: Campus.
- Fulop, Naomi/Protopsaltis, Gerasimos/King, Annette/Allen, Pauline/Hutchings, Andrew/Normand, Charles (2005): *Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England*. *Social Science & Medicine* 60, 119-130.

- Geertz, Clifford (1993): Die künstlichen Wilden. Der Anthropologe als Schriftsteller. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Gerlinger, Thomas (2003): Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Gesundheitswesen, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden: Nomos.
- Goffman, Erving (1996): Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (2000): Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München Zürich: Pieper.
- Gruber, Hans (1994): Expertise. Modelle und empirische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gruber, Hans (1999): Mustererkennung und Erfahrungswissen. S. 25-52 in: R. M. Fischer/W. Bartens (Hrsg.), Zwischen Erfahrung und Beweis. Medizinische Entscheidungen und Evidence-based Medicine. Bern Göttingen Toronto: Hans Huber.
- Grumbach, Kevin /Osmond, Dennis /Vranizan, Karen /Jaffe, Deborah/Bindman, Andrew B. (1998): Primary Care Physicians' Experience of Financial Incentives in Managed-Care Systems. *New England Journal of Medicine* 339, 1516-1521.
- Guadagnoli, Edward/Ward, Patricia (1998): Patient Participation in Decision-Making. *Social Science and Medicine* 47, 329-339.
- Guba, Egon G./Lincoln, Yvonna S. (1989): Fourth Generation Evaluation. Newbury Park CA: Sage Publications.
- Hafferty, Frederic W./Light, Donald W. (1995): Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of Health and Social Behavior Extra Issue*, 1995, 132-153.
- Hafferty, Frederic W./McKinlay, John B. (Hrsg.)(1993): The Changing medical profession. An International Perspective. New York Oxford: Oxford University Press.
- Hansen, H./Lütticke, J./Pfaff, H. (2004): Anforderungen und Nutzen eines kassenorientierten Krankenhausmanagements aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung – Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Gesundheitswesen* 66, 222-231.
- Harré, Romano/Krausz, Michael (1986): Varieties of relativism. A rationale for the natural sciences. Oxford Cambridge, Massachusetts: Blackwell.
- Hermann, Anja (2005): Das Arrangement der Hoffnung. Kommunikation und Interaktion in einer onkologischen Spezialklinik während der chirurgischen Behandlung von Knochen- und Weichgewebesarkomen. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Himmelstein, D.U./Lewontin, J.P./Woolhandler S. (1996): Who administers? Who cares? Medical administrative and clinical employment in the United States and Canada. *American Journal of Public Health* 86, 172-178.
- Hirschauer, Stefan (1996): Die Fabrikation des Körpers in der Chirurgie. S. 87-121 in: C. Borck (Hrsg.), Anatomien menschlichen Wissens. *Medizin - Macht - Moleküle*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Hitzler, Ronald (Hrsg.) (2003): Hermeneutische Wissenssoziologie: Standpunkte zur Theorie der Interpretation. Konstanz: UVK.

- Hundhausen, Eckhard (2003): Gesundheitswesen in den USA. Brisantes Kostenfeuerwerk. MTD 10/2003, 86-89.
- Iding, Hermann (2000): Hinter den Kulissen der Organisationsberatung. Qualitative Fallstudien von Beratungsprozessen im Krankenhaus. Opladen: Leske + Budrich.
- Jachertz, Norbert (2004): 58. Bayerischer Ärztetag: Bürokratie überwuchert den Arztberuf. Deutsches Ärzteblatt 101, A 2787.
- Jagsi, Reshma/Surender, Rebecca (2004): Regulation of junior doctors' workhours: an analysis of British and American doctors' experiences and attitudes. *Social Science & Medicine* 58, 2181-2191.
- Kaehr, Rudolf (1993): Disseminatorik: Zur Logik der ‚Second Order Cybernetics‘. Von den ‚Laws of Form‘ zur Logik der Reflexionsform. S. 152-196 in: D. Baecker (Hrsg.), *Kalkül der Form*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Keller, Ingrid G. (1993): *Das CI-Dilemma: Abschied von der falschen Illusion*. Wiesbaden: Gabler.
- Kieserling, André (1999): *Kommunikation unter Anwesenden. Studien über Interaktionssysteme*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kleinow, R./Hessel, F./Wasem, J. (2002): Auswirkungen der Krankenhausfallpauschalen für Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 35, 355-360.
- Knoblauch, Hubert (2000): Frame Analysis. S. 171-176 in: D. Kaesler/L. Vogt (Hrsg.), *Hauptwerke der Soziologie*. Stuttgart: Kröner Verlag.
- Lange, Elmar (1983): Zur Entwicklung und Methodik der Evaluationsforschung in der Bundesrepublik Deutschland. *Zeitschrift für Soziologie* 12, 253-270.
- Latour, Bruno (2000): *Die Hoffnung der Pandora*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Lieckweg, Tania (2001): Strukturelle Koppelung von Funktionssystemen „über“ Organisation. *Soziale Systeme* 7, 267-289.
- Linczak, Gerald/Tempka, Almut/Haas, Norbert (2003): Verwaltungsaufwand: Entlastung der knappen Ressource Arzt. *Deutsches Ärzteblatt* 100, A 2563-2566.
- Lindemann, Gesa (2002): *Die Grenzen des Sozialen: zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*. München: Fink.
- Lorenz, Wilfried (1998): Klinimetrie (klinische Studien) - Bilanz. *Chirurg* 69, 325-332.
- Lüders, Christian (2000): Herausforderungen qualitativer Forschung. S. 632-642 in: U. Flick/ E. v. Kardoff/I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt.
- Luhmann, Niklas (1966): Die Bedeutung der Organisationssoziologie für Betrieb und Unternehmung. Arbeit und Leistung. *Zentralblatt für Arbeitswissenschaft und Soziale Praxis* 20, 181-189.
- Luhmann, Niklas (1983): *Medizin und Gesellschaftstheorie. Medizin Mensch Gesellschaft* 8, 168-175.
- Luhmann, Niklas (1986): *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?* Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1998a): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1998b): *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Luhmann, Niklas (1999): Funktionen und Folgen formaler Organisation. Berlin: Duncker & Humblot.
- Luhmann, Niklas (2000a): Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2000b): Organisation und Entscheidung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lüngen, M./Lauterbach, K. W. (2000): Nutzung von Diagnose-Related Groups (DRG) im internationalen Vergleich. *Der Chirurg* 71, 1288-1295.
- Majeed, A. W./Troy, G./Nicholl, J. P./Smythe, A./Reed, M. W./Stoddard, C. J./al., et (1996): Randomised, prospective, single-blind comparison of laparoscopic versus small-incision cholecystectomy. *Lancet* 347,
- Mannheim, Karl (1980): Strukturen des Denkens. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Maturana, Humberto R./Varela, Francisco J. (1987): Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern München: Bertelsmann.
- Mensching, Anja (2006): „Goldfasan“ versus „Kollege vom höheren Dienst“. Zur Rekonstruktion gelebter Hierarchiebeziehungen in der Polizei. In: R. Bohnsack/A. Przyborski/B. H. Schäffer (Hg.): *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Mergenthaler, Erhard (1992): Die Transkription von Gesprächen: Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript. Ulm: Ulmer Textbank.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1994): Expertenwissen und Experteninterview. S. 180-192 in: R. Hitzler/A. Honer/C. Maeder (Hrsg.), *Expertenwissen: die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mieth, M./Wolkener, F./Schmidt, J./Glück, E./Kraus, T. (2002): Chirurgische Leistungsdokumentation – Hilft viel wirklich? *Chirurg* 73, 492-499.
- Nentwig-Gesemann, Iris (2002): Gruppendiskussionen mit Kindern. Die dokumentarische Interpretation von Spielpraxis und Diskursorganisation. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS)* 2002, 41-63.
- Nentwig-Gesemann, Iris (2006): Dokumentarische Evaluationsforschung. Erscheint in: Uwe Flick (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung*. Reinbeck: rororo.
- Nohl, Arnd-Michael (2001a): Komparative Analyse: Forschungspraxis und Methodologie dokumentarischer Interpretation. S. 253-274 in: R. Bohnsack/I. Nentwig-Gesemann/A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Nohl, Arnd-Michael (2001b): Migration und Differenzenerfahrung. Junge Einheimische und Migranten im rekonstruktiven Millieuvvergleich. Opladen: Leske + Budrich.
- Nohl, Arnd-Michael (2005a): Dokumentarische Interpretation narrativer Interviews. Erscheint in: *Bildungsforschung. Interdisziplinäre Online-Zeitschrift*. <http://bildungsforschung.org/>
- Nohl, Arnd-Michael (2005b): Interviews und dokumentarische Methode. Erscheint: Wiesbaden: VS Verlag.
- Nohl, Arnd-Michael/Bohnsack, Ralf (2001): Jugendkulturen und Aktionismus - Eine rekonstruktive empirische Analyse am Beispiel des Breakdance. S. in: S. 17-37 in: H. Merckens/J. Zinnecker (Hrsg.), *Jahrbuch Jugendforschung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Observatory, European (2000): *European Observatory on Health Care Systems*. Deutschland. Copenhagen: WHO, Regionalbüro Europa.

- Oevermann, Ulrich (1973): Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern. Frankfurt/Main.
- Oevermann, Ulrich (1990): Klinische Soziologie. Konzeptualisierung, Begründung, Berufspraxis und Ausbildung. Frankfurt/Main.
- Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. S. 70-182 in: Arno Combe/Werner Helsper (Hrsg.), Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Oevermann, Ulrich (2000): Mediziner in SS-Uniformen: Professionalisierungstheoretische Deutung des Falles Münch. S. 18-76 in: H. Kramer (Hrsg.), Die Gegenwart der NS-Vergangenheit. Berlin Wien: Philo Verlagsgesellschaft.
- Ortmann, Günther (2003a): Organisation und Welterschließung. Dekonstruktionen. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Ortmann, Günther (2003b): Regel und Ausnahme. Paradoxien sozialer Ordnung. Suhrkamp Frankfurt/Main.
- Ortmann, Günther/Windeler, Arnold/Becker, Albrecht/Schulz, Hans-Joachim (1990): Computer und Macht in Organisationen. Mikropolitische Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Øvretveit, John (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen. Bern Göttingen Toronto Seattle: Huber Verlag.
- Parsons, Talcott (1951): The Social System. London: Routledge and Kegan.
- Peters, Oliver (2005): Explosive Mischung. Berliner Ärzte 42, 3.
- Pischon, Tobias (2002): „Hospitalist Movement“ – Die Amerikaner machen neue Erfahrungen mit „reinen“ Krankenhausärzten. Deutsches Ärzteblatt 99, A 698.
- Polanyi, Michael (1985): Implizites Wissen. (1985): Implizites Wissen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Porzolt, Franz (1996): Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitssystem. Münchner Medizinische Wochenschrift 138, 608-611.
- Powers, Michael (1997): The Audit Society. Rituals of Verification. Oxford: Oxford University Press.
- Praetorius, Frank (2005): Leitlinien und ärztliche Entscheidungsspielräume. Eine kritische Bestandsaufnahme unter ethischem Aspekt. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 99, 15-23.
- Prosser, Helen/Walley, Tom (2005): A qualitative study of GPs' and PCO stakeholders' views on the importance and influence of cost on prescribing. Social Science & Medicine 60, 1335-1346.
- Przyborski, Aglaja (2004): Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Diskursen und anderen Gesprächen. Wiesbaden: SV Verlag.
- Putnam, Hilary (1991): Realismus. S. 65-86 in: H. J. Sandkühler/D. Pätzold (Hrsg.), Die Wirklichkeit der Wissenschaft: Probleme des Realismus. Hamburg: Meiner.
- Reckwitz, Andreas (2004): Die Logik der Grenzerhaltung und die Logik der Grenzüberschreitung. Niklas Luhmann und die Kulturtheorien. S. 213-240 in: Günter Burkart/Gunter Runkel (Hrsg.), Niklas Luhmann und die Kulturtheorien. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Regenthal, Gerhard (2003): Ganzheitliche Corporate Identity. Form, Verhalten und Kommunikation erfolgreich steuern. Wiesbaden: Gabler.
- Reinecke, H./Bunzemeyer, H./Fürstenberg, T./Rothenburger, M./Böckler, D./Scheld, H. H./Breithardt, G./Roeder, N. (2003): Probleme bei der Abbildung kardiologischer Erkrankungen im deutschen Fallpauschalen System (G-DRG). Zeitschrift für Kardiologie 92, 581-594.
- Rieser, Sabine (2005a): Ärztemangel. Arbeitsbedingungen schrecken viele ab. Deutsches Ärzteblatt 102, A-797.
- Rieser, Sabine (2005b): Ärztemangel: 700 Millionen für den Osten. Deutsches Ärzteblatt 102, A-2514.
- Ristow, Michael/Tschöp, Matthias/Arlt, Wiebke/Anker, Stefan D. (2003): Medizinische Forschungsbedingungen in Deutschland: Eine Aufforderung auszuwandern. Deutsches Ärzteblatt 100, A-1916.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber.
- Rosenstiel, Lutz von (2003): Organisationsanalyse. S. 224-237 in: U Flick/E. v. Kardoff/I. Steinke (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt.
- Rühdorf, Daniel (2005): Der große Spagat. Die Charité sucht bei finanzieller Talfahrt ihren Weg zwischen Standortsicherheit und Konzentration nach Zentrenbildung. Berliner Ärzte 42, 15-22.
- Saake, Irmhild (2003): Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion. Soziale Welt 54, 429-446.
- Saake, Irmhild (2004): Theorien der Empirie. Zur Spiegelbildlichkeit der Bourdieuschen Theorie der Praxis und der Luhmannschen Systemtheorie. S. 85-117 in: Gerd Nollmann/ Armin Nassehi (Hrsg.), Bourdieu und Luhmann. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Schubert, Cornelius (2003): Die Technik operiert mit. Sozi-technische Konstellationen bei der Arbeit. Dissertation. Institut für Soziologie. TU-Berlin.
- Schwandt, Thomas A. (1997): Evaluation as Practical Hermeneutics. Evaluation 3, 69-83.
- Schwandt, Thomas A. (2002): Evaluation practise reconsidered. New York: Lang.
- Seiler, Christoph M./Knaebel, Hanns-Peter/Wente, Moritz N./Rothmund, Matthias/Büchler, Markus W. (2004): Plädoyer für mehr evidenzbasierte Chirurgie. Deutsches Ärzteblatt 101, 338-344.
- Serra, Helena (2004): A construção social de tecnocracias médicas: o olhar da sociologia no mundo da transplantação hepática. Tese de Doutorado. Lisboa: ISEG/UTL.
- Siegrist, Johannes (1999): Chancen und Grenzen sozialwissenschaftlicher Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. S. 15-43 in: B. Badura/J. Siegrist (Hrsg.), Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim: Weinheim München.
- Simoës, E./Boukamp, K. /Mayer, E. D./Schmahl, F. W. (2004): Gibt es Belege für den Impact qualitätssichernder/-fördernder Verfahren in anderen Ländern? Gesundheitswesen 66, 370-379.

- Simon, Michael (1996): Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern. Eine Analyse des Jahres 2003. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 4, 20-40.
- Simon, Michael (2000): Neue Krankenhausfinanzierung - Experiment mit ungewissen Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Smith, Richard (2001): Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *British Medical Journal* 322, 1074-1075.
- Stevens, Warren/Normand, Charles (2004): Optimisation versus certainty: understanding the issue of heterogeneity in economic evaluation. *Social Science & Medicine* 58, 315-320.
- Stichweh, Rudolf (1996): Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. S. 49-69 in: Arno Combe/Werner Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Strauss, Anselm/Schatzman, Leonard/Ehrlich, Danuta/Bucher, Rue/Sabshin, Melvin (1963): The hospital and its negotiated Order. S. 147-169 in: Eliot Freidson (Hrsg.), London: Free Press.
- Strehl, R. (2000): Gesundheitsreform 2000 – Auswirkung auf die stationäre Versorgung. *Chirurg* 71, 417-421.
- Strong, Philip M. (2001): The ceremonial order of the clinic. Parents, doctors and medical bureaucracies. Aldershot Burlington Singapore: Ashgate.
- Ulrich, Günther (1994): Politische Steuerung. Staatliche Intervention aus systemtheoretischer Sicht. Opladen: Leske + Budrich.
- Vogd, Werner (1998): Professionelles Handeln im Grenzbereich von Leiden, Sterben und Spiritualität. Projektbericht für das Klinikum der Universität Ulm, 233 Seiten auf CD-ROM. Marburg: Tectum Verlag.
- Vogd, Werner (2002a): Die Bedeutung von „Rahmen“ (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, „was der Fall ist“ im gewöhnlichen Krankenhausalltag. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS)* 2002, 321-346.
- Vogd, Werner (2002b): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie* 31, 294-315.
- Vogd, Werner (2004a): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus bei komplexer Fallproblematik im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen. *Zeitschrift für Soziologie* 33, 26-47.
- Vogd, Werner (2004b): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie. Berlin: VWF.
- Vogd, Werner (2004c): Entscheidung und Karriere – organisationssoziologische Betrachtungen zu den Geschehnissen einer psychosomatischen Abteilung. *Soziale Welt* 55, 283-300.

- Vogd, Werner (2005a): Die Verhältnisse sind klüger als das Bewusstsein – oder: Das prognostische Einholen von Wirklichkeit im Spannungsfeld von Praxis und den Theorien über die Praxis. S. 95-108 in: Ronald Hitzler/Michaela Pfadenhauer (Hrsg.), *Interpretative Methoden der Diagnose und Prognose*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Vogd, Werner (2005b): Komplexe Erziehungswissenschaft jenseits von empirieloser Theorie und theorieloser Empirie - Versuch einer Brücke zwischen Systemtheorie und rekonstruktiver Sozialforschung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 8, 112-133.
- Vogd, Werner (2005c): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften. Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. Erscheint in *Soziale Systeme*.
- Vogd, Werner (2005d): Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung – Versuch einer Brücke. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Vogd, Werner (2005e): Teilnehmende Beobachtung. S. 89-110 in: Sven-Uwe Schmitz/Klaus Schubert (Hrsg.), *Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre*. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.
- Wagner, Gerald (1995): Die Modernisierung der modernen Medizin. Die „epistemologische Krise“ der Intensivmedizin als ein Beispiel reflexiver Verwissenschaftlichung. *Soziale Welt* 46, 266-281.
- Wettreck, Rainer (1999): „Arzt sein – Mensch bleiben“. Eine Qualitative Psychologie des Handelns und Erlebens in der modernen Medizin. Münster: LIT Verlag.
- Windeler, Arnold (2001): Unternehmensnetzwerke. Konstitution und Strukturierung. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.
- Woolhandler, S./Campbell, T./Himmelstein, D. U. (2003): Costs of health care administration in United States and Canada. *The New England Journal of Medicine* 349, 768-775.

Personenregister

A

Abbott, Andrew 69
Atkinson, Paul 14, 21, 37, 212, 258

B

Baberg, Henning 265
Badura, Bernhard 13, 14
Baecker, Dirk 25, 248, 251, 274, 280
Barham, Leela 250, 260, 268
Beer, Bettina 38
Berg, Marc 135, 140
Billing, Arend 159, 275
Bodenheimer, Thomas 274
Bohn, Cornelius 24
Bohnsack, Ralf 12f., 15f., 19f., 23,
27ff., 33, 37, 40, 42f., 122, 136,
213, 277, 279
Bourdieu, Pierre 14, 19, 23, 25ff., 31,
34, 56, 242, 272, 277
Bramley-Harker, Edward 250, 260, 268
Brandom, Robert 29, 230
Brosziewski, Achim 36

C

Carr-Saunders, Alexander M. 127, 261
Charles, Cathy 266
Cochrane, Archibald 13
Crilly, Tessa 255
Csikszentmihalyi, Mihaly 59, 247

D

Deber, R. B. 266
Denzin, Norman K. 21
Devereux, George 39

Dlugosch, D. 265
Donabedian, Avedis 14
Dörner, Klaus 127

E

Esser, Hartmut 25
European Observatory 266

F

Fetter, Robert 47
Feuerstein, Günter 266
Fischer, Wolfram 38, 47, 48, 49
Flintrop, Jens 211, 267
Foucault, Michel 152, 248, 278
Freidson, Eliot 160, 252
Friedberg, Erhard 36
Fulop, Naomi 269

G

Geertz, Clifford 38
Gerlinger, Thomas 12, 35, 270
Gesundheitsministeriums 11
Goffman, Erving 20f., 25, 127
Gruber, Hans 101, 174, 258
Grumbach, Kevin 250
Guadagnoli, Edward 266
Guba, Egon G. 13, 21, 280

H

Habermas, Jürgen 26
Hafferty, Frederic W. 251
Hansen, H. 270
Harré, Romano 38
Hermann, Anja 277
Himmelstein, D. U. 275

Hirschauer, Stefan 59
 Hitzler, Ronald 26
 Hundhausen, Eckard 143, 274

I

Iding, Hermann 267

J

Jachertz, Norbert 145
 Jagsi, Reshma 263

K

Kaehr, Rudolf 24
 Keller, Ingrid G. 269
 Kieserling, André 22
 Kleinow, R. 276
 Knoblauch, Hubert 20
 Krausz, Michael 38

L

Latour, Bruno 36, 56, 60
 Lauterbach, Karl W. 266
 Le Grand, Julian 255
 Lieckweg, Tania 24
 Light, Donald W. 251
 Lincoln, Yvonna S. 13, 21, 280
 Linczak, Gerald 145
 Lindemann, Gesa 277
 Loos, Peter 40
 Lorenz, Wilfried 36, 272
 Lüders, Christian 277
 Luhmann, Niklas 14, 20, 21, 22, 24, 29,
 36, 148, 152, 279
 Lünen, M. 266

M

Majeed, A. W. 274
 Mannheim, Karl 19, 28, 42
 Maturana, Humberto R. 24
 McKinlay, John 251
 Mensching, Anja 25

Mergenthaler, Erhard 42
 Meuser, Michael 41
 Mieth, M. 50

N

Nagel, Ulrike 41
 Nentwig-Gesemann, Iris 15, 16
 Nohl, Arnd-Michael 28, 30, 31, 136,
 230
 Normand, Charles 269

O

Observatory, European 11
 Oevermann, Ulrich 14, 69, 127, 169,
 261, 278
 Ortmann, Günther 14, 15, 22, 25, 36
 Øvretveit, John 13

P

Parsons, Talcott 169
 Peters, Oliver 251
 Pischon, Tobias 276
 Polanyi, Michael 229
 Porzolt, Franz 11
 Powers, Michael 15, 267
 Praetorius, Frank 271
 Prosser, Helen 254
 Przyborski, Aglaja 22, 29, 230
 Putnam, Hilary 42

R

Reckwitz, Andreas 24
 Regenthal, Gerhard 269
 Reinecke, H. 275
 Richter-Kuhlmann, Eva A. 211
 Rieser, Sabine 251, 264
 Ristow, Michael 251
 Rohde, Johann J. 181
 Rosenbrock, Rolf 35, 270
 Rosenstiel, Lutz von 21
 Rühndorf, Daniel 251, 252

S

Saake, Irmhild 24, 34, 266
Sachverständigenrat 214
Schäffer, Burkhard 40
Schubert, Cornelius 148, 277
Schwandt, Thomas A. 13
Seiler, Christoph M. 274
Serra, Helena 238
Siegrist, Johannes 12, 13
Simoes, E. 267
Simon, Michael 49, 267
Smith, Richard 251
Stevens, Warren 269
Stichweh, Rudolf 14, 252
Strauss, Anselm 21
Strehl, R. 273
Strong, Philip 37
Surender, Rebecca 263

T

Tempka, Almut 145

U

Ulrich, Günther 12, 274

V

Varela, Francisco J. 24
Vogd, Werner 12, 14, 20, 23ff., 34,
36, 43, 58, 59, 79, 88, 103, 115,
123f., 150, 175, 179, 188, 191,
195, 197, 212, 214, 223, 225,
230, 234, 236, 247, 248, 256,
272, 275, 277, 280

W

Wagner, Gerald 147
Walley, Tom 254
Ward, Patricia 266
Wettreck, Rainer 239, 277
Wild, Bodo 40

Wilson, Paul A. 127
Windeler, Arnold 276
Woolhandler, S. 143, 275

Z

Zeeuw, Justus de 265

