

Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung: eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien

Buhr, Petra; Klinke, Sebastian

Veröffentlichungsversion / Published Version
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Buhr, P., & Klinke, S. (2006). *Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung: eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien*. (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 2006-311). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung GmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-114405>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

**Petra Buhr
Sebastian Klink**

**Qualitative Folgen der DRG-Einführung für
Arbeitsbedingungen und Versorgung im Kranken-
haus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung**

Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien

Oktober 2006
Bestell-Nr. SP I 2006-311
ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Untersucht werden die Einflüsse prospektiver Finanzierungssysteme im stationären Sektor (Budgetierung) unter besonderer Berücksichtigung des neuen DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität im Krankenhaus. Zugrunde liegen Fallstudien von vier deutschen Krankenhäusern, in denen 2005 insgesamt 48 Personen (Ärzte, Pflege und Verwaltung) mittels leitfadengestützter Experteninterviews befragt wurden. Gezeigt wird, dass Einstellungen und Handlungsweisen sichtbar sind, die Konflikte zwischen betriebswirtschaftlichen Erfordernissen und Patientenversorgung reflektieren.

Welche Folgen die DRG-Einführung für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus und die Qualität der Patientenversorgung hat, wird im Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) untersucht, das vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Sozialforschung in Bremen (ZeS) durchgeführt wird. In diesem Beitrag werden Ergebnisse der ersten *qualitativen* Teilstudie (W1 Quali) von WAMP vorgestellt. Es wird gezeigt, wie sich die DRG-Einführung aus Sicht der interviewten Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhausleitungen auf die Patientenversorgung und ihre Arbeitsbedingungen auswirkt. Dabei wird auch darauf eingegangen, ob es sich um eine einheitliche Entwicklung handelt oder ob es Spielräume bei der Umsetzung des DRG-Systems gibt, bzw. welche unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser existieren, die eine je spezifische Praxis begünstigen.

Abstract

This paper investigates the implications of introducing prospective payment schemes (DRGs = Diagnosis Related Groups) into the German statutory health care system. The authors present findings from four case studies of German hospitals in 2005. A total of 48 qualitative interviews were conducted among physicians, nurses and administrative staff. They show to what extent changes in hospital funding have invoked shifts in attitude and behaviour on the part of service providers in the inpatient sector of health care services.

The research project “Change of medicine and care in the DRG-system” (WAMP), carried out by the Social Science Research Center Berlin (WZB) in collaboration with the Centre for Social Policy Research in Bremen (ZeS), investigates the effects of introducing a diagnosis related fixed sum (G-DRGs) reimbursement system into the German hospital sector. The project focuses on changes in working conditions of hospital staff and changes in the provision of care. The study consists of three quantitative longitudinal surveys (patients, nurses and doctors) and repeated qualitative case studies in four German hospitals. In this paper we present results from the first round of qualitative interviews (W1 Quali) with doctors, nurses and administrative staff to sketch out what the quality of care looks like after the introduction of DRGs in Germany and to what extent responses to the new requirements differ in the four hospitals we have investigated.

Inhalt

Einleitung.....	7
1 Einordnung der DRGs in die Geschichte der Krankenhausfinanzierungsreformen	8
2 Methodisches Design der qualitativen Fallstudien	11
3 Ergebnisse der Fallstudien	15
3.1 Strategische Ausrichtung der Krankenhausleitungen.....	15
3.2 Rolle der Verwaltung	16
3.3 Verhältnis Ärzte - Pflegekräfte	19
3.4 Konflikt zwischen Ökonomie und Medizin	22
4 Fazit und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen.....	26
Literaturverzeichnis	27
Anhang.....	31
Fallstudie B.....	31
Fallstudie C	69
Fallstudie D	109
Fallstudie E.....	148

Abkürzungen

ÄD	Ärztlicher Direktor
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BÄK	Bundesärztekammer
BAT	Bundesangestellentarifvertrag
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BpflIVO	Bundespflegesatzverordnung
BT	Bundestag
CR	Controller
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRGs	Diagnosis Related Groups
DRG-B	DRG-Beauftragter
FP	Fallpauschale
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
GF	Geschäftsführer
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GRG2000	Gesundheitsreformgesetz 2000
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HB	Hartmannbund
KAG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHKG	Krankenhauskostendämpfungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
KK	Krankenkasse/Krankenversicherung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVD	Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
MC	Medizinischer Controller
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
OP	Operation/Operationssaal
PD	Pflegedirektor
PDL	Pflegedienstleitung
PKV	Private Krankenversicherung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
RSA	Risikostrukturausgleich
RV	Rentenversicherung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch
SVR	Sachverständigenrat
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
VD	Verwaltungsdirektor
VO	Verordnung
ZKH	Zentralkrankenhaus

Einleitung

Mit der Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG) in den Jahren 2003 und 2004 ist das Finanzierungs- und Abrechnungssystem der Krankenhäuser auf eine neue Grundlage gestellt worden mit dem Ziel, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Krankenhaus zu erhöhen. Der Gesetzgeber und andere Verfechter der DRG erwarten, dass die so erzwungenen Effizienzsteigerungen über die Etablierung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu einer Kostendämpfung führen, bei gleichzeitiger Steigerung der Versorgungsqualität für die Patienten. Selbst für die Beschäftigten im Krankenhausbereich wird von positiven Netto-Effekten gesprochen, da Effizienzsteigerungen nur über verstärkte Mitarbeiterbeteiligung zu erzielen seien, was im Umkehrschluss zu erhöhter Arbeitszufriedenheit führe. Eingeräumt wird, dass von diesem System betriebswirtschaftliche Anreize zur Reduzierung der Produktionskosten ausgehen, z. B. durch beschleunigte Verweildauerreduzierungen, Personalabbau, Dequalifizierung der Beschäftigten, Vernachlässigung der ärztlichen Weiterbildung, Privatisierung von Organisationseinheiten (Outsourcing), Fallsplitting, Ambulantisierung, Wartelisten sowie Konzentration der Standorte.

Die Einführung des neuen Entgeltsystems ist vorläufiger Endpunkt einer Reihe von Krankenhausreformen (Budgetierung der Gesamtkosten, Einführung von Fallpauschalen im Bereich der Chirurgie), auf die die Krankenhäuser mit verschiedenen Anpassungsmaßnahmen reagiert haben. Gewandelt haben sich im Untersuchungsfeld Krankenhaus seit den 1990er Jahren auch die Einstellungen gesundheitspolitischer Akteure (Klinke 2003) sowie teilweise auch deren Handlungslogiken (z.B. Stärkung der Position der Krankenkassen als Agenten des Primats der Beitragssatzstabilität¹), was auf einen übergeordneten Prozess der Ökonomisierung verweist (Kühn 2002, 2003; Simon 2001a). Zu beachten ist schließlich auch, dass die DRG-Einführung auf vorhandene Formen der Arbeitsorganisation im sozialen System Krankenhaus trifft (Klinke/Kühn 2006).

Vor diesem Hintergrund wird in diesem Arbeitspapier auf der Grundlage von qualitativen Daten aus vier Krankenhäusern untersucht, welche Anpassungsleistungen der Krankenhäuser bereits im Vorfeld der Einführung des DRG-Systems erfolgten, welche als unmittelbare Folge der DRG angesehen werden können und welche eher unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Akteurskonstellationen in den einzelnen Krankenhäusern zuzuordnen sind. Es handelt sich hierbei um erste Ergebnisse der **qualitativen Teilstudie** des Projekts „Wandel von Medizin und Pflege im DRG System“ (WAMP).²

¹ Die Verpflichtung zur Wahrung der Beitragssatzstabilität hat dazu geführt, dass die Kassen primär zu Vertretern von Beitragszahlerinteressen geworden sind und kaum noch die Interessen der Leistungsempfänger bzw. Patienten vertreten, denn in dem Moment, wo der Versicherungsfall eintritt und der Versicherte zum Patienten wird, wird er in der Versicherungsmathematik vom „guten“ zum „schlechten Risiko“. Staatliche Maßnahmen zur Stärkung der Patientenrechte (z.B. unabhängige Patientenberatung) greifen noch nicht, so dass derzeit für Patienten kein Akteur existiert, der allein ihre Versorgungsinteressen vertritt.

² Das Projekt wird von der Hans-Böckler-Stiftung, der Gewerkschaft Ver.di, der Gmünder Ersatzkasse (GEK) und der Landesärztekammer Hessen gefördert bzw. unterstützt und vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung unter der Leitung von Dr. Bernard Braun und PD Dr. Hagen Kühn durchgeführt. Mitarbeiter sind Petra Buhr, Sebastian Klinke und Rolf Müller. Informationen im Internet finden sich unter www.wamp-drg.de.

Im Projekt WAMP werden die Folgen der DRG-Einführung mit einem multidimensionalen Längsschnittansatz untersucht, der auf mehrmaligen repräsentativen standardisierten Befragungen von Ärzten, Pflegekräften und Patienten, Analysen von Routinedaten einer Krankenkasse sowie wiederholten Fallstudien in Krankenhäusern aufbaut.³ Die erste Welle der standardisierten Befragungen fand vor bzw. kurz nach Einführung der DRG statt und bildet somit die Vergleichsfolie, vor der die weitere Entwicklung beurteilt werden soll. Die zweite Welle der Patienten- und Ärztebefragung wurde Ende 2005 / Anfang 2006 durchgeführt; die zweite Pflegekräftebefragung ist im August 2006 ins Feld gegangen. Die dritte und letzte standardisierte Befragungswelle soll im Jahre 2007 durchgeführt werden, also zu einem Zeitpunkt, zu dem die Folgen der DRG-Einführung für die finanzielle Situation der Krankenhäuser wegen der schrittweisen Anpassung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an einen einheitlichen landesweiten Basisfallwert deutlich geworden sein dürften und das DRG-System, das als lernendes System konzipiert ist, einen höheren Entwicklungsstand, insbesondere eine höhere Abbildungsgenauigkeit (Verhältnis der diagnosebezogenen Leistungen bzw. Kosten zum erzielten Erlös), erreicht haben dürfte als heute. WAMP stellt somit Informationen bereit, die in dieser Form und in diesem Umfang bisher nicht erhoben worden sind und trägt dazu bei, die Forderung nach einer vom Gesetzgeber in § 17b KHG angemahnten, aber bisher nicht umgesetzten Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems einzulösen.

1 Einordnung der DRGs in die Geschichte der Krankenhausfinanzierungsreformen

Die deutschen Krankenhäuser befinden sich seit Jahren in einem Prozess tief greifender Veränderungen. Mit dem DRG-System soll das seit 1972 geltende „Selbstkostendeckungsprinzip“ endgültig abgelöst werden, nachdem mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 damit begonnen worden war, den Übergangsprozess von retrospektiven zu prospektiven, leistungsbezogenen Finanzierungsweisen⁴ einzuleiten. Seit dem Beginn der Budgetierung der Krankenhauskosten im Jahre 1996, d.h. dem Policyswitch von Kostendeckungsprinzip hin zu prospektiven Formen der Finanzierung des stationären Sektors, besteht ein kontinuierlicher ökonomischer Anpassungsdruck, da tendenziell das Morbiditätsrisiko auf die einzelnen Einrichtungen und ihre Träger verlagert wurde. Eine neue Qualität wurde nun im Jahre 2003 mit der Umstellung auf ein fallpauschaliertes Entgeltsystem (DRGs⁵) erreicht, das in Verbindung mit fortgesetzter Deckelung der Gesamtausgaben verstärkt Anreize zu einer Ökonomisierung der klinischen Versorgung setzt (Bauer 2006; Blanke/Kania 1996; Bröckling/Krasmann/Lemke 2000; Buestrich/Finke/Latorre 2005; Busse 2006; Feld 2005; Gern 2004; Jakobi 2004; Kühn 1998; Kühn 2003; Kühn 2004; Nullmeier 2004; Simon 2001b).

Als Entgeltsystem wirken DRGs als diagnosebezogene Fallpauschale, die als Durchschnittswert alle notwendigen Kosten der Behandlung decken soll. Vereinfacht gesagt wer-

³ Zu den bisherigen Ergebnissen der quantitativen Erhebungen des Projekts siehe Braun/Müller (2003; 2006); Braun et al. (2004); Klinke/Kühn (2006). Zu ersten Ergebnissen der Fallstudien mit Schwerpunkt auf die Folgen für die verschiedenen Dimensionen der Versorgungsqualität siehe Buhr/Klinke (2006).

⁴ Von der Politik wurde dieser Paradigmenwandel unter dem Schlagwort „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“ verhandelt (Rosenbrock/Gerlinger 2004).

⁵ DRGs = Diagnosis Related Groups.

den die Patienten je nach Diagnose, Prozedur und Schweregrad in homogene Fallgruppen eingeordnet. Hierfür erhält das Krankenhaus nicht mehr tagesgleiche Pflegesätze, sondern eine pauschale Vergütung, unabhängig von der Liegedauer und dem tatsächlichen Aufwand. Sonderbedarfe (z.B. durch Komplikationen) werden nicht abgebildet, um so Anreize für eine möglichst zielgerichtete, schnelle und erfolgreiche Behandlung zu setzen.

Betriebswirtschaftliche Analysen der Kreditwürdigkeit deutscher Krankenhäuser weisen darauf hin, dass unter DRG-Bedingungen in den nächsten Jahren zehn Prozent der Häuser geschlossen werden müssen, wenn ihnen keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung gestellt werden (o. A. 2005; Klinko 2005b). Einmal dahingestellt, ob solche Prognosen auch zutreffend sind – wirkungslos sind sie keinesfalls, denn sie befördern die nachhaltige Verunsicherung der Akteure im Krankenhaus und die Erzeugung von Bereitschaft zur Übernahme ökonomischer Handlungskalküle in medizinische Versorgungsentscheidungen.

Nachdem das einzelne Krankenhaus durch die Budgetierung nur noch geringfügig die Möglichkeit hatte, seine Gesamtausgaben zu steigern (externe Grobsteuerung der Krankenhauskosten), bewirkt das DRG-Entgeltsystem zusätzlich eine externe Feinsteuerung der Krankenhauskosten, da nun auch für den einzelnen Behandlungsfall nur noch sehr begrenzt überdurchschnittliche Behandlungskosten refinanziert werden können. Um dem staatlich verordneten Primat der Beitragssatzstabilität (Klinko 2005a) Folge zu leisten, wird von Seiten der Kassen parallel die Einhaltung bereits geltender Normen forciert: In der Annahme, dass ambulante Versorgung kostengünstiger ist als stationäre Behandlung, werden derzeit die sogenannten AEP-Kriterien (Appropriateness Evaluation Protocol-Kriterien)⁶ verstärkt in Anwendung gebracht, d.h. der MDK überprüft anhand der Diagnosen, ob überhaupt die Notwendigkeit für eine stationäre Behandlung vorgelegen hat. Dadurch droht dem Krankenhaus im schlimmsten Fall eine nachträgliche Verweigerung der Kostenübernahme. Als Folge ist eine Ambulantisierung der Behandlung zu beobachten, da das Krankenhaus so zumindest einen Teil der verlorenen Behandlungsfälle und Einnahmen wieder hereinholen kann.

Mit der Einführung der DRGs wurden vom Gesetzgeber eine Reihe konkreter Erwartungen verknüpft. Als vordringlichstes Ziel wird die Kostenreduktion bei gleich bleibender oder sogar steigender Versorgungsqualität genannt. Überflüssige Leistungen sollen abgeschafft und benötigte Leistungen effizienter erbracht werden. Dabei soll auch die Transparenz der Krankenhausleistungen gesteigert werden (BT-Drucksache 14/6893, 26). Eine kostengünstige (und qualitativ hohe) Leistungserbringung soll vor allem durch folgende Maßnahmen und Anreize erreicht werden:

- Verringerung der Bettenzahl,
- Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer,
- Verbesserung der Arbeitsorganisation,
- Mehr Transparenz der Leistungserbringung durch bessere Dokumentation der Behandlungsabläufe,

⁶ Die AEP-Kriterien wurden zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und Deutscher Krankenhausesellschaft als „G-AEP“ zur primären Fehlbelegungsprüfung konsentiert.

- Qualitätswettbewerb durch zu veröffentlichende Qualitätsberichte (§ 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V).

Vor dem Hintergrund des vom Gesetzgeber intendierten Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern und angestrebter Steigerungen der Effizienz von Krankenhäusern gibt es aber auch Befürchtungen, dass die gesetzten Verhaltensanreize zu nichtintendierten negativen Effekten für die Versorgung der Patienten führen (Lauterbach/Lüngen 2000: 41 ff.; Simon 2001a):

- Aufnahme / Fallstruktur
 - Verweigerung der Aufnahme und/oder Verschiebung von Behandlungen (Wartelisten), Verlegung von Patienten mit hohem finanziellen Risiko in andere Krankenhäuser,
 - Zergliederung von stationären Aufenthalten in mehrere Einzelaufenthalte, da jeweils nur eine Hauptdiagnose abgerechnet werden kann (Fallsplitting),
 - Ausweitung der vor- und nachstationären Behandlung über ein medizinisch sinnvolles Maß hinaus,
 - Verstärkung ambulanter Behandlung über ein medizinisch sinnvolles Maß hinaus.
- Behandlung
 - Durchführung medizinisch nicht notwendiger Operationen, weil sie für das Haus ein günstiges Kosten/Erlös-Verhältnis versprechen; medizinisch nicht notwendige Verlegung in pflegeintensivere und teurere Intensivstationen,
 - Reduzierung der diagnostischen Maßnahmen; Einsatz suboptimaler Verfahren und Behandlungsmethoden.
- Entlassung
 - Verlängerung der Verweildauer im Tagessatzbereich (Psychiatrische Stationen),
 - für den Genesungsprozess zu frühe Entlassung („blutig Entlassene“),
 - unkoordinierte und sachlich nicht abgesicherte Verschiebung von Teilen der stationären Behandlungsnotwendigkeiten in den ambulanten Bereich,
 - nahtlose, zügige, aber zu frühzeitige Überleitung in Rehabilitationsmaßnahmen und dortige Zunahme akutmedizinischer Aufgaben ohne entsprechend geschultes Personal.

Aber auch für die Dienstleistungskultur, die Arbeitsorganisation, die Arbeitsinhalte, die Belastungen und Ressourcen der Beschäftigten sowie für die Kooperation und den Informationsfluss im Krankenhaus wurden Veränderungen erwartet (Lauterbach/Lüngen 2000: 41 ff.; Simon 2001a):

- Umschichtung des Personals in Richtung nachgefragter und profitabler Leistungsbe-
reiche,

- Verstärkung öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen zur Bindung von Patienten in profitable Leistungsbereiche,
- erhöhte Arbeitsbelastungen durch steigende Fallzahlen,
- Personalabbau,
- erhöhter Aufwand für Dokumentation,
- Standardisierung durch Clinical Pathways.

Vor dem Hintergrund dieser Erwartungen und Befürchtungen wurden die Experteninterviews in vier Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und Struktur durchgeführt, um Erkenntnisse darüber bringen, ob und inwieweit die Einführung der DRG tatsächlich zu den genannten Tendenzen geführt hat. Bevor erste Ergebnisse des Fallvergleichs vorgestellt werden, wird im nächsten Abschnitt zunächst auf das methodische Design der Fallstudien eingegangen

2 Methodisches Design der qualitativen Fallstudien

Die Fallstudien zielen auf die Identifikation von institutionellen Anpassungsprozessen ganzer Krankenhäuser und auf sich ändernde Kooperations- und Arbeitsteilungsprozesse unter DRG-Bedingungen bzw. wechselseitige Bedingtheiten von Arbeitsbedingungen und Qualität der Patientenversorgung sowie die parallel stattfindende Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses von Professionen. Dies umfasst u. a. die Frage, ob es sich um ein relativ einheitliches Anpassungsgeschehen handelt oder ob sich unter gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen unterschiedliche Ergebnisse und alternative Lösungsstrategien finden lassen. Durch die Berücksichtigung der Wahrnehmungen, Aktivitäten, Erfahrungen und Bewertungen aller relevanten Akteure in den einzelnen Krankenhäusern lässt sich zeigen, wie es zu den jeweiligen organisatorischen Arrangements kam und welche Freiheitsgrade in ihrer Ausgestaltung es dabei gibt.

Die Fallstudien können nicht den Anspruch erheben, im statistischen Sinne repräsentative und quantifizierbare Ergebnisse oder Typen zu liefern. Ihre Funktion besteht vor allem darin, im Sinne einer *Methodenintegration* zu einer umfassenderen Sicht auf die mit der DRG-Einführung verbundenen Veränderungen des Versorgungsgeschehens im Krankenhausbereich zu gelangen, als es alleine durch die quantitativen Erhebungen möglich ist.⁷ Die Fallstudien können, vor allem wenn sie zu mehreren Zeitpunkten durchgeführt werden⁸, die quantitativen Analysen vertiefen und genauer Aufschluss darüber geben, an welchen Stellen und in welchem Ausmaß sich durch die DRG Strukturen, Prozesse und Behandlungsergebnisse im Krankenhaus verändern bzw. wo sie als Auslöser von Veränderungen und wo als Verstärker von Entwicklungen wirken, die früher begonnen haben. Sie erlauben differenzierte Untersuchungen, wie die Arbeitsbedingungen der Krankenhausmitarbeiter unter DRG-

⁷ Zur Integration quantitativer und qualitativer Methoden allgemein vgl. Kluge/Kelle (2001); Kelle (1999); Erzberger (1995).

⁸ Bisher wurde allerdings nur eine Welle der Fallstudien durchgeführt. Die zweite Erhebung soll 2007 stattfinden.

Bedingungen aussehen, welche handlungsleitenden Orientierungen diese haben, wie das DRG-System im Krankenhaus durch die Mitarbeiter umgesetzt wird, welche Probleme und Konflikte dabei auftauchen und welche Folgen daraus für die verschiedenen Bereiche der Patientenversorgung resultieren.

Für die Fallstudien wurden vier Krankenhäuser ausgewählt, die sich in Hinblick auf Größe, Trägerschaft, Versorgungsstufe und Region unterscheiden (vgl. Tabelle 1). Das Sample ist auch in Hinblick auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser „gemischt“. Es umfasst nicht nur „Vorzeigekrankenhäuser“, die den Strukturwandel im Gesundheitswesen seit den 1990er Jahren besonders gut bewältigt haben, sondern auch Häuser, die derzeit ein negatives Verhältnis von entstandenen Kosten zu Erlösen aufweisen und sich in ihrem Bestand als gefährdet betrachten. Allerdings konnte trotz mehrerer Anläufe kein Haus in privater Trägerschaft für die Fallstudien gewonnen werden, da der Zugang in der Regel von oberster Stelle (Konzernleitung) verwehrt wurde.

In jedem Krankenhaus wurden Ende 2004 / Anfang 2005 je 10 bis 12 leitfadengestützte Interviews mit Mitarbeitern der Verwaltung (Geschäftsführung, Controlling, kaufmännische Leitung, Ärztlicher Direktor, Pflegeleitung), Ärzten (Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte mit und ohne Facharztanerkennung) sowie Pflegekräften auf Station und im Funktionsdienst durchgeführt. Aufgrund der Forschungsfrage und des zu befragenden Personenkreises wurde die Methode des Experteninterviews verwendet.⁹

Die Interviews wurden vollständig transkribiert und mit Hilfe des Programms MAXqda codiert. Die anschließende Datenanalyse erfolgte in zwei Phasen: Für jedes Krankenhaus wurde zunächst eine Fallstudie erstellt, die das Anpassungsgeschehen an die DRG-Einführung in dem jeweiligen Krankenhaus auf Basis der Aussagen der Befragten differenziert nachvollzieht („within-case-Analyse“).¹⁰ Auf Grundlage dieser Fallstudien erfolgte dann ein Vergleich der vier Fälle, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Umsetzung und der Folgen der DRG-Einführung in den Krankenhäusern zu ermitteln („cross-case-Analyse“).

In Hinblick auf die Reichweite der Ergebnisse der Fallstudien sind mögliche Selektivitäten des Samples zu berücksichtigen. Auf die Verzerrung durch das Fehlen privater Krankenhäuser wurde bereits hingewiesen. Darüber hinaus ist eine „Beschönigung“ der Situation durch die Interviewpartner aus zwei Gründen nicht von der Hand zu weisen: Erstens erfolgte die Kontaktaufnahme mit den Krankenhäusern und die Vermittlung von Interviewpartnern über die Krankenhausleitungen, so dass hier eine „positive“ Vorselektion nicht ausgeschlossen werden kann bzw. in einem Fall sogar offensichtlich ist. Dies zeigte sich etwa daran, dass ein Teil der Gesprächspartner in sehr formelhafter Weise und zum Teil mit fast identischen Formulierungen die Entwicklungen im Krankenhaus beschrieben hat.¹¹ Als zweiter Grund für

⁹ Ziel dieser Interviewtechnik ist es, an das Praxis gesättigte Wissen von Entscheidungsträgern aus Politik, Wirtschaft, Verbänden, öffentlichen Verwaltungen und Ausbildungsinstitutionen heranzukommen. Im Mittelpunkt stehen Gesetzmäßigkeiten und Routinen, nach denen sich ein soziales System reproduziert bzw. Vorgaben enacted, verändert oder blockiert, Innovationen konzipiert und realisiert werden. D. h es geht um „... handlungsleitende Regeln jenseits von Verordnungen, um ungeschriebene Gesetze des ExpertInnenhandelns“ (Meuser/Nagel 1991: 449; 1997: 481). Experte ist demnach: „wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementation oder die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“ (Meuser/Nagel 1991: 445).

¹⁰ Die vier Fallstudien sind in einer gekürzten Fassung im Anhang abgebildet.

¹¹ Dieses Problem konnte bei den Auswertungen dadurch kontrolliert werden, dass verstärkt auf die innere Konsistenz der Interviews (nachträgliche Rationalisierungen lassen sich in der Regel nicht dauerhaft

eine mögliche positive Färbung der Aussagen sind auch das jeweilige Interesse der befragten Akteure sowie das Ausmaß der Selbstidentifikation mit dem eigenen Arbeitsplatz und berufsgruppenspezifische Codes zur Vermeidung von kritischen Einblicken der Außenwelt in ihren beruflichen Alltag zu reflektieren. So erscheint es plausibel, dass ein Arzt einem Nicht-Arzt gegenüber kaum geneigt sein dürfte, gewisse Kardinalprobleme seines Berufsstandes völlig transparent zu machen. „Nestbeschmutzer“ werden nirgends gern gesehen, aber gerade die ärztliche Sozialisation ist geprägt von der Erfahrung, dass Fehler wechselseitig gedeckt und nicht nach außen kommuniziert werden, weil Menschen dabei zu Schaden gekommen sind und dies intern als ein Problem der Profession und nicht des individuellen Arztes wahrgenommen wird, aber gleichzeitig gegenüber Personen außerhalb dieser Profession für nicht-kommunizierbar gehalten wird (vgl. Amon 2004; Mercurio 2005; Vogd 2004: 207 ff.).

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Interviewpartner jeweils nur Teilaspekte des Systems Krankenhaus und der dort stattfindenden Anpassungsprozesse beleuchten können. So werden die Pflegekräfte beispielsweise über die Strategien der Geschäftsleitung nur insoweit etwas aussagen können, wie sie davon selbst betroffen sind, etwa durch Personalabbau oder veränderte Arbeitszeiten, oder wie es vermittelt durch Verlautbarungen oder Mitarbeiterversammlungen bei ihnen ankommt. Auch die Assistenzärzte sind häufig an den strategischen Problemen des Krankenhauses weniger interessiert und/oder weniger informiert, wobei hier auch die Dauer der Zugehörigkeit zum Krankenhaus eine Rolle spielt. Darüber hinaus können die meisten Befragten nur die Situation in ihrer Abteilung oder auf ihrer Station beurteilen und beschreiben und z. B. nichts darüber aussagen, ob eine bestimmte Vorgehensweise auch in anderen Abteilungen praktiziert wird. Insoweit kann aus einzelnen Aussagen nicht ohne weiteres auf die Situation des Gesamthauses geschlossen werden.

Darüber hinaus ist noch auf einen weiteren Aspekt hinzuweisen, der auf die Handlungsrelevanz des neuen Abrechnungssystems abstellt. Wir gehen davon aus, dass durch anhaltende Budgetierung und das DRG-System finanzielle Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen geschaffen wurden, die die Position und das Verhalten der Krankenhausleitungen bzw. -verwaltungen gegenüber Ärzten und Pflegekräften verändert haben und darüber auch die Versorgung der Patienten beeinflussen. Dabei ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass es sich beim DRG-System um ein äußerst komplexes System handelt, welches sich jährlich verändert und seine ökonomischen Wirkungen erst nach und nach entfaltet. Insofern ist nicht unbedingt zu erwarten, dass die befragten Ärzte und Pflegekräfte das System und seine Wirkungsweise in allen Feinheiten durchschaut haben und sich „systemgerecht“ verhalten. Die veränderten Rahmenbedingungen werden von den Befragten vielmehr in je spezifischer Weise subjektiv interpretiert, wobei diese Interpretationen möglicherweise unzutreffend sind (weil sich z. B. die Abrechnungsmöglichkeiten für eine Leistung gegenüber früher gar nicht geändert haben) oder vom Gesetzgeber so nicht intendiert waren. Hierbei spielt vermutlich auch die Informationspolitik der Krankenhausleitungen eine Rolle. Insoweit ist es auch möglich, dass die betroffenen Akteure ihr Verhalten stärker ändern als vom Gesetzgeber intendiert, also z. B. Patienten zu früh entlassen oder zu wenig Diagnostik betreiben, obwohl es weder legal noch ökonomisch notwendig ist.

durchhalten) bzw. auf Diskrepanzen zwischen den einzelnen Interviews innerhalb eines Krankenhauses geachtet wurde. So gibt es in dem besagten Krankenhaus, bei dem eine positive Vorselektion durch die Geschäftsführung angenommen werden kann, durchaus auch kritische Stimmen. Diese stammen eher von Befragten aus unteren Hierarchiestufen (Pflegekräfte, Assistenzärzte), die durch die Informationspolitik der Geschäftsführung in geringerem Umfang erreicht worden sind. „Geschult“ werden laut Aussage der Geschäftsführung nur Personen in Leitungspositionen.

Tabelle 1: Merkmale der vier Krankenhäuser

Merkmal	Krankenhaus B	Krankenhaus C	Krankenhaus D	Krankenhaus E
Versorgungsstufe	Maximalversorgung	Regelversorgung	Grundversorgung	Maximalversorgung
Größe (Bettzahl)	710	370	320	740
Trägerschaft	öffentlich	kirchlich	öffentlich	öffentlich
Auslastung	ca. 80%	ca. 80%	< 80%	> 95%
Standortsicherheit	Sicher	Unsicher (Konkurrenz, Fallzahlenproblem, keine „schwere Medizin“)	Unsicher	Sicher
Bedarfsgerechtigkeit des Budget-Umfangs	ausreichend	ausreichend	nicht ausreichend	Befriedigend (hohe Auslastung führt tendenziell zu Nachteilen für Patienten; Wartezeiten)
Rechtsform	Eigenbetrieb (2006 gGmbH)	GmbH (seit 1989)	GmbH (seit 2001)	GmbH (seit 1998)
 Holding- oder sonstige Kooperationsstrukturen	-	Holding mit zwei KH in der Region	Holding mit einem anderen KH in der Region	Kooperationsrahmenvertrag mit drei anderen KH in der Region seit Oktober 2003; Kooperation mit anderen KH vor Ort im Bereich der Rehabilitation
Zertifizierung	KTQ (2005)	ISO 9001 (im Jahr 2000)	KTQ (2006 geplant)	KTQ (März 2004)
DRG-Einführung	Januar 2003	November 2004	August 2003	Juni 2003

3 Ergebnisse der Fallstudien

Die Einführung der DRGs in den Krankenhäusern erfolgt einerseits vor dem Hintergrund früherer Reformen im Krankenhauswesen, die unter DRG-Bedingungen fortwirken (insbesondere Budgetierung). Andererseits trifft das DRG-System in jedem Krankenhaus auf spezifische Rahmenbedingungen, Strukturen, Beziehungsgeflechte und Akteurskonstellationen sowie eine bestimmte Unternehmenskultur. Zu berücksichtigen sind etwa die traditionelle (Chefarzt-) Hierarchie innerhalb der Ärzteschaft, die Bedeutung der Verwaltung, eingespielte Formen der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften, abteilungs-, fachgebiets- und berufsgruppenspezifische Besonderheiten sowie handlungsleitende Normen und Leitbilder.

3.1 Strategische Ausrichtung der Krankenhausleitungen

Die finanziellen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser haben sich schon vor Einführung der DRGs verändert. Seit den 1990er Jahren haben die Krankenhäuser hierauf mit verschiedenen Anpassungsstrategien reagiert und beispielsweise Personal abgebaut, Abteilungen zusammengelegt oder Kooperationsbeziehungen begründet. Allen Krankenhäusern gemeinsam ist, dass der Pflegebereich besonders stark von Personalabbau betroffen ist. Bei den Ärzten ist dies dagegen nicht in allen Krankenhäusern der Fall. Innerhalb der einzelnen Krankenhäuser gibt es darüber hinaus Unterschiede je nach Abteilung. Das heißt, die wirtschaftlichen Anpassungsstrategien, etwa durch Personalabbau, betreffen nicht alle Abteilungen gleichmäßig.

Die Anpassungen an DRG- und Budgeterfordernisse werden derzeit fortgeführt. Dies gilt vor allem für den Personalabbau im Bereich der Pflege. Die wirtschaftlichen Folgen der DRG-Einführung für die Krankenhäuser, die sich nach Versorgungsauftrag, Wettbewerbssituation und wirtschaftlicher Ausgangslage unterscheiden, lassen sich zur Zeit noch nicht vollständig abschätzen, weil das DRG-System jedes Jahr in erheblichem Umfang ergänzt wird, die Bewertungsrelationen von Jahr zu Jahr verändert werden und die Konvergenzphase erst begonnen hat (ein Prozent maximaler Budgeteffekt in 2005¹²). Wegen dieser Unwägbarkeiten halten die befragten Krankenhausleitungen übereilte Anpassungsmaßnahmen für gefährlich, was die strategische Ausrichtung des Leistungsangebots (Portfoliomanagement) angeht. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird der mögliche Schaden durch Fehlsteuerung als größer angesehen als der potenzielle Nutzen, wie z. B. die Schließung von Abteilungen oder der Aufbau von komplexen Kostenträgerrechnungen.¹³ Durch diese Planungsunsicherheit wird derzeit also noch verhindert, dass eine strategische Ausrichtung des Leistungsangebots durch Umstrukturierungen oder Schwerpunktsetzungen auf der Grundlage von Kosten-Erlös-Relationen anstatt von Versorgungsbedarfen erfolgt:

„Also ich sag mal so, man ist gut beraten, das Ganze nicht zu ernst zu nehmen, sondern tatsächlich als lernendes System zu begreifen und es dann einstweilen, sag ich mal, mit gesun-

¹² Die maximalen Budgetminderungen (bezogen jeweils auf das Vorjahr) steigen von 1 Prozent in 2005 in 0,5 Prozent-Schritten bis auf 3 Prozent in 2009.

¹³ In einem Haus, (Krankenhaus B), wird der Aufbau der Kostenträgerrechnung allerdings durch „unwillige“ Chefarzte blockiert.

dem Augenmaß als gesamtes Haus zu steuern, ja? Die Fehlsteuerungen sind immer noch zu groß als dass man das richtig als richtiges Preissystem nehmen könnte. Ich würde da auch davon ausgehen, dass wir da noch ein paar Jährchen brauchen.“ (Geschäftsführer, E105, 157)

„Wenn die Abteilung heute 10 Millionen Plus macht, heißt das noch lange nicht, dass die in fünf Jahren noch 10 Millionen Plus machen. Das sind doch kurzsichtige, ganz kurzsichtige Argumente! Und eine andere Abteilung, die dieses Jahr vielleicht ein gewisses Minus macht, die kann vielleicht durch DRG-Anpassung in fünf Jahren schon ganz bombig dastehen. Also, sehr vorsichtig! Ja keine Stellschüsse in dieser Hinsicht! Wichtig ist, *wichtig* ist, dass das Gesamtspektrum weiterhin zusammenpasst. Und dass wir die wesentlichen Aspekte der Medizin, die wir in diesem Haus hier leisten wollen, weiter abdecken können. Das ist das Entscheidende! Wenn wir hier wichtige Steine herausbrechen, weil die jetzt zur Zeit vielleicht nicht wirtschaftlich sind in Anführungszeichen, dann kann das ein gewaltiger Schuss nach hinten sein. Das wäre ein ganz schwerer Fehler. Wir dürfen auf keinen Fall unsere strategische Ausrichtung, die auf die Zukunft und nicht nur auf die nächsten drei oder fünf Jahre ausgerechnet ist, die Gesamtzukunft, die auf 10, 20, vielleicht 30 Jahre ausgerichtet ist, die darf auf keinen Fall geschwächt werden! Deshalb dürfen wir auf keinen Fall Abteilungen hier schließen, die für das gesamte Spektrum von großer Bedeutung sind, auch für das innere Zusammenspiel wichtig sind.“ (Chefarzt HNO, B103, 182)

3.2 Rolle der Verwaltung

Die Position der Verwaltung wird in den Krankenhäusern derzeit durch neue Stellen und den Ausbau von Informationssystemen gestärkt.¹⁴ In allen Krankenhäusern wurden zur Einführung des DRG-Systems neue Stellen eingerichtet. Diese heißen „Stabsstelle DRG-Koordination“ (Krankenhaus B) beziehungsweise „Medizincontrolling“ (Krankenhaus D). Die Stabsstelle DRG-Koordination im Krankenhaus B besteht aus einem Medizincontroller, der berufsfremd ist und über Umwege mit dem Krankenhausbereich in Berührung kam, sowie aus zwei Pflegekräften, die als Kodierfachkräfte die Arbeit der Stabsstelle unterstützen. In dem seit 2001 bestehenden Medizincontrolling im Krankenhaus D ist ein Unfallchirurg des Hauses beschäftigt, der sich Kenntnisse des DRG-Systems durch Weiterbildungen angeeignet hat. In den anderen beiden Krankenhäusern wurde keine neue Stabsstelle eingerichtet. Im Krankenhaus C wurde die Einführung der DRG durch eine Kodierfachkraft begleitet, die seit Absolvierung ihrer Krankenschwesterausbildung im Haus tätig ist und sich durch weiterbildende Studiengänge für die neue Position im Verwaltungsbereich qualifiziert hat.

„Wir haben es also mit Verwaltungspflegekräften gemacht, die sich da eingearbeitet haben, für die es, sage ich mal, auch ein intellektueller Aufstieg war. Ich denke, für einen Arzt ist es eher ein intellektueller Abstieg.“ (Geschäftsführer, C111,3).

Im Krankenhaus E gab es zunächst drei Teilzeitstellen für „DRG-Beauftragte“, welche von Ärzten des Hauses, die sich in externen Veranstaltungen weitergebildet hatten, besetzt wurden. Zum Zeitpunkt des Interviews übte eine Kinderärztin die Stelle der DRG-Beauftragten hauptamtlich aus.¹⁵ Diese wird von einem Internisten mit 10 Wochenstunden unterstützt. Der Abrechnungsleiter ist zur Zeit ebenfalls voll auf die DRG-Arbeit konzentriert und hat für die übrigen Abrechnungsgeschäfte eine Vertretung bekommen. Teilweise werden also gut bezahlte Stabstellen eingerichtet und teilweise wird die gleiche Funktion von schlechter bezahl-

¹⁴ Wir danken David Seidel, der im Rahmen eines Praktikums eine Auswertung zum Thema „Auswirkungen der Dokumentationsanforderungen im DRG-System – Eine Analyse des Verhältnisses zwischen Verwaltung, Ärzteschaft und Pflege“ vorgelegt hat, für Beiträge zu diesem Abschnitt.

¹⁵ Gegen die Einführung dieser rein DRG-bezogenen Stellen hatte sich die Geschäftsführung ursprünglich gewehrt (AA Unfallchirurgie, E102, 110)

ten Kräften ausgeführt, wobei diese Entscheidung nicht von der Krankenhausgröße abzuhängen scheint.

Die Steuerung durch die Verwaltung erfolgt vor allem indirekt, etwa durch Personalentwicklung, Kommunikation, Benchmarking und Anreize, und weitaus seltener durch direkte Vorgaben bzw. Anordnungen. Vorschriften der Verwaltung, deren Nichteinhaltung sanktioniert wird, etwa in Hinblick auf Einsparungen bei Verbrauchsmitteln oder die Aufnahme oder Behandlung von Patienten, sind in den vier untersuchten Krankenhäusern teilweise vorhanden (Verbrauchsmittel), aber die Einhaltung von Vorgaben (z. B. von Sachmittelbudgets) wird selten mit letzter Konsequenz durchgesetzt. Der Primat der Medizin wird von Seiten der Geschäftsführer und kaufmännischen Leitungen als nicht im Konflikt stehend mit den bisher umgesetzten Sparmaßnahmen angesehen:

„[...] nicht durch Zwang von Seiten der Geschäftsführung, wie man das aus anderen Krankenhäusern kennt, wo es feste Regeln gibt. Also, keine Aufnahme mehr von Patienten mit der und der Keimbesiedelung, das kostet uns zuviel Geld. Das machen ja manche Krankenhäuser, das gibt es hier nicht, das gibt's nicht. (DRG-Beauftragte und Kinderärztin, E108, 87).“

I01: Versuchen Sie, jetzt von der Leitungsebene Einfluss zu nehmen auf die Belegungsdauer, das heißt, die Verweildauerreduzierung? Werden da gewisse Zielvorgaben dann ausgehandelt mit den Abteilungen, dass gesagt wird, wir wollen da und da hinkommen?

B01: Nee. Nee. Machen wir nicht.

I01: Also, es wird nur generell gesagt, versucht darauf zu achten.

B01: Möglichst kurze Verweildauer. Weil das einfach etwas mit medizinischer Kompetenz zu tun hat.

I01: Ja.

B01: Und ich maße mir nicht an, da einzugreifen. Ich habe davon keine Kenne, und wäre ich Patient, möchte ich eigentlich auch nicht behandelt werden, aufgrund irgendeiner Vorgabe seitens der BL rausgeschmissen werden. Also, wir sagen eigentlich immer, das, was notwendig ist, soll auch getan werden, und wenn der Patient halt auch mal einen Tag länger bleiben will, weil er zu Hause nicht versorgt ist, dann ist das auch in Ordnung, dann kann man das machen.

I01: Ja.

B01: Alles andere wäre weder im Sinne des Patienten noch vielleicht medizinisch indiziert. (Kaufmännischer Leiter, C112, 215-222).

Die Fallstudien geben auch Hinweise darauf, dass der Einfluss der Krankenhausleitungen teilweise durch organisatorische Mängel gebrochen wird. Da der Informationsfluss im Krankenhaus nicht immer optimal organisiert ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass Entscheidungen der Krankenhausleitung bis zum Assistenzarzt oder der einfachen Pflegekraft ungefiltert oder sogar überhaupt vordringen. Hinzu kommt, dass schon am Anfang der Informationskette unterschiedliche Pfade eingeschlagen werden – Pflegekräfte werden über die Pflegedienstleitung informiert, während die Ärzte über den ärztlichen Leiter bzw. den jeweiligen Chefarzt Anweisungen erhalten. Dort versickern teilweise die Informationen der Verwaltung oder werden in einer wenig konkreten Form mündlich weitergereicht. Dies mag ein Grund dafür sein, dass ein Teil der Befragten das Vorhandensein von Vorgaben der Verwaltung verneint bzw. keine Auskünfte dazu machen kann. Das Informationsproblem scheint in einem kleineren Haus, Krankenhaus D, besonders ausgeprägt zu sein, zumindest wird es hier am stärksten thematisiert.

I01: Wissen Sie, ob Abteilungsbudgets bestehen? Also dass sozusagen jede Abteilung weiß, wir haben so und so viel jetzt für dieses Jahr zur Verfügung mit der entsprechenden Mengenaufschlüsselung, ...

B01: Ja.

I01: ... dass so viel Operationen durchgeführt werden dürfen ...

B01: Ach so, wie viel durchgeführt werden *dürfen* – also das, glaube ich, ist nicht begrenzt, wie viel wir durchführen dürfen, das weiß ich aber nicht genau. Kann ich Ihnen nichts zu sagen.

I01: Nja.

B01: Es gibt da bestimmt ein Budget, das sicherlich, aber dass wir jetzt nur so und so viele Dickdarneingriffe machen dürfen oder so, das ist mir neu.

I01: Also da gibt es nicht irgendwann mal die Order: Jetzt haben wir so und so viel, jetzt ...

B01: Nein. Nein. Nein, also, wir kriegen Statistiken, wie viele Operationen wir letztes Jahr gemacht haben, wie die Belegung war und wo wir stehen – also das gibt es schon. (Oberärztin Chirurgie, E103, 198-205)

I01: So weit ich weiß, sind ja ziemlich zeitgleich mit der Einführung der DRGs die Abteilungsbudgets mit Bonusregelungen eingeführt worden. Wie haben Sie die Einführung dieser Abteilungsbudgets wahrgenommen?

B01: Wenig.

I01: Das heißt, da wird gar nicht darüber kommuniziert, auch vom Chef nicht?

B01: Nein. Das ist sicher ein Aspekt, über den man intensiv nachdenken könnte und müsste, wie man unter Bedingungen der DRGs solche Budgets diskutiert und kommuniziert. Ich denke, dass diese doch nicht unerheblichen Veränderungen, die die DRGs mit sich gebracht haben, eigentlich auch einen Kommunikationsbedarf bedingen, dem nicht immer, oder sagen wir mal so, die Kommunikationswirklichkeit hat mit dem sicher nicht Schritt gehalten. (Assistenzarzt Chirurgie, D101, 147-150)

B01: In den dreieinhalb Jahren ist der Kontakt ... zu den Schwestern ... immer distanzierter geworden. Seitdem ich hier bin, fordere ich das immer ein oder wünsche es mir immer wieder. Aber es hat in den dreieinhalb Jahren nicht eine gemeinsame Besprechung zwischen den Schwestern auf Station und den dort arbeitenden Ärzten gegeben. ... Das Problem ist in der Tat, die Schwestern machen das, was *sie* meinen, was ihres ist, und die Ärzte machen das, was *sie* meinen, was ihres ist. ... Was in Krankenhäusern fehlt, und vielleicht insgesamt fehlt, das ist vielleicht kein krankenhausspezifisches Projekt. ... Wir werden zwar überflutet von Dienstanweisungen von der Klinikleitung, von der Geschäftsführung...

I01: Hat das in den drei Jahren zugenommen, oder ist das gleich bleibend seitdem?

B01: Ich kann es Ihnen aus einem ganz einfachen Grund nicht nennen. Wenn ich bestimmten Leuten Glauben schenken darf, meiner Stationschwester zum Beispiel, hat es massiv zugenommen, aber ich *kriege* die nicht. Weil, es sind unterschiedliche Verteiler zum Beispiel. Wenn die Geschäftsleitung etwas macht, die Pflege läuft über die Pflegedienstleitung, die Stationschwester, und die Ärzteschaft geht über Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte. In *meiner* Abteilung gibt es anscheinend beim Chefarzt so einen Stopp. Mein Chefarzt hat zum Beispiel einmal zu mir gesagt, ich erzähle Ihnen nur das, was ich meine, was Sie wissen müssen. Ob das dann auch Dienstanweisungen zum Beispiel sind, das weiß ich gar nicht. Ist wohl so. Denn es gibt viele Dinge, die passieren dann, und dann muss es doch mal eine Infor-. Oder wo ich dann nachfrage, da muss es doch-, ja, da ist mal was gekommen. Aber da ist ein Stopp, während auf der anderen Seite bei den Schwestern sehr genau-, also, Geschäftsleitung, Pflegedienstleitung, die haben Sitzungen. Und dann wird es verteilt, und da geht es auch weiter, die haben auch ihre Besprechungen regelmäßig und so weiter. Bei denen funktioniert das und bei uns nicht. Und wenn ich meiner Stationschwester Glauben schenken darf, das tue ich auch, dann ist das deutlich mehr geworden. Das hat auch etwas zu tun mit der Absicherungsmentalität der Geschäftsführung. Die Geschäftsführung glaubt, wenn sie etwas schriftlich macht und es einfach

verteilt, oder besser noch, ins *Intranet* stellt, dass sie dann juristisch draußen wäre. Wir haben ja eine Dienstanweisung gemacht, das müsst ihr so und so machen, und wenn ihr es nicht so macht, dann habt ihr Schuld. ... Und da gibt es ein großes Problem, ein kommunikatives Problem. Dass vieles eben gemacht wird in irgendwelchen Kreisen, da gibt es dann auch so eine Clique im Haus mit Arbeitskreisen, überall sind irgendwelche Arbeitskreise am Machen. Und das Ergebnis wird gefeiert, wenn es ein Stück Papier gibt, auf dem etwas steht, und das gilt dann. Nur die eigentlichen Herausforderungen bestehen in zwei Dingen. Erstens: Wie implementiere ich dieses, und wie bringe ich es meinen Leuten bei? Und die zweite Herausforderung ist eigentlich, was mache ich mit denen, die sich nicht daran halten? Das sind für mich die Herausforderungen. Wir haben letztes Jahr-, wurde ein Leitbild erstellt mit viel Aufwand, Arbeitsgruppen hier, dort und so weiter. Und ich weiß gar nicht, ob das mittlerweile gilt. Es gab das schon mal als Druck, wie das eben gemacht wird, es steht ja immer dasselbe darin. Und ich weiß jetzt gar nicht, ob das jetzt schon gilt für uns. Ich glaube, ja. Nur auch da, Sie sehen schon, das Problem bei mir: Ich bin Oberarzt, habe ja im Prinzip eine Führungsposition rein formal, ich müsste es ja eigentlich *wissen*. Mir müsste man gesagt haben, Herr [Oberarzt1], es gibt jetzt dieses Leitbild, und *Sie* als Oberarzt, Sie sollten das wissen und kennen aus dem Effeff und dafür Sorge tragen, dass es umgesetzt wird. Würde ich mir so vorstellen. (Oberarzt Innere, D107, 49-51)

3.3 Verhältnis Ärzte - Pflegekräfte

Die Kooperation zwischen Pflegekräften und Ärzten verläuft nicht immer reibungslos, was aus Sicht der Ärzte nicht zuletzt auf die Professionalisierung der Pflege und die damit verbundenen Abgrenzungstendenzen der Pflege zurückzuführen ist. Dabei gibt es jedoch abteilungsspezifische Unterschiede: Beispielsweise ist die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten in einigen Abteilungen (z. B. Kinderklinik und Funktionsabteilungen) traditionell besser als in anderen.

B01: Ja, das hat sich schon parallel und auch schon bevor diese Stellenkürzungen anstanden, hat sich Pflege natürlich auch entwickelt bzw. sehr auch Wert darauf gelegt, als eigenständige Berufsgruppe mit eigenen Zielen und eigenen Plänen so wahrgenommen zu werden. Und es kam zu solchen Konfrontationen, schon bevor die Pflege so sparen musste. Auch, also zu Konfrontationen..., also, da wo man eigentlich zusammen für eine Sache arbeitet. Das ist eine Entwicklung, die ist älter, als dieses Geschehen, und es wird eben darüber viel ausgetragen. Die Kooperation ist sicherlich nicht mehr so gutwillig wie noch Anfang der 90er. Aber unterschiedlich in der Mentalität natürlich, der einzelnen Menschen. Im Kinderkrankenhaus war das auch nie so ausgeprägt. (DRG-Beauftragte und Kinderärztin, E108, 197)

Zugleich deutet sich in einigen Krankenhäusern eine Neukonfiguration des Verhältnisses zwischen Ärzten und Pflegekräften an, da eine Aufweichung der bisherigen starren Aufgabenteilung durch flexible Konzepte gefordert wird bzw. zum Teil bereits erfolgt ist. Von Seiten der Ärzte wird die Annäherung nicht zuletzt darauf zurückgeführt, dass die Pflegekräfte in Anbetracht der Angst um den Arbeitsplatz eher zu Zugeständnissen bereit seien, etwa was die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten angeht.

„Ich denke, dass das durch die DRGs eher besser wird. Weil alle sehen, weil alle viel mehr sehen, dass die wirtschaftlichen Zwänge für uns alle von ganz großer Bedeutung sind. Wenn wir nicht alle an einem Strang ziehen, dann geht es mit allen bergab. Also, man muss nicht nur die einzelne Abteilung sehen, sondern muss auch über die Berufsgruppen hinauskucken. Sonst geht das nicht. Wir müssen wirklich *gemeinschaftlich* versuchen, das so günstig und so wirtschaftlich wie möglich und natürlich medizinisch so korrekt wie möglich zu machen. Und da muss jeder mitzufassen, jeder an seinem Platz, aber es muss auch jeder bereit sein, auch mal über seinen Tellerrand ein bisschen hinweg zu gucken. Sonst geht das nicht. Ich denke, es hat sich gebessert. Für das Pflegepersonal ist es sowieso-, ich denke, langfristig so, dass die Existenzberechtigung des Pflegepersonals mehr in Frage gestellt ist als die des medizinischen Personals oder der Ärzteschaft. [...]. Der Bettenleerstand ist höher als früher. Das bedeutet auch, dass der Bedarf an Pflegepersonal eigentlich sinkt. Das ist denen auch bewusst. Das bedeutet,

wenn sie ihren Stand halten wollen, personell, so wie er jetzt ist, müssen sie langfristig andere Aufgabenbereiche übernehmen. Oder aber, wenn sie weiter diese strikte Mauerpolitik fahren wie bisher, dann wird die Anzahl der Pflegekräfte langfristig sinken. Es ist gar keine Frage, weil die Bettenzahl sinkt. Das ist denen auch bewusst. Deshalb sind die auch kompromissbereiter als früher. Deshalb denke ich, dass die DRGs in dieser Hinsicht für die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft günstig sind.“ (Chefarzt HNO, B103, 216)

„Ja, es wird schon erkennbar, dass sich das Rollenverständnis, auch in der Pflege, weiterentwickeln muss. Es gab mal so eine Professionalisierungstendenz, besonders in der Pflege, bis hin zur Akademisierung der Pflege, die letztlich in Form einer zunehmenden Arbeitsteilung gelegt wurde. Und das ist eigentlich unter DRG-Gesichtspunkten nicht mehr zweckmäßig, auch nicht unter den Gesichtspunkten eines patientenorientierten Krankenhausbetriebes. Da ist es eben wichtig, alle Leistungen am Patienten zu integrieren, und solche Dinge, wer heftet was ab oder so, spielen da eigentlich keine Rolle mehr, und man muss die Berufsgruppen prozessorientiert einsetzen.“ (Ärztlicher Direktor, B102, 93)

„Und dann gab es schon manchmal auch ein bisschen Konkurrenzdenken und so was, aber ich glaube, im Augenblick ist das auch wieder im Rückgang. Diese Probleme erlebe ich, also, wie gesagt, persönlich hatte ich sie nicht, aber erlebe ich auch nicht mehr so häufig, weil, glaube ich, alle Berufsgruppen auch merken, dass wir hier nur eben gemeinsam, wenn wir an einem Strang ziehen, auch für alle das sichern können. Und vielleicht sind wir da auch als Ärzte im Augenblick noch in der glücklicheren Position. Je mehr Aufgaben wir übernehmen müssen, umso mehr braucht man auch. Und wenn natürlich die Belegungszahlen und alles zurückgehen, ist primär-, sind natürlich Pflegekräfte auch in ihren Arbeitsplätzen gefährdet. Und das merkt man auch bei den Mitarbeitern, dass da jetzt doch so ein Umdenken auch einsetzt, und Leute Engagement zeigen, denen man das früher nicht so zugetraut hätte. Also, das hat sich, sage ich mal, von dieser Seite her auch wieder entspannt.“ (Oberarzt Innere, C113, 37)

„[...] Nachdem wir über mehrere Jahre versucht haben zu sagen, dass sind ärztliche Aufgaben, das sind pflegerische Aufgaben, dann den erneuten anderen Weg jetzt wieder auf normalem, in der normalen Arbeit sich miteinander zu verzahnen und die Kommunikation zwischen Pflege und Medizin wieder zu verstärken, zu fördern, was aber nicht abgeschlossen ist. Ich denke, das bleibt ein Prozess.“ (Pflegedienstleitung, E107, 7)

In einem Krankenhaus, Krankenhaus C, wurde die Verabreichung von Antibiotika-Infusionen durch Pflegekräfte per Dienstanweisung geregelt.¹⁶ In den anderen Krankenhäusern gibt es bislang nur fallweise Lösungen bzw. individuelle Arrangements:

„Es geht auch immer darum, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes eine möglichst hohe Rechtssicherheit für ihr Tun haben. Es gibt hier entsprechend eine Dienstanweisung, die ich mal beispielhaft jetzt nennen möchte, wo eindeutig auch geregelt ist, wie der Umgang mit Infusionen, mit IV-Spritzen, mit Blut-Komponenten usw. geregelt ist, um eben halt, sage ich mal, die Rechtssicherheit der Pflegenden nicht auf dem Altar der Kooperation zu opfern, um es so mal jetzt auszudrücken. Da gibt es, es gibt sehr gute Beispiele, wo das 100 %ig funktioniert, auch zum Wohle des Patienten, wo auch, sage ich jetzt mal, dem Krankenhaus ein ökonomischer Schaden erspart wird. Ich denke nur mal bei der Verabreichung von IV-Antibiotikagaben, da gibt es ganz klare Regeln. Früher, wenn man immer auf den Arzt wartet, der vielleicht in einem operativen Umfeld tätig ist, kann es sein, dass man Medikamente vorbereitet, die man aus hygienischen oder pharmakologischen Gründen wieder verwerfen muss, bevor der Arzt kommen konnte. Mal abgesehen von dem Nachteil für den Patienten, wenn er nicht in regelmäßigen Intervallen zum Spiegelershalt sein Medikament bekommt. Das haben wir geändert. Und das funktioniert auch. Und da sind auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes einsichtig. Also, grundsätzlich die Aussage: „Das ist nicht meine Aufgabe“, lass ich so in dem Punkt erst mal nicht gelten. Ich muss mich auch häufig um Dinge kümmern, sei es um Beschwerden oder sonst irgend etwas, die letztendlich auch nicht meinen Bereich tangieren, aber dann müssen wir eben halt uns einfach auch darum kümmern, nicht? Es ist schlecht für den Patienten oder für jemanden, wenn er das Gefühl bekommt, der kümmert sich

¹⁶ Ob es sich hierbei explizit um eine Folge der DRG-Einführung handelt, kann nicht entschieden werden, da nicht genau bekannt ist, wann die Regelungen eingeführt wurden.

nicht um mich. Von daher haben wir schon sicherlich gute Beispiele, aber es gibt auch Einzelbeispiele, wo es nicht so gut läuft und da müssen wir dran arbeiten.“ (Pflegedienstleitung, C103, 44)

„Also in der Regel machen wir keine ärztlichen Aufgaben. Es kommt ja auch kein Arzt und nimmt uns eine Aufgabe ab. Wir haben ja auch genug zu tun, wir müssen unsere Patienten pflegerisch versorgen, das ist mitunter ganz schön viel am Tag, da kommt auch keiner an und sagt: „Ich wasch dir jetzt mal einen“ und in der Regel machen wir keine ärztlichen Tätigkeiten. Es kommt schon mal vor, dass wir eine Blutentnahme machen., Dr. (Name) ist ja Belegarzt und wenn dann Zugang kommt und ist irgendwas Wichtiges, dann sagt er schon: „Nehmt ihr schon mal Blut ab“, das machen wir schon mal, ist jetzt aber keine Regel.“ (Pflegekraft, D108, 66)

„Nein, es gibt feste Regelungen, also, zum Beispiel mit diesen IV-Antibiosen, dass das halt der Arzt machen muss und individuell wird es halt anders entschieden. Aber das-, wobei ich nicht verstehe, dass man das nicht auch auf höherer Ebene entscheiden kann. Weil es-, ich halte es auch für sehr gefährlich, weil der Arzt das nachts nicht schaffen kann. Es ist sicherer, wenn das die Nachtschwester macht um 22 Uhr, wenn sie sowieso durchgeht. Und es wird ja-, es ist ja die Gefahr einer allergischen Reaktion, wenn was angehängt wird. Der Arzt ist vielleicht 20 Sekunden in diesem Zimmer, hängt das an und ist sofort wieder weg.“(Oberärztin Chirurgie, E103, 366)

Die zumindest in einigen Krankenhäusern zu beobachtende Annäherung zwischen Ärzten und Pflegebereich bzw. die diesbezüglichen Aussagen der Leitungsebene decken sich mit Überlegungen, die in der Literatur im Hinblick auf die Kooperation zwischen den beiden Berufsgruppen und eine Neudefinition der Rolle der Pflege vertreten werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Notwendigkeit berufsgruppenübergreifender Kooperation unter DRG-Bedingungen an Bedeutung zunimmt (vgl. z. B. Simon 2000) und die Verbesserung der Kooperation eine wichtige Strategie zur Erlössicherung ist. „Das Überwinden einer berufsgruppenorientierten Perspektive, zugunsten der patientenorientierten Sichtweise und optimierten interdisziplinären Steuerung der Behandlungs- und Versorgungsprozesse ist eine der zentralen Überlebensstrategien der Krankenhäuser im G-DRG-Zeitalter“ (Wieteck 2005: 116). Im Rahmen einer optimierten Prozessteuerung spielt der Informationsaustausch eine wichtige Rolle: „Die steigende Arbeitsbelastung im ärztlichen Dienst, bedingt durch die Reduktion der Verweildauer und den erhöhten Dokumentationsaufwand, wird zur Folge haben, dass der Arzt noch weniger Zeit für die Arbeit auf der Station hat und mit dem Kunden verbringen kann. Somit kommt dem zeitnahen, interdisziplinären Informationsaustausch über den Behandlungsverlauf und möglicher Zusatzerkrankungen noch mehr Bedeutung zu“ (Wieteck 2005: 119). Auch Dahlgaard und Stratmeyer (2005) gehen davon aus, dass es gravierende Kooperationsprobleme gibt, die behoben werden müssen, wenn ein Krankenhaus auf Dauer unter DRG-Bedingungen keine finanziellen Nachteile erleiden will. Ihr Lösungsansatz ist das „Kooperative Prozessmanagement“. „Ziel des Konzeptes ist es, unter dem Blickwinkel patientenorientierter Leistungsprozesse eine kostengünstige, effektive, funktionelle, qualitativ hochwertige und für beide Akteursseiten zufrieden stellende Arbeitsteilung zu erreichen“ (ebenda: 142). Hiermit ist auch eine Ausweitung des Verantwortungsbereichs der Pflege verbunden, die in die Rolle von „Manager/innen des integrierten kooperativen Versorgungsprozesses“ (142) hineinwachsen, d. h. zunehmend „managende Aufgaben zur Überwachung und Steuerung des integrierten Pflege-, Diagnose- und Behandlungsprozesses“ übernehmen (ebenda: 142).¹⁷

¹⁷ Vgl. hierzu auch Deutscher Pflegerat, Pressemitteilung vom 2. November 2005 sowie Ärztezeitung vom 30.1.2006 („Pflegekräfte fordern eigenständige Kompetenz“).

3.4 Konflikt zwischen Ökonomie und Medizin

Eine betriebswirtschaftliche Ausrichtung hat gegenüber medizinisch-pflegerischen Zielen in den untersuchten Krankenhäusern schon vor Einführung der DRGs an Bedeutung gewonnen, was mit dem zunehmenden Einfluss der Verwaltungen einhergeht. Der Konflikt zwischen Ökonomie und Patientenbedürfnissen wird durch die DRG-Einführung grundsätzlich verschärft, aber teilweise noch zu Gunsten der Patienten aufgelöst. Die im DRG-System angelegten Anreize der Erlösoptimierung (z. B. Fallsplitting), die für die Patienten tendenziell von Nachteil sind, werden bisher nur teilweise und auch nur in Teilen der untersuchten Krankenhäuser genutzt.

„Nein, machen wir nicht. Klassisches Beispiel ist ja für uns eben: Kommt ein Patient mit einer Gallenkolik, hat Gallensteine. Wir können dann ein IACP, also eine Gallenwegsspiegelung machen, die Steine da rausholen, und dann muss er anschließend operiert werden, muss die Gallenblase entfernt werden. Da kann man dann eben auch künstlich zwei Fälle draus machen: Man schickt ihn erst nach Hause und sagt, kommen Sie mal in acht Wochen wieder - machen wir nicht. Bislang.“(Oberarzt Innere, C113, 71)

„Also multimorbide Patienten [...] kriegen keine andere Behandlung, als noch vor 10 Jahren. Also, die werden weiterhin..., also, das kann man nicht so voneinander trennen. Das liegt an den Krankheitsbildern. Und wir machen auch weiter. Also, bei den Kindern weiter auch diese schwer zu organisierenden Eingriffe, wo man in einer Narkose die Mandeln rausnimmt und die Fimose operiert. Das ist nie häufig gewesen und..., also für das Kind..., um ihm Trauma und Narkose zu ersparen schon. Das ist nicht..., das ist nicht verboten. Das liegt in der Entscheidung derer, die dann die Verantwortung dafür tragen.“ (DRG-Beauftragte und Kinderärztin, E108, 110-112)

Auffälligerweise wird über Fallsplitting besonders in dem Haus (Krankenhaus D) berichtet, das ökonomisch am schlechtesten aufgestellt ist.

„Es gibt Leute, die kommen weil, [...] wir haben die für Herzkompensation oder was weiß ich einbestellt, und dann denkt man an Ulkus zufälligerweise und statt die sofort zu behandeln, wird der nach Hause geschickt und wird ihm gesagt, bitte kommen Sie in 4 oder 5 Tagen zurück.“ (Assistenzarzt Kardiologie-Innere, D102, 46)

„Wir müssen nur die Diagnose gucken, warum der Patient da ist und alles was da neben steht, das spielt keine Rolle und da wird der Patient als Krankheitsbild weiterbehandelt, leider, nicht als eine Person oder ein Gesamt, ein gesamtes Organ. Und das ist manchmal fatal, weil früher, vor DRG-Zeiten, konnte der Patient hierher kommen, dann hat er, sagen wir, der kommt mit Herzinfarkt und dann inzwischen hat er für irgendwelchem Grund ein Magengeschwür entwickelt oder hat ein Magengeschwür, das würde entdeckt, und dann ist er weiterbehandelt. Damals war der Patient auf Kardiologie, der wurde auf die Gastrologie verlegt usw. und so fort. [...] Jetzt kommt der gleiche Patient, [...] er kommt zur Kardiologie, kommt mit Herzinfarkt und [...] nur das wird berücksichtigt und wenn das heile ist oder wenn alles versorgt ist, dann geht er nach Hause und dann muss er durch den Hausarzt wieder eine Einweisung kriegen und wieder herkommen zum Gastrologen, was ich eigentlich nicht verstehe, aber so sind jetzt die Regeln. Auch merkt man das bei den Chirurgen, wenn wir einen Patienten auf die Chirurgie verlegen möchten, die sagen: „O. k, wir gucken den an, aber der geht 2 oder 3 Tage nach Hause, wir können den nicht direkt aufnehmen, auch wegen finanzieller Gründe, nach DRG“, das ist alles jetzt ein bisschen komplizierter geworden.“ (Assistenzarzt Kardiologie-Innere, D102, 40)

In keinem Haus wird die Aufnahme und/oder Entlassung von Patienten durch explizite Vorgaben der Verwaltung oder der Chefärzte gesteuert (Ausnahme: Einhaltung der unteren Grenzverweildauer, da das Krankenhaus ansonsten mit Abschlägen bestraft wird). Es gibt nach wie vor Spielräume, Patienten über die obere Grenzverweildauer hinaus im Krankenhaus zu behalten.

„Das Einzige, wo ich jetzt meine Leute bitte zu achten, ist, seht zu, dass wir nicht unter der unteren Grenzverweildauer bleiben. Weil das Abschläge gibt. Das ist aber relativ einfach, aber das

sagte ich schon. Aber die Patienten -, also, manchmal vertragen die das schon, auch noch eher nach Hause zu gehen. Bei Leistenbrüchen, bei Krampfadern, bei anderen Dingen. Da wäre es manchmal schon gut möglich, die untere Verweildauer zu unterschreiten. Da sage ich dann schon allerdings, passt mal auf! Wenn der Patient gehen will, geht er nach Hause. Das ist immer so. Aber manchen ist das egal, und da sage ich dann, lasst uns mal die unteren Grenzverweildauern-, da geht es ja in der Regel auch immer nur um einen Tag. Um einen oder maximal zwei Tage.“ (Chefarzt Chirurgie, C109, 110).

„Ansonsten glaube ich eigentlich, dass der Arzt, der auch den Patienten *stationär* entlässt, immer noch mit bestem Wissen und Gewissen und was weiß ich den Patienten noch entlassen kann. Dass er einfach sagt, dass er-, das ist ja einfach nur, also, diese obere Grenzverweildauer oder mittlere ist ja nur ein Richtwert. Aber es steht immer noch an erster Stelle das Wohl des Patienten. Aber es geht nicht mehr, dass der Patient sagt, ja, ich habe aber heute nichts in der Truhe, ich möchte dementsprechend erst nächste Woche gehen. Das ist kein Argument. Aber es ist sehr wohl ein Argument, wenn der Arzt sagt, der Heilungsprozess ist noch nicht entsprechend abgeschlossen, der Patient kann noch nicht entlassen werden. Und dann wird es eine Auseinandersetzung mit der Kasse geben, aber das kann er dann auch argumentativ vertreten. ... Diese Entscheidung hat der Arzt, die hatte er vorher, die hat er jetzt, und das halte ich eigentlich für wichtig.“ (DRG-Beauftragte, C110, 140)

„Also, es gibt bestimmte Krankheitsbilder, zum Beispiel [...], die bei uns, wenn alles glatt läuft, zwei Tage nach der OP wieder nach Hause gehen. Die kriegen dann eine Ultraschallkontrolle, das ist so ein bisschen-, weil das eine standardisierte Operation ist, die sehr häufig durchgeführt wird. Also, da entscheidet das der Stationsarzt alleine. Und dann gibt es Patienten, die zum Beispiel eine Dickdarmoperation haben, bei einem normalen Verlauf gehen die nach acht bis 10 Tagen, das ist ein bisschen davon abhängig, wie alt der Patient ist, ob der Patient nach Hause will, und ob er auch versorgt ist. Es gibt junge Leute, die wollen ganz schnell nach Hause, und es gibt halt ältere Leute, gut, die wollen nicht nach Hause, aber die sind auch noch nicht entlassungsfähig, die sind noch zu klapprig. Das geht nicht, die kommen nicht so schnell auf die Beine.“ (OA, E103, 386)

„Oder es gibt viele Patienten, viele ältere Patienten, die halt dann auch viele Komplikationen haben, und dann oft auch länger bleiben. Obwohl das so nicht vorgesehen ist.“ (Stationsleitung Chirurgie, E106, 53)

In den Fallstudien finden sich auch Hinweise auf unterschiedliche Verfahrensweisen hinsichtlich der Entlassung von Patienten *innerhalb ein- und desselben Krankenhauses* je nach Abteilung oder Chefarzt. So gibt es in einem Haus (Krankenhaus B) sowohl einen Chefarzt, der „blutige Hüften“ entlässt, um Kapazitäten für neue Operationen frei zu bekommen, als auch einen anderen, der mit Augenmaß entlässt:

B01: Also ich finde, es kommt darauf an, worum es geht. Wenn wir hier blutige Hüften entlassen und in die Reha schicken, ist das nicht witzig. Da, finde ich, wird das dann übertrieben. Da gehen die zu früh.

B02: Von unserer Abteilung kann ich sagen, das scheint noch so das Mittelmaß zu sein, wie sie das handhaben. Unser Chef passt schon auf, eine Bandscheibe eher doch nicht vor dem siebten Tag zu entlassen, obwohl das andere Kliniken schon machen. [...]

B01: Und unser Chefarzt hier, 7. Etage, der ist so drauf, der will ganz viel malochen. Der operiert wie blöd, hat gar keine Betten, und der schmeißt dann eben Hüften schon am vierten Tag raus und schickt die in die Reha. Und die sagen da: Wie soll *das* gehen? (Pflegeleitung, B101, 329, 330, 333).

Die negativen Folgen der DRG-Einführung für die Patientenversorgung im Krankenhaus halten sich in den vier untersuchten Häusern insgesamt noch in Grenzen, wenngleich in bestimmten Bereichen und für bestimmte Patientengruppen Einschränkungen berichtet werden (frühzeitige Entlassung nach OPs, eingeschränkte Diagnostik, mangelnde psychosoziale

Versorgung, Fallsplitting).¹⁸ Die Belastungen für die Patienten sind nicht in allen Krankenhäusern gleich stark ausgeprägt. Wie die Anreize des DRG-Systems in der Praxis übersetzt werden, zu welcher Seite hin der Konflikt zwischen Ökonomie und Medizin aufgelöst wird und welche Folgen daraus für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und die Patientenversorgung entstehen, hängt von verschiedenen Faktoren ab, die in den einzelnen Krankenhäusern in unterschiedlicher Ausprägung und einer je spezifischen Mischung vorhanden sind:

Wirtschaftliche Lage des Gesamthauses

Erstens spielt die konkrete wirtschaftliche Situation des Krankenhauses eine wichtige Rolle dafür, wie groß die Spielräume der Beschäftigten für patientenorientierte Entscheidungen in der Praxis sind. Teure Behandlungen, die nicht oder nur teilweise von den Krankenkassen bezahlt werden, können so lange durchgeführt werden, wie die finanzielle Gesamtsituation des Krankenhauses es erlaubt und/oder ein Ausgleich zwischen gewinn- und verlustträchtigen Bereichen stattfinden kann. In dem Maße, in dem der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser gegen Ende der Konvergenzphase steigen wird, ist insofern auch davon auszugehen, dass Konflikte mit der Verwaltung, z. B. über die Aufnahme von Patienten oder die Durchführung von teuren Behandlungen, zunehmen werden bzw. bestimmte Abrechnungsregeln oder Kriterien strikter als bisher angewendet werden.

„Ob wir darüber alle mal ganz anders denken, wenn wir jetzt Ende des Jahres sehen, dass uns hier lauter Millionen fehlen - gut, weiß ich nicht. Aber im Augenblick gibt es da keine Vorgaben. (OA Innere, C113, 77).

Es gibt nach wie vor die ganze Palette, das ist schon richtig, aber, ich sag mal, wir gucken da schon auf eine medizinische Qualität. Das muss sein. Das muss auch drin sein. Also ich sag mal so: Noch sind wir nicht angezählt in den roten Zahlen und existenziell bedroht, dann mag die Diskussion sich noch mal verschärfen, ja?“ (Geschäftsführer, E105, 190)

Versorgungsauftrag

Zweitens hängt die Ausprägung der Spielräume auch vom Versorgungsauftrag der Krankenhäuser ab. Krankenhäuser der Maximalversorgung sind durch ihre hervorgehobene Bedeutung im Landeskrankenhausplan einerseits in ihrer Existenz weniger oder gar nicht bedroht. Andererseits haben sie weniger Möglichkeiten, Patienten abzuweisen oder an andere Krankenhäuser zu verweisen.¹⁹

„Wir haben nämlich kein Haus, wohin wir weiterhin wegschicken können. Andere Krankenhäuser, sagen wir der mittleren Versorgungsebene oder auch der unteren Versorgungsebene, die können einfach sagen: Wisst ihr was – die sagen das nicht öffentlich, aber die denken das dann – das wird uns jetzt zu teuer oder zu kompliziert oder beides, da gehen Sie mal besser ins Klinikum oder in die Poliklinik oder sonst wo hin. Wir sind hier, sag ich mal, der letztinstanzliche Problemlöser für Medizin in der Region. So. Und dann kriegen sie zeitweilig Patienten hier in

¹⁸ Zu den Folgen der DRG-Einführung für die verschiedenen Dimensionen der Versorgungsqualität aus Sicht der befragten Ärzte, Pflegekräfte und Verwaltungskräfte in den vier untersuchten Krankenhäusern siehe genauer Buhr/Klinke (2006).

¹⁹ In einem untersuchten Haus der Maximalversorgung (Krankenhaus B) wurde in den 1990er Jahren aufgrund von Budgetrestriktionen und politischer Vorgaben durch den Landeskrankenhausplan die Aufnahme von Patienten aus dem benachbarten Bundesland über das Instrument der Wartelisten verzögert. Diese Praxis ist mittlerweile jedoch wieder aufgehoben worden.

sehr schwierigen Zuständen angeliefert und und und. So. Und da sagt mir dann auch natürlich der behandelnde Arzt zu Recht: Ja, was soll ich denn machen?“ (Geschäftsführer, E105, 181)

Dies führt zu Folgeproblemen in Hinblick auf die Steuerung der Kosten, was Grundsatzkonflikte zwischen Verwaltung und Ärzten über die Aufnahme von Patienten oder die Durchführung von teuren Behandlungen befördert. Solange die wirtschaftliche Situation gut ist, werden diese Konflikte häufig noch zu Gunsten der Patienten gelöst (s. o.). Kleinere Krankenhäuser in der Fläche haben wiederum das Problem, dass einerseits bei langfristig roten Zahlen eine Streichung aus dem Landeskrankenhausplan droht²⁰ und andererseits Einrichtungen mit einer höheren Versorgungsstufe weit entfernt sind, so dass eine Abweisung von „teuren“ Patienten zu extremen Konflikten mit der Zumutbarkeit führt.

Einbindung der Mitarbeiter in die Organisationsentwicklung

Drittens spielt die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Krankenhaus eine Rolle. Wie stark die Mitarbeiter sich aktiv an Prozessen z. B. zur Verbesserung der technischen Effizienz (Wirtschaftlichkeit) beteiligen, hängt nicht zuletzt von Personalentwicklungsmaßnahmen (Austausch/Neubesetzung von Schlüsselpositionen) der Leitungen ab, die in den Krankenhäusern unterschiedlich stark genutzt wurden. Umstrukturierungs- und Sparmaßnahmen werden insoweit in unterschiedlichem Maße von den Krankenhausmitarbeitern mitgetragen. Leitende Ärzte und Pflegekräfte haben insgesamt weniger Probleme damit, ökonomische Interessen in ihr berufliches Selbstverständnis zu integrieren, als Pflegekräfte im Stationsbereich oder Assistenzärzte. Aber auch die Einbindung der Chefärzte gelingt nicht immer. Insoweit dürfte die weitere Entwicklung unter DRG-Bedingungen auch davon abhängen, wie weit es den Krankenhausleitungen gelingt, die Mitarbeiter von Umstrukturierungs- und Sparmaßnahmen zu überzeugen, widerständige Chefärzte im Zuge der Personalentwicklung „auszutauschen“ und die „normalen“ Pflegekräfte einzubinden.

„Der frühere Chefarzt ist rausgeschmissen worden, weil uns das zu lau war, was der da produzierte. Case-Mix-Index 0,86. Ist zu wenig für Urologie. 1,0 müssen wir mindestens machen. Hat auch andere Gründe, warum er rausgeflogen ist, aber war bezeichnend, dass der Case-Mix-Index nicht passte.“ (Geschäftsführer, C111, 97)

Leitbilder

Viertens sind die Strategien der Krankenhausleitungen zum Teil an ein Leitbild gebunden, in dem die jeweilige Philosophie des Krankenhauses, etwa die christliche Tradition, betont wird. Ein solches Leitbild, häufig im Rahmen von Zertifizierungen (z.B. KTQ) entwickelt, dient nicht nur dazu, Marketing zu betreiben und in der Binnenwirkung „Wir-Gefühle“ zu erzeugen, um verschlechterte Arbeitsbedingungen zu kompensieren. Es schafft auch einen Grundkonsens, auf den sich Ärzte und Pflegekräfte im Konfliktfall zwischen Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit berufen können. Wie wirksam oder widerständig solche Leitbilder in Zukunft sind, bleibt jedoch abzuwarten und in der zweiten Welle der Fallstudien zu untersuchen.

„Ja, die Verwaltung möchte nämlich: die Leute nehmt doch gar nicht auf! Und da sagt die Ärzteschaft, und da mache ich mich auch ganz stark für, und der ärztliche Direktor sieht das ganz

²⁰ Auch eine GmbH hat einen Anspruch auf Ausgleich ihrer Verbindlichkeiten, solange sie durch den Landeskrankenhausplan einen entsprechenden Versorgungsauftrag besitzt. Dies würde in dem Moment publik werden, wenn ein Insolvenzverfahren eingeleitet wird. Ein drohendes Insolvenzverfahren kann von der Geschäftsführung gegenüber ihren öffentlichen Gesellschaftern dazu benutzt werden, eine Begleichung der Fehlbeträge zu erwirken.

genauso, wir sind hier von unserem Leitbild her, wir sind hier ein katholisches Krankenhaus, und wir zunächst einmal für den, der Hilfe braucht, eine Anlaufstelle. Und da passt es nicht, dass man sagt, also, pass mal auf, du brauchst zwar Hilfe, aber mit deiner DRG können wir keinen Blumenpott gewinnen. Bleib mal draußen. Das möchten wir, wenn es geht, vermeiden. Und werden das im Augenblick auch noch tun. Wo das hinführt, weiß man noch nicht, denn es kann natürlich bestehen bleiben. Aber da sehe ich schon einen Konflikt auf uns zukommen.“ (Chefarzt Chirurgie, C109, 65-67)

Qualitätssicherung

Fünftens ist auch der Stand der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern zu beachten. Bisher wird in den Krankenhäusern keine spezielle Qualitätssicherung betrieben, die mögliche Folgen einer DRG-Einführung, wie z. B. Fallsplitting, Komplikationsraten, Rezidive und Schnittstellenprobleme, systematisch in den Blick nimmt. Die Grenze von Sparmaßnahmen ist zwar nach übereinstimmender Meinung der Befragten da erreicht, wo die Qualität der Versorgung gefährdet ist, allerdings finden sich bereits in allen untersuchten Krankenhäusern Hinweise darauf, dass die psychosoziale Versorgung sich verschlechtert hat und Schnittstellenprobleme existieren. Versorgungsdefizite gehen nicht nur zu Lasten der Patienten, sondern können sich auch wirtschaftlich nachteilig für das Krankenhaus auswirken, etwa wenn die Patientenzahlen aufgrund von qualitativen Defiziten zurückgehen. Auch Motivation und Zufriedenheit der Beschäftigten hängen davon ab, ob einer hohen Behandlungsqualität von Seiten der Krankenhausleitungen Priorität eingeräumt wird (vgl. dazu auch Krüger/Rapp 2006). Insofern kommt dem Auf- bzw. Ausbau von Qualitätssicherungssystemen eine wichtige Bedeutung zu. Auch in dieser Hinsicht gibt es zurzeit deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern. Ob in dieser Hinsicht eine Annäherung zwischen den Krankenhäusern erfolgt und wenn ja, in welche Richtung, ist ebenfalls in der zweiten Welle der Fallstudien zu klären.

„Also, für uns ist eben immer das Spannungsfeld, dass wir denken, dass zwar Einsparungen sicherlich irgendwo auch nötig sind und auch sinnvoll sind, aber dann kommen wir an einen Punkt, wo dann einfach die Qualität darunter leidet. [...] Natürlich kann man immer weiter sparen, aber irgendwann geht auch die Qualität runter. Und wenn dann keiner mehr zu uns kommt, weil alle denken, was ist das denn hier für ein Krankenhaus, dann haben wir uns natürlich tot gespart, weil dann die Einnahmen auch nicht mehr stimmen. Und ich glaube, da [...] herrschen durchaus unterschiedliche Meinungen darüber, wo denn dieser Punkt erreicht ist zwischen den Ärzten und zwischen den Wirtschaftlern.“ (Oberarzt Innere, C113, 43)

4 Fazit und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Die Anpassung an veränderte finanzielle Rahmenbedingungen in den von uns untersuchten Krankenhäusern verläuft nicht homogen. Es gibt Unterschiede zwischen Krankenhäusern je nach wirtschaftlicher Lage und innerhalb von Krankenhäusern je nach Abteilung oder Chefarzt. Die Heterogenität verweist darauf, dass das Versorgungsgeschehen von Rahmenbedingungen (Budgetsituation, Versorgungsauftrag) und hausinternen Faktoren abhängig ist und die Folgen der DRG-Einführung durch vorhandene Strukturen und Konstellationen modifiziert oder gebrochen werden. Solche Strukturen (z. B. die Chefarzthierarchie) können widerständig gegen Veränderungen sein, so dass die Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen nicht gleich schnell erfolgt. Es muss von einer längeren Latenzzeit des Wandels ausgegangen werden, die nicht nur der Tatsache geschuldet ist, dass die Konvergenzphase bis 2009 gestreckt wurde, sondern auch von innerorganisatorischen Prozessen, z. B. dem zu erwartenden Generationenwechsel bei den Chefarzten, abhängt.

Die Folgen der DRG-Einführung für die Versorgungsqualität im Krankenhaus sind zur Zeit noch begrenzt, da die Krankenhausleitungen relativ wenig direkten Einfluss auf ärztliche und pflegerische Entscheidungen nehmen und die Beschäftigten Spielräume zu Gunsten von Patienten nutzen können. Allerdings nimmt die Wirkung diffuser Steuerung nach Erlös und Kostenrelationen zu und hat in einzelnen Häusern oder Abteilungen bereits ein Ausmaß erreicht, das zu unstrittigen Nachteilen für die Patienten führt (Entlassungszeitpunkt, Fallsplitting, Ganzheitlichkeit, psychosoziale Versorgung). Außerdem kann schon heute die Existenz gravierender Schnittstellenprobleme als wahrscheinlich angenommen werden, da eine mehr als ungenügende Kooperation mit z. B. niedergelassenen Ärzten bekannt ist (Klinke/Kühn 2006) und jegliche systematische Kontrolle der Behandlungsergebnisse fehlt.

Im Hinblick auf eine zweite Welle der Fallstudien ist zu fragen, ob es im Zuge der „Scharfschaltung“ der DRGs unter dem „Zwang der Verhältnisse“ zu einer Verstärkung und Vereinheitlichung der Entwicklung in Richtung negativer Folgen für die Beschäftigten und die Versorgungsqualität kommt, bzw. über „Marktbereinigungen“ diejenigen Häuser verschwinden, die schlecht mit dem neuen Finanzierungsmodell zurecht gekommen sind.

Literaturverzeichnis

- Bauer, Ullrich, 2006: Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Bd. 39, Heft 8-9: 17-24.
- Blanke, Bernhard; Kania, Helga, 1996: Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen, in: Leviathan, Bd. 24, Heft 4: 512-537.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2003: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung, hrsg. von Ersatzkasse, GEK Gmünder, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 26, St. Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2006: Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten, St. Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas, 2004: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung, hrsg. von Ersatzkasse, GEK Gmünder, Schriften zur Gesundheitsanalyse, Band 32, St. Augustin: Asgard.
- Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas (Hg.), 2000: Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Buestrich, Michael; Finke, Frank Peter; Latorre, Federico, 2005: Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung: Möglichkeiten präventiver Arbeitsförderung im Klinikbereich, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 59, Heft 03-04: 31-41.
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian, 2006: Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern., 6/2006 Zentrum für Sozialpolitik: Bremen.
- Busse, Reinhard, 2006: Gesundheitsökonomie. Ziele, Methodik und Relevanz, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Bd. 49, Heft 1: 3-10.

- Dahlgaard, Knut; Stratmeyer, Peter, 2005: Patientenorientiertes Management der Versorgungsprozesse im Krankenhaus, in: *Pflege & Gesellschaft*, Bd. 10, Heft 3: 142-149.
- Feld, Michael, 2005: Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Weiterbildung wird zum lästigen Nebenprodukt, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 30, Heft: A-2128/B-1796/C-1700.
- Gern, Wolfgang, 2004: "Sieben Thesen zur Ökonomisierung der Diakonie. Ausverkauf oder Chance?", in: Ulshöfer, Gotlind; et al. (Hg.), *Ökonomisierung der Diakonie. Kulturwende im Krankenhaus und bei sozialen Einrichtungen*, Frankfurt/M.: Haag + Herchen: 62-65.
- Jakobi, Tobias, 2004: "Vom eingetragenen Verein zur Aktiengesellschaft: Chancen und Risiken von Rechtsformen", in: Ulshöfer, Gotlind; et al. (Hg.), *Ökonomisierung der Diakonie. Kulturwende im Krankenhaus und bei sozialen Einrichtungen*, Frankfurt/M.: Haag + Herchen: 78-88.
- Kelle, Udo, 1999: *Integration qualitativer und quantitativer Methoden, CAQD 1999 - Computergestützte Analyse qualitativer Daten*, Marburg,
- Klinke, Sebastian, 2003: *Ordnungspolitische Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetzgebungsbemühungen*, Diplom Arbeit, Diplom Studiengang Politikwissenschaft, Universität Bremen: Bremen.
- Klinke, Sebastian, 2005a: *Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischem Wandel im Gesundheitswesen. Auswirkungen der gesundheitlichen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefarzten im Bundesland Bremen*, SP I 2005-303 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB): Berlin.
- Klinke, Sebastian, 2005b: "Von Menschen, Häusern und Autos", in: *Freitag* 51.
- Kluge, Susann; Kelle, Udo (Hg.), 2001: *Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung. Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in der Lebenslauf- und Biographieforschung*, Weinheim und München: Juventa.
- Krüger, Carsten; Rapp, Boris, 2006: *Ethik im Gesundheitswesen: Behandlungsqualität oberste Priorität*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 103, Heft 6: A-320.
- Kühn, Hagen, 1998: "Medizinische Versorgung im Wandel - Entwicklungstendenzen in medizinischen Versorgungssystemen westlicher Industrieländer", in: Körner, U.; et al. (Hg.), *Wird Gesundheit zur Luxusware? Solidarische Gesundheitsversorgung und die Zukunft der Medizin*, Berliner Medizinethische Schriften, Dortmund: Humanitas: 25-41.
- Kühn, Hagen, 2002: "Arzt-Patient-Beziehung und ökonomische Steuerung des Arztverhaltens", in: Meißel, T.; Eichberger, G. (Hg.), *Perspektiven einer künftigen Psychiatrie*, Linz: edition pro mente: 77-101.
- Kühn, Hagen, 2003: "Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit", in: Büssing, A.; Glaser, J. (Hg.), *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*, Schriftenreihe Organisation und Medizin, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe: 77-98.
- Kühn, Hagen, 2004: "Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung", in: Elsner, Gine; Gerlinger, Thomas; Stegmüller, Klaus (Hg.), *Markt versus Solidarität: Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*, Hamburg: VSA: 25-41.
- Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus, 2000: *DRG-Fallpauschalen: eine Einführung*, Stuttgart, New York: Schattauer.

- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike, 1991: "ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig beachtet", in: Garz, Detlef; Kraimer, Klaus (Hg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*, Opladen: 441-471.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike, 1997: "Das ExpertInneninterview - Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung", in: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Weinheim, München: Juventa: 481-491.
- Nullmeier, Frank, 2004: Vermarktlichung des Sozialstaats, in: *WSI Mitteilungen*, Bd. 57, Heft 9: 495-500.
- o. A., 2005: *Krankenhaus Rating Report 2006: Die Entwicklung der deutschen Krankenhäuser - Wege zu einer nachhaltig finanzierbaren Patientenversorgung* ADMED GmbH Unternehmensberatung Health Care & Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Essen):
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas, 2004: *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, Bern: Hans Huber.
- Schömann, Klaus, 1995: *Active labour market policy in the European Union*, Bd. FS I 95-201, Diskussionspapier des Forschungsschwerpunkts "Arbeitsmarkt und Beschäftigung" des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, Berlin: WZB.
- Simon, Michael, 2000: DRG geben Impulse zur Bildung von multiprofessionellen Versorgungsteams, in: *Pflegezeitschrift*, Heft 12: 819-823.
- Simon, Michael, 2001a: *Die Ökonomisierung des Krankenhauses*, Arbeitsgruppe Public Health Arbeitspapier P01-205 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Berlin.
- Simon, Michael, 2001b: *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*, P01-205 WZB: Berlin.
- Wieteck, Pia, 2005: Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG, in: *Pflege & Gesellschaft*, Bd. 10, Heft 3: 115 - 124.

Anhang

Fallstudie B

Finanzielle Rahmenbedingungen, Strategien der Krankenhausleitung zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Rolle der Verwaltung

Das Krankenhaus B ist ein großes öffentliches Krankenhaus der Maximalversorgung mit über 700 Betten in einem tendenziell überversorgten urbanen Setting. Aufgrund seiner Größe und Angebotsstruktur sowie der öffentlichen Trägerschaft ist der ökonomische Druck bisher eher als moderat einzustufen. Am meisten befürchtet wird daher eine Privatisierung des Hauses, die schon seit vielen Jahren im Gespräch ist (PL Chirurgie, B101, 99 - 105). Im Jahre 2004 wurden gut 22.000 Patienten stationär und fast 28.000 ambulant behandelt. Die Zahl der laut KTQ-Bericht stationär behandelten Fälle liegt bei 25.121. Die Auslastung liegt bei etwa 85 Prozent (MC, B101, 183). Im *Leitbild* des Hauses wird ein universeller Anspruch auf Versorgung aller hilfebedürftigen Menschen betont, wobei auch die individuelle Persönlichkeit des Patienten und das Recht auf Selbstbestimmung geachtet werden.

1976 wurde das Haus als städtischer Eigenbetrieb gegründet. Aufgrund seiner Hochhausstruktur sind einer Optimierung der Wegezeiten Grenzen gesetzt, weshalb in dieser Hinsicht wenig Handlungsbedarf gesehen wird und seit Jahren immer wieder ein Neubau diskutiert wurde (MC, B107, 229). Derzeit wird ein Investor gesucht, der bereit ist, 49 Prozent der Anteile zu übernehmen. Davon hängt die Freigabe von Investitionsmitteln des Landes ab, so dass dieser Form von Teilprivatisierung eine hohe Bedeutung für die weitere Entwicklung des Hauses beigemessen wird (PD, B109, 141). Die 49 Prozent Klausel wird jedoch als hinderlich für erfolgreiche Verhandlungen mit potentiellen Investoren angesehen (OA Gynäkologie, B106, 112). Das Haus ist zwar weiterhin „Eigentum der Stadt, aber die Stadt muss nicht mehr zubuttern, wenn Defizite auftreten“ (Leitender OA Gynäkologie, B106, 129).

Formal wird das Haus weiterhin vom für Krankenhausleitungen typischen Dreigestirn aus Verwaltungsdirektor, ärztlichem Direktor und Pflegedienstleitung geführt (ÄD, B102, 96 - 102). Bei strategischen und strittigen Fragen innerhalb der Krankenhausleitung hat jedoch der Geschäftsführer das letzte Wort.²¹ Dieser ist seit 1997 Verwaltungsdirektor des Hauses und hat dort auch nie eine andere Position bekleidet (VD, B110, 2). Die Position der Verwaltung wurde im Kontext der DRG-Einführung durch die Einrichtung neuer Stabstellen und dem Ausbau der EDV gestärkt (CA HNO, B103, 216). Als Zuarbeiter der Direktion fungieren seitdem der Controller und auf ärztlicher Seite sein Pendant, der medizinische Controller (MC, B107, 115).

²¹ Dies wurde an parasprachlichen Äußerungen des ärztlichen Direktors (ÄD, B102, 96 - 102) und am Verhalten der Leitungsebene untereinander bei Tisch deutlich. Direkt auf Veränderungen seiner Führungsrolle als Verwaltungsdirektor angesprochen, wurde der Frage ausgewichen und auf Kooperationsfördernde Maßnahmen verwiesen, die derzeit erprobt werden, um eine höhere Durchsetzungsfähigkeit von Entscheidungen zu erreichen (VD, B110, 45 - 67).

Mit Einführung der Krankenhausbudgetierung 1993 veränderte sich für das Haus das politische Klima. Die Kommune als Träger ließ durchblicken, dass an einem weiteren Wachstum kein Interesse bestünde. Patienten aus der Region sollten nur noch nachrangig behandelt werden.²² Wartelisten waren die Folge:

B01: Ja, es hat sich relativ einschneidend auf unsere Leistungsentwicklung ausgewirkt, weil wir eine sehr hoch ausgelastete Klinik waren mit Belegungen deutlich über 100 Prozent der nach Landeskrankenhausplan zugewiesenen Kapazitäten. Das hat sich unter den Budgetierungsspekten als quasi unbezahlte oder nur teilbezahlte Mehrleistung dargestellt, so dass dann von Seiten der Krankenhausverwaltung eher ein Interesse bestand, die Leistungen zu reduzieren.

I01: Leistungen reduzieren, heißt das, dass das einfach über Mengenverhandlungen, also über die Aufnahme, geregelt wurde?

B01: Ja. Und von Seiten der Landeskrankenhausplanung wurde von uns verlangt, möglichst wenig [...] Patienten [aus der Region X] zu behandeln.

I01: Wurde das gegenüber den Patienten auch entsprechend kommuniziert, dass gesagt wurde, sie sind [aus der Region X] ...?

B01: Nein, nur intern.

I01: Und hat das entsprechend zu Wartelisten geführt? Dass man darüber versucht hatte, innerhalb der Zahlen zu bleiben?

B01: Ja, Wartelisten hat es gegeben. (ÄD, B102, 7 - 13)

Erst Ende der 90er Jahre führte die Budgetierung im Bereich der Pflege zu spürbaren Einschränkungen bei der Versorgung aufgenommenen Patienten, in dem die Qualität von Verbrauchsmaterialien abnahm. Auch kleinere Investitionen wurden für die Beschäftigten schwer durchsetzbar und fachliche Weiterbildungen nicht mehr durchgeführt oder genehmigt (PL Chirurgie und PL Neurochirurgie, B101, 49 - 99). Arbeitszeiten, Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen wurden verändert (Leitender OA Gynäkologie, B106, 114), Stellen im Reinigungsbereich und der Pflege nicht wieder besetzt sowie Einkauf und Lagerhaltung über einen Krankenhausverbund konzentriert und die Produktpalette gestrafft:

B01: Wenn ich mich richtig erinnere, waren wir damals 740, 730 Mitarbeiter in der Pflege, also Köpfe, inklusive Teilzeit, jetzt sind wir 650 oder so etwas, also eine ganze Reihe von Mitarbeitern weniger. [...] Also, wir haben sehr viel flexibilisiert, wir haben auch gerade in letzter Zeit noch einmal ein komplettes Projekt aufgelegt. Arbeitszeitflexibilisierung mit Zeitkonten, was zur Folge hatte, dass die Mitarbeiter auch weniger verdienen, weil es keine Überstundenzuschläge mehr gibt, und weil ab einer bestimmten Summe an Überstunden das gekappt wird. Wir haben also auch die Mitarbeiter in die Pflicht genommen, da selber dafür zu sorgen, dass sie ihre Stunden abbauen. Manche sammeln ja auch ganz gerne. Dort, wo wir es eingeführt haben, dieses Projekt, auf den Stationen, haben wir keine einzige Überstunde mehr. Wir haben Einsparungen in der Höhe, allein im Pflegedienst, in der Höhe von 70.000 bis 80.000 Euro im Jahr dadurch. [...] Aber insgesamt, was die Mitarbeiter betrifft, die Arbeitsverdichtung ist spürbar, die Zunahme von berufsbedingten Erkrankungen, auch wenn sie von der BG nicht anerkannt sind, Rückenerkrankungen und so, ist erheblich. (PD, B108, 7 - 11)

Momentan versucht der Verwaltungsdirektor, über Formen des „kooperativen Managements“ die im Zuge der Sparmaßnahmen verloren gegangene Mitarbeitermotivation wieder herzustellen. Derzeit besuchen er, der ärztliche Direktor und die Pflegedienstleitung entspre-

²² Interessanterweise wird im derzeitigen Leitbild des Krankenhauses die „Verbundenheit mit den Menschen in der Region“ betont. Momentan sind die Wartelisten aber auch nicht so lang, da die Menschen sich aufgrund der Arbeitsmarktsituation nicht trauen, sich krankschreiben zu lassen (ÄD, B102, 17).

chende Managementseminare an der Universität. Über die Einbindung aller leitenden Angestellten in einem neu geschaffenen Entscheidungsgremium sowie einer umfassenden Informationsoffensive gegenüber sämtlichen Beschäftigten wird versucht, einen strukturellen Wandel durchzusetzen (VD, B110, 45 - 67). Der angestrebte Wandel in den Köpfen sei bisher allerdings nur auf der Führungsebene erfolgreich (VD, B110, 66).

Derzeit wird die Gründung einer Holding angestrebt, die vier Großkrankenhäuser umfasst. Auf der Basis bereits gemeinsam entwickelter klinischer Pfade will man so den Krankenkassen standardisierte Leistungen zu einem „günstigen Preis“ anbieten können (VD, B110, 44 - 45). Damit will man sich im Wettbewerb mit kleineren Häusern in der Region durchsetzen. Die Verhandlungen über einen Landesbasisfallwert stecken zur Zeit in einer Sackgasse, da die Positionen der Kassen und der Häuser weit auseinander liegen. Weder die Option der Ersatzvornahme durch das Land noch die Anrufung der Schlichtungsstelle erscheinen aus Sicht des Verwaltungsdirektors für das Haus wünschenswert:

B01: Gibt es eine Einigung für einen Landes-Basisfallwert [...] oder gibt es Ersatzvornahme [...] oder gibt es vielleicht eine Schiedsstelle, was alle nicht wollen. Weil der Schiedsstellenvorsitzende doch immer versucht sich in der Mitte zu treffen. Das wären 12 Millionen, und das ist auch nicht zu empfehlen. Jetzt laufen Verhandlungen gerade im kleinen Kreis, da bin auch ich beteiligt, und dann wird sich entscheiden, wie die Rahmenbedingungen für dieses Jahr aussehen. (VD, B110, 749)

Neben Maßnahmen zur Kostensenkung wurde aber auch modernisiert und investiert, um die Attraktivität des Krankenhauses zu erhöhen, vor allem um für einen möglichen privaten Investor (s. o.) attraktiv zu sein (MC, B101, 71; PD, B109, 141). Neben dem bereits abgeschlossenen Bau einer neuen Empfangshalle und der Renovierung einiger Stationen ist die Einführung einer neuen Software geplant, die mittels einer elektronischen Patientenakte zu einer Rationalisierung der Dokumentationsaufgaben beitragen soll (MC, B101, 71; PL, B101, 108; Leitender OA Gynäkologie, B106, 150).

In der Anfangsphase der Budgetierung war das Krankenhaus noch so gut gestellt, dass große Teile der Investitionskosten aus dem Budget abgezweigt werden konnten (VD, B110, 8; PD, B108, 18; CA HNO, B103, 25). Der ärztliche Direktor ist diesbezüglich jedoch anderer Ansicht und meint, dass die Krankenhausverwaltung mit Einführung der Budgetierung begonnen hat, ein Interesse an Leistungsreduzierungen zu entwickeln (ÄD, B102, 6 - 7). Dadurch haben sich seines Erachtens bestimmte vermittelte Logiken etabliert, die wirtschaftliche Interessen über das unmittelbare Patienteninteresse an einer möglichst zügigen und erfolgreichen Intervention stellen. Bisher existieren allerdings keine Abteilungsbudgets. Nur wenn in bestimmten Bereichen (Beispiel Antibiotika-Verbrauch) für das ganze Haus die Zielgrößen überschritten werden, wird seitens der Verwaltung interveniert und nach Wegen gesucht, um die Kosten zu reduzieren (ÄD, B102, 50; CA HNO, B103, 42 - 51):

I01: Hatten Sie in den neunziger Jahren den Eindruck, dass Sie in Ihrem ärztlichen Handeln irgendwelchen Sparzwängen unterliegen? [...]

B01: Ja, zum Beispiel anhand von Implantatkosten oder Antibiotika-Kosten sind schon konkrete Rückmeldungen gekommen, [...] wenn die Steigerungsraten höher waren als die prognostizierte Entwicklung und auch die Budgetentwicklung überschritten haben. [...] Eindimensionale Auswirkungen der Ökonomie auf die Therapieentscheidung [gab es] sicherlich nicht. Vielleicht in mehreren Vermittlungsschritten, [...] dass man sagt, wir sind mit dem Antibiotika-Verbrauch in diesem Jahr 15 Prozent über [dem] Vorjahr, woran liegt das? Wir identifizieren die Präparate, die die größte Steigerung haben, wir überlegen uns, ob wir diese Präparate vorrangig künftig weiter einsetzen, oder ob wir nicht diese Präparate erst an zweiter Stelle oder nur als Notfall an dritter Stelle der Behandlungsentwicklung einsetzen. Das wäre aber nur eine allgemeine Strategie, und es wäre nicht so, dass man sagt, Präparat X ist zu teuer, das geben wir nicht mehr.

[...] Das ist ja auch immer eine Risikoeinschätzung des Einzelfalls - dass man sagt, wir versuchen mit Stufe eins zum Erfolg zu kommen, bevor wir Stufe zwei anwenden, und nehmen bewusst dadurch auch ein Risiko des primären Nichterreichens des Behandlungsziels, zumindest vorübergehend, in Kauf. So, in dieser Weise wirken sich ökonomische Vorgaben aus. Das ist aber, unabhängig von den neunziger Jahren, grundsätzlich mit der Einführung von Budgets verbunden. Sowohl für Krankenhaus als auch Niedergelassene. [...] Für uns war es relativ früh spürbar, meine ich. Weil man auch bestimmte Dinge nicht kaufen konnte, die nur an Zusatzvereinbarungen gebunden waren, und die Kassen gesagt haben, nein, das ist in ihrem Pflegesatz grundsätzlich mit enthalten, so ist die Sozialgesetzgebung, so ist die Vertragsformulierung, das zahlen wir nicht extra, so dass auf diese Weise bestimmte Elemente des medizinischen Fortschritts erst mal außer Reichweite waren. (ÄD, B102, 62 - 71)

Personalentwicklung im Rahmen der Maßnahmen des „kooperativen Managements“ ist die Schlüsselmaßnahme der Krankenhausleitung, um wirtschaftliche Denkweisen und eine Dienstleistungsorientierung bei den Mitarbeitern zu verankern und die Qualität zu erhöhen. Im Pflegebereich konnten durch Verbesserungen der Arbeitsorganisation bereits „70.000,- bis 80.000,- Euro im Jahr“ (PD, B108, 10) eingespart werden. In diesem Zusammenhang betont der Verwaltungsdirektor die Notwendigkeit von Kommunikation zwischen allen Beteiligten, um Entscheidungen zu treffen, die dann auch umgesetzt werden. Es sei wichtig, allen Mitarbeitern im Haus das Gefühl zu vermitteln, informiert und gefragt zu werden, damit sie bereit sind, Veränderungen mitzutragen. Die Vorbereitungen zur KTQ-Zertifizierung wurden vom Verwaltungsdirektor als sehr hilfreich für die Erreichung dieser Ziele wahrgenommen (VD, B110, 54 - 56). Neben dieser Binnenwirkung von Zertifizierungen dienen diese zunehmend als strategisches Mittel zur Verfolgung von bestimmten Versorgungszielen, da die Kassen bei Verhandlungen über die Ansiedlung neuer Leistungsschwerpunkte (z.B. Brustzentrum) verstärkt Zertifikate einfordern:

B01: Das ist ein Aushängeschild, eine Marke, die man sich hinhängen kann. TÜV-Geprüft [...]. Aber es ist nicht nur das, sondern es hat noch zwei weitere Komponenten. Das eine ist, wenn wir sozusagen Marktvorteile in bestimmten Bereichen erringen wollen, z. B. Brustzentrum. Sind wir u.a. deswegen geworden, weil wir diesen Bereich schon haben zertifizieren lassen. Aber es gibt noch eine ganze Reihe anderer Bereiche, wo man einfach nachher auch von den Kassen abgefordert wird: „Ja seid ihr denn da zertifiziert?“. Es wird nachher ein Einkaufsmodell ja sein von den Kassen, die zu kostengünstigen Preisen, aber auch zu einer nachgewiesenen Qualität an bestimmten Krankenhäusern ihre Leistungen einkaufen. Das ist ja jetzt schon, Kontingente werden vereinbart. (PD, B108, 84)

Eine Kostenträgerrechnung wurde bisher nicht entwickelt. Seit zwei Jahren wird jedoch daran gearbeitet, denn im Zusammenhang mit der DRG-Einführung wird ihr eine entscheidende Rolle beigemessen, wenngleich hier von Seiten des Controllings mit Widerständen bei der Informationsbeschaffung seitens der Chefärzte gerechnet wird (MC, B101, 213 - 215; C, B104, 14 - 17, 145 - 147).

Was die Liegezeiten betrifft, so ist es in den 90er Jahren, bezogen auf einzelne Behandlungsformen, zu einer kontinuierlichen Verweildauerreduzierung gekommen, bei gleichzeitiger Fallzahlerhöhung (stellv. PD, B109, 16). Ermöglicht wurden diese durch eine Verdichtung der Behandlungsabläufe, durch ambulante Voruntersuchungen sowie durch eine schnellere Vermittlung in nachgelagerte Behandlungsformen (PD, B108, 6):

B01: Es gab eigentlich kontinuierlich eine Verweildauerreduzierung über das ganze Jahrzehnt, und Maßnahmen, mit denen das erreicht wurde, war eine Verdichtung der Leistung während des stationären Aufenthaltes und zum Teil Vorverlagerung von bestimmten Untersuchungen vor die Aufnahme ins Krankenhaus, und natürlich eine engere Anbindung von Rehabilitationsmaßnahmen, so dass dann auch am Schluss des Behandlungsprozesses ein schnellerer Übergang in andere Behandlungsformen ermöglicht wurde. (ÄD, B102, 21)

Allerdings hat sich die durchschnittliche Verweildauer, bezogen auf das gesamte Haus, in den letzten Jahren immer ein wenig gesteigert. Dies wird auf die veränderte Sozial- und Altersstruktur der Patienten zurückgeführt:

B01: Im Prinzip hat sie sich immer leicht erhöht. Durch diese Entwicklung, die ich gerade angesprochen habe. Wir sind ja Maximalversorger, haben hier ein sehr ländliches Gebiet, wo durch die hohe Arbeitslosigkeit alle jungen Leute wegziehen. [Die Stadt X] hat 18 Prozent Arbeitslose, hat die höchste Quote an Sozialhilfeempfängern, und die Gesellschaft veraltet hier. Und dementsprechend bekommen wir natürlich auch immer multimorbidere, kranke, alte Patienten. (MC, B101, 77)

Folgen der DRG-Einführung

Wie zuvor beschrieben, sind als Folge der Budgetierung bereits in den 90er Jahren im Krankenhaus B Maßnahmen ergriffen worden, mit denen die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses verbessert werden sollte. Diese Formen einer „Ökonomisierung der Behandlungsprozesse“ (ÄD, B102, 108) werden durch die DRG-Einführung verstärkt und intensiviert, wobei derzeit der Hauptangriffspunkt „die präoperative Verweildauer [ist], dass die Organisationsstruktur so optimiert wird, dass die Operation einfach schneller gestartet wird, dass diese ganzen Voruntersuchungen schneller ablaufen.“ (MC, B101, 99)

Finanzielle Chancen und Risiken der DRG-Einführung für das Krankenhaus

Welche Bedeutung die DRG-Einführung für die zukünftige Positionierung des Krankenhauses B insgesamt hat, wird vorsichtig optimistisch eingeschätzt. Während einerseits verstärkte Budgetrestriktionen (VD, B110, 70) als Problem für die Krankenhausentwicklung angesehen werden (MC, B101, 65), wird andererseits vor allem die Wettbewerbssituation in der Region positiv eingeschätzt und das wirtschaftliche Überleben nicht als gefährdet betrachtet (PD, B108, 126). Nicht zuletzt als großes Krankenhaus sieht man sich unter DRG-Bedingungen perspektivisch im Vorteil, da hier die Kassen die Behandlungen mit großen Vorhaltekosten konzentrieren werden:

B01: Ja, die Vorgaben sind limitierend, die Einschränkungen, die die Kassen daraus ableiten, sind zum Teil auch erheblich. Besonders schmerzlich ist, dass eben die Tarifentwicklung nicht mehr abgebildet wird auf der Budgetseite. Das ist für die Krankenhäuser die größte Problematik. (ÄD, B102, 77)

B01: Momentan sind die Kassen dabei zu sagen, wir wollen erst mal 25 Millionen Euro aus [dem Landes-Budget] abziehen, damit wir eine ordentliche Grundlage haben. Ja, die wollen jetzt die *ganze Basis* um 25 Millionen senken und dann fangen sie an zu verhandeln. (VD, B110, 74)

B01: Ich glaube schon, dass es einen bundeseinheitlichen Kostensatz für jede einzelne Erkrankung geben wird, und da sind natürlich die Häuser, die relativ hohe Vorhalteleistungen haben, sage ich mal, etwas brisant drin. Die sind auf der einen Seite etwas sicherer, weil sie von den Kassen sozusagen die Aufträge bekommen werden - die kleineren Krankenhäuser werden diese Aufträge nicht mehr bekommen, also sprich dort werden keine Operationsleistungen oder Behandlungsleistungen mehr eingekauft, sondern das wandert an die großen Krankenhäuser. (PD, B108, 136)

Der Bereich Personalkosten wird von der Direktion am stärksten restriktiv gestaltet. Während es z.B. kein Problem ist, wenn ein Chefarzt sein Budget um 200 Prozent überschreitet (CA HNO, B103, 53) oder die Pflegedienstleitung 300 000 Euro für einen neuen Sterilisator haben will (PL Chirurgie, B101, 324), werden eher die Ärzte und Krankenschwestern mit weiteren Aufgaben belastet, als dass z.B. Dokumentationsassistenten eingestellt werden

(MC, B101, 65). Diese restriktive Personalpolitik erscheint solange betriebswirtschaftlich sinnvoll, wie der Basisfallwert günstig zum erwarteten Landesfallwert liegt:

B01: Das ist natürlich ein gewisses Abwägen. Es kommt ja immer darauf an, wie steht ein Krankenhaus insgesamt da. Weil wir haben jetzt, ich sage mal, die erfreuliche Situation, dass wir so gesehen im [Land X] genau im Mittelwert liegen. Und dann haben wir natürlich nicht so den enormen Druck wie andere Häuser, um entsprechend die medizinische Dokumentation noch mal einen großen Schritt vorwärts zu bringen. In der Richtung hat man natürlich dann, ich will jetzt nicht sagen, ein gewisses *Polster*, das wäre vielleicht ein bisschen übertrieben, aber es ist vielleicht nicht ganz so eilig. Weil man kann ja jederzeit in diesem Bereich noch agieren, und wenn es zu kritisch wird, entsprechend dann reagieren. Anders ist, wenn man jetzt tatsächlich einen Basisfallwert hätte und hätte einen *wahnsinnig* hohen, dass man dann sagt, jetzt muss ich ja wirklich versuchen, alle Dinge auszureizen, um entsprechend mit dem Wert runterzukommen. (MC, B107, 127)

Als positiv für die künftige finanzielle Situation des Krankenhauses wird die Veränderung des Basisfallwertes angesehen, die tendenziell größere Krankenhäuser bzw. die Hochleistungsmedizin bevorzugt. Allerdings habe hier das Haus, wie auch generell größere Häuser, noch Nachholbedarf, was die Codierung der Fallschweregrade (Nebendiagnosen) betrifft. Kleinere Häuser seien hier tendenziell schon weiter, weil der ökonomische Druck als höher empfunden wurde, den CMI möglichst rasch zu erhöhen (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 93). Problematisch ist, dass zwar die Erlöse transparent sind, nicht jedoch die Kosten (CA HNO, B103, 96). Jedoch gilt für die Übergangsphase der nächsten Jahre, dass die jährlichen Anpassungen der Bewertungsrelationen vorschnelle betriebswirtschaftliche Anpassungen des Leistungsangebotes unmöglich machen (CA HNO, B103, 182), insofern sind die Liegezeiten derzeit die direkteste Möglichkeit, Kosten zu senken:

B01: Wir sind an der Grenze dessen, was wir erreichen können. Darüber bin ich mir im klaren. Aber auf der anderen Seite haben wir, wie gesagt, einen höheren Anteil an schwerer kranken Patienten, und die werden natürlich auch besser vergütet letztendlich im DRG-System, das wissen Sie. Wir versuchen, die Liegedauer trotzdem so gering wie möglich zu halten, das ist klar, denn nur dann lohnt es sich richtig. Und der Aufwand für schwerer kranke Patienten ist aber auch teilweise höher. (CA HNO, B103, 74)

Die Einschätzungen über die weitere Entwicklung unterscheiden sich auch nach Fachdisziplin (stellv. PD, B109, 100). Klar ist derzeit nur, dass die Bedeutung der jeweiligen Abteilungen zunehmend von ökonomischen Erwägungen abhängig sein wird (MC, B107, 217). Sicherlich wird es aus strategischen Gründen weiterhin Quersubventionierungen im Krankenhaus geben, aber künftig gefördert werden mehrheitlich diejenigen Abteilungen, von denen man ausgeht, dass sie Gewinne abwerfen (VD, B110, 10):

B01: Abhängig vom jeweiligen aktuellen DRG-Bewertungssystem, das ja von Jahr zu Jahr auch-, waren wirklich Chirurgen sehr stark abgestürzt, im Verhältnis zu früher, und die entsprechenden Fächer wie Neurologie, aber auch die Haupt-Klinik, dann die Teile der inneren Medizin. Also, weil die HNO [als] chirurgisches Fach aber [...] eben [...] sehr weit oben rangiert, die Geriatrie z. B. [auch] sehr hoch, die Frauenklinik im Mittelfeld, aber die Chirurgen liegen unterhalb der Durchschnittsrentabilitätsgrößen dieses Hauses und zwar durch die Bank. Deswegen fördern wir sie auch nicht. Das sind dann die strategischen Auswirkungen. Wir fördern sie nicht, sondern wir fördern diese Fächer, die einen hohen Rentabilitätsfaktor haben im Bezug zum aktuellen DRG-System, wobei unsere Sorge immer darin besteht, dass sich das zum nächsten Jahr ändert. [...] So hat sich das Bild auf verschiedene Abteilungen etwas gewandelt. Das entsteht durch Klinik-Vergleichsrechnungen, wenn man sich die Gesamtkosten, die da reinfließen, einschließlich innerbetrieblicher Leistungen, mit den Gesamterlösen vergleicht, und dann das noch mit den DRG-Erkenntnissen abgleicht, dann kommt man [...] auf die Durchschnittsrentabilität des Krankenhauses und dann sieht man, wer wie weit drunter oder drüber liegt. (VD, B110, 38)

Maßnahmen zur Erhöhung der Fallzahlen und der Patientenbindung

Beim Übergang zum DRG-System befand sich das Krankenhaus B in einer guten Ausgangsposition. Die Belegung ist hoch und das Einzugsgebiet groß. Alle Befragten sind sich jedoch darüber einig, dass sich die Rahmenbedingungen im DRG-Zeitalter verändert haben und das Krankenhaus Anstrengungen unternehmen muss, seine Position zu halten und gezielt Patienten an sich zu binden. Entgegen den 90er Jahren sollen nun wieder verstärkt Patienten aus der Region geworben werden (ÄD, B102, 25), allerdings ist auf die Fallzahlenentwicklung bezogen immer gleichzeitig die Entwicklung der anderen zentralen Variablen, des CMI, zu berücksichtigen, um bezüglich der Budgetobergrenzen Defizite zu vermeiden:

B01: Wir haben im DRG-System drei entscheidende Größen: das Gesamtbudget, den Case-Mix als Leistungspunktwerte und dann die Fallzahlen. Nun muss man ja sagen, es ist für jedes Krankenhaus von der Führung her sehr unterschiedlich, wie haben sich diese drei Größen verändert. Das Budget ist da. Fallzahl und Case-Mix, diese zwei Größen können sich ja jederzeit verändern. Und da muss man natürlich gucken, [...] und wenn ich jetzt zum Beispiel sage, der durchschnittliche Case-Mix-Wert, der CMI, entspricht mit der Vereinbarung, und ich mache jetzt 1000 Fälle mehr. Mache ich einen Mehrerlös, darf ich ja nur 35 Prozent behalten. Die tatsächlichen Ist-Kosten, die vorhanden sind, decke ich mit den 35 Prozent Mehrerlösen auch tatsächlich meine Ist-Kosten? Das kann also bedeuten, Sie haben im Endeffekt wesentlich mehr durchgeführt als vereinbart ist, was ja auch sehr lobenswert ist, und haben nachher ein dickes, dickes Minus am Ende des Jahres, weil Ihre Kosten nicht gedeckt werden können. Und da muss man sehr individuell gucken mit der Fallzahl, mit dem Case-Mix: Wo stehe ich eigentlich? Und da muss man eben immer strategisch vorgehen, dass man sagt, so, jedes Vierteljahr muss man schauen, auf was muss man achten. Muss ich jetzt die Fallzahl steigern, und gar nicht mehr so schwere Patienten, sondern mehr die leichten Patienten, oder muss ich jetzt weniger Patienten behandeln, die lange liegen und schwer sind, damit ich mit dem Case-Mix hochkomme. Das ist immer abhängig, wie sich das Krankenhaus entwickelt hat. (MC, B107, 191)

Mit Einführung der DRG entwickelten sich die Fallzahlen uneinheitlich (stellv. PD, B109, 143). In einigen Abteilungen gingen die Liegezeiten runter und die Fallzahlen hoch, aber die durchschnittliche Verweildauer stieg ganz leicht an, was als soziodemographischer Effekt gedeutet wird und auch vom Landeskrankenhausplan gedeckt ist (s.o.). Maßnahmen, um die Fallzahlen zu stabilisieren oder zu erhöhen, sind Schwerpunktbildungen im Rahmen von DMPs/rabattierte Standardleistungen (Leitender OA Gynäkologie, B106, 112; VD, B110, 20, 30), Erhöhung der Krankenhausbindung der einweisenden Ärzte über kostenlose diagnostische Dienstleistungen und Verkürzung der Liegezeiten, um für berufstätige Patienten attraktiv zu sein (ÄD, B102, 75), sowie die Öffentlichkeitsarbeit:

B01: Das sind dann meistens so Abendveranstaltungen, die fangen so um 18.00 Uhr, 19.00 Uhr an, danach ein Essen und nettes Beisammensein, und davon haben wir unglaublich viele mittlerweile. Und das hängt natürlich letztlich davon ab, von der Fähigkeit der Klinik-Leitung und ihrer leitenden Mitarbeiter, etwas Besonderes zu können und das auch zu organisieren, also symposieren, Fortbildung und solche Lehrgänge, das veranstalten wir vielfältig. Seit Ende-, Anfang letzten Jahres haben wir eine neue Form eingeführt, die Arzt/Patienten-Seminare - einfach um diese Abhängigkeit von den Einweisungen der niedergelassenen Ärzte etwas zu verringern - wollten wir direkt an die Bürger herankommen. (VD, B110, 42)

Eine weitere Maßnahme zur Sicherung des Krankenhauses und Erhöhung der Patientenbindung, die bereits in den 1990er Jahren einsetzte, ist der Ausbau des ambulanten Bereichs. Diese zusätzlichen Budgetbestandteile sind vom Umfang her nicht unerheblich (VD, B110, 70), und das Aushandeln dieser Summen wird vom Verwaltungsdirektor als die schwierigste Phase in den Budgetverhandlungen beschrieben:

B01: Also hat man uns 1,2 Millionen abgezogen, Budget,[...] wir haben es aber wieder geschafft 800.000,- reinzukriegen, indem wir gesagt haben, wir machen die und die Leistungen

voll und zusätzlich usw. [erbracht]. [...] Das ist also die schlimmste Phase der Verhandlung, wo es darum geht, wie viel kriegen wir als Ausgleich. Und denn kommen sie her und denn untersuchen sie die einzelnen Mehrleistungen: Was war denn jetzt, was war denn hochcodiert, was war denn nicht nötig, was war denn unter dem? Da haben sie irgendwelche Dinge, die da in der Schublade liegen, die holen sie dann auch schon zur Bewertung heran so wie AEP, haben sie im letzten Jahr schon herangeholt. Ja, und denn verhandeln wir mit denen, um möglichst viel Geld rauszuholen, nicht? Bei dem, was wir mehr gemacht haben und zwar nur das, was wir sowieso weniger kriegen. Die 20 Prozent geben wir euch nicht, vielleicht fünf Prozent, nicht, und so nach dem Motto. So holen die sich eine Leistung nach der anderen umsonst. Also, z. B. sind wir mit unseren kardiologischen Leistungen auf dem Niveau von Niedergelassenen. Wir sind billiger oder gleich teuer, wie Niedergelassene, weil wir..., seit 1997 haben wir angefangen, die Kassen haben uns nie ein Budget dafür gegeben, für diese Leistungen, mal so ein kleines Startbudget. Heute ist das 20-fach so groß. Wir haben diese Leistungssteigerung immer nur mit Ausgleicherlösen finanziert. (VD, B110, 70-74)

Die Gründung einer Holding spielt in den zukünftigen strategischen Überlegungen der Krankenhausleitung eine wichtige Rolle. Der Verwaltungsdirektor sieht den Sinn der Holding darin, das Überleben der Großkrankenhäuser auf Kosten der kleineren Krankenhäuser in der Region zu sichern. Eine weitere wichtige Funktion der Holding ist das Entwickeln von Behandlungspfaden, um so den Kassen gegenüber standardisierte, rabattierte Leistungen anbieten zu können (VD, B110, 44).

Personalabbau

Im Bereich der Pflege leistet die DRG-Einführung einem weiteren *Personalabbau* Vorschub (PL Chirurgie, B101, 278, 285; PD, B108, 8), da sich die Liegezeiten verkürzen und tendenziell Betten abgebaut werden. Im Landeskrankenhausplan ist ein weiterer Bettenabbau bereits beschlossen (stellv. PD, B109, 143). Im Kontext der DRG-Einführung sind verschiedene Formen der Privatisierung derzeit im Gespräch, von denen die Pflegedienstleitung weitere negative Konsequenzen für Arbeitsplätze erwartet:

I01: Und hat es [...] in dem Zeitraum [2001-2005] Personalabbau gegeben?

B01: Ja, wir sind [...] schon an der untersten Grenze. [...] Da kann man nicht noch was abbauen. (PL Chirurgie und PL Neurochirurgie, B101, 263 – 266)

B01: Parallel dazu gab es natürlich noch den Prozess der Personaleinsparungen. Das heißt, heute machen wir im Gegensatz von vor 13 Jahren - ungefähr 1/3 Patienten betreuen wir von der Pflege aus mehr als vor 13 Jahren, hier im Hause, in der Hälfte der Zeit fast. Und mit ungefähr 60 Mitarbeitern weniger. (PD, B108, 6)

B01: Dann ist wieder die Frage unserer Rechtsform: Bleiben wir öffentlicher Dienst? Werden wir privatisiert? Das ist ja auch seit einem Jahr etwas, was uns sehr stark beschäftigt. Es soll eine Ausschreibung stattfinden europaweit, die suchen hier einen Träger für unser Haus. Das sind so Sachen, die uns dann viel mehr beschäftigen. Weil, es geht um unsere Jobs. (PL Chirurgie, B101, 103)

Pflegekräfte, die wegen Bettenabbau im normalen pflegerischen Bereich nicht mehr gebraucht werden, können - aus ärztlicher Sicht - möglicherweise durch die Übernahme ärztlicher Aufgaben aufgefangen werden. Neben Personalabbau sind Veränderungen der Qualifikationsstruktur/Kooperation Ärzte/Pflege zumindest angedacht (CA HNO, B103, 216).

Leistungssteuerung

Eine *direkte* Einflussnahme der Verwaltung auf Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten durch entsprechende Vorgaben findet auch unter DRG-Bedingungen (noch) nicht statt. Als problematisch wird angesehen, dass die Kassen in den Budgetverhandlungen ihre

restriktive Position gegenüber erhöhten Versorgungsbedarfen seitens des KH nun unter DRG-Bedingungen damit begründen können, dass mehr Leistungen für das gleiche Geld zu einer Absenkung des Basisfallwertes führen, was im Rahmen der Angleichung an den Landesfallwert Wettbewerbsvorteile mit sich bringe: „Die sagen im Prinzip, seid doch froh. Je mehr Leistung ihr generiert für das gleiche Geld, senkt euren Basisfallwert. Das ist auch eine optimale Marktpositionierung in der Zukunft“ (MC, B107, 123). Derartige Meinungsverschiedenheiten in den Budgetverhandlungen führen jedoch nicht zur Anrufung der Schiedsstelle, da man ein langfristig positives Verhältnis mit den Kassenvertretern nicht gefährden möchte, zumindest solange wie die übrigen KH im Land genauso verfahren, denn „wenn Sie hier zur Schiedsstelle gehen, ist das so gesehen eine totale Kriegserklärung“ (MC, B107, 131):

B01: Man kann vielleicht in der einen oder anderen Abteilung ein paar Prozente herunterfahren und andere Patienten vielleicht da mit einem gewissen Prozentsatz wieder entsprechend steigern, aber da sind auch wieder gewisse Grenzen gesetzt. So einfach ist das auch nicht alles. [...] Zum Beispiel, wenn man sagt, es wird ein neuer Chefarzt eingestellt. Dieses Thema hatten wir vor zwei Jahren gerade in der Allgemeinchirurgie. Dass man sich genau anguckt, was hat der neue Chefarzt denn vor? Ist denn auch das Patientengut da? Auf welcher Ebene steht die Vergütung? Problem wieder beim DRG-Fallpauschalensystem ist, da muss man auch höllisch aufpassen, von Jahr zu Jahr wird das neu kalkuliert, da würde ich mich auch nicht so daran hängen, dass ich sage, wie ist der DRG-Erlös, sondern in der Vergangenheit hat sich immer gezeigt, je fachlicher ein Krankenhaus von der Kompetenz ausgerichtet ist, hat es eine bessere Überlebenschance, als wenn ich nur noch, sage ich mal, Medizin auf einem unteren Niveau mache, wo ich sage, ich habe geringere Kosten, und der Erlös scheint gut zu sein. Da muss man auch ein bisschen aufpassen. Weil im nächsten Jahr kann der DRG-Fallpauschalenkatalog schon wieder ganz anders aussehen, und da würde ich mich nicht so daran festklammern, sage ich mal. Aber die Aspekte werden natürlich trotz alledem bei solchen Kalkulationen schon berücksichtigt, dass man sagt, man kann jetzt ja keine Medizin machen und Verluste machen. Das ist auch klar. Weil ich sehe das Krankenhaus als Gesamtes, wo man sagt, man kann natürlich auch quersubventionieren, man muss gewisse Leistungen anbieten, vielleicht auch ein kleines Minus da machen, weil das einfach das Haus aufwertet und auch dementsprechend die Patienten wieder an uns bindet, oder es hat auch Marketingeffekte. (MC, B107, 177 – 183)

Auf Ebene der KH Leitung wird jedoch bereits seit einiger Zeit daran gearbeitet, ein gewisses Portfolio-Management zu betreiben. Patienten werden in diesem Zusammenhang dann als zu kanalisierende Kundenströme betrachtet, die man über standardisierte Leistungspakete (z.B. DMPs) in das eigene Becken leiten möchte:

B01: Jetzt ist sozusagen der Patient als Kunde, und auch der [Kunde aus der Region] soll umworben werden. [...] Es ergibt sich eine völlig andere Sicht auf die Patientenströme, indem angefangen wird, wirklich genauer zu gucken, welche Schweregrade behandeln wir, bei welchen Schweregraden haben wir welche Erlöse, und wie ist diese quasi naturwüchsige Mischung von Schweregraden. Ist es wünschenswert, die zu beeinflussen oder nicht zu beeinflussen, also Portfolio-Management zu betreiben? (ÄD, B102, 25, 79)

B01: Man weiß immer, wo man steht, und was hat jetzt hier Priorität. Das führt natürlich auch dazu, dass man sich spezialisiert, dass man Fälle kriegt, wo es gut Geld für gibt und so was. Da muss man jetzt so seine Nische finden. (PL Chirurgie, B101, 103)

B01: Die beste Leistung birgt die beste Qualität zum besten Preis. Das ist unser Motto. Wir müssen einfach uns damit abfinden und so, dass wir in der Zukunft nicht einfach weiter Budgetverhandlungen führen können, versuchen können unsere Budgets zu steigern, sondern dass wir gezielt Leistungen oder Leistungspakete zu rabattierten Preisen den Kassen anbieten werden. (VD, B110, 20)

Auch auf Ebene der Abteilungsleiter werden solche Gedankengänge bereits positiv gedeutet. Dies ist zumindest dann der Fall, wenn man sich derzeit im internen Verteilungskampf der Abteilungen auf der Gewinnerseite wähnt. Ein HNO-Chefarzt, der gleichzeitig Leiter der Chefarztkonferenz ist (CA HNO, B103, 35), ist bereit, im Kampf um Arbeitsplätze wirt-

schaftlichen Belangen bei Versorgungsentscheidungen Priorität einzuräumen. Für den Bereich teurer Arzneimittel heißt das z.B., dass Richtlinien festgelegt werden, die den Zeitpunkt des Einsatzes kostenträchtiger Präparate regeln. Ein verzögerter Behandlungserfolg wird somit in Kauf genommen (ÄD, B102, 67):

B01: Wir müssen uns wirtschaftlich hier etablieren und müssen wirtschaftlich bestehen. Und wenn wir das nicht tun, dann sind unser *aller* Arbeitsplätze gefährdet. Dann wird es dieses Krankenhaus bald nicht mehr geben. Und um dem vorzubeugen, sind wir diesen wirtschaftlichen Zwängen unterworfen, und wir *werden* uns ihnen auch unterwerfen. Das heißt im Endeffekt, wirtschaftliche Gesichtspunkte stehen in *allen* Entscheidungen ganz oben. (CA HNO, B103, 182)

Strategische Leistungssteuerung geschieht auch im Rahmen der Personalpolitik. Bei der Neubesetzung von Chefarztstellen geht es entweder um die Etablierung besonders einträglicher Verfahren oder die Abdeckung von Versorgungsbedarfen, um in den Augen der Kassen die Rolle als Maximalversorger nachweisen zu können:

B01: Zum Beispiel, wenn man sagt, es wird ein neuer Chefarzt eingestellt. Dieses Thema hatten wir vor zwei Jahren gerade in der Allgemeinchirurgie. Dass man sich genau anguckt, was hat der neue Chefarzt denn vor? Ist denn auch das Patientengut da? Auf welcher Ebene steht die Vergütung? Problem wieder beim DRG-Fallpauschalensystem ist, da muss man auch höflich aufpassen, von Jahr zu Jahr wird das neu kalkuliert, da würde ich mich auch nicht so daran haften, dass ich sage, wie ist der DRG-Erlös, sondern in der Vergangenheit hat sich immer gezeigt, je fachlicher ein Krankenhaus von der Kompetenz ausgerichtet ist, hat es eine bessere Überlebenschance, als wenn ich nur noch, sage ich mal, Medizin auf einem unteren Niveau mache, wo ich sage, ich habe geringere Kosten, und der Erlös scheint gut zu sein. Da muss man auch ein bisschen aufpassen. Weil im nächsten Jahr kann der DRG-Fallpauschalenkatalog schon wieder ganz anders aussehen, und da würde ich mich nicht so daran festklammern, sage ich mal. Aber die Aspekte werden natürlich trotz alledem bei solchen Kalkulationen schon berücksichtigt, dass man sagt, man kann jetzt ja keine Medizin machen und Verluste machen. Das ist auch klar. Weil ich sehe das Krankenhaus als Gesamtes, wo man sagt, man kann natürlich auch quersubventionieren, man muss gewisse Leistungen anbieten, vielleicht auch ein kleines Minus da machen, weil das einfach das Haus aufwertet und auch dementsprechend die Patienten wieder an uns bindet, oder es hat auch Marketingeffekte. (MC, B107, 153)

Derzeit wird an Behandlungspfaden gearbeitet, die es ermöglichen, kostenoptimiert zu handeln (PD, B108, 98). Da diese Behandlungspakete standardisiert und rabattiert verkauft werden sollen (VD, B110, 20), kann mit Einschränkungen der Therapiefreiheit gerechnet werden, sofern ein Patient erst einmal auf einen solchen Pfad gesetzt wurde. Da die Kassen ein ökonomisches Interesse daran haben, solche Versorgungsstrukturen zu fördern, wird davon ausgegangen, dass diese verstärkt versuchen werden, mittels Anreizsystemen, Patienten in diese rabattierten Versorgungsformen zu lotsen:

B01: Sie haben das Problem, die Patienten da hin zu steuern. Letztlich haben wir immer noch das Konstrukt der freien Arztwahl, was ja so langsam angegriffen wird. Das ist von ungeheuerlichem Wert und von ungeheuerlicher Bedeutung. Die freie Arztwahl verhindert letztlich auch solche H und O Strukturen, die ja sehr dezidiert bei den Patienten Ströme lenken. Die Krankenkassen versuchen natürlich dieses Prinzip mit kleinen Bonus- und Rabatt-Geschenken aufzuheben, weil sie ja auch genau wissen, sobald sie das aufgehoben haben, haben sie das Gesamtsystem in der Hand, die Gesamtversorgung. [...] Aber da muss man sich auch die Frage stellen, was machen die Kassen, wenn ein Versicherter, der diese Krankheit hat, nicht in den DNP geht? Dieselbe Frage ist, wenn der nicht in das zugehörige Krankenhaus geht. Da versuchen sie ihn..., sanft auf ihn einzuwirken oder ihn sogar mit Rabatten und anderen Anreizsystemen zu locken. Das wird auch sehr viel mehr kommen. Das zeichnet sich jetzt ja schon ab und irgendwann wird es selbstverständlich sein, dass die Krankenkassen sagen: Ja, wir brauchen jetzt die Krankenhäuser und die Niedergelassenen, die haben da unser Versorgungssystem und da drin sagen wir, was läuft. (VD, B110, 22-30)

Derzeit werden Leistungen nur indirekt gesteuert, in dem Fächer nach ihrer jeweiligen DRG-Erlössituation gefördert werden, in der Hoffnung dass sich in den Bewertungsrelationen nicht zu viel ändert (VD, B110, 38). Als Vorbedingung für die strategische (betriebswirtschaftliche) Steuerbarkeit von Leistungen wird innerbetrieblich die Einrichtung einer Kostenträgerrechnung angesehen. So soll ein Kennziffersystem aufgebaut werden, dass eine Leistungssteuerung nach ökonomischen Kriterien erst ermöglicht:

B01: Wir verbessern die Kostenträger-Rechnungen jetzt, weil wir haben das Manko festgestellt, dass wir eine große Blackbox haben bei Sachkosten. Und natürlich sind auch die Erkenntnisse über die durchschnittliche OP-Dauer z. B. für die Kosten eines chirurgischen Facharztes oder eine..., diese Dinge haben wir alles. Da haben wir Datenbanken aufgebaut, da brauchen wir nur die Daten, Ist-Daten einzugeben, dann kommt am Ende ein Preis heraus, der Kostenpreis. Aber wir hatten eine Schwäche im Zentral-OP, wo die gesamten Material-Verbräuche nur geschlüsselt werden konnten. Und das hat so viele Ergebnisse nivelliert von den Kostenträger-Rechnungen, dass wir gesagt haben, darauf können wir keine strategischen Entscheidungen fußen. Deswegen haben wir uns daran gemacht, dort eine Kostenerfassung einzurichten. Und das ist dieses Jahr soweit. Da wird dann jedes Material, was verbraucht wird, das wird über den Scanner gezogen und denn das erfasst, zu dem konkreten OP. Und dann werden wir aber auch, eingedenk der Tatsache, dass so große Schwankungen ja gar nicht da sind bzw. nicht typisch sind, natürlich auch Durchschnittswerte errechnen für diese Leistungen, DRGs. (VD, B110, 40)

Für die künftigen Planungen einer verstärkten Leistungssteuerung spielt die Gründung einer Holding eine wichtige Rolle. Der Zusammenschluss von vier Großkrankenhäusern soll es ermöglichen, den Kassen bestimmte standardisierte Leistungspakete anzubieten, die dann aufgrund von Standardisierung und Mengeneffekten besonders kostengünstig erbracht werden können (VD, B110, 38).

Zusammenfassung: Das Krankenhaus B ist ein großes Krankenhaus, das in starkem Wettbewerb zu anderen kleineren Krankenhäusern am Ort steht. Seit mehreren Jahren wird eine Privatisierung diskutiert. Für 49 Prozent wird derzeit ein Investor gesucht. Durch die DRG-Einführung werden einerseits Anpassungs- und Optimierungsprozesse der Krankenhausleitung, die in den 1990er Jahren begonnen, verstärkt. Hierzu gehören insbesondere Personalabbau, Umstrukturierung von Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufen, Bildung einer Holding, Personalentwicklung, Kostenträgerrechnung und Leistungssteuerung. Andererseits müssen unter den veränderten Rahmenbedingungen neue Strategien entwickelt werden, um den Standort in Zukunft zu sichern und insbesondere die Fallzahlen zu erhöhen, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit, Einbindung der einweisenden Ärzte und Standardisierung von Leistungspaketen. Von Seiten der Verwaltung wird das Verhalten der Mitarbeiter bisher weniger durch explizite Vorgaben gesteuert, sondern eher indirekt über Personalentwicklung, Herstellung von Erlös- und Kostentransparenz sowie Benchmarking.

Unmittelbare Implementation des DRG-Systems und damit verbundene Probleme

Die Einführung der DRG im Krankenhaus B erfolgte als Optionskrankenhaus im Januar 2003. Die Codierung wird von Assistenzärzten und Oberärzten durchgeführt (CA HNO, B103, 88), wobei die Oberärzte nur für die Prozeduren während einer OP zuständig sind (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 83). Nach einer Phase der Doppelcodierung „verschlüsseln wir nur

noch am Computer, und das ist leichter“ (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 85). Die Freigabe für die Verwaltung erfolgt, je nach Abteilung unterschiedlich, entweder direkt durch die behandelnden Assistenzärzte oder per Endkontrolle durch die Oberärzte, die Letztverantwortung trägt der Chefarzt. Nach einer Phase der Doppelverschlüsselung, wird nun nur noch am PC codiert. Medizinische Rückfragen des MDK werden von dem jeweiligen behandelnden Arzt bearbeitet oder zumindest in Kommunikation mit dem medizinischen Controlling geklärt (MC, B107, 47):

B01: Von der Organisationsform sieht es aus, dass jeder behandelnde Arzt für seinen Bereich komplett verantwortlich ist, und die Dinge entsprechend in das KISS-System, SAP, eingibt. Verschlüsselung der Diagnosen, Prozeduren, und was alles dazu gehört. Dann, das ist wieder von Abteilung zu Abteilung unterschiedlich, gibt es Bereiche-, also, ich habe kein Gießkannenprinzip, dass man sagt, eine feste Struktur und danach wird gearbeitet, sondern es wird individuell von Abteilung zu Abteilung gehandhabt, dass man sagt, in den einen Bereichen läuft das sehr gut ab, dann landet das so gesehen gleich im Verwaltungsbereich, wird noch mal nachgecheckt und dann entsprechend für die Abrechnung vorbereitet. Es gibt andere Bereiche, wo sich der Oberarzt jeden Patienten noch mal anguckt und den dann für uns in dem Status als abgeschlossen überreicht, so unter dem Motto, noch mal als Oberarzt-Endkontrolle. [...] Jeder Mitarbeiter, der seine Bereiche hier betreut, bekommt dann entsprechend auch die MDK- und Krankenkassenanfragen. [...] Wenn das medizinische Fragen sind, wird entweder der Oberarzt oder der behandelnde Arzt kurz antelefoniert, oder man trifft sich, oder man geht da eben auf die Station und klärt das ab. (MC, B107, 41 - 55)

Die pflegerelevanten Nebendiagnosen werden nicht speziell von den Pflegekräften erfasst, sondern von den Ärzten aus der Pflegedokumentation rekonstruiert und eingegeben (PL Chirurgie und PL Neurochirurgie, B101, 222 - 230). Pflegekräfte, die aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen nicht mehr für den Pflegedienst geeignet sind, werden teilweise fortgebildet und als Dokumentatorinnen weiterbeschäftigt (PL Chirurgie, B101, 196):

B01: Jetzt wird gerade wieder jemand gesucht für-, weil diese ganze DRG-Geschichte jetzt auch auf Medikamente umgelegt wird. Die kann man über DRG anders abrechnen. [...] Das heißt aber, patientenbezogen mit Milligramm-Anzahl und allem. [...] Da gibt es dann auch, wenn man das auflistet, auch richtig Geld für. Und da wir so etwas hier viel im Haus haben auf den beiden Intensivstationen, wollten wir das eigentlich nutzen. [...] Und jetzt wird eine Teilzeitstelle gesucht von einer Krankenschwester, Pfleger, die ein bisschen Ahnung hat und das machen möchte. (PL Chirurgie, B101, 208 - 214)

Es gibt einen DRG-Koordinator, der gleichzeitig der medizinische Koordinator des Hauses ist (ehemaliger Chemiker in der Pharmaindustrie), der die Betroffenen über alle Veränderungen informiert und stichpunktartig die Codierarbeit der Ärzte kontrolliert. Er wird von zwei bis vier Mitarbeitern in seiner Tätigkeit unterstützt (MC, B107, 61). Der Verwaltungsdirektor hat bewusst einen Akademiker in diese Position berufen, da er sich eine höhere Akzeptanz erhofft, wenn es um die Beeinflussung ärztlichen Handelns geht. Der medizinische Controller hat auch die grundständigen Schulungen mit Ärzten und Pflegekräften durchgeführt (MC, B107, 25; PL Chirurgie, B101, 170) und ist an den Budgetverhandlungen beteiligt:

B01: Als DRG-Koordinator jetzt hier im Haus wie gesagt, Schulung der Ärzte, deutsche Kodierrichtlinien, was sind Auffälligkeiten in der medizinischen Dokumentation? Wo kann man etwas optimieren? Wo sind Dinge, die man vielleicht anders hätte machen können, weil wir auch stichpunktartig gewisse Dinge noch mal nachchecken, und das eben optimieren, sage ich mal. Auch die gesamte statistische Auswertung, Budgetverhandlungen. (MC, B107, 19)

B01: Wir haben die Ärzte frühzeitig geschult, wir haben das alles abgebildet auf der Ebene unseres Klinikinformationssystems und entsprechende, ja, auch Datenbanken zur Verfügung gestellt, Kodierprogramme und Diagnose, Thesaurus, Kontrollschleifen. Wir haben auch ein medizinisches Controlling installiert, um die Anforderungen, die mit der DRG-Dokumentation einhergehen, allen Ärzten bewusst zu machen. (ÄD, B102, 81)

B01: In der Pflege war es unproblematischer, die sehen das etwas pragmatischer, aber auch dort haben wir natürlich umfangreiche Schulungen gemacht. Es war wöchentlich in den Teamgesprächen auf den Stationen Thema, es ist immer noch monatlich Thema in den Stationsleitungsbesprechungen, wir haben umfangreiches Besprechungsmanagement hier im Hause. (PD, B108, 20)

Individuelle Codier-Probleme werden von dem medizinischen Controller direkt mit den Ärzten besprochen (MC, B107, 39). Wenn es sich um allgemein interessierende oder systematische Aspekte handelt, werden Fortbildungen durchgeführt und vierteljährlich findet eine Informationsveranstaltung statt, auf der den Ärzten vermittelt wird, wie besser codiert werden kann. Aber auch im Pflegebereich wird regelmäßig auf innerbetrieblichen Fortbildungen gelehrt, worauf es unter DRG-Bedingungen ankommt:

B01: Beauftragten, ja, einen Controller, genau. Ein Herr [X] ist das bei uns hier, und der führt regelmäßig solche Fortbildungen durch und stellt auch immer wieder vierteljährlich vor, was wir für Zahlen haben, und was nicht richtig gemacht wurde und, ja, sagt das dann schon. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 83)

B01: Das gehört auch dazu. Also, dass wir eben innerbetriebliche Fortbildung vermehrt angeboten haben dann. Die Mitarbeiter dort mit einbezogen haben, dass sich das Gesundheitssystem eben verändert hat, die Liegezeiten eben sehr viel kürzer werden. Wir auch Standards vermehrt reingegangen sind, eigentlich Pflegepfade bzw. klinische Pfade mitentwickelt haben. (stellv. PD, B109, 65)

Seit Einführung der DRGs hat sich zuerst die Quantität der Nachfragen der Krankenkassen gesteigert (PD, B108, 154), da die Kassen ein massives Upcoding erwartet haben (PD, B108, 146). Aus anderen Häusern sei versuchtes Upcoding bekannt (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 93), man selber wolle sich aber „so darstellen, wie wir auch tatsächlich sind. Nicht überkodieren, nicht unterkodieren, sondern das, was hier an Leistung erbracht wird, soll sauber dargestellt werden“ (MC, B107, 51). Derzeit verändert sich gerade die Qualität der Nachfragen. Statt der Länge der Behandlung wird zunehmend die Notwendigkeit stationärer Behandlung in Frage gestellt. Statt plus/minus geht es dann um alles oder nichts. Allerdings werden die nachgereichten Begründungen in den allermeisten Fällen akzeptiert:

B01: Man beobachtet, dass die Anfragen zur Dauer der Krankenhausbehandlung zurückgegangen sind und durch Anfragen zur Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ersetzt werden, dass die Gesamtzahl der Anfragen kontinuierlich steigt, dass zum Teil auch der Datenschutz nicht respektiert wird, indem global Patientendaten angefordert werden, was datenschutzrechtlich an sich nicht dem Geist der Gesetze entspricht. (ÄD, B102, 95)

B01: Ich kriege immer nur Anfragen des MDK, in denen von uns durchgeführte stationäre Therapien in Frage gestellt werden, ob die wirklich stationär gemacht werden müssen. Also, die Nachfragen sind schon viel häufiger als früher. Und dann müssen wir darauf antworten. In der Regel gebe ich das dann an einen Assistenten weiter oder an einen Oberarzt, an denjenigen, der den Patienten am besten kennt. Das kann ich daran erkennen, wer den Brief geschrieben hat, [...], aber ich muss-, das geht erst einmal über meinen Schreibtisch, das ist immer so. Und ich gucke rein, wer das bearbeitet hat, und der muss dann die Frage beantworten. Wenn ich von vornherein sehe, dass eigentlich keine Chance ist, überhaupt eine vernünftige Begründung auf den Weg zu bringen, dann lasse ich es gleich. Das heißt, wir haben einen Patienten behandelt und kriegen keine Mark dafür. Das gibt es auch. Aber selten. [...] Ich gehe eigentlich davon aus, wenn wir eine Begründung geschrieben haben und an den MDK geschickt haben, dass die in der Regel akzeptiert wird. Und wenn sie nicht akzeptiert würde, dann gehe ich eigentlich davon aus, dass ich noch einmal eine Nachricht bekomme. Aber ich habe eigentlich nie eine zweite bekommen. Die wird dann in der Regel doch akzeptiert. (CA HNO, B103, 157-159)

B01: Es ist ja meistens so, dass die AOK selbst in der Klinik sitzt, und ich habe nichts dagegen, die können gerne auf Station gehen und gucken, warum der Patient noch stationär ist und nicht ambulant. [...] Hier kommt nicht viel mit dem MDK. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 196)

Zur Zeit wird daran gearbeitet, die Dokumentation in der Akte und den Arztbrief DRG-gemäß zu verbessern, um Krankenkassennachfragen zu vermeiden (MC, B107, 226 – 227). Auch die Zertifizierung des Hauses wird als Maßnahme zur Vermeidung von MDK-Anfragen betrachtet:

B01: Der ärztliche Direktor hat die Informatikabteilung angewiesen, ein sogenanntes Grundformular zu einer vollstationären Begründung zu entwickeln, dass bei Aufnahme eines Patienten entsprechend dieser Bogen gefüllt werden soll, um relativ schnell einer Krankenkasse mitzuteilen, aus welchen Gründen eine vollstationäre Behandlung geführt hat. (MC, B107, 167)

B01: Diese Prüfungen, das ist natürlich das, was alle Leute zur Weißglut treibt, das mögen wir überhaupt nicht. Und deswegen, u.a. deswegen auch ist für uns die Zertifizierung von großem Wert; weil die hat für die Kassen einen außerordentlich hohen Stellenwert, weil letztlich die Zertifizierung eigentlich auch sagt, das ist ein ordentlicher Betrieb. (VD, B110, 90)

Ärzte, aber auch Pflegekräfte, empfinden Codierung bzw. Dokumentation eigentlich nicht als unbedingt zum Berufsbild gehörig (PD, B108, 18, 20), worunter auch die Qualität der Dokumentation und Codierung leidet. Ärzte würden sich wünschen, dass diese Tätigkeiten, wie in anderen Krankenhäusern zum Teil geschehen, von zusätzlichen, eigens dafür abgestellten Ärzten oder DRG-Fachkräften übernommen wird (CA HNO, B103, 88). In einer Abteilung ist versuchsweise bereits eine Arzthelferin zum Codieren eingestellt worden. Im nächsten Jahr soll die Patientenakte komplett EDV-basiert sein, so dass Anfragen des MDK schneller bearbeitet und häufiger ohne Hinzuziehung der behandelnden Ärzte vom Controlling geklärt werden können. Die fortlaufende Verbesserung der EDV-Systeme wird als für den wirtschaftlichen Erfolg – die Codierqualität – von zentraler Bedeutung angesehen (MC, B107, 227):

B01: Ja klar. Wir haben auch zum Beispiel jetzt in einem Bereich schon eine Arzthelferin eingestellt, die dort die Dokumentation der Ärzte übernimmt. Und die Belastung der Ärzte-, dass die natürlich keine große Lust dazu haben, ist ja auch klar. Und auch, wenn man sagt, was hat ein Arzt für eine Gehaltsstruktur, und wenn er sich mit administrativer Arbeit beschäftigt, geht natürlich dort eine gewisse Produktivität verloren. In der jetzigen Situation ist das Problem, dass durch die Budgetierung keine finanziellen Freiräume vorhanden sind. Aber die Planung bei uns im Haus, dass man sagt, gezielt in gewisse Bereiche, wo die Dokumentationsarbeit sehr umfangreich ist, dort Leute zu etablieren, ist natürlich gegeben. Dass man sagt, gerade im Neurologiebereich, internistischen Bereich, Intensivbereich, wo multimorbide, alte und chronisch kranke Menschen sind, wo dementsprechend auch ein höherer Dokumentationsaufwand vorhanden ist, ist da. Und in der jetzigen Situation haben wir es noch nicht eingeführt in der Größe, weil wir natürlich auch in einer Art Reife-Umbruch-Prozess sind. Wir sollen privatisiert werden, es wird ein privater Investor gesucht. Bei uns soll im Laufe diesen Jahres, spätestens nächsten Jahres, ein komplett neues Softwareprogramm eingeführt werden, und das Softwareprogramm hat zum Beispiel den Vorteil, dass die Papier-Patientenakte nicht mehr vorhanden ist, alles in elektronischer Form angelegt, und die Informationen, die in elektronischer Form eingegeben werden, *automatisch* auch in die DRG-Abrechnung überspielt werden. Patientenkurven, Medikamente und, und, und. Das heißt, da kann man auch durch eine gewisse Softwarelogistik schon wieder gewisse Arbeiten entzehren, sage ich mal. (MC, B107, 65)

Den Ärzten musste vermittelt werden, dass die DRGs nicht dazu dienen, medizinische Tatbestände abzubilden, sondern ein reines Vergütungssystem sind (CA HNO, B103, 100). Schwierigkeiten bereitet auch die Eingabe von Nebendiagnosen oder Prozeduren, teilweise weil diese noch gar nicht verschlüsselt sind:

B01: Das ist ein Kunstwerk. Ja. Es ist ein Versuch, etwas in ein Schema zu pressen, was sich nicht in ein Schema pressen lässt. Ich habe das festgestellt, das ist auch in [Stadt X] letztes Jahr auf dem Gefäßchirurgentag gesagt worden, dass das DRG-System noch erweitert werden muss. Es ist mir auch aufgefallen, dass ganz viele Operationen gefehlt haben in diesem DRG-Katalog. Und für die anderen Sachen kann ich es nicht so sagen, weil ich das eigentlich nicht mache, aber es gibt-, ganz viele Bypässe waren nicht möglich zu verschlüsseln, gefäßchirurgische Verfahren waren nicht möglich zu verschlüsseln, zum Beispiel auch war lange Zeit nicht

drin, was wir in [Stadt Y] gemacht haben, die Stentung von der Aorta, dann konnten wir immer nur einen Teil, Leistenfreilegung, angeben, und haben aber den Stent nicht richtig in das Computersystem hineingekriegt, und dann ist das-, letztes Jahr haben die gesagt, sie haben sich von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie darum bemüht, das zu erweitern. Das hat sich auch geändert mittlerweile, habe ich gesehen, im Computer, dass man jetzt mehr verschlüsseln kann, dass es da mehr Möglichkeiten gibt. Es ist eben der Versuch, das irgendwie in eine Nummer zu kriegen, die ganzen Möglichkeiten der Operation. [...] Welche Zahl geben wir an, dass wir am meisten Geld dafür kriegen, und ich denke, man kriegt auch immer wieder die Tipps, alle Nebendiagnosen zu verschlüsseln. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 91-93)

Das Verhältnis zum MDK wird von Seiten des Controlling als gut beschrieben. Die Anzahl der Anfragen und die Steigerung der Anfragen bei Einführung der DRG wird als moderat eingestuft, was einen deutlichen Kontrast zur Wahrnehmung der Ärzte bildet. Dies könnte am Anteil der Anfragen liegen, der an die Ärzte weitergereicht wird und nicht vom medizinischen Controller oder seinen Mitarbeitern geklärt werden konnte:

B01: Jeder Mitarbeiter betreut dann so gesehen die medizinischen Bereiche und muss sich auch darum kümmern, um diese Sachen abzuklären. Und dann wird das eben entsprechend korrigiert und auch wieder telefonisch mit den Krankenkassen abgeklärt, dass tatsächlich diese Abrechnung in der Form nicht stimmte, dass es dann von uns eben nachträglich verbessert worden ist. Und im Optionsmodell haben wir auch mit den großen Kassen, die mit uns zusammenarbeiten, sehr offen gearbeitet, wo man sagt, das Verhältnis-, da ist ein Vertrauen da. Auch wir fühlen uns von denen nicht irgendwie verkaspert. Das sind vernünftige Anfragen, denen wir nachgehen und dementsprechend abklären. Das geht eigentlich. Die Anfragen, dass man sagt, Schikane oder irgendwie, gut, gibt es natürlich auch, aber das Verhältnis ist relativ gering eigentlich. [...] Vor den DRG Anfragen oder danach vom Volumen her eigentlich gleichbleibend, nur die Fragestellungen sind etwas anders geworden. Wo es früher darum ging, warum wurde der Patient so lange behandelt, waren die Pflagetage berechtigt, kommen jetzt mehr die Anfragen, ist die Nebendiagnose berechtigt. Aber im Endeffekt vom Volumen finde ich jetzt nicht, dass es großartig gestiegen ist. Gut, die MDK-Anfragen sind vielleicht etwas mehr geworden. Von Krankenkassen, die nicht so eng mit uns zusammenarbeiten, vom Volumen her. Das betrifft mehr kleinere Betriebskrankenkassen, Berufsgenossenschaften und solche Sachen. (MC, B107, 55 - 57)

Zusammenfassung: Das Krankenhaus B rechnet seit Januar 2003 über DRG ab. Es gibt einen Vollzeit-DRG-Koordinator, der aus dem nicht-ärztlichen aber akademischen Bereich kommt (ehemaliger Chemiker in der Pharmaindustrie), und zwei ihm unterstellte Mitarbeiter. Viele Ärzte sperren sich gegen die Codiertätigkeit, da sie diese als arztfremd begreifen. In der Codierpraxis stößt vor allem die Erfassung von Nebendiagnosen auf Schwierigkeiten. Seit Einführung der DRG hat sich die Anzahl von Nachfragen durch die Krankenkassen erhöht und sich die Art der Nachfragen gewandelt, was durch eine Umgestaltung von Dokumentation und Arztbriefen sowie die Zertifizierung des Hauses aufgefangen werden soll.

Arbeitsbedingungen und Folgen für die Patientenversorgung

Pflege

Im Zuge von Anpassungsprozessen an die Budgetierung wurde in den neunziger Jahren Personal im Bereich der Pflege reduziert. Parallel dazu wurden Arbeitsabläufe umorganisiert,

um Leerlauf zu vermeiden. Ab Ende der 1990er Jahre wurde der klassische Dreischichtbetrieb um flexible, bedarfsorientierte Formen ergänzt. Um Kosten für Überstundenzuschläge zu sparen, wurden Zeitkonten und Kappungsgrenzen für Überstunden eingeführt. Insgesamt konnten die Personalreduzierungen durch Arbeitsverdichtungen nur bis zu einem gewissen Grad aufgefangen werden, d. h. insbesondere ganzheitliche Aspekte der Pflege Tätigkeit fallen zusehends weg:

B01: Parallel dazu gab es natürlich noch den Prozess der Personaleinsparungen. Das heißt, heute machen wir im Gegensatz von vor 13 Jahren - ungefähr 1/3 Patienten betreuen wir von der Pflege aus mehr als vor 13 Jahren hier im Hause - in der Hälfte der Zeit fast. Und mit ungefähr 60 Mitarbeitern weniger. [...] Wenn ich mich richtig erinnere, waren wir damals 740, 730 Mitarbeiter in der Pflege, also Köpfe, inklusive Teilzeit, jetzt sind wir 650 oder so etwas, also eine ganze Reihe von Mitarbeitern weniger. [...] Wir haben sehr viel flexibilisiert, wir haben auch gerade in letzter Zeit noch einmal ein komplettes Projekt aufgelegt. Arbeitszeitflexibilisierung mit Zeitkonten, was zur Folge hatte, dass die Mitarbeiter auch weniger verdienen, weil es keine Überstundenzuschläge mehr gibt, und weil ab einer bestimmten Summe an Überstunden das gekappt wird. Wir haben also auch die Mitarbeiter in die Pflicht genommen, da selber dafür zu sorgen, dass sie ihre Stunden abbauen. (PD, B108, 6 - 10)

Aufgrund der erhöhten pflegerischen Arbeitsanforderungen in den 1990er Jahren wurden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Pflege eingeführt. Hierzu gehören insbesondere die hausinternen Fortbildungen und die Einführung von EDV im Pflegebereich (PD, B109, 135). Es wird berichtet, dass die Arbeitsverdichtung bereits zu einem Dilemma führt, nämlich dass keine Zeit mehr vorhanden ist, Innovationen zur Zeitersparnis zu entwickeln:

B01: Die Mitarbeiter dort mit eingebunden zu haben, sie auch da geschult haben, sind auch einige entwickelt worden mit, aber das Wichtigste ist auch Sozialkompetenzen von Mitarbeitern dort mit verstärkt genommen haben, weil das Umfeld des Patienten sich natürlich sehr geändert hat. Und gerade das Entlassungsmanagement, einige Patienten natürlich auch nicht viel Verständnis dafür haben, dass sie nun schon frühzeitig aus dem Krankenhaus entlassen werden sollen und müssen. Das gleiche auch bei den Eingewiesenen, ja? Das ist also so ein Schwerpunkt. Und da heißt es eben noch die Mitarbeiter dort daraufhin zu schulen. Und durch die Verdichtung der Arbeit, durch die pflegerischen Fälle denn auch eben, wie gesagt, Kienästhetik-Schulung mit angeboten, um die Mitarbeiter auf verschiedene Pflege Techniken da mit ranzuführen: wie gehe ich mit besonders schwersten Fällen denn auch mit um. (stellv. PD, B109, 70)

B01: Für das Pflegepersonal würde ich sagen, es wird einfach immer hektischer, weil man immer weniger Zeit hat. Oder es wird schwieriger, ein Zeitmanagement aufzubauen, wo man noch Zeitkontingente hat, um noch Tätigkeiten oder Veränderungen einzubringen. Deswegen ist es wichtig zu verändern. Arbeitsabläufe zu überprüfen, ist das, was wir vorhin sagten. Wenn man neue Sachen reinbringt, weil man meint, die sind jetzt nicht mehr zeitgemäß, wir könnten das so und so machen, dann sparen wir Zeit ein. Und es ist für den Patienten angenehmer, es ist für das Personal angenehmer. (PL Chirurgie, B101, 441)

Um Kosten auf den Intensivstationen zu sparen, wurden Ende der neunziger Jahre Intermediate Care-Stationen eingerichtet. Obwohl auf diesen Stationen ein höherer Betreuungsaufwand herrscht als auf den Normalstationen, wurde der Personalschlüssel nicht angepasst (PL Chirurgie, B101, 38). Technisch wurde also die Pflegequalität verbessert, jedoch auf Kosten höherer Belastungen für die Pflege. Um dem im Pflegebereich besonders ausgeprägten Problem von berufsbedingten Rückenerkrankungen zu begegnen, wurde ein umfangreiches Schulungsprogramm aufgelegt. Alle Mitarbeiter im Bereich der Pflege haben diese Schulung absolviert, mit dem Effekt, dass Wirbelsäulenerkrankungen um 35 Prozent zurückgegangen sind (PD, B108, 12).

Folgen der DRG-Einführung

Durch die DRG-Einführung werden die meisten Entwicklungen, die schon in der Vergangenheit zu gestiegenen Arbeitsbelastungen für die Pflege geführt haben, verstärkt. So nehmen die administrativen Tätigkeiten durch die Erfassung der Pflegediagnosen zu (PL Chirurgie, B101, 188), und auch die Liegezeiten (bezogen auf den jeweiligen Schweregrad der Erkrankung des Patienten) gehen weiter zurück bzw. der Schweregrad der Patienten nimmt zu. Der Personalabbau im Bereich der Pflege, der bereits vor Einführung der DRG einsetzte, wird durch die DRG-Einführung forciert. Aufgrund der Vorgabe im Landeskrankenhausplan, tendenziell Betten abbauen zu müssen, weil die Verweildauern weiter sinken, ist die Pflege in Verhandlungen in der Defensive und daher offener gegenüber Ansprüchen, ärztliche Aufgaben zu übernehmen oder alternative Beschäftigungsmöglichkeiten von Pflegekräften in der Verwaltung anzustreben:

B01: Der Bettenleerstand ist höher als früher. Das bedeutet auch, dass der Bedarf an Pflegepersonal eigentlich sinkt. Das ist denen auch bewusst. Das bedeutet, wenn sie ihren Stand halten wollen, personell, so wie er jetzt ist, müssen sie langfristig andere Aufgabenbereiche übernehmen. Oder aber, wenn sie weiter diese strikte Mauerpolitik fahren wie bisher, dann wird die Anzahl der Pflegekräfte langfristig sinken. Es ist gar keine Frage, weil die Bettenzahl sinkt. Das ist denen auch bewusst. Deshalb sind die auch kompromissbereiter als früher. Deshalb denke ich, dass die DRGs in dieser Hinsicht für die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft günstig sind. (CA HNO, B103, 216)

B01: Was wir jetzt in den letzten zwei, drei Jahren leisten, ist, dass wir Mitarbeiter aus der Pflege animiert haben, die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr im Pflegedienst arbeiten können, sich als Kodierer, als, wie nennen die sich, so eine Ausbildung machen als-, zum-, Krankenhausdokumentation, solche Mitarbeiter, die dann auch dem ärztlichen Dienst zur Verfügung gestellt werden, die aber auch bei [Herrn X, dem DRG-Koordinator] mitarbeiten und da viele Sachen nachpflegen oder überhaupt erst einmal in Gang schieben. [...] Jetzt wird gerade wieder jemand gesucht für-, weil diese ganze DRG-Geschichte jetzt auch auf Medikamente umgelegt wird. Die kann man über DRG anders abrechnen. [...] Das heißt aber, patientenbezogen mit Milligramm-Anzahl und allem. [...] Da gibt es dann auch, wenn man das auflistet, auch richtig Geld für. Und da wir so etwas hier viel im Haus haben auf den beiden Intensivstationen, wollten wir das eigentlich nutzen. [...] Und jetzt wird eine Teilzeitstelle gesucht von einer Krankenschwester, Pfleger, die ein bisschen Ahnung hat und das machen möchte. (PL Chirurgie, B101, 196 - 214)

Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Struktur der stationär behandelten Patienten durch die veränderten Rahmenbedingungen (z. B. die Möglichkeit des ambulanten Operierens) gewandelt hat und fast nur noch Schwerstpflegefälle zu betreuen sind (PL Chirurgie, B101, 27; PD, B109, 16, 26). Da die Pflegekräfte um die Gefährdung ihres Arbeitsplatzes wissen, haben sie weniger Möglichkeiten als früher, sich übermäßigen Belastungen zu entziehen. Die Folge sind eine erneute Zunahme berufsbedingter Erkrankungen (PD, B109, 10, 72):

B01: In den Kliniken ist es so, dass die auch nichts mehr Gemischtes haben, sondern sie haben nur noch Schwerstkranke zur Diagnostik, wo es unabdingbar ist, dass die Patienten dann da sein müssen oder eben halt pflegeintensive Patienten, die sie bis zu einem bestimmten Zeitpunkt dann ja auch wieder fit gemacht haben müssen. [...] Für die Mitarbeiter Arbeitsverdichtung in erheblichem Maße, deutlich mehr Stress, wesentlich mehr Patienten in kürzerer Zeit behandeln unter schlechteren personellen Bedingungen. Das ist eine ganz klare Auswirkung. (PD, B109, 24, 40)

B01: Die kriegen ja nicht mehr Personal, dafür dass sie viel mehr Patienten durchziehen und eine höhere Pflegeintensität haben, weil sie viel mehr pflegen müssen. Ist ja ein Unterschied, ob ich jeden Tag 30 frische OPs versorge oder 15, und davon noch die Hälfte-, die andere Hälfte sind leichtere Fälle von vor drei Tagen, weil die immer noch da sind. So geht das ja leider nicht mehr. (PL Chirurgie, B101, 359)

B01: Das liegt schlichtweg an mehr Arbeit. [...] Wir haben auch in zunehmendem Maße Fälle gehabt, wo 23jährige mit mehrfachen Bandscheibenschäden hier waren. Und das ist auch gestiegen, diese Zahlen. Trotz der Tatsache, dass wir auch sehr viel getan haben, um schweres Heben und Tragen mit irgendwelchen mechanischen Teilen zu erleichtern, aber die Dinge werden einfach schlichtweg nicht benutzt. Um ehrlich zu sein, ich würde sie auch nicht benutzen, ich würde auch lieber wuppen, geht schneller. Also, das kann man in der Tat sagen, es kommt noch dazu - das sind so die körperlichen Symptome - aber die psychischen Symptome sind natürlich auch vorhanden. Es leiden mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Problemen mit Schlaflosigkeit, kommen nachts weniger zur Ruhe. Das ist etwas, was wir jetzt seit geraumer Zeit beobachten, dass die Leute einfach unruhig werden, zu unruhig werden. Aber das können wir noch nicht näher greifen. Die kriegen aber auch in zunehmendem Maße ärztliche Atteste, wo Mitarbeiter dann aus dem Nachtdienst herausgenommen werden sollen, um einfach wieder einen normalen Rhythmus hinzukriegen. Schichtdienst alleine ist ja schon sehr belastend. (PD, B108, 16)

Die genannten Entwicklungen bedeuten nicht nur eine zunehmende Arbeitsbelastung für die Pflegekräfte, sondern haben auch Folgen für die Patientenversorgung. Die Pflegekräfte sehen die Qualität der Patientenversorgung durch die schnelle Entlassung gefährdet:

B01: Im Interesse der Patienten würde ich mir wünschen, dass es nicht ganz so schnell geht, dass sie doch noch ein, zwei Tage bleiben dürfen, um sich einfach auch wieder ein bisschen zu stabilisieren und, ja, nachfolgend weniger Probleme haben. Das würde ich mir schon wünschen. Und für die Pflege ist es dann entsprechend schwierig. Die gehen in einem sehr pflegeintensiven Aufwand weg. Da kommt zwar ein Neuer, der ist einen halben Tag da, dann wird er operiert und ist am nächsten Tag auch wieder sehr pflegeintensiv. Deswegen meine ich, da fehlen die leichten Sachen dazwischen. Die haben immer nur die richtig pflegeintensiven Geschichten. Und das geht wie am Fließband. (PL Chirurgie, B101, 355)

B01: Ja, was die Patienten betrifft, die Patienten haben, wenn man so zurückblickt, in einem ganz bestimmten Bereich gelitten unter dieser ganzen Entwicklung. Das, was man noch vor 13 Jahren eher sagen konnte oder vor 15 Jahren oder noch mehr, vor 20 Jahren, eher sagen konnte, dass für einen Patienten ein Krankenhausaufenthalt neben den unangenehmen medizinischen Dingen auch so etwas wie eine leichte Erholungsphase mit sich bringen konnte, das gibt es überhaupt nicht mehr. Das heißt, insbesondere nach DRG-Gesichtspunkten gibt es die Grenzverweildauer, die wollen wir natürlich unterschreiten, ist ganz klar, und die Patienten werden nach ihrem eigenen Empfinden viel zu früh entlassen. Nach medizinischen und auch nach pflegerischen Kriterien nicht, in der Regel nicht, es gibt ganz wenige Ausnahmen, aber es besteht so gut wie keine Möglichkeit mehr, sozusagen an einen Krankenhausaufenthalt noch eine Erholungsphase anzuschließen. Und das ist dann auch wiederum die Auswirkung auf die Pflege, weil die Tage, wo ein Patient früher relativ pflegeleicht war, weil eigentlich nur noch die Tabletten zu geben waren z. B. oder mal ein Verband zu gucken war, die gibt es nicht mehr. (PD, B108, 16)

Die Verkürzung der Liegezeiten, die schon in den 1990er Jahren einsetzte und unter DRG-Bedingungen verstärkt wird, wirkt sich auf die Arbeitsabläufe der Pflegekräfte aus. Untersuchungen müssen schneller durchgeführt werden als früher, bei der Aufnahme muss bereits an die Vorbereitung der Entlassung gedacht werden, und der administrative Aufwand ist bedingt durch die häufigen Entlassungen und Aufnahmen gestiegen (PD, B109, 106). Andererseits werden die ganz schweren Fälle aufgrund der gestiegenen Arbeitsverdichtung als viel belastender empfunden. Zu diesen Belastungen hat auch die verstärkte Spezialisierung der Klinik, um die Fallschwere zu steigern, beigetragen (PD, B108, 68). Auch die Berufsrolle der Pflegenden ändert sich, da sie den Patienten nicht mehr über den gesamten Genesungsprozess begleiten. Die Pflegekräfte lernen die Patienten nicht mehr so gut kennen wie früher, was auch negative Folgen für die Versorgungsqualität haben kann, da die Identifikation mit dem Schicksal des Patienten verloren geht:

B01: Es gibt weniger belastende Situationen durch den schnellen Durchlauf für die Mitarbeiter. Man kann sich eigentlich nicht mehr so richtig mit den Schicksalen identifizieren, aber bei de-

nen, wo man es kann halt, die sehr lange liegen bei uns oder häufig wiederkommen, da wird es viel, viel belastender, als es früher der Fall war. (PD, B108, 64)

Um dieses Problem der Bindungslosigkeit und Unübersichtlichkeit aufgrund schnell wechselnder Bettenbelegung aufzufangen, versucht die Pflegeleitung Änderungen im Bereich der Arbeitsorganisation durchzusetzen (PD, B108, 126). Die einzelne Pflegekraft soll mehr Verantwortung übernehmen, während die Stationsleitung zunehmend von administrativen Aufgaben absorbiert ist. Pflegefremde Tätigkeiten wurden zur Entlastung der Pflegekräfte auf andere Berufsgruppen verteilt:

B01: Es muss einfach von vornherein klar sein, dass ich mehr Verantwortung übernehme. Früher gab es die Funktionspflege, da saß die Stationsschwester da vorne, hat auf alle gezeigt und - ihr geht jetzt alle einmal links, Blutdruck messen, Essen austeilen, Grundpflege machen! Und heute gibt es Bereichspflege, da ist jede Schwester morgens eingeteilt und für drei Zimmer zuständig, mit allem Zip und Zap, alles, was dazugehört zu diesen Patienten. Angefangen von Visite bis Grundpflege, Medikamente, Infusionen, alles. Das heißt Verantwortung übernehmen. Dass die Stationsleitung jetzt eher organisatorische Aufgaben hat, viel mehr administrativ-organisatorisch tätig ist im günstigsten Fall. Aber das sind Veränderungen, die hatten wir vor 10, 15 Jahren so noch nicht hier. (PL Chirurgie, B101, 446)

B01: Von der Organisation her haben wir halt viele Sachen in die Peripherie abgegeben. Wir haben ja eine zentrale Bettenversorgung. Bestimmte Tätigkeiten wurden abgegeben, Reinigung der Nachtschränke und so etwas. Das sind pflegefremde Tätigkeiten, die wurden reduziert. Das war möglich in Zusammenarbeit mit der Direktion, dass wir da gewisser Organisationsstrukturen geschaffen haben, um die Pflege da zu entlasten von fremden Tätigkeiten. Was sich hauptsächlich dann auf Station..., die Fachkräfte auf Station bleiben und die Patienten versorgen. (stellv. PD, B109, 62)

Insgesamt sehen die Pflegekräfte in Krankenhaus B die technische Seite der Pflegequalität als (noch) gewährleistet an (PD, B108, 6). Allerdings wandelt sich das klassische Berufsbild:

B01: Das Kostenbewusstsein der Mitarbeiter und auch das Bewusstsein für die Einhaltung der Zeitschiene ist unglaublich gestiegen. Wir haben kaum Schwierigkeiten, wirtschaftliche Dinge zu argumentieren, weil unsere Mitarbeiter das begriffen haben. Es ist denen klar, dass wir ganz bestimmte Eckpunkte und Eckschienen einhalten müssen, und da brauchen wir gar nicht mehr ganz viel Einfluss nehmen, das machen die ganz von selber. Das ist auch eine Entwicklung, da kann man jetzt sagen, gut, das ist eine schöne Sache, ist es auch, weil sie sich mit dem Betrieb identifizieren, weil sie auch selber dazu beitragen wollen, dass dieser Betrieb rentabel arbeitet, aber es hat natürlich auch eine etwas andere Qualität, weil mit dieser Intention ist kein Mensch hier in den Beruf gegangen. (PD, B108, 18)

Zusammenfassung: In Folge von Personalabbau, Umstrukturierung von Arbeitsabläufen und Arbeitszeiten, Verkürzung der Liegezeiten mit schnelleren Aufnahmen und Entlassungen, nehmen Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung der Pflegekräfte seit den 1990er Jahren zu. Dies kann die Fehlerhäufigkeit erhöhen, z. B. weil die Pflegekräfte die Patienten nicht mehr genau kennen. Die Identifikation mit dem Schicksal des Patienten sinkt. Diese Prozesse werden durch die DRG-Einführung noch verstärkt. Das berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte ist im Wandel begriffen. Auch an das Wohl des Hauses zu denken, ist normal geworden, wenn man dem Patienten gegenüber steht.

Ärzte

Trotz steigender Patientenzahlen hat die Zahl der Ärzte seit den 1990er Jahren nicht zugenommen (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 41). Zur Zeit sind trotz des bundesweiten Ärztemangels zumindest alle Planstellen besetzt (Leitender OA Gynäkologie, B106, 152). Im Krankenhaus gilt ein neues Arbeitszeitmodell, das zwar rechnerisch neue Stellen für den ärztlichen Dienst beinhaltet, aber faktisch über Freizeitausgleiche zu keinen Neueinstellungen geführt hat. Ob durch das neue Arbeitszeitmodell Überstunden abgebaut werden, ist noch unklar (Leitender OA Gynäkologie, B106, 150):

B01: Es hat jeder in gewisser Hinsicht pro Tag seinen gewissen Aufgabenbereich von vornherein. Unter anderem fallen da auch diese administrativen Aufgaben an. Und das macht in der Regel der Stationsarzt oder der stellvertretende Stationsarzt. Und diese Posten wechseln ja turnusgemäß, und insofern trifft es jeden irgendwann. Aber es kann sein, der Stationsarzt hat natürlich in der Zeit, in der er Stationsarzt ist, besonders viel damit zu tun. Das ist richtig. Und die anderen entlasten ihn auch. Das ist ein sehr kollegiales Klima, und die entlasten sich schon gegenseitig. Ich habe nicht den Eindruck, dass es da irgendwie Gerangel gibt, und dass der eine versucht, die unangenehmen Aufgaben auf den anderen abzuwälzen. (CA HNO, B103, 146)

B01: Es ist nicht mehr geworden, also der ärztliche Stand ist gleich geblieben. Gut, wir haben jetzt aus anderen Gründen, weil wir hier ein Arbeitszeitmodell eingeführt haben, jetzt zum Anfang des Jahres mehr Stellen bekommen, aber das ist verrechnet worden mit der Abwesenheit jetzt durch vermehrten Freizeitausgleich nach Dienst, Bereitschaft. Also mehr, tagsüber sind nicht mehr Leute dadurch da. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 23)

B01: Das ist dann so, dass derjenige, der Dienst hat, nicht mehr morgens kommt, sondern erst Nachmittags zum Dienst um 16.00 Uhr, macht dann nachts den Dienst bis zum nächsten Morgen und geht den nächsten Tag wieder nach Hause. [...] Dafür sind natürlich weniger Leute, weil der Diensthabende auch tagsüber nicht da ist, und vom Wochenende her ist es dann auch so, das ist ein bisschen komplizierter, dass da nicht mehr einer am Samstag und einer am Sonntag 24 Stunden macht sondern das ist auch geteilt. Einer macht 10 Stunden Dienst von 9.00 bis 19.00 Uhr und einer macht das dann die ganze Nacht bis zum Morgen. Dafür gibt es dann noch mal in der nächsten Woche für diejenigen, die am Samstag und am Sonntag die 10 Stunden Tagdienstag hatten, auch mal einen Tag extra frei. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 150)

Das Experimentieren mit neuen Dienstformen stößt jedoch bei denjenigen Ärzten auf Hindernisse, die soweit spezialisiert sind, dass sie nicht durch andere diensthabende Ärzte ersetzt werden können. Außerdem verhalten sich wohl auch Chefärzte gegenüber ihren Oberärzten zumindest teilweise nicht besonders kollegial:

B01: Weil wir ja eben so spezialisiert sind, ist das immer so, ich muss dann so lange an dem Bypass arbeiten, bis er fertig ist, da wird mich nie jemand auslösen. Und wenn nach dem Bypass noch ein anderer Gefäßnotfall kommt, dann muss ich das auch dranhängen, auch wenn ich gar keinen Dienst habe und dann halt eben in meiner Freizeit dafür hier stehe. Also, von der Arbeitszeit her ist das ganz flexibel. Es kann mal gut pünktlich sein, wie heute, da wäre es pünktlich, oder am nächsten Tag ist es eben nicht pünktlich, je nach dem. Und der Chef hat sich auch angewöhnt, auch wenn es jetzt Samstag, Sonntag ist, wo ich zum Beispiel keinen Dienst habe, und es gibt einen Gefäßnotfall, dann lässt er mich trotzdem holen. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 57)

Folgen der DRG-Einführung

Durch die DRG-Einführung hat sich insbesondere der Arbeitsalltag der Assistenzärzte verändert. So haben die administrativen Aufgaben bedingt durch die neue Arbeit der Verschlüsselung, die Einarbeitung in das DRG-System und die gestiegene Notwendigkeit von Begründungen gegenüber den Krankenkassen zugenommen. Die administrativen Tätigkeiten führen häufig zu Überstunden (CA HNO, B103, 151; Leitender OA Gynäkologie, B106, 150):

B01: Insgesamt ist der administrative Aufwand in den letzten Jahren sehr stark gestiegen. Sehr stark. Und das bekomme ich eigentlich fast noch [...] am wenigsten mit. Weil ich nur diese ganzen Kodierungen mache bei den Patienten, die ich unmittelbar selbst behandle, im OP zum Beispiel. Aber die ganzen anderen Kodierungen werden von den Assistenten vorgenommen, und das ist schon ein sehr hoher Aufwand. (CA HNO, B103, 136)

B01: Unsere Kollegen, also die Assistenten, müssen auf Station verschlüsseln, und die Operateure verschlüsseln im OP noch mal. Und das funktioniert. Ich habe schon immer verschlüsselt. Früher habe ich alles verschlüsselt und heute bin ich im Grunde nur noch für das, was im OP läuft, zuständig. Wenn ich der Operateur bin. Sonst nicht. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 83)

Auch die Qualitätssicherung (Dokumentation) führt abteilungsspezifisch zu starken Belastungen der Arbeitszeit. Teilweise ist der zeitliche Aufwand sogar höher, als der für die DRG-Codierung:

B01: Das nimmt auch sehr viel Zeit in Anspruch, wobei ich denke, in der Gynäkologie sind wir da im Bezug auf Qualitätssicherung ziemlich gebeutelt, weil wir alle geburtshilflichen Fälle und die weitaus meisten gynäkologischen Fälle qualitätssichern müssen. Ich würde sagen, für uns ist die Qualitätssicherung vom Umfang her noch schwerer als die DRG und Codierung insgesamt. Letztendlich ein Aufwand. [...] Bis zu Anfang 2004 waren da auch nur diejenigen Fälle qualitätsgesichert, die bis dato als Fallpauschalen oder Sonderentgelte abgerechnet worden sind, was nicht so viele waren. Das ist jetzt 2004 aber erweitert worden, auf alle Eingriffe an der Brust, alle Hysterektomien, alle Eingriffe an den Ovarien, selbst wenn da nur immer ein winziges bisschen gemacht wird, ja und dann einige Spezialitäten noch mit dazu bekommen, das ist schon sehr viel. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 6, 21)

Die DRG-Einführung bringt aber nicht nur neue Belastungen für die Ärzte, sondern geht tendenziell zu Lasten der Patientenversorgung. Durch die Zunahme administrativer Tätigkeiten und die Liegezeitverkürzung bei gleichzeitiger Fallzahlerhöhung steht weniger Zeit für die Patienten zur Verfügung, denn die Chefarzte fordern ihre Mitarbeiter auf, möglichst zeitnah zu codieren (CA HNO, B103, 74, 155):

B01: Es ist durch die Einführung der DRGs - die Codierung musste neu gelernt und umgesetzt werden, das ist schon mit einem ganz erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden, und das haben wir gemerkt. Die Zeit, die ein Arzt jetzt pro Tag am PC sitzt, um Diagnosen und Prozeduren zu codieren, die DRG daraus zu basteln und dann zu gucken, ob das relevant und auch günstig ist, das nimmt schon viel Zeit in Anspruch. Zeit, die dann sicher auch den Patienten verloren geht. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 4)

Die Ärzte stehen unter DRG-Bedingungen von zwei Seiten unter Druck, einerseits möchte die Krankenhausleitung (bzw. ihr Chefarzt), dass sie aus Kostengründen die Behandlungsabläufe optimal steuern (CA HNO, B103, 182), und andererseits steigen die Nachfragen des MDK, die ihrerseits Mehrarbeit bedeuten (CA HNO, B103, 157). Vor allem jüngere Ärzte fühlen sich dabei unter einem permanenten Rechtfertigungsdruck, weil sie Abwägungsentscheidungen zwischen medizinischer und ökonomischer Notwendigkeit über die Aufnahme oder Entlassung eines Patienten zu treffen haben:

B01: Andererseits zum Beispiel haben wir Karotiden, also Halsschlagadern, auch in drei Tagen wieder entlassen in [Stadt X], das habe ich hier probiert, und da hat mein Chef gemeint, das wäre viel zu früh, das wäre nachteilig für den DRG, wir könnten die ruhig länger da lassen. Ich finde nicht, dass der DRG unsere Aufenthaltsdauer steuern sollte, das finde ich dann insofern schade, weil, wenn es jemandem so gut geht, und die Halswunde ist nichts anderes wie bei der Struma, kann man den also auch nach drei Tagen gehen lassen, aber er war eben der Meinung, das wäre eine OP an einem großen Gefäß, und das könnte man anders abrechnen, und dann wäre das-, die Mindestliegezeit wäre damit unterschritten, und das wäre nicht gut. Und das ist für mich kein Argument, ich handle so, wie es dem Patienten geht, und nicht, ob der DRG jetzt für mich die Grenze zieht. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 204)

Etwas Erleichterung hat nach einer Phase der Doppelcodierung die Umstellung auf alleinige EDV-Codierung gebracht. Die zunehmende Bedeutung der EDV im Arbeitsalltag der Ärzte wird als funktional wahrgenommen (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 85):

B01: Die Zusammenarbeit mit der Informatik-Abteilung ist wesentlich stärker geworden jetzt durch DRGs und Qualitätssicherung. Da kommen wir nicht drumrum, also, da hätte ich vor 10 Jahren noch nicht daran gedacht, wie oft ich auch dann jetzt so hier in der Abteilung mit EDV-Problemen konfrontiert werde, die ich dann auch oftmals selber lösen kann, aber ich telefoniere sicher drei bis vier mal die Woche mit der EDV-Abteilung, mit meinem Ansprechpartner da, weil irgendwas gerade hakt oder nicht funktioniert, aber das ist sehr gut, die kümmern sich, da kann man eigentlich nicht meckern. Das ist auch notwendig, wenn es da Reibungspunkte gäbe, das wäre für die Klinik heutzutage unter den Bedingungen ein großes Manko, das muss funktionieren. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 88)

Zusammenfassung: Durch die DRG-Einführung erhöhen sich die eher unbeliebten und mit dem ärztlichen Selbstverständnis teilweise nur schwer zu vereinbarenden administrativen Aufgaben, was Arbeitszeit bindet und zu Lasten der Patientenversorgung geht. Ärzte sehen sich im Konflikt, wenn der Chefarzt sie auffordert, Entscheidungen über die Entlassung eines Patienten von Erlöserwägungen abhängig zu machen.

Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegekräften

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften und das gegenseitige Verständnis haben sich im Laufe der letzten Zeit verbessert, die Hierarchien und strikten Arbeitsteilungen sind teilweise aufgebrochen worden (PL Chirurgie und PL Neurochirurgie, B101, 388 - 395). Dies gilt noch nicht so sehr für das Verhältnis zu den Chefärzten. Auch die Kommunikationsstrukturen haben sich geändert (PD, B108, 78). Einerseits aufgrund technischer Innovationen (EDV) und andererseits wird mehr miteinander geredet. Außerdem finden mehr regelmäßige Besprechungen auf verschiedensten Ebenen statt (PL Chirurgie, B101, 478):

B01: Geht ja Pflege und Medizin ziemlich dicht zusammen. Also, die wechseln sich auch ab. Das ist ein vernünftiges Geben und Nehmen, da gibt es eigentlich wenig Stress. Es sei denn, man hat hier so einen verrückten Chefarzt. Aber eigentlich funktioniert es. [...] Wenn die sich zum Dienst melden, dann kommen sie kurz vorbei, was war nachts? Oder im Telegrammstil erzählt man dann schon mal, was anliegt. Dann bei einer Tasse Kaffee auch mal, zwischen Tür und Angel, oder wenn man sich sieht. Also, irgendwo funktioniert es immer. (PL Chirurgie, B101, 401, 473)

B01: Die Schwestern kommen uns schon entgegen, wenn sie sehen, dass wir wenig Zeit haben, und dann helfen die uns auch und umgekehrt auch. Sagen wir mal, das so genaue Abtrennen in Hierarchien ist auch nicht mehr so der Fall. Das war früher mal. Früher war das ganz klar, der Oberarzt delegiert nur und macht nicht selbst, aber das war schon-, in der Herz-Gefäß-Chirurgie, wo ich war, war das schon nicht so. Da haben auch die Oberärzte schon mal Verbände mitgemacht und so was. Ich schließe mich hier auch nicht so aus, ich mache auch mal Verbände mit, gerade bei den Gefäßpatienten, die ich operiert habe, gucke ich gerne selbst und mache das gerne selbst. Und die Schwestern kommen da auch ohne Worte mit, das ist überhaupt keine Sache. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 145)

B01: Mit Ausnahme dieser Zeit, die aber auch schon viele Jahre zurückliegt, haben wir hier ein sehr, sehr gutes Verhältnis, ich würde fast sagen, es ist das Krankenhaus in Deutschland, das das beste Verhältnis zwischen Ärzten und Hebammen hat. Insofern, der Hebammen-Kreißaal, denke ich, funktioniert bei uns auch nur so gut, wie er jetzt funktioniert, weil wir so gut miteinander umgehen können. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 80)

Nach Aussage der Pflegedienstleitung wurden bezüglich der Übernahme ärztlicher Aufgaben bereits klare Regelungen getroffen z. B. bei der Verabreichung von Medikamenten (PL Chirurgie, B101, 401 - 405). Teilweise handelt es sich auch nur um stationsinterne Absprachen, die allerdings entsprechend dokumentiert werden:

B01: Es gibt bestimmte Regeln, dass, wenn ein Medikament zum ersten Mal gespritzt wird, dann wird es auf jeden Fall der Arzt machen. [...]Alles, was nachfolgend ist, das wird dann in Absprache und auch entsprechend dokumentiert. Aber das ist stationsbezogen besprochen, und das wird da auch in dieser Situation dann geklärt. Da gibt es kein-, also, das läuft nicht immer so, weil, es gibt ja auch mal eine normale Phase, wo jeder seinen Aufgaben nachkommen kann. Aber wenn es so sein sollte, wird das konkret direkt besprochen und auch dokumentiert. (PL Chirurgie, B101, 416 - 418)

Die Bereitschaft zu mehr Kommunikation wurde vor allem über abteilungsübergreifende Arbeitsgruppen gefördert. Außerdem wurden Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, die sich direkt mit Kommunikationsproblemen und Lösungsstrategien befasst haben:

B01: Mittlerweile ist es so, dass die Kenntnis der gegenseitigen Abhängigkeit, also die Prozesskenntnis bei den Mitarbeitern in allen Bereichen deutlich besser geworden ist. Natürlich wird sich am Telefon immer noch angeschnauzt, wenn irgendwas nicht klappt oder so etwas, aber das Verständnis für die Arbeit des Anderen ist deutlich besser geworden. Dafür haben wir allerdings auch viel getan, muss man sagen. Wir haben sehr viele abteilungsübergreifende Arbeitsgruppen gemacht, die sich mit Projekten beschäftigt haben, mit irgendwelchen bestimmten Zielsetzungen, und wir stecken die zusammen in Fortbildungsveranstaltungen und so etwas, wo es dann auch um Kommunikationsprobleme oder so etwas geht. Und je mehr die sich miteinander unterhalten, desto besser wird das. (PD, B108, 78)

Folgen der DRG-Einführung

Ärzte und leitende Pflegekräfte sehen mittlerweile eine Wiederannäherung und Aufhebung der starren Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegebereich, nicht zuletzt, da alle zusehends ein gemeinsame Interesse am wirtschaftlichen Wohlergehen des Hauses wahrnehmen. Dieses Bewusstsein wurde insbesondere im Zuge der Zertifizierung gefördert. Wobei Pflegekräfte unter DRG-Bedingungen gegenwärtig mehr Angst um ihren Arbeitsplatz haben müssen als die ärztliche Seite²³ (CA HNO, B103, 216):

B01: Diese ganze Zertifizierungsanstrengung hat ein unglaubliches Zusammengehörigkeitsgefühl unter den Mitarbeitern hier im Hause gebracht. Ganz plötzlich in einem völlig wuseligen, zeitbedingt, völlig chaotisch scheinenden, z. T. auch gewesenen Prozess, haben sich unterschiedlichste Leute, die sich vorher noch nie gesehen haben, plötzlich über eine Thematik unterhalten, haben sich in Arbeitsgruppen zusammengefunden und haben über das Gleiche diskutiert. Und diese Prozesse, die sich da zwischenmenschlich in Gang gesetzt haben, die sind nicht mit Geld aufzuwiegen, das ist unglaublich. (PD, B108, 90)

B01: Im gynäkologischen Bereich haben wir auch ein gutes Verhältnis zwischen Ärzten und Schwestern. Da sind sicherlich gelegentlich mal Reibungspunkte, aber die haben nicht zugenommen jetzt durch die Einführung der DRGs. Gut, es gab mal eine Zeit lang, da hat es ein bisschen geknackst, weil wir zu wenig PC-Arbeitsplätze oben auf Station hatten, da stritten sich mal Ärzte und Schwestern um den zentralen Dienstarbeitsplatz, aber wir haben jetzt mehrere PCs dazubekommen in anderen Räumen, so dass sich die Ärzte dann auch zur Arztbrieferstellung und Codierung zurückziehen können, das ist jetzt entspannt. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 80)

²³ Für diese Annäherung ist sicherlich nicht nur die DRG-Einführung verantwortlich, sondern der insgesamt gestiegene wirtschaftliche Druck auf das Krankenhaus.

Den (Chef-) Ärzten erschienen (und erscheinen) die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege seit den 1990er Jahren teilweise überzogen. Sie wünschen sich stattdessen mehr Kooperation von Seiten der Pflegekräfte, bzw. die Übernahme ärztlicher Aufgaben (CA HNO, B103, 212):

B01: Das war früher noch viel schlechter. Die gewerkschaftlichen Tendenzen hier im Haus waren unheimlich stark ausgeprägt, vor allen Dingen im Pflegebereich, im ärztlichen Bereich selbstverständlich nicht. Also, da wurde gemauert, gemauert, gemauert. In allen Belangen. Das war auch bei uns oben in der HNO so. Die wollten die Verbandswechsel nicht mitmachen, Blutentnahmen natürlich nicht und alles mögliche. Terminvergaben, also, alles-, wo man immer hörte, das ist nicht unsere Aufgabe! Das konnte ich eigentlich nie verstehen. Und diese Tendenz ist immer noch da, aber sie ist schwächer geworden. [...] Es ist schon insgesamt eine ziemliche Front da. Ich denke, dass das durch die DRGs eher besser wird. Weil alle sehen, weil alle viel mehr sehen, dass die wirtschaftlichen Zwänge für uns alle von ganz großer Bedeutung sind. Wenn wir nicht alle an einem Strang ziehen, dann geht es mit allen bergab. Also, man muss nicht nur die einzelne Abteilung sehen, sondern muss auch über die Berufsgruppen hinausschauen. Sonst geht das nicht. Wir müssen wirklich gemeinschaftlich versuchen, das so günstig und so wirtschaftlich wie möglich und natürlich medizinisch so korrekt wie möglich zu machen. Und da muss jeder mitzufassen, jeder an seinem Platz, aber es muss auch jeder bereit sein, auch mal über seinen Tellerrand ein bisschen hinweg zu gucken. Sonst geht das nicht. (CA HNO, B103, 212 - 216)

Die DRG-Einführung hat jedoch nicht ohne Konflikte zu einer solchen Annäherung von Ärzten und Pflege geführt (PL Chirurgie, B101, 190). Je nach Abteilung und Chefarzt verlief diese Annäherung eher moderat (Leitender OA Gynäkologie, B106, 80) oder über harte Auseinandersetzung, wobei sich vor allem die Pflegekräfte den Ansprüchen der Ärzte auf flexible Auslegungen der Zuständigkeit und des Tätigkeitsbereichs beugen müssen (CA HNO, B103, 214). Teilweise sind unter DRG-Bedingungen diese Auseinandersetzungen nicht auf das Verhältnis Ärzte/Pflege beschränkt, sondern betreffen ebenso Interessenskonflikte zwischen Abteilungen (Beispiel Gefäßchirurgie/Geriatrie). Eine verbesserte Kommunikation, mit einem Mehr an Mitbestimmung für die Pflege, existiert in den neu eingerichteten Behandlungszentren:

B01: Obwohl wir eine hauseigene Geriatrie haben, klappt es nicht, die Patienten zur Rehabilitation da hin zu verlegen. Die sind außerstande, eine kleine Wundversorgung noch selbst durchzuführen, so dass für alles der Chirurg geholt wird, so dass wir jetzt beinahe so weit sind, dass wir die Patienten bis zum Schluss behalten. Und damit ist das DRG vollkommen in den Sand gesetzt, weil wir mit den Gefäßen in allen Punkten darüber sind. Wir kommen immer über die Zeit. Vor allem, weil ich ja hauptsächlich die ganzdystale Rekonstruktion mache, wo dann noch zusätzlich Füße reseziert werden müssen, oder Zehen reseziert werden müssen, und das dauert eben lange, bis diese Wunden bei Diabetikern geheilt sind. Und wir schaffen es nicht, das in diese Anschlussabteilungen zu verlegen. Aber das hat nichts damit zu tun, dass man da sagen könnte, das müsste irgendwie besser sein, sondern einfach-, da macht jeder seine eigene Suppe. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 103)

B01: Wir haben die innere Medizin umstrukturiert und erstmalig eine Leitungsebene geschaffen, die es früher nicht gab. Früher gab es ja nur den Chefarzt, jetzt gibt es ein Zentrum. Da müssen sich die Führungskräfte dieses Zentrums in einer strukturierten Art und Weise, d. h. in einer eigenen Leitungskonferenz, wo auch Pflege beteiligt ist, halt über die Ziele und Entscheidungen des Zentrums, die übergreifender Natur sind, abstimmen. (VD, B110, 64)

Zusammenfassung: In den Augen der Pflegekräfte läuft die Kommunikation mit den Ärzten (ausgenommen Chefärzte) gut. Die (Chef-) Ärzte wiederum wünschen sich eine stärkere Entlastung durch Abgabe ärztlicher Tätigkeiten an den Pflegebereich. Die Fokussierung auf das gemeinsame Interesse am wirtschaftlichen Erfolg des Hauses begünstigt dabei eine Wiederannäherung über die professionellen Grenzen hinweg, wobei die Pflege weitaus mehr von bisherigen Positionen abrücken muss als die ärztliche Seite.

Einfluss wirtschaftlicher Ziele auf ärztliche und pflegerische Entscheidungen und die Versorgungsqualität

Durch die Budgetierung und die Anpassungsmaßnahmen der Krankenhausleitung zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit wurde bei Ärzten und leitenden Pflegekräften ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass ein Krankenhaus auch ein Wirtschaftsbetrieb ist (MC, B107, 155, 191). Der Einfluss der Ärzte bei Investitionsentscheidungen ist zurückgegangen, während die Rolle der Verwaltung zugenommen hat. Auch die Pflegeleitung und der ärztliche Direktor teilen die Ansicht, dass das Versorgungsangebot sich nach Erlöskriterien zu entwickeln hat:

B01: Man weiß immer, wo man steht, und was hat jetzt hier Priorität. Das führt natürlich auch dazu, dass man sich spezialisiert, dass man Fälle kriegt, wo es gut Geld für gibt und so was. Da muss man jetzt so seine Nische finden. (PL Chirurgie, B101, 103)

B01: Das Kostenbewusstsein der Mitarbeiter und auch das Bewusstsein für die Einhaltung der Zeitschiene ist unglaublich gestiegen. Wir haben kaum Schwierigkeiten, wirtschaftliche Dinge zu argumentieren, weil unsere Mitarbeiter das begriffen haben. Es ist denen klar, dass wir ganz bestimmte Eckpunkte und Eckschienen einhalten müssen, und da brauchen wir gar nicht mehr ganz viel Einfluss nehmen, das machen die ganz von selber. (PD, B108, 18)

B01: Es ergibt sich eine völlig andere Sicht auf die Patientenströme, indem angefangen wird, wirklich genauer zu gucken, welche Schweregrade behandeln wir, bei welchen Schweregraden haben wir welche Erlöse, und wie ist diese quasi naturwüchsige Mischung von Schweregraden. Ist es wünschenswert, die zu beeinflussen oder nicht zu beeinflussen, also Portfolio-Management zu betreiben?. (ÄD, B102, 79)

Die Direktion versucht ökonomische Ziele vor allem auch über den Hebel der Personalentwicklung (s.o.) durchzusetzen. Der grundsätzliche Primat der Medizin vor der Ökonomie wird teilweise auch auf Ebene der Abteilungsleiter (CA HNO, B103, 241) in Frage gestellt. Oberstes Kriterium müsse das Wohl des Hauses sein:

B01: Wir müssen uns wirtschaftlich hier etablieren und müssen wirtschaftlich bestehen. Und wenn wir das nicht tun, dann sind unser *aller* Arbeitsplätze gefährdet. Dann wird es dieses Krankenhaus bald nicht mehr geben. Und um dem vorzubeugen, sind wir diesen wirtschaftlichen Zwängen unterworfen, und wir *werden* uns ihnen auch unterwerfen. Das heißt im Endeffekt, wirtschaftliche Gesichtspunkte stehen in *allen* Entscheidungen ganz oben. (CA HNO, B103, 182)

B01: Die verfügbaren Ressourcen sind irgendwo limitiert, und sie müssen dann verteilt werden. Das nennt man in der Notfallversorgung Triage, da geht es dann nach anderen Kriterien. (ÄD, B102, 35)

Zwischen Direktion, Ärzten und Pflege gibt es unterschiedliche Einschätzungen darüber, in welchen Bereichen gespart werden kann und wo die medizinisch/pflegerischen Grenzen von Sparmaßnahmen liegen (ÄD, B102, 63). Allerdings kann sich die Verwaltung meistens

mit ihren Vorstellungen durchsetzen, teilweise auch dann, wenn darunter die Qualität leidet (PL Chirurgie, B101, 439). Die Folge ist eine zunehmende Ungleichbehandlung von Kassen- und Privatpatienten (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 183 - 186), „die kriegen dann auch einen schnelleren Termin“ (CA HNO, B103, 132):

B01: Dann wird es auch schon mal abgelehnt. Dann wird eben das Schlechtere weiter gemacht. Aber das andere wäre eben zu teuer. (PL Chirurgie, B101, 316)

B01: Die Krankenkassen sagen zum Teil Nein. Und ich muss mich dem letztendlich beugen. Wenn die Krankenkassen sich weigern, gewisse Eingriffe zu bezahlen, können wir sie nicht mehr machen. Wir können sie nicht umsonst durchführen. Das ist klar. Also, das sind so medizinische Notwendigkeiten, die im Grenzbereich liegen. (CA HNO, B103, 218)

B01: Nachteil für Kassenpatienten ist einfach, dass wenn, dann sie die kürzere Liegezeit haben, nicht die Möglichkeit, jeden Tag einen Arzt zu sprechen. Die haben einfach keine Zeit. Die nehmen sich nicht die Zeit.

B02: Ein Privatpatient wird schon vorgezogen, auch was die OP anbetrifft.

B01: Richtig. Genau. Haben nicht so lange Wartezeiten für alle möglichen Dinge. [...] Wenn ich einen Kassenpatienten von vor 10 Jahren nehme und einen Kassenpatienten heute sehe, hat sich das verschlechtert. Weil es diesen finanziellen Druck gibt. Auf jeder Ebene. Und der hat einfach keine Zeit mehr, die muss er sich eher für die Privatpatienten-, die die Kohle bringen, da wird hingegangen. Und dann bleiben schon mal zwei, drei Kassenpatienten auf der Strecke, die dann keinen Arzt sehen. Das hat es vor 10 Jahren nicht gegeben. Das hat sich verschlechtert. (PL Chirurgie und PL Neurochirurgie, B101, 429 - 437)

B01: Privatpatienten bekommen bei uns gewisse Vergünstigungen, weil wir wollen Privatpatienten haben, Privatpatienten bringen uns Geld. Das ist ein neben den Kassen finanziertes, finanzielles Bein, das man einfach hat. Und deswegen haben wir ein großes Interesse daran, möglichst viele Privatpatienten zu kriegen, möglichst 100 Prozent, aber das geht natürlich nicht. Und diese Unterschiede, z. B., dass wir durchaus einem Privatpatienten einen Bademantel zur Verfügung stellen, oder dass er kostenlos bekommen kann ein Laptop oder Videorecorder mit Fernseher und so. (PD, B108, 108)

B01: Ich halte es auch hier in der Klinik für ein Problem, weil man schon schaut, dass man Untersuchungen macht, die man noch abrechnen kann, gerade bei den Privatpatienten, die werden vollkommen geschöpft, von allen Chefs hier im Hause. Die bekommen unzählige von Ultraschall-Untersuchungen, wo ich mich frage, wieso die Krankenkasse nicht sagt, was das soll, wenn jemand an Hämorrhoiden operiert wird, warum der dann eine Ultraschall-Untersuchung von der Schilddrüse bekommt, ohne irgendeinen Verdacht, einfach nur mal so durchschallen, heißt es dann. Und das wird vor der Operation und nach der Operation gemacht. Da wird man sich schon fragen, was das soll. Privatpatienten sind wirklich ganz arm dran. Die bekommen alle Untersuchungen, da wird dann extra abgerechnet eine Rektoskopie, also eine Dickdarm-, also eine kurze Spiegelung, da wird abgerechnet eine Zystoskopie, dann kommt die Koloskopie, alles, was man im Grunde mit einem Handgriff macht, wird alles getrennt abgerechnet. Und das halte ich alles für ein Problem dieses Abrechnungssystems. War ja früher nicht. Früher hieß es, Betten, Liegezeit, und dann ist die Liegezeit bezahlt worden und Schluss. Und da haben die gar nicht so viel gemacht, weil das Geld haben sie auch so gekriegt. Und jetzt geht es, wie viel man gemacht hat, dann wird eben so viel gemacht, damit im Endeffekt so viel rauskommt. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 131)

Aufnahme von Patienten und Wartezeiten

Die Befragten stimmen darin überein, dass im Krankenhaus B bisher keinem Patienten aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus oder weil die Budgetvorgaben es erfordern, Leistungen vorenthalten werden, oder Patienten aus wirtschaftlichen Gründen abgewiesen werden. Allein die Anzahl der verfügbaren Intensivbetten kann dazu führen, dass ein Patient an andere Häuser verwiesen wird. Offenbar kommt es derzeit nicht zu langen Wartezeiten, dies war jedoch in den neunziger Jahren anders (ÄD, B102, 26 - 29), als das Haus aufgrund von

Budgetrestriktionen und Fallzahlbeschränkungen dazu übergegangen war, die Aufnahme von Patienten aus der Region (benachbartes Bundesland) über Wartelisten zu verzögern (s.o.).

B01: Wenn man nun sagt, es gibt kein Intensivbett, aber es muss behandelt werden, dann muss man eben auch auf andere Zentren verweisen und schauen, ob es dort Möglichkeiten gibt. Diese Situationen gibt es ja auch. Und dann die mitteldringlichen müssen natürlich auch immer wieder neu bewertet werden, ob sich da nun ein rascher als erwartetes Krankheitsvorschreiten bemerkbar macht und so. Und dann muss man da eben Kontrollschleifen einziehen. (ÄD, B102, 41)

B01: In unserem Bereich ist die Auslastung-, wir haben früher mehr Wartelisten gehabt, Patienten auf Wartelisten, die dann auf die Aufnahme gewartet haben, das ist heutzutage fast gänzlich nicht mehr der Fall, es gibt keine Wartelisten mehr. (stellv. PD, B109, 28)

Folgen der DRG-Einführung

Die Entscheidung über Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten liegt auch nach Einführung der DRG bei den Ärzten (PD, B109, 56; Leitender OA Gynäkologie, B106, 148). Dem Personal ist bewusst, dass unter DRG-Bedingungen eine möglichst korrekte Zuordnung in die richtige Abteilung über die Wirtschaftlichkeit der Behandlung entscheidet (PD, B108, 34). Bisher wurden keine Patienten abgewiesen. Je nach Abteilung liegen die Wartezeiten bis zur Aufnahme bei bis zu zwei Monaten (CA HNO, B103, 121 - 132). Für die Zukunft werden Wartelisten mit Wartezeiten von mehr als sechs Monaten jedoch nicht ausgeschlossen:

B01: Diese Liste für diese Sprechstunde, das führt unsere Chefsekretärin, und ich denke mal, die sind immer so-, das sind ja jeden Dienstag und Donnerstag, damit wird alles abgearbeitet. Und wenn der Hausarzt nicht warten will, dann weist er einfach ein, und die kommen kreuz und quer am Tag. Wir haben noch eine normale Notaufnahme, und dann werden sie einfach ohne Anmeldung über die Notaufnahme geschickt, was ja durchaus auch anderswo so üblich ist. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 77)

B01: Ich glaube, die längsten Wartezeiten sind so vier, sechs Wochen ungefähr. Also noch in einem relativ annehmbaren, patientenfreundlichen oder patientenentgegenkommenden Bereich. (MC, B107, 169)

B01: In der Planung von stationären Krankenhausbehandlungen mit Wahloperationen richtet man sich natürlich auch nach medizinischen Gesichtspunkten, nach der Frage der Schwere des Krankheitsbildes und dem voraussichtlichen weiteren Verlauf. Das ist klar. Wobei man sagen muss, englische Verhältnisse mit länger als halbjährlicher Wartezeit haben wir nie gehabt. Kann aber sein, dass das kommt. (ÄD, B102, 37)

Verändert haben sich die Rahmenbedingungen für die Aufnahme von stationären Patienten. Aufgrund neuer gesetzlicher Bestimmungen sollen immer mehr Eingriffe ambulant erfolgen. Einerseits können bestimmte Operationen mit den Krankenkassen nur noch ambulant abgerechnet werden (§ 115b SGB V), andererseits sind hoch spezialisierte ambulante Behandlungen aber auch eine zusätzliche Einnahmequelle außerhalb des Budgets (§ 116b SGB V). Grundvoraussetzung für die Zunahme ambulanter Operationen sind aber auch Fortschritte in der Medizin, z.B. schonende Narkose, die es möglich machen, die postoperative Behandlung an niedergelassene Ärzte zu delegieren; das Umfeld ist dafür zumindest in bestimmten Bereichen (Gefäßpatienten, s. u.) anscheinend nicht geeignet. Unter den veränderten Rahmenbedingungen muss zunächst geklärt werden, ob überhaupt ein stationärer Behandlungsbedarf besteht und / oder ob ein Patient für eine ambulante Behandlung geeignet ist. Über Nebendiagnosen, die die Fallschwere erhöhen, ist bei § 115 Patienten dann trotzdem eine stationäre Behandlung möglich. Teilweise werden auch Patienten aufgenom-

men (Gynäkologie), weil man sie an das Haus binden möchte, obwohl die stationäre Behandlung nicht von den Kassen bezahlt wird (Leitender OA Gynäkologie, B106, 27):

B01: § 115 'Notwendigkeit der stationären Behandlung'. Das ist so ein Fokus der Politik, die sie versuchen immer stärker auszubauen. Wer muss überhaupt ins Krankenhaus? Die wissen, wenn einer erst mal im Krankenhaus ist, dann haben sie alle schlechte Karten, denn kostet das viel Geld. Und dann: Das müssen wir verhindern, wie schaffen wir es? Also stärken wir alles, was vor dem Krankenhaus ist, dazu dienen ja auch Versorgungszentren, chiffrierte Versorgung. (VD, B110, 70)

B01: Wir haben ja eine Ermächtigung, CTG zu schreiben wegen Haftungsumschreibung, das nutzen viele Niedergelassene, wenn sie mal in Urlaub fahren, dass sie dann eben die Patienten wegen Herzbeschwerden hier schon ins Krankenhaus schicken, müssen die nicht zum Vertreter gehen. Das ist auch in Ordnung, aber dann schicken einige Niedergelassene dann eine Patientin zu einem Venen-Belastungstest, wenn gewisse Risiko-Konstellationen da sind, dann injiziert man mal ein paar Venen und Venenmittel, guckt, wie das Kind darauf reagiert und wenn es o. k. ist, kann die Frau weiter ambulant behandelt werden. Auch diese Ermächtigungsziffer ist gestrichen worden, so dass jetzt immer Überweisungen kommen dafür, wir machen die ja natürlich auch, weil wir natürlich auch ein Interesse haben, die Frauen an das Haus zu binden, ja? Geburten sollen ja auch ein paar stattfinden. Das sind dann auch wieder Leistungen, die für Lau erbracht werden. Gut, da ist es mit Kanüle und ein bisschen Venenmittel, das ist nicht so dramatisch, aber trotzdem ist es ärgerlich, weil es unehrlich ist. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 47)

Zur Begründung stationärer Aufnahmen haben die Krankenkassen und die DKG sog. G-AEP-Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol-Kriterien)²⁴ konsentiert, die entweder alleine oder mit Zusatzkriterien einen Krankenhausaufenthalt begründen können (ÄD, B102, 37; VD, B110, 70 - 74). Sie sind unterteilt in sechs Kategorien (A-F) mit insgesamt 33 Kriterien und gelten für erwachsene Patienten. Es existieren allerdings durchaus noch Spielräume für die Ärzte, Patienten auch dann stationär aufzunehmen, wenn die Behandlung zum Katalog der ambulanten Leistungen gehört²⁵ – allerdings muss man sich entweder mit den Kassen „anlegen“ oder die Leistung für „lau“ erbringen (s.o.). Kriterien für die stationäre Durchführung ambulanter Behandlungen/Operationen sind Alter, Gesundheitszustand und Kompetenz sowie die häusliche Situation: Jüngere, nicht allein lebende erwachsene Patienten ohne Mehrfacherkrankungen kommen am Ehesten für ambulante Operationen in Frage. Bei älteren Menschen und solchen, bei denen mit Komplikationen gerechnet wird, wird häufig von vornherein eine stationäre Aufnahme vorgenommen. Kinder können weiterhin problemlos stationär behandelt werden.:

Versorgungsstandards und Durchführung von Therapien

Ärzte sollen neben medizinischen auch ökonomische Aspekte bei ihren Behandlungsentscheidungen beachten. Die Nichtdurchführung oder Einschränkung von Behandlungen aus ökonomischen Gründen wird mehrheitlich abgelehnt. Grundsätzlich sollen alle Patienten so behandelt werden, wie es notwendig ist (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 161):

B01: Wir haben hier in der Klinik eine Dialyse-Abteilung, und damit kommen natürlich die schlimmsten aller Gefäßpatienten auch hierher, das sind die, die eben diabetes- und dialysepflichtig sind. Und da muss auch Diagnostik gemacht werden in Abhängigkeit von der Dialyse, und das ist schon ein großer Kostenpunkt. Das ändert sich aber nicht durch das DRG-System,

²⁴ Die AEP-Kriterien wurden zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft als „G-AEP“ zur primären Fehlbelegungsprüfung konsentiert.

²⁵ Derzeit werden deshalb die G-AEP überarbeitet, mit dem Ziel, Fehlbelegungen stärker als bisher zu vermeiden.

weil, das sind eigentlich schwerkranke Patienten, und es ist mir auch egal, ob die 30 Tage liegen oder 20 Tage oder wie auch immer. Das ist nicht meine Prämisse als Arzt. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 69)

Ärzte und leitende Pflegekräfte halten es für sinnvoll, auf überflüssige diagnostische Untersuchungen oder Leistungen mit unsicherem Erfolg zu verzichten (PD, B108, 98). Die Entwicklung und Einführung von Behandlungspfaden wird generell begrüßt (PD, B108, 98; Leitender OA Gynäkologie, B106, 67), sowohl zur Kostensteuerung als auch für den Patienten (Transparenz/Qualität der Behandlung). Eindeutig ist jedoch, dass die Entwicklung von Pfaden und die Verknüpfung mit einer Prozesskostenrechnung primär betriebswirtschaftlich motiviert ist:

B01: Wir wollen jetzt im Februar zertifiziert werden und wir haben im Juli, August angefangen mit dem gesamten Prozess und haben in einem riesigen Kraftakt, unter Einbeziehung aller Mitarbeiter, Standards entwickelt, Verfahrensanweisungen entwickelt, Organisationsprozesse definiert, aufgeschrieben usw. Ich habe selten ein solches Engagement der Mitarbeiter, trotz der Tatsache, dass sie alle sehr ausgepumpt sind, erlebt wie in diesem Fall. Die haben sich da reingeschmissen in diese Aufgabe, das war unglaublich. Also, wir haben es geschafft, innerhalb von 2 Wochen, ich glaube, 60 pflegerische Standards fertig zu kriegen, die von allen akzeptiert, besprochen, diskutiert waren. Das Gleiche ist in anderen Bereichen passiert, wie der Technik und Reinigungsdienst und so, also, das war ungeheuerlich und wir werden das im Februar schaffen. [...] Es muss irgendwie das Gefühl auch hergestellt werden - und ich glaube, das wird auch kommen, wir werden das auch hinkriegen, dass wir das schaffen - dieses Gefühl auch zu vermitteln, dass es gut ist, wenn die Leute auf diesen Pfaden laufen. Weil damit natürlich die Kostensituation viel besser einschätzbar ist. Einen Pfad zu definieren und dann Schwachstellen anhand dieses Pfades auch erkennen zu können, ist im Prinzip erst mal etwas Positives, auch für den Patienten. Und im Übrigen auch für einen Teil der Ärzte, die damit wesentlich mehr Orientierungspunkte bekommen, was sie machen dürfen oder was notwendig ist zu machen. (PD, B108, 82, 98)

B01: Es gab ja hier im Haus eine Gruppe, die für vier oder fünf Erkrankungen einen ziemlich detaillierten Clinical-Path-Way erarbeitet hatte. Dafür haben wir auch für das Mamma-Karzinom einen erarbeitet mit der Firma von draußen. Ob das so unbedingt zur Rationalisierung beiträgt, möchte ich bezweifeln, weil dieses Teil derart komplex geworden ist, da guckt, auf Deutsch gesagt, denke ich mal, keiner so richtig rein. Was wir jetzt im Rahmen der KTQ-Vorbereitungen gemacht haben - jede Abteilung sollte da auch so drei bis vier Erkrankungen sowohl vom Path-Way als auch vom diagnostischen Aufwand aufschreiben - so was halte ich schon für sinnvoll, als Standardisierung, auch um das Ganze rational durchzuarbeiten. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 67)

B01: Ich muss den Kollegen im Grunde alles vorgeben, wie sie die Patienten nachzubehandeln haben, mit Heparin-Einstellung, Marcumar-Einstellung, welche Nachkontrollen, da muss ich schon eng dranbleiben. Da gibt es nicht so viele Standards hier. Ich habe schon einen Standard ausgegeben, aber es ist dann immer, so ganz junge Kollegen, die wissen ja noch nicht mal, welche Arterie was ist, und wo da der Bypass hingekommen ist und so, und dann muss man das auch alles erklären irgendwie. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 53)

Bei der Versorgung mit Medikamenten wird nach Möglichkeit auf preisgünstige Präparate zurückgegriffen, insbesondere wenn der Verbrauch besonders hoch liegt. Die teureren Präparate werden dann teilweise erst bei ausbleibendem Behandlungserfolg, also als zweiter oder dritter Versuch, einen Therapieerfolg zu erzielen, eingesetzt:

B01: Zum Beispiel anhand von Implantatkosten oder Antibiotika-Kosten sind schon konkrete Rückmeldungen gekommen, wenn man-, wenn die Steigerungsraten höher waren als die prognostizierte Entwicklung und auch die Budgetentwicklung überschritten haben.

B01: Also so eindimensionale Auswirkungen der Ökonomie auf die Therapieentscheidung sicherlich nicht. Vielleicht in mehreren Vermittlungsschritten. [...] Dass man sagt, wir sind mit dem Antibiotika-Verbrauch in diesem Jahr 15 Prozent über Vorjahr, woran liegt das. Wir identifizieren die Präparate, die die größte Steigerung haben, wir überlegen uns, ob wir diese Präparate vor-

rangig künftig weiter einsetzen, oder ob wir nicht diese Präparate erst an zweiter Stelle oder nur als Notfall an dritter Stelle der Behandlungsentwicklung einsetzen. Das wäre aber nur eine allgemeine Strategie, und es wäre nicht so, dass man sagt, Präparat X ist zu teuer, das geben wir nicht mehr. (ÄD, B102, 64 - 67)

Es wird aber nicht um jeden Preis gespart: „Die Qualität der medizinischen Versorgung hat bisher sicherlich nicht gelitten“ (CA HNO, B103, 241).

Folgen der DRG-Einführung

Durch die DRG werden ökonomische Gesichtspunkte bei ärztlichen Entscheidungen insofern verstärkt, als den Ärzten die geldwerten Folgen alternativer Behandlungsformen direkt vor Augen geführt werden. Eine echte Kosten-Nutzen-Abwägung ist auch unter DRG-Bedingungen bisher nicht möglich, da nur die Erlösseite transparenter geworden ist, nicht jedoch die Kostenseite. Allerdings wird sich dies in zentralen Bereichen, nämlich dem OP, demnächst ändern (VD, B110, 38). Unmittelbare Konsequenz der DRG-Einführung ist, dass die Ärzte weniger Zeit für ihre Patienten haben, insbesondere wenn sie Kassenpatienten sind (PL Chirurgie, B101, 242, 425; CA HNO, B103, 74). Die knappe Personalausstattung führt außerdem mittlerweile zu Wartezeiten, wenn ein Arzt ausfällt:

B01: Weil die Arbeitsprozesse schneller geworden sind, die Arbeitsprozesse auch verdichteter geworden sind, ist der Faktor Zeit für den einzelnen Patienten schlichtweg ganz knapp geworden. Der ist noch vorhanden, aber er ist sehr knapp geworden. Und insbesondere ältere Patienten, die Krankenhauserfahrungen vielleicht noch von vor 10 Jahren oder so was haben, die spüren das ganz bewusst, die sagen uns das auch. Also, ich denke, so die meisten Beschwerden, wir kriegen nicht viele, aber die meisten Beschwerden gehen zu dem Thema `Zeit der Mitarbeiter für den Patienten`. Die ist nicht mehr vorhanden. (PD, B108, 16)

B01: Wenn ich einen Kassenpatienten von vor 10 Jahren nehme und einen Kassenpatienten heute sehe, hat sich das verschlechtert. Weil es diesen finanziellen Druck gibt. Auf jeder Ebene. Und der hat einfach keine Zeit mehr, die muss er sich eher für die Privatpatienten-, die die Kohle bringen, da wird hingegangen. Und dann bleiben schon mal zwei, drei Kassenpatienten auf der Strecke, die dann keinen Arzt sehen. Das hat es vor 10 Jahren nicht gegeben. Das hat sich verschlechtert. (PL Chirurgie, B101, 437)

B01: Wenn bei uns einer im Urlaub ist, das ist fast das ganze Jahr der Fall, und dann wird einer krank, dann können wir hier im Karree springen. Wenn nur ein Einziger krank wird! Dann ist es praktisch-, dann ist es schon, sagen wir mal, gut nicht mehr zu bewältigen. Dann können wir es nur noch schlecht bewältigen! Das heißt, die Patienten müssen viel länger warten, die OPs sind teilweise nicht mehr in vernünftiger Zeit zu schaffen und so weiter und so fort. Verbandswechsel; die Patientenversorgung leidet dann eindeutig. (CA HNO, B103, 241)

Der Pflegedirektor begrüßt die Entwicklung von Behandlungspfaden als Möglichkeit, medizinisch unnötige und überflüssige Behandlungen abzubauen. Manche überflüssige Routine konnte bei der Erarbeitung der Pfade aufgedeckt werden (PD, B108, 104). Vollständige Behandlungspfade existieren jedoch in der Praxis noch nicht (stellv. PD, B109, 90). Pflegekräfte haben über die langjährige Erfahrung mit Standards in ihrem Bereich schon viel stärker als die ärztliche Seite die Idee von Behandlungspfaden in ihr berufliches Verständnis integriert – unter der Voraussetzung, dass diese als Mindeststandards konzipiert sind:

B01: Jede Station hat einen Grundpflegestandardordner, wo alles gleich ist. [...] Das sind ca. 50, 60 im Moment. Und jede Station verfügt auch noch über eigene klinikinterne Standards, wie sie was umsetzt, weil, es gibt ja immer spezifische Sachen klinikbezogen. Und wir haben einen Ordner, übergeordnet, Standards wie Organisation im Haus. Das ist auf jeder Station gleich. Bis auf die klinikspezifischen Standards, die sind natürlich unterschiedlich. Aber es gibt diesen Grundpflegestandard. Und Standard ist für uns immer ein gut durchorganisierter, herausgearbeiteter Standard, aber er muss immer patientenindividuell betrachtet werden. Also, nicht den einfach so abreißen, sondern gucken, patientenindividuell, passt das da? Der ist immer nach

oben hin offen, also, er kann immer verbessert werden. Aber das, was da steht, darf nicht unterschritten werden. Das ist unser Anspruch. (PL Chirurgie, B101, 291 - 293)

Auch unter DRG-Bedingungen sind die Ärzte teilweise nicht bereit, wirtschaftliche Aspekte bei Versorgungsentscheidungen über medizinische Notwendigkeiten zu stellen (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 170). Begründet wird dies mit ihrem beruflichen Selbstverständnis, das einem solchen Verhalten widerspricht:

B01: Ich finde nicht, dass sich unser Beruf durch irgendwelche finanziellen Dinge beeinträchtigen lassen sollte. Und ich lasse mir das auch nicht sagen, ob der Patient so lange hier bleibt oder nicht, oder was ich dem Patienten-, ich möchte den Patienten gerne behandeln, dass es für ihn das Beste ist und nicht, dass es für die Kasse das Beste ist. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 202)

Diagnostik

Eine Einschränkung diagnostischer Maßnahmen, weil man Zeit bzw. Geld sparen will, konfliktiert mit dem Anspruch des Patienten, erst behandelt zu werden, wenn die Diagnose eindeutig ist (PD, B108, 56). Für Privatpatienten gilt jedoch derzeit das genaue Gegenteil. Was bei Kassenpatienten an eventuell medizinisch notwendigen Untersuchungen nicht gemacht wird, wird bei Privatpatienten systematisch zuviel gemacht. Dies wird als Folge des neuen Abrechnungssystems wahrgenommen, d. h. unter DRG-Bedingungen setzt sich eine Tendenz der Parallelität von Unter- und Überversorgung fort. Zumindest solange die privaten Versicherer dieses System mittragen:

B01: Ich halte es auch hier in der Klinik für ein Problem, weil man schon schaut, dass man Untersuchungen macht, die man noch abrechnen kann, gerade bei den Privatpatienten, die werden vollkommen geschöpft, von *allen* Chefs hier im Hause. Die bekommen unzählige von Ultraschall-Untersuchungen, wo ich mich frage, wieso die Krankenkasse nicht sagt, was das soll, wenn jemand an Hämorrhoiden operiert wird, warum der dann eine Ultraschall-Untersuchung von der Schilddrüse bekommt, ohne irgendeinen Verdacht, einfach nur mal so *durchschallen*, heißt es dann. Und das wird *vor* der Operation und *nach* der Operation gemacht. Da wird man sich schon fragen, was das soll. Privatpatienten sind wirklich ganz arm dran. Die bekommen alle Untersuchungen, da wird dann extra abgerechnet eine Rektoskopie, also eine Dickdarm-, also eine kurze Spiegelung, da wird abgerechnet eine Zytoskopie, dann kommt die Koloskopie, alles, was man im Grunde mit einem Handgriff macht, wird alles getrennt abgerechnet. Und das halte ich alles für ein Problem dieses Abrechnungssystems. War ja früher nicht. Früher hieß es, Betten, Liegezeit, und dann ist die Liegezeit bezahlt worden und Schluss. Und da haben die gar nicht so viel gemacht, weil das Geld haben sie auch so gekriegt. Und jetzt geht es, wie viel man gemacht hat, dann wird eben so viel gemacht, damit im Endeffekt so viel rauskommt. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 131)

Bislang ist der Einfluss der DRG-Einführung auf die Diagnostik noch nicht sehr ausgeprägt. Prästationäre Diagnostik wird häufiger betrieben, um die Verweildauer niedrig zu halten. Allerdings zeichnen sich im Schnittstellenbereich ambulant/stationär Probleme mit der Vergütung von diagnostischen Leistungen ab. Obwohl es im Interesse einer Verkürzung der Verweildauer sinnvoll ist, prästationäre Diagnostik zu fördern, existieren anscheinend Grauzonen, in denen die Kassen zunehmend die Abrechnung verweigern:

B01: Jetzt ein Beispiel, ja, ganz aktuell, habe ich heute mit der AOK telefoniert. Wir sind ja ein Brustzentrum hier, haben einen Umsatz bis zu 180 Mamma-Karzinomen, die wir pro Jahr operieren. Wir haben auch Brust-Sprechstunden eingerichtet, wo Niedergelassene uns Zweifelsfälle schicken, die wir dann angucken, ja? Die bringen die Röntgenbilder mit - wir haben hier zwei Superhighend-Ultraschallgeräte von je 250.000,- DM Wert stehen, die sich draußen keiner in die Praxis stellen kann - wir gucken uns diese Patienten an, an der Brust, machen ein Ultraschall und wenn es dann notwendig ist, machen wir auch eine invasive Diagnostik, d. h., machen eine örtliche Betäubung, aus diesem Bezirk eine Gewebeprobe, eine Stanze, ja? Die wird dann pathologisch untersucht, kriegen wir dann ein Ergebnis, wissen wir relativ genau, was da

los ist. Gut. Wie wird jetzt bezahlt? Wir hatten bis vor drei Jahren eine ambulante Ermächtigung auf KV-Basis. Das war auch nur so über einen Umweg, weil, für eine Stanze gibt es eigentlich keine Ermächtigung, über eine Funktion. Ja, dann konnte man wenigstens eine Punktion abrechnen, die zwar nicht den Wert der Stanze hat, aber immerhin, und hat so ein bisschen Geld dafür bekommen. Das ist uns genommen worden, weil man sagt, Punktion ist nicht mehr zeitgemäß, man sollte doch stanzen. Die Stanze können Sie aber nicht abrechnen auf Ermächtigung. Und diese Patienten jetzt als DRG zu führen, geht nicht. Wenn sie ein Mamma-Karzinom haben, also was wir dabei diagnostizieren, anschließend operieren, dann ist das noch eine prästationäre Leistung, aber die ganzen Patienten, die wir kriegen, die nicht operiert werden müssen und mit der Abregelung der Stanze dann eigentlich zufrieden nach Hause gehen, da stehen wir so da. Und wir haben Kosten, die Stanze kostet Geld, die Pathologie kostet Geld.

I01: Also, die Diagnostik als Solche ist nicht abgerechnet?

B01: Ist im Prinzip nicht abrechenbar. Es gibt aber so gewisse Tricks über prästationäre Abrechnung ohne stationären Aufenthalt, aber da machen die Krankenkassen auch mehr und mehr zu. Das ist dieser Korridor, der kleiner wird, der sicherlich verschwinden wird, ich denke, das ist auch politisch so gewollt, aber es gibt ihn. Natürlich kann das jemand, der sich so ein gutes Gerät, Ultraschallgerät, in die Praxis stellt, der kann das auch ambulant machen, aber das hat keiner oder kaum einer. (Leitender OA Gynäkologie, B106, 29 - 31)

Psychosoziale Versorgung und Ganzheitlichkeit der Behandlung

Wie bereits erwähnt, müssen aufgrund der Personalknappheit, der Zunahme administrativer Tätigkeiten und der Verweildauerverkürzung teilweise Abstriche bei der psychosozialen Versorgung gemacht werden, mit entsprechend negativen Rückwirkungen auf die Patientenzufriedenheit (PD, B108, 16; PL Chirurgie, B101, 425, 439). Eine weitere explizite Folge der DRG-Einführung ist, dass die Ganzheitlichkeit der Behandlung durch die Aufteilung in verschiedene Fälle bzw. die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten und nachstationären Bereich verloren geht. Je nach Abteilung und Chefarzt wird hier allerdings zur Zeit unterschiedlich verfahren:

B01: Diese sogenannten Überreaktionen - Patienten viel zu früh zu entlassen, Patienten nicht mehr verlegen, entlassen, Monat warten, wieder neu aufnehmen und so. Das gibt es bei uns vielleicht an der einen oder anderen Stelle eine Ausnahme, aber jetzt nicht, dass man sagt, das ist auffällig und ist bei uns eine Überreaktion. (MC, B107, 177)

B01: Er hat dann irgendwie auch Bedenken, die Patienten gehen zu lassen und zu sagen, bitte stellen Sie sich in, was weiß ich, drei Monaten noch mal vor, und dann machen wir die Seite oder so, das ist jetzt mal egal, was es ist, sondern es wird dann alles in einem gemacht, was natürlich verrechnungstechnisch ungünstig ist für uns. Was auch irgendwie Quatsch ist, weil, ich verstehe auch nicht, warum man nicht-, es kommen auch Patienten, die sagen, ja, bei Ihnen werden wenigstens die Varizen an zwei Beinen gleichzeitig operiert. Anderswo werde ich nicht operiert an zwei Beinen gleichzeitig, weil man das verrechnungstechnisch, erst mal das eine Bein und dann das andere Bein, noch mal im Abstand, wie Sie jetzt sagten, im Abstand von einem gewissen Zeitraum erst machen kann. Wenn das das Ergebnis dieses Systems ist, ist das schon eigenartig. Ich möchte mir als Patient auch alles auf einmal machen lassen und nicht noch mal in drei Monaten kommen wegen der anderen Seite. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 97)

Der Verwaltungsdirektor beobachtet derzeit einen Trend, dass Verträge über integrierte Versorgungsmodelle mit den Kassen von Anbietern geschlossen werden, die um ihr ökonomisches Überleben kämpfen. So wird versucht, zumindest die Auslastung zu erhöhen und positive Aufmerksamkeit bei den Kassen zu erzeugen (VD, B110, 22). Ob diese Behandlungen zu Dumping-Preisen dann noch einen Fortschritt bedeuten, ist zumindest fraglich, da die Reha-Einrichtungen nicht für die Versorgung frisch operierter Patienten ausgestattet sind:

B01: Weil die Reha-Kliniken unter einem derartig wirtschaftlichen Druck leiden, dass die leere Plätze haben, die sind bei weitem ja nicht ausgelastet, und das ist einer der Gründe, warum das auch sehr zügig geht, dass wir die Patienten relativ schnell loswerden. Aber die haben natürlich auch unter diesem Kostendruck sehr zu leiden und können sich deswegen aufwendige Weiterbehandlungen gar nicht leisten. (PD, B108, 46)

Im Pflegebereich existieren jedoch auch seit einiger Zeit positive Ansätze, sich verstärkt mit den individuellen Bedürfnissen der Patienten zu befassen. Zunehmend wird versucht, direkt nach der Aufnahme die Erwartungshaltungen des Patienten abzufragen, um ihnen entsprechen zu können. Der Zeitmangel setzt natürlich Grenzen dessen, was dann an Gesprächen möglich ist (stellv. PD, B109, 74):

B01: Und letztendlich, denke ich, kann ich sagen, dass der aller-, allergrößte Teil meiner Mitarbeiter hier in der Pflege sehr gut in der Lage ist, sich auch auf die Bedürfnisse der Patienten einzustellen. Wir sind mittlerweile so weit, dass wir uns fast allesamt, Ausnahmen gibt es ja immer, schon immer einem Patienten mit der Fragestellung nähern, welche Erwartungshaltung hat dieser Patient jetzt eigentlich an uns? Na, sage ich mal, Enttäuschung oder Frustrationen bei Patienten entstehen ja häufig alleine daraus, dass eine Erwartung, die sich irgendwie gebildet hat, schlichtweg nicht erfüllt wird oder nur unzureichend erfüllt wird. Das heißt, für uns ist die Frage, welche Erwartung hegt dieser Patient jetzt eigentlich, wenn er zu uns kommt, immer größere Bedeutung gewonnen hat, und das schleicht sich jetzt auch langsam in die Köpfe unserer Mitarbeiter, die jetzt wirklich schon aktiv anfangen zu hinterfragen bei der Aufnahme-Anamnese eines Patienten z. B.: „So, was erwarten Sie jetzt von uns, was möchten Sie? Wie möchten Sie versorgt werden, wie möchten Sie, dass mit Ihnen umgegangen wird? Brauchen Sie häufig Gesellschaft oder wollen Sie möglichst in Ruhe gelassen werden?“ Oder so. Also, das fängt schon an und ich denke, die ersten Ergebnisse, die sich daraus auch schon zeigen oder abzeichnen, die sind recht positiv, also da sehe ich ganz optimistisch in die Zukunft, weil wir anscheinend in einigen Fällen Erwartungshaltungen, die wir abgefragt haben auch ganz anders erfüllen können. (PD, B108, 58)

Liegezeiten, Entlassung und Verlegung

Die *Liegezeiten* gingen bereits in den 1990er Jahren zurück (stellv. PD, B109, 46). Ökonomische Anreize bzw. die Art des Abrechnungsverfahrens haben nach Meinung eines Chefarztes dabei Einfluss auf die Festlegung des Entlassungszeitpunktes, wobei er die Rolle von Benchmarking-Zahlen betont, mittels derer von Seiten des Landesgesundheitsministeriums auf Abteilungen Druck ausgeübt wird:

Im [Bundesland X] werden die Liegedauern innerhalb der einzelnen Abteilungen auch verglichen. Und ich hatte mal hier ein Gespräch, das ist schon ein paar Jahre her, mit [einem Vertreter des Gesundheitsministeriums]. Und da wurde mir dann vorgehalten, ich weiß gar nicht mehr genau, worum es ging, aber es wurde mir vorgehalten, dass unsere Liegedauer 0,5 Tage länger ist als die der anderen Abteilungen im Land [...]. Und, wissen Sie, so ein Argument, das ist ein Totschlag-Argument. Da können Sie gar nichts gegen machen. Wenn Ihnen das an den Kopf geworfen wird, dann stehen Sie da und können sich nicht wehren. Und da müssen Sie einfach aufpassen, dass Sie einigermaßen im Schnitt liegen. Und wenn Sie das nicht liegen, dann kriegen Sie ganz leicht welche um die Ohren gehauen! Und das ist auch ein Grund. Die anderen Abteilungen haben reduziert, wir haben ja regelmäßig Kontrollen oder Vergleiche. Nicht Kontrollen. Vergleiche. Und wir haben auch reduziert. Und es lässt sich auch reduzieren. Ganz abgesehen davon. Wissen Sie, es ist jetzt ja wirklich so, dass es nur noch auf die Leistung ankommt - das, was wir machen, auf die Diagnose und auf die Therapie. Die Liegedauer-, es gibt gewisse Grenzverweildauern, das wissen Sie selber. Wenn wir uns innerhalb dieses Rahmens bewegen, dann ist es eigentlich nur klug, nach unten zu gehen. Wenn man es verantworten kann. Das ist recht-. Und wir können es teilweise verantworten. Also haben wir es gemacht. Wir haben immer noch Reserven drin. Ich bin ganz sicher. Wir haben immer noch Reserven drin, wir können noch weiter runtergehen, wenn das erforderlich ist. Also, das ist eigentlich nur klug, denke ich, wenn man in diesem Fall dann die Liegedauer nicht unnötig verlängert. Also möglichst kurz halten. (CA HNO, B103, 110)

Die Verkürzung der Liegezeiten wird möglich durch die Propagierung minimalinvasiver Operationsmethoden (ÄD, B102, 75). Ein weiterer Grund für die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus B ist, dass die präoperativen Liegezeiten durch prästationäre Diagnostik reduziert werden. Zusätzlich könnten über prästationäre Diagnostik teure OP-Leerlaufzeiten vermieden werden (CA HNO, B103, 116 - 118). Außerdem wird die Entlassung in die ambulante oder stationäre Weiterbehandlung teilweise schon während der Behandlung über den Sozialdienst organisiert (ÄD, B102, 21):

B01: Angriffspunkt ist die präoperative Verweildauer, dass die Organisationsstruktur so optimiert wird, dass die Operation einfach schneller gestartet wird, dass diese ganzen Voruntersuchungen schneller ablaufen. (MC, B107, 99)

B01: Wir haben zwei prästationäre Sprechstunden, dienstags und donnerstags, wir haben die Spezialsprechstunden, und die kommen dann mit Einweisungen, weil wir haben hier keine Kassenzulassung, die kommen mit stationärer Einweisung, die werden vorbereitet. Die normalen Patienten werden vorbereitet, also Patienten, die keine längere Diagnostik brauchen, und kommen dann am nächsten Tag zur Operation oder am übernächsten Tag zur Operation. Also an dem Tag zur Operation und bleiben ihre, meinetwegen bei Leistenhernien oder Gallen, drei Tage da, drei, vier Tage da, und werden dann wieder entlassen. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 71)

B01: Es wird zum Teil im Verlauf der Behandlungen schon organisiert, dass man den Patienten über den Sozialdienst weiterleitet an eine Reha-Maßnahme oder über die Pflege-Überleitungsstelle in weiterbehandelnde Kliniken oder Pflegeheime. Und das wird z. T. von der Pflege organisiert und bestimmte Maßnahmen werden vom Arzt angeordnet dann. Und die Entlassung selbst organisiert der Arzt. Die Planung, die Festlegung der Entlassung. (PD, B109, 58)

Folgen der DRG-Einführung

Die Einführung der DRG hat den Druck auf den Entlassungszeitpunkt durch medizinfremde Rationalitäten weiter erhöht (CA HNO, B103, 68). Es werden sowohl frühzeitige Entlassungen mit Nachteilen für den Patienten beobachtet (PL Chirurgie, B101, 355), als auch eine weitere für den Patienten sinnvolle Liegedauerverkürzung bei Standardeingriffen (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 25). Für das Krankenhaus ist eine solche Entwicklung rational (wenn die Wiederaufnahme als weiterer Fall abgebildet werden kann), während für das Gesundheitssystem als Ganzes zusätzliche Kosten entstehen:

B01: Ich bin schon der Meinung, dass man eine Gallenblasenentfernung-, dass man die auch ruhig planmäßig, so wie das auch gedacht ist, nach drei, vier Tagen nach Hause schickt. Oder auch einen Blinddarm, oder eine Leistenhernienoperation. Warum sollen die nicht schnell nach Hause gehen können? Das ist durchaus vertretbar. Auch eine Struma. Das kann man wirklich machen, wenn das ohne Komplikation abgelaufen ist, die Operation, und damit ist der Patient wirklich schneller wieder ins Berufsleben einführbar, als das eben früher aus bettenteknischen Gründen noch ein bisschen konserviert wurde. Und insofern hat es was gebracht, für diese einfachen Dinge. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 172)

B02: Aber ich glaube, das die Tendenz bei uns auch so ist, dass sie noch früher entlassen müssen. Dass der Druck zunimmt. Aber momentan ist das noch in Ordnung.

B01: Ja, aber was hier oben läuft, das ist auch nicht richtig.

B02: Ja, ich höre das immer mal.

B01: Das ist das Extreme in die andere Richtung.[...] Zu kurz. [...]

B02: Die kommen dann irgendwann wieder, erneut als Patienten noch einmal zur Re-OP oder irgendwas.

B01: Oder die können in der Reha noch gar nichts mit denen anfangen. [...] Das verändert sich in der Reha ja auch.

B02: Also, unterm Strich gesehen ist das dann ein sehr teurer Patient. Auch die Komplikationsrate nimmt ja enorm zu bei diesen zu frühen Entlassungen.

B01: Na ja, und oft stehen sie unter Druck, weil sie sich selber unter Druck setzen durch die vielen einbestellten Patienten. [...] In der achten Etage, da ist es irre! Da geht es nicht darum, dass die irgendwie Platz brauchen für Notfälle, sondern weil die so viele Einbestellte haben und, richtig heftige Sachen. Das kommt immer auf den Chefarzt an. [...] Und die Chefärzte, die ich jetzt hier habe, die sind ein bisschen extrem. (PL Chirurgie und PL Neurochirurgie, B101, 334 - 353)

B01: Insbesondere nach DRG-Gesichtspunkten gibt es die Grenzverweildauer, die wollen wir natürlich unterschreiten, ist ganz klar, und die Patienten werden nach ihrem eigenen Empfinden viel zu früh entlassen. Nach medizinischen und auch nach pflegerischen Kriterien nicht, in der Regel nicht, es gibt ganz wenige Ausnahmen, aber es besteht so gut wie keine Möglichkeit mehr sozusagen an einen Krankenhausaufenthalt noch eine Erholungsphase anzuschließen. (PD, B108, 16)

Durch das DRG-System bestehen derzeit in Krankenhäusern finanzielle Anreize, neue geriatrische Abteilungen aufzubauen, um dort multimorbide Patienten mit längerer Liegezeit nach Operationen weiter zu versorgen. Diese Abteilungen arbeiten mit einem anderen Personalschlüssel: weniger Ärzte pro Patient. Auch Krankenhaus B hat eine solche Station aufgebaut, allerdings werden hausinterne Probleme bei der Verlegung in die neue Abteilung berichtet, da man sich dort mit der Wundversorgung überfordert fühlt:

B01: Obwohl wir eine hauseigene Geriatrie haben, klappt es nicht, die Patienten zur Rehabilitation da hin zu verlegen. Die sind außerstande, eine kleine Wundversorgung noch selbst durchzuführen, so dass für alles der Chirurg geholt wird, so dass wir jetzt beinahe so weit sind, dass wir die Patienten bis zum Schluss behalten. Und damit ist das DRG vollkommen in den Sand gesetzt, weil wir mit den Gefäßen in allen Punkten darüber sind. Wir kommen immer über die Zeit. Vor allem, weil ich ja hauptsächlich die ganzdystale Rekonstruktion mache, wo dann noch zusätzlich Füße reseziert werden müssen, oder Zehen reseziert werden müssen, und das dauert eben lange, bis diese Wunden bei Diabetikern geheilt sind. Und wir schaffen es nicht, das in diese Anschlussabteilungen zu verlegen. Aber das hat nichts damit zu tun, dass man da sagen könnte, das müsste irgendwie besser sein, sondern einfach-, da macht jeder seine eigene Suppe. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 103)

Über die untere Grenzverweildauer existieren jedoch weiterhin auch ökonomische Anreize, Patienten länger als nötig im Bett zu halten. Es besteht eine Tendenz, die vom Abrechnungssystem definierten Grenzen standardisiert einzuhalten (nach oben und unten), um keinen Nachfragen der Kassen zu provozieren:

B01: [...] habe ich mal vor Einführung der DRGs eine Patientin mit Schilddrüse am dritten Tag nach Hause gelassen. Das war eine junge Frau, die auch noch irgendwelche Krankenpfleger in der Verwandtschaft hatte, und ich dann gesagt habe, das ist ja nicht schlimm, da kann sie ruhig mit nach Hause gehen. Und da habe ich mir Ärger mit dem Chef eingehandelt, der gesagt hat, die müssen fünf Tage hier bleiben, bis wir den Faden hier ziehen. Da hatten wir noch Fäden, die man ziehen konnte, heute machen wir ja sich selbstauflösende Fäden. Und da habe ich zur Antwort gegeben, wenn ich der Patient wäre, ich wäre auch jetzt gegangen. Aber es ist so, und da war das ein ganz schreckliches Verbrechen, dass ich die so früh habe gehen lassen. Und heute ist das mit dem DRG ganz normal, und ich finde das auch richtig. Weil diese Leute, denen geht es wirklich so gut, das kann man so machen. Das ist zu vertreten. Andererseits zum Beispiel haben wir Karotiden, also Halsschlagadern, auch in drei Tagen wieder entlassen in [Stadt X], das habe ich hier probiert, und da hat mein Chef gemeint, das wäre viel zu früh, das wäre nachteilig für den DRG, wir könnten die ruhig länger da lassen. Ich finde nicht, dass der DRG unsere Aufenthaltsdauer steuern sollte. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 204)

Der medizinische Controller sieht jedoch Grenzen einer weiteren Verweildauerreduzierung. Er prognostiziert sogar eine Umkehrung hin zu einem Verweildaueranstieg, bedingt durch den Wandel der Patientenstruktur:

B01: Durch gewisse gesetzlicher Veränderungen, ambulantes Operieren im Krankenhaus, AEP-Kriterien, die eine vollstationäre Behandlung erst mal begründen sollen, um ihn aufnehmen zu können. Dann der Punkt der Fallzusammenführung, die Entwicklung unserer Gesellschaft, es werden immer mehr Patienten alt, ich bin mir 100 Prozent sicher, dass die Verweildauerreduktion nicht eintreten wird. Ich glaube sogar eher, dass sie steigen wird aufgrund der gesellschaftlichen Struktur. [...] Das DRG-System sehe ich schon als Verweildauerbremse an, aber dass jetzt die Verweildauer zurückgehen wird, das glaube ich nicht. [...] Wir sind ja Maximalversorger, haben hier ein sehr ländliches Gebiet, wo durch die hohe Arbeitslosigkeit alle jungen Leute wegziehen, [...] und die Gesellschaft veraltet hier. Und dementsprechend bekommen wir natürlich auch immer multimorbidere, kranke, alte Patienten. (MC, B107, 73 - 77)

Anreize im DRG-System und Steuerung der Verweildauer

Der seit den 1990er Jahren zu beobachtende Trend zur Verkürzung der Liegezeiten wird unter DRG-Bedingungen verstärkt (s.o.). Die Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt liegt beim behandelnden Arzt, ohne dass die Verwaltung hier bisher explizite Vorgaben macht. Ökonomische Gesichtspunkte spielen insofern eine Rolle, als verstärkt darauf geachtet wird, dass die Grenzverweildauern eingehalten werden. Als Kontrolle gegen zu frühe Entlassungen sieht das Medizin-Controlling seine statistischen Berechnungen. Wenn die Erhebungen Veränderungen der Kennziffern ergeben (z.B. erhöhte Komplikationsraten), kann so interveniert werden, um den Ursachen auf den Grund zu gehen. Außerdem sei eine Überschreitung der oberen Grenzverweildauer auch gar nicht so sehr im Fokus der betriebswirtschaftlichen Steuerung der Prozesse, da die hier anfallenden zusätzlichen Kosten als relativ gering eingeschätzt werden (MC, B107, 187 - 189):

B01: Auswertungen wie Letalitätsstatistiken, Komplikationsstatistiken, Wiederkehrer, die führe ich als DRG-Koordinator durch. Nicht mit dem Gedanken unter dem Thema Qualitätssicherung, weil das ist ja so ein verzahntes Thema, dass ich auch von mir aus solche Themen entsprechend bei den medizinischen Abteilungen, wenn ich meine Runden drehe, entsprechend vorstelle. Zum Beispiel ein Thema, Tonsillektomie und Nachblutung. Wie hoch ist da unser Prozentsatz? Wenn die zum Beispiel zu einer gewissen Zeitphase häufiger auftreten: Wie kommt das denn? Oder wenn gewisse Infektionen auftreten: Haben wir wieder irgendwelche Hygiene-probleme? Ich verstehe mich da jetzt nicht als Qualitätsbeauftragter, sondern mehr als DRG-Fachmann, der eben aus dieser medizinischen Dokumentation auch diese Dinge ersieht, und entsprechend die Kommunikation mit den entsprechenden Bereichen führt. (MC, B107, 163)

Zu frühe Entlassung

Die Verkürzung der Liegezeiten, die schon vor der DRG-Einführung begann und durch diese verstärkt wird, wird nicht von allen Befragten als unproblematisch angesehen (s.o.). Es bestehen durchaus noch Spielräume, Patienten einige Tage länger als üblich da zu behalten, was die Ärzte gegenüber den Krankenkassen allerdings gut begründen müssen. Die Begründungspflicht ist ein Anreiz, innerhalb der Vorgaben zu bleiben. Ausgliedert aus dem Krankenhaus ist unter DRG-Bedingungen allerdings definitiv die Erholungsphase:

B01: Insbesondere nach DRG-Gesichtspunkten gibt es die Grenzverweildauer, die wollen wir natürlich unterschreiten, ist ganz klar, und die Patienten werden nach ihrem eigenen Empfinden viel zu früh entlassen. Nach medizinischen und auch nach pflegerischen Kriterien nicht, in der Regel nicht, es gibt ganz wenige Ausnahmen, aber es besteht so gut wie keine Möglichkeit mehr, sozusagen an einen Krankenhausaufenthalt noch eine Erholungsphase anzuschließen. (PD, B108, 16)

B01: Die Qualität der Behandlung für den Patienten hat sich nicht verändert, außer der Faktor, dass sozusagen Erholungsphasen oder Ruhephasen, da wo man anfängt, sich ein bisschen besser zu fühlen, nicht mehr im Krankenhaus stattfinden. Und das ist die negative Auswirkung, die auch die Patienten so empfinden. (PD, B108, 40)

Vor allem die Mitarbeiter aus dem Pflegebereich bewerten diese Entwicklung hin zu kürzeren Liegezeiten eher als nachteilig für den Patienten und den Heilungserfolg. Die Entlassung erfolgt zu einem Zeitpunkt, zu dem der Patient noch nicht wirklich gesund ist (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 31). Die Folge ist, dass Patienten mit Schmerzen entlassen werden oder Komplikationen auftreten können. Eine frühere Entlassung bedingt auch, dass der Patient verstärkt selber auf seine Gesundheit achten muss, insbesondere in der Rekonvaleszenzphase. Probleme entstehen auch durch Fehlmedikationen im ambulanten Bereich, die wiederum durch Gewinninteressen der Niedergelassenen begünstigt werden:

B01: Im Interesse der Patienten würde ich mir wünschen, dass es nicht ganz so schnell geht, dass sie doch noch ein, zwei Tage bleiben dürfen, um sich einfach auch wieder ein bisschen zu stabilisieren und, ja, nachfolgend weniger Probleme haben. Das würde ich mir schon wünschen. Und für die Pflege ist es dann entsprechend schwierig. Die gehen in einem sehr pflegeintensiven Aufwand weg. Da kommt zwar ein Neuer, der ist einen halben Tag da, dann wird er operiert und ist am nächsten Tag auch wieder sehr pflegeintensiv. Deswegen meine ich, da fehlen die leichten Sachen dazwischen. Die haben immer nur die richtig pflegeintensiven Geschichten. Und das geht wie am Fließband. (PL Chirurgie, B101, 355)

B01: Ich habe heute einen Patienten gesehen, dem habe ich vor eineinviertel Jahren einen coronalen Bypass gemacht, also ganz nach unten, und der läuft fantastisch, natürlich mit Marcumar, und da hat der Hausarzt jetzt Osteoporose bei ihm festgestellt, und weil er ihm da Spritzen geben will, hat er einfach das Marcumar abgesetzt. Seit 14 Tagen kein Marcumar mehr, und dann habe ich gesagt, jetzt kann er warten, bis der Bypass zugeht, und den Fuß muss man dann abschneiden. Jetzt hat der Patient Angst gekriegt und ist heute wieder zum Hausarzt gelaufen. Ja, es ist wirklich so, das ist eine Folge von diesen Abrechnungssystemen. Die Hausärzte sehen eine Möglichkeit, da Geld zu verdienen mit Osteoporose-Spritzen, was auch immer das ist, und da kann man natürlich nicht einfach IM oder sonst was spritzen, wenn der Patient marcumariert ist. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 119)

Fallsplitting

Ein Fallsplitting in dem Sinne, dass ein Patient nach der Diagnostik erst mal entlassen und dann für die Operation wieder aufgenommen wird, oder eine Nebendiagnose über Entlassung zu einem neuen Fall wird, findet bisher nur als Ausnahme statt (abteilungsspezifisch, s.o.). Als Kontrollinstanz werden die Krankenkassen genannt, da diese starke Veränderungen der bisherigen Praxis registrieren und hinterfragen würden. Umgekehrt bedeutet diese Aussage allerdings auch, dass schleichende Veränderungen in diese Richtung durchaus möglich sind, weil die Kassenreaktionen ausbliebe. Patienten berichten jedoch bereits von Erfahrungen aus anderen Häusern, dass dort Fallsplitting betrieben wird:

B01: Diese so genannten Überreaktionen²⁶ - Patienten viel zu früh entlassen, Patienten nicht mehr verlegen, entlassen, Monat warten, wieder neu aufnehmen und so. Das gibt es bei uns vielleicht an der einen oder anderen Stelle eine Ausnahme, aber jetzt nicht, dass man sagt, das ist auffällig und ist bei uns eine Überreaktion. Das ist nicht vorhanden. Da sind keine Auffälligkeiten, sonst würden ja auch die Krankenkassen entsprechend agieren, weil die haben ja auch ihre Zahlen. In dem Bereich haben wir keine Konflikte mit den Krankenkassen, weil wir immer sagen, auch bei den Budgetverhandlungen, so wie wir früher unseren Striemel durchgeführt haben, werden wir es in Zukunft auch machen. Klar wird es eine gewisse Entwicklung geben, aber wir wollen da ja gar nicht negativ auffallen, sonst sagen auch die Krankenkassen, jetzt auf einmal geht es, was habt ihr früher gemacht. (MC, B107, 177)

²⁶ Gemeint sind hier die Überreaktionen von Ärzten, die im Sinne eines voreilenden Gehorsams schneller als das DRG-System erlaubt, ihre Patienten entlassen.

B01: Er²⁷ hat dann irgendwie auch Bedenken, die Patienten gehen zu lassen und zu sagen: „Bitte stellen Sie sich in, was weiß ich, drei Monaten noch mal vor, und dann machen wir die Seite“ oder so, das ist jetzt mal egal, was es ist, sondern es wird dann alles in einem gemacht, was natürlich verrechnungstechnisch ungünstig ist für uns. Was auch irgendwie Quatsch ist, weil-, ich verstehe auch nicht, warum man nicht-, es kommen auch Patienten, die sagen, ja, bei Ihnen werden wenigstens die Varizen an zwei Beinen gleichzeitig operiert. Anderswo werde ich nicht operiert an zwei Beinen gleichzeitig, weil man das verrechnungstechnisch, erst mal das eine Bein und dann das andere Bein, noch mal im Abstand, wie Sie jetzt sagten, im Abstand von einem gewissen Zeitraum erst machen kann. Wenn das das Ergebnis dieses Systems ist, ist das schon eigenartig. Ich möchte mir als Patient auch alles auf einmal machen lassen und nicht noch mal in drei Monaten kommen wegen der anderen Seite. (OÄ Viszeralchirurgie, B105, 97)

Zusammenfassung: Auch wenn die Einführung der DRG in Krankenhaus B bisher nicht erkennbar zu selektiver Aufnahme von Patienten oder Verzicht auf medizinisch notwendige Behandlungen geführt hat, wirkt sich das DRG-System durchaus auf die Abläufe im Krankenhaus und die Behandlung der Patienten aus. Unter DRG-Bedingungen wird die Verkürzung der Liegezeiten, die schon in den 1990er Jahren einsetzte, weiter vorangetrieben. Hierdurch verlagert sich der Heilungsprozess in den nachstationären Bereich, dessen Mittelausstattung im Vergleich zum akutstationären Bereich schlechter ist und Anreize zur Unterversorgung von Patienten bestehen. Unter DRG-Bedingungen nimmt auch die Bedeutung ambulanter Operationen zu, eine Entwicklung, die von vielen Patienten gewünscht, aber nicht uneingeschränkt positiv bewertet wird, da Komplikationen auftreten können und die Nachsorge den niedergelassenen Ärzten überlassen ist. Durch die Verkürzung der Liegezeiten, aber auch die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen sowie die Möglichkeit des Fallsplitting nimmt die Sicht auf das unmittelbare Patienteninteresse ab, während handwerklich technische Aspekte als Maßstab des Behandlungserfolges in den Vordergrund der Wahrnehmung rücken. Im Bereich der Diagnostik bewegt sich die Entwicklung unter DRG-Bedingungen im Spannungsfeld von zügiger Behandlung ohne überflüssige Untersuchungen (positiv für den Patienten) und Verzicht auf sinnvolle zusätzliche Diagnostik, um Entscheidungen abzusichern (negativ für den Patienten).

Die Krankenhausleitung verzichtet unter DRG-Bedingungen bisher auf klare Vorgaben und lässt die Entscheidungskompetenz bei den Ärzten. Insgesamt gibt es im Krankenhaus B noch Spielräume innerhalb des DRG-Systems, die von den Beschäftigten auch zugunsten der Patienten genutzt werden. Alle Befragten betonen jedoch, dass kosten-trächtige Entscheidungen im Sinne des Patienten nur so lange möglich sind, wie es die wirtschaftliche Situation des Hauses zulässt. Aufgebaut oder im Aufbau befindlich sind derzeit die Kennziffersysteme, die es der Verwaltung erlauben zu erkennen, welche Behandlungen Gewinne und welche Verluste bringen. Die Instrumente zur ökonomischen Steuerung des Leistungsgeschehens sind vorhanden. Die Frage ist, wann der Punkt erreicht ist, dass sich die Krankenhausleitung veranlasst sieht, stärker steuernd eingreifen zu wollen. Der Durchsetzungskraft von Ärzten gegenüber Verwaltung und Krankenkassen kommt im DRG-Zeitalter eine zunehmende Bedeutung zu. Bedenklich ist die zu beobachtende zunehmende grundsätzliche Akzeptanz einer Vermittlung von Interessen des Hauses mit denen des Patienten.

²⁷ Mit „er“ ist der Chefarzt gemeint.

Fallstudie C

Finanzielle Rahmenbedingungen, Strategien der Krankenhausleitung zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Rolle der Verwaltung

Das Krankenhaus C ist ein mittelgroßes Krankenhaus, das in starkem Wettbewerb zu den anderen Krankenhäusern am Ort steht. Im Jahre 2004 wurden gut 15.000 Patienten stationär und fast 8.500 ambulant behandelt. Die Auslastung liegt bei knapp 80%. Im *Leitbild* des Hauses wird die christliche Tradition betont.

Bereits 1989 wurde das Haus, das bis dahin unter direkter kirchlicher Verwaltung stand, in eine gemeinnützige GmbH unter kirchlicher Trägerschaft umgewandelt, wodurch eine gewinnorientierte Politik eingeleitet wurde (GF, C111, 68). Die GmbH wird von einem Geschäftsführer geleitet, der seit 1990 im Haus ist. Unterhalb der Geschäftsführung gibt es ein Dreigestirn aus kaufmännischem Leiter, ärztlichen Direktor und Pflegedienstleitung. Bei strittigen Fragen innerhalb der Krankenhausverwaltung hat der Geschäftsführer das letzte Wort:

Das ist sicherlich Modell, was dem früheren Modell, wo es eine Geschäftsführungsebene nicht gegeben hat, deutlich überlegen ist. Natürlich gibt es immer wieder den Konflikt zwischen Medizin, Pflege und Ökonomie, das ist gar keine Frage. Oftmals ist es ja auch so, dass man sich da schon auf einen gemeinsamen Nenner einigt. Es ist ja nicht ein Gegeneinander, sondern es ist ja ein Miteinander, aber in Zweifelsfällen kommt es dann natürlich schon einmal zu der Auseinandersetzung, was wiegt mehr? Medizin, Pflege oder das Geld? Und in diesen Fällen gibt es den Geschäftsführer, der es dann letztendlich entscheiden muss. Das ist seine Aufgabe, dafür wird er bezahlt. (KL, C112, 23)²⁸

Um Kosten zu sparen wurden bereits in den 1990er Jahren Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen verändert, etwa Funktionsdienste zentralisiert sowie Einkauf und Lagerhaltung konzentriert und die Produktpalette gestrafft (GF, C111, 70). Der Geschäftsführer der GmbH zieht in diesem Zusammenhang häufig Parallelen zur Autoindustrie (GF, C111, 31). Diese Umstrukturierungen gingen nach Meinung der Verwaltung ohne Qualitätseinbußen vonstatten (PD, C103, 10; vgl. auch PDL, C103, 34). Durch die Bildung einer *Holding*, die ebenfalls unter der Leitung des Geschäftsführers des Krankenhauses C steht, wurden das Personalwesen und die Buchhaltung zentralisiert. Eine Zusammenarbeit im medizinischen Bereich findet dagegen (noch) nicht statt (CA Chirurgie, C109, 41; ÄD, C108, 18). Neben Maßnahmen zur Kostensenkung wurde auf der anderen Seite aber auch modernisiert und investiert, um die Attraktivität des Krankenhauses zu erhöhen (ÄD, C108, 52). In der Anfangsphase der Budgetierung war das Krankenhaus noch so gut gestellt, dass Teile der Investitionskosten aus dem Budget abgezweigt werden konnten (GF, C111, 68-70). In dem Maße, in dem die Schere zwischen Budgetentwicklung und Personalkosten auseinander klaffte, wurde seit Ende der 1990er Jahren etwa 15% Personal im Bereich der Pflege abgebaut (PDL, C103, 20-22). Parallel dazu wurden in den 1990er Jahren Arbeitsabläufe umorganisiert, gestrafft und Arbeitszeiten flexibilisiert, was auch die Qualität der Patientenversorgung beeinflusst (siehe 3.).

Personalentwicklung war und ist eine, wenn nicht *die* Schlüsselmaßnahme der Geschäftsführung, um wirtschaftliche Denkweisen und eine Dienstleistungsorientierung bei den Mitarbeitern zu verankern und die Qualität zu erhöhen. In diesem Zusammenhang betont der Ge-

²⁸ Ob es in der Praxis bereits zu solchen „Kampfabstimmungen“ gekommen ist oder ob es sich nur eine „theoretische“ Möglichkeit handelt, ist nicht ganz klar.

geschäftsführer auch die Notwendigkeit von Kommunikation. Es sei wichtig, allen Mitarbeitern im Haus die „neuen Botschaften“ zu vermitteln:

Und ich sage Ihnen, das ist *durchweg* Personalpolitik. Das heißt, Sie müssen an der-, ist *unsere* Überzeugung, es gibt bessere Modelle, es gibt andere Modelle. Unsere Überzeugung ist: Der Kopf des Unternehmens muss Personalpolitik machen. Und damit Produktqualität. (GF, C111, 62)

Aber dann kamen wir auch zu dem Punkt, und der hat auch was mit Qualität zu tun: Woran hakt es denn? Es hakt im Krankenhaus ein bisschen hier in der Birne, am Bewusstsein - Kunde, Kunde, Kunde! Und am Bewusstsein - der Mitarbeiter wird hier nicht gequält! Er muss sich aber sehr wohl anpassen an die Kundenbedürfnisse, was seine Arbeitszeit angeht und so weiter und so fort. Wir haben dann festgestellt, im Gesundheitswesen, im Krankenhaus denkt man relativ Mitarbeiter bezogen. Auch ein bisschen kumpelhaft. Im Grunde genommen hatten Führungskräfte häufig Angst vor ihren Mitarbeitern: Ja, der, der, der kann heute Abend nicht! Die Freundin ist krank! Dem seine Mutter hat 'nen Klumpfuß, der kann freitags nachmittags nicht! Und, und, und. Der ist 'ne Pfeife, aber wer sagt es ihm? Wir haben zu wenig Leute, heißt es dann im Ergebnis. Und dann haben wir gesagt, das müssen wir üben! Das müssen wir üben. Ärzte, die kommen alle von Universitätskliniken, da haben sie einen Stellenplan, der ist doppelt so groß wie unser. Da geht das. Da ist hier ein komischer Onkel, der ist habilitiert, aber hat seit fünf Jahren nichts Neues mehr gelernt. Dann gibt es da noch zwei faule Assistenten, eine schräge Sekretärin - das geht, solange es andere bezahlen. Und wir haben gesagt, Leute, das müssen wir lernen! Du musst deiner Luzi sagen, die um zwanzig nach acht schon auf den Absätzen rumtänzelt, lass den Hermann draußen im Manta noch ein bisschen warten, wir haben hier noch Kundschaft. Und wenn das nicht geht, dann *können wir dich nicht gebrauchen*. So einfach ist das. Und das haben wir systematisch doziert, kommuniziert. Dafür habe ich eine Personalberaterin geholt, die hauptsächlich Erfahrungen im Douglas-Konzern gesammelt hat. Weshalb Douglas? Wir haben gesagt, das ist das gleiche Problem: Kundschaft wird immer anspruchsvoller, und Verkäuferinnen sind junge, hübsche Damen im weißen Kittel. Das ist das gleiche wie bei den Schwestern. Wie können wir-, (how can you call the problem)? Wir haben geguckt - Karstadt kann es nicht. Sieht man jetzt. Konnte man auch vor sieben Jahren schon sehen, dass sie es nicht können. Die raunzten ja noch vor fünf Jahren die Kunden an, wenn die um zwanzig nach sechs noch was bezahlen wollten: Ich mache hier jetzt Kasse, gehen Sie dahinten hin!! Ja, okay, okay, komme nie wieder! Bei Douglas - gehen Sie bei Douglas rein, gehen Sie bei Uhren Weiss rein, gehen Sie bei Christ rein - parfümiert und was nicht alles, die *können* es offenbar! [...]

Und ich kann Ihnen sagen, [...] aus diesen Truppen in unseren Häusern haben wir *äußerst* wertvolle Mitarbeiter gewonnen! Da habe ich Leute entdeckt, die ich so noch gar nicht kannte. Die waren als Mausi irgendwo Stellvertretende Stationsleiterin auf Station 12. Habe dann gesehen, Mensch, die denkt mit. Die hat Ideen, die greift kritische Punkte auf. Die ist heute Stellvertretende Pflegedienstleiterin. Die [Name]. Einer ist Schulleiter. Und, und, und. Das ist also zugleich auch ein Personal-, ein melting pot. Ein Entwicklungs-, Rekrutierungs-Pott, den man dort holt. Aber vor allen Dingen: Es wird im ganzen Haus kommuniziert: Man kann etwas verbessern. Und *mein* Glaubenssatz, das sage ich jetzt auch als Volkswirt und Sozialwissenschaftler, ist: Wissen ist *nicht* zentralisierbar! Auch nicht bei 1000 Leuten. (GF, C111, 70)²⁹

Zugleich wurden seit Mitte der 1990er Jahre im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses Maßnahmen zur *Qualitätssicherung* entwickelt und ausgebaut (2000 Zertifizierung nach ISO 9001, 2004 Qualitätsbericht nach § 137 SGB V). Hierdurch wurde das „Wir-Gefühl“ der Mitarbeiter ebenfalls gesteigert. Als widerständig erwiesen sich lediglich einzelne Chefärzte (GF, C111, 91). Der Ausbau der Qualitätssicherung ist nicht allein ein Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität, sondern vor allem auch eine Marketingstrategie der Geschäftsführung:

²⁹ An dieser Stelle ist die methodische Anmerkung zu machen, dass uns von der Geschäftsführung überwiegend Interviewpartner aus diesem „melting pot“ vermittelt wurden.

Wissen Sie, wir haben den Qualitätsbericht, der jetzt Pflicht wird, haben wir pünktlich vor Weihnachten ins Internet gestellt. Jetzt schon. Ich habe es der Zeitung geschrieben, kann Ihnen sagen, ich habe zwischen den Jahren viele lange Telefonate geführt. Mit Radiosendern, Zeitungen und, und, und. Das hat mich sehr gefreut, was die Zeitungen aus solchen Brummern gemacht haben: 'Krankenhaus C legt Bericht vorzeitig vor'. Dann ziehe ich da Marketing raus. Ganz klar. Wir kriegen reichlich Internet-Abfragen oder reichlich Telefonate: Was ist damit und, und, und? Ich sage, man kann das ja jetzt auch marktwirtschaftlich nutzen. (GF, C111, 44)

Um das Kostenbewusstsein der Mitarbeiter zu erhöhen und ökonomische Zielsetzungen zu verankern wurden Mitte der 1990er Jahre Personalbudgets und medizinische Budgets eingeführt, auf deren Einhaltung allerdings nicht besonders streng geachtet wird.

B01: Ich meine, da hat natürlich unser Personalleiter dann die Möglichkeiten zu sagen, Assistenzarzt jetzt einstellen, guck dir mal das Budget an! Aber das ist natürlich dann ein Mittel oder eine Maßnahme, die dann auch verspätet greift. Leider ist man da in diesem Bereich dann nicht ganz so flexibel, wie man das eigentlich bräuhete. Von daher gibt es da ziemliche Überziehungen dann, aber - gut. Das ist einfach so.

I01: Ja.

B01: Kann man schlecht was gegen tun. Außer wenn jemand ausscheidet oder so. Wir können nicht einfach jemanden rausschmeißen wegen des Budgets.

I01: Aber da werden dann schon Gespräche geführt?

B01: Ja, ja!

I01: Also, wenn da jemand drastisch drüber liegt, sagen wir mal, 20 Prozent, ohne Absprache darüber und-.

B01: Ja, klar. Das wird dann schon getan. (KL, C112, 149-155; vgl. auch CA Chirurgie, C109, 9; OA Innere, C113, 61)

Folgen der DRG-Einführung

Schon seit den 1990er Jahren gibt es also im Krankenhaus C ein ganzes Konglomerat von Maßnahmen, mit denen die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses erhöht und zugleich die Qualität verbessert werden sollte. Diese Prozesse werden durch die DRG-Einführung verstärkt.

Also, das sind ja eine ganze Menge, und ich denke, diese Prozesse werden ja auch durch das DRG-System forciert: Dass ich jetzt am Markt zusehen muss, dass ich die Prothese für das Geld da reinkriege. Da kann ich schneller arbeiten und und und. Aber ich kann eben auch, Stichwort Prothetik, billiger einkaufen. Da gilt das Lopez-Prinzip. (GF, C111, 31; vgl. auch LT PF Anästhesie, C104, 14; DRG-B, C110, 27).

Finanzielle Chancen und Risiken der DRG-Einführung für das Krankenhaus

Welche Bedeutung die DRG-Einführung für die zukünftige Positionierung des Krankenhauses C insgesamt hat, wird unterschiedlich eingeschätzt. Während einige Befragte darin eher eine Chance für produktive Veränderungen sehen, betonen andere vor allem die Risiken für die zukünftige Entwicklung des Krankenhauses und sehen dessen wirtschaftliches Überleben gefährdet.

Wir müssen ja hier auch für dieses Krankenhaus realistisch sein. Das dürfen wir hier mal unter uns sagen: Sie müssen einfach die Verhältnisse in [C] sehen, und für mich ist überhaupt nicht sicher, dass dieses Krankenhaus zu denen zählt, die diese Umstrukturierungsprozesse überleben werden. Das ist überhaupt nicht sicher! Und wir können sie nur dann überleben, wenn wir

flexibel sind, wenn wir die gestalterischen Spielräume nutzen, und wenn wir vor allen Dingen in jeder Hinsicht gute Qualität bringen. Also, wir müssen gute medizinische Qualität bringen, wir müssen gute pflegerische Qualität bringen, wir müssen freundlich sein zu den Patienten, die Patienten müssen gern hierher kommen. Da zu dieser Freundlichkeit-, ist nicht nur, dass Arzt und Schwester immer lächeln, sondern dazu zählt zum Beispiel die Sauberkeit, dazu zählt der öffentliche Eindruck dieses Hauses, wie wird das in der Bevölkerung wahrgenommen und und und. Und da gibt es eine ganze Menge Gestaltungsmöglichkeiten, und solange wir das schaffen, dann werden wir am Markt bleiben. Aber wir haben überhaupt keinen Garantieschein! Im Gegensatz zu den beiden anderen Mitbewerbern. Es ist unvorstellbar, dass ein städtisches Krankenhaus mit 900 Betten den Bach runter geht! Das ist schlechterdings nicht vorstellbar! Selbst wenn die Ökonomen um Herrn Lauterbach das durchaus für realistisch halten, dass man so etwas-, die gehen nicht den Bach runter. Die wechseln den Träger! Das kann natürlich sein. Und was dann passiert, wenn auch die privaten Träger nicht damit zurecht kommen, das werden wir in den nächsten zwei Jahren sehen, wenn die privaten Träger auch mit ihren Krankenhäusern nicht zurecht kommen. Ob dann eventuell doch mal so ein Haus verschwindet. Das wissen wir nicht. Aber derzeit kann ich mir nicht vorstellen, dass hier so ein städtisches Klinikum verschwinden kann. (CA Chirurgie, C109, 61, vgl. auch LT PF Anästhesie, C104, 56; ÄD, C108, 196; PDL, C103, 51-52)

Als problematisch für die finanzielle Situation des Krankenhauses und auch zukünftige Planungen wird vor allem die Veränderung der Bewertungsrelationen angesehen, die tendenziell größere Krankenhäuser bzw. die Hochleistungsmedizin bevorzugt (CA Chirurgie, C109, 63; vgl. auch ÄD, C108, 150, DRG-B C110, 176). Auch die Doppelstruktur von DRG und gedeckeltem Budget kann dazu führen, dass die Einnahmen des Krankenhauses sinken.

Wir haben letztlich nicht so einen offenen Markt hier, das ist ja ganz komisch auch mit diesen Budgets und diesen Deckelungen, und letztlich wird uns ja etwas Ähnliches passieren im DRG-System wie den niedergelassenen Kollegen mit dem Punktwert. Wenn wir jetzt-, wenn die Patienten immer kränker werden, wir immer besser dokumentieren, die sind natürlich nicht in Wirklichkeit kränker, aber wir haben es jetzt nun mal richtig dokumentiert, dann geht ja sozusagen auch unser Case-Mix immer weiter-, dann geht unsere Fallschwere immer weiter hoch. Und da das Budget ja gedeckelt ist, wird es dann letztlich dazu führen, dass der Case-Mix immer weiter verfällt, dass wir sozusagen immer weniger kriegen. Das ist ja auch so ein Hamsterrad. Wir haben gar nicht die Möglichkeit, wie ein Unternehmen in der freien Wirtschaft hier jetzt auch Gewinn zu machen in dem Sinne. Und insofern kann man auch die Mitarbeiter dann schlecht am Erfolg beteiligen und wie man-, was man sonst so alles vielleicht an Motivationsfaktoren woanders einsetzen kann. (OA Innere, C113, 45)

Nach Meinung des kaufmännischen Leiters kann man zur Zeit noch nicht sagen, wer Gewinner oder Verlierer der DRG-Einführung sein wird, da sich die Bewertungsrelationen noch ändern. Dies erschwere auch strategische Entscheidungen:

Ich denke, man kann Gewinner und Verlierer zum jetzigen Zeitpunkt eigentlich noch nicht bestimmen. Der Case-Mix-Index sagt aus meiner Sicht relativ wenig aus. Wenn Sie daran denken, dass allein der technische Effekt DRG-System 2004, 2005 bei uns im Haus minus 10 Prozent ungefähr ausmacht. Also, wir sinken da ab. Was will ich da strategisch in irgendeiner Form entscheiden? Nächstes Jahr kann das vielleicht wieder alles ganz anders aussehen. Komme ich plötzlich wieder hoch, weil es irgendwelche Bewertungsrelationen gibt, weil die Universitätskliniken mehr Daten eingereicht haben oder was auch immer. Also, die Maßgröße Case-Mix-Index oder case mix, das ist nicht greifbar. Das ist wie Schall und Rauch. (KL, C112, 93).

Die Einschätzungen unterscheiden sich auch nach Fachdisziplin. So sehen sich die Internisten gegenüber den Chirurgen durch die Einführung der DRG in einer schlechteren Rolle, da die Abläufe in der inneren Medizin schwerer zu standardisieren seien und insofern auch mal (teure) Umweg nötig sind. Auch bei der ökonomischen Bewertung der Prozeduren sind die Chirurgen im Vorteil, was auch bedeuten könnte, dass deren strategische Bedeutung im Krankenhaus zunehmen wird.

Wir werden ja auch-, sieht man ja auch an den Zahlen, da wir keine großen operativen Prozeduren haben, haben wir natürlich auch ein Problem mit der ökonomischen Bewertung unserer Arbeit. Die dann eben nicht so hoch ausfällt. Sieht man ja ganz gut am Case-Mix-Index: Innere und Chirurgie, die liegen natürlich höher, klar, das sind die operativen Eingriffe, die das da hochbringen, die wir nicht haben. Nur wir machen dann manchmal mehr mit den Patienten und, gut, Visiten und Untersuchungen und alles. Ist auch aufwendig, aber gut, braucht vielleicht nicht so viele materielle Ressourcen wie ein OP. Aber da haben wir schon Probleme. Da kenne ich auch keinen goldenen Mittelweg. (OA Innere, C113, 79)

I01: Vielleicht noch abschließend die Frage: Wie hat sich das Verhältnis insgesamt zwischen Verwaltungsleitung und Pflegeleitung und ärztlicher Leitung gewandelt? Also, früher sagte man ja immer, das sei so ein gleichberechtigtes Verhältnis im Prinzip, die drei Säulen des Systems. Hat sich da etwas verändert?

B01: Bisher aus meiner Sicht noch nicht. Nur wenn man es wirklich nur unter monetären Gesichtspunkten sieht, dann ist es ja überhaupt keine Gleichberechtigung mehr. Dann ist derjenige, der das Geld verdient, also, soweit der Operateur, der ist das Entscheidende, und alles andere muss sich dem unterordnen. Das ist jetzt bei uns noch nicht so. Aber, wie gesagt, dieses Interview, bezogen auf DRGs, kommt noch etwas früh. Wir sind ja noch ganz am Anfang. Und die Konsequenzen des DRG-Systems überblicken wir, oder ich zumindest, im Augenblick überhaupt noch nicht. Und es sind ganz überwiegend derzeit Befürchtungen, Ängste, Sorgen und vielleicht manchmal auch unbegründete Zufriedenheit. Ich glaube, wir wissen alle noch nicht, was am Ende dabei rauskommt. (CA Chirurgie, C109, 115-116)

Maßnahmen zur Erhöhung der Fallzahlen und der Patientenbindung

Beim Übergang zum DRG-System befand sich das Krankenhaus C in einer guten Ausgangsposition. Die Belegung war hoch und der Ruf in der Bevölkerung gut (OA Innere, C113, 33; ÄD, C108, 48), was sich auch in einer Umfrage bestätigte. Alle Befragten sind sich jedoch darüber einig, dass sich die Rahmenbedingungen im DRG-Zeitalter verändert haben und das Krankenhaus große Anstrengungen machen muss, seine Position zu halten und Patienten an sich zu binden.

Es geht ja um die Fallzahlen. Um die Betten geht es ja im Grunde gar nicht mehr. Es geht hier um die Fallzahl. Und die Fallzahl hier in [C] ist ja auch schon ein kritischer Punkt. Die Fallzahl stationär einmal gegenüber dem Ambulanten, was uns ermöglicht, und den Verhandlungen, was kann ambulant gemacht werden? Onkologie zum Beispiel. Und die andere Sache ist die: Wir haben hier in [C] einen enormen Wettbewerb. Wir haben hier das große Städtische Klinikum, ... und wir haben dann jetzt dieses neue Evangelische Krankenhaus, dieses fusionierte, mit 15 000 Betten. Und wir sind das kleine Krankenhaus hier. Und jetzt müssen wir sehen, wie wir mit guter Qualität und nach außen hin und Pflege alles, was wir bereitstellen können, hier überhaupt an diese Fallzahl, die wir uns wünschen, eine Fallzahlvermehrung schaffen können, die DRG-wirksam ist. Das heißt, die dann stationär hier liegen. Oder können wir das, was DRG-mäßig weniger wird, in den ambulanten Sektor holen, bei uns behalten und dadurch das, was weniger an Betten belegt ist, fallzahlintern wieder ausgleichen. Das ist im Moment das ganze Problem, was wir auf den Schultern haben. (ÄD, C108, 156; vgl. auch CA Chirurgie, C109, 63; PDL, C103, 50)

In den ersten Monaten nach Einführung der DRG entwickelten sich die Fallzahlen uneinheitlich. In einigen Abteilungen gingen „lehrbuchmäßig“ (OA Innere, C113, 61) die Liegezeiten runter und die Fallzahlen hoch. In anderen Abteilungen kam es zumindest vorübergehend zu Fallzahleinbrüchen, so dass zeitweise eine Station geschlossen werden musste (ÄD, C108, 48). Diese Fallzahleneinbrüche können allerdings nicht nur auf DRG-Effekte zurückgeführt werden, sondern hingen auch auf mit einem veränderten Patientenverhalten und einer vakanten Chefarztposition zusammen (OA Innere, C113, 58-61). Mögliche Maßnahmen, um die Fallzahlen zu stabilisieren oder zu erhöhen und die Konkurrenzfähigkeit des Hauses gegenüber den Mitbewerbern vor Ort unter DRG-Bedingungen zu sichern, sind Öffentlichkeitsarbeit, Erhöhung der Krankenhausbindung der einweisenden Ärzte (ÄD, C108,

160-162), Schwerpunktbildung, Personalentwicklung sowie Konzentration auf „schwere Medizin“.³⁰

Wir sind der Auffassung, dass wir in fünf Jahren nur noch *dann* überleben, wenn wir wirklich das medizinische Spektrum mit schweren Fällen abdecken. Diese Luff-Laff-Medizin wird hier im Haus, oder hier in [C], keinen Bestand haben. Nur wer sich da richtig positionieren kann, der wird auch später einmal *überleben*. Und darauf arbeiten wir - oder versuchen wir, in allen Bereichen, darauf hinzuarbeiten: Wie Presse, wie Chefarztwechsel, wie Brust-Zentrum, wie Gefäß-Zentrum und so weiter und so weiter. Da gibt es ja noch verschiedene andere Sachen. Oder Gesundheitstage oder - wie auch immer. Dann natürlich zweiter Punkt: Apparative Ausstattung. Ein wesentlicher point. Ich kann natürlich den besten Arzt haben, wenn ich aber das Instrumentarium nicht habe, nützt mir das natürlich auch nichts. Ohne einen neuen LB in der Strahlentherapie würden wir wie keinen einzigen Patienten [kriegen]. Und dann natürlich mit der Onkologie, die wir hier haben, [heißt] das dann nicht zwingend, dass man diese Behandlungsmöglichkeiten auch anbietet. Das heißt, wir müssen schon sehen, dass man da einen bundes-, ja, runde Produktqualität anbietet. Wo es heißt, ach, Onkologie, da gehst du doch mal am besten ins [Krankenhaus C]. Oder Prostata - geh mal da hin. Oder Brust - geh mal auch ins [Krankenhaus C]. Also, mit schwerer Medizin werden wir in Zukunft sicherlich bestehen. (KL, C112, 89)

Eine weitere Maßnahme zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Krankenhauses und Erhöhung der Patientenbindung, die bereits in den 1990er Jahren einsetzte, ist der Ausbau des ambulanten Bereichs, der vom Geschäftsführer zum Teil auf dem Klageweg erstritten wurde:

Stichwort ambulante Onkologie zum Beispiel. Versuchen wir seit einigen Jahren, auch gegen gewisse ministerielle Widerstände, in den Markt zu drücken. Ist uns jetzt auch gelungen. Ich habe gerade einen 116b-Vertrag, kennen Sie ja sicherlich, ambulante Onkologie, abgeschlossen mit den Krankenkassen in [Region X]. Erstes Haus in [Bundesland X]. Und das lassen wir jetzt so langsam hoch wachsen. Wir gehen davon aus, dass die Patienten zu ihrer Krankenkasse gehen und sagen: Ich möchte die ambulante Onkologie nicht bei dem blöden Doktor da, ich möchte die hier im [Krankenhaus C]. Da bin ich operiert worden, da ist der Strahlentherapeut, ich finde die Leute ganz nett, da möchte ich auch die Ambulanz. Das ist ja neuerdings, *Gott sei Dank*, endlich möglich! Wir haben ja diese Marktvorgänge alle nicht gehabt. Ambulanz ist uns *verboten* worden! Ich habe heute noch eine Klage anhängig im Verwaltungsgericht [Stadt C]. (GF, C111,36)

Auch die *Holding* spielt in den zukünftigen strategischen Überlegungen der Krankenhausleitung eine wichtige Rolle. Der Geschäftsführer sieht den Sinn der Holding darin, das Überleben wenn nicht aller, so doch einzelner Krankenhäuser der Holding zu sichern. Eine weitere wichtige Funktion der Holding ist das Benchmarking, also die Entwicklung von Vergleichskennziffern.

Das heißt, wir bilden regionale Gruppen mit einer Holding-Gesellschaft oben drüber, sodass diese für Akquisitionen, aber auch für Abstoßungen offen ist, denn wir sind natürlich realistisch genug zu wissen, dass wir unter Umständen *nicht* alle Krankenhäuser ins nächste Jahrhundert bringen können. Damit muss man auch leben. Und deshalb-, aber das soll dann natürlich nicht ein anderes gefährden. Deshalb die Holding-Struktur. Dass man notfalls auch sagen kann, okay, wir müssen den Schuppen aufgeben, der hat keine Zukunft, aber insgesamt ist die Holding doch noch lebensfähig. (GF, C111, 7)

Und wir versuchen natürlich gleichzeitig, das ist sicherlich der primäre Sinn einer solchen Holding, auch eigene Kennziffern zu entwickeln und runterzuberechnen, insbesondere zum Vergleich der einzelnen Fachdisziplinen. Wir haben drei Innere Medizinen, wir haben drei Chirurgien und können dann natürlich vor das Licht halten, zu welchem Preis wird ein Case-Mix-Punkt in der Inneren Medizin in [Stadt X], [Stadt C], [Stadt Y] produziert? Oder ein Case-Mix-Punkt im OP? Das sind schon Dinge, die ich in der Planung 2005 mit unseren Bereichsleitern erörtert habe.

³⁰ Eine Konzentration auf „schwere Medizin“ zieht allerdings hohe Investitionen in die technische Ausstattung und weitere Umstrukturierungen nach sich (KL, C112, 99)

Und, wie ich gesagt habe, guter Mann, du hast da sieben oder zwölf Prozent Kostenabstand zu deinem Kollegen in [Stadt C], da musst du was tun! Sonst kriegst du irgendwann mal ein Problem! Ich meine, das ist, denke ich-, für meine Begriffe ist das der entscheidende Faktor für die Notwendigkeit von Krankenhausgruppen. Das wird meines Erachtens das entscheidende Moment sein, weshalb das Solitär-Krankenhaus keine Zukunft hat: Es *kann* nicht verglichen. (GF, C111, 27)³¹

Personalabbau

Im Bereich der Pflege leistet die DRG-Einführung einem weiteren *Personalabbau* Vorschub, da die Pflegeminuten in einigen Abteilungen, vor allem solchen, die von einer zunehmenden Ambulantisierung betroffen sind, zurückgehen:

Ja hat, bin ich von über..., ja hat. Gut, die Budgetierung hatte ja schon ihr Eines getan. Also ich hatte ja immer diesen Deckel und wenn ich jetzt die Personalkosten, was weiß ich, ÖTV hat 2,3 %, erstritten, dann hat das hier immer schon bedeutet, da wir ja gedeckelt waren und wir uns nicht ausdehnen konnten, ging es nur über Reduktion von Mitarbeitern. Aber die Veränderung der DRG hat ja einen Einbruch von Pflegetagen z. B. im letzten Jahr gebracht, einen massiven Einbruch von Pflegetagen, und der ist natürlich Maßstab für uns jetzt 2005. Das heißt also ganz klar, Mitarbeiterreduktion. (Stellv. PDL, C106, 8)

Also, es gibt Abteilungen, da steigen die Pflegeminuten rapide an, wenn die DRG's scharf geschaltet werden. Dadurch eben, dass dieselbe Leistung bei der selben Anzahl von Patienten aber in kürzerer Zeit zu erbringen ist. Die Patienten kommen nach wie vor, sie haben nicht weniger Patienten, im Gegenteil, aber wir müssen sie eher entlassen. Das führt eher zu einer Arbeitsverdichtung, zu einer hohen Zahl von Pflegeminuten und dementsprechend aber eben zu einem Beibehalten des Personalbudgets auf dieser Abteilung. Andere Abteilungen, die mit zunehmenden Ambulantisierungsprozessen zu tun haben, verlieren Pflegeminuten und damit auch Köpfe. (LT Bildungszentrum, C101, 38)

Mitarbeiter, die im vollstationären Bereich nicht mehr gebraucht werden, können möglicherweise durch den Ausbau des ambulanten Sektors aufgefangen werden (ÄD, C108, 204). Neben Personalabbau sind *Veränderungen der Qualifikationsstruktur* zumindest angedacht.

Und das erleben wir jetzt ja auch, dass zum Teil dann eben Hilfspersonal eingestellt wird, was einfach preisgünstiger ist und dann auf den Stationen die klassische Krankenschwester auch ersetzt. (OA Innere, C113, 35; vgl. auch CA Radiologie, C108, 210)³²

Leistungssteuerung

Eine *direkte* Einflussnahme der Verwaltung auf Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten durch entsprechende Vorgaben für einzelne Abteilungen findet auch unter DRG-Bedingungen (noch) nicht statt.

Ja, das weiß ich jetzt in den operativen Fächern natürlich nicht. Nur meines Wissens gibt es so etwas hier im Haus nicht. Also, uns hat zum Beispiel auch niemand gesagt, was weiß ich, wir dürfen nur so und so viel Herzinfarkte, so und so viel Magenblutungen und-, da gibt es keine Vorgaben. (OA Innere, C113, 65)

I01: Versuchen Sie, jetzt von der Leitungsebene Einfluss zu nehmen auf die Belegungsdauer, das heißt, die Verweildauerreduzierung? Werden da gewisse Zielvorgaben dann ausgehandelt mit den Abteilungen, dass gesagt wird, wir wollen da und da hin kommen?

³¹ Kennziffern werden auch über die Holding hinaus im Rahmen verbandlicher Strukturen, in die das Haus eingebunden ist, verglichen.

³² Aus dem Interview-Zusammenhang wird nicht ganz klar, ob sich diese Aussage explizit auf das Krankenhaus C bezieht oder eher einen allgemeinen Trend beschreibt.

B01: Nee. Nee. Machen wir nicht.

I01: Also, es wird nur generell gesagt, versucht darauf zu achten.

B01: Möglichst kurze Verweildauer. Weil das einfach etwas mit medizinischer Kompetenz zu tun hat.

I01: Ja.

B01: Und ich maße mir nicht an, da einzugreifen. Ich habe davon keine Kenne, und wäre ich Patient, möchte ich eigentlich auch nicht behandelt werden, aufgrund irgendeiner Vorgabe seitens der BL rausgeschmissen werden. Also, wir sagen eigentlich immer, das, was notwendig ist, soll auch getan werden, und wenn der Patient halt auch mal einen Tag länger bleiben will, weil er zu Hause nicht versorgt ist, dann ist das auch in Ordnung, dann kann man das machen. (KL, C112, 215-220)

Indirekte Leistungssteuerung geschieht vor allem durch Benchmarking sowie auf dem Wege der Personalpolitik, insbesondere Neubesetzung von Chefarztstellen:

Ja, natürlich. Das müssen wir natürlich tun, oder das tun wir auch. Wir machen hier verschiedene Monatsberichte, auch Benchmarks zwischen den Häusern hier und zwischen den Kliniken, um da genau zu sagen, hört mal zu, [...] Pflegedienst pro PPR-Minute ist das [Krankenhaus X] bei Betrag X, wir müssen aber bei Betrag Y-, - wieso? Also, das sind natürlich Vergleiche, die man da vorziehen muss, oder im ärztlichen Bereich natürlich genauso oder im Verwaltungsbereich. Das kann man nicht rausnehmen. Also, diese Benchmarks, die machen wir schon sehr intensiv. Das ist auch sicherlich ein gutes Konzept, um den Ärzten ein bisschen Bewusstsein für ihre Tätigkeit zu vermitteln. (KL, C112, 135)

Nee, wir machen einen Monatsbericht, da stehen die verschiedenen Kennzahlen halt drin, und verschicken den dann an die Chef- und Oberärzte. Und wir fragen dann zunächst nicht nach, weil, die Sachlage ist eigentlich mehr oder weniger klar. Wenn es natürlich zu bunt wird, Einbruch der Belegung um 40 Prozent oder so, überspitzt jetzt, dann muss man natürlich schon mal das persönliche Gespräch suchen und sagen, Mensch, was ist denn da? Oder wenn man sieht, dass es im Wettbewerbsumfeld Veränderungen gibt, die haben eine Schließung der Geburtshilfe oder so, dann muss man schon sagen, lieber Chefarzt, jetzt kümmer dich doch mal um die Gynäkologen oder um diesen Bereich und die Hebammen oder so was. Das muss man natürlich dann schon in einem persönlichen Gespräch machen. (KL, C112, 147; vgl. auch LT PF Anästhesie, C104, 52; stellv. PDL, C106, 50)

Der frühere Chefarzt ist rausgeschmissen worden, weil uns das zu lau war, was der da produzierte. Case-Mix-Index 0,86. Ist zu wenig für Urologie. 1,0 müssen wir mindestens machen. Hat auch andere Gründe, warum er rausgeflogen ist, aber war bezeichnend, dass der Case-Mix-Index nicht passte. (GF, C111, 97)³³

Ein „positives“ finanzielles Anreizsystem wurde bisher nicht eingeführt.³⁴

Ich würde da gern etwas einführen im Bereich des medizinischen Bedarfs. Das Konzept sieht mehr oder weniger so aus, dass man monatlich die Abweichungen nach unten oder oben feststellt und einen gewissen Teil der Ersparnisse dann herausrückt. Das ist leider abgelehnt worden, weil es gesehen wird als Pflicht, ja, wirtschaftlich mit den Ressourcen umzugehen. Aus meiner Sicht sieht die Praxis anders aus. Aber - gut! Also, ich würde es gerne machen, aber ich bin da leider nicht durchgedrungen in dieser Sache. (KL, C112, 212)

³³ An anderer Stelle (GF, C111, 101) führt der Geschäftsführer aus, er könne auch „jederzeit einem Chefarzt zum Beispiel seinen Zugang zu einer Abteilung wegnehmen und und und. Abteilung halbieren und solche Geschichtchen. Haben wir auch getan in der Chirurgie letztes Jahr. Vorletztes Jahr, pardon“.

³⁴ In Zusammenhang mit der Einführung der DRG wurde einmalig zur Verbesserung der Codierqualität wurde ein finanzieller Anreiz gewährt (siehe 2.).

Auch eine differenzierte Kostenträgerrechnung wurde bisher nicht entwickelt. Der kaufmännische Leiter begründet dies damit, dass eine solche unter einem gedeckelten Budget wenig Sinn mache und zudem keine Entscheidungsrelevanz habe, da keine Behandlungen aus ökonomischen Gründen abgelehnt würden:

Sogar haben wir eigentlich nichts groß investiert in diesen Bereich. Das macht unter einem gedeckelten Budget auch relativ wenig Sinn. Wir vertreten hier ja die Auffassung, Kostenrechnung macht nur dann Sinn, wenn ich auch eine Entscheidung aus dieser Kostenrechnung herausziehen kann. Und, gut, wir haben eine Kostenabrechnung, eine Kostenstellenrechnung, keine Frage. Kostenträgerrechnung haben wir nicht, weil uns das einfach nicht weiterbringt, wenn die irgendwann vor der Tür steht, dann steht die halt da. Dann kann ich nur wählen - behandeln oder nicht behandeln. Und dann behandeln wir natürlich, egal ob das jetzt nun kostendeckend ist oder nicht kostendeckend ist. Wenn ich das auf einer höheren Form aggregiere, dann bin ich schnell bei der Frage der Kompetenzen natürlich der Ärzte. Und das ist natürlich dann, wie eben schon gesagt, die strategische Entscheidung, wie positioniere ich die einzelnen in der Klinik? Da macht aber Kostenrechnung dann, zumindest Kostenträgerrechnung, [...], auch relativ wenig Sinn. Weil die-, ich kann vor allen Dingen nicht prognostizieren, was mich diese Fachrichtung in Führungszeichen kosten wird. Das ist relativ schwierig. Also, von daher haben wir dann ein bisschen Zwiespalt in diesem Bereich. Andere Häuser sind da sehr viel aufgestellter, aber ich bezweifle da manchmal den Nutzen. (KL, C112, 131)

Zusammenfassung: Das Krankenhaus C ist ein mittelgroßes Krankenhaus, das in starkem Wettbewerb zu den anderen Krankenhäusern am Ort steht. Das Krankenhaus wurde bereits 1991 in eine GmbH umgewandelt. Durch die DRG-Einführung werden einerseits Anpassungs- und Optimierungsprozesse der Krankenhausleitung, die in den 1990er Jahren begonnen, verstärkt. Hierzu gehören insbesondere Personalabbau, Umstrukturierung von Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufen, Bildung einer Holding, Personalentwicklung, Modernisierung und Qualitätssicherung. Andererseits müssen unter den veränderten Rahmenbedingungen neue Strategien entwickelt werden, um den Standort in Zukunft zu sichern und insbesondere die Fallzahlen zu erhöhen, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit, Einbindung der einweisenden Ärzte und Konzentration auf „schwere Medizin“. Von Seiten der Verwaltung wird das Verhalten der Mitarbeiter weniger direkt durch explizite Vorgaben gesteuert, sondern eher indirekt über Personalentwicklung, Herstellung von Kostentransparenz und Benchmarking.

Unmittelbare Implementation des DRG-Systems und damit verbundene Probleme

Die Einführung der DRG im Krankenhaus C erfolgte ohne Vorlauf als Optionskrankenhaus erst im November 2004. Die Codierung wird von Assistenzärzten und Oberärzten durchgeführt. Die Freigabe für die Verwaltung erfolgt durch die Oberärzte, die Letztverantwortung trägt der Chefarzt. Lediglich in einer Abteilung haben alle Ärzte die Freigabeberechtigung. Die pflegerelevanten Nebendiagnosen werden von den Pflegekräften auf Papierbögen erfasst und dann von den Ärzten eingegeben. Nach anfänglichen Schwierigkeiten, läuft dieses Verfahren einigermaßen gut (DRG-B, C110, 89). Mittelfristig ist angestrebt, dass die Pflegekräfte die pflegerelevanten Diagnosen selbst am PC eingeben. Es gibt eine Vollzeit DRG-

Beauftragte (ehemalige Krankenschwester)³⁵, die die Betroffenen über alle Veränderungen informiert und die Codierarbeit der Ärzte durch Stichproben bzw. nach einer Merkmal-Liste kontrolliert, wobei sie einen Abgleich mit der Akte vornimmt. Der Geschäftsführer hat bewusst keinen Arzt in diese Position berufen, da er die DRG-Codierung letztlich für arztfremd hält und Produktivitätsverluste bei den Ärzten befürchtete.

Wir haben es also mit Verwaltungspflegekräften gemacht, die sich da eingearbeitet haben, für die es, sage ich mal, auch ein intellektueller Aufstieg war. Ich denke, für einen Arzt ist es eher ein intellektueller Abstieg. Die DRG-Fachkraft-, und ich glaube, das Schlimmste, was man beim Personaleinsatz machen kann, ist Unterforderung. Das ist auch wissenschaftlich belegt. Dass die beste Art, Produktivität kaputt zu machen, Unterforderung ist. Und auch Frust beim Mitarbeiter zu schaffen. (GF, C111, 109)

Individuelle Codier-Probleme werden von der DRG-Beauftragten direkt mit den Ärzten besprochen. Wenn es sich um allgemein interessierende oder systematische Aspekte handelt, z. B. die Zuordnung von Hauptdiagnosen, wird ein Rundschreiben verfasst. Seit Einführung der DRGs haben Nachfragen der Krankenkassen zugenommen.³⁶ Zur Zeit wird daran gearbeitet, die Dokumentation in der Akte und den Arztbrief DRG-gemäß zu verbessern, um z. B. auch Krankenkassennachfragen im Vorfeld abzufedern.³⁷ Bei Beginn der DRG-Einführung war es schwierig, das neue Abrechnungssystem in die Gruppe der Ärzte hineinzutragen. Ein Grund hierfür ist, dass die Ärzte Codierung bzw. Dokumentation eher als „Fremdkörper“ betrachten, der nicht unbedingt zum ärztlichen Berufsbild gehört, worunter auch die Qualität der Dokumentation und Codierung leidet. Einige Ärzte würden sich von daher wünschen, dass diese Tätigkeiten, wie in anderen Krankenhäusern zum Teil geschehen, von zusätzlichen, eigens dafür abgestellten Ärzten oder DRG-Fachkräften übernommen:

Für jeden Kollegen [hat] diese ungeliebte Kodierarbeit zugenommen [...], weil letztlich, sage ich mal, für meine, wie soll ich sagen, will ja nicht pathetisch klingen, aber für meine Erfüllung oder für meine Befriedigung als Arztberuf interessiert mich das einen hohlen Dreck, ob ich das jetzt gut kodiert habe oder nicht. Ich sehe den Patienten vor mir, ich visitiere den, ich weiß, ob es dem besser geht, und ob ich den wieder entlassen kann. Und diese Beziehung, die ich auf dieser Ebene habe, hat eigentlich mit diesem ganzen Verwaltungskram nichts zu tun. Und deswegen ist es auch fürchterlich schwierig für die Kollegen, denen die Notwendigkeit klar zu machen. Das funktioniert eigentlich nur darüber, dass man sagt, wenn ihr es nicht macht, dann sind eure Arbeitsplätze auch bedroht. Weil, jetzt kriegt das Haus kein Geld mehr. Ist natürlich keine klassische Motivation, aber, tja, sie wirkt. (OA Innere, C113, 107)

Wie sieht das heute aus? Ein Arzt macht immer noch zuerst seine ärztliche Tätigkeit. Also, in der Chirurgie sieht das so aus: Er macht seine Visiten, und er macht seine Operationen. Das macht er gerne, und das macht er mit viel Herzblut. [...] Und das ist das Problem. Und Sie sehen aber durchgehend, dass diese Verwaltungstechnik-, diese Verwaltungsarbeit wird von allen Ärzten mehr oder weniger ungern getan. Ausnahmen bestätigen die Regel. Aber ein guter Arzt tut das eher ungern. Er muss es tun, aber er tut es ungern. Und damit passieren natürlich auch die Fehler. Der will dann nach Haus und macht schon die vierte Überstunde und sagt, jetzt hat er aber überhaupt keine Lust mehr. Und dann kommt das Kodieren. Und dann können Sie doch wohl glauben, dass das nicht gut ist? (CA Chirurgie, C109, 79, 83)

Sie können natürlich, wie das andere Kliniken gemacht haben, gute Freunde in Ludwigshafen, da haben sich die Klinikärzte hingesetzt und haben gesagt, selbstverständlich ist das ärztliche

³⁵ Die DRG-Fachkraft wird aus dem ärztlichen Etat bezahlt (CA Chirurgie, C109, 65).

³⁶ Ein Chefarzt meint, dass sich lediglich die Art der Anfragen des MDK geändert habe (CA Chirurgie, C109, 91).

³⁷ Ein Chefarzt sieht diese neue Funktion des Arztbriefes als Kontrollinstrument für die Krankenkassen kritisch (CA Chirurgie, C109, 85).

Aufgabe! Kann überhaupt nicht anders sein. Aber nicht aus unserem Budget. Das haben alle Ärzte der Verwaltung gesagt, ihr habt eine große Nase, dann haben sie es akzeptiert, und dann hat die Verwaltung Ärzte eingestellt, die die Kodierung machen. Und das ist eigentlich auch richtig so. Also, den ärztlichen Sachverstand braucht man schon dafür. (AA, C107, 119)

Um die Motivation zur optimalen Codierung zu erhöhen, wurde einmalig ein ökonomischer Anreiz für die Ärzte gegeben. Dies wird aber letztlich als kontraproduktiv angesehen, da die Ärzte dadurch die Codierung weiterhin als arztfremd begreifen:

Nein, ich denke, es geht einfach darum zu verankern, dass das ebenfalls ärztliche Tätigkeit *ist*, und nicht, dass in irgendeiner Form [belobige], dann wird dieses Denken dann auch behindert. Oder in der Wahrnehmung behindert. Denn es wird immer wieder darauf hingewiesen: Aha! Ich mache eine zusätzliche Tätigkeit. Und das will ich eigentlich nicht. Ich will, dass sie dies als eigenständige Aufgabe innerhalb ihres Berufes dann auch *erfassen*. (KL, C112, 113)

Den Ärzten musste auch vermittelt werden, dass die DRG nicht dazu dienen, medizinische Tatbestände abzubilden, sondern ein reines Vergütungssystem sind (OA Innere, C113, 47; AA Urologie, C107, 119). Schwierigkeiten bereitet auch die Eingabe von Nebendiagnosen bei multimorbiden Patienten (OA Innere, C113, 107; DRG-B, C110, 79; PF private Chirurgie, C105, 92).

Zusammenfassung: Das Krankenhaus C rechnet seit November 2004 über DRG ab. Es gibt eine Vollzeit DRG-Beauftragte, die aus dem nicht ärztlichen Bereich kommt (ehemalige Stationsleitung). Viele Ärzte sperren sich gegen die neue Tätigkeit, da sie diese als arztfremd begreifen. In der Codierpraxis stößt vor allem die Erfassung von Nebendiagnosen auf Schwierigkeiten. Seit Einführung der DRG haben Art und Umfang von Nachfragen durch die Krankenkassen zugenommen, was durch eine Umgestaltung von Dokumentation und Arztbriefen aufgefangen werden soll.

Arbeitsbedingungen und Folgen für die Patientenversorgung

Pflege

Auf der einen Seite stiegen in den 1990er Jahren die Anforderungen an die Pflegekräfte, etwa durch zusätzliche administrative Aufgaben im Bereich der Dokumentation (DRG-B, C110, 14-16). Auf der anderen Seite wurde im Zuge der wirtschaftlichen Anpassungsprozesse Personal im Bereich der Pflege reduziert (DRG-B, C110, 20).³⁸ Parallel dazu wurden Arbeitsabläufe umorganisiert, gestrafft und um „unnötige“ oder „unsinnige“ Komponenten bereinigt (DRG-B, C110, 22) und Arbeitszeiten flexibilisiert. Ab Ende der 1990er Jahre wurde der „klassische“ Dreischichtbetrieb um flexible, Bedarfs orientierte Formen ergänzt. Insbesondere in den Funktionsdiensten wurden in Zusammenhang mit der allgemeinen Umstrukturierung im Jahre 2000 neue Arbeitszeitmodelle eingeführt, die für eine bessere Auslastung sorgen sollen (PDL, C103, 46; LT Bildungszentrum, C101, 123; Stellv. PDL, C106, 66; LT PF

³⁸ Die DRG-Beauftragte ist eine ehemalige Krankenschwester und Stationsleitung.

Funktionsdienste, C102, 10-12). Insgesamt konnten die Personalreduzierungen durch organisatorische Veränderungen jedoch nur bis zu einem gewissen Grad aufgefangen werden.

Und irgendwo ist sicherlich da auch mal die Grenze, da kann man eben auch durch Organisationsveränderungen oder Ablaufveränderungen in-, die Arbeit ist nun mal da. Bis zu einem bestimmten Punkt ist es okay, aber irgendwann geht es dann nicht mehr. (DRG-B, C110, 24)

Trotz der allgemeinen Sparpolitik wurden in den 1990er Jahren auch Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Pflege eingeführt. Hierzu gehören insbesondere die Einführung von *Pflegestandards* (PDL, C103, 14; DRG-B, C110, 9-17) und neue *Ausbildungsregeln* hinsichtlich des Einsatzes von Pflegeschülern:

Das, finde ich, ist auf jeden Fall auch eine Qualitätssicherung geworden, einfach deshalb, weil die Leute, die auf den Stationen dann ihren Nachtdienst machen, zumindest eine ausgebildete Krankenschwester sind. Wie fit die dann wirklich sind, das sagt dann ja auch nicht unbedingt so viel aus, zumindest nicht, wenn sie erst nach langer Zeit wiederkommen und lange im Babyjahr oder so etwas waren. Aber das sind auf jeden Fall Veränderungen, die die Qualität im Krankenhaus auf jeden Fall verbessert haben. (DRG-B, C110, 18)

Außerdem wurden eine Reihe pflegerischer Hilfsmittel angeschafft, die nicht nur die Arbeit der (verbliebenen) Pflegekräfte erleichtern, sondern auch die Qualität der Versorgung verbessern, etwa Vakuumverbände (vgl. DRG-B, C110, 44-49; PF private Chirurgie, C105, 64-68). Zugleich wurde darauf geachtet, im Interesse der Qualitätssicherung ein hohes Qualifikationsniveau der Mitarbeiter aufrecht zu erhalten. Über 90% der Mitarbeiter im Bereich der Pflege haben eine dreijährige Ausbildung, in den Funktionsbereichen verfügen etwa 50% über Zusatzqualifikationen (PDL, C103, 28). Insgesamt gesehen zeichnet sich das Krankenhaus C durch eine hohe pflegerische Qualität aus, die in der Vergangenheit wesentlich zu einem hohen Patientenaufkommen beigetragen hat.

Aber wir haben hier im Ort auch pflegerisch, glaube ich, einen sehr guten Ruf, und viele Leute sind lieber zu uns auf den Flur gekommen als in andere Krankenhäuser in ein leeres Bett, was natürlich für uns auch andererseits wieder sehr gut war. (OA Innere, C113, 33)

Folgen der DRG-Einführung

Durch die DRG-Einführung werden die meisten Entwicklungen, die schon in der Vergangenheit zu gestiegenen Arbeitsbelastungen für die Pflege geführt haben, verstärkt. So nehmen die administrativen Tätigkeiten durch die Erfassung der Nebendiagnosen und die gestiegene Notwendigkeit der Dokumentation zu und auch die Liegezeiten gehen weiter zurück. Der Personalabbau im Bereich der Pflege, der bereits vor Einführung der DRG einsetzte, wird durch die DRG-Einführung noch forciert (LT Bildungszentrum, C101, 38; Stellv. PDL, C106, 8; siehe 1.). Früher stand, unter Berücksichtigung von Praktikanten und Schülern, das Fünffache an Personal zur Verfügung wie heute (DRG-B, C110, 18; PF private Chirurgie, C105, 40).

Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Struktur der stationär behandelten Patienten durch die veränderten Rahmenbedingungen (z. B. die Möglichkeit des ambulanten Operierens) verändert hat und fast nur noch Schwerstpflegefälle zu betreuen sind (DRG-B, C110, 24; vgl. auch LT Bildungszentrum, C101, 104). Schließlich nehmen die Belastungen der Pflegekräfte auch deshalb zu, weil die Ansprüche der Patienten gestiegen sind. Da die Pflegekräfte um die Notwendigkeit wissen, Patienten im Krankenhaus zu halten, haben sie weniger Möglichkeiten als früher, sich den zum Teil überzogenen Erwartungen zu entziehen:

Und das Denken, das Anspruchsdenken ist auch sehr gewachsen, bei uns natürlich durch die Privatstation noch mehr, die sagen: „Ich bezahle viel Geld und das möchte ich halt auch ha-

ben.“ Und das hat sich total gewandelt, also die lassen sich nichts sagen, ist ja auch in Ordnung so, aber so dieses Servicedenken ist halt: Hotel ist gleich Krankenhaus, das wird immer mehr. Also da gibt es manchmal Sachen, die dann überkommen, wo ich denke so, das hätte man sich vor 30 Jahren nie erlaubt zu sagen, aber weil dieses Konkurrenzdenken auch zwischen anderen Häusern..., macht man halt viele Dinge auch dann möglich. (PF private Chirurgie, C105, 40)

Die gestiegenen Arbeitsbelastungen schlagen sich u. a. in einem hohen Krankenstand insbesondere bei den Auszubildenden nieder (PF private Chirurgie, C105, 50). Die Pflegekräfte, die schon länger da sind, haben dagegen eher „ein schlechtes Gewissen krank zu werden, nicht weil ich weiß, mir geht es nicht so gut, sondern meine Kollegen müssen meine Arbeit mit machen, und das macht man häufig nicht. Dann arbeitet man bis aufs Letzte und wartet auf seine freien Tage“ (PF private Chirurgie, C105, 50). Ein gutes Arbeitsklima und ein guter Zusammenhalt auf der Station können dazu beitragen, die veränderten Rahmenbedingungen und die damit einhergehenden Umstrukturierungen und Belastungen besser zu bewältigen (DRG-B, C110, 22).

Die Pflegekräfte auf Station sehen die technische und psychosoziale Qualität der Patientenversorgung durch die enge Personaldecke bereits jetzt als gefährdet an und können die Patienten häufig nicht so gut pflegen, wie es ihrem beruflichen Selbstverständnis entspricht (vgl. auch 4.). Abstriche müssen insbesondere bei der aktivierenden Pflege gemacht werden oder auch bei der Prophylaxe z. B. von Lungenentzündung, worunter vor allem ältere Patienten leiden. Weitere Personaleinsparungen könnten sich insoweit mittel- oder langfristig als Bumerang für die Pflegequalität erweisen.

Also das ist... z. B. nur mal ein Wochenende jetzt mal, das Wochenende ist z. B. so ein Ding, wo das für mich halt jeden Tag ein neues Phänomen ist. Früher waren wir wirklich an einem Wochenende, als Komplet-Mitarbeiter waren wir 7 Leute, morgens 4, nachmittags 3 oder morgens 6, je nach..., und jetzt sind wir zu viert, also morgens 2 und nachmittags zwei. Und wir haben halt Bereiche, 2 Bereiche, und für den Bereich bin ich alleine da, das ist halt so. Und ja, und die Schüler, die waren halt zusätzlich noch da, d. h., dann waren wir am Wochenende, sage ich mal, - was habe ich eben gesagt? - 6 Vollkräfte, zwei Schüler, dann war man auf einer Seite wirklich zu dritt und hat das dann gemacht und dann wirklich gepflegt, die Leute mobilisiert, rausgesetzt, denen in Ruhe den Joghurt gereicht und halt auch ein Gespräch begonnen, das Ganzheitliche, was ich halt sagte, viel von ihnen kennen gelernt. Wenn ich alleine bin, kann ich das nicht, dann kann ich den Patienten nicht so pflegen, wie ich das halt vor... Na und dann sind wir manchmal noch mit denen in den Park gegangen, damit sie an die frische Luft gehen, das ist nicht mehr drin. Und gerade so am Wochenende, wenn ich dann alleine bin und dann die Visite, der ganze Ablauf sonst weiter, das ist ein Wahnsinn, das ist oft körperlich so etwas von drastisch, dass sich zu Hause mein Privatleben oft nach meinem Beruf richten muss. Das ist schon..., das sagen aber auch viele Auszubildende so, dass sie sich das so nicht vorgestellt haben. Wenn einer krank ist, bricht der Laden zusammen, da läuft fast gar nichts mehr. Dann ist der ganze Ablauf in Verzug und vieles wird dann so kompensiert und irgendwie gemacht, das ist schon ganz, ganz schlimm. (PF private Chirurgie, C105, 44)

Also ich denke, derjenige der darunter leidet, ist der alte Mensch; der alte Mensch mit vielen Nebenerkrankungen, mit vielen, na ja Defekten kann man fast sagen, der schlecht hören kann, langsamer ist im Aufstehen, Probleme mit der Verdauung und solche Sachen halt hat, da wäre ich früher viel intensiver darauf eingegangen. [...] Man hat sich früher wesentlich mehr um die Leute gekümmert, man hat viel beobachtet, viel gesehen, wenn man intensiv mit den Leuten..., z. B. durch die Prophylaxen. Heute reibe ich die Brust ein mit so einer Salbe, weil das ja Standard ist und ich nach Standard pflegen muss, aber früher hätte ich vielleicht das Fenster auf und mit dem Atemübungen gemacht usw. und so fort, und er hätte vielleicht die Lungenentzündung nicht gekriegt, nicht? Da macht man schon viele Abstriche, gerade bei diesen Massiven, die sich verbal nicht so äußern können oder auch einfach nicht wollen, weil die zu schwach dafür sind, und da wäre ich früher anders drauf eingegangen. Heute bin ich froh, dass ich meine Arbeit erledigt habe und, wie gesagt: ‚dieser Patient steht im Mittelpunkt‘, da macht man wirklich wesentlich halt Abstriche in diesen ganzen anderen Dingen, dieses Ganzheitliche, was ich halt

auch schon sagte, nicht? Dann macht man Visite, man macht die nötigsten Einreibungen, das war es. Früher hat man mit denen viele Dinge gemacht mit Mobilisation, denen Bewegungsübungen gezeigt, dass sie auch selber geübt haben, dass man sagt: „Wissen Sie was, das und das können Sie machen, damit Ihr Bein wesentlich schneller belastet werden kann oder belastungsstabil bleibt“, das macht man heute nicht mehr, weil man sagt, dann ist da vielleicht eine Krankengymnastik, die das irgendwie eventuell macht und der Patient muss halt selber zusehen, wie er damit klar kommt. (PF private Chirurgie, C105, 52)

Früher hätte ich halt kreativer sein können. Wir haben ja eigentlich einen sehr kreativen Beruf und man kann da..., weil wir halt mit vielen verschiedenen Menschen..., das war ja auch so der Ursprung, warum ich eigentlich meine Ausbildung gemacht habe, ich wollte halt für Menschen da sein und mit Menschen arbeiten und da arbeiten, dass ich halt unterstützend da bin und nicht so als von oben herab und ich mach mal gerade, und manchmal ist das schon so wie eine Laufbandarbeit. (PF private Chirurgie, C105, 56)

Ja ja, genau, was ich so denke, also wenn es so weitergeht, was ich auch so sehe. Und ich muss ja meine Abteilung oft noch so in Schutz nehmen, weil wir sind halt die Privatstation, die geben sich wirklich Mühe, und selbst da ist die Pflegequalität in dem Sinne..., Qualität bessern wir immer, aber wie soll ich die bessern, wenn ich die ganzen personellen usw. Bedingungen einfach nicht habe, und dass man da schon viele Abstriche macht. Ich weiß das nicht, wie andere Abteilungen das machen, aber wir haben da oft schon drüber nachgedacht, wie machen wir das, wenn wirklich mal einer... [...], wenn einer krank ist, machen wir wirklich manchmal alleine Spätdienst. Und dann gibt es so gewisse Dinge, da bewegt man sich auf einem Level, das ist gefährlich, nur die, die es entscheiden, die denken da halt nicht dran. (PF private Chirurgie, C105, 128)

Zur Zeit sieht es aber auch so aus, dass dadurch Personal gestrichen wird, oder Stellen nicht wieder bestritten werden, besonders in der Pflege. Und das ist zum Beispiel eine Sache, wo ich glaube, dass es da ein Schuss nach hinten ist, einfach deshalb weil im Endeffekt gerade auch der Heilungs- oder Verbesserungsprozess – Patient kann einfach ein bisschen schneller ein bisschen mehr, dass er mobiler ist – ist häufig nur der guten Pflege zu verdanken. Und um gute Pflege zu machen, braucht man eben auch ein bestimmtes Zeitfenster. Und wenn immer mehr Pflege-, oder examinierte Kräfte gestrichen oder nur durch Hilfsarbeiter ersetzt werden, kann nicht mehr die Qualität an Pflege liefern, die man bisher gemacht hat. (DRG-B, C110, 162)

Auch die Verkürzung der Liegezeiten, die schon in den 1990er Jahren einsetzte und unter DRG-Bedingungen verstärkt wird, wirkt sich auf die Arbeitsabläufe der Pflegekräfte aus. Untersuchungen müssen schneller durchgeführt werden als früher, bei der Aufnahme muss bereits an die Vorbereitung der Entlassung gedacht werden und der administrative Aufwand ist bedingt durch die häufigen Entlassungen und Aufnahmen gestiegen. Auch die Berufsrolle der Pflegenden ändert sich, da sie den Patienten nicht mehr über den gesamten Genesungsprozess begleiten. Die Pflegekräfte lernen die Patienten nicht mehr so gut kennen wie früher, was auch negative Folgen für die Versorgungsqualität haben kann, da die Gefahr von Fehlern steigt (siehe auch 4.).

Also, es wird nur noch malocht und Schwerstpflegefälle hin oder her, und sobald es denen wirklich ein bisschen besser geht, gehen sie wirklich nach Hause oder in eine Anschlussheilbehandlung oder so. Also, das merkt man schon. So ein Patient, der mit Krampfadern früher eine Woche da lag, liegt jetzt 2 Tage und dann haben wir praktisch nach 2 Tagen wieder diesen kompletten Aufwand mit Aufnahmen usw., das ist schon viel, viel mehr Arbeit geworden. (PF private Chirurgie, C105, 12)

Also, wenn man es über einen längeren Zeitraum betrachtet, fällt natürlich auf, die Verdichtung der Leistungserbringung unserer stationären Patienten, die logischerweise damit einhergeht, dass die beteiligten Kolleginnen und Kollegen eben auch eine Arbeitsverdichtung haben. Insbesondere auch von den anspruchsvollen Tätigkeiten her, umfassenden Tätigkeiten her, sicherlich eine deutliche Veränderung. Dazu kommt natürlich m. E. auch so der Aspekt, dass etwas verloren geht, so die Sicht der Dinge, wenn der Patient geht, ist er denn auch wirklich gesund? Also, man ist nicht mehr zwingend quasi der Mittler zwischen, „man kommt krank“ und trägt wirklich bis zum Genesungsende etwas zu diesem Besserungsprozess bei, sondern hat ein deutlich

schmaleres Fenster. Hat ein bisschen was mit Zerstückelung zu tun, Taylorismus wäre sicherlich die negative Komponente davon, aber ich halte es schon für wichtig, dass Pflegenden deutlich gemacht wird, dass dieser Bereich hier gerade im Akut-Krankenhaus, im Langzeitbereich sieht das völlig anders aus, trotz alledem ein wichtiger und umfassender Baustein von Pflege sein muss und ist. [...] Aber die Vorbereitung für diese Untersuchungen fallen natürlich dann eben auch viel komprimierter aus. Das ergibt sich auch für therapeutische und auch für pflegetherapeutische Dinge, die eben in viel kürzerer Zeit geschafft werden müssen, weil eben definiert ist, ein Patient mit der Erkrankung xy muss spätestens am Hmhm-Tag, wieder entlassungsfähig sein. (LT Bildungszentrum, C101, 8-10)³⁹

Dann kannte man früher seine Patienten besser, man kannte das Umfeld besser, diese Dinge gehen ja alle viel, viel schneller. Im Prinzip ist es so, dass ich bei Aufnahme ja schon einen Termin festlege, wann ich denke, dass dieser Patient wieder gehen kann. Ja? D. h. also schon bei Aufnahme muss auch diese Entlassung wieder organisiert werden, das ist einfach ein Umdenken. (Stellv. PDL, C106, 18)

Die Pflegedienstleitung sieht zwar aktuell noch keine Gefährdung der Patientenversorgung, sieht aber beim Personalabbau eine kritische Grenze erreicht, die nicht unterschritten werden darf, wenn man nicht Einbrüche der Pflegequalität hinnehmen will.

[...] Wir sind nicht so, dass hier gefährliche Pflege oder sonst irgend etwas geleistet werden muss, nur, es haben sich Veränderungen eingestellt. (PDL, C103, 20)

[...] ich sag mal, ein wichtiger Grund für den hohen Anspruch, den wir hier haben in unserem Hause, ist sicherlich auch die gute pflegerische Versorgung, die gute menschliche Versorgung. Das hat sich sicherlich in dem Sinne grundlegend nicht geändert, ja. (PDL, C103, 24)

Nur es ist ja auch so, dass, sage ich mal, oder es ist meine Aufgabe auch, dass ich höllisch darauf aufpassen muss, dass der Pflegedienst nicht Spekulationsmasse des Kostenvernichtungsscharfsinnes wird. Das ist etwas, was uns eben halt jetzt auch beschäftigt. Wie können wir nachweisen - man kann es stellenweise, wenn man die PPR-Zahlen noch nutzt - dass zwar Pflgetage weniger geworden sind, aber, ich sag mal, die Klassifikationen oder die Gruppen der Patienten eine schwerere Gruppe geworden ist. Ich sag mal, wer heute noch stationär behandelt werden *darf*, ich sag mal, unter den heutigen Rahmenbedingungen, der hat nicht nur Läuse, sondern hat auch noch Flöhe in der Regel, sonst wäre es ja vielleicht ambulant zu machen. Und wir müssen jetzt einfach auch neue Kennzahlen entwickeln, wo wir überlegen können, das ist jetzt geballter geworden, ja? Wir haben ja auch eine Komprimierung der Arbeitsintensität festzustellen. D. h. wenn früher an einem Tag nur eine Untersuchung lief, ist es heute machbar, 3 Untersuchungen hintereinander laufen zu lassen. Es wird sehr konzentriert der Patient in dem Sinne untersucht und auch behandelt. Und das ist für uns erst mal so nicht mit weniger Aufwand auch verbunden, und das müssen wir jetzt auch nach Außen hin deutlich machen und belegen, dass diese Kostenschraube nicht beliebig nach unten weiterzudrehen ist, um dann nicht auch wirklich erhebliche qualitative Defizite zu bekommen. (PDL, C103, 42)

Zusammenfassung: In Folge von Personalabbau, Umstrukturierung von Arbeitsabläufen und Arbeitszeiten und Verkürzung der Liegezeiten mit schnelleren Aufnahmen und Entlassungen nehmen Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung der Pflegekräfte seit den 1990er Jahren zu. Dies kann die Fehlerhäufigkeit erhöhen, z. B. weil die Pflegekräfte die Patienten nicht mehr genau kennen. Diese Prozesse werden durch die DRG-Einführung noch verstärkt. Ein weiterer Personalabbau im Bereich der Pflege könnte sich auch insofern negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken, als weitere Abstriche bei der aktivierenden Pflege gemacht werden müssen, was auch nicht im Einklang mit dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte steht.

³⁹ In diesem Zitat deutet sich auch eine Veränderung der Kriterien für den stationären Behandlungsbedarf an (siehe genauer 4.3).

Ärzte

Trotz steigender Patientenzahlen hat die Zahl der Ärzte seit den 1990er Jahren nicht zugenommen (ÄD, C108, 166). Diese Entwicklung ist jedoch nicht nur auf knappe Personalbudgets zurückzuführen, sondern auch darauf, dass es zum Teil schwierig ist, frei gewordene Stellen adäquat neu zu besetzen (OA Innere, C113, 23). Vor allem die jüngeren Ärzte klagen darüber, dass von ihnen wie selbstverständlich Überstunden erwartet werden:

Von den Schwestern werden auch keine Überstunden oder wenig-, aber vom Arzt verlangt man immer automatisch, Überstunden zu machen. Ist halt so. Es passt zum Beruf, dass er länger bleibt. Ich weiß es auch nicht, aber ich fühle mich manchmal ungerecht behandelt, weil in der Regel-, ich sehe das natürlich, das sind auch nur Angestellte des Krankenhauses, wird von uns, wahrscheinlich vom Beruf her, immer mehr als von denen erwartet. (AA Urologie, C107, 53)

Im Krankenhaus gilt ein flexibles Jahresarbeitszeitmodell, wodurch es nicht mehr möglich ist, Überstunden anzuhäufen, da diese in schwächeren Zeiten abgefeiert werden sollen. Während das Modell im Verwaltungs- und Pflegebereich gut funktioniert, sei vor allem bei den Chefärzten die nötige Flexibilität nicht immer vorhanden. Insoweit werden die notwendigen Anpassungsstrategien nach Meinung der Verwaltung durch die Ärzte teilweise unterlaufen.

Ja, gut, es gibt ja diese Jahresarbeitszeit. Und von daher gibt es eigentlich keine Überstunden in diesem Sinne. Wenn der Mitarbeiter um fünf nichts mehr zu tun hat, dann soll er doch gefälligst nach Hause gehen, dann braucht er nicht bis sieben da bleiben. (KL, C112, 192)

Das Modell funktioniert, mal gut, mal schlecht, der Verwaltungsbereich sicherlich sehr gut, im ärztlichen Bereich eher schlecht. Das liegt aber daran, dass die Chefärzte sehr oft auch diese Kasperle-Mentalität vorweisen, nach dem Motto: Seid ihr alle da? Ja! Sind wir. Und das heißt, sie müssen immer morgens um acht Uhr da sein und dürfen auch nicht vor 18 Uhr gehen. Sonst werden sie schlecht angesehen oder so etwas. Die Flexibilität ist da leider nicht so gegeben, wie wir das eigentlich wollen. (KL, C112, 184)

Darüber hinaus wird mit neuen Dienstformen experimentiert, z. B. Rufbereitschaft für Assistenzärzte in der Urologie (AA Urologie, C107, 55-57). Ein Grund für die Einführung war, dass die vorhandene Personalstärke zu gering ist, um den bisherigen Anwesenheitsdienst weiter fortzuführen, bei dem der Nachtdienst am nächsten Tag nach Hause geht.

Folgen der DRG-Einführung

Durch die DRG-Einführung hat sich insbesondere der Arbeitsalltag der Ärzte verändert. So haben die administrativen Aufgaben bedingt durch die neue Arbeit der Verschlüsselung, die Einarbeitung in das DRG-System und die gestiegene Notwendigkeit von Begründungen gegenüber den Krankenkassen zugenommen.⁴⁰ Die administrativen Tätigkeiten werden vor allem von den Assistenzärzten als belastend empfunden und führen häufig zu Überstunden.

[...] ist sicherlich immer eine Mehrarbeit, ein Mehr an bürokratischer Arbeit, die wir als Arzt noch machen müssen, und die auch immer eine zusätzliche Belastung darstellt. Und wir versuchen natürlich immer, wahrscheinlich typisch am Arztberuf, die Dinge zu kompensieren, durch Überstunden oder wie auch immer. Ich persönlich hoffe natürlich, dass man irgendwann mal eine gewisse Routine hat, und die Dinge ein bisschen schneller von der Hand gehen, und dass man sich nicht so sehr-, aber man hat natürlich-, ich persönlich hatte am Anfang das Gefühl, man hält sich immer zu sehr am Rechner auf. [...] Gut, aber das macht mehr Arbeit. (AA Urologie, C107, 119, vgl. auch CA Chirurgie, C109, 79)

⁴⁰ Ein Assistenzarzt schätzt, dass er ca. ½ Stunde täglich Mehraufwand durch die DRG-Einführung hat (AA Urologie, C107, 32-37).

Die DRG-Einführung bringt aber nicht nur neue Belastungen für die Ärzte, sondern geht tendenziell zu Lasten der Patientenversorgung. Da die DRG-Fachkraft aus dem ärztlichen Etat bezahlt wird, hat sich die personelle Situation der Ärzte verschlechtert. Durch die Zunahme administrativer Tätigkeiten steht weniger Zeit für die Patienten zur Verfügung.

Und wo kommt das Geld eigentlich her? Wir haben keinen einzigen Arzt mehr gekriegt, wir haben eine DRG-Fachkraft, die aus dem ärztlichen Budget finanziert ist. Also, das, was unser Krankenhaus an Aufwendungen für DRG macht, geht letztendlich der Arbeit am Patienten verloren. Das muss man schon mal ganz klar sagen. Die Krankenkassen geben uns keinen Pfennig mehr Geld dafür. Im Gegenteil, das DRG-System wird genutzt, um die Erträge des Krankenhauses noch weiter zurück zu schrauben. Jetzt muss man da natürlich korrekterweise sagen, man überblickt das ja auch nicht so ganz. Wir sind noch in der Konvergenzphase, was da am Ende herauskommt, man darf auch nicht das Kind mit dem Bade ausschütten. Nur für, sagen wir mal so, für Hurra schreien, ist, glaube ich, nicht die Zeit. (CA Chirurgie, C109, 65)

Die Arbeitsbedingungen selber sind natürlich nicht unbedingt besser geworden. Ich habe das Glück, dass ich jetzt in dieser Abteilung, wo ich bin, *die* Sachen mache, die ich gerne mache. Und dass ich davon jetzt mehr mache als ich früher machte, das stört mich eigentlich nicht, weil, dann macht es mir halt mehr Spaß. Aber ich sehe natürlich auch ganz klar, dass diese verwaltungstechnische Mehrbelastung eindeutig dazu führt, dass wir eben die Zeit mit den Patienten immer knapper haben. Und ob *das* auch *auf Dauer* dann so zum Wohle des Krankenhauses gereicht, weiß ich nicht. (OA Innere, C113, 111)

Die Ärzte stehen unter DRG-Bedingungen vor dem Problem, die Behandlungsabläufe optimal zu steuern und die Patienten von vornherein auf das „richtige“ Gleis zu stellen (AA Urologie, C107, 47). Vor allem jüngere, unerfahrene Ärzte fühlen sich dabei unter einem permanenten Rechtfertigungsdruck, weil sie unter Zeitdruck ökonomisch relevante Entscheidungen über die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Patienten oder die Durchführung oder Nichtdurchführung von diagnostischen Maßnahmen zu treffen haben.

Sagen wir, man sucht immer versöhnliche Begründungen, um zu sagen, okay, obwohl man natürlich alleine ist, mit sich allein ins Reine zu kommen und sagen, ich habe den Patienten nicht abgewiesen, auch wenn er DRG-mäßig nicht passt oder so. Aber auf der anderen Seite weiß man ja genau, am nächsten Morgen musst du das vor der Abteilung begründen, diesen Spagat steht man auch immer. Ja okay, dann muss ich mich halt irgendwie in diese Rolle begeben und dann am nächsten Tag die Aufnahme des Patienten auch begründen. Denn letztendlich soll der Patient auch nicht mit Schmerzen gehen oder mit einer, was weiß ich was, einer unsicheren Diagnose entlassen werden oder so. Es hat auch viel mit persönlichen Dingen zu tun, wie man in der Abteilung mit solchen Dingen umgeht. Ich meine, es gibt, zumindest aus meiner Erfahrung, Oberärzte, die haben auch Verständnis dafür, dass man in der Nacht so eine Entscheidung trifft, und andere haben weniger Verständnis dafür und gucken mehr auf diese Vergütungen. Wie gesagt, in der Nacht kann ich niemanden erreichen, muss alleine Entscheidungen treffen, und wenn das halt so ist, hat man vielleicht auch im Sinne der DRG einen Fehler gemacht, womöglich auch häufige Anfragen von der Kasse, aber vielleicht lernt man das im Laufe der Zeit, wie man es besser macht, ich weiß es nicht. (AA Urologie, C107, 123)

Auch die Aus- bzw. Weiterbildung leidet unter DRG-Bedingungen, da Untersuchungen schneller ablaufen müssen und zum Teil auf bestimmte diagnostische Maßnahmen verzichtet wird.

Das ist sicherlich nicht einfach. Bei bestimmten Krankheitsbildern hätte ich zum Beispiel im Vorfeld mehr Diagnostik gemacht. Aber wenn der erfahrene Kollege sagt, das brauchst du nicht, dann sage ich, ja gut. Natürlich ist das gut, aber es ist für mich persönlich nicht gut. Im Rahmen der Ausbildung ist das nicht gut, wenn diese Untersuchung nicht gemacht wird. Wir hatten auch unterschiedliche, sage ich mal, Niveaus, und dann ist es schon für die Ausbildung nicht gut, wenn man bestimmte Untersuchungen gar nicht mehr macht oder einfach nur weniger macht. Wenn er sagt, okay, ich komme jetzt so zu der Diagnose, oder ich mache in einem Schritt die Diagnose und den therapeutischen Schritt in *einer* Untersuchung, dann sage ich Ihnen, natürlich ist das auch gut, wahrscheinlich im Sinne des DRGs, aber für uns wahrscheinlich nicht, weil die ganze Diagnostik für uns als Auszubildende sozusagen nicht mehr transparent ist. Wenn, ich sage mal, jetzt nur der Oberarzt unter Narkose die Untersuchung macht und dann alles in

einer Hand macht, das ist sicherlich auch sinnvoll, aber für mich persönlich hätte ich mir gewünscht, dass man vielleicht ein, zwei Untersuchungen, also Diagnostik, vorher macht. Dass es ein bisschen transparenter wird und sagt, okay, das und das haben wir festgestellt und jetzt kommen wir zu der Therapie. Denn in der Urologie machen wir es teilweise auch so, dass wir zwei der Schritte zusammenziehen, wir machen Diagnostik und Therapie in einem Schritt, weil er sowieso schon unter Narkose ist. Ich hätte mir gewünscht, dass er das jetzt nur ein bisschen macht. Aber das ist für einen jungen Kollegen, der erst nach mir kommt, sicher nicht einfach, weil er viele Dinge natürlich nicht auf Anhieb erkennt. (AA Urologie, C107, 109)

Der ärztliche Direktor sieht dagegen den Weiterbildungsauftrag des Hauses durch die DRG-Einführung allerdings grundsätzlich nicht gefährdet:

Das heißt, das ist sicher anders als eine Facharztklinik, wo man sparsamer mit Ressourcen umgehen kann, als wenn man weiterbildet. Da ist mancher Umweg drin, Unsicherheiten sind drin. Das ist eben einfach so. Aber wir haben uns bewusst dazu entschieden, diese Weiterbildung hier aufrecht zu erhalten in diesem Haus. (ÄD, C108, 114)

Zusammenfassung: Durch die DRG-Einführung erhöhen sich die (eher ungeliebten und mit dem ärztlichen Selbstverständnis nur schwer zu vereinbarenden) administrativen Aufgaben, was Arbeitszeiten bindet und zu Lasten der Patientenversorgung gehen kann, da kein unbegrenzter Ausgleich durch Überstunden möglich ist. Insoweit diagnostische Maßnahmen unter DRG-Bedingungen eingeschränkt werden, leidet auch die Aus- und Weiterbildung der jungen Ärzte. Vor allem junge Ärzte fühlen sich teilweise überfordert, wenn sie ökonomisch relevante Entscheidungen z. B. über die Aufnahme oder Nichtaufnahme von Patienten alleine und unter Zeitdruck treffen müssen.

Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegekräften

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften und das gegenseitiges Verständnis haben sich in den Augen der Pflegenden im Laufe der Zeit verbessert. Dies gilt insbesondere im Verhältnis zu den jüngeren Ärzten, während das Verhältnis zum Chefarzt weiterhin stärker hierarchisch geprägt ist (DRG-B, C110, 31). Auch die Kommunikationsstrukturen haben sich geändert. Es wird mehr mit einander geredet und die Ärzte werden beispielsweise auch zu Besprechungen eingeladen, um die Probleme im Pflegebereich kennenzulernen. Die Pflegekräfte sind selbstbewusster geworden und stellen auch mal ärztliche Anweisungen in Frage.

Also, ich muss sagen, es ist optimal. Wir arbeiten halt – ich merke schon, es findet ein Umdenken statt, weil wir halt auch viele Leute neu von der Uni z. B. kriegen oder so, die sind auf uns angewiesen. Das war früher so, wir waren halt die Assistenten der Ärzte, das war zu meiner Zeit auch noch so. Wo ich auf der C 1 angefangen hab, durfte ich die Zimmertür vor dem Chefarzt nicht verlassen, nicht, wenn wir zum Beispiel Visite gemacht haben. Aber man redet auch offener über viele Dinge und das fängt schon an weil, die haben ja auch nicht so viel Zeit, und wenn dann..., die müssen sich komplett auf unsere Kompetenz und Pflege halt verlassen, was z. B. Verbandstechnik... . Ich weiß jetzt nicht, wie es auf der Inneren läuft, ich rede jetzt halt von meiner Abteilung. Doch, da wird halt viel geredet und auch viel auf unser..., also die Pflege an sich macht sich mehr präsenter, die machen das jetzt so, früher hat man sich da halt nicht widersetzt. Es gibt Konflikte, schon, aber ich denke, das ist vollkommen o. k., so wie es ist. Die Kommunikationsebene funktioniert und auch so dieses .., jeder hat Verständnis für seinen Bereich und genauso wie ich die Entscheidung des Arztes trage, so muss er halt auch meine Entscheidung in der Pflege halt auch so kompensieren. Sicher natürlich ist das von Person zu Per-

son verschieden, aber da sind die Ärzte schon, dass sie sagen: „Das was die Leute..., und wenn du und du das machst, das läuft halt“, und das ist ja auch o. k. so. Aber wir haben ja auch viel miteinander geredet. So dieses Arzt/Schwester-Verhältnis baut sich aber auch mehr ab durch diesen ganzen Wust an Arbeit und Zusammenarbeit. Also wir machen das so, dass wir die Ärzte auch mal einladen zu unseren Team-Besprechungen oder Dienst-Besprechungen, dass die auch mal sehen, was in unseren Köpfen vorgeht. [...]. (PF private Chirurgie, C105, 70; vgl. auch DRG-B, C110, 31)⁴¹

Den Ärzten erschienen (und erscheinen) die Professionalisierungsbestrebungen der Pflege seit den 1990er Jahren teilweise überzogen⁴² und sie wünschen sich mehr Kooperation von Seiten der Pflegekräfte, sprich: mehr Übernahme ärztlicher Aufgaben. Im Alltag können hier zwar oft individuelle Lösungen erreicht werden; für einen Assistenzarzt, der aus dem Ausland kommt, fehlt aber eine grundsätzliche Klärung:

Ja gut, das sind Dinge, die ich gerne wünsche, einmal grundsätzlich geklärt zu bekommen. Aber hier in Deutschland ist das so, dass man sich in Pflegeberufen, sagen wir, auf bestimmte Aufgaben zurückzieht und sagt, okay, das ist nicht unsere Aufgabe. Natürlich ist das so, die Arbeit, was Dokumentation betrifft, nimmt uns Zeit weg, Zeit, die wir nicht haben für andere Aufgaben. Wir haben nun mal eine bestimmte Zeit zu arbeiten, und wenn ich sage, es geht momentan nicht und rufe eine Schwester an und sage, könnt ihr das und das noch machen, in der Regel ist es immer so eine Sache des individuellen Umgangs. Wenn man erklärt, dass schon eine Notsituation da ist, dann machen die Schwestern das in der Regel natürlich. Weil die wissen, wenn wir im OP sind und nicht rauskommen können, gut, dann können die warten, dass ein Medikament, was weiß ich, zwei Stunden da unten aufgezogen *nicht* verabreicht wird oder so. Das wird so schon gemacht. Das ist mehr auf einer individuellen Ebene, persönlichen Ebene, das ist keine grundsätzliche Sache. Natürlich wünsche ich mir auch, dass bestimmte Sachen von den Pflegekräften auch gemacht werden, zum Beispiel Blutabnahme, wie auch immer. Aber anscheinend ist das noch nicht so weit, oder zumindest in Deutschland ist das nicht so, dass man das so macht. Das ist schon-, manchmal gibt es schon Spannungen, wenn man sieht-, vergleichen kann man auch schlecht, dass die Pflegekräfte immer zu bestimmten, festen Zeiten ihre Pause haben können, und warum wir gar keine Pause haben können und so etwas. Gut, dann sagt man, es ist halt ein anderer Beruf. (AA Urologie, C107, 53)

Nach Aussage der Pflegedienstleitung wurden allerdings bereits klare Regelungen getroffen z. B. bei der Verabreichung von Antibiotika. Er hält es generell für wichtig, dass die Pflegekräfte eine hohe Rechtssicherheit für ihr Tun haben:

Es gibt hier entsprechend eine Dienstanweisung, die ich mal beispielhaft jetzt nennen möchte, wo eindeutig auch geregelt ist, wie der Umgang mit Infusionen, mit IV-Spritzen, mit Blut-Komponenten usw. geregelt ist, um eben halt, sage ich mal, die Rechtssicherheit der Pflegenden nicht auf dem Altar der Kooperation zu opfern, um es so mal jetzt auszudrücken. (PDL, C103, 44)

⁴¹ Das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegekräften hängt jedoch auch von der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur der Beteiligten ab und ist auch von Abteilung zu Abteilung unterschiedlich. In der Funktionsabteilung und der Anästhesie sind beispielsweise Ärzte und Pflegekräfte besonders stark aufeinander angewiesen und haben „die Möglichkeit, etwas enger und anerkannter mit den Ärzten zusammenzuarbeiten als das Pflegepersonal“ (LT PF Funktionsdienste, C102, 34).

⁴² Ein Oberarzt beschreibt diese Auffassung recht plastisch: Es ist aber, sagen wir mal, aus meiner Beobachtung, was ich so mitbekomme, schon so, dass, glaube ich, die Pflege oder Pflegewissenschaft in den neunziger Jahren und auch jetzt zum Teil auch zu einer Überqualifizierung der Pflegekräfte geführt hat, die letztlich, ich sage das jetzt mal ein bisschen überspitzt, vielleicht-. Man muss nicht unbedingt an einer Fachhochschule sechs Semester studiert haben, um zu wissen, wie man Patienten aus der Scheiße zieht, jetzt mal platt gesprochen. (OA Innere, C113, 35).

Folgen der DRG-Einführung

Ärzte und leitende Pflegekräfte sehen mittlerweile eine Wiederannäherung und Aufhebung der starren Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegebereich, nicht zuletzt, da alle an „einem Strang ziehen müssten“ und die Pflegekräfte Angst um ihren Arbeitsplatz hätten.⁴³ Hierzu sei es auch wichtig, die Kommunikationsstrukturen weiter zu verbessern.

Und dann gab es schon manchmal auch ein bisschen Konkurrenzdenken und so was, aber ich glaube, im Augenblick ist das auch wieder im Rückgang. Diese Probleme erlebe ich, also, wie gesagt, persönlich hatte ich sie nicht, aber erlebe ich auch nicht mehr so häufig, weil, glaube ich, alle Berufsgruppen auch merken, dass wir hier nur eben gemeinsam, wenn wir an einem Strang ziehen, auch für alle das sichern können. Und vielleicht sind wir da auch als Ärzte im Augenblick noch in der glücklicheren Position. Je mehr Aufgaben wir übernehmen müssen, umso mehr braucht man auch. Und wenn natürlich die Belegungszahlen und alles zurückgehen, ist primär-, sind natürlich Pflegekräfte auch in ihren Arbeitsplätzen gefährdet. Und das merkt man auch bei den Mitarbeitern, dass da jetzt doch so ein Umdenken auch einsetzt, und Leute Engagement zeigen, denen man das früher nicht so zugetraut hätte. Also, das hat sich, sage ich mal, von dieser Seite her auch wieder entspannt. (OA Innere, C113, 37; vgl. auch CA Chirurgie, C109, 61).

Eigentlich läuft es gut, das kann man schon nicht anders sagen. Beide Seiten haben viel zu tun, und ich bin halt der Ansicht, je besser die Kommunikation läuft und je besser die Zusammenarbeit läuft, desto besser läuft es für alle Seiten einschließlich des Patienten. Und ich erlebe die Ärzte manchmal doch so, als wenn sie viel an die Pflege abgeben möchten, was trotzdem ärztliche Aufgabe ist. Und hier in Deutschland ist das ja alles auch noch mal juristisch überlagert, also da gibt es ja auch Festlegungen, was Ärzte machen und was Pflege machen muss. Was ich persönlich bedauerlich finde, weil, im Endeffekt könnte die Pflege mehr, auch was in den medizinisch/ärztlichen Bereich reingeht. Aber auch umgekehrt kann der Mediziner, wenn er gerade bei dem Patienten ist, auch mehr. Und wenn da weniger so diese gedanklichen Blockaden wären, also das fände ich schon gut. Wenn ich als Schwester drei mal hinter einem Arzt herlaufen muss, weil eine Einverständniserlaubnis nicht unterschrieben ist, dann war das mindestens zwei mal zu viel. So. Und da sind wir aber auch auf dem Wege, es gibt schon eine Abteilung, die ihre Abteilungs-..., also Stationsbesprechungen, mit dem Arzt zusammen machen und dann guckt man zusammen, was ist gut gelaufen, was ist schlecht gelaufen, was sollten wir wie verbessern, wer hat welche Erwartungen, und das sich in jedem Fall unterstützen. Gerade jetzt, wo wir weniger Mitarbeiter werden, wie in allen Krankenhäusern, finde ich das total wichtig, dass hier mehr geredet wird, die Ärzte zu diesen Stationsbesprechungen eingeladen werden, und man ganz klar guckt, was wünschen wir uns, was wünscht ihr euch, wie kann man das besser zusammenführen? Weil, die Pflege kann viel und die Ärzte können auch viel, und dies ist wie überall, es ist egal ob in der Familie oder im Krankenhaus. Je besser die Kommunikation klappt, je klarer die Aufträge sind und die Zuständigkeiten, desto besser sind die Abläufe (stellv. PDL, C106, 110; vgl. auch LT Bildungszentrum, C101, 119).

Und wir sind seit DRG-Zeiten noch mehr aufeinander angewiesen gut miteinander zusammen zu arbeiten. Weil, wenn man mit der gleichen Anzahl von Leuten mehr schaffen will, dann muss man ein besseres Team bilden. (LT PF Funktionsdienst, C104, 64).

Zusammenfassung: In den Augen der Pflegekräfte läuft die Kommunikation mit den Ärzten gut. Die Ärzte wiederum wünschen sich eine stärkere Entlastung durch Abgabe ärztlicher Tätigkeiten an den Pflegebereich. Die veränderten Rahmenbedingungen begünstigen dabei eine Wiederannäherung über die professionellen Grenzen hinweg.

⁴³ Für diese Annäherung ist sicherlich nicht nur die DRG-Einführung verantwortlich, sondern der insgesamt gestiegene wirtschaftliche Druck auf das Krankenhaus.

Einfluss wirtschaftlicher Ziele auf ärztliche und pflegerische Entscheidungen und die Versorgungsqualität

Durch die Umwandlung in eine GmbH und die Anpassungsmaßnahmen der Krankenhausleitung zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit wurde bei den *Ärzten* ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass ein Krankenhaus auch ein Wirtschaftsbetrieb ist und sie neben medizinischen auch ökonomische Aspekte bei ihren Entscheidungen berücksichtigen müssen.⁴⁴

Der Einfluss der Ärzte, z. B. bei Neuanschaffungen ist zurückgegangen und diese sehen sich zum Teil in der Rolle des „Bittstellers“ gegenüber der Verwaltung. Auch die Kommunikation wird als schwierig erlebt, da der Verwaltung teilweise das Verständnis gegenüber medizinischen Aspekten fehle:⁴⁵

Es ist schon so, dass wir unter der Leitung eines Ökonomen hier natürlich auch gesehen haben, dass die Bäume nicht in den Himmel wachsen, dass man nicht *üppig* mit den Geldern umgehen kann. Dass man das Personal auch straffen kann, und dass man auch sparsam mit gewissen Dingen umgehen kann, und dass man billig einkaufen kann. Dass man nicht alles beliebige als Arzt verlangen kann ... (ÄD, C108, 52)

Das ist da entwickelt worden mit der Umstellung auf die GmbH. Hat auch damit zu tun, dass wir im Verwaltungsrat Leute hatten, die aus der Großindustrie waren und da Erfahrungen mitgebracht haben, die eben auch so ein Krankenhaus vielleicht-, gut, als Arzt hört man das nicht gern, zu einem industriellen Betrieb macht, aber irgendwo ist da auch eine industrielle Komponente. Das muss man einfach so sehen. Und ich denke, das hat sich damals entwickelt. Ist uns heute eigentlich-, jetzt in dem Übergang kommt uns das zugute. (ÄD, C108, 54)

Und das hat man auch gemerkt seit den-, ja, auch seit den neunziger Jahren, dass sozusagen das rein medizinisch-ärztliche in der Krankenhausleitung immer weiter in den Hintergrund getreten ist. Es ist natürlich immer noch wichtig, klar, ich meine, deswegen gibt es ja Krankenhäuser. Es wäre ja verrückt, wenn wir hier nur nach den Kosten gucken würden und keine Krankheiten behandeln würden. Aber das merkt man schon. Mein alter Chef war hier auch damals ärztlicher Direktor, und ich glaube, viele Probleme, die wir jetzt so haben, wo wir um Budgets feilschen und neue Geräte und so, die gab es damals nicht. Das wurde dann einfach gemacht, wenn der das gesagt hat. Ich weiß zwar nicht, ob der Verwaltungsleiter dann immer Bauchschmerzen dabei gehabt hat, oder ob den das vielleicht auch nicht interessiert hat, weil das Geld noch da war, keine Ahnung, aber das ist jetzt ganz anders. Jetzt sind wir in der Rolle öfter des Bittstellers und müssen dann auch noch begründen, warum wir etwas haben wollen. Das ist manchmal schon recht nervig, weil, von uns Ärzten wird dann immer erwartet, dass wir ökonomisch denken, aber umgekehrt verlangt niemand von den ganzen Ökonomen, die hier für uns auch das Krankenhaus leiten, dass die medizinische Probleme verstehen. Und das macht die Kommunikation sehr schwierig. (OA Innere, C113, 39).

Wie oben erwähnt (siehe 1.), versucht die Geschäftsleitung ökonomische Ziele vor allem auch über den Hebel der Personalentwicklung durchzusetzen. Der grundsätzliche Primat der Medizin vor der Ökonomie wird zumindest vom kaufmännischen Leiter nicht in Frage gestellt.

Es ist ein Spannungsverhältnis, sicherlich. Aber wir müssen uns aus meiner Sicht danach richten, was dem Patienten gut tut. Und ich wurde letztens noch gefragt, wie muss ich das jetzt einordnen, wenn ein Patient kommt? Vorstationär, ambulant, ambulantes Operieren, vorstationäre Aufnahme, stationäre Aufnahme - wie soll ich handeln? Da kann ich nur sagen, wenn es ambu-

⁴⁴ Ein Oberarzt macht, neben der Zunahme an Verwaltungstätigkeiten, diesen Interessenkonflikt zwischen Medizin und Ökonomie auch für eine sinkende Attraktivität des Arztberufes verantwortlich (OA Innere, C113, 23).

⁴⁵ Ein Chefarzt erlebt die Verwaltung allerdings heute als kooperativer als früher: (...) heute erlebe ich allerdings die Verwaltung auch eher als zuarbeitend. Gleichwohl glaube ich, dass es immer noch mal ein bisschen besser sein könnte auf manchen Ebenen, aber damals hatten die uns schon eher allein gelassen (CA Chirurgie, C109, 69).

lant geht, dann macht ambulant. Wenn das nicht geht, dann macht vorstationär. Also, immer die niedrigste-, die nächst niedrige Behandlungsstufe, so wie es auch der Gesetzgeber vorschreibt. Weil man schon davon ausgehen muss, dass es auch im Sinne des Patienten ist. Wenn es nicht so ist, dann wird er sich schon melden und sagen, Mensch, lasst mich doch mal eine Nacht hier-, oder so etwas. Also, ich sehe da zunächst einmal keinen Konflikt eigentlich. Das mit diesem Spannungsbogen, so wird es zwar oft aufgebaut, aber hier im Haus sehe ich zunächst einmal keinen Konflikt. [...]

Also, der ökonomische Aspekt bei der Behandlung sollte, von wenigen Ausnahmen mal abgesehen, sollte der doch in den Hintergrund treten. Weil, ich als Patient würde das nicht gerne wollen! Und wie heißt es so schön? Was du nicht willst, das man dir tut, das füg' auch keinem anderen zu! (KL, C112, 224-226; vgl. auch KL, C112, 131).

Zwischen Geschäftsführung und Ärzten gibt es jedoch unterschiedliche Einschätzungen darüber, in welchen Bereichen gespart werden kann und wo die Grenzen von Sparmaßnahmen liegen.

Also, für uns ist eben immer das Spannungsfeld, dass wir denken, dass zwar Einsparungen sicherlich irgendwo auch nötig sind und auch sinnvoll sind, aber dann kommen wir an einen Punkt, wo dann einfach die Qualität darunter leidet. Unser Geschäftsführer hat ja immer gern die Beispiele aus der Autoindustrie, weil er meint, dass es eben auch jeder versteht. Aber das ist dann diese Geschichte wie mit dem Lopez damals bei Opel: Natürlich kann man immer weiter sparen, aber irgendwann geht auch die Qualität runter. Und wenn dann keiner mehr zu uns kommt, weil alle denken, was ist das denn hier für ein Krankenhaus, dann haben wir uns natürlich tot gespart, weil dann die Einnahmen auch nicht mehr stimmen. Und ich glaube, da ist eben auch-, herrschen durchaus unterschiedliche Meinungen darüber, wo denn dieser Punkt erreicht ist zwischen den Ärzten und zwischen den Wirtschaftlern. (OA Innere, C113, 43).

Und da wird eben deutlich, dass die Verknappung von Personal da irgendwann mal dazu führt, dass auch die Abläufe behindert werden. Und ich glaube schon, dass man eine ganze Menge dafür tun muss, die Abläufe zu verbessern. Es gibt sicher eine ganze Menge vermeidbaren Leerlauf, wo man durch gute Strukturierung, gute Organisation noch viel Verbesserungspotential drin hat, aber Sie brauchen eben dafür auch Menschen. Wenn wir jeden Tag wieder überlegen müssen, wie wir unsere Arbeit tun sollen, dann wird das manchmal schwierig. Das ist so ein Konflikt, mit dem wir derzeit kämpfen. (CA Chirurgie, C109, 77).

Die Ärzte orientieren sich bei ihren Entscheidungen am Kriterium der „medizinischen Notwendigkeit“ und berufen sich dabei auch auf das Leitbild des Hauses. Eine echte Kosten-Nutzen-Abwägung ist zur Zeit allerdings (noch) nicht möglich. Denn durch die DRG ist zwar die Erlösseite transparenter geworden, nicht aber die Kostenseite, da die Kostenrechnung im Haus noch nicht entwickelt ist.

Wir haben auch ein Leitbild in diesem Krankenhaus, und da steht eben auch drin, dass hier die Patienten so zu behandeln sind und von uns behandelt werden sollen, wie es auch der entsprechende Stand der Wissenschaft ist. (ÄD, C108, 72)

Sondern ich habe meine Entscheidungen immer an dem medizinisch Notwendigen ausgerichtet. Wie gesagt, da gibt es auch-, manchmal denkt man so ein bisschen-. Aber im Wesentlichen war das eine medizinisch geprägte Entscheidung. (CA Chirurgie, C109, 106)

Letztlich wissen wir nicht, für welches Geld wir überhaupt welche Leistungen hier erbringen, und ob das dann mit dem, was wir von der Kasse kriegen, überhaupt kostendeckend zu machen ist. ...Also, kurz gesagt, ich weiß definitiv nicht, was uns zum Beispiel eine Magenspiegelung kostet oder eine Ultraschalluntersuchung. Weiß ich nicht. Und ob das sich dann ökonomisch lohnt, das zu machen oder nicht, weiß ich auch nicht. Und deswegen spielt das im Augenblick auch überhaupt keine Rolle in meinen Entscheidungen. Dann steht die medizinische Notwendigkeit im Vordergrund. Was ja eigentlich auch gut ist. Aber-. (OA Innere, C113, 49)

Aber es wäre natürlich schon schön, wie wir gerade gesagt haben, wenn ich dann auch erst einmal wüsste, wenn ich vor einer Alternative stehe, ich kann jetzt drei verschiedene Untersuchungen machen. Von der einen weiß ich, dass sie mir hundertprozentig etwas sagt, die kostet

mich aber vielleicht, weiß ich nicht, 3000 Euro. Von der anderen, da weiß ich, vielleicht bei 50 Prozent, und die billigste, die ich gerade in fünf Minuten gemacht habe, kann mir vielleicht in 10 Prozent darüber Auskunft geben. Da kann ich mir natürlich auch überlegen, was mache ich jetzt? Und wo es dann vielleicht auch einen Mittelweg, dass ich den medizinisch *und* ökonomisch vertreten kann. Aber diese Information habe ich derzeit nicht. Muss ich schlichtweg sagen. (OA Innere, C113, 53)

Durch eine voll ausgebaute Kostenrechnung würde sich insoweit der Konflikt zwischen Ökonomie und Medizin noch verstärken. Für einen Chefarzt sind Informationen über die Kosten auch Voraussetzung dafür, gezielt Sparmaßnahmen zu ergreifen und im Interesse des Krankenhauses dafür zu sorgen, dass defizitäre und gewinnträchtige Behandlungen sich die Waage halten. Hier deutet sich also auch eine Veränderung des beruflichen Selbstverständnisses des Chefarztes an, der Verantwortung für das finanzielle Überleben des Krankenhauses übernimmt und ggf. steuernd eingreift.

B01: Ja, die Verwaltung möchte nämlich, dass dieser-, dass DRG-, dass-, die Leute nehmt doch gar nicht auf! Und da sagt die Ärzteschaft, und da mache ich mich auch ganz stark für, und der ärztliche Direktor sieht das ganz genauso, wir sind hier von unserem Leitbild her, wir sind hier ein katholisches Krankenhaus, und wir zunächst einmal für den, der Hilfe braucht, eine Anlaufstelle. Und da passt es nicht, dass man sagt, also, pass mal auf, du brauchst zwar Hilfe, aber mit deiner DRG können wir keinen Blumenpott gewinnen. Bleib mal draußen. Das möchten wir, wenn es geht, vermeiden. Und werden das im Augenblick auch noch tun. Wo das hin führt, weiß man noch nicht, denn es kann natürlich bestehen bleiben. Aber da sehe ich schon einen Konflikt auf uns zukommen. Wie groß der wird, wissen wir alle noch nicht. Wir haben nämlich hier im Hause nämlich noch ein großes Problem, und das muss man auch sagen, wenn Sie das jetzt anonymisieren, ist das ja überhaupt kein Problem. Wir haben noch eine sehr schlechte Kostenstellenrechnung. Wir wissen nicht, was uns unsere eigene Leistung kostet. Ich weiß zwar inzwischen sehr genau, schon seit vielen Jahren, was zum Beispiel die Entfernung einer Gallenblase mir für Geld bringt. Aber wie viel das Krankenhaus dafür bezahlt, das weiß ich immer noch nicht. Bei den meisten Diagnosen weiß ich das nicht. Und solange ich das nicht-, weiß ich ja nicht, mache ich nun mit irgendeiner Prozedur, die ich hier mache, mache ich da nun ein Geschäft, oder lege ich Geld zu? Das weiß ich nicht. Und das ist etwas, was sicher noch verbessert werden muss.

I01: In wessen Interesse wäre denn das, es zu wissen? [...] Und wenn jetzt sozusagen für die Ärzte transparent würde, was unterm Strich dabei herauskommt, bei bestimmten Behandlungsformen, ja, welche Wirkung hätte das?

B01: Das hätte die Wirkung, dass man überlegen muss, ob man nicht ganz gezielt mehr sparen muss. Oder ob man dann tatsächlich, letztendlich sind wir ja für das Überleben des Krankenhauses verantwortlich. Ich kann-, wir leben heute, oder sagen wir mal, wir leben in einer Zeit, wo man realistisch sehen muss, wenn hier kein Geld reinkommt, dann geht das Krankenhaus baden. Wir müssen also sehen, dass unterm Strich schon genügend Geld reinkommt. Das heißt also, ich muss bei der Mehrheit meiner Prozeduren, die ich mache, auch Geld verdienen! Aber ob ich Geld verdiene oder kein Geld verdiene, dazu brauche ich eben die Kenntnis darüber, ob die jeweiligen Prozeduren, die wir machen-, oder wie viel Geld die einbringen. Wie viel Geld sie uns kosten. Was sie einbringen, wissen wir ja über DRG. Kann man ja relativ-, das ist ja heute ganz leicht, auch [...], das ist auch ein Vorteil, ein Vorteil von Transparenz uns gegenüber. Ich weiß ja jetzt zum ersten Mal richtig-, kann ja nachgucken, steht ja im Computer drin. Der Grouper sagt mir sofort, pass auf, für diesen Patienten kriegst du so und so viel Geld. In Euro. Steht da, zack, bis auf den Pfennig drin. Was ich überhaupt nicht weiß, ist, was habe ich denn für den ausgegeben? Das ist noch ein Problem. Das muss noch gelöst werden.

I01: Also, wenn man als Arzt dann alle Kosten, sowohl auf der Ertrags- als auch auf der Kostenseite hätte und dann eben den konkreten Patienten vor sich hat, ja, könnte man ja sagen, dass könnte auch zu gewissen Entscheidungsdilemmata führen.

B01: Natürlich könnte das zu einer-. Nur als erstes müsste man dann immer gucken, und dann auch ganz konkret gucken, im Augenblick ist ja so-, die Sparsamkeit wird ja so mit der Gießkanne über uns aus-. Oder mit der Zwangsjacke über alles ausgedrückt. Wenn Sie das-, wenn wir wüssten, genau, zum Beispiel diese Diagnose, da legen wir zu. Dann müsste man die Ar-

beitsschritte, die clinical pathways dieser Diagnose einmal durchgehen und gucken, wo sind denn Einsparmöglichkeiten? Und erst, wenn man sagt, also, wir haben das jetzt so organisiert, da kann man nichts mehr einsparen, dann müssten wir das mit der nächsten machen. Wir werden uns sicher eine Gruppe von Diagnosen erlauben können, wo wir Geld zulegen. Weil es eine andere Gruppe von Diagnosen gibt, wo wir einen Überschuss machen. Aber man kann diese [...], wo wir zulegen, nicht unendlich steigen lassen. Das darf immer nur ein kleinerer Teil sein und muss sich die Waage mit denen halten, wo man Überschüsse macht. Und wenn das nicht mehr funktioniert, dann kommt das Krankenhaus in eine Schiefelage. Und das muss man auch als Arzt erkennen und muss da dann steuern. (CA Chirurgie, C109, 67-71).

Auch die *leitenden Pflegekräfte* haben ökonomischen Zielsetzungen weitgehend akzeptiert und sind dabei, diese in ihr berufliches Verständnis zu integrieren – unter der Voraussetzung, dass die Qualität der Versorgung gewährleistet ist:

Also, das hört sich ja jetzt vielleicht ein bisschen blöd an, aber das ist ja schon so, dass ich auch ein bisschen betriebswirtschaftlich interessiert bin, d. h. ich stelle mich jetzt nicht so hin und sage: „Früher war das alles viel besser und das müssen wir einfach so aufrecht erhalten“. Und irgendwo ist man ja schon interessiert daran, dass der Arbeitsplatz so einigermaßen sicher wird, und da muss man ja auch ein bisschen mitdenken, auch wenn man vielleicht Pflegepersonal ist oder vielleicht nicht unbedingt typisch ist für Pflegepersonal. Denn ich höre es bei anderen Kollegen, jetzt nicht hier bei uns, sondern auf Stationen, die sich wirklich dagegen sträuben, irgendwie mal, ja was weiß ich, neue Sachen zu machen. Also von daher, ich sehe es ja ein, von daher stehe ich auch dahinter, dass man wirklich flexibler sein muss und von daher ist es nicht so das Problem. (LT PF Funktionsdienst, C102, 22).

Und hier wo ich arbeite, mein Arbeitgeber ist sicherlich ein stark nicht nur unserem Leitbild entsprechend, also dem religiösen Leitbild entsprechend, arbeitender Arbeitgeber, sondern auch ein marktwirtschaftlich denkender und ökonomisch denkender Arbeitgeber. Und wo ich, wenn ich mit Kollegen aus anderen Häusern im Umkreis rede, wo ich Sachen gefragt werde, wie man was machen könnte oder wie wir irgendwelche Strukturen haben oder Probleme gelöst haben, wo ich denn denke: „Ja Junge, das haben wir schon vor 5 Jahren gemacht“. Wobei diese Kollegen dann die Chance der Entwicklung noch haben, die ich ja schon abgeschlossen habe, wo wenn wir das gleiche jetzt produzieren sollten, an Einsparungen z. B., dann müssen wir uns dann noch mehr auf den Hosenboden setzen. Und das Ganze..., und das ist für mich..., das ist eines der wichtigsten Ziele, diese ganzen Einsparungen, Optimierungen von Abläufen und Organisationen, u. a. auch von DRG, so hinzukriegen, dass mein Grundauftrag, nämlich die Versorgung des Patienten, an der Qualität nicht leidet. (LT PF Anästhesie, C104, 10)

Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass wir nur auf Teufel komm raus sparen wollen, sondern es gibt einfach auch Phasen, wo man sagen muss: „Nee, hier müssen wir jetzt nicht kleckern, hier müssen wir klotzen“, weil, dieses spezielle Medikament bringt den Patienten auf alle Fälle weiter. [...]

... und, wie am Anfang schon gesagt, immer dabei im Auge behalten meinen Patienten und nicht über Leichen gehen, sagen wir mal so. Wo, wenn man das woanders mal herhört, wo ich einfach sage: „Nein, es gibt einen Punkt, den überschreite ich nicht“, ansonsten muss ich Verantwortung ablegen, wenn das einer von mir verlangen würde. (LT PF Anästhesie, C104, 52)

An anderer Stelle macht derselbe leitende Pfleger deutlich, wo für ihn die Grenzen von Sparmaßnahmen bzw. Einflussnahmen von Seiten der Verwaltung liegen, nämlich dann, wenn von ihm potenziell patientenschädigende Verhaltensweisen wie die mehrfache Verwendung von Einmalprodukten verlangt würden:

B.: Ja, das ist eine ganz einfache Sache. Wenn jetzt irgend jemand, z. B. aus der Verwaltung, sagen würde: „Pass mal auf“ - wenn wir eine Narkose machen, als Vorerklärung, und die Narkose ist zu Ende, dieser Patient hat so einen Atemschlauch in der Luftröhre stecken, da muss ich ihm erst mal aus dem Mund den Schleim raussaugen, damit, wenn wir den Schlauch rausziehen, der Schleim aus dem Mund, der sich da vielleicht gesammelt hat, nicht gleich in die Luftröhre..., der sich also tierisch verschluckt auf Deutsch gesagt, und ich muss aber auch evtl. Sekret aus der Luftröhre selber rausholen, da brauche ich zwei Absaugkatheter für und beide müssen steril sein. Jetzt könnte doch einer herkommen und zu mir sagen, ja: „Sie verbrauchen

ja ganz viele Absaugkatheter, das wollen wir bitte um die Hälfte reduzieren, indem sie bitte für beide Manöver einen Katheter nehmen“. Wissen Sie, was ich dann sagen würde? – Nee! [...]

I.: Aber das war jetzt wirklich ein hypothetischer Fall, es ist jetzt noch niemand mit diesem Ansinnen an Sie herangetreten?

B.: Nein, nein, nein, das wird auch keiner tun, das ist jetzt deshalb ein hypothetischer Fall, weil er sich einleuchtend bildlich erklären lässt. (LT PF Anästhesie, C104, 72-78).

Allerdings haben sich die Grenzen dessen, was tragbar ist bzw. mit dem beruflichen Verständnis vereinbar ist, im Zeitverlauf verschoben:

Ich glaube, als junger Intensiv-Pfleger habe ich Grenzen gesetzt, persönliche, die ich heute mit den Jahren, nach 15 Jahren, vielleicht anders stecken würde und auch das Problem anders sehen würde. Da ist die Entwicklung ja auch im Fluss. Und ich kann Ihnen gar nicht sagen: „Das mache ich jetzt“, vielleicht ist das in 3 Jahren auch anders. Wie soll ich sagen, wenn mir vor 15 Jahren einer gesagt hätte: „Pass mal auf, mit diesen Personalressourcen und technischen Ressourcen machst du in 15 Jahren die und die Zahl an Narkosen“, von mir aus, dann hätte ich gesagt: „Die Grenze ist aber weit überschritten“. (LT PF Anästhesie, C104, 78).

Dagegen sehen die „normalen“ Pflegekräfte auf Station das Vordringen ökonomischer Aspekte, das durch die DRG-Einführung, durch die sie sich „übereumpelt“ fühlen, forciert wird, deutlich kritischer als die Leitungen und empfinden einen Konflikt zwischen Ökonomie und Pflege. Für diese Pflegekräfte ist belastend, dass sie die Patienten aufgrund der veränderten Bedingungen nicht so gut und ganzheitlich pflegen können, wie es ihrem beruflichen Selbstverständnis entspricht (siehe auch 3.).

Also, was ich halt schon bemerke, auch sehr massiv bemerke, früher stand der Patient im Mittelpunkt, nicht? Kunde, das war halt so diese Phase wo ich halt angefangen habe, Kunde ist König. Da haben wir viele Weiterbildungen, Fortbildungen (unverständlich) Kundenmanagement und so was alles, da haben wir uns halt sehr bemüht. Das hat sich sehr gewandelt, dass der Kunde kein..., also so für uns, das was uns jetzt beigebracht (unverständlich) Mitarbeitern. Man sieht wirklich nur noch das Finanzielle. Also immer, wenn der jetzt nicht raus ist, dann könnten in dieser Zeit die und die Fallpauschalen... oder halt, das Geld könnte dann uns flöten gehen, weil der nächste das schon wieder einbringen könnte, das merkt man schon. (PF private Chirurgie, C105, 12).

Und dann gibt es so gewisse Dinge, da bewegt man sich auf einem Level, das ist gefährlich, nur die, die es entscheiden, die denken da halt nicht dran. Und wir sind halt einfach zu sozial wahrscheinlich auch aufgebaut und müssten vielleicht auch wirtschaftlich in dieser Hinsicht mehr auch geschult werden, damit wir dieses Wirtschaftliche dann auch vertreten können, und da ist noch so ein kleiner Konflikt halt einfach da. (PF private Chirurgie, C105, 128)

Also mit den DRG's sind wir überumpelt worden. Wir haben also viel davon gehört, aber nicht so, dass wir als Abteilung oder ich als Person auch sagen würde, ich bin darüber aufgeklärt und ich weiß ganz genau, was DRG und wie und überhaupt. [...] Da haben wir ja vorher nie uns Gedanken drüber gemacht. Und halt auch die Kommunikation mit den Stationsärzten auf der Station, die dann sagen: „Ey, na wie ist das da?“ weil, das könnte ich dann als Nebendiagnose eingeben und das bringt dann schon mehr Geld ein, dass man dafür schon sensibler wird. Aber optimal ist es immer noch nicht, also ich würde nicht sagen, dass ich meine DRG-Erfassung so durchführe, oder das so in meinem Kopf drin ist, wie das im Sinne des Erfinders halt ist oder des Krankenhaus-Managers, keine Ahnung. Das glaube ich nicht, dafür ist das einfach so schnelllebig und so krass und drastisch eingetroffen, dass noch ein komplettes Umdenken stattfinden soll. Und, ja, weil ich meinen beruflichen Aspekt aus einer anderen Sicht gewählt habe. Nicht, um nach Fallpauschalen zu pflegen, sondern einfach, weil der Patient Patient ist, und das ist das, was ich immer gesagt habe. Ich arbeite auf einer Privatstation und Patienten, die oft kamen und sagten: „Ich bin erste Klasse“, dass ich immer wieder gesagt habe: „Ich pflege keine Klassen“, und ich will keine Klassen pflegen und ich will auch keine Fallpauschalen pflegen, ich will Patienten pflegen und auf deren Genesung eingehen und nicht gucken: „Ah, der ist inkontinent, da gibt es noch was“. Das interessiert mich gar nicht, und ganz ehrlich will ich auch in dem Sinne gar nicht so nachdenken, aber man *muss* sich damit auseinandersetzen, einfach

damit man im Sinne des Krankenhauses so arbeitet, und ich denke schon, dass das sehr negativ wirkend auf die Pflege ist. Das DRG-System auf jeden Fall. (PF private Chirurgie, C105, 80).

Aufnahme von Patienten und Wartezeiten

Die Befragten stimmen darin überein, dass im Krankenhaus C bisher keinem Patienten aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus oder weil die Budgetvorgaben erfüllt sind, Leistungen vorenthalten oder Patienten aus wirtschaftlichen Gründen abgewiesen wurden. Offenbar kommt es auch nicht zu langen Wartezeiten. Lediglich extrem teure und seltene Behandlungen, z. B. von Blutern oder bei bestimmten Krebserkrankungen, werden nicht durchgeführt, sondern die Patienten an andere (Universitäts-) Kliniken überwiesen. Auf der anderen Seite werden auch Patientengruppen mit speziellen religiösen Wünschen aufgenommen.

Nein, nein, bin ich von überzeugt, weiß ich auch, dass es Einstellung des Geschäftsführers ist. Also es muss eine Indikationsstellung geben und wenn diese Indikation gegeben ist, dann gibt es diesbezüglich keine Grenze. Was man natürlich überlegen muss, wenn hier ein Bluter kommt und will an der Lunge operiert werden oder so, das ist etwas, was so ein Krankenhaus nicht leisten kann, so etwas muss dann an die Uni-Klinik. Das muss man sich ganz klar überlegen, weil die Folgekosten einfach immens wären. Aber das ist nicht das, was Sie meinen, Sie meinen nicht den Extremfall? Nee, das wird, ein Krankenhaus unserer Größe würde das umbringen. (Stellv. PDL, C106, 56).

Wir haben auch ein Leitbild in diesem Krankenhaus, und da steht eben auch drin, dass hier die Patienten so zu behandeln sind und von uns behandelt werden sollen, wie es auch der entsprechende Stand der Wissenschaft ist. *Wenn* es jetzt natürlich zu solchen Problemen kommt, wo der Preis ausfunkt, da ist es einfach, wo wir-, der Patient nicht-, wo wir auch die Qualifikation, das heißt, die häufige Behandlung gar nicht durchführen. Dann ist es natürlich sinnvoll, den woanders hinschicken, an eine Universitätsklinik oder wohin. Wenn wir das häufiger machen, damit auch das, was durchgeführt werden soll, qualitativ natürlich auch für den Patienten sinnvoll eingesetzt werden kann. (ÄD, C108, 72).

B.: Wir haben bis jetzt keinen Patienten abgewiesen. Haben wir auch nicht vor. Und, das weiß ich aber auch nur durch die Berichte unserer Geschäftsführung, ja, er originär, wird das auch noch mal vertiefen können, hat im Grunde auch festgelegt, selbst wenn wir bei einer bestimmten Behandlungsart das prospektiv mit dem MDK vereinbarte Maß erfüllt haben, wir trotz alledem diese Therapie durchführen werden zum Wohle des Patienten.

I.1: Also, das ist eine Anweisung von oben, dass das gemacht wird.

B.: Ja, ja.

I.1: Das heißt auch, Wartelisten oder ähnliches existieren bei Ihnen jetzt auch nicht oder?

B.: Sind mir nicht bekannt. Im Bereich der geplanten Operationen ist natürlich klar, dass wir ein Zeitmanagement haben, dass wir Termine mit den Patientinnen und Patienten absprechen, das ist klar.

I.1: Ja, aber ansonsten eben, wie Sie sagen, auch wenn die Mengenabsprachen übertroffen worden sind, wird trotzdem behandelt und keiner wird abgewiesen? Ja, nun geht es ja so...

B.: Ja. Im Gegenteil, was ich sehr wesentlich finde, ist eine Vereinbarung beispielsweise mit der zentralen Organisation der Zeugen Jehovas, dass wir hier Patienten aus diesem Kreis hier bei uns aufnehmen unter Wahrung ihrer religiösen Wünsche, was eben auch bedeuten kann, dass ein Patient mit einem HG-Wert von 6,4 trotz alledem auf dem OP-Tisch landet, wenn für uns ersichtlich ist, die Chance, trotz großem Risikos, zu überleben ist mit Operation immer noch größer als ohne.

I.1: Und wie kann das Krankenhaus das wirtschaftlich verkraften?

B.: Bis jetzt offensichtlich ganz gut, muss ich sagen, wobei die Überschreitung der Budgets ja zum einen nicht gedacht werden muss flächendeckend, sondern wahrscheinlich in bestimmten Bereichen ja, in vielen anderen nein, gleichwohl aber diese Ausdehnung immer auch ein Argu-

ment ist zu sagen: „Leute, wir leisten hier gute Arbeit, wir leisten hier mehr als vereinbart“. Wir erwarten hier alle für das nächste Jahr eine Budgeterweiterung, dann wäre es also quasi eine Investition, die sich in den folgenden Jahren auszahlt. (LT Bildungszentrum, C101, 60-68).

Folgen der DRG-Einführung

Die Entscheidung über Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten liegt auch nach Einführung der DRG bei den Ärzten. Bisher wurden keine Patienten abgewiesen, wobei auch auf die Verpflichtung durch das Leitbild hingewiesen wird. Für die Zukunft schließen die Ärzte stärkere Konflikte mit der Verwaltung über die Aufnahme von Patienten jedoch nicht aus.

B01: Trotzdem muss man jetzt also gucken, wo gibt es DRGs, wo wir Geld verdienen können, und wo gibt es DRGs, die uns möglicherweise sogar Geld kosten? Und da sind wir auf dem Gebiet in einer, sagen wir mal, essentiellen Diskussion noch ganz am Anfang.

I01: Sind das Diskussionen, die von der Verwaltung in die Ärzteschaft getragen werden?

B01: Ja, die Verwaltung möchte nämlich, dass dieser-, dass DRG-, dass-, die Leute nehmt doch gar nicht auf! Und da sagt die Ärzteschaft, und da mache ich mich auch ganz stark für, und der ärztliche Direktor sieht das ganz genauso, wir sind hier von unserem Leitbild her, wir sind hier ein katholisches Krankenhaus, und wir zunächst einmal für den, der Hilfe braucht, eine Anlaufstelle. Und da passt es nicht, dass man sagt, also, pass mal auf, du brauchst zwar Hilfe, aber mit deiner DRG können wir keinen Blumenpott gewinnen. Bleib mal draußen. Das möchten wir, wenn es geht, vermeiden. Und werden das im Augenblick auch noch tun. Wo das hin führt, weiß man noch nicht, denn es kann natürlich bestehen bleiben. Aber da sehe ich schon einen Konflikt auf uns zukommen. (CA Chirurgie, C109, 65-67).

Verändert haben sich in jedem Fall die Rahmenbedingungen für die Aufnahme von stationären Patienten. Vor Einführung der DRG spielte der ambulante Bereich im Krankenhaus C eine eher untergeordnete Rolle. Aufgrund neuer gesetzlicher Bestimmungen erfolgen immer mehr Eingriffe ambulant. Einerseits können bestimmte Operationen mit den Krankenkassen nur noch ambulant abgerechnet werden (§ 115b SGB V), andererseits sind hoch spezialisierte ambulante Behandlungen eine Einnahmequelle außerhalb des Budgets (§ 116b SGB V) (vgl. ÄD, C108, 122; Stellv. PDL, C106, 40-42). Grundvoraussetzung für die Zunahme ambulanter Operationen sind aber auch Fortschritte in der Medizin, etwa schonende Narkose- und Operationsverfahren oder neue moderne Präparate in der Chemotherapie, die es möglich machen, die Behandlung an niedergelassene Ärzte zu delegieren (ÄD, C108, 50; LT PF Anästhesie, C104, 22-24). Unter den veränderten Rahmenbedingungen muss zunächst geklärt werden, ob überhaupt ein stationärer Behandlungsbedarf besteht und / oder ob ein Patient für eine ambulante Behandlung geeignet ist.

Auch weil wir uns selbst aus der Erfahrung anders organisiert haben. Früher war es wichtig, das Bett voll zu haben. Und man hat gar nicht gefragt, was in dem Bett passiert. Das heißt, wenn ein Patient vor der Tür stand, den haben wir erst einmal aufgenommen. Und dann haben wir geguckt, was machen wir mit dem? Heute überlegt man sich, was machen wir mit dem, und müssen wir den aufnehmen, oder können wir das, was wir mit ihm vorhaben, auch vielleicht, zumindest teilweise oder komplett, ambulant machen. Und das ist der große Unterschied. Der hat sich allerdings nun wirklich umgesetzt. Also, früher: Rein ins Bett, und heute: Muss er unbedingt ins Bett. Das muss man-, das ist also ein ganz entscheidendes Kennzeichen, was sich geändert hat. Weil ja auch damals-, das volle Bett wurde uns ja auch immer als Maßstab hingehalten. Damals wurde immer gefragt: Wie sind Sie belegt? Fallzahlen oder andere Größenordnungen, das war völlig uninteressant. Wie ist die Belegung, war die entscheidende Frage. Heute ist die Frage, wie viele Patienten kommen? (CA Chirurgie, C109, 59).

Zur Begründung stationärer Aufnahmen haben die Krankenkassen sog. AEP-Kriterien entwickelt. Diese werden nach Aussage der DRG-Beauftragten zur Zeit in Krankenhaus C

noch nicht angewendet. D. h. zumindest alle Patienten mit Einweisung werden auch stationär aufgenommen. Es gibt also zur Zeit durchaus noch Spielräume für die Ärzte, Patienten stationär aufzunehmen, auch wenn eine Behandlung zum Katalog der ambulanten Leistungen gehört. Von Seiten der Verwaltung gibt es bisher keine steuernden Eingriffe.

AEP-Kriterien, das, also, ich sage da zwar, sind Aufnahme-Erfassungsbögen, die heißen aber eigentlich anders. Aber das sind diese Bögen, wo geguckt werden muss, die angekreuzt werden müssen, welche Punkte der Patient aufweist, dass tatsächlich eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Und damit soll die primäre Fehlbelegung ausgeschlossen werden oder minimiert werden. Gut. Das wird hier im Haus noch nicht richtig, oder noch nicht-, nee, eigentlich noch nicht praktiziert. Sondern wenn ein Patient kommt und-, der wird dann auch aufgenommen, zumindest wenn er auch eine Einweisung hat. Also, es wird keiner-, gerade so ältere Herrschaften sind das ja häufig, die können-, kommen dann einfach nicht mehr klar. Und das ist jetzt nicht so, dass sie dann einfach gesagt bekommen, erfüllst deine AEP-Kriterien nicht, dann geh mal wieder! Das ist hier nicht. (DRG-B, C110, 111).

I.: Und kommt das denn öfter vor, dass man auch mal sagt, der muss jetzt aber stationär aufgenommen werden, obwohl eigentlich das Kriterium eher ... oder wo eigentlich das ein ambulanter Fall ist, jetzt nach Kassenkriterien?

B.: Ich sag es mal so, im Endeffekt liegt die Entscheidung beim Arzt. Und wenn er es für notwendig hält, dann wird er es auch begründen können. Diese Entscheidung liegt beim Arzt. Auch auf die Gefahr hin, dass vielleicht das Krankenhaus das notwendige Geld dafür nicht bekommt. Aber wenn der Arzt es so entscheidet, ich denke, dass sie da schon einen Spielraum haben, davon bin ich überzeugt. Und das muss auch so sein. Oder auch, ob ein Patient jetzt mal einen Tag länger bleibt oder nicht... (stellv. PDL, C106, 45-46).

Kriterien für die Durchführung ambulanter Operationen sind Alter, Gesundheitszustand und –kompetenz sowie die häusliche Situation: Jüngere, nicht allein lebende Patienten ohne Mehrfacherkrankungen kommen am ehesten für ambulante Operationen in Frage. Bei älteren Menschen und solchen, bei denen mit Komplikationen gerechnet wird, wird häufig von vornherein eine stationäre Aufnahme vorgenommen. Wenn Probleme auftreten, ist in jedem Fall eine nachträgliche stationäre Aufnahme möglich. Solche Entscheidungen müssen aber im Zweifel gut gegenüber den Krankenkassen begründet werden. Insofern besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen in Zukunft einen stärkeren Einfluss auf ärztliche Entscheidungen bekommen.

Jetzt abgesehen von den Notfällen, wo jemand starke Schmerzen hat oder so etwas, das ist klar. Ich kann dann-, oder es gibt [...] bei uns in der Abteilung, wo wir sagen, okay, ein junger Mann, der in der Regel auch alle Empfehlungen von uns befolgt, und eine Operation mit geringstem Risiko, mit wenig Risiko einer Nachblutung zum Beispiel, dann werden wir das durchführen. Kein Patient, sage ich mal, ab oder älter als 60 oder so, dass wir von der Narkose-Abteilung auch keine größeren Vorbereitungen brauchen, bis auf ein Narkosegespräch, keine kardiale oder pulmonale Lungen- und Herzdiagnostik noch durchführen müssen, also keine schwerwiegende Begleiterkrankung, sage ich mal so. Dann machen wir in der Regel auch ambulant (AA Urologie, C107, 23).

Und deshalb ist das für uns-, wir arbeiten natürlich immer, damit der Patient zufrieden nach Hause geht, aber mehr und mehr hat man immer ein bisschen im Hinterkopf, was wird die Kasse wieder sagen, wenn wir das so machen. Wir wissen, wir haben ja einen Katalog der ambulanten Operationen und dann eine ambulante Operation stationär zu machen, da muss ich im Prinzip für mich dann bei der Aufnahme schon dokumentieren, warum ist der Patient jetzt nicht ambulant gemacht worden. Damit ich im Nachhinein auch die Begründung schreiben kann, sonst kann ich ja nicht sagen-, ist er jetzt weg, dann habe ich keine Erinnerungen mehr, ich habe auch keinen Brief von dem Patienten, und dann kann ich zumindest laut Unterlagen sagen, okay, der war vielleicht damals herzkrank oder wie auch immer, aufgrund einer Blutgerinnungsstörung oder wie auch immer. (AA Urologie, C107, 45).

Es ist doch so: Wenn ein Patient eine ambulante Operation-, wenn abends dann entschieden wird, kann er nach Hause gehen oder nicht, und es droht eine Komplikation, oder der Mann ist ein Single oder viel zu alt oder hat eine (Komorbidität) oder wacht nicht richtig aus der Anästhesie auf, dann entlässt man den nicht, und dagegen wird auch keine Krankenkasse etwas sagen. Wichtig ist nur, dass man der Krankenkasse gegenübertritt und das sauber dokumentiert, was hier mit dem Patienten los ist, warum eine geplante ambulante Operation und auch durchgeführte in dieser Art nicht zu Ende geführt werden konnte. Warum musste der stationär aufgenommen werden? Oder man kann es ja auch schon primär mit dem Patienten verhandeln, wenn er eine Blutungsneigung hat oder irgendwie etwas, oder eine zusätzliche (Komorbidität), dann wird man nicht einen Leistenbruch auf Teufel komm raus ambulant machen. Dann wird man sagen, kann sein, dass er abends-, dass wir ihn nicht wegschicken können. Also, ich denke, wenn die Medizin soweit geht, dass die Krankenkassen hier bestimmen, was passiert, dann muss man wirklich um die Patienten Angst haben. Aber so ist es nicht hier. Wichtig ist nur, und dazu muss ich auch immer, und müssen wir Chefarzte die Kollegen anhalten, sauber zu dokumentieren. Kritisch und sauber zu dokumentieren. Nicht hier irgendwas zu optimieren oder stationär zu forcieren, sondern einfach so, wie es der Augenschein ist und danach geht es auch. Wenn ein Arzt den Zustand des Patienten kritisch einschätzt, dann soll er das dokumentieren. Und dann kann ein Krankenkassenvertreter kommen, und wird er auch nicht und sagen, das hast du falsch eingeschätzt. Das kann sein! Aber wenn die Situation auf begründeter Symptomatik und Befunden so ist, und dann steht da-, und der Kollege ist kritisch, dann wird da auch nichts passieren. (ÄD, C108, 125).

Welche Folgen ambulante Operationen für die Patienten haben, wird unterschiedlich bewertet. Kritische Stimmen aus dem Ärzte- und dem Pflegebereich weisen darauf hin, dass die Patienten häufig mit Schmerzen entlassen würden und zu Hause noch unter Nach- bzw. Nebenwirkungen der Operation, wie Erbrechen, zu leiden hätten. Auf der anderen Seite äußerten neuerdings auch vermehrt Patienten, vor allem jüngere, den Wunsch, ambulant operiert zu werden. Und erste Rückmeldungen, die auf inoffiziellen Nachfragen bei Patienten und Hausärzten beruhen, sind positiver ausgefallen als erwartet.

Wobei ich jetzt *nicht* gesagt habe, dass ich das okay finde. Also, jetzt aus menschlicher Sicht ist ein Leistenbruch, und das ist ein mittel alter Patient, und der geht nach einer Leistenbruchoperation am gleichen Tag noch nach Hause, der hat meistens ziemlich starke Schmerzen. Also, es gibt ja auch Ausnahmen, keine Frage, bei jungen Patienten. Aber so ein mittel alter, ich weiß jetzt nicht, ob ich da finde, dass das unbedingt sein muss. Eigentlich nicht. Also, da kenne ich zu viele, die wirklich noch ganz schön gelitten haben und gebrochen haben und sonst etwas. Gut, da kann ja eine stationäre Aufnahme folgen, aber grundsätzlich glaube ich, dass alles, was gesagt wird, was ambulant gemacht werden könnte, nicht ambulant gemacht werden kann. (DRG-B, C110, 117).

B01: Wir fangen jetzt an, zunehmend ambulant zu operieren. Machen das seit, ja, sagen wir mal, so richtig professionell mit eigener Station für ambulantes Operieren und eigener Organisationsstruktur seit einem halben Jahr. Ich bin für viele Diagnosen davon überzeugt, dass das eine gute Alternative ist. Von den anderen Diagnosen, Beispiel Leistenbruch, bin ich noch etwas zurückhaltend. Weil der Leistenbruch-, gerade beim Mann, die Operation kann mit Schmerzen einhergehen, sie kann zu Blasenentleerungsstörungen [...] führen, und das dann (öffentlich) Erfordernis der-, nur zu Hause und kommt nicht richtig zurecht, hat kein ordentliches Schmerzmittel und klappt dann mit dem Pinkeln nicht. Und ich hätte-, also, da habe ich bisher immer so die Meinung, es ist besser, wenn man die Leute da behält. Und jetzt passiert folgendes: Jetzt kommen schon auch einzelne Patienten, die kommen schon mit dem Ausspruch, ich will ambulant operiert werden! Da habe ich gesagt, also, wenn das ein junger Mensch ist, der in einem geordneten sozialen Umfeld lebt, sprich also, wo jemand noch zu Hause ist, außer Hund, den können wir auch ambulant operieren. Und das funktioniert nach erster Erfahrung besser, als ich das befürchtet habe. Und das kann ich Ihnen aber heute endgültig noch nicht sagen. Dafür ist das alles noch zu frisch. Und da muss man noch mal gucken, wie sich das entwickelt.

I01: Also, mal grundsätzlich vom System her der immer früheren Entlassung in den ambulanten Bereich - müsste man ja eigentlich immer mehr Kontrollmöglichkeiten aufbauen, dass man Rückmeldungen erhält aus dem ambulanten Bereich, wie ist denn die weitere Behandlung ge-

laufen, wie erfolgreich war das, gab es irgendwelche Komplikationen et cetera? Gibt es da irgendwelche Dinge, die Sie...?

B01: Nein, leider Gottes nicht. Überhaupt nicht strukturiert. Bei diesem Beispiel Leistenbruch, was ich hier gerade mal so ein bisschen-, wo ich die Problematik skizziert habe, da habe ich meine Mitarbeiter in der Ambulanz mit den Patienten reden und mit denen über die Formen der Behandlung, also ambulant oder stationär, entscheiden-. Denen habe ich gesagt, ihr ruft an! Den Patienten und den Hausarzt. Und wir machen also eine Liste für diese kleine Diagnose. Weil ich einfach wissen will, wie das weitergeht, denn wir hören nichts mehr von denen. Wir operieren die ambulant, und dann sind sie weg! Kommen nicht wieder. Und über diese Rückfragen, da habe ich rausgekriegt, dass es den Patienten besser geht, als ich das ursprünglich befürchtet habe. Aber nur über diese Rückfragen, und das sind Rückfragen in Eigeninitiative, für die es keine Struktur gibt, geschweige denn irgendeine Bezahlung. Aber das wollen wir halt wissen, wie das so läuft. (CA Chirurgie, C109, 112-114).

Versorgungsstandards und Durchführung von Therapien

Die Nichtdurchführung oder Einschränkung von Behandlungen aus ökonomischen Gründen wird eindeutig abgelehnt. Hierbei wird auch auf das Leitbild des Hauses als mögliches Gegengewicht gegen Sparmaßnahmen hingewiesen. Grundsätzlich sollen alle Patienten so behandelt werden, wie es der Stand der Wissenschaft ist. Als möglicher Ausweg bei extrem teuren Behandlungen wird auf die Möglichkeit verwiesen, Patienten an andere, dafür kompetentere Häuser zu verweisen oder Behandlungen ggf. direkt mit den Krankenkassen auszuhandeln.

Da kann man nicht, nur weil irgend etwas besonders teuer ist, sagen, das machen wir nicht und brechen ab. Dann ist das Spektrum-, engt sich ein, und das ist von außen her auch problematisch für die Patienten zu erkennen, was machen die eigentlich? Nach dem Motto, bis zu einem bestimmten Schweregrad von Kosten machen sie es und dann nicht mehr. Wir haben auch ein Leitbild in diesem Krankenhaus, und da steht eben auch drin, dass hier die Patienten so zu behandeln sind und von uns behandelt werden sollen, wie es auch der entsprechende Stand der Wissenschaft ist. Wenn es jetzt natürlich zu solchen Problemen kommt, wo der Preis ausfunkt, da ist es einfach, wo wir-, der Patient nicht-, wo wir auch die Qualifikation, das heißt, die häufige Behandlung gar nicht durchführen. Dann ist es natürlich sinnvoll, den woanders hinschicken, an eine Universitätsklinik oder wohin. Wenn wir das häufiger machen, damit auch das, was durchgeführt werden soll, qualitativ natürlich auch für den Patienten sinnvoll eingesetzt werden kann. Auf der anderen Seite ist es so, besteht ja heute mehr die Möglichkeit, mit den Kassen auszuhandeln, bei bestimmten teuren Medikamenten, ob wir die dann eben, weil es unser Spektrum, zum Beispiel Onkologie oder Orthopädie beinhaltet, [...] soll, oder bestimmte onkologische Tumore, hämatologische, Stammzellentherapie, mit den Krankenkassen heute vorweg auszuhandeln. Das geht ja. Dass man, sagen wir mal, man weiß ungefähr, wie viele Patienten kommen, für so und so viele Patienten diese Art von Therapie schon vorweg zu verhandeln. Vorher eben Pflegesatz, dass man das aufgenommen hat. Und heute ist das auch machbar, dass man sagt zum Beispiel, bei uns große Aortenprothesen, das ist ungefähr eine Sache von 10 000 Euro, oder was das kostet, kann man sagen, wir machen im Schnitt so und so viel, und verhandeln das vorweg. Und dann sagt die Kasse, ja, dann macht das. [...]

Wir haben die Verfahren, wir behandeln Patienten mit diesen Techniken, aber nicht mit diesem Aufwand regelmäßig. Und in diesem Fall ist der Aufwand sehr, sehr hoch, weil die Prothese besonders teuer ist, und weil wir die Erfahrung aus den anderen Techniken, die wir anwenden, einfach auf diese Prothesen mit einsetzen können. Das heißt, die Übung ist jedenfalls da und die Erfahrung. Dann kann man das aushandeln. Und die Kassen, soweit ich das bisher mitbekommen habe, haben das dann nie unterbunden. Wie das in Zukunft ist, weiß ich nicht, aber so etwas kann man aushandeln. (ÄD, C108, 72-76).

Die Ärzte (und leitenden Pflegekräfte) haben keine Probleme damit, auf „unnötige“ diagnostische Untersuchungen oder Leistungen mit unsicherem Erfolg zu verzichten. Ein Kriterium für den Nutzen ist der wissenschaftliche Nachweis durch klinische Studien.

Und da muss man eben wirklich gewissenhaft sortieren: Was ist nötig, und was ist unnötig? Und vor allem, was ist von den alten Dingen, alten Medikamenten, was kann man mal aussortieren, was kann man an alten Methoden, diagnostisch oder so, beiseite tun? (ÄD, C108, 56)

Nein. Es ist so, da haben wir uns eigentlich auch schon früher dran gehalten, dass wir Diagnostik, egal, wo sie ist, eigentlich nur dann einsetzen, wenn es nötig ist (ÄD, C108, 114)

Ich habe, sage ich mal so, kein Problem damit, Leistungen zu unterlassen, von denen ich medizinisch nicht so ganz überzeugt bin, ob die mich wirklich so weit bringen. Und wenn sie mich dann auch noch teuer zu stehen kommen, weil ich sowieso nicht die Information, durch eine Untersuchung zum Beispiel, bekomme, die ich eigentlich haben möchte, das berührt dann wieder so das Stichwort auch 'evidenzbasierte Medizin', dass ich dann diese Leistung auch unterlasse. Dann spare ich natürlich auch. Dann sparen die Patienten vielleicht auch etwas, und ich habe ihn im Endeffekt vielleicht genauso gut behandelt. Das ist sicherlich richtig. Damit kann ich auch leben. Damit hätte ich auch kein Problem. (OA Innere, C113, 53)

Bei der Versorgung mit Medikamenten wird nach Möglichkeit auf preisgünstige Präparate zurückgegriffen, sofern der Nutzen gleich ist.

Solange das für den Patienten nicht mit Nachteilen verbunden ist, kann man natürlich bei gleicher Wirksamkeit gerne das kostengünstigere Präparat nehmen. (OA Innere, C113, 41; vgl. auch ÄD, C108, 68).

Es wird aber nicht um jeden Preis gespart. Wenn der Nutzen eindeutig gegeben ist, werden auch teure Geräte, Medikamente oder Behandlungsmethoden eingesetzt. Und auch bei der Ausstattung mit medizinischen Geräten und pflegerischen Hilfsmitteln wurden bisher wenige Abstriche gemacht. Im Vergleich zu früher können sich einzelne Mediziner, wie bereits erwähnt, mit ihren Vorlieben allerdings nicht mehr gegenüber der Verwaltung durchsetzen.

Also einen Blick dafür schärfen, was kostet denn was und zu überlegen: „Mensch, da verbrauchen wir sehr viel, ist die Indikation denn so gestellt, muss das wirklich jeder haben?“. Oder wo es auch Fälle gegeben hat, das man schon sagt: „Das ist sehr gut, das ist zwar teuer, aber das machen wir, das ist gut für den Patienten“, also beides. Mit beides meine ich, a) Kosteneinsparung, aber vielleicht auch Kostenerhöhung, da wo es sinnvoll ist. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass wir nur auf Teufel komm raus sparen wollen, sondern es gibt einfach auch Phasen, wo man sagen muss: „Nee, hier müssen wir jetzt nicht kleckern, hier müssen wir klotzen“, weil, dieses spezielle Medikament bringt den Patienten auf alle Fälle weiter. (LT PF Anästhesie, C104, 52)

Es ist schon so, dass, also zumindest wird jetzt in diesem Haus man schon so die Politik verfolgt, dass man auf einem relativ aktuellen Stand ist. [...]

Wenn es begründet ist, haben wir zumindest die Möglichkeit oder ein Forum, das anzumerken. Und das ist ... Bei jeder Neuanschaffung ist es sicherlich so, dass es natürlich durch die Betriebsleitersitzung geht ab einer gewissen Summe. Wenn wir jetzt sagen, wir brauchen ein neues Ultraschallgerät, da haben wir natürlich keinen Einfluss darauf. Das muss dann schon auch direkt von den medizinischen Anwendern kommen, und auch die haben nicht mehr *den* Einfluss, wie es sicherlich früher einmal war. Auch da hat es ja irgendwo ja gehapert irgendwo, dass jeder alles Mögliche kaufen konnte und wollte, und das wurde einfach angeschafft. Die Zeiten kenne ich auch noch. Also da ist sicherlich auch berechtigterweise irgendwo eine Änderung eingetreten, dass nicht jeder Chefarzt sein Lieblingsgerät kaufen kann. Aber es ist schon so, dass wir da schon gehört werden und dass das Haus schon eine Politik betreibt, dass nicht hier mit veralteten Gerätschaften gearbeitet wird. (LT PF Funktionsdienst, C102, 74-76; vgl. auch LT Bildungszentrum, C101, 76)

Nee, also ich denke schon, dass ist halt mehr, also die Maßnahmen werden auch schon an den Mann gebracht. Oder halt auch eine Verbandstechnik – früher hatten wir Verbände gemacht unendlich - Vakuumverbände, ich weiß nicht ob Sie davon gehört haben. Wir haben früher bei offenen Wunden, was wir an Sachen gemacht haben. Der Vakuum war ein super teures Zeug, also da, wenn man sich die Preise da anguckt, aber der bleibt auch 4, 5 Tage drauf, das ist für

uns eine Erleichterung und die Wunden gehen zu, weil..., also da denke ich schon, dass die versuchen, so Maßnahmen einzuführen, die auch wirklich was bringen, auch wenn sie halt teurer sind. (PF private Chirurgie, C105, 68; vgl. auch DRG-B, C110, 49)⁴⁶

Folgen der DRG-Einführung

Durch die DRG werden den Ärzten die wirtschaftlichen Folgen alternativer Behandlungsformen direkt vor Augen geführt. Hierdurch gewinnen ökonomische Aspekte gegenüber medizinischen Zielen an Gewicht. In der Praxis kommt es nach Aussage eines Assistenzarztes durchaus vor, dass die Behandlungsmethode gewählt wird, die dem Krankenhaus am meisten Geld bringt und nicht die, dem Patienten am meisten nutzt:

Ja, das auf jeden Fall. Es gibt Untersuchungen, wir wissen ganz genau, okay, diese Untersuchung bringt im Vergleich zu der Untersuchung mehr Geld. Wir haben auch die Ziffer im Kopf, und dann sagt man, okay, anstatt das zu machen, machen wir das andere, denn das wird im DRG-System ja viel besser belohnt. Das ist vom Aufwand her fast gleich, aber wie auch immer, ist das halt anders vergütet. Dann sagt man halt, wir machen das hier, damit wir eine bessere Vergütung bekommen, als das andere. Dann überlege ich mir, ist das denn so richtig, dass man so sehr nach diesen Kriterien arbeitet, anstatt zu sagen, okay, wir machen einen Schritt langsamer und machen etwas anderes, was vielleicht ein bisschen weniger Risiko bringt oder so. Das ist so ein bisschen-, am Anfang hatte ich immer das Gefühl, das ist ein bisschen an den Bedürfnissen vorbei gemachte Medizin, denn wir orientieren uns weniger an den Patienten, sondern wie gesagt, an diesen Richtlinien. So nach dem Motto, guck doch mal in den Richtlinien nach, ist der jetzt stationär oder nichtstationär, und muss das sein. (AA Urologie, C107, 123)

Ein Oberarzt begrüßt das DRG-System als Möglichkeit, medizinisch unnötige und überflüssige Behandlungen weiter abzubauen und Fehlanreize zu beseitigen:

Also, persönlich muss ich sagen, dass ich es im Prinzip sehr gut finde. Ich finde es deswegen sehr gut, weil ich denke, dass es uns dazu führen wird, und das ist mir eben auch ein ethisches Anliegen, dass wir viel Mist, den man auch machen kann, dass wir den irgendwann einmal lassen. Was ich nicht gut daran finde, ist, dass es eben nur funktioniert - offensichtlich sind wir Menschen so veranlagt, das gilt ja auch in anderen Bereichen - wenn man an der finanziellen Schraube dreht. Vieles kann man einfach auch durch den schon einmal von mir zitierten gesunden Menschenverstand natürlich genauso sehen: Dass manches unsinnig ist, aber es gibt eben bislang, oder früher vielleicht noch viel mehr, auch in den siebziger Jahren, als man den großen Reibach noch mit Medizin machen konnte. Es gibt einfach viel zu viele finanzielle Fehlanreize in unserem System, die eben, wahrscheinlich auch im niedergelassenen Bereich, dazu führen, dass man-. Oder bei uns im privatärztlichen Bereich, sonst haben wir ja eigentlich-, wie gesagt, profitieren wir ja nicht direkt davon; die dazu führen, dass man eben Sachen macht, die man im niedergelassenen Bereich vielleicht machen muss, um als Praxis wirtschaftlich zu überleben, und hier im privatärztlichen Bereich, um sein eigenes Einkommen zu maximieren, die eigentlich medizinisch Quatsch sind, nichts bringen und eigentlich nur etwas kosten. Und da finde ich es schon sehr sinnvoll, dass wir davon runterkommen (OA Innere, C113, 111).

An der Entwicklung von Behandlungspfaden wird gearbeitet (DRG-B, C110, 81).

Nach Meinung eines Assistenzarztes ist die Qualität der Versorgung insgesamt bisher nicht schlechter geworden, zumindest habe es bisher keinen negativen Reaktionen von Seiten der Patienten gegeben.

Ich sage mal so, die Versorgung ist sicherlich von der Qualität eigentlich, sage ich mal, unverändert. Aber die Kommunikation, weil das natürlich immer alles über mehrere Hände geht, die Behandlung, die ist umso wichtiger, das heißt-, sprich, die Dokumentation, was wir alles festle-

⁴⁶ Hierbei spielt sicherlich auch eine Rolle, dass die Personaleinsparungen im Bereich der Pflege durch technische Hilfsmittel ausgeglichen werden sollen.

gen müssen, an Empfehlungen aussprechen müssen, das ist dann viel mehr. Gut, das liegt an unserem System, weil wir die Trennung stationär und ambulant haben. Wir haben keinen, der sagt, ich mache beides, und da entsteht für uns persönlich mehr Arbeit. Und ich denke mir, von der Qualität haben wir jetzt kein, sage ich mal, negatives Feedback von den Patienten gehört, von den Kollegen eigentlich auch nicht. (AA Urologie, C107, 113)

Diagnostik

Wieweit sich die DRG-Einführung auf den Bereich der Diagnostik auswirkt, wird unterschiedlich beurteilt. Nach Aussage eines Assistenzarztes führen die DRG sowohl zu einer schnelleren Durchführung als auch zur (weiteren) Einschränkung diagnostischer Maßnahmen, da man sich mehr auf klassische Untersuchungsmethoden verlässt oder vorliegende Ergebnisse nicht nochmals überprüft.⁴⁷ Behandlungsentscheidungen werden dadurch nicht mehr so stark wie früher abgesichert, was für junge und unerfahrene Ärzte ein Problem darstellt:

Ja. Wenn ich jetzt nur die damalige Zeit betrachten sollte, dann haben wir das natürlich immer vom Tempo her insgesamt langsamer gemacht. Wir haben einen Patienten einfach aufgenommen, haben uns auch nicht viele Gedanken gemacht, ob da jetzt unbedingt stationäre Behandlung notwendig ist. Wir haben einen Patienten aufgenommen, haben in aller Ruhe in alle Richtungen Diagnostik gemacht und haben auch gesagt, okay, solange wir noch Betten haben, können wir erst mal die Betten füllen und dann in aller Ruhe natürlich zu einer Diagnose kommen, die vielleicht nicht unbedingt einer stationären Behandlung bedarf. So hat man sich immer mehr Zeit gelassen. Das ist schon ein Unterschied. [...]

Wir haben also die meisten-, das Gros der Patienten kommt über die Einweisung. Die kommen mit Einweisung ins Krankenhaus, in der Regel haben sie schon eine gewisse Vordiagnostik vom Facharzt, und dann versuchen wir, möglichst diese Information auch zu verwerten. Meinetwegen, sie haben eine Röntgenaufnahme mit oder einen Befund mit, dann versuchen wir auch, mit dieser Information zu arbeiten, und sagen, okay, wenn das erst vor zwei Tagen gemacht wurde, dann machen wir keine neue Aufnahme mehr, das ist für uns noch relativ aktuell. (AA Urologie, C107, 17-19)

Am Anfang ist man vielleicht ein bisschen unsicher, und dann macht man halt auch mehr Diagnostik. Und um zu einer Diagnose oder einem Ergebnis zu kommen, im Laufe der Zeit ist natürlich-, hat man mehr gesehen, und man verlässt sich mehr auf die Sinne, man holt schon mal ein Stethoskop raus und macht die klassische Untersuchungsmethode und kommt auch zu einer Diagnose. Oder sie sagen halt sicher, dass eine bestimmte Diagnose feststeht. Dass man auch keine zusätzliche, sagen wir mal, Differenzialdiagnostik mehr braucht. Aber ich glaube, das hängt mit den DRGs zusammen, [...] mit dem Berufsbild Arzt wahrscheinlich auch zusammen im Laufe der Zeit. Dann ist man natürlich sicherer und sagt, okay, jetzt steht das fest und jetzt wird es auch nicht mehr geändert. (AA Urologie, C107, 51; vgl. auch AA Urologie, C107, 49, 109)

Eine solche Einschränkung (unnötiger) diagnostischer Maßnahmen, die allerdings bereits vor Einführung der DRG einsetzte, konfliktiert zum Teil mit dem ärztlichen Selbstverständnis, aber auch mit den Wünschen der Patienten, die mit dem Anspruch ins Krankenhaus kommen, umfassend untersucht zu werden.

Dass wir das, sagte ich ja gerade, dass wir sonst eben unnötige Untersuchungen auch einfach weglassen. Aber das ist noch so ein Punkt, wo man sehen muss, sowohl aus medizinischer [...] als auch aus Kostengründen, wo wir noch wenig drüber wissen, wie man das dann am Geschicktesten macht. Und das hängt eben auch so ein bisschen damit zusammen, dass wir eben traditionell auch mehr aus dieser Vollversorgung kommen, dass man so die Vorstellung hat, man würde etwas übersehen, wenn man nicht alles auch nachgeguckt hat. Was wahrscheinlich nicht so ist, aber auch in der Bevölkerung ist es so manchmal, dass die Patienten auch mit ei-

⁴⁷ In Zukunft dürften insbesondere weniger Ultraschall-Untersuchungen durchgeführt werden, da diese unter DRG-Bedingungen nur noch eingeschränkt bezahlt werden (LT PF Funktionsdienste, 68-70).

ner Erwartungshaltung kommen: Wenn ich schon im Krankenhaus bin, dann will ich jetzt auch alles untersucht haben. (OA Innere, C113, 67)

Der ärztliche Direktor sieht dagegen bislang keinen Einfluss der DRG-Einführung auf die Diagnostik. Der Weiterbildungsauftrag des Hauses bringe es mit sich, bestimmte Umwege in Kauf zu nehmen. Er geht aber davon aus, dass sich die diagnostische Abwicklung in Zukunft verändern könnte. Im Interesse einer Verkürzung der Verweildauer könnte es sinnvoll sein, zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes mehr und aufwändige Diagnostik zu betreiben, um ein schnelleres Ergebnis zu haben.

B01: Nein. Es ist so, da haben wir uns eigentlich auch schon früher dran gehalten, dass wir Diagnostik, egal, wo sie ist, eigentlich nur dann einsetzen, wenn es nötig ist. Das ist natürlich nicht immer so, weil es auch eine ganze Menge Unsicherheiten in Fallbeurteilungen der Patienten gibt, wo man nachher sagt, war vielleicht unnötig. [...]

I01: Ja. Das heißt, Sie haben jetzt keine Veränderungen im Verhalten Ihrer Kollegen festgestellt, dass die...

B01: Nein, die haben noch keine-, ja, weil sie eben noch nicht so lange auch damit leben. Ich denke, man hat bisher noch keine Abnahme dieser Diagnostik gesehen. Ich denke aber, dass sich die diagnostische Abwicklung ändern könnte, dass man nicht mehr Stufendiagnostik macht, wie das früher häufig war, das ist zu langwierig, sondern dass man ein optimales Verfahren, auch wenn es teurer sein sollte, an den Anfang stellt oder relativ an den Anfang stellt, damit man weiß, wo es lang geht. Da wird sich sicher etwas ändern, aber das geht nicht von heute auf morgen. (ÄD, C108, 114-116).

Psychosoziale Versorgung und Ganzheitlichkeit der Behandlung

Wie bereits unter 3. erwähnt müssen aufgrund der Personalknappheit und der Zunahme administrativer Tätigkeiten teilweise Abstriche bei der psychosozialen Versorgung und der aktivierenden Pflege gemacht werden.

Eine weitere explizite Folge der DRG-Einführung ist, dass die Ganzheitlichkeit der Behandlung durch die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen, aber auch die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten und nachstationären Bereich (siehe genauer unten) verloren geht:

B.: Ja. Ich dokumentiere viel mehr und, ja diese ganzen Nebenaspekte. Also früher, wenn ein Patient inkontinent war, war er inkontinent, und heute ist das eine Nebendiagnose. Es ist so nebenbei, Gesundheit und mit diesem Geld, alle müssen schnell zusehen, dass, was weiß ich, sein Knochen schnell heilt und der geht nach Hause. Ja, und oder, weiß ich nicht, Erblindung eines Auges oder was weiß ich, was da für Sachen sind, das sind so Dinge, die waren halt total wichtig in meinen Augen und die werden jetzt so als Nebendia..., als unwichtig dargestellt. Weil, der Oberschenkel, der liegt halt 3 Wochen, der Oberschenkelhalsbruch, und dann muss er da liegen und die [Nieren] kann ich da einbringen, weil das jetzt mehr Geld gibt, aber, ja das ist für den Patienten so in meinen Augen keine Nebendiagnose oder keine Nebensächlichkei, das gehört mit dazu, das ist ganz wichtig. Und das finde ich schon, dass das sehr gravierend ist.

I.: Heißt das jetzt, dass früher so etwas, was heute eine Nebendiagnose ist, wie jetzt z. B. Inkontinenz, das wurde früher mitbehandelt, oder?

B.: Ja, ja, auf jeden Fall.

I.: Da haben Sie sich drum gekümmert?

B.: Da hat sich jeder drum gekümmert, also jeder Arzt, und der hat sich auch dafür interessiert: „Und wie ist es?“ und überhaupt. Heute kümmern wir uns drum, weil sich sonst keiner drum kümmert, nicht? Und das kompensiert man dann halt so ein bisschen. Ich denke schon, dass auf der Ebene da vieles dann halt auch anders läuft, nicht? (PF private Chirurgie, C105, 82-86).

Während wir als Internisten immer noch von diesem ganzheitlichen Ansatz kommen, den wir jetzt auch in den letzten Jahren zunehmend verlassen und sagen, okay, gut, der hat Zucker und sonstwas, und was der Patient alles noch hat, interessiert uns nicht. Wir machen jetzt das, weswegen er hierher kommt, und dann soll den Rest mal der Hausarzt machen. ... (OA Innere, C113, 55).

Liegezeiten, Entlassung und Verlegung

Die *Liegezeiten* gingen bereits in den 1990er Jahren kontinuierlich zurück. Ökonomische Anreize bzw. die Art des Abrechnungsverfahrens haben nach Meinung eines Chefarztes dabei keinen Einfluss auf die Festlegung des Entlassungszeitpunktes.

Wir haben damals die Patienten nicht bewusst hier behalten. Also, um zum Beispiel Geld zu schinden. Und zu sagen, ihr müsst jetzt das Bett voll halten, und jetzt halten wir die mit allen Mitteln hier drin. Weil ich damals immer schon gesagt habe, passt mal auf, wenn wir die Leute mit Gewalt hier halten, das fällt uns auch auf die Butterseite. Dann wird gesagt, wenn du da einmal drin bist, kommst du nicht wieder raus. Das darf man also nicht machen. Gut, im Zweifel hat man damals, wenn es ein Wochenende war, da hat man gesagt, na gut, dann kann er auch bis Montag bleiben. Aber das ist marginal. Wir haben die Leute nicht festgehalten. (CA Chirurgie, C109, 102)

Ja. Seit 19-, seitdem ich damals kam, ging das kontinuierlich zurück. Und jetzt gehen die Ökonomen hin und sagen, ja, das liegt ja nur daran, dass wir die Abrechnungsverhältnisse verändert haben. 1993 kamen dann die Fallpauschalen und Sonderentgelte, Sonderentgelte ja sowieso nicht, sondern nur die Fallpauschalen. Das stimmt aber nicht. Das passt zufällig genau da rein, natürlich, in einem gewissen Maße wird das vielleicht auch eine Rolle gespielt haben. Aber nach meiner Erfahrung, ich habe keinem Patienten gesagt, pass mal auf, ich kriege für dich heute kein Geld mehr, jetzt gehst du nach Hause! Habe ich nie gesagt! Sondern ich habe meine Entscheidungen immer an dem medizinisch Notwendigen ausgerichtet. Wie gesagt, da gibt es auch-, manchmal denkt man so ein bisschen-. Aber im Wesentlichen war das eine medizinisch geprägte Entscheidung. (CA Chirurgie, C109, 106).

Die Verkürzung der Liegezeiten wurde vielmehr durch den medizinischen Fortschritt, insbesondere schonende Operationsmethoden möglich, und deckt sich häufig mit den Patientenwünschen. Ein weiterer Grund für die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus C war, dass die präoperativen Liegezeiten durch den Bau eines neuen zentralen OP-Bereichs reduziert wurden (CA Chirurgie, C109, 55-57).

Das Entlassungs- und Überleitungsmanagement in die ambulante Pflege läuft nach Ansicht aller Beteiligten gut. Eine organisierte Nachkontrolle, z. B. nach ambulanten Operationen findet nicht statt. Nachfragen bei niedergelassenen Ärzten und Patienten wurden zum Teil in Eigeninitiative der Ärzte gestartet (CA Chirurgie, C109, 114).

Folgen der DRG-Einführung

Der seit den 1990er Jahren zu beobachtende Trend zur Verkürzung der Liegezeiten wird unter DRG-Bedingungen verstärkt (z. B. ÄD, C108, 160; OA Innere, C113, 33; LT PF Anästhesie, C104, 10; DRG-B, C110, 105-109).

Anreize im DRG-System und Steuerung der Verweildauer

Die Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt liegt beim behandelnden Arzt, ohne dass die Verwaltung hier Vorgaben macht. Ökonomische Gesichtspunkte spielen insofern eine

Rolle, als verstärkt darauf geachtet wird, dass die untere Verweildauer nicht unterschritten wird, weil dem Krankenhaus ansonsten Geld verloren geht.⁴⁸

I01: Versuchen Sie, jetzt von der Leitungsebene Einfluss zu nehmen auf die Belegungsdauer, das heißt, die Verweildauerreduzierung? Werden da gewisse Zielvorgaben dann ausgehandelt mit den Abteilungen, dass gesagt wird, wir wollen da und da hin kommen?

B01: Nee. Nee. Machen wir nicht.

I01: Also, es wird nur generell gesagt, versucht darauf zu achten.

B01: Möglichst kurze Verweildauer. Weil das einfach etwas mit medizinischer Kompetenz zu tun hat.

I01: Ja.

B01: Und ich maße mir nicht an, da einzugreifen. Ich habe davon keine Kenne, und wäre ich Patient, möchte ich eigentlich auch nicht behandelt werden, aufgrund irgendeiner Vorgabe seitens der BL rausgeschmissen werden. Also, wir sagen eigentlich immer, das, was notwendig ist, soll auch getan werden, und wenn der Patient halt auch mal einen Tag länger bleiben will, weil er zu Hause nicht versorgt ist, dann ist das auch in Ordnung, dann kann man das machen.

I01: Ja.

B01: Alles andere wäre weder im Sinne des Patienten noch vielleicht medizinisch indiziert. (KL, C112, 215-222).

Das Einzige, wo ich jetzt meine Leute bitte zu achten, ist, seht zu, dass wir nicht unter der unteren Grenzverweildauer bleiben. Weil das Abschlüge gibt. Das ist aber relativ einfach, aber das sagte ich schon. Aber die Patienten-, also, manchmal vertragen die das schon, auch noch eher nach Hause zu gehen. Bei Leistenbrüchen, bei Krampfadern, bei anderen Dingen. Da wäre es manchmal schon gut möglich, die untere Verweildauer zu unterschreiten. Da sage ich dann schon allerdings, passt mal auf! Wenn der Patient gehen will, geht er nach Hause. Das ist immer so. Aber manchen ist das egal, und da sage ich dann, lasst uns mal die unteren Grenzverweildauern-, da geht es ja in der Regel auch immer nur um einen Tag. Um einen oder maximal zwei Tage. (CA Chirurgie, C109, 110).

Als Gegensteuerung gegen zu frühe („blutige“) Entlassungen werden die im DRG-System festgelegten Regelungen zur Fallzusammenführung, Qualitätssicherungssysteme sowie auch das Leitbild und die Tradition des Hauses angeführt:

Also, dafür gibt es ja in Deutschland Qualitätssicherungssysteme, die auch ausgeschrieben, angewandt beziehungsweise auch gesetzlich vorgeschrieben werden. Dann gibt es diese Fallzusammenführungen, dass, wenn man einen Patienten im Endeffekt zu früh entlässt, der Patient aufgrund von Komplikationen wiederkommt, auch eine Fallzusammenlegung. Also, dementsprechend bringt es nichts, wenn man den zu früh entlässt, sondern es wird im Endeffekt nur teurer, weil durch eine Komplikation, die dann mit der gleichen DRG abgebildet wird, auch noch mit bezahlt werden muss (DRG-B, C110, 136).

B01: Ja, aber das kommt darauf an, wie-, was man a) für ein Menschenbild im Endeffekt hat, was für eine Persönlichkeit der Chef hat, keine Frage, und was auch die Philosophie des Hauses ist. Und das wird sich ja in der Form auch durch DRGs nicht ändern. Der Mensch, der Chefarzt, wird sich dadurch nicht ändern, auch in seinen Anschauungen, in manchen jedenfalls nicht. Aber ich meine jetzt in der Akzeptanz seinen Mitarbeitern gegenüber. Wenn der Chef etwas sagt, dann *ist* es auch seine Entscheidung. Und diese drei Stufen - Assistenzarzt, Oberarzt, Chefarzt - die gab es auch schon vorher. Und das wird sich auch nicht ändern. [...]

⁴⁸ Die DRG-Beauftragte weist in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass die Verweildauern in der neuen DRG-Version neu bewertet wurden. Wenn unterhalb der unteren Grenzverweildauer entlassen wird, gibt es höhere Abschlüge, während die obere Grenzverweildauer besser bewertet wurde.

I01: Die Frage ist halt wirklich nur, welche Anreizstrukturen sich durchsetzen. Wir leben ja in einer Zeit, in der die Anreizstrukturen das sind, womit versucht wird, Verhalten zu steuern, und, ja,...

B01: Also, es ist ganz klar, der ökonomische Blick, das ökonomische Blickfeld tritt immer weiter hervor. Gar keine Frage. Aber da, glaube ich, kommt es auch tatsächlich-, ich meine, Philosophie des Hauses hört sich auch nett an, ist ein katholisches Krankenhaus. Wobei ich finde, dass man das sehr wohl noch so merkt, halte ich auch für wichtig... (DRG-B, C110, 144-148).

Zu frühe Entlassung?

Die Verkürzung der Liegezeiten, die schon vor der DRG-Einführung begann und durch diese verstärkt wird, wird nicht von allen Befragten als unproblematisch angesehen. Zwar sind die befürchteten „blutigen Entlassungen“ bisher nach Aussage der Beteiligten nicht vorgekommen, da durchaus noch Spielräume bestehen, Patienten einige Tage länger als üblich dazu behalten, was die Ärzte gegenüber den Krankenkassen allerdings gut begründen müssen.

Ansonsten glaube ich eigentlich, dass der Arzt, der auch den Patienten *stationär* entlässt, immer noch mit bestem Wissen und Gewissen und was weiß ich den Patienten noch entlassen kann. Dass er einfach sagt, dass er-, das ist ja einfach nur, also, diese obere Grenzverweildauer oder mittlere ist ja nur ein Richtwert. Aber es steht immer noch an erster Stelle das Wohl des Patienten. Aber es geht nicht mehr, dass der Patient sagt, ja, ich habe aber heute nichts in der Truhe, ich möchte dementsprechend erst nächste Woche gehen. Das ist kein Argument. Aber es ist sehr wohl ein Argument, wenn der Arzt sagt, der Heilungsprozess ist noch nicht entsprechend abgeschlossen, der Patient kann noch nicht entlassen werden. Und dann wird es eine Auseinandersetzung mit der Kasse geben, aber das kann er dann auch argumentativ vertreten. ... Diese Entscheidung hat der Arzt, die hatte er vorher, die hat er jetzt, und das halte ich eigentlich für wichtig (DRG-B, C110, 140; vgl. auch PDL, C103, 30; stellv. PDL, C106, 45-48).

Die Ärzte bekommen besonders dann Begründungsprobleme, wenn sie einen Patienten länger dabehalten als medizinisch notwendig ist. Denn soziale Kriterien spielen heute für den Entlassungszeitpunkt keine (anerkannte) Rolle mehr.⁴⁹ Früher war es allgemein akzeptiert und stand in Einklang mit einem berufsethischen Verantwortungsgefühl, vor allem ältere Patienten so lange im Krankenhaus zu behalten, bis die häusliche Versorgung geregelt oder ein Heimplatz gefunden war, auch wenn dies medizinisch eigentlich nicht mehr notwendig war. Dies hing auch damit zusammen, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen schlechter ausgebaut waren als heute. Heute steht allein der medizinische Aspekt im Vordergrund. Dies stößt bei Patienten, vor allem aber bei den Angehörigen nicht immer auf Verständnis und wird zum Teil als (unzulässige) Anspruchshaltung interpretiert.

Dann lagen die durchaus auch mal vier, fünf Tage hier, ohne dass groß irgendwas passierte. Wo man dann auch letztlich medizinisch das nicht so ganz begründen konnte. Aber ich denke auch, und das denke ich nach wie vor, und ich meine, so sind sicherlich die meisten meiner Kollegen damals ins Studium und auch in ihren Beruf überhaupt hineingegangen, dass wir irgendwo auch eine ethische Verantwortung haben und Leute nicht einfach unversorgt in irgendwelche unbekanntenen Bedingungen dann entlassen konnten. Das haben wir dann natürlich auch gemacht. Und das war allgemein so akzeptiert und gang und gäbe. [...] Aber früher war das, sage ich mal, entspannter. Da musste man sich als Arzt nicht darüber noch Gedanken machen, Mensch, kann ich den denn heute hier noch liegen lassen oder nicht? Das stand sicherlich überhaupt nicht zur Debatte. Da wurde geguckt, und wenn man es medizinisch vertreten konnte, dass man einen Patienten wieder entlassen konnte, hat man ihn entlassen. Und heute haben wir gerade in der Inneren auch öfter das Problem dann mit den Angehörigen, die noch in dieser Vorstellung leben und dann manchmal eben auch nicht verstehen können, dass wir die Mutter wieder zurück schicken oder sonst-, wie, die ist doch noch so schlecht! Und dann-, das ist schon schwierig. Man will da auch weder seine Patienten oder Kunden, wie es so schön heißt,

⁴⁹ Diese Entwicklung begann schon vor Einführung der DRG.

da jetzt verprellen, wobei ja unsere Kunden ja nicht nur die Patienten, sondern auch die einweisenden Hausärzte genauso sind. Und die will man sich natürlich auch nicht verprellen. Das ist ein bisschen eine Drahtseilwanderung, die die Häuser jetzt machen, auch gerade durch die ambulanten Öffnungen, das sehen die auch nicht gerade gern. Ist schon schwierig, auch unter den Kollegen, so in der Kommunikation, das hinzukriegen. (OA Innere, C113, 31; vgl. auch OA Innere, C113, 79)

Früher blieb ein Patient im Krankenhaus, bis er ganz gesund war. Heute ist das Kriterium, dass es dem Patienten besser geht und er soweit wieder hergestellt ist, dass er nach Hause oder in eine Anschlussheilbehandlung entlassen werden kann.

Also früher wurden Erkrankungen und auch vieles sehr ernst genommen, auch sehr christlich orientiert war das alles, also es war wirklich, der Patient so wie er war, und er wurde krank aufgenommen und wurde entlassen als er ganz gesund war und er sich wohl fühlte. Und da wird jetzt nicht so die Rücksicht darauf genommen. Man hat..., gerade was auch auffällt, früher hatten wir viele Patienten, die lange dagelegen haben, die wurden operiert und hatten halt auch lange die Möglichkeit, den Gesundheitsprozess oder Genesungsprozess bis zum Ende auszuüben, man hat sie sozusagen begleitet, und jetzt haben wir halt auch wirklich nur die akut Schwerstpflegefälle und sich dann da so in ein Verhältnis aufzubauen, dass man auch viel Beratung oder so gibt, das gibt es kaum noch. Also, es wird nur noch malocht und Schwerstpflegefälle hin oder her, und sobald es denen wirklich ein bisschen besser geht, gehen sie wirklich nach Hause oder in eine Anschlussheilbehandlung oder so. (PF private Chirurgie, C105, 12; vgl. auch PF private Chirurgie, C105, 20)

Beispiel Leistenbruch: Als ich 1987 kam, lag ein Patient bei mir, wo-, das war ein Privatpatient, die habe ich immer selbst betreut, mit einem Leistenbruch. 14 Tage. Das war-, und der war auch krank 14 Tage. Und da hätte niemand gesagt, der liegt jetzt hier nur noch rum und macht das Bett voll, oder der kriegt das Bett nicht freigegeben, damit er hier noch ein bisschen Geld lässt. Nein, der war 14 Tage krank. Und da haben sie oft gesagt, der ist-, der liegt hier wirklich richtig drin. Heute geht ein Patient nach zwei Tagen. Mit der gleichen Diagnose und der gleichen Prozedur Leistenbruch, und auch der ist zufrieden. Der ist auch nach zwei Tagen nicht mehr so, dass er sagt, das halte ich nicht aus. (CA Chirurgie, C109, 102)

Weil wir natürlich nie jeden Patienten bis zu einem, sagen wir mal, völlig unauffälligen Labor (entlassen) können, sondern wenn wir sehen, dass eine deutlich aufsteigende Tendenz bei dem pathologischen Wert da ist. Dann können wir auch bei gutem, sagen wir mal, klinischen Zustand schon entlassen. (AA Urologie, C107, 91)

Vor allem die Mitarbeiter aus dem Pflegebereich bewerten diese Entwicklung hin zu kürzeren Liegezeiten, die allerdings zum Teil auch von den Patienten gewünscht wird, eher als nachteilig für den Patienten und den Heilungserfolg. Die Entlassung erfolgt zu einem Zeitpunkt, zu dem der Patient noch nicht wirklich gesund ist bzw. noch nicht wieder arbeitsfähig ist. Die Folge ist nicht nur, dass Patienten mit Schmerzen entlassen werden oder Komplikationen auftreten können. Eine frühere Entlassung bedeutet auch, dass der Patient verstärkt auf seine Gesundheit achten muss, insbesondere in der Rekonvaleszenzphase. Sofern dies nicht geschieht, sind langfristig negative Folgen für die Gesundheit der Patienten nicht ausgeschlossen (LT Bildungszentrum, C101, 16). Gerade bei älteren Menschen wird auch einer Verfestigung der Hilfebedürftigkeit Vorschub geleistet, wenn die Patienten ins Altersheim entlassen werden, wo sie nicht weiter aktiviert werden.

Also ich habe Angst davor, dass Patienten, gerade ältere Patienten, hilfsbedürftige Patienten, dass im Endeffekt das Umfeld noch gar nicht passt. ... Und gerade ältere Leute, die einfach auch dann ein bisschen mehr Zeit brauchen, bis sie wieder auf die Beine kommen, gerade bei-, auch bei Knochensachen, haben diese Zeit nicht. Und das finde ich, das finde ich sehr gefährlich. Und ich finde es auch in manchen Teilen dann, wenn es so umgesetzt würde, nicht mehr menschlich. ... Das ist-, da fehlt das Umfeld im Endeffekt, so dieser Zwischenschritt eigentlich. Und sonst haben Sie es, dann kommt er ins Altenheim, da wird dann nichts gemacht, und, ja, dann kann er im Endeffekt im Altenheim nachher bleiben. Und diese Möglichkeit, dass er viel-

leicht noch mal fitter würde, ist ihm genommen. Und das sind Sachen, die finde ich sehr schlecht. Und gefährlich. Und teuer. (DRG-B, C110, 121)

Darüber hinaus haben die Pflegekräfte keine Zeit mehr, ein Verhältnis zum Patienten aufzubauen und die Patienten richtig kennen zu lernen, um ihn entsprechend seiner Ressourcen und Probleme adäquat zu fördern (PF private Chirurgie, C105, 14). Hierdurch steigt nach Ansicht der stellvertretenden Pflegedienstleitung die Fehlerquote – ohne dass sie hierfür konkrete Nachweise bringen könnte. Eine mögliche Kennzahl zur Überprüfung, ob zu früh entlassen worden ist, wäre die Wiederkehrer-Quote, die bisher allerdings nicht systematisch erhoben wird.

B.: Ja, ja. Weil, die Fehlerquote ist natürlich höher. Je intensiver ich ja einen Patienten kenne um so besser natürlich. Und dieser Zeitfaktor spielt da eben eine große Rolle.

I.: Ist das denn so..., wird das hier so erhoben mit der Fehlerquote oder gibt es da irgendwelche Kontrollen, um festzustellen, ob da Fehler passieren und an welchen Stellen die passieren? Weil Sie das jetzt speziell angesprochen haben mit der Fehlerquote.

B.: Na ja, ich denke, dass man - Sie kennen das ja wahrscheinlich auch aus dem privaten Bereich. Je mehr Zeit ich habe für eine Sache, desto mehr Informationen kann ich mir holen. [...]

Und..., ich habe dafür keine Beispiele und keine Nachweise, aber ich denke, was eine Kennzahl in der Frage ist, ist so..., hier liegt die Wiederkehrer-Quote, das ist ja eine Kennzahl, die man da mal überprüfen müsste, ich weiß nicht ob sie hier jetzt schon überprüft wird, ich denke schon. Wie viel Patienten habe ich entlassen und werden unter gleicher Diagnose wieder auf... oder müssen unter gleicher Diagnose wieder aufgenommen werden, also war man da zu schnell in der Entlassung. [...]

Und das muss man erst rausfinden: ab wann kann ich wirklich einen Patienten entlassen und wann wird er zum Wiederkehrer? Ich behaupte ja immer, gerade die älteren Patienten, aber das ist jetzt wie gesagt mein persönlicher Eindruck so – sind Sie schon mal weitere Strecken geflogen, so 10 Stunden, 12 Stunden?

I.: Ja, doch ja.

B.: ...und der Körper ist schon da, aber bis die Seele ankommt, das dauert einfach. Und so glaube ich, ist das auch bei manchen Patienten. Die kommen ins Krankenhaus mit einer Erkrankung und haben gewisse Erwartungen und auch Hoffnungen an unser Haus. Und wenn Sie die vorzeitig entlassen, bevor er das auch für sich umgesetzt und verarbeitet hat, dann, glaube ich, gibt es auch Wiederkehrer. (Stellv. PDL, C106, 20-24)

Die Verkürzung der Liegezeiten führt teilweise zu einer Verlagerung in den ambulanten Bereich.

Wenn die-, je schneller wir die Patienten entlassen, umso mehr Arbeit fällt für die dann an, die sie ja auch nicht adäquat vergütet kriegen. (OA Innere, C113, 79).

In der Regel empfehlen wir die eine Behandlung. Wenn wir eine Diagnose gestellt haben, und die Behandlung da noch nicht eingeleitet wurde, dann entlassen wir den Patienten, und wir sprechen eine Empfehlung aus für die weitere Nachbehandlung. Das ist schon auch ein Unterschied. Früher, wo wir den Patienten noch länger behandelt haben, und auch diese Therapie selber eingeleitet haben-. Durch die verkürzten Liegedauertage können wir das gar nicht in diesem Zeitraum machen, weil es medizinisch auch nicht sinnvoll ist. Dann empfehlen wir die Behandlung [...].

In der Regel haben wir überhaupt keine Probleme damit, wenn die Kollegen unserer Empfehlung folgen. Es kommt selten ein Kollege, der sagt, okay, nein, das ist nicht so sinnvoll. Wenn die das anders sehen, dann werden wir das auch vorab telefonisch mit dem Kollegen besprechen. Aber sonst habe ich in der Richtung eigentlich nicht so negative Erfahrungen gemacht. (AA Urologie, C107, 101-105).

Die niedergelassenen Ärzte sind hierauf nicht immer vorbereitet und empfinden den Entlassungszeitpunkt manchmal als verfrüht. Zum Teil wenden sie auch andere Behandlungsmethoden an:⁵⁰

Ich habe auch schon mal erlebt, wenn der Kollege der Meinung ist, das sagen wir mal, dass wir einen Patienten zu früh entlassen haben und dann mit einer Wunde entlassen, wo der Kollege sich ein bisschen überfordert fühlt, so nach dem Motto, was habt ihr hier gemacht, wieso habt ihr ihn jetzt in dem Zustand entlassen. Das habe ich auch schon erlebt. (AA Urologie, C107, 85).

Beklagt nicht, aber gut, man hat auch gesehen, dass er eine andere Behandlung eingeleitet hat, oder ich sage mal, eine Behandlungsänderung. Er hat halt andere Wundheilungsstrategien eingeleitet nach dem Motto, ihr habt das verordnet, aber wir haben das nicht in der Praxis, jetzt müssen wir etwas anderes machen“ (AA Urologie, C107, 83).

Fallsplitting und Fragmentierung von Behandlungen

Ein Fallsplitting in dem Sinne, dass ein Patient nach der Diagnostik erstmal entlassen und dann für die Operation wieder aufgenommen wird, findet bisher nicht statt. Dass sich dies unter finanziellem Druck ändern könnte, schließt der Oberarzt zumindest nicht aus:

Nein, machen wir nicht. Klassisches Beispiel ist ja für uns eben: Kommt ein Patient mit einer Gallenkolik, hat Gallensteine. Wir können dann ein IACP, also eine Gallenwegsspiegelung machen, die Steine da rausholen, und dann muss er anschließend operiert werden, muss die Gallenblase entfernt werden. Da kann man dann eben auch künstlich zwei Fälle draus machen: Man schickt ihn erst nach Hause und sagt, kommen Sie mal in acht Wochen wieder - machen wir nicht. Bistlang. (OA Innere, C113, 71)

Ob wir darüber alle mal ganz anders denken, wenn wir jetzt Ende des Jahres sehen, dass uns hier lauter Millionen fehlen - gut, weiß ich nicht. Aber im Augenblick gibt es da keine Vorgaben. Und für mich-, also, wenn ich selber betroffen wäre, ich glaube, ich würde das auch-. Also, wenn ich jetzt schon einmal wegen einer Erkrankung da bin, dann würde ich das auch alles gemacht haben wollen, und dann heil nach Hause und nicht in der Vorstellung leben, Mensch, du musst da in einem Vierteljahr noch einmal wieder hin, dann müssen die dich operieren. Weiß nicht, ob das so günstig ist. (OA Innere, C113, 77).

Zusammenfassung: Auch wenn die Einführung der DRG bisher nicht zu selektiven Aufnahmen von Patienten oder Verzicht auf medizinische notwendige Behandlungen geführt hat, wirkt sich das DRG-System durchaus in Teilbereichen auf die Abläufe im Krankenhaus und die Behandlung der Patienten aus. Unter DRG-Bedingungen wird die Verkürzung der Liegezeiten, die schon in den 1990er Jahren einsetzte, beschleunigt. Hierdurch verlagert sich der Heilungsprozess zunehmend in den nachstationären Bereich, worauf die niedergelassenen Ärzte nicht immer gut vorbereitet sind. Die Verkürzung der Liegezeiten wirkt sich gerade für ältere Personen negativ aus, da soziale Kriterien bei der Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt keine Rolle mehr spielen. Unter DRG-Bedingungen nimmt auch die Bedeutung ambulanter Operationen zu, eine Entwicklung, die von vielen Patienten gewünscht, aber nicht von allen Ärzten uneingeschränkt positiv bewertet wird, da Komplikationen auftreten können und die Nachsorge den niedergelassenen Ärzten überlassen ist. Darüber hinaus führt die DRG-Einführung nicht nur zu einer schnelleren Durchführung von Untersuchungen, sondern auch zu ei-

⁵⁰ Es ist offenbar bisher nicht vorgekommen, dass im Vorgriff auf mögliche Therapieänderungen durch den Hausarzt von vornherein schlechtere Medikamente verabreicht wurden (OA Innere, C113, 96-97).

ner Abnahme diagnostischer Maßnahmen, die zum Teil als „unnötig“ definiert werden. Durch die Verkürzung der Liegezeiten, aber auch die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen sowie die (legale) Möglichkeit des Fallsplitting nimmt die ganzheitliche Betrachtung des Behandlungsprozesses ab, während die handwerklich-technische Qualität eher weniger berührt wird. Allerdings wirkt sich die DRG-Einführung auf den Bereich der Diagnostik aus: Unter DRG-Bedingungen muss der richtige Behandlungspfad möglichst schon bei Aufnahme eingeleitet werden, die diagnostischen Maßnahmen müssen schneller ablaufen bzw. es wird nicht mehr so viel Diagnostik betrieben wie früher, um zu einer Diagnose zu kommen und Entscheidungen abzusichern. Dies geht tendenziell zu Lasten der Patienten, da nicht alle möglichen Richtungen überprüft werden, so dass die Gefahr besteht, das etwas übersehen wird. Der teilweise Verzicht auf Diagnostik stellt vor allem für jüngere Ärzte, die noch nicht über viel Erfahrung verfügen, eine Belastung dar. Diese bedauern auch, dass sie nicht mehr „experimentieren“ können und dadurch letztlich auch weniger lernen.

Die Krankenhausleitung verzichtet unter DRG-Bedingungen wie bisher auf klare Vorgaben und lässt die Entscheidungskompetenz bei den Ärzten. Insgesamt gibt es im Krankenhaus C noch Spielräume innerhalb des DRG-Systems, die von den Beschäftigten auch zugunsten der Patienten genutzt werden. Dabei spielt auch das christliche Leitbild eine Rolle. Hierbei handelt es sich jedoch um ein prekäres Arrangement. Erstens ist die DRG-Einführung noch „frisch“ und zweitens sind bestimmte Entscheidungen nur so lange möglich, wie es die Gesamtsituation des Hauses zulässt, also etwa Ausgleiche zwischen Abteilungen möglich sind. Der Durchsetzungskraft von Ärzten gegenüber Geschäftsführung und Krankenkassen kommt im DRG-Zeitalter eine zunehmende Bedeutung zu.

Fallstudie D

Finanzielle Rahmenbedingungen, Strategien der Krankenhausleitung zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Rolle der Verwaltung

Das Krankenhaus D ist ein kleineres öffentliches Krankenhaus der Regelversorgung mit etwas über 300 Betten (GF, D104, 144) in einem kleinstädtischen Setting mit großem ländlichem Einzugsgebiet (Kreisstadt). Obwohl das Haus derzeit nicht kostendeckend arbeitet, ist der ökonomische Druck bisher eher als moderat einzustufen. Dies liegt an der öffentlichen Trägerschaft, der Verankerung in der lokalen Politik und der Entfernung zu anderen Krankenhäusern. Allerdings geht es der Kommune finanziell nicht gut (hohe Arbeitslosigkeit). Am meisten wird deshalb eine Privatisierung des Hauses befürchtet:

B01: Meine Meinung ist, und ich glaube, [...] diese Meinung haben auch viele, [...] dass das Haus [...] relativ sicher ist. Nicht bezüglich des Trägertums. [Aber] ob es ein Krankenhaus in [unserer Stadt⁵¹] gibt. Aufgrund seiner Lage, wir haben eine Spitzenlage, das nächste Krankenhaus [...] ist [Krankenhaus Y], das ist 40 km weg. [Stadt U], nach unten gibt es dann [Stadt V],

⁵¹ Zum Zwecke der Anonymisierung wurden Bundesländer, Regionen, Städte, Personen- und Krankenhausnamen geändert.

da müssen Sie aber über den Berg, und [Stadt W], das sind, lange, lange, lange Wege. Das heißt, wir haben einen optimalen Standort. (OA Innere, D107, 82)

B01: Ich sehe zwei Möglichkeiten. Die Möglichkeit eins eben, dass der Kreis als Träger noch einspringt in die Geschichte. Wäre eine Möglichkeit. Ich sehe auf der anderen Seite natürlich auch die Zahlen, die der Kreis veröffentlicht; Defizite im Kreishaushalt, die auch nicht so aussehen, als dass man da erwarten könnte, dass jedes Jahr eine Million ins Krankenhaus hineingesteckt wird. Die andere Alternative ist, dass der Kreis vielleicht irgendwann sagt, dann trennen wir uns lieber, lieber ein Ende mit Schrecken als ein Schrecken ohne Ende. Wir trennen uns von den Häusern und verkaufen die Krankenhäuser an eine private Trägerschaft [...], und ob es dann natürlich besser wird, und das kann-, die Erfahrung aus anderen Krankenhäusern, was man zumindest so hört, liest und so weiter, ist natürlich nicht unbedingt so berauschend, also, ich denke mal, es ist nicht unbedingt das erklärte Ziel, dass man am morgigen Tag gerne verkauft werden möchte. Weil es doch schon Einschränkungen beziehungsweise deutliche Veränderungen im Führungsbereich oder in zentralen Bereichen im Krankenhaus mit sich bringt dann. (LT Finanzen, D105, 43 - 46)

Im Jahre 2004 wurden mit 600 Mitarbeitern (LT Finanzen, D105, 47) gut 10.000 Patienten versorgt, davon etwa vier Prozent ambulant (GF, D104, 143 - 144). Zum Zeitpunkt der Untersuchung liefen bereits Vorbereitungen für eine angestrebte KTQ-Zertifizierung. Im *Leitbild* des Hauses wird die Wahrung der Patienteninteressen in ihrer Individualität und mit ihren körperlichen und seelischen Bedürfnissen in den Mittelpunkt des Handelns gerückt. Dabei soll die Persönlichkeit des Patienten von den Mitarbeitern in seiner gesamten Lebensspanne⁵² geachtet werden.

1968 wurde das Haus als städtischer Eigenbetrieb gegründet (s.u.). Aufgrund seiner Hochhausstruktur sind einer Optimierung der Wegezeiten Grenzen gesetzt. Der Engpass sind die Fahrstühle. Derzeit wird auf dem Gelände ein Neubau für eine psychiatrische Abteilung mit etwa 40 Betten errichtet. Das gleicht dann in etwa die Anzahl der von 2000 bis 2004 im Rahmen des Budgetbelassungsvertrages abgebauten Betten wieder aus. Ein weiterer Bettenabbau wird nicht befürchtet (GF, D104, 143 - 144). Bisher konnte das Haus immer wieder Investitionsmittel des Landes einwerben, um nötige Sanierungen oder auch Modernisierungen zu finanzieren. In den letzten Jahren ist allerdings der Eigenanteil an den Investitionskosten gestiegen (LT Finanzen, D105, 150 - 157). Das Haus ist zwar weiterhin Eigentum der Kommune, aber diese muss aufgrund der neuen Rechtsform nicht mehr automatisch Defizite ausgleichen.

Formal wird das Haus weiterhin vom für Krankenhausleitungen typischen Dreigestirn aus Verwaltungsleitung, ärztlichem Leiter und Pflegedienstleitung geführt (stellv. PL, D103, 74). Allerdings hat sich die Rechtsform des Hauses gewandelt (von Eigenbetrieb zu einer GmbH) und gemeinsam mit einem weiteren öffentlichen Haus wurde eine Holding gegründet. Seitdem ist der ehemalige und langjährige Verwaltungsleiter zum Geschäftsführer aufgestiegen und hat nun die Möglichkeit, strittige Dinge alleine zu entscheiden. Dieser ist seit 2001 Geschäftsführer des Hauses und seit Gründung des Hauses in der Verwaltung tätig (GF, D104, 117 - 125).

Die Position der Verwaltung wurde im Vorfeld der DRG-Einführung durch die Einrichtung neuer Stabstellen und dem Ausbau der EDV gestärkt (MC, D106, 9 - 11). Als Zuarbeiter der

⁵² Es kann spekuliert werden, dass die Betonung „gesamte Lebensspanne“ deshalb hinzugefügt wurde, weil unter den Patienten des Hauses ein besonders hoher Anteil alter Menschen zu finden ist. Weil es sich um eine strukturschwache Regionen handelt, ist der Altenanteil besonders hoch, d.h. noch mehr als in anderen Häusern sind alte Menschen die Adressaten der Bemühungen, über Patientenbindung die Fallzahlen zu erhöhen.

Geschäftsführung fungieren der Leiter Finanzen (LT Finanzen, D105, 3) und auf ärztlicher Seite sein Pendant, der medizinische Controller. Die Personalpolitik, aber auch andere strategische Entscheidungen der Geschäftsführung, werden von Teilen der Ärzteschaft kritisch gesehen bzw. der betriebswirtschaftliche Sinn in Frage gestellt:

B01: Sagen wir mal so, es gibt ja diese ökonomische Betrachtungsweise. Und ich glaube, darin ist unsere Führung im Moment verliebt. Wissen Sie ja vielleicht auch, ist ja auch Ihr Job. Dass man glaubt, alles durch irgendwelche ökonomischen Tricks sanieren zu können. Holding. Typisches Beispiel. Ich weiß gar nicht, was eine Holding ist. Aber wenn man das sieht, man hat den Eindruck, dass das im Moment eben der Renner ist, um was es da geht, und da wird dann alles besser. Man fragt sich ja, es geht um Synergien schaffen und so weiter, wundert sich dann aber, dass es weiterhin zwei Geschäftsführer gibt. Hätte man ja erst einmal gedacht, na ja, gut, wir gehen zusammen, gibt es nur noch einen. Und wir sparen 20 000, oder weiß der Kuckuck, wie viel. Hat nicht stattgefunden. Denkt man-, kriegt man Zweifel einfach, ob das so ist! Oder wenn man sieht, es wurde geschimpft, und dann wird zum Beispiel so ein Direktionsassistent eingestellt für viel Geld. Mag berechtigt sein, ich kann es nicht beurteilen, ich will es auch gar nicht beurteilen. Ja? Aber ich weiß gar nicht, was der macht!. (OA Innere, D107, 82)

Bereits in der Anfangsphase der Budgetierung war die Kostendeckung nur knapp zu erreichen, weil einerseits kleinere Krankenhäuser mit niedrigem Pflegesatz über die jährlichen prozentualen Steigerungsraten immer weiter abgehängt wurden und andererseits weil die große Entfernung zu einem Haus mit höherer Versorgungsstufe die Vorhaltekosten stetig gesteigert hat. Positiv war bisher, dass die Investitionskosten noch weitgehend aus Landesmitteln finanziert werden konnten (s.o.: LT Finanzen, D105, 150 - 157). Die Verwaltung hat deshalb schon seit längerem interveniert und nach Wegen gesucht, um die Kosten zu reduzieren. Durch den Budgetbelassungsvertrag mit den Kassen war eigentlich schon im Jahre 2000 bekannt, dass man ab 2003 rote Zahlen schreiben würde, wenn nicht kräftig rationalisiert würde (GF, D104, 5, 34, 60; LT Finanzen, D105, 14 - 16; SL Kardiologie, D110, 7; stellv. PL, D103, 81 - 84).

Die Budgetierung hat im Bereich der Pflege zu spürbaren Einschränkungen bei kleineren Investitionen geführt, da sogenannte „Investitionsbudgets“ auf den Stationen eingeführt wurden (stellv. PL, D103, 98). Dadurch habe man das Kostenbewusstsein der Mitarbeiter deutlich steigern können (LT Finanzen, D105, 168 - 169). Arbeitszeiten, Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen wurden verändert (stellv. PL, D103, 74; MC, D106, 15), Stellen im Bereich der Pflege nicht wieder besetzt, und es kam sogar zu betriebsbedingten Kündigungen (stellv. PL, D103, 32, 34). Zur Zeit wird daran gearbeitet, die Kostenstruktur des Hauses zu analysieren. Außerdem sind Sachmittelbudgets in Verbindung mit Kostentransparenz für geringfügige Investitionsmittel eingeführt worden, um Rationalisierungspotenziale zu heben, da der Basisfallwert zu hoch ist (LT Finanzen, D105, 158; GF, D104, 60):

I01: [...] Sie haben ja eben gesagt, dass es ja schon in den 90er Jahren losging mit den Fallpauschalen, vor allem in der Chirurgie, [...] wo es ja auch losging mit der Budgetierung [...]. Was [...] haben Sie denn so [...] auf der Station [mitbekommen], wie Ihr Krankenhaus auf [...] Sparzwänge reagiert hat?

B01: Es ist so, dass uns zu dem Zeitpunkt schon auch beispielsweise die Materiallisten mit einer entsprechenden Summe zur Verfügung gestellt wurden, monatlich. [...] Es wurde so Kostentransparenz erst mal geschaffen, dass Sie überhaupt wussten, was Sie ausgegeben haben oder was überhaupt die einzelnen Leistungen kosten, und da haben Sie denn auch schon versucht, auf der Station das halt eben den Mitarbeitern wieder deutlich zu machen, und die Mitarbeiter auch bewusster damit umgehen zu lassen mit bestimmten Materialien. (stellv. PL, D103, 29 - 30)

B01: Jede Station oder jede Ebene hat jetzt ein Budget bekommen, also ja, da kann man dann selbst entscheiden, ab einem gewissen Betrag, was man da anschaffen möchte, einmal im

Jahr. Man kann das anlegen, man kann es aber auch ansparen, also die Freiheit haben wir bekommen seit, ja seit diesem Jahr ist das, nein Entschuldigung, seit 2004. Da ist vieles jetzt doch transparenter geworden für uns, auch kostenmäßig. [...] Wir haben Materiallisten, da sind die Kosten vermerkt; früher hatten wir, wenn wir bestellt haben, keine Ahnung. (SL Kardiologie, D110, 123)

Derzeit wird im Rahmen der Holding die Gründung eines MVZ angestrebt. Auf der Basis will man eine bessere Patientensteuerung erreichen (GF, D104, 86 - 87). Damit will man sich im Wettbewerb mit anderen Häusern in der Region durchsetzen, da der Erhöhung der Fallzahlen eine hohe Priorität beigemessen wird, um die derzeit schlechte Verhandlungsposition gegenüber den Kassen zu verbessern (LT Finanzen, D105, 59). Auch die Holding an sich verbessert die Verhandlungsposition, da über größere Volumina verhandelt werden kann. Die Verhandlungen über das Krankenhausbudget für das Jahr 2004 stecken allerdings zur Zeit in einer Sackgasse, da die Positionen der Kassen und des Hauses weit auseinander liegen. Die Anrufung der Schiedsstelle ist aus Sicht der Geschäftsführung der nächste Schritt (GF, D104, D10, 11 - 27):

B01: Auf jeden Fall ja. Während wir früher um 320 Betten verhandelt haben hier in [Stadt X] und an anderer Stelle für 180 für [Krankenhaus Y], können wir jetzt-, wir verhandeln eben halt hier für 500 Betten, und das ist natürlich schon eine Ausgangsbasis, auch vom Finanzvolumen her natürlich. (GF, D104, 140)

Seit einigen Jahren wird das Haus saniert (Altbau von 1968), modernisiert (Fassade, Umstellung von Drei- auf Zweibettzimmer) und erweitert (Anbau mit Bettenstation und Neubau Psychiatrie auf dem Gelände). Mit diesen Maßnahmen will man vor allem die Attraktivität für Patienten erhöhen. Nach dem bereits abgeschlossenen Anbau und der Fassadenerneuerung wird zur Zeit die Umstellung auf Zweibettzimmer baulich umgesetzt (LT Finanzen, D105, 150 - 157; GF, D104, 62 - 68).

Durch diese Baumaßnahmen kommt es seit längerem zu Belastungen für Patienten und Personal, da Bettenstationen geschlossen wurden, und ein Fahrstuhl als Baufahrstuhl genutzt wird (SL Kardiologie, D110, 87). Die Schließung von Stationen wird nicht nur auf den Umbau zurückgeführt, sondern auch als Sparmassnahme gewertet:

B01: Wir haben zum Beispiel durch diese Umbaumaßnahmen in diesem Haus im Moment ein Problem. Zwei Stationen sind geschlossen worden. Zum Umbauen und zum Geld sparen. Anfangs hatte man den Neubau noch offen gelassen in den Stationen, die renoviert werden. Mittlerweile hat man die zugelassen. Das Ergebnis ist, dass ausgerechnet meine Station jetzt die einzige oder die letzte ist, die renoviert wird. Und in den neuen Stationen sind jetzt nur noch Zweibettzimmer, wo nicht mehr eingeschoben werden darf. (OA Innere, D107, 71)

Eine Kostenträgerrechnung wurde bisher noch nicht vollständig entwickelt. Im Laufe des Jahres soll jedoch für den OP eine Kostenzuordnung möglich werden (LT Finanzen, D105, 168 - 169). Dann soll sogar eine Abbildung der tatsächlichen Kosten pro DRG möglich sein (MC, D106, 131 - 133).

Was die Liegezeiten betrifft, so ist es in den 90er Jahren zu einer kontinuierlichen Verweildauerreduzierung gekommen. Insbesondere in der Chirurgie und hier wiederum in den fallpauschalierten Bereichen wurde die Verweildauer am schnellsten reduziert. Ermöglicht wurden diese durch eine Verdichtung der Behandlungsabläufe, sowie durch eine schnellere Vermittlung in nachgelagerte Behandlungsformen (stellv. PL, D103, 4, 6):

B01: Bei den Chirurgen hat man da ja in den 90er Jahren schon mit begonnen und hat dann da schon gesehen, dass sich das wirklich ordentlich reduziert hat, und in den internistischen Abteilungen ist das jetzt halt auch so, dass man sieht, dass sich daran etwas tut, dass nicht ein Pati-

ent selbstverständlich vier Wochen im Krankenhaus liegen kann, weil die Angehörigen sagen: „Och, das Zimmer muss erst noch renoviert werden“. (stellv. PL, D103, 130)

B01: Gleichzeitig hat aber die Verweildauer im stationären Bereich wirklich erheblich abgenommen. (GF, D104, 142)

Folgen der DRG-Einführung

Als Folge der Budgetierung sind nach Aussage des Geschäftsführers bereits in den 1990er Jahren im Krankenhaus D viele Maßnahmen ergriffen worden, mit denen die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses verbessert wurde (GF, D104, 60). Diese Aussage deckt sich jedoch nicht mit der Analyse des Rechnungswesens (LT Finanzen, D105, 158) und entsprechenden Einlassungen des medizinischen Controllers, dass das Haus primär ein Kostenproblem habe. Auch in anderen Interviews finden sich Hinweise, dass sich die Kostenstruktur ungünstig entwickelt hat:

B01: Also, unsere beiden Häuser stecken ja im Moment tatsächlich in einer gewissen Krise, als dass wir eben doch rote Zahlen schreiben. Beide Häuser. Und durch diese Benchmarking-Untersuchung hat sich zum Beispiel herausgestellt, dass beide Häuser dieses Problem haben, in ungefähr der gleichen Größenordnung, dass es aber doch einen eklatanten Unterschied gibt. In [Krankenhaus Y] beruht der Verlust auf einem Erlösproblem und in [unserem Haus] auf einem Kostenproblem. Das hat schon eine wichtige Aussage gemacht, dieses Benchmarking-Programm. Wir müssen hier gucken, dass wir die Kosten reduzieren. Und [Krankenhaus Y] muss gucken, dass es mehr Erlöse erzielt. Das war schon sehr wichtig. (MC, D106, 139)

B01: Dann hat sich rausgestellt, dass [unser Haus] angeblich zu viele Ärzte hat. Nicht nur zu viele, sondern dass die Ärzte, die da sind, im Schnitt auch noch mehr verdienen als die Ärzte in [Krankenhaus Y]. Ja? Auch ein Kostenfaktor.

I01: Weil es einen höheren Oberarztanteil gibt?

B01: Weil es so einen hohen Anteil an älteren Ärzten gibt mit einer höheren Dienstalstruktur. Und weil vielleicht möglicherweise das Instrument des Bereitschaftsdienstes, Abfeiern, auch noch nicht ganz ausgenutzt ist. Vielleicht lässt sich da noch etwas drehen. Man kann hier diese zu hohen Kosten-, kann man diese Analyse doch sehr genau herunter brechen auf Gruppen, auf Abteilungen, auf Sektoren. (MC, D106, 145 - 147)

B01: Wir haben zum Beispiel in den neunziger Jahren auch in der Allgemeinchirurgie, das hat '92 etwa begonnen, mit dem endoskopischen Operieren immer mehr gemacht, das war ja auch eine durchaus kostenintensive Sache, von der ganzen Apparatur und von den Instrumenten her. (AA Chirurgie, D101, 47)

Finanzielle Chancen und Risiken der DRG-Einführung für das Krankenhaus

Welche Bedeutung die DRG-Einführung für die zukünftige Positionierung des Krankenhauses D insgesamt hat, wird tendenziell negativ eingeschätzt, wobei die Unausweichlichkeit des Umstiegs dazu führte, schon 2003 umzusteigen, um zumindest noch von den Budgetboni für Frühumsteiger zu profitieren. Während einerseits verstärkte Budgetrestriktionen als Problem für die Krankenhausentwicklung angesehen werden, wird andererseits vor allem die Wettbewerbssituation in der Region positiv eingeschätzt, der Standort als sicher (s.o.), aber das wirtschaftliche Überleben als gefährdet betrachtet (s.o.):

B01: Also, wir haben natürlich-, wir gehören ja zu den Frühumsteigern, weil wir sehr früh auf dieses DRG-System umgestiegen sind. [...] 2003 haben wir schon-, also ab 1.-, ich glaube, zweite Hälfte 2003 war es, wo denn da umgestellt wurde. Ich meine, es wäre der 01.08. gewesen, oder so. Ich bin mir jetzt nicht ganz sicher. [...] Aber wir gehörten zu den Häusern, die also unmittelbar umgestiegen sind, weil wir uns aufgrund dieses Umstiegs auf dieses DRG-Abrechnungssystem einen Vorteil bei den Ausgleichungen versprochen haben, weil bei Rückfall der Bevölkerungszahl Fallzahlen, oder vereinbarte Fallzahlen, irgendwo schon fraglich zu errei-

chen waren, und deswegen auch da nach dem Gebot der Vorsicht man natürlich das geringere Übel gewählt hat. Und das geringere Übel haben wir, [...] in dem Umstieg auf das DRG-System [gesehen]. (GF, D104, 102 - 106)

B01: Wir hatten damals, bei der Verhandlung für 2003, die ja dann auch erst in-, wann fand die statt? Das weiß ich jetzt nicht mehr. Aber bei dieser Verhandlung wurde natürlich der Wert für 2004, 2003 war ja Optionsjahr, und für das Optionsjahr, da wir unterjährig optiert hatten, galt dann ein anderer Basisfallpreis als für 2004. Der wurde bei dieser Budgetverhandlung schon mit festgelegt, der für 2003, der unterjährige, und der dann ab 01.01.2004 gelten wird. Der für 2003, wir sind am 01.08. umgestiegen, der lag bei 2586, und der für 2004 dann bei 2646, da liegen wir im Moment. Ich habe jetzt gehört, der hessische Basisfallpreis wird wohl eher so gegen 2800 liegen, so dass wir von der Seite her schon mal eine kleine Beruhigung haben. (MC, D106, 47)

B01: Der Druck hat zugenommen, würde ich mal sagen. Spürbar so, für uns alle spürbar ist es so die letzten drei Jahre, drei, vier Jahre, würde ich mal so sagen. (stellv. PL, D103, 84)

B01: Ich habe gehört, dass nächste Woche, ich sagte es schon, eine Betriebsversammlung ist, wo wir dann ein Prozent weniger Lohn kriegen sollen. Das heißt, dieses Haus ist nicht gesichert finanziell. Und ich habe eine andere Information, inoffizielle Information, dass, wenn das Haus so weiter wirtschaftet, wir in drei Jahren insolvent wären. (OA Innere, D107, 82)

Der Bereich Personalkosten wird von der Direktion am stärksten restriktiv gestaltet (s.o.), und es macht sich bereits Unzufriedenheit unter den Mitarbeitern breit. Gleichzeitig existieren Hinweise, dass Maßnahmen auf der Leitungsebene an den Realitäten in der Praxis vorbeigehen, weil nicht genügend miteinander kommuniziert wird. Es existieren sowohl personelle Engpässe als Folge von Personalabbau, als auch personelle Überausstattung parallel nebeneinander:

B01: Die Verwaltung hat mit Ihnen gesprochen, Sie haben es erwähnt, ja finanziell und von der Struktur her geht es nicht ganz in Ordnung, und [...] dass die immer die Ausrede, [...] gerade wenn wir sagen: „OK, was ist mit diesen Überstunden?“, kommt immer zum Thema: „Ja wir sind ja finanziell nicht so gut drauf usw., und du musst ein Teil mittragen“, [...] und im Gegenteil muss man 150prozentig Leistung geben [...] und darf nichts dafür erwarten. (AA Kardiologie-Innere, D102, 150)

B01: Das ist etwas, was ich heutzutage oder jetzt als Medizin-Controller einfach ganz, ganz schmerzlich vermisste. Dass einfach der nachgeordnete Arzt viel zu wenig involviert wird in die finanzwirtschaftlichen Abläufe eines Krankenhauses, dass da überhaupt keine Transparenz da ist. Und deswegen bin ich ja eigentlich auch ganz froh um das DRG-System, weil das etwas ist, wo hier jedem Arzt klargemacht werden kann, so, es kommt darauf an, was du für Diagnosen und Prozeduren eingibst, davon hängt unser Erlös ab. Nicht mehr die Patientenverwaltung da vorne schreibt die Rechnungen, sondern du schreibst die Rechnungen. Und von daher sehe ich das DRG-System von der Seite ganz positiv. (MC, D106, 17)

B01: Also, ich bin-, zum Beispiel, auch ein typisches Beispiel, wenn Sie so wollen, ich bin, fühle mich, sagen wir es mal so, gar nicht richtig informiert über diese Holding. Ich wurde nur irgendwann aufgefordert, ob ich damit einverstanden bin, dass meine Personalakte jetzt irgendwie außer Haus verwaltet wird. [...] Als jemand, der vor der Praxis steht oder im täglichen [...] Kerngeschäft steht, das da oben ist ja so Bilanzenspielererei, sage ich mal. Man guckt unten die Zahlen an, und entweder sie sind schwarz, oder sie sind rot. Und ich stehe hier unten und sehe Potentiale. Wo man Geld zum Beispiel einsparen kann. Wo ich sagen kann, in der Struktur meine ich, da ist zuviel Personal. Ja? Es kann doch nicht sein, dass, wenn ich meinen Chef zum Beispiel vertrete hier in der Ambulanz, dass da fünf Schwestern sind und zwei Stunden vielleicht nichts zu tun haben. Und auf der anderen Seite aber ein Überstundenkonto haben. Da frage ich mich, wie kann das sein? Ich will die nicht wegrationalisieren, um Himmels willen! Die haben alle ihr Auskommen, und das ist ja nicht das Thema. Aber da sieht man dann einfach, da stimmt doch irgend etwas nicht. (OA Innere, D107, 90)

B01: Das ist sicher ein Aspekt, über den man intensiv nachdenken könnte und müsste, wie man unter Bedingungen der DRGs solche Budgets diskutiert und kommuniziert. Ich denke, dass diese doch nicht unerheblichen Veränderungen, die die DRGs mit sich gebracht haben, eigentlich

auch einen Kommunikationsbedarf bedingen, dem nicht immer, oder sagen wir mal so, die Kommunikationswirklichkeit hat dem sicher nicht Schritt gehalten. (AA Chirurgie, D101, 150)

Als neutral für die künftige finanzielle Situation des Krankenhauses wird die Anpassung an den Landesbasisfallwertes angesehen (Konvergenzphase), da dies weder zu Erlösverbesserungen noch Verschlechterungen führen wird (s.o.). Der ökonomische Druck, der durch den Budgetbelassungsvertrag entsteht, ist größer als erwartet (Fallzahlreduzierung durch Bettenabbau und durch geforderte Ambulantisierung). Besonders problematisch ist, dass die Verhandlungen über das Budget 2004 noch zu keinem Abschluss gekommen sind (LT Finanzen, D105, 59), d.h. obwohl bereits jetzt schon klar ist, dass Defizite erwirtschaftet werden, bleibt die Höhe vergangener und künftiger Defizite im Dunklen:

B01: Ja, gut, die Frage hat uns jetzt auch schon die letzte Zeit beschäftigt, auch gerade vom Aufsichtsrat ist die Frage natürlich auch schon gestellt worden, und man muss selber eben sehen, diese Fehlbeträge, die wir zur Zeit fahren, können wir uns nicht mehr lange leisten. Also, es muss sich etwas tun in der Richtung. Die eine Möglichkeit, und da unterscheiden sich die Krankenhäuser jetzt auch in der gemeinsamen Trägerschaft, während das [Krankenhaus Y] zum Beispiel ein immenses Erlösproblem hat mit einem äußerst niedrigen Basisfallwert, bei dem man vorsichtig sagen kann, im Rahmen der Konvergenzphase über die nächsten fünf Jahre, und ich habe das jetzt mal kalkuliert, ist irgendwo im Jahre 2007 vielleicht der break even point erreicht, wo der Anstieg der Erlöse quasi die Kosten decken kann. Und dass man da irgendwo mit einer-, ab der Zeit wieder mit positiven Deckungsbeiträgen des Hauses rechnen kann. In [Stadt X] sieht die Sache ein bisschen anders aus, dass der Basisfallwert relativ-, nee, ich würde nicht sagen, relativ hoch, aber doch näher am erwarteten landeseinheitlichen Basisfallwert liegt. Ich gehe davon aus, er liegt noch drunter, dass er nicht drüber liegt, so dass aus der Erlössicht so viel sich nicht mehr realisieren lässt. Also haben wir jetzt auch Maßnahmen schon geplant, und wir haben uns zusammengesetzt und gesagt, wie können wir das Haus retten, oder was können wir entsprechend angehen? Es sind viele Maßnahmen, die wir jetzt geplant haben, die natürlich eine Umsetzungszeit auch brauchen. Ob das nun in Teilbereichen auch eine Leistungsausweitung noch ist, die natürlich auch nur zu Prozenten berücksichtigt werden kann, die im DRG-System auch berücksichtigt werden kann, durch die Konvergenzphase wird die Leistung zusätzlich nur zu 30 Prozent, ja, etwa 30 Prozent, im nächsten Jahr zum Beispiel jetzt berücksichtigt. Und ja, wie gesagt, [Krankenhaus Y] eher ein Erlösproblem, [unser Haus] eher ein Kostenproblem. Ja, und diesem Kostenproblem versuchen wir jetzt auf den Pelz zu rücken, dass wir eben Hauptkostenbereiche analysieren. (LT Finanzen, D105, 158)

B01: Das wiederum würde natürlich ganz vehement an den Lebensnerv gehen, weil dann der Versorgungsauftrag gefährdet würde, und das ist etwas, was wir natürlich nicht in Kauf nehmen können. Deswegen sind wir auch sehr stringent in den Verhandlungsrunden mit den Kostenträgern und streiten uns momentan, hätte ich bald gesagt, zwar noch nicht formal, aber zumindest immer noch verbal. Wir haben noch kein Budget für das Jahr 2004, das heißt, Budget haben wir wohl schon, weil durch den Budgetbelassungsvertrag die Grenze ja schon, ich sag mal, also, die Zahl als solche nominell feststeht. Wir haben uns aber nicht verständigen können über das Leistungsgefüge; obwohl das Leistungsgefüge jetzt schon komplett abgebildet ist, verlangen die Kostenträger die Vereinbarung von höheren Leistungszahlen, um damit natürlich die Durchschnittswerte zu drücken. Ja?! Das ist eine Katastrophe momentan. [...] Sie wollen mehr Leistungsmengen vereinbaren, als wir tatsächlich an Fallzahlen erreicht haben. [...] Für 2004. So. [...] Ich halte das fast von dem System her gesehen für einen Skandal, wenn -, stellen wir uns mal vor, wenn Opel Eisenach Corsa produzieren würde, und die wüssten im März des Nachfolgejahres nicht, zu welchen Konditionen sie den Corsa im Januar des Vorjahres haben ausliefern können. Das wäre völlig unvorstellbar. Aber im Gesundheitswesen geht so etwas auch im Grunde nicht anders. [...] Erst mal muss man die Leistungsmengen vereinbaren, und bei den Leistungsmengen stehen noch divergierende Auffassungen zwischen den Kostenträgern und uns. Wir sind natürlich daran interessiert, die tatsächlich erreichten Leistungszahlen zu vereinbaren, und die Kostenträger möchten natürlich wesentlich höhere Leistungszahlen vereinbaren, damit sie dann wegen Nicht-Erreichen der Leistungsmengen Vorteile bei den Ausgleichsregelungen haben. [...] Ich sage, das ist alles systemwidrig, was hier in dem Sinne momentan geduldet wird, auf allen Ebenen aber geduldet wird, dass wir das Budget, was eigentlich prospektiv sein sollte, im Nachhinein vereinbaren, und wir jetzt schon über ein Jahr darüber sind. Wir haben jetzt noch mal eine Kraftanstrengung unternommen, um mit den Kostenträgern eine, so

hoffen wir jetzt, abschließende Gesprächsrunde noch mal zu bestreiten. Die ist für Anfang April terminiert, und dann wird man wirklich tatsächlich am Ende dieser ersten Aprilwoche, in der die Verhandlungen vermutlich stattfinden werden, sich entscheiden müssen, ob man denn dann unter Umständen die Verhandlungen für gescheitert erklärt und dann eine Schiedsstelle anrufen tut. Ich denke, wir haben keine Chance mehr, das jetzt länger hinauszuzögern, weil wir müssen ja auch irgendwo liquide bleiben.

I01: [...] Solange das Budget ja nicht vereinbart ist, können die Kassen eigentlich nicht sagen, wir fordern irgendwelches Geld zurück oder zahlen irgendwelches Geld nicht...

B01: Ja, aber wir schreiben schon momentan tiefrote Zahlen, das ist das Problem. Es ist die Frage, wie lange das gut gehen kann, wenn wir nicht irgendwo Klarheit darüber haben, wie die wirtschaftliche Entwicklung weitergeht.

I01: Beziehungsweise man weiß erst, wie rot die Zahlen sind, wenn das Budget vereinbart ist.

B01: Genau.

I01: Das heißt, im Moment können Sie zwar noch abrechnen, aber es ist halt unklar, was irgendwann als großer Hammer hinterher kommt?

B01: Ja. (GF, D104, D10, 11 - 27)

B01: Da wir noch keine Abschlussbudgetverhandlungen für 2004 haben, haben wir für 2004 nur einen vorläufigen Basisfallpreis.

I01: Den haben Sie auch in die EDV entsprechend eingegeben, und der wird jetzt immer mitgerechnet?

B01: Korrekt. Und der läuft jetzt so weit, so lange, bis diese Budgetverhandlungen zu einem Abschluss kommen...

I01: Das heißt, auch alle Rechnungen, die jetzt laufend raus gegangen sind, sind auf einer Basis erstellt worden, die noch...

B01: Auf einer vorläufigen Basis, richtig, die unverhandelt ist. Schwierige Geschichte. Wenn bei der Verhandlung dann rauskommt, dass unser Basisfallpreis für 2004 50 Euro weniger beträgt, dann haben wir natürlich geringere Einnahmen, und das muss dann natürlich in die Minderausgleichsregelung mit rein. Natürlich können dann nicht alle Rechnungen neu geschrieben werden, sondern das wird über die Minderausgleichsregelung berechnet. Aber ich weiß es nicht, wo er rauskommen wird. Ich nehme mal nicht an, dass da eine großartige Änderung zu erwarten ist. Wenn, dann vielleicht in der Größenordnung, was weiß ich, von 10, 15 Euro, aber mal 9000 Fälle! Und dann halt Mindererlösausgleich 60, 40 Prozent, kann man sich ungefähr ausrechnen, wie viel man dann zu tragen hat. (MC, D106, 37 - 41)

Aus strategischen Gründen wird es weiterhin Quersubventionierungen im Krankenhaus geben, aber künftig gefördert werden mehrheitlich diejenigen Abteilungen/Strukturen, von denen man ausgeht, dass sie Gewinne abwerfen bzw. eine Patienten- und Leistungssteuerung ermöglichen (MC, D106, 135). Allerdings wird eingeräumt dass die Kostenträgerrechnung noch nicht so weit ist, um Abteilungen korrekte Kosten zuzuordnen. Problematisch ist, dass die durch die stockenden Budgetverhandlungen angespannten Verhältnisse zu den Kassen, Vertragsabschlüsse, z.B. über integrierte Versorgungsmodelle, behindern. Ein Arzt benennt ein Beispiel (geriatrische Komplexbehandlung), wie falsche Kennziffern bereits zu ökonomischer Fehlsteuerung geführt haben:

B01: Ich denke, da warten wir eben noch auf den Abschluss der Umsetzung unserer Kostenträgerrechnung. Wir wissen, dass wir bei dieser internen Budgetierung hier einfach noch diese Ungenauigkeit oder Ungerechtigkeit haben, dass bestimmte Abteilungen zwar aufgrund ihrer Struktur niedrigere Kosten haben, aber höhere Erlöse einfahren können, nehmen wir die Geriatrie zum Beispiel. Aber ich denke, das können wir dann erst genauer differenzieren, wenn diese Kostenträgerrechnung vollkommen umgesetzt ist. Was ich allerdings schon umgesetzt habe, ist folgendes: Dass zumindest die DRG-Erlöse von Patienten, die mehrere Fachrichtungsaufent-

halte durchlaufen, dass sich die dann auch anteilmäßig den entsprechenden Fachabteilungen zuordnen, sodass der hinterher dann doch ein relativ korrigiertes Erlösbudget hat, weil der Gesamterlös der DRG, der kann ja nur auf eine Kostenstelle laufen, und in der Regel auf die der entlassenden Fachabteilung. Und wenn der dort nur drei Tage war und war vorher 20 Tage in einer anderen, dann hat der Kosten gehabt für seine 20 Tage, sieht aber nichts von dem DRG-Erlös. Und das teile ich auf anhand der Aufenthaltstage, und das auch mit einer gewissen Gewichtung. So dass, glaube ich, da schon mal eine annähernde Gerechtigkeit da ist. Und ich glaube nicht, dass wenn die Kostenträgerrechnung vollständig umgesetzt ist, dass ich da noch große Abweichungen feststellen werde müssen. (MC, D106, 165)

B01: Wir sind ja jetzt auch gut aufgestellt, wir haben erst im vergangenen Jahr die [Gesundheits-Holding XY] gegründet, wo wir das zweite Krankenhaus, was unter dem Dach des [XY-Kreises] gewesen ist, nämlich das [Kreiskrankenhaus Y], und dieses Haus sozusagen in einen Unternehmens-Verbund hineingebracht haben über eine Holding. Diese Holding hat in der Zwischenzeit weitere Tochtergesellschaften gegründet, so zum Beispiel eine Gesellschaft für Prävention, Rehabilitation und Nachsorge, um auch den neuen Anforderungen auf dem Gesundheitsmarkt Rechnung tragen zu können, denn wir schließen ja nicht aus, wenn diese Komplexpauschale eines Tages kommt, von der Ambulanz über den stationären, über den Reha-Bereich wieder bis zur Ambulanz, dann möchte man natürlich schon in dem Bereich auch mitmischen, und deswegen haben wir auch eine solche Gesellschaft gegründet. (GF, D104, 76)

I01. Also das heißt, da haben Sie den Eindruck, das sind schon erste Rückflüsse des Dissenses aus der Budgetverhandlung, dass auch in anderen Bereichen etwas geblockt wird?

B01: Es ist konkret im Gespräch schon angesprochen worden. [...] Dass schon gesagt wurde, wenn wir uns über das Budget nicht einig werden, werden wir uns mit den ambulanten-, mit den integrierten Versorgungsverträgen nicht einig. [...] Das ist schon befremdlich eigentlich. Weil es ganz unterschiedliche Baustellen sind, die da zusammengebracht werden und eigentlich damit auch nichts zu tun haben. (LT Finanzen, D105, 102 - 108)

B01: Der Geriater im Haus möchte gern, dass praktisch alle alten Menschen bei ihm behandelt werden. Ob sie etwas am Herzen haben, Herzinsuffizienz haben oder einen Magen-Darm-Infekt, er möchte sie alle haben. Nach dem hessischen Geriatrie-Konzept. Und wir sollen eigentlich nur noch für ihn die Diagnostik machen. Magen spiegeln und so weiter. Und das brächte ja auch mehr Geld! Denn es gibt ja bei den DRGs diese geriatrische Komplexbehandlung über 14 Tage. Und dann hat er gesagt, ja, schauen Sie mal, ich kriege für den Patienten immer so viel Geld. Und ihr kriegt nur so viel. Und dann wurde das wirklich auch als Argument gebracht. Und dann sagte ich zu meinem Chef, ja, [Herr X], es stimmt ja, der [Herr Y] kriegt 5000 Euro dafür, und wir für das gleiche Krankheitsbild nur 2300. Ja, und dann sagt er der Verwaltung dann auch, oh, der hat gute Argumente. Na ja, [Herr X], jetzt gucken Sie mal, jetzt rechnen Sie doch mal 5000 durch 14 Tage und 2000 durch 5 Tage, wo der Patient bei uns liegt. Und dann gucken Sie mal, was Sie pro Tag an Einnahmen haben. Und dann stellte man fest, dass auf einmal, wie Wunder, bei uns ja die Tageseinnahme pro Tag, pro Pfllegetag, eine viel bessere ist. Wir nehmen viel mehr pro Tag ein als er. Sage ich, ja, und was nun? Ist das wirklich besser mit der Geriatrie? Bringt das dem Haus wirklich besser? Ist natürlich eine politische Entscheidung. Muss das Haus sich fragen. Und es stellte dann nebenbei jemand auch fest, dass ja gar nicht jeder, der auf der Geriatrie liegt, diese geriatrische Komplexbehandlung bekommt, sondern eben teilweise auch nur diese 2000, weil er eben am zehnten Tag ging. Das heißt, die hatten sich das gar nicht angeguckt! Die haben nur auf die Endzahl geguckt. 5000 gegen 2000 für die ICD, so und so. Oder DRG so und so. (OA Innere, D107, 104)

Maßnahmen zur Erhöhung der Fallzahlen und der Patientenbindung

Beim Übergang zum DRG-System befand sich das Krankenhaus D in keiner besonders guten Ausgangsposition. Die Belegung ist niedrig, das Einzugsgebiet schrumpft tendenziell. Alle Befragten sind sich darüber einig, dass sich die Rahmenbedingungen im DRG-Zeitalter verändert haben, und das das Krankenhaus Anstrengungen unternehmen muss, seine Position zu verbessern und seine Fallzahlen zu erhöhen. Die Potenziale hierfür werden jedoch als recht gering eingestuft, da die Einwohnerzahl schrumpft und umliegende Kreise ihre Versorgungsstrukturen stark ausgebaut haben:

B01: Wir haben alle in den neunziger Jahren aufgrund dieser Grenzöffnung, natürlicherweise auch vor dem Hintergrund dieses doch sehr maroden Gesundheitssystems in der DDR, was zum Teil ja sehr Not leidend war, in der Anfangszeit auch viele Bürger aus den neuen Bundesländern behandelt, die dann einfach hierher gekommen sind. Dieses hat sich mit dem Aufbau moderner Gesundheitseinrichtungen in den neuen Bundesländern erheblich gewandelt. Wir haben zwar heute auch noch welche, die aus den neuen Bundesländern zu uns kommen ins Einzugsgebiet, aber das ist jetzt nicht mehr so die signifikante Zahl, wo man sagen könnte, wir könnten unsere Fallzahlen jetzt steigern. Die Bevölkerung des Kreises ist Anfang der neunziger Jahre deutlich gestiegen, eben aufgrund der Grenzöffnung, das hat dazu geführt, dass wir uns auch in der Fallzahl etwas verbessert haben. In der Zwischenzeit ist die Bevölkerung des Kreises wieder am Sinken, und demzufolge können wir auch nicht mehr damit rechnen, dass wir die Fallzahlen steigern können. Das ist ja genau unser Disput, den wir mit den Krankenkassen, von dem ich vorhin sprach, haben. Dass die Krankenkassen nämlich Fallzahlen vereinbaren wollen, die wir real dann nicht erreichen können. Und das halten wir für unanständig, das halten wir für systemwidrig, und etwas vereinbaren, was man jetzt schon weiß, dass man es gar nicht erreichen kann, oder im vergangenen Jahr 2004 nicht erreichen konnte, das ist schon ein bisschen sehr abwegig und abstrus, wenn man solche Gedankengänge da entgegennimmt. Ja? Also, ich sage mal, die Fallzahlen werden wir nicht sehr viel steigern können. (GF, D104, 76)

B01: Und der große Knackpunkt jetzt im Jahr 2004 ist halt auch vielleicht im Ausblick dessen, dass das 2004er Budget ja nun die Grundlage sein wird für die Konvergenzphase 2005 bis 2009. Dass wir aufgrund niedriger Leistungszahlen, etwa 600 Fälle weniger als im Vergleich zum Jahr 2000 noch, einen relativ hohen Basisfallwert mitbringen, und die Krankenkassen dies nicht akzeptieren. Und Stand der Dinge derzeit, die letzte Verhandlung fand am 14. oder 16. Dezember, glaube ich, war es, statt. Wir konnten eigentlich unsere Fallzahlen hochrechnen, weil man-, am 16. Dezember weiß man eigentlich schon, wer nicht noch als Notfall ins Krankenhaus kommt, freiwillig kommen da nicht mehr viele, und konnten eigentlich unsere Leistungszahlen aufstellen, und die Forderung der Krankenkasse war einfach eine Leistungszahl, die um 300 Fälle höher lag. Einfach aus der Begründung, durch den höheren Divisor den Basisfallwert zu drücken. So dass wir eigentlich, wenn wir diese Forderungen eingegangen wären, wir von vornherein in Erlöse hineingelaufen wären, die ja nur zu 40 Prozent ausgeglichen werden. Und deswegen stocken zur Zeit auch die Verhandlungen. (LT Finanzen, D105, 59)

Mit Einführung der DRG entwickelten sich die Fallzahlen negativ (stellv. PL, D103, 32). Die durchschnittliche Verweildauer sinkt. Maßnahmen, um die Fallzahlen zu stabilisieren oder zu erhöhen, sind Schwerpunktbildungen im Rahmen von DMPs, Einweiserbindung über integrierte Versorgung (MVZ), Erhöhung der Krankenhausbindung der einweisenden Ärzte über kostenlose Fortbildungen und Verkürzung der Liegezeiten, um für berufstätige Patienten attraktiv zu sein, sowie die Öffentlichkeitsarbeit (GF, D104, 78 - 83). Ein Arzt merkt kritisch an, das bezüglich der Einweiserbindung in der Vergangenheit auch Fehler gemacht wurden, da man den Niedergelassenen nicht genügend Budgetentlastung geboten habe. Derzeit herrscht auch in diesem Bereich das Problem, dass die AOK sich aufgrund der festgefahrenen Budgetverhandlungen (s.o.) gegen Vertragsabschlüsse sperrt:

B01: Man hat schon deutlich gemerkt, dass die Zahlen einfach zurückgegangen sind, und da wurde uns halt auch seitens der Pflegedienstleitung damals schon plausibel gemacht, dass anhand der Leistungen oder der Belegungen, wenn man sich das angeschaut hat, wenn das rückläufig ist, dass selbstverständlich analog dazu dann die Personaldecke entsprechend ebenfalls sich nicht aufbauen kann, sondern eher nach unten sich entwickelt. (stellv. PL, D103, 32)

B01: Wir haben Verträge zur integrierten Versorgung im Bereich Endoprothetik und im Bereich der Kardiologie mit dem [Herz- und Kreislaufzentrum in Z]. Diese Verträge sind allerdings mit den Betriebskrankenkassen geschlossen, das heißt, mit dem Verband der Betriebskrankenkasse hier in [Stadt X]. Die AOK hat, was die endoprothetische Versorgung angeht, uns eine Abfuhr erteilt, nachdem sie eine andere orthopädische Fachklinik hier im Kreisgebiet mit entsprechendem Vertrag versehen hat und uns hat wissen lassen, dass sie nicht an dem Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung mit uns interessiert sei. Wir halten das auch für einen unfreundlichen Akt, wenn man nämlich die Notfallversorgung machen darf, aber die anderen Dinge nicht machen können soll oder dürfen soll, dann ist das schon ein etwas merkwürdiges Unterfangen. [...] Deswegen sind wir jetzt am Verhandeln mit anderen Kassen, mit dem BKK-

Verband beispielsweise. Da haben wir die unter Dach und Fach. Wir sind gegenwärtig am Verhandeln mit dem Verband der Ersatzkrankenkassen, hoffen da, dass wir auch zu Rande kommen, und dann wollen wir mal schauen, ob sich die Gesundheitskasse irgendwann bewegt. (GF, D104, 78 - 83)

B01: Wir haben einen Belegungseinbruch erlebt in den letzten anderthalb, zwei Jahren, von dem ich nicht weiß, wieso das so ist. Ist ja auch bundesweit durchaus so ein Trend, aber ich weiß nicht, ob das dieser bundesweite Trend ist. Ich frage mich, welche Aktien haben wir da dran? Könnte eine ganze Reihe von Punkten aufführen, und das ist die Frage, die ich mir auch stelle. Ist es vielleicht so, wenn ich aus-, ich stelle mir das vor, wie gesagt, mein Bruder ist Hausarzt, ich schicke zwei Patienten hin, die untersuchen den an und sagen dann anschließend, und das hier, das wollen wir im Budget nicht mehr machen. Das machst du! Das gucke ich mir zweimal an, das gucke ich mir dreimal an, beim dritten Mal würde ich mir vielleicht ein Krankenhaus suchen, die mir diese Leistung mitliefern. (OA Innere, D107, 142)

B01: Zum einen, das war auch ein Ergebnis aus den Chefarztbesprechungen, dass man gesagt hat, dass die Chefärzte als Abteilungsverantwortliche dann auch mit ihren, im Industriebereich würde man sagen, Zulieferern, den niedergelassenen Ärzten, den Fachärzten vor Ort, im Dialog sind. Nach außen hin gut zusammenarbeiten, eben auch ein Austausch von-, wie soll ich sagen, auch wenn ein Patient zum Beispiel-, er wird entlassen, dass der Arzt fließend zum Nachbehandler kommt, dass man im Dialog miteinander steht. Dass zum Beispiel auch ein Gastroenterologe regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen durchführt, die niedergelassenen Ärzte mit einlädt. Dass man dort in der Kooperation eben steckt. Was die Patientenzufriedenheit betrifft, ist ja auch ein ausschlaggebender Punkt, über Patientenzuwächse oder Abwanderungen haben wir eine Patientenbefragung schon im Rahmen des Qualitätsmanagements durchgeführt, um auch dort Punkte aufzuzeigen, wo man sagt, da passt-, oder wo sind Punkte, wo ist Verbesserungsbedarf. Geplant war auch, einmal eine Bürgerbefragung zu machen, also nicht nur Patienten, sondern generell, weil es natürlich auch schwierige Bereiche sind. Weil die objektive Qualität einer Krankenhausbehandlung unter Umständen durch den Patienten gar nicht so beurteilt werden kann. Ich denke mal, ein Patient beurteilt vor allen Dingen, waren die Schwestern nett, wie war das Zimmer, wie hat das Essen geschmeckt, und eben so diese-, ja, mehr den Hotelcharakter, der da ist. Aber ob nun seine Patientin, die operiert wurde, jetzt gut operiert wurde oder schlecht operiert wurde oder wie auch immer. Wenn es gut gelaufen ist, wird er nie etwas sagen dazu, nur wenn es Komplikationen gegeben hat, wird er natürlich sofort sagen, das war-, salopp, das können wir vergessen. Da will ich nie wieder hingehen oder wie auch immer. Weil der Patient auch nicht unbedingt den Vergleich hat, ja, wie wäre es denn gewesen, wenn ich in einem anderen Krankenhaus gewesen wäre. [...] Und insofern muss man das immer mit einer gewissen Subjektivität berücksichtigen, aber man darf sich auch nicht verschließen und darf sagen, was soll es, was die Patienten sagen, die haben eh keine Ahnung. Das wäre auch tödlich, dieses Argument. [...] Gut, das eben auch durch Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten. Was wir jetzt versuchen, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Ein ganz aktueller Begriff, da sind wir mit drei niedergelassenen Ärzten jetzt in unserer Stadt, in [Stadt Y], für beide Krankenhäuser spreche ich da jetzt auch, im Gespräch und in vertraglichen Beziehungen, dass ihre Praxen ans Haus-, mitgebracht werden, um mehr Fachärzte ans Haus zu binden im Rahmen von medizinischen Kompetenzzentren. Dass der Patient eben-, weil der Patient weiß, wenn etwas ist bei mir, ich gehe ins Krankenhaus, da ist für jeden Fall etwas da, hier bekomme ich Hilfe, und da bin ich auch gut versorgt.

I01: Und mit diesen drei Ärzten, da ist man schon erfolgreich zum Vertragsabschluss gekommen?

B01: Da sind wir zur Zeit kurz vor dem Vertragsabschluss. Das ist aber angedacht, also von der Zeitschiene her sind wir da guter Dinge, und die haben auch ihre Bereitschaft signalisiert. Das sind jetzt mehr oder minder die Formalien, die jetzt noch zu regeln sind. Was eben dann auch Vorteile bringt, in Zusammenarbeit auch mit den Ärzten, die hier vor Ort sind, vielleicht auch komplexere Krankheitsbilder noch abgedeckt werden können im Haus, weniger Verlegungen nach draußen erfolgen müssen.

I01: Und die entsprechenden Verhandlungen mit den Kassen sind auch schon abgeschlossen?

B01: Ja, es sind im Endeffekt Teilgebietsbezeichnungen, die auch schon im Haus vorhanden sind. Wir haben zum Beispiel eine Pneumologie im Haus, und wenn man jetzt noch einen Lungenfacharzt mit hinzuholt, der sein Patientenkontingent noch mit hineinbringt ins Haus, dürfte es da

insofern auch keine großen Probleme mehr geben. Also, von den Fachgebieten her, den Zulassungen, hat das Haus als Regelkrankenhaus für die einzelnen Bereiche und-, also, da sehen wir keine großen Probleme. Kann noch kommen.

I01: Wenn ich das richtig verstehe, ist das doch so, wenn man diese Verträge mit den niedergelassenen Ärzten abschließt, dass das die Leistung ist, die das Krankenhaus an die Ärzte dann bezahlt?

B01: Ja, das wäre integrierte Versorgung. Bei der integrierten Versorgung ist es ja das Zusammenwirken von mehreren Leistungserbringern und Vergütung zu Komplexpauschalen, könnte man es nennen. [...] Als Beispiel, der Patient wird, nehmen wir einen kardiologischen Fall, vom Hausarzt antherapiert, oder beziehungsweise er stellt die Einweisungsdiagnose. Der Hausarzt übermittelt seine Informationen bereits an das Krankenhaus, der Patient kommt hierher ins Akutkrankenhaus, wird hier versorgt, wird stabilisiert und stellt dann plötzlich fest, stellt im Rahmen der Erstversorgung fest, es muss ein kardiochirurgischer Eingriff erfolgen. Dann würde der Patient gebracht in die Kardiochirurgie, würde dort behandelt nach der ersten Grundversorgung, oder wenn er entsprechend stabil ist, nach der OP würde der Patient wieder hierher kommen ins Krankenhaus und würde hier weiter behandelt werden und entlassen werden, beziehungsweise dann an den nächsten Behandlungspartner in die Reha weitergegeben werden. Alles zusammen würde mit einem Betrag vergütet werden. Das ist ein Vertrag, der mit den Krankenkassen individuell zu vereinbaren ist. Das geht noch nicht einmal mit allen Kostenträgern, sondern es muss mit jeder einzelnen Krankenkasse vereinbart werden. Und da wäre es dann so, der Hauptleistungserbringer oder einer der Leistungserbringer berechnet den Betrag an die Kostenträger, an die Krankenkasse, und verrechnet die Leistungen untereinander mit den anderen Leistungserbringern. (LT Finanzen, D105, 77 - 94)

Eine weitere Maßnahme zur Sicherung des Krankenhauses und Erhöhung der Patientenbindung ist der Ausbau des ambulanten Bereichs. Diese zusätzlichen Budgetbestandteile sind mit 4% vom Umfang her nicht unerheblich (GF, D104, 146). Allerdings ist es eine zweischneidige Geschichte, da stationäre Patienten wegfallen:

B01: Eine gewisse Fallzahl zu halten für das Krankenhaus ist natürlich jetzt auch wichtig, wenn hier ab 2005 ja nun die Konvergenzphase beginnt, wo immer mehr eine Vergütung nach Leistung erfolgen wird und nicht mehr nach Ressourcenverwaltung, also nach Bettenvorhaltungen oder wie auch immer. Dass man natürlich jetzt schon versucht, seine stationären Fallzahlen in irgendeiner Form schon zu positionieren und auch zu halten. [...] Wir haben relativ früh angefangen, dort auch, so ein bisschen aus der Not heraus geboren, dass Ermächtigungen von Chefarzten immer mehr genommen wurden, die auch einige Eingriffe im Rahmen ihrer Chefärztermächtigungen in ihren Praxen durchgeführt haben. Die Ermächtigungen wurden zurückgeführt. [...] Und das Krankenhaus hat als Institutsambulanz die Zulassung entsprechend bekommen, und sie konnten die Leistungen dann über das Krankenhaus entsprechend durchführen. Und das war insofern auch schon mal ganz wichtig, vor allem unter dem Aspekt, dass das Einweiseverhalten-, die höchsten Einweiser sind die Chefarztpraxen im Haus. [...] Und insofern war uns auch schon viel daran gelegen, dass wir diesen ambulanten Sektor am Haus halten, und für den Patienten selber ist es kein Unterschied. Der kommt hier ins Haus, der bekommt seine Arthroskopie, die hat er früher vielleicht beim [Dr. X] in der Praxis, der unfallchirurgischen Praxis, bekommen, oder er lag hier einen Tag stationär und ist nach Haus gegangen. Jetzt macht er es im Rahmen der ambulanten Operation, aber er fühlt sich nicht wie ein ambulanter Patient. Er liegt genauso zwischen den anderen Patienten mit auf der Station und geht den Tag nach Hause. Das Einzige ist vielleicht, dass er dann von der Nachsorge-, in der Richtung, dass ein bisschen mehr von ihm verlangt wird, oder dass er doch etwas früher nach Hause geschickt wird als vielleicht früher noch ein stationärer Patient. Nur, um die-, wichtig ist, dass man die Patientenzahlen versucht zu halten und eben auch den Kontakt zu den Patienten zu halten. (LT Finanzen, D105, 69 - 74)

B01: Als sehr großen Einschnitt betrachte ich auch die Umsetzung des ambulanten Operierens, das bedeutet doch einen beträchtlichen Wegfall von stationären Fallzahlen. Bin immer wieder erstaunt darüber, dass Dinge, die ich vor zehn Jahren noch, wo ich mir selber nichts anderes vorstellen konnte, als dass man das stationär macht, klar, wird jetzt alles ambulant-. Ist eigentlich, wenn ich so darüber nachdenke, auch richtig. Aber wenn man das zum ersten Mal erlebt, denkt man schon, hm, komisch. (MC, D106, 15)

Die Gründung einer Holding spielt in den zukünftigen strategischen Überlegungen der Krankenhausleitung eine wichtige Rolle. Der Geschäftsführer sieht den Sinn der Holding darin, das Überleben der Krankenhäuser durch größere Verhandlungsmacht gegenüber den Kassen zu sichern und Konkurrenz zu beseitigen (s.o.). Teilweise bekommt man den Eindruck, dass die Mitarbeiter, aufgrund der an sich ungünstigen wirtschaftlichen Lage, gerne bereit sind, die optimistischen Perspektiven der Geschäftsführung zu teilen:

B01: So sind es jetzt zwei Häuser in einem Kreis - um da einfach Synergieeffekte nicht nur zu nutzen, sondern einfach auch zu gucken, wie können wir uns besser positionieren in Zukunft. Wenn wir gemeinsam dastehen, haben wir eine ganz andere Bettengröße, kann ganz anders agieren, kann halt vielleicht auch Aufgaben oder Leistungen anbieten und auf diesem Wege hat man sich für diese Holding entschieden, hat gesagt, also wir gründen eine Holding, die dann uns halt auch ermöglicht, das eine oder andere vielleicht auch zu privatisieren, nach außen auch wieder Dinge anzubieten, um sich einfach auch mehr zu öffnen. [...] Wir werden zu einer Reha GmbH, ist in Gründung befindlich, so dass man halt gucken kann, wie wir denn halt in dem Bereich aufs eigene Haus oder über die Holding dann halt noch mehr anbieten können. [...] Dass man halt eine Küche, die halt wirklich eine gute Leistung erbringt, weil sie wirklich auch hervorragend kochen, dass die nicht ausschließlich für die Krankenhäuser kochen, sondern dass man vielleicht da auch noch andere Kunden findet, die dann halt eben auch etwas uns abnehmen würden, dass man eben da auch sich erweitert in den Bereichen. (stellv. PL, D103, 78 - 90)

Personalabbau

Im Bereich der Pflege und der Funktionsdienste, aber mittlerweile auch im ärztlichen Bereich, leistet die DRG-Einführung einem (weiteren) *Personalabbau* Vorschub (stellv. PL, D103, 36, 38), da sich die Liegezeiten verkürzen und die Zahl stationärer Fälle zurück geht (stellv. PL, D103, 32). Im Kontext der DRG-Einführung und der Defizite, die das Haus derzeit erwirtschaftet, wird eine Privatisierung oder gar Schließung des Hauses befürchtet. Im Falle der Privatisierung werden von den Beschäftigten weitere negative Konsequenzen für ihre Arbeitsplätze erwartet:

B01: Zentrale Parameter waren zum Einen bei rückgängiger Belegung, dass man im Rahmen von Personalanhaltszahlen, also, Personalbedarfsrechnungen, dass da sicherlich noch ein Einsparvolumen da war. Wir haben Sachkostenbereiche, gerade was Wirtschaftsbedarf-, also Laborleistungen auch und Wäscheversorgung, solche Geschichten auf den Prüfstand gestellt, dort andere Verträge entsprechend abgeschlossen. Aber gut, bei einem Krankenhaus, was zu 70 Prozent aus Personalkosten besteht, ist natürlich die Schraube auch erst einmal die Schraube, die vor allen Dingen zu berücksichtigen und auch zu beobachten ist. (LT Finanzen, D105, 17)

I01: Und haben Sie da, vor allen Dingen im pflegerischen oder im ärztlichen Bereich noch Einsparpotentiale gesehen, oder-?

B01: Gut, im pflegerischen Bereich vor Allem. Im ärztlichen Bereich lag es vielleicht auch daran, dass wir eigentlich einige Stellen, die zu besetzen waren, nicht besetzt hatten, weil sich da, landauf, landab, der Ärztemangel auch schon abzeichnete. Im pflegerischen Bereich natürlich durch Rückgang von Verweildauern, wenn man 2000 etwa neun Tage Verweildauer hatte, jetzt aktuell sieben Tage oder so, zwei Tage Rückgang von Verweildauern, muss sich natürlich irgendwo bei Pflege-, im Pflegedienst genauso wie jetzt auch -mittlerweile im ärztlichen Dienst, in allen Bereichen irgendwo auszeichnen. (LT Finanzen, D105, 18 - 19)

B01: Unter dem DRG-System ist es ja sicher so, oder ich sehe einen Hauptaspekt des DRG-Systems darin, dass man definitiv versucht, Häuser zuzumachen, Stellen-, Betten abzubauen und damit Stellen. Und der Bettenabbau kann, wenn man da entsprechenden Veröffentlichungen Glauben schenkt, sind das sicher 20 bis 25 Prozent der Betten, die man da anstrebt, und das ist natürlich nur über Häuserschließungen möglich, durchaus von Häusern auch dieser Größenordnung. Und auf dem Weg dahin geht das natürlich über entsprechende Verschlan- kungen von Abteilungen und so. (AA Chirurgie, D101, 146)

B01: Selbstverständlich ist die Schwierigkeit oder besteht die Schwierigkeit [...] oder die Befürchtung, dass man vielleicht auch zu denen gehört, die nicht mehr da sein werden, soll da noch einiges dem Markt weichen. Wenn man sich anguckt, dass die Belegung zurückgeht, dass die Bettenzahlen dann damit entsprechend nicht mehr in der Menge vorhanden sein müssen, nicht? Soll ja halbiert werden die Bettenordnung, ich habe das jedenfalls im Ärzteblatt jetzt gelesen, dass man einfach, pro 100.000 Einwohner hat man jetzt im Moment 60 Betten, wenn ich mich nicht irre, und da möchte man eigentlich schon ein bisschen runtergehen. (stellv. PL, D103, 86)

Um den Anforderungen eines Ausbaus ambulanter oder teilstationärer Behandlungsformen Rechnung zu tragen, hatte man kurzzeitig eine Kurzpflegestation aufgebaut. Allerdings hat sich die Zahl der Fälle nicht den Erwartungen entsprechend entwickelt, so dass die Station jüngst wieder geschlossen wurde. Dadurch kam es zu den ersten betriebsbedingten Kündigungen (GF, D104, 38). Auch in diesem Fall gewinnt man den Eindruck, dass die Geschäftsführung, entgegen ihrer Selbstwahrnehmung, bisher wenig erfolgreich agiert (stellv. PL, D103, 34). Ein Arzt spricht hier sogar von einem generellen Führungsproblem des Hauses:

B01: Was sehen Sie hier an strukturellen Problemen?

B01: Wo Sie das gerade erzählten, konnte ich mir das noch mal durch den Kopf gehen lassen. Es gibt eine Gemeinsamkeit. Ich bin in fünf Häusern gewesen. Es gibt eine Gemeinsamkeit, glaube ich, die besteht darin, und ich glaube, das ist auch ein Grund, weshalb es die Krankenhäuser nicht geregelt bekommen. Sie kriegen es nicht geregelt, geeignete Führungskräfte zu rekrutieren. (OA Innere, D107, 44 - 45)

Pflegekräfte, die wegen Bettenabbau im normalen pflegerischen Bereich nicht mehr gebraucht werden, können möglicherweise durch die Neugründung einer Reha GmbH aufgefangen werden (stellv. PL, D103, 78). Neben Personalabbau sind auch Veränderungen der Organisationsstruktur angedacht, um Arbeitsplätze zu sichern:

B01: Dass man halt eine Küche, die halt wirklich eine gute Leistung erbringt, weil sie wirklich auch hervorragend kochen, dass die nicht ausschließlich für die Krankenhäuser kochen, sondern dass man vielleicht da auch noch andere Kunden findet, die dann halt eben auch etwas uns abnehmen würden, dass man eben da auch sich erweitert in den Bereichen. (stellv. PL, D103, 90)

Von der Pflege wird hervorgehoben, dass das hohe Qualifikationsniveau bisher erhalten werden konnte. Andere Häuser hätten schon längst mehr Hilfskräfte eingestellt (stellv. PL, D103, 32). Der Anteil der Teilzeitkräfte ist jedoch gestiegen, um Entlassungen zu vermeiden (PF Kardio-Neurologie, D108, 13-15). Es wird berichtet, dass Teilzeitangestellte nicht so motiviert seien, wie Vollzeitkräfte (OA Innere, D107, 92). Im Bereich der Krankengymnastik werden bereits Defizite bei der Mobilisierung von Patienten berichtet, die auf eine mangelnde Personalausstattung zurück geführt werden:

I01: Sagten Sie, [...] dass sich die Sparmaßnahmen auf Veränderung von Therapien [...] ausgewirkt haben?

B01: Nee, von Therapien nicht, [...] aber andere Sachen, die eigentlich mit eine Rolle spielen, z.B. die Versorgung [...], das spielt eine Rolle, die Sparmaßnahmen, vom Personal her. Von Therapie und Medikamente sind eine Seite, aber es gibt auch eine andere Seite. Krankengymnastik und so ist alles - die Leute, die Schlaganfälle bekommen, mit Logopädie mit Krankengymnastik und so weiter. [...] So von dieser Versorgungsseite, dieser andere Schenkel der Therapie, das ist eigentlich ein bisschen, sagen wir in unserer Sprache, gelähmt oder geschwächt, weil die haben nicht genug Personal. (AA Kardiologie-Innere, D102, 37 - 38)

Leistungssteuerung

Eine *direkte* Einflussnahme der Verwaltung auf Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten durch entsprechende Vorgaben findet bisher nicht statt. Allerdings sind vor zwei Jahren Abteilungsbudgets eingeführt worden, die mit Ertragszielen verknüpft wurden, deren Erreichung zu unmittelbaren finanziellen Vorteilen für die Abteilung führen (MC, D106, 21, 30-31, 33-35). Von ärztlicher Seite wird jedoch bemängelt, dass die Funktion der Budgets nicht ausreichend kommuniziert wurde (AA Chirurgie, D101, 150). Der Budgetbelassungsvertrag und die Meinungsverschiedenheiten mit den Kassen in den Budgetverhandlungen führen derzeit zu einer starken Planungsunsicherheit, da man nicht weiß, wie schlecht die finanzielle Lage wirklich ist (s.o.). Aus Sicht der Geschäftsführung sei man jetzt an dem Punkt, dass weitere finanzielle Einschränkungen unmittelbar zu einem Abbau von Leistungen führen würden:

B01: Für unser Haus sehr problematisch ist diskutiert worden seinerzeit, das war im Jahr 1999, weil sich die verantwortlichen Kostenträger und die Krankenhausseite in der Krankenhauskonferenz nicht verständigen konnten, dass im Rahmen der Krankenhausplanung des [Landes X] wir als eines der ersten Häuser in dieser Region [...] den Versuch gemacht haben, die Krankenkassen wieder an den Verhandlungstisch zu bekommen. Und wir haben damals, in 1999, einen Budgetbelassungsvertrag abgeschlossen, das heißt, wir haben eine Budgetrunde gefahren [...] mit der Maßgabe, dass wir das Budget für die nächsten fünf Jahre sozusagen festgeschrieben haben, damit aber Bewegung in die Diskussion um den Abbau von Betten gebracht haben, hier oben in der gesamten Region. [...] Das waren eigentlich so, wie ich meine, die schwersten Dinge, und das ist nun wirklich aufgrund der Kostenentwicklung in den letzten Jahren in der Tat so heftig auseinandergeklafft, dass wir nun auch seit drei Jahren, ich sage mal, keine betriebswirtschaftlich schwarzen Zahlen mehr schreiben, im Gegenteil in die roten Zahlen abgedriftet sind. [...] Das hat schmerzliche Umwälzungen im Unternehmen selbst gegeben, das hat jedem Einzelnen heftig etwas abverlangt [...], weil man ja immer gezwungen war, wieder nach neuen Möglichkeiten zur Kostensenkung zu suchen, hat dann irgendwann dazu geführt, dass man sozusagen auf der Talsohle tatsächlich ist [...]. Da geht nichts mehr abzubauen, es sei denn, [...] dass dann Leistungen abgebaut würden, weil man ansonsten das Leistungsspektrum nicht mehr halten kann. (GF, D104, 5 - 11)

Auf Ebene der KH-Leitung hat man die Erfahrung machen müssen (Beispiel Geriatrie), dass eine interne Patientensteuerung über finanzielle Anreize (Verlegungsverhalten der Chefarzte) zu unerwünschten Effekten führen kann. Anreize (s.o.), für die eigene Abteilung Gewinne zu erwirtschaften, führen mitunter zu Mindererträgen für das Gesamthaus:

B01: Eine Veränderung im Kostenbewusstsein hat stattgefunden. Seit diese Budgets eingeführt worden sind, [...] also [...] diese [...] Deckungsbeitragsrechnungen für einzelne Fachabteilungen. Es ist ein Kostenbewusstsein da, man muss aufpassen, dass das Kostenbewusstsein dann nicht zu Lasten des Gesamthausdenkens, dass es nicht um ein individuelles isoliertes Denken für jede Fachabteilung, geht [...]. Wenn zum Beispiel eine geriatrische Fachabteilung im Haus ist, die einen Patienten noch mit einer geriatrischen Anschlussreha behandeln kann, [...] der Patient aber nach Hause geschickt würde, weil der Arzt sagt, ich habe ihn möglichst früh entlassen, habe natürlich dann [...] weniger Fixkosten oder variable Kosten verursacht und meinen Deckungsbeitrag damit hochgebracht, anstelle den Patienten vielleicht noch in der Geriatrie weiter behandeln zu lassen und seinen Erlös mit der Geriatrie zu teilen. Wobei natürlich für das Haus die Geriatrie aufgrund eines niedrigen Personalsockels vom ärztlichen Bereich und auch niedrigem Ressourcenbedarf [...] aus der Gewinnbetrachtung her eine lukrativere Abteilung dann auch ist. Wenn das irgendwo vonstatten geht, dass da immer eine Verschiebung ist, dann muss man natürlich schnell eingreifen. Ich denke mal, die Kurve haben wir jetzt auch gefunden, weil man merkt es schon, dass plötzlich die Belegungszahlen in der Geriatrie zurückgingen. (LT Finanzen, D105, 166)

Auch auf Ebene der Pflege wird betriebswirtschaftliches Denken bereits positiv gedeutet. Transparenz über die Preise (z.B. Arzneimittel) wird als sinnvoll angesehen, um einen sparsamen Umgang zu erzielen (SL Kardiologie, D110, 123):

B01: Halbjährlich kriegen wir eine Abrechnung, so eine Aufstellung und dann können wir ersehen, aha. Da ist man manchmal erstaunt, man denkt doch, das kann gar nicht viel kosten, aber was das in Wirklichkeit kostet. Diese Kosten bewusst zu machen, das ist meiner Meinung nach noch ein Stück Aufgabe, das ist noch längst nicht allen Mitarbeitern bewusst, wie teuer manche Sachen doch sind. Man kann da also gar nicht genug darauf hinweisen. (SL Kardiologie, D110, 125)

Als Bedingung für die strategische (betriebswirtschaftliche) Steuerbarkeit von Leistungen wird die Einrichtung einer Kostenträgerrechnung angesehen. So wird derzeit ein Kennziffernsystem aufgebaut, das eine Leistungssteuerung nach ökonomischen Kriterien ermöglicht. Anscheinend ist man hier schon weiter als andere Häuser, da man frühzeitig mit dem Aufbau eines solchen Systems begonnen habe. Allerdings werde dies nicht ausreichen, wieder schwarze Zahlen zu schreiben, weshalb man als nächsten Schritt Outsourcing (z.B. Reinigungsdienst) und untertarifliche Bezahlung umsetzen wolle (GF, D104, 152 - 163).

Für die künftigen Planungen einer verstärkten Leistungssteuerung spielt die Holding eine wichtige Rolle (GF, D104, 137 - 138). Der Zusammenschluss von zwei Kreiskrankenhäusern soll es ermöglichen, Versorgungsangebote abzustimmen, Konkurrenz um Patienten zu beseitigen und neue Versorgungsformen (z.B. MVZ) zu entwickeln (stellv. PL, D103, 78):

B01: Wir sind momentan dabei, einen MVZ zu gründen und wollen das zunächst erst einmal in [Stadt Y] jetzt gründen. Das steht unmittelbar bevor, das haben wir in den nächsten Tagen vor, das wird also in Bälde versucht. In [Bundesland X] haben wir das Problem, dass sich die Landesärztekammer noch etwas schwer tut, weil sie der Auffassung ist, das ist auch wieder so ein Novum, [...] dass das Heilberufsgesetz erst vorher geändert werden müsste, und demzufolge man [...] momentan mit MVZs nicht weiter vorankommt. Wir werden also auch da an der Stelle blockiert, haben uns schon anwaltlicher Hilfe bedient, um da Voraussetzungen zu schaffen, dass wir eben halt dort in dem Konzert mitmischen können, damit wir über einen MVZ auch im Sinne von Patientensteuerung Einfluss nehmen können. (GF, D104, 86 - 87)

Zusammenfassung: Das Krankenhaus D ist ein kleineres Krankenhaus, das Probleme hat, seine Fallzahlen zu stabilisieren, und aufgrund seiner Größe nur begrenzte Möglichkeiten hat, seine Kosten zu reduzieren, wenn das derzeitige Leistungsangebot aufrecht erhalten werden soll. Eine Privatisierung oder gar Schließung werden nicht ausgeschlossen. Durch die DRG-Einführung werden Anpassungs- und Optimierungsprozesse der Krankenhausleitung, die in den 1990er Jahren begonnen haben, verstärkt. Einerseits gehören hierzu insbesondere Personalabbau, Umstrukturierung von Arbeitsabläufen, Bildung einer Holding, Kostenträgerrechnung und Leistungssteuerung. Andererseits müssen unter den veränderten Rahmenbedingungen neue Strategien entwickelt werden, um den Standort zu sichern und insbesondere die Fallzahlen zu erhöhen, z. B. durch Einbindung der einweisenden Ärzte und Formen integrierter Versorgung. Bisher waren die Maßnahmen der Geschäftsführung wenig erfolgreich. Von Seiten der Verwaltung wird das Verhalten der Mitarbeiter bisher weniger durch explizite Vorgaben gesteuert, sondern eher indirekt über Herstellung von Erlös- und Kostentransparenz, Benchmarking, Abteilungsbudgets mit Bonussystemen.

Unmittelbare Implementation des DRG-Systems und damit verbundene Probleme

Die Einführung der DRG im Krankenhaus D erfolgte als Optionskrankenhaus im August 2003 (s.o.) und wurde durch Schulungen des ärztlichen Personals vom Medizin-Controller vorbereitet (GF, D104, 115 - 116). Die Codierung wird von Assistenzärzten und Oberärzten durchgeführt, wobei die Prozeduren immer derjenige codiert, der operiert. Die Freigabe für die Verwaltung erfolgt, je nach Abteilung unterschiedlich, entweder direkt durch die DRG-beauftragten Ärzte der Abteilung oder per Endkontrolle durch die jeweiligen Oberärzte. Diese Arbeit ist für die codierenden Ärzte sehr zeitintensiv (AA Chirurgie, D101, 73, 77). Der Medizin Controller erteilt abschließend die Freigabe für die Abrechnung (stellv. PL, D103, 110):

B01: Wir haben das folgendermaßen aufgebaut: Für jeden stationären Patienten müssen ja sowohl Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen angegeben werden und Entlassungsdiagnosen für den §901 [...] Ansatz. Diese Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen, die können von allen Ärzten eingegeben werden. Wenn der Patient dann entlassen ist, jetzt administrativ, dann hat der Stationsarzt zum Beispiel die Aufgabe, den [Clusteransatz] bezüglich der Diagnose zu vervollständigen Und er kann dann zum Beispiel eine DRG-Ermittlung durchführen, aber er kann diese DRG noch nicht freigeben. Da gibt es pro Abteilung jeweils nur einen DRG-Beauftragten und einen Stellvertreter dazu. Der hat dann die Aufgabe, den von den Stationsärzten abgeschlossenen Fall, entlassenen Fall, noch einmal zu überprüfen bezüglich Vollständigkeit der Diagnosen und dann die DRG freizugeben. Das ist der erste Freigabestatus. Und all diese freigegebenen DRGs, die gebe ich dann frei für die Abrechnung. Schau mir das alles noch einmal durch, jeden einzelnen Fall. Natürlich nicht anhand des Krankenblattes, sondern anhand der Diagnosenliste, die ich sehe. Und wenn ich das Gefühl habe, ich muss hier eine Korrektur durchführen, dann rufe ich den betreffenden Kollegen an, frage nach, meinst du nicht auch, dass wir hier etwas ändern müssten?. (MC, D106, 109)

Die pflegerelevanten Nebendiagnosen werden derzeit noch von den Ärzten aus der Pflegedokumentation rekonstruiert und eingegeben. Vor kurzem wurden die Pflegekräfte geschult, die pflegerelevanten Nebendiagnosen selbst zu codieren (SL Kardiologie, D110, 107), damit künftig eine mögliche Quelle von Untercodierung beseitigt wird (stellv. PL, D103, 52, 110, 116, 120; PF Kardio-Neurologie, D108, 102 – 107; AA Chirurgie, D101, 81). Die Eingabe in den PC erfolgt jedoch weiterhin durch die Ärzte (SL Kardiologie, D110, 109), was teilweise von Ärzten kritisiert wird, da diese Arbeitsteilung als unsinnig betrachtet wird:

B01: Früher z. B. hatte ich auf der Intensivstation nur die DRGs für die Patienten zu codieren oder verschlüsseln, jetzt muss ich auch die Pflege-Sachen mit codieren. Das Pflegepersonal darf das nur auf Papier erfassen, aber ich muss die im Computer verschlüsseln, und wenn man fragt: „Warum, Leute, ich kann die sowieso nicht beurteilen, weil die Pflege hat das gemacht“, und die sind der Meinung, dass die die Nummer eins und zwei und drei gemacht haben, und die erfassen das auf so einem Papier und ich muss nur das, was auf Papier steht, in den Computer tippen. Warum machen die das nicht von Anfang an, das Pflegepersonal? Nee, das sind ärztliche Aufgaben. Und ja, eine Weile Zeit und dazu eine ärztliche Aufgabe und leider alles im Rahmen der, wie gesagt, Dokumentation und da kommt keine neue, zusätzliche Aufgabe im Rahmen der Patientenversorgung zum Beispiel. (AA Kardiologie-Innere, D102, 112)

Es gibt einen medizinischen Controller, der gleichzeitig der Qualitätsmanagement-Beauftragte des Hauses ist (ehemaliger Facharzt Chirurgie), der die Betroffenen über alle Veränderungen informiert und bei Rückfragen des MDK die Codierarbeit der Ärzte kontrolliert (MC, D106, 115). Der medizinische Controller hat auch die grundständigen Schulungen mit Ärzten und Pflegekräften durchgeführt (MC, D106, 101). Um die gesetzlichen Auflagen zu erfüllen, die ab 2005 einen Qualitätsbericht erfordern, wurde ein Qualitätsmanagement eingerichtet (MC, D106, 52 - 65). Die Aufgabe des Qualitätsberichts, als Orientierungshilfe für Patienten dienen zu können, wird als fragwürdig betrachtet:

I01: Ein Endergebnis vom KTQ ist auch ein Qualitätsbericht, der dann veröffentlicht wird. Denken Sie, dass dieser Bericht eine Orientierung geben kann für potentielle Patienten oder Ange-

hörige von Patienten, die sich informieren wollen über die Versorgungsqualität im Krankenhaus?

B01: Also, da bin ich sehr zwiegespalten. Ich beantworte die Frage mal so: Ich sage Ihnen, wie ich denke, dass es sein sollte. Ich glaube, dass natürlich ein Patient das Recht hat, sich über ein Krankenhaus, in das er sich zu begeben gedenkt, zu informieren. Allerdings bin ich mir nicht ganz sicher, ob dieser Qualitätsbericht, ob der dem Patienten unbedingt die Angaben gibt, die er braucht, um sich zu entscheiden. (MC, D106, 82 - 83)

Im Vorfeld der Einführung der DRGs wurden vom Medizin-Controller mit den Ärzten interne und externe Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt bzw. ermöglicht (GF, D104, 114; AA Chirurgie, D101, 63), auch zum Thema Qualitätsmanagement. Auch im Pflegebereich und mit dem übrigen Personal wurde auf Fortbildungen versucht zu vermitteln, worauf es unter DRG-Bedingungen ankommt (stellv. PL, D103, 110).

Individuelle Codier-Probleme werden von dem medizinischen Controller direkt mit den Ärzten besprochen. Dieser würde sich wünschen, das eine Kodierfachkraft angestellt würde, um ihn etwas zu entlasten. Die Kodierarbeit generell nicht von den Ärzten durchführen zu lassen, hält er für kontraproduktiv, da dann der angestrebte Effekt einer Einbindung der Ärzte in betriebswirtschaftliche Überlegungen wieder verloren ginge:

B01: Ich bin aber mittlerweile zu der Überzeugung gekommen, habe ich allerdings der Geschäftsführung noch nicht vorgeschlagen, weil die Geschäftsführung auch gegen Kodierfachkräfte ist. Aber ich habe meine Einstellung insofern gewandelt, als dass ich es durchaus begrüßen würde, wenn es zum Beispiel für unsere beiden Häuser innerhalb dieser Holding zumindest eine Kodierfachkraft gäbe, die einfach für bestimmte Fragen anrufbar ist und sagt, wie man das am Besten handhabt. Ich werde angerufen, aber ich kann natürlich auch nicht jedes kleinste Kodierproblem lösen. Das ist ganz klar. Und das fände ich eigentlich schon ganz gut. Nur die Vorstellung, die die Kollegen damit verbinden, ist eine ganz andere. Deren Vorstellung ist, die Kodierkraft soll wahrscheinlich auch noch rumlaufen und in die Krankenblätter reingucken, da stehen links die Diagnosen, und der soll sie dann in die ICD-Schlüssel übersetzen und eingeben. Ich würde das auch gar nicht für gut halten, wie ich vorher schon gesagt habe, das DRG-System bietet jetzt endlich mal eine Gelegenheit für die Ärzte, zu sehen, das Geld, das hier reinkommt, das hängt von mir ab. Dass diese Verbindung, die könnte, wenn eine Kodierfachkraft so umgesetzt würde, dass die einfach hier diese lästige Kodiererei zu erledigen hätte, die wäre damit wieder vollkommen aufgehoben. (MC, D106, 119)

Seit Einführung der DRGs hat sich zuerst die Quantität der Nachfragen der Krankenkassen gesteigert, was sich jedoch wieder gebessert habe (AA Kardiologie-Innere, D102, 56). Derzeit verändert sich gerade die Qualität der Nachfragen. Statt der Länge der Behandlung wird zunehmend die Notwendigkeit stationärer Behandlung und die Fallschwere (Nebendiagnosen) in Frage gestellt (AA Chirurgie, D101, 95). Die Besuche des MDK werden teilweise als hilfreich empfunden (AA Kardiologie-Innere, D102, 62).

Die Ärzte sind angehalten, dem Arztbrief einen Universalpassus hinzu zu fügen, der besagt, dass der Brief nicht als Leistungsdokumentation zu werten sei, um MDK-Nachfragen zu vermeiden, die allmählich überhand nehmen (MC, D106, 177 - 181). Ob dieses Verfahren Erfolg hat, wissen die Ärzte nicht:

B01: Chirurgische Briefe sind eh sehr knapp und-. Einzig vielleicht, dass wir seit ein paar Jahren als Nachsatz drunter stehen haben, dass die Briefe nicht als Leistungsdokumentation zu werten sind, sondern nur der Information des nachbehandelnden Arztes. [...] Das heißt, wir [...] widersprechen [...] primär im Brief schon der Vermutung, dass das den Krankenhausaufenthalt des Patienten von der Leistungsseite her 1:1 abbildet.

I01: Das heißt also, Sie versuchen sich sozusagen damit den Ansprüchen des MDK, dass das ein Papier ist, anhand dessen die Kodierung überprüft werden kann, zu entziehen?

B01: Richtig. Dass wir sagen, wenn ihr das überprüfen wollt, müsst ihr euch die Akte kommen lassen.

I01: Und hat das Erfolg?

B01: Da müssen Sie das MDK fragen. Nein, das weiß ich nicht. Das können wir in dem Maße ja nicht nachvollziehen. Es ist ja nur etwas, was einem letztendlich die Option offen hält, dass man sagt, wenn etwas da nicht drin steht, dann steht es nicht deswegen drin-, also, dann haben wir es nicht deswegen weggelassen, weil es komplett irrelevant war, sondern es kann Dinge geben, die wir getan haben, die kostenrelevant waren, die kodierrelevant waren, die wir aber-, wo wir aber keine Relevanz oder keine Notwendigkeit sahen, mit diesen Details den nachbehandelnden Arzt zu belasten. (AA Chirurgie, D101, 85 - 91)

Ärzte und Pflegekräfte, teilweise selbst Chefärzte, empfinden Codierung bzw. Dokumentation eigentlich nicht als zum Berufsbild gehörig, worunter auch die Qualität der Dokumentation und Codierung leidet (AA Chirurgie, D101, 75, 81). Ärzte würden sich wünschen, dass diese Tätigkeiten, wie in anderen Krankenhäusern zum Teil geschehen, von zusätzlichen, eigens dafür abgestellten Ärzten oder DRG-Fachkräften übernommen wird (MC, D106, 119). Der medizinische Controller lehnt ein solches Ansinnen ab (MC, D106, 119). Von Assistenzärzten wird auch ein Missverhältnis zwischen zusätzlichen Pflichten und der Bereitschaft der Geschäftsführung, ihnen dafür einen Ausgleich zu bieten, moniert (AA Kardiologie-Innere, D102, 150 - 154). Ein Arzt merkt an, dass die DRG-Dokumentationspflichten jedoch auch etwas Positives hätten, da es nichts Schlimmeres gebe, als in der Nacht zu einem Patienten gerufen zu werden, von dem man nicht weiß, was er hat, weil keine Dokumentation existiert – ein Sachverhalt, der wohl nicht selten ist. Diese Sicht sei allerdings den Kollegen schwer zu vermitteln (OA Innere, D107, 21–25, 47). Ein DRG-Beauftragter sieht in der Grouper-Software eine große Hilfestellung für die tägliche Codierarbeit, allerdings ist die Dokumentation in diesem Haus besonders aufwändig, weil auch die radiologischen Befunde/Schlüssel eingegeben werden müssen (AA Chirurgie, D101, 15):

B01: Ich bin gezwungen, durch die DRG noch mehr als früher, unter einem neuen Aspekt-, ich war auch früher schon Anhänger der Dokumentation, weil ich als Assistent erlebt habe, es gibt nichts Schlimmeres, als in der Nacht auf eine Station, zu einem fremden Patienten zu kommen, und du weißt gar nicht, wieso er da liegt. Das ist eine fürchterliche Situation! Erzähle ich auch jedermann, der es hören will oder auch nicht. Es funktioniert trotzdem nicht. Auch darüber muss ich mir persönlich Gedanken machen, es kommt nicht an. Oder liegt es vielleicht an der Struktur? Ich weiß es nicht. Jedenfalls, das hat erhebliche Einflüsse. Und auch da gilt, das ist alles sehr rigide. Und es zeigt sich da vielleicht auch, das ist immer meine Entschuldigung für mich selbst, dass-, ich bezeichne es immer als fehlende institutionelle Macht, die ich habe. Ich kann eigentlich nur es den Leuten erklären, es ihnen sagen, warum ich das für gut befinden würde, aber ich kann es nicht anordnen. Wenn ich Pech habe und ordne etwas an, dann macht mich mein Chef noch ein, wenn ich Pech habe. (OA Innere, D107, 164)

B01: Wenn wir endoskopische Leistungen haben, die werden über unsere EDV erfasst, die fließen direkt ins System ein, während solche, wenn Sie so wollen, externen Leistungen auch von uns eingepflegt werden müssen. Das heißt also, wenn ich jetzt heute ein MRT in Auftrag gebe, dann muss ich das-, normal ist es so, dass das die ausführende Abteilung tut. Da die bei uns aber faktisch extern ist und auch nicht über eine HLA-Schnittstelle oder so angeschlossen ist, müssen wir das machen. Das ist in der EDV drin, unser Labor ist in der EDV drin, die Textverarbeitung ist in der EDV drin. Das heißt, wir haben Zugriff auf die Briefe, zum Teil schreiben wir sie auch selber. Und dann hat die EDV natürlich auch noch Erweiterungen, auf die wir jetzt im ärztlichen Bereich direkt nicht zugreifen: Was die Pflege angeht, was die Essensbestellung angeht, was die Eingruppierung angeht, was Belegungspläne angeht, was, das ist so eine Mischsache, die Anforderung physikalischer Leistung angeht, die läuft darüber. (AA Chirurgie, D101, 17)

Den Ärzten musste vermittelt werden, dass die DRG nicht dazu dienen, medizinische Tatbestände abzubilden, sondern ein Vergütungssystem sind, über das sich das Krankenhaus finanziert (MC, D106, 103; AA Chirurgie, D101, 43, 65, 67). Ob dieser Lerneffekt bei allen schon vollzogen ist, ist unklar:

B01: Ob wirklich sich bei jedem in der letzten Rinde seines Hirns schon festgesetzt hat, dass letztendlich die DRG-Kodierung, die DRG-Gruppierung festlegt, was wir im Prinzip als Abteilung oder dann als gesamtes Haus verdienen, das weiß ich nicht. (AA Chirurgie, D101, 73)

Der Arbeit des MDK wird teilweise mit Unverständnis begegnet. Es wird z.B. nicht verstanden, warum Überschreitungen der oberen Grenzverweildauer begründet werden sollen, da ja nur eine Pauschale gezahlt wird:

B01: Ob der Patient sechs Tage bleibt oder 10 Tage bleibt, die Summe, diese Pauschale, die wir kriegen, ist die Gleiche, aber die schicken uns die Frage, die Anfrage, und dann, ja müssen wir, das ist für uns wieder eine Belastung, wir müssen das auch noch mal bearbeiten. (AA Kardiologie-Innere, D102, 50)

B01: Wenn das DRG-System, sagen wir, ein Pauschal-System, wenn Patient mittlere Verweildauer bis über Grenzverweildauer bleibt, es ändert sich nichts für die Krankenkassen. Morgen kommt die Frage, wie soll ich das beantworten?. (AA Kardiologie-Innere, D102, 58)

Zusammenfassung: Das Krankenhaus D rechnet seit August 2003 über DRG ab. Es gibt einen medizinischen Controller und DRG-Beauftragte auf der Abteilungsebene, die alle Ärzte sind. Viele Ärzte sperren sich gegen die Codiertätigkeit, da sie diese als lästige Zusatzarbeit begreifen. In der Codierpraxis ist bisher vor Allem die Erfassung von Nebendiagnosen ein Problem. Seit Einführung der DRG hat sich die Anzahl von Nachfragen durch die Krankenkassen erst erhöht, und dann hat sich die Art der Nachfragen gewandelt, was durch eine Umgestaltung von Dokumentation (pflegerelevante Nebendiagnosen) und Arztbriefen (Universalklausel) aufgefangen werden soll.

Arbeitsbedingungen und Folgen für die Patientenversorgung

Für das gesamte Personal gilt, dass durch die anhaltenden Baumaßnahmen Belastungen entstehen, „die nicht ganz unerheblich sind“ (GF, D104, 58). Außerdem haben die Sparmaßnahmen zu neuen Arbeitszeitmodellen geführt, die sowohl für die Pflege als auch die Ärzte zu geringeren Vergütungen geführt haben, da Überstunden und Bereitschaftsdienstvergütungen abgebaut wurden. Außerdem wurde mit einer neu gegründeten Tochtergesellschaft im Bereich Prävention, Rehabilitation, Nachsorge und Wellness der BAT umgegangen. Weitere Tochtergesellschaften mit untertariflich bezahlten Mitarbeitern werden für bereits ausgegliederte Bereiche (Wäscherei, Reinigungskräfte) gegründet (Service GmbH), um die Zahlung von Mehrwertsteuer zu sparen (stellv. PL, D103, 96; LT Finanzen, D105, 158 - 165). Außerdem wird mit den Tarifparteien derzeit über einen Notlagentarifvertrag verhandelt. Weitere Eingriffe in Arbeitsabläufe sind geplant (Verlängerung der OP-Zeiten), um Personalkosten zu sparen:

B01: Also, ich gehe schon davon aus, dass in dem Bereich in Arbeitszeitmodellen durch Umstellung von Dienstplanstrukturen und so weiter sicherlich noch ein Potential drin steckt.

I01: Dienstplanstrukturen. Was hieße das konkret?

B01: Ja, zeitversetzte Dienste, Schichtmodelle, im ärztlichen Dienst zum Beispiel auch, dass man versucht, die Phasen der Bereitschaftsdienstzeiten zu verkürzen, und durch einen zeitversetzten Dienst eine längere Regelarbeitszeit im Haus durchzuführen. Das bedeutet natürlich

auch Operationen am Nachmittag noch, also, diese klassische Geschichte, von morgens acht bis zwölf wird operiert, und in den restlichen Zeiträumen steht der OP leer, wird nur für Notfälle genutzt, dass man eben versucht, durch ein breiter aufgefächertes Leistungsspektrum über den Tag hin dann auch die vorhandenen Ressourcen optimaler auszunutzen. (LT Finanzen, D105, 23 - 25)

Pflege

Im Zuge von Anpassungsprozessen an die Budgetierung wurde in den neunziger Jahren Personal im Bereich der Pflege reduziert. Parallel dazu wurden Arbeitsabläufe umorganisiert, um Leerlauf zu vermeiden (s.u.). Auch im Pflegebereich sind die Dokumentationspflichten stetig gestiegen (SL Kardiologie, D110, 113) und damit die Arbeitsbelastung. Derzeit existiert eine gewisse Parallelität von Papier- und EDV-Dokumentation im Pflegebereich (stellv. PL, D103, 48). Im Hinblick auf die Einführung eines neuen Dokumentationssystems (OPTIPLAN) wird eingeräumt, dass jeder Neuerung erstmal mit Ablehnung begegnet wird, d.h. die Bereitschaft der Pflegekräfte, etwas Neues zu lernen, ist nicht besonders hoch. Mittlerweile ist das neue System aber akzeptiert und wird als Verbesserung empfunden:

B01: Wir haben Vierbett-Zimmer im Moment, zwar nur für ein paar Stunden, aber es ist so, und muss das dann eben auch ausarbeiten soweit, wobei wir mit dem neuen Dokumentationssystem - wir waren nicht so begeistert. Alles was neu kommt, will man erst mal nicht haben, verstehen Sie das? Es ist aber wirklich erleichternd, wissen Sie, es ist einfacher damit zu arbeiten, aber erst wollte keiner: „Oh, nee, schon wieder was Neues“ und „da finde ich nichts“ und „Wo schreibe ich das hin, die sind doof die Blätter“. Aber das erleichtert auch das Ausarbeiten der Visite mit dem neuen System. Auch das Dokumentieren ist einfacher, müssen wir jetzt nur ein paar andere Zahlen lernen. [...] Also, es ist von OPTIPLAN, früher hatten wir so etwas [HINZ], weiß ich nicht oder war es jetzt selbst gestrickt? Also, von OPTIPLAN ist schon einfacher zu dokumentieren und auch - wir arbeiten jetzt auch mit der Reiter-Leiste, was wir-, früher haben wir immer Listen gemacht, eine Liste für die Spritzen und eine Liste für die Motor-Schienen und so, und also da jetzt sind wir schon eigentlich ziemlich diszipliniert, führen wir das durch. [...] Es ist eine Hilfe, ja. Wenn wir auch vorher darüber gemotzt haben, aber das müssen wir jetzt zurücknehmen. Ja doch, wenn etwas Neues kommt, dann machen erst mal alle dicht. Ist ja klar. (PF Unfallchirurgie, D10, 42 - 51)

Folgen der DRG-Einführung

Ab Mai 2004 wurde eine neue Arbeitszeitregel eingeführt, um Kosten für Überstundenzuschläge zu sparen (s.o.), und den Personalabbau zu kompensieren (stellv. PL, D103, 40). Dadurch hat eine Pflegekraft nur noch alle 14 Tage ein freies Wochenende (SL Kardiologie, D110, 53, 65). Durch die DRG-Einführung werden die meisten Entwicklungen, die schon in der Vergangenheit zu gestiegenen Arbeitsbelastungen für die Pflege geführt haben, verstärkt (stellv. PL, D103, 42; PF Unfallchirurgie, D10, 34 – 41; SL Kardiologie, D110, 35; PF Kardiologie, D108, 12). So nehmen die administrativen Tätigkeiten durch die Erfassung der Pflegediagnosen zu, und auch die Liegezeiten gehen weiter zurück, d.h. der Schweregrad der Patienten nimmt zu (SL Kardiologie, D110, 73). Der Personalabbau im Bereich der Pflege, der bereits vor Einführung der DRG einsetzte, wird durch die DRG-Einführung forciert (stellv. PL, D103, 36; SL Kardiologie, D110, 33):

B01: Mir fehlen mindestens drei Stellen jetzt, und wenn man dann noch so überlegt oder bedenkt, dass im Winter belegungsstarke Monate sind, wie jetzt, das geht ja den ganzen Winter über, die Station ist voll belegt mit 33 bis 36 Betten, wir haben z. T auch schon eingeschoben, was noch einzuschieben geht, also ein drittes Bett eingeschoben, was ja für alle Beteiligten keine gute Situation ist. (SL Kardiologie, D110, 33)

I01: Und ist denn jetzt auf Ihrer Station auch wirklich das Personal weniger geworden?

B01: Von den Stunden her. Also als ich angefangen habe in '90, waren wir wesentlich mehr. In der Frühschicht waren da neun Personen, heute waren wir mal vier. Das war aber jetzt ein Ausnahmefall, es ist fünf. Es wäre schon schön - und auch am Wochenende sind wir immer sehr wenig Personen. Das waren in den Zeiten - aber es ist ja nun schon 15 Jahre her - waren einfach mehr zum Arbeiten da. Und wie gesagt, da wurden auch z. B. in der Zeit Patienten nachts gewaschen, da wurde Arbeit in die Nacht verlegt, das wird ja heute kaum noch gemacht. Sicher am Wochenende, wenn morgens nur drei Leute da stehen, dann hat die Nachtschwester schon mal ein Zimmer fertig gemacht oder, wenn es ging, auch zwei, aber die Regel ist das einfach nicht mehr. Als ich angefangen habe, waren morgens früh um 6.00 Uhr alle Patienten gewaschen vom Nachtdienst, also zu zweit gewacht, alles fertig.

I01: Und heute ist nur noch eine Nachtschwester da?

B01: Auch nur noch, auf unserer Station nur eine. Auf den Inneren ist das unterschiedlich, die sind mal zu zweit, aber auch nicht immer. (PF Unfallchirurgie, D109, 15 - 19)

Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Struktur der stationär behandelten Patienten durch die veränderten Rahmenbedingungen gewandelt hat, und fast nur noch Schwerstpflegefälle zu betreuen sind (PF Unfallchirurgie, D109, 6). Derzeit wird eine Zunahme des Krankenstandes unter Pflegekräften beobachtet, der auf Arbeitsüberlastung zurückgeführt wird:

B01: Und durch die Arbeitsüberlastung kommen schon Krankmeldungen. Das Personal, das denke ich auch schon, das macht was aus. [...] Also, wir haben ein sehr gutes Stationsklima, die Mitarbeiter untereinander, wir verstehen uns sehr gut und da bemüht man sich schon, dass man dann schon arbeiten geht. Wenn es dann gar nicht geht, dann ist schon mal ein Krankenstand da, aber dass man jetzt sagt, dass es so gehäuft ist. Wenn jemand krank ist, dann sind es wirklich Krankheitsgründe. (PF Kardio-Neurologie, D108, 116 - 121)

Die genannten Entwicklungen bedeuten nicht nur eine zunehmende Arbeitsbelastung für die Pflegekräfte, sondern haben auch Folgen für die Patientenversorgung. Die Verkürzung der Liegezeiten, die schon in den 1990er Jahren einsetzte und unter DRG-Bedingungen verstärkt wird, wirkt sich auf die Arbeitsabläufe der Pflegekräfte aus. Untersuchungen müssen schneller durchgeführt werden als früher, bei der Aufnahme muss bereits an die Vorbereitung der Entlassung gedacht werden, und der administrative Aufwand ist bedingt durch die häufigen Entlassungen und Aufnahmen gestiegen (SL Kardiologie, D110, 15; stellv. PL, D103, 4):

B01: Heute wird das innerhalb von wenigen Tagen komprimiert. Beispielsweise, wenn ich jetzt eine Darmdiagnostik durchführen muss, ist das für den Patienten ja auch eine ordentliche Belastung, das ist ja so schon nicht ganz angenehm an der einen oder anderen Stelle, dann habe ich halt diese ganzen Maßnahmen konzentriert auf wenige Tage, muss halt auch sehen, dass ich die Termine auch alle so hinbekomme, und da ist ja dann das nicht nur für einen Patienten, sondern für viele Patienten, ich habe halt eine höhere Anzahl an Zugängen, Entlassungen, alles pro Tag abzuwickeln. (stellv. PL, D103, 46)

B01: Ja, ganz sicher, ganz sicher werden Abstriche gemacht. [...] Was so verloren gegangen ist, Zuwendung zum Patienten, man hat da nicht mehr so viel Zeit. Natürlich, während man eine Grundpflege macht, man unterhält sich und macht und tut, aber auch das wird alles so ein bisschen fffft, schneller gemacht oder was vielleicht nicht schlimm ist, wir waschen z. B. die Beine nur dreimal in der Woche, ich meine, es arbeitet keiner in einem Kohlenkeller, die Beine sind in dem Sinne nicht schmutzig, aber jeden Tag Beine waschen, ist nicht drin.

I01: Und früher war das immer?

B01: War alles von Kopf bis Fuß gewaschen. [...]

I01: Und wann ging das jetzt so los, dass Sie da weniger gewaschen haben?

B01: Das ist schon etliche Jahre. (PF Unfallchirurgie, D10, 19 - 29)

Dieses Problem des Zeitdrucks und der Unübersichtlichkeit aufgrund reduzierter Personalzahlen und schnell wechselnder Bettenbelegung führt mittlerweile zu Arbeitsunzufriedenheit (SL Kardiologie, D110, 143; stellv. PL, D103, 150). Die Pflegeleitung versucht derzeit im Rahmen des Qualitätsmanagements entlastende Änderungen im Bereich der Arbeitsorganisation durchzusetzen:

B01: Ich kann nicht mal in Ruhe was abarbeiten, das fällt meistens flach oder sehr oft ist es einfach so. Und das bringt natürlich auch ein bisschen Unzufriedenheit mit sich, muss ich schon sagen. Ich frage mich dann auch manchmal mittags: „Was hast du denn heute eigentlich gemacht, du hast nur andere Leute bedient“. (SL Kardiologie, D110, 145)

B01: Wir haben halt mit dem Qualitätsmanagement angefangen, nicht ausschließlich im Hinblick auf eine Zertifizierung und irgendeinen Katalog abzuarbeiten, sondern haben geguckt, was können wir im Haus auch wirklich dann so lösen, dass auch unsere Mitarbeiter und die Kollegen einfach da mal eine Erleichterung verspüren, haben mit so ganz einfachen Sachen angefangen. (stellv. PL, D103, 60)

Zusammenfassung: In Folge von Personalabbau, Umstrukturierung von Arbeitsabläufen und Arbeitszeiten, Verkürzung der Liegezeiten mit schnelleren Aufnahmen und Entlassungen, sowie erhöhten Dokumentationspflichten, nehmen Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung der Pflegekräfte seit den 1990er Jahren zu. Diese Prozesse werden durch die DRG-Einführung noch verstärkt. Teilweise ist bereits eine Erosion von Pflegestandards zu beobachten (Patienten waschen), und die Arbeitsunzufriedenheit wächst.

Ärzte

Im Krankenhaus gilt seit 1995 ein neues Arbeitszeitmodell, das helfen soll Überstunden- und Bereitschaftsdienstvergütungen zu vermeiden. Seitdem muss nach einem Bereitschaftsdienst am Folgetag freigenommen werden. Das Experimentieren mit neuen Dienstformen stößt jedoch bei denjenigen Ärzten auf Hindernisse, die soweit spezialisiert sind, dass sie nicht durch andere diensthabende Ärzte ersetzt werden können. Neue Regelarbeitszeiten sollen in Zukunft die Bereitschaftsdienstzeiten weiter reduzieren (MC, D106, 15; s.o.).

Folgen der DRG-Einführung

Durch die DRG-Einführung hat sich insbesondere der Arbeitsalltag der Assistenzärzte verändert. So haben die administrativen Aufgaben bedingt durch die neue Arbeit der Verschlüsselung, die Einarbeitung in das DRG-System und die gestiegene Notwendigkeit von Begründungen gegenüber den Krankenkassen, zugenommen (AA Chirurgie, D101, 117). Die administrativen Tätigkeiten führen häufig zu Überstunden und Unzufriedenheit (AA Chirurgie, D101, 124; AA Kardiologie-Innere, D102, 20):

B01: Ich kann es nicht verstehen, wenn man über Qualität spricht und sie brauchen mehr Qualität. Mehr Qualität - mehr bedeutet mehr Bedürfnisse, mehr Arbeit und ich muss dieses Mehr schaffen mit weniger. Entweder mehr oder weniger. (AA Kardiologie-Innere, D102, 160)

B01: Ich will nicht sagen, dass jede Anfrage eine zuviel ist, aber es ist ja so: Wir haben Arbeitszeiten, die real mit den Diensten bei 60 Stunden in der Woche liegen, wenn Sie die Bereit-

schaftsdienste mitnehmen. Wir haben eine sehr hohe Dienstbelastung, haben eine sehr hohe Zeitbelastung. Das heißt, wir haben wenig Kapazitäten, das noch auszuweiten. Und wenn ich mehr mit Verwaltungs-, und in meinen Augen sind das reine Verwaltungsaufgaben, die eigentlich mit meinem medizinischen Kerngeschäft nichts zu tun haben, mich beschäftigen muss, dann muss ich diese Zeit von anderem wegnehmen. Ich kann diese Zeit nicht noch zusätzlich investieren. Und diese Zeit geht meiner klinischen Tätigkeit verloren. (AA Chirurgie, D101, 109)

Auch die Qualitätssicherung (Dokumentation) führt abteilungsspezifisch zu starken Belastungen der Arbeitszeit (AA Kardiologie-Innere, D102, 12, 98). Teilweise wird auch von Mehrfach-Dokumentationen berichtet (AA Kardiologie-Innere, D102, 10).

Die DRG-Einführung bringt aber nicht nur neue Belastungen für die Ärzte, sondern geht tendenziell auch zu Lasten der Patientenversorgung. Durch die Zunahme administrativer Tätigkeiten und die Liegezeitverkürzung bei gleichzeitiger Fallzahlerhöhung, steht weniger Zeit für die Patienten zur Verfügung. Die Ärzte stehen unter DRG-Bedingungen von drei Seiten unter Druck: Einerseits möchte die Krankenhausleitung (bzw. ihr Chefarzt), dass sie die Dokumentationen möglichst zeitnah erledigen (AA Kardiologie-Innere, D102, 108), andererseits steigen die Nachfragen des MDK, die ihrerseits Mehrarbeit bedeuten (AA Kardiologie-Innere, D102, 110), und drittens sind da die Patienten, die man eigentlich möglichst gut versorgen möchte (AA Kardiologie-Innere, D102, 158). Vor allem jüngere Ärzte fühlen sich dabei unter einem permanenten Rechtfertigungsdruck, weil sie Abwägungsentscheidungen zwischen medizinischer und ökonomischer Notwendigkeit über die Aufnahme oder Entlassung eines Patienten oder die Durchführung oder Nichtdurchführung von diagnostischen Maßnahmen zu treffen haben (AA Chirurgie, D101, 75). Außerdem müssen sie trotz einer Mehrbelastung ökonomische Einbußen hinnehmen, was zu Unzufriedenheit führt:

B01: Unter Druck, unter Druck, unter Druck, und dann irgendwann kann man nicht mehr durchhalten. (AA Kardiologie-Innere, D102, 104)

B01: Wieso Überstunden; muss man alles rechtfertigen und dann muss man immer einen Kompromiss erreichen, ein Teil wird nicht bezahlt, der andere wird bezahlt, ein Teil wird als Freizeit ausgleich genommen, andere nicht. Manche Kollegen haben überhaupt keine anerkannten Überstunden, das auch. (AA Kardiologie-Innere, D102, 28)

B01: Es ist auch viel schwieriger, da will ich mich gar nicht ausnehmen, zu akzeptieren, dass man eigentlich mit einem anderen Berufsbild angetreten ist. (AA Chirurgie, D101, 182)

Für die Assistenzärzte kommt hinzu, das unter DRG-Bedingungen tendenziell die Aus- und Weiterbildung leidet (AA Chirurgie, D101, 146). Der Zustand ex ante wird als sowieso stark verbesserungswürdig eingestuft, aber unter Zeitdruck und DRGs habe sich diese ungünstige Situation eher noch verschlechtert:

B01: Dazu ist es einfach so, dass wir natürlich-, dass natürlich aus den eigentlich schon geschilderten Gründen immer weniger Zeit ist, sich der Ausbildung von Kollegen zu widmen, sondern-. Also, ich will jetzt nicht sagen, dass man früher da unendlich viel Zeit und Mühe darauf verwendet hat, da soll man auch mal nichts idealisieren, aber das ist sicher nicht-, wenn das vielleicht schon eine Situation war, die man eigentlich retrospektiv sich anders gewünscht hätte, ist das sicher nicht besser geworden, sondern im Gegenteil. Sondern da werden auch-, das ist ja nicht eingeplant, diese Zeit, denke ich, und die sind auch nicht da, weil die Stellenschlüssel auch schärfer geschnitten werden. (AA Chirurgie, D101, 146)

B01: Theoretisch wird es natürlich dazu führen, dass der Druck auch auf die Assistenten stärker wird. Wir schleusen viel mehr durch, die Zeit ist komprimiert, ja, und wir erwarten Dinge von den Leuten-, wahrscheinlich Dinge von den Leuten, die sie zu leisten nicht in der Lage sind. Noch nicht in der Lage sind. Und durch diese Komprimierung des ganzen Prozesses fehlt natürlich die Zeit, es auch-, Fehler zu machen allein. Fehler machen heißt ja immer auch Zeit investieren. Um den Fehler wieder zu korrigieren. (OA Innere, D107, 166)

Zusammenfassung: Durch die DRG-Einführung erhöhen sich die eher unbeliebten und mit dem ärztlichen Selbstverständnis teilweise nur schwer zu vereinbarenden administrativen Aufgaben, was Arbeitszeit bindet und zu Lasten der Patientenversorgung geht. Ärzte sehen sich im Konflikt zwischen den Interessen der Krankenhausleitung, des MDK und dem Interesse der Patienten.

Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegekräften

Durch die Lehrtätigkeit an der Krankenpflegeschool haben einige Ärzte ein persönliches Verhältnis zu den Pflegekräften aufbauen können, das Kommunikation erleichtert (AA Chirurgie, D101, 61). Allerdings wird auch von ärztlicher Seite kritisiert, dass Pflegekräfte zu unflexibel seien, einerseits was die Arbeitszeit betrifft, und andererseits was die Bereitschaft zum Handeln betrifft. Strukturell wird das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte bemängelt, da diese häufig nach vieljähriger Abwesenheit wieder in ihren Beruf zurückkehren, ohne dass sie nachgeschult würden:

B01: Wir müssen leistungsfähig sein, es kann nicht sein, dass jemand kommt und sagt, na ja, ich gehe nach 20 Stunden wieder, ich reiße hier meine Messungen ab und dann damit-, das war's! Wenn wir in diesem Stil weiter machen wollen, habe ich zumindest auch die Befürchtung, wird uns die Realität irgendwann einholen. Das, was wir vor 20 Jahren vielleicht gemacht haben, das sind ja oftmals ältere Schwestern auch, die vor 20 Jahren ihr Examen gemacht haben oder vor 15. Dann sind sie in die Kinderpause gegangen, was völlig in Ordnung ist, aber ich sage Ihnen mal ganz ehrlich, wenn Sie das mal formal durchgehen, ich gebe auch Unterricht hier an der Schule und weiß also, was ich im Examen von denen verlange. Und dann arbeiten die Leute vielleicht zwei, drei Jahre und gehen dann in einen Mutterschutz über 10 Jahre, sage ich mal, die kommen eigentlich wieder als Hausfrau. Nicht als Schwester. [...] Ist das in anderen Berufen auch so? Kann man es sich in anderen Berufen erlauben, in diese Position dann Leute zu bringen, die eigentlich nur diese 20 Stunden abreißen und dann wieder gehen? [...] Wir hatten neulich eine Patientin, die lag im Sterben. Das ganze Haus rappelvoll, und dann haben wir sie auf die Gynäkologie gelegt. Das ist schlimm. Das ist wirklich schlimm. Die gurgelte so ein bisschen hier im Hals, und dann sollten die Schwestern sie absaugen. Das können wir nicht! Ja, aber Sie sind doch Schwester! Ja, ja, ja, ich hab das bei Säuglingen gemacht. Ja, aber Sie sind doch Schwester! Ja, trotzdem, ich kann das nicht. Da musste dann der diensthabende Arzt kommen und es machen! Ja? Und da muss ich sagen, da stimmt was nicht! Erstens muss einer Klinik auffallen, wenn man minderqualifizierte Leute hat. Punkt eins. Zweitens muss ich mich als Führungsperson fragen, ob ich das erzwingen und sage, Sie machen das jetzt, oder Sie lassen es sich zeigen! Aber ich möchte nie wieder hören, dass Sie das nicht können! Und das dritte ist natürlich: Was geht eigentlich in dieser Schwester vor? Die sagt, kann ich nicht. Mache ich nicht. (OA Innere, D107, 92 - 94)

Es wurden im Rahmen des Qualitätsmanagements Veranstaltungen durchgeführt, die sich mit Kommunikationsproblemen und Lösungsstrategien befasst haben (stellv. PL, D103, 58, 60). Damit sei eine gewisse Verbesserung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Pflege erzielt worden (stellv. PL, D103, 58):

B01: Das ist jetzt so ein Beispiel dafür, dass man einfach guckt, wie regelt man das dann halt im Haus und setzt sich dann schon zusammen. Also das wächst, das wird auch wesentlich besser, ist auch schon besser geworden. (stellv. PL, D103, 60)

Folgen der DRG-Einführung

Ärzte, leitende Pflegekräfte und Verwaltung sehen mittlerweile eine Wiederannäherung zwischen den Berufsgruppen, nicht zuletzt, da alle zusehends ein gemeinsames Interesse am wirtschaftlichen Wohlergehen des Hauses wahrnehmen. Dieses Bewusstsein wuchs mit Zunahme der finanziellen „Not“ (LT Finanzen, D105, 35 - 36).

Den Ärzten erschienen (und erscheinen) die Abgrenzungsbestrebungen der Pflege teilweise überzogen. Sie wünschen sich mehr Kooperation und Flexibilität von Seiten der Pflegekräfte bzw. die Übernahme ärztlicher Aufgaben (AA Kardiologie-Innere, D102, 114). Die Pflegekräfte selber sehen eine Abnahme von Hierarchien im Verhältnis zu den Ärzten (SL Kardiologie, D110, 155), wobei Generalisierungen schwer seien (SL Kardiologie, D110, 35, 111, 157). Es gibt zwar Reibereien, aber keinen offenen Konflikt (AA Kardiologie-Innere, D102, 122). Es gibt einerseits Ärzte, die auf informelle Übereinkünfte bauen, während andere sich eine Besserung durch verbindliche Strukturen erhoffen, da sich ein Nebeneinander von persönlich gutem Verhältnis und schlechter Kooperation nicht ausschließt:

B01: Ich denke, das Verhältnis zur Pflege hängt, wenn man jetzt von der Arztseite auch ausgeht, sehr davon ab, inwieweit man sich mit diesen Entwicklungen anfreunden konnte. In dem Moment, wo Sie solche Entwicklungen sehen, dass die Pflege sich emanzipiert, wenn Sie so wollen, dass sie ihr eigenes Gewicht wahrnimmt und auch sich entsprechend positioniert, dann hängt es ja sehr davon ab, wie man da individuell mit umgeht. Ich denke sowieso, dass in dem Mikrokosmos Krankenhaus sehr viel, um nicht zu sagen Entscheidendes, insbesondere was die eigene Arbeitswelt angeht, davon abhängt, welche persönlichen Strukturen, Beziehungen und, sagen wir mal ganz praktisch, Arbeitsbündnisse man abschließt. Ich glaube, dass das eine entscheidende Sache ist, die es auch schwierig macht, das allgemein zu formulieren. (AA Chirurgie, D101, 59)

B01: In den dreieinhalb Jahren ist der Kontakt, ich kann jetzt nur von meiner Station reden, der Kontakt zu den Schwestern ist immer distanzierter geworden. Seitdem ich hier bin, fordere ich das immer ein oder wünsche es mir immer wieder. Aber es hat in den dreieinhalb Jahren nicht eine gemeinsame Besprechung zwischen den Schwestern auf Station und den dort arbeitenden Ärzten gegeben. Nicht eine! Auch da, beide Seiten-, wir haben-, im zwischenmenschlichen Bereich haben wir keine Probleme, weil wir keine Leute haben im Großen und Ganzen, die ständig Theater machen, oder die die Schwestern lang machen oder so was. Das ist nicht so. Und wir haben auch ein, zwei Leute drin, die, denke ich, schon einen recht guten persönlichen Umgang mit denen haben, das färbt dann schon ein bisschen ab. Das ist nicht das Problem. Das Problem ist in der Tat, die Schwestern machen das, was sie meinen, was ihres ist, und die Ärzte machen das, was sie meinen, was ihres ist. (OA Innere, D107, 48 - 49)

B01: Das Verhältnis ist nicht schlechter geworden, aber irgendwie - man sieht sich auch weniger, weil die Ärzte stehen auch unter Zeitnot und Zugzwang. (SL Kardiologie, D110, 155)

Auch die Kommunikationsstrukturen haben sich aufgrund von Innovationen (OPTIPLAN, s.o.) geändert (stellv. PL, D103, 52). Zwischen Ärzten und Pflege scheint teilweise ein grundsätzliches Misstrauen zu herrschen: In Bezug auf die Codierung der pflegerelevanten Nebendiagnosen vermuten die Pflegekräfte nutzlose Arbeit, weil die Ärzte ihre Diagnosen nicht übernehmen würden (stellv. PL, D103, 122), während die Ärzte nicht verstehen, warum die Pflegekräfte nicht direkt am PC ihre Diagnosen vergeben, um doppelte Arbeit zu vermeiden (AA Kardiologie-Innere, D102, 112). Schriftliche Mitteilungen ersetzen weitgehend mündliche Kommunikation (PF Kardio-Neurologie, D108, 56 - 57, 58 - 64). Abteilungsspezifisch findet die Visite mit (Chirurgen) oder ohne (Innere) Pflegekräfte statt. Die Chefarztvisite bietet derzeit am ehesten den Rahmen für ein Gespräch zwischen Ärzten und Pflege (AA Kardiologie-Innere, D102, 130). Gut laufe die Kommunikation allerdings nur auf den Stationen, wo zusätzlich miteinander gesprochen wird und eine informelle Übereinkunft

herrscht, dass man besser fährt, wenn man nicht gegeneinander arbeitet (PF Unfallchirurgie, D109, 55 - 56):

B01: Team Player, da kommt ja auch dieser Begriff her, und jeder kennt die Regeln, wie dieses Spiel gespielt wird. Und dann funktioniert es auch, und angeblich sollen solche Spiele dann ja auch Spaß machen! Schwierig wird es, wenn einer sich nicht an diese Spielregeln hält. Das nennt man dann, er bescheißt! Und das, was dann hinten raus kommt, ist beschissen. Das ist so ein Bild, was ich im Moment vor Augen habe, auch bei uns. Wir wissen, wir haben erstens anscheinend unsere Spielregeln verlor-, verlegt, sind nicht in der Lage, gemeinsam eine Spielregel neu zu entwerfen. Also spielt jeder sein Spiel, jeder fühlt sich vom anderen beschissen, und das Ergebnis ist beschissen. (OA Innere, D107, 69)

B01: Ist das bei Ihnen noch so klassisch auch mit Visite, sagten Sie eben, Sie gehen immer mit zur Visite?

B01: Ja, da geht einer mit, weil es auch schon Verbände, und ist auch, macht auch Sinn. Es wird mal was gesagt, nur Ärzte sollen zwar auch was aufschreiben, aber, na ja gut, das machen sie nicht immer, da schreiben wir es mit auf. Das ist auch so ein Punkt, wo wir lockerer darüber denken. Der Doktor soll dahinschreiben und manchmal schreibt er es doch nicht hin, dann schreiben wir es hin, nicht? „Kann morgen nach Hause gehen“ z. B. müsste offiziell mit dem Kürzel vom Arzt da stehen, nicht? [...] Also, aber trotzdem, das ist eigentlich auch, wir arbeiten da sehr gut zusammen und sagen nicht hier: „Das muss der Doktor unbedingt machen“ und „Das mache ich jetzt nicht, das geht nicht“ oder wir nehmen auch im Notfall mal Blut ab und sagen: „Nee, da ist jetzt keiner zur Hand, der kann das nicht, kann keiner kommen, und das muss gemacht werden“, also denn macht man es mal. (PF Unfallchirurgie, D109, 57 - 58)

B01: Sie können bestimmte Sachen, wenn sie gut laufen sollen, da können Sie sich nicht drauf verlassen, dass das nur schriftlich irgendwo fixiert ist. Dann geschieht, denke ich, auch nur ein Minimum. Wenn es gut läuft, dann muss man das untereinander abgesprochen haben. Oder muss sich untereinander drauf, das ist auch sicher nonverbal ein Stück weit, drauf verlassen, dass der eine wie der andere einen nicht hängen lässt. Und auch in einer Situation, die zur Zeit in vielen vielleicht von uns als stressiger empfunden wird als früher, dass man sagt, okay, gegeneinander erreichen wir noch weniger. Das klappt nicht immer, ich will das gar nicht idealisieren, und wir haben alle unsere schlechten Tage, aber wenn es gut läuft, wie gesagt, dann läuft es auf dieser Ebene. Das hat sich geändert. (AA Chirurgie, D101, 61)

Ein strukturelles Problem für erfolgreiche Kommunikation ist die Nichtverfügbarkeit des Adressaten. Durch die verstärkte Beschäftigung von Teilzeitkräften in der Pflege sinkt das Verantwortungsgefühl für das Kollektiv, und Ansprechpartner sind für Ärzte nicht erreichbar. Mitteilungen werden nicht mehr an alle Adressaten weitergereicht mit dem Resultat dass mehr und mehr unkoordiniert nebeneinander gearbeitet wird. Dieses gilt auch für das Verhältnis der Ärzte untereinander, z.B. werden verbindliche Visitenzeiten nicht eingehalten(OA Innere, D107, 77 - 80):

B01: Es gibt keine Absprachen, es gibt keine Verträge zwischen uns. Wo wir sagen, wir möchten das jetzt so und so machen, und spätestens, wenn Sie eine Absprache treffen, auch gerade mit den Schwestern haben wir ja das Problem; man trifft eine Absprache und dann funktioniert es nicht. Kann ja mal passieren. Spricht ja-, und du rufst die Schwester an, und dann sagt die, ach, wissen Sie, das habe ich nicht gewusst. Wissen Sie, ich habe nur einen 20-Stunden-Vertrag. Die Hälfte unserer Schwestern zum Beispiel hat nur so Halbverträge, und die war dann zufälligerweise nicht da, kommt aus dem Nachtdienst, frei, oder aus dem Urlaub oder sonst et- was, da kriegen Sie einen dicken Hals! Das hören Sie ständig!. (OA Innere, D107, 67)

Zusammenfassung: In den Augen der Pflegekräfte läuft die Kommunikation mit den Ärzten eigentlich gut – man sieht sich halt nicht so viel. Die Ärzte wiederum wünschen sich eine stärkere Entlastung durch Abgabe ärztlicher Tätigkeiten an den Pflegebereich. Die Fokussierung auf das gemeinsame Interesse am wirtschaftlichen Erfolg des Hauses begünstigt eine Wiederannäherung über die professionellen Grenzen hinweg. Die Arbeitsstrukturen scheinen je nach Abteilung sehr unterschiedlich: Während in den chirurgischen Abteilungen recht geordnet kooperiert wird, herrschen anscheinend in der Inneren eher unstrukturierte Verhältnisse.

Einfluss wirtschaftlicher Ziele auf ärztliche und pflegerische Entscheidungen und die Versorgungsqualität

Durch die Budgetierung und die Anpassungsmaßnahmen der Krankenhausleitung zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit wurde bei Ärzten und leitenden Pflegekräften ein Bewusstsein dafür geschaffen, dass ein Krankenhaus auch ein Wirtschaftsbetrieb ist und dass gespart werden muss (stellv. PL, D103, 8; AA Chirurgie, D101, 23). Die Rolle der Verwaltung hat zugenommen: Für den Leiter des Rechnungswesens ist es klar, dass Mehrkosten von 300 Euro nicht rechtfertigen, dass ein Patient zwei Tage schneller wieder mobil ist, d.h. das Recht des Patienten auf einen möglichst schnellen Heilungserfolg wird geringer bewertet als die ökonomischen Interessen des Hauses. Allerdings erreichen im ärztlichen Dienst viele der Anordnungen, Zielvorgaben etc. anscheinend nicht ihre Adressaten – was eine gewisse Wirkungslosigkeit nach sich zieht (OA Innere, D107, 49 - 51):

B01: Vom Kostenbewusstsein hat es in einigen Bereichen, [...] man bekommt jetzt als Rechnungswesenleiter [...] Fragen gestellt, [...] wo man sich dran freut, wo man sagt, ich glaube, die Message ist schon mal ein bisschen angekommen. [...] Und man plötzlich festgestellt hat, ich will jetzt nicht immer nur noch das Beste, sondern [...] man hat ein Kostenbewusstsein schon mal da in der Richtung entwickelt. [...] Das ist die Verteilung der Kosten im OP. [...] Weil es gibt natürlich unterschiedliche Operationsmethoden, die von der Konsequenz natürlich bedeuten, dass ein Patient vielleicht zwei Tage früher entlassen wird. Aber wenn die Operation dadurch 500 oder 600 Euro teurer wird, weil man mit irgendwelchen heißen Skalpellen oder irgendwelchen anderen Geschichten arbeitet, dass die Wunde gleich hinterher wieder verödet wird [...], dann muss man sich die Frage stellen, diese 300 Euro, dafür dass der Patient zwei Tage früher entlassen wird, ist es das wert? Oder was kostet mich der Patient, wenn er konservativ operiert wurde mit Nadel und Faden, [...] und der Patient eben zwei Tage länger im Krankenhaus bleibt, bis die Wunde verheilt ist, und er geht dann nach Hause. (LT Finanzen, D105, 168 - 169)

B01: Wir werden zwar überflutet von Dienstanweisungen von der Klinikleitung, von der Geschäftsführung. [...], aber ich kriege die nicht. Weil, es sind unterschiedliche Verteiler zum Beispiel. Wenn die Geschäftsleitung etwas macht, die Pflege läuft über die Pflegedienstleitung, die Stationschwester, und die Ärzteschaft geht über Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte. In meiner Abteilung gibt es anscheinend beim Chefarzt so einen Stopp. [...] Und da gibt es ein großes Problem, ein kommunikatives Problem. (OA Innere, D107, 49 - 51)

Die Direktion versucht ökonomische Ziele vor allem über den Hebel der Personalentwicklung (s.o.) durchzusetzen, aber andererseits auch über Arbeitskreise, die Verbesserungsvorschläge entwickeln sollen. Allerdings werden wohl teilweise keine konkreten Umsetzungsschritte entwickelt und der Informationsfluss stockt (OA Innere, D107, 51).

Zwischen Direktion, Ärzten und Pflege gibt es unterschiedliche Einschätzungen darüber, in welchen Bereichen gespart werden kann und wie. Vor allem Investitionen und Ersatzbeschaffungen werden hinausgezögert (stellv. PL, D103, 30, 98 - 104). Es herrscht ein Bewusstsein darüber, dass gespart werden muss (LT Finanzen, D105, 166 – 167; AA Chirurgie, D101, 73), aber den Ärzten wird nicht genügend vermittelt, wie das geht (AA Chirurgie, D101, 182) bzw. es werden aus Opportunitätsgründen Entscheidungen getroffen, bei denen eigentlich klar ist, dass sie nicht erfolgsversprechend sind:

B01: Das ist unterschiedlich, also durchmischt, durchmischt. Was sehr schön wäre, uns eigentlich letztes Jahr auch mal so zugesagt worden ist, dass es neue Betten gibt, das wäre sehr schön, weil das sind wirklich - wir sagen: „Aus dem Gips-Krieg noch teilweise“ - es sind schon erneuerungsbedürftig und noch schlimmer die Nachtschwestern, die sind wirklich, also das, aber das soll jetzt mal angeschafft werden so nach und nach, nicht alle auf einmal. Manche Sachen sind ganz toll und neu, aber manche sind eben noch erneuerungsbedürftig. (PF Unfallchirurgie, D109, 76 - 77)

B01: Fortbildungsveranstaltung hier vom Deutschen Institut, Krankenhausinstitut in Düsseldorf, die uns so sagten, was jetzt neu wäre bei den DRGs. Und da war dieses-, da ging es um dieses Thema 'Geriatrische Komplexbehandlung', weil die sich da in die Köpfe kriegen, und wir haben ja vier internistische Chefs, und die können sich nicht einigen. [...] Ich hatte damals gefragt, [...] Ist es denn eigentlich auch möglich, dass die Patienten *bei uns bleiben*? Und dann so ein mobiles Team eben zu uns kommt? [...] Und dann sagte dieser Mann, der sicherlich viel herum kommt hier vom Krankenhausinstitut, ja, das hätte er in seltenen Fällen schon einmal gesehen, dass man das probiert hätte, aber er könne sagen, keines hätte funktioniert. [...] Ich weiß nicht, ob man diesen Satz nicht wahrgenommen hat seinerzeit, war mein Chef auch nicht dabei. [...] Aber der Geriater war dabei. Aber dieses System, dieses Konzept hat man jetzt aufgenommen für [unser Haus] in der Hoffnung, es klappt! Weil sich die Chefs nicht einigen können [...] nimmt man ein System auf, was man an einem anderen Ort schon probiert hat und das dort nicht funktioniert hat. Und das [...] in einer Konstellation [...], wo Leute nicht miteinander kommunizieren können. Ich will ja nicht unken, aber ich kann daran nicht glauben, dass das funktioniert. Sie sehen da dieses ganze Konzept Ökonomie, was da rein kommt. [...] Ökonomie wird gar nicht richtig verstanden. [...] Es wird nicht mit denen gesprochen, die eigentlich vor Ort dann das auch machen. Und Erfahrungswerte werden in den Wind geschlagen, und dann wird erst einmal etwas gemacht, was den Leuten nicht adäquat mitgeteilt, nicht adäquat verständlich gemacht wird. Ich glaube nicht, dass Ökonomie so funktioniert. Man hat den ökonomischen Druck, etwas zu machen. Aber nicht das ökonomische Verständnis, glaube ich. (OA Innere, D107, 108)

Eine eher positive Entwicklung ist das neue Qualitätsmanagement und verstärkte Fortbildungsangebote für die Mitarbeiter (AA Kardiologie-Innere, D102, 92). Die Folgen für die Versorgungsqualität sind zwar noch unklar, aber innerbetriebliche Kooperation wird durch interdisziplinäre Arbeitskreise gefördert (stellv. PL, D103, 60, 148):

B01: Wir haben ja mit der Einführung unseres Qualitätsmanagements etliche Qualitätsteams schon im Haus laufen gehabt und haben dann auch interdisziplinär wirklich auch Mediziner, Pflege, Verwaltung, mehr Technischer Dienst, je nachdem, woher auch die, oder welche Schnittstelle dann bearbeitet wurde, gemeinsam versucht, Lösungen zu finden und das dann schon strukturiert, dass man auch sich so und soviel Mal getroffen hat, ein Konzept erarbeitet, das wurde im Haus dann auch umgesetzt. (stellv. PL, D103, 58)

B01: 2001 haben wir uns dann auf diesen Weg begeben, nach EFQM gemischt mit KTQ-Fragen, diesem Konzept von Asklepios, das halt einfach versucht mit einem [Cross-Workshop] von Asklepios, was recht schwierig war, sind aber mittlerweile soweit, dass wir sagen, also wir gucken uns die KTQ-Fragen an, denn die zu beantworten, ist schon eine dankbare Aufgabe und sind da jetzt am Arbeiten, dass wir den TÜV-Punkt 0 dann Mitte des Jahres spätestens beantwortet haben in der aktuellen Version. (stellv. PL, D103, 64)

Ein Folge der Abteilungsbudgets ist, dass die Chefärzte anfangen, einen diffusen Druck auf ihre Mitarbeiter auszuüben (OA Innere, D107, 138), wenn sie den Eindruck haben, die-

ses oder jenes sei zu teuer (OA Innere, D107, 19). Chefärzte identifizieren sich mit dem Geld ihrer Abteilung, obwohl es nicht ihres ist, weshalb die Krankenhausleitung über Abteilungsbudgets die Wahrnehmung der Chefärzte für patientenindividuelle Erlöse und Kosten beeinflussen konnte:

B01: Wir haben Menschen früher verwaltet, so sehe ich es. Und jetzt kriegen wir eben einen zunehmenden ökonomischen Druck, der uns wahrscheinlich in eine andere Richtungen bringt, leider nicht immer schön, weil [...] mit den DRGs hat ja auch die Budgetierung [...] der Abteilungen [angefangen]. Dass eben jeder Chefarzt jetzt, früher war das auch so-, aber wenn es eben ein Minus gab, dann hat es der Staat bezahlt letztendlich. Heute ist es eben so, dass die Chefärzte zunehmend in die Verantwortung gezogen werden, und dann gibt es so Formulierungen wie, „diese Patientin, die hat mich sowieso schon zuviel Geld gekostet“. Hat mich, Chefarzt, mein Geld gekostet! (OA Innere, D107, 15)

B01: Je mehr die Chefärzte in die Verantwortung genommen werden von Seiten der Verwaltung, umso mehr, wie soll ich das ausdrücken, umso mehr machen die Chefärzte einen unspezifischen Druck. Unspezifisch größtenteils deshalb, das ist meine Erfahrung, tut mir leid, wenn ich das sage, aber es wird ja anonymisiert, weil die meisten Chef-, oder die Chefärzte, die ich kenne, meiner Meinung gar nicht wissen, was das DRG-System ist und will. (OA Innere, D107, 18 - 19)

Aufnahme von Patienten und Wartezeiten

Die Befragten stimmen darin überein, dass im Krankenhaus D bisher keinem Patienten aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus oder weil die Budgetvorgaben erfüllt sind, Leistungen vorenthalten werden (OA Innere, D107, 138), oder Patienten aus wirtschaftlichen Gründen abgewiesen werden. Offenbar kommt es derzeit nicht zu langen Wartezeiten (stellv. PL, D103, 26). Interne Wartezeiten entstehen für die Patienten allerdings durch die Hochhausstruktur und die Baumaßnahmen, da ein Fahrstuhl für Patienten gesperrt wurde (SL Kardiologie, D110, 23). Um etwas Abhilfe zu schaffen, werden neuerdings die EKGs mobil geschrieben:

B01: Beispielsweise das EKG-Schreiben war halt, was Patienten auf der Station angeht., dadurch, dass wir halt 10 Etagen haben und diese Aufzug-Wartezeiten, den Patienten im Bett immer zur Kardiologie fahren musste, war das halt mit langer Wartezeit verbunden, oftmals Bettenschlangen hier unten vor der Kardiologie - ja, ist wirklich dann so gewesen - das haben wir aber komplett dadurch abbauen können, haben wir einfach die Leute, die es betrifft, zusammengesetzt, eine moderierte Sitzung oder mehrere haben die, glaube ich, gebraucht, aber trotzdem haben sie das jetzt im Einvernehmen so geregelt bis hin zum kardiologischen Chefarzt, dass jetzt die EKGs mobil auf den Stationen geschrieben werden, dass einer durchs Haus geht und dann damit diese Schieberei abnimmt und für den Patienten auch komfortabler ist, auch für die Abteilungen, für die Stationen eine Entlastung ist. (stellv. PL, D103, 74)

Folgen der DRG-Einführung

Die Entscheidung über Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten liegt auch nach Einführung der DRG bei den Ärzten. Bisher wurden keine Patienten abgewiesen (stellv. PL, D103, 28; OA Innere, D107, 170). Bei Selbsteinweisern in der Notaufnahme werden akute Sachen weiterhin behandelt, aber bei chronischen Leiden werden die Patienten jetzt verstärkt zur weiteren Abklärung an den Hausarzt verwiesen (SL Kardiologie, D110, 127). Den Ärzten ist bewusst, dass unter DRG-Bedingungen eine möglichst korrekte Zuordnung in die richtige Abteilung über die Wirtschaftlichkeit der Behandlung entscheidet (AA Chirurgie, D101, 182). Dies kann zur Abweisung von Patienten führen, wenn die Diagnose noch nicht gesichert ist:

B01: Es ist sicher so, dass Fälle, die wir früher durchaus aufgenommen hätten, die der längeren diagnostischen Abklärung bedürfen, dass die heute auch den entsprechenden diagnostischen

Abteilungen zugewiesen werden. Weil es unter DRG-Bedingungen keinen Sinn macht, eine Diagnose in der chirurgischen Abteilung abzuklären. Das ist von der Erlössituation absolut sinnlos. Wenn ich einen Patienten aufnehme, nur um zu diagnostizieren, dass er einen Dickdarmtumor hat und den dann nicht operiere, das würde heute wohl kaum jemand machen. Im Gegenteil, wenn wir in Situationen kommen, wo wir Diagnostik nachfahren müssen, weil die ambulant aus welchen Gründen auch immer nicht gelaufen ist oder nicht befriedigend gelaufen ist, ist das eine Situation, über die man natürlich nicht so glücklich ist. Weil sie kostenintensiv ist, und ich denke, dass da auch das Kostenbewusstsein noch nicht ausgereift ist. Dass man sich klar macht, wenn ich den Patienten X stationär aufnehme und noch die Diagnoseverfahren eins, zwei und drei nachschieben muss, dass das relevante Kosten sind, die letztendlich am Erlös abgehen. (AA Chirurgie, D101, 144)

Verändert haben sich die Rahmenbedingungen für die Aufnahme von stationären Patienten. Aufgrund neuer gesetzlicher Bestimmungen sollen immer mehr Eingriffe ambulant erfolgen. Einerseits können bestimmte Operationen mit den Krankenkassen nur noch ambulant abgerechnet werden (§ 115b SGB V), andererseits sind hoch spezialisierte ambulante Behandlungen aber auch eine zusätzliche Einnahmequelle außerhalb des Budgets (§ 116b SGB V). Grundvoraussetzung für die Zunahme ambulanter Operationen sind aber auch Fortschritte in der Medizin, z.B. schonende Narkose, die es möglich machen, die postoperative Behandlung an niedergelassene Ärzte zu delegieren. Unter den veränderten Rahmenbedingungen muss zunächst geklärt werden, ob überhaupt ein stationärer Behandlungsbedarf besteht und/oder ob ein Patient für eine ambulante Behandlung geeignet ist. Über Nebendiagnosen, die die Fallschwere erhöhen, ist bei § 115-Patienten dann trotzdem eine stationäre Behandlung möglich (GF, D104, 146).

Zur Begründung stationärer Aufnahmen haben die Krankenkassen sog. G-AEP-Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol) entwickelt. Es existieren allerdings zur Zeit durchaus noch Spielräume für die Ärzte, Patienten stationär aufzunehmen, auch wenn die Behandlung zum Katalog der ambulanten Leistungen gehört. Kriterien für die Durchführung ambulanter Operationen sind Alter, Gesundheitszustand und Kompetenz sowie die häusliche Situation: Jüngere, nicht allein lebende Patienten ohne Mehrfacherkrankungen kommen am ehesten für ambulante Operationen in Frage. Bei älteren Menschen und solchen, bei denen mit Komplikationen gerechnet wird, wird häufig von vornherein eine stationäre Aufnahme vorgenommen. Wenn Probleme auftreten, ist in jedem Fall eine nachträgliche stationäre Aufnahme möglich. Solche Entscheidungen müssen aber gegenüber den Krankenkassen begründet werden. Je häufiger Krankenkassen bzw. MDK in Zukunft die stationäre Behandlungswürdigkeit eines Patienten in Frage stellen, desto mehr muss damit gerechnet werden, dass Krankenhausleitungen und letztendlich behandelnde Ärzte diese Auseinandersetzungen zu vermeiden trachten, indem sie diesen Patienten eine ambulante Behandlung nahe legen, obwohl Nachteile nicht ausgeschlossen werden können. In Krankenhaus D wird anscheinend das unter DRG-Bedingungen wichtige Aufnahmemanagement noch nicht besonders ernst genommen (OA Innere, D107, 154), obwohl es für Patienten und Wirtschaftlichkeit des Hauses günstig wäre (AA Chirurgie, D101, 19):

B01: Und zwar wurden hier die Patienten unten in der [Notfall-] Aufnahme aufgenommen. [...] Da unten ist ein Assistenzarzt, der diese Patienten aufnimmt. Und der kardiologische Chef hat dann gesagt, und es wurde dann später von den anderen internistischen Chefs sogar schriftlich bestätigt, dass praktisch die Aufgabe dieses Arztes dort unten nur ist, praktisch den Patienten zu sichten, eine Notfallversorgung zu machen und dann auf die Station zu legen. [...] Diese erste halbe Stunde ist für den ganzen Aufenthalt die Entscheidende. Das ist der Punkt, wo der Patient maximale Angst hat, wo er maximal sensibilisiert ist, wo die Angehörigen maximal unruhig sind, wo natürlich auch die medizinische Herausforderung die größte ist. Da muss es funktionieren! Es ist völlig hirnrissig gewesen in der Vergangenheit, dass wir die unerfahrensten Ärzte dort unten hingesetzt haben. [...] Die DRGs fordern uns aus ökonomischen Gründen ab, dort

jetzt die Besten hinzusetzen eigentlich. [...] Was ich von den Leuten eigentlich immer abfordern würde, ist: „Leute, diese erste halbe Stunde, ihr müsst maximal freundlich sein, ihr müsst schnell da sein, ihr müsst sie gut untersuchen. Ihr müsst den Leuten das Gefühl vermitteln, dass in dem Moment sie das Wichtigste für Sie in der Welt sind!“ Und auf der anderen Seite die Auskunft des Chefarztes, der sagte, nee, nee, nur verwalten! [...] Das Ergebnis war, was ich beobachten konnte, ist, dass [man] sich-, natürlich an dem Chefarzt [...] orientiert hat. Natürlich, weil er der Chefarzt einmal ist, [...] zum Anderen aber auch natürlich, weil es die geringere Anforderung war. [...] Und das ist dann Minimalversorgung. Und das kann-, unter DRG-Bedingungen läuft das an die Wand. [...] Heute müssen wir wissen: Lebt der allein? Hat der jemanden, der sich um ihn kümmert? Braucht er einen Rollstuhl? Und solche Dinge. Das muss man im Prinzip schon bei der Aufnahme-. Wenn nicht, sofort den Sozialdienst anrufen. [...] Aber es hat sich bisher nicht durchgesetzt. Noch nicht herumgesprochen. (OA Innere, D107, 192 - 196)

Versorgungsstandards und Durchführung von Therapien

Ein Belastung für die Patienten sind die anhaltenden Bauarbeiten. Dadurch, dass zwei Stationen geschlossen sind, werden Patienten mit unterschiedlichsten Versorgungsbedarfen auf einer Station versorgt. Die Pflegekräfte fühlen sich meist nur für ein oder zwei Fachrichtungen zuständig, so dass eine schlechte Versorgung der Patienten befürchtet werden muss:

B01: Auf ganz vielen Stationen liegen so und so viele Fachrichtungen, [...] weil wir ja so wenig Betten haben. [...] Wir erzählen ihnen und schreiben es in die Zeitung: „Wir haben nur noch Zwei-Bett-Zimmer“ und da liegen dann generell fast drei Leute drin, weil zwei Stationen geschlossen sind, nicht? Das ist ja eine Baustelle und die sind heute bei uns auch noch vier in einem Zimmer. Das muss man erst mal verkaufen, den Patienten. Ich weiß nicht, wie man es macht. [...] Wenn ich mir überlege, dass ich mit vier oder fünf verschiedenen Fachrichtungen zu tun hab, die kommen alle angerannt und wollen irgendwas und ich kenne mich in meinem Gebiet ganz gut aus, na ja. Und dann weiß ich noch was über Zucker, weil ja auch viele Leute Zucker haben und vielleicht noch was bei einer Herzinsuffizienz, aber was dann darüber geht, das habe ich doch in 20 Jahren vergessen oder wie das auf der Station gehandhabt wird, oder wie die Doktors das wollen, [...] wobei die Innere dann mit unseren Patienten auch nichts anzufangen wissen, nicht?. (PF Unfallchirurgie, D10, 135 - 136)

Bei der Versorgung mit Medikamenten wird nach Möglichkeit auf preisgünstige Präparate zurückgegriffen. Unklar ist, ob nur wirkungsgleiche Präparate substituiert werden (GF, D104, 128, PF Kardio-Neurologie, D108, 84 - 85). Die Versorgungsqualität habe jedoch nicht gelitten: „Was die Patienten betrifft, eigentlich nicht, das wird alles wie vorher gemacht haben, da habe ich keinen Unterschied bemerkt“ (AA Kardiologie-Innere, D102, 30).

Folgen der DRG-Einführung

Durch die DRGs werden ökonomische Gesichtspunkte bei ärztlichen Entscheidungen insofern verstärkt, als den Ärzten die geldwerten Folgen alternativer Behandlungsformen direkt vor Augen geführt werden (AA Chirurgie, D101, 19, 35). Unmittelbare Konsequenz der DRG-Einführung ist, dass Ärzte und Pflegekräfte weniger Zeit für ihre Patienten oder gemeinsame Visiten haben. Die knappe Personalausstattung führt mittlerweile zu Informationsverlusten über den Zustand des Patienten:

B01: Wie man sich da entscheidet, dass man sich da nicht immer nur für die-, ob man sich da immer wirklich für den Patienten entscheidet, wann man sich für die Ökonomie entscheidet, wenn man sich meint, für den Patienten zu entscheiden, ob man sich da nicht gegen seinen eigenen Arbeitsplatz entscheidet, was da nun im Einzelnen richtig und falsch ist, das ist sehr schwierig. (AA Chirurgie, D101, 190)

I01: Ich habe da jetzt gehört., [...] dass es so ein Dokumentationssystem gibt [...]. Welche Erfahrung haben Sie damit gemacht?

B01: Das hilft ein bisschen, aber nicht viel, weil da kann man nur [...] die Fragen [reinschreiben], die [...] sehr wichtig sind. Zum Beispiel ob Patient diese Medikamente haben soll oder nicht, ist gestürzt, [...] aber wir können nicht überall schreiben, wie war der Stuhlgang bei dem Patienten [...] Das sind Sachen, die man [...] bei der Visite bespricht [...]. Und besonders auf unserer Station hier, die kardiologische Abteilung, das ist sehr wichtig, weil die Bewegung und die Belastbarkeit des Patienten oder der Patientinnen, das ist sehr wichtig um zu sehen, ob die Therapie [...] Erfolg bringt oder nicht. Und eigentlich in dem Moment Visite, wo man 10 Minuten oder Viertelstunde bei der Patientin am Bett steht, dann ist der Patient im Bett, dann merkt man nicht, ob er nach dem Waschen pustig war, Luftnot usw., das merkt man nicht, das merken nur die Leute, die mit machen, und leider wegen dieser Sparmaßnahmen gehen die Informationen verloren. (AA Kardiologie-Innere, D102, 35 - 36)

Die Entwicklung von Behandlungspfaden als Möglichkeit, medizinisch unnötige und überflüssige Behandlungen abzubauen, wird noch nicht in größerem Umfang genutzt (AA Chirurgie, D101, 174). Vollständige Behandlungspfade existieren in der Praxis noch nicht (PF Unfallchirurgie, D109, 137 – 142, AA Kardiologie-Innere, D102, 94)

Diagnostik

Eine Einschränkung diagnostischer Maßnahmen, weil man Zeit bzw. Geld sparen will, konfliktiert mit dem Anspruch des Patienten, erst behandelt zu werden, wenn die Diagnose eindeutig ist. Bislang ist der Einfluss der DRG-Einführung auf die Diagnostik noch nicht sehr ausgeprägt (MC, D106, 145). Verwaltung und Chefärzte entfachen gelegentlich einen diffusen Druck, weniger Diagnostik zu betreiben (MC, D106, 28 – 29; OA Innere, D107, 95 - 96). Das könne dann schon dazu führen, dass man im falschen Moment ein CT zu wenig macht. Für Privatpatienten gilt, dass eher mal eine Untersuchung mehr gemacht wird, während bei Kassenpatienten Kosten und Notwendigkeit abgewogen werden:

B01: Wenn Sie fünf Mal von Ihrem Chef gesagt bekommen, wir machen zu viele CTs, dann machen Sie beim nächsten Zugang keinen CT mehr. Ja? Und vielleicht beim falschen Patienten dann. Während umgekehrt, wenn sich der Chefarzt immer gern auf die sichere Seite bringt, und seine CTs sind ja immer indiziert, das ist manchmal schon ein Problem. Oder meiner Meinung nach machen wir zum Beispiel zu wenig CTs. Und aufgrund dieses Drucks in Anführungsstrichen, das ist jetzt nicht so, dass man ständig einen drüber kriegt, [...] das Ergebnis ist, dass man in der Tat weniger macht. Obwohl es eigentlich eine Milchmädchenrechnung ist. Wenn wir natürlich durch das CT zu einer schnelleren Diagnose kommen, dann verkürzt sich ja auch die Liegezeit. Dann [...] wird das CT wunderbar sein. (OA Innere, D107, 104)

B01: Also es ist so, dass ich denke, dass das bei den Privatpatienten, dass da schon mal eher was gemacht wird. [...] Und auch, na gut, der [Dr. X], der hat da ein anderes Budget also auch, so von seinen Untersuchungen, Computer-Tomographie und MRT, das ist halt auch ein Teil seiner Diagnostik, womit er sehr viel anfangen kann, da ist er großzügiger wie vielleicht die Kardiologen. Die überlegen dann schon mal hin und her: Können wir das machen aus Kostengründen, ist das sinnvoll oder nicht? Und [Dr. X], da läuft das schon mal ein bisschen, der ist da, da geht das eher. [...] Ja, ich denke, bei Privatpatienten, das wird überall so sein, dass das doch was ausmacht.[...] Vielleicht wird da schon mal eine Untersuchung mehr gemacht. (PF Kardio-Neurologie, D10, 90 - 95)

Psychosoziale Versorgung und Ganzheitlichkeit der Behandlung

Wie bereits erwähnt, müssen aufgrund der Personalknappheit, der Zunahme administrativer Tätigkeiten und der Verweildauerverkürzung Abstriche bei der psychosozialen Versorgung gemacht werden (stellv. PL, D103, 4; SL Kardiologie, D110, 7). Eine weitere explizite Folge der DRG-Einführung ist, dass die Ganzheitlichkeit der Behandlung durch die Aufteilung in verschiedene Fälle bzw. die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten und nachstationären Bereich verloren geht (stellv. PL, D103, 46) bzw. für den Patienten statt einer längeren mehrere kürzere stationäre Behandlungen bedeutet:

B01: Wir müssen nur die Diagnose gucken, warum der Patient da ist und alles, was da neben steht, das spielt keine Rolle [...]. Und das ist manchmal fatal, weil früher, vor DRG-Zeiten, konnte der Patient hierher kommen, dann hat er, sagen wir, der kommt mit Herzinfarkt und dann in zwischen hat er aus irgendwelchem Grund ein Magengeschwür entwickelt oder hat ein Magengeschwür, das würde entdeckt, und dann ist er weiterbehandelt. Damals war der Patient auf Kardiologie, der wurde auf die Gastrologie verlegt usw. und so fort. (AA Kardiologie-Innere, D102, 40)

B01: Das muss ich ganz klar sagen, früher hatten wir mehr Zeit für die Patienten. (SL Kardiologie, D110, 13)

Patientenbefragungen bestätigen den negativen Eindruck ausgeprägter Unzufriedenheit mit der Betreuungssituation im Haus. Auch die Pflegekräfte merken, dass Patienten und Angehörige unzufrieden sind (SL Kardiologie, D110, 11):

B01: Die [Patientenbefragungen] waren teilweise schon ernüchternd. Aber im [...] Benchmarking [Ergebnis] stehen wir nicht allein so schlecht dar. [...] Essen und Cafeteria, [...] die sehr gut bewertet wurden, sind in anderen Häusern auch gut bewertet gewesen [...]. Man merkt natürlich auch den personellen Druck, der im Pflegedienst, der im ärztlichen Dienst herrscht. Dass eben ein Patient [...] den Arzt so gut wie nicht sieht. Das wird natürlich schon moniert [...]. Oder auch eine Nachtschwester, die 30 Patienten zu betreuen hat, dann aber allein auf der Station ist, da kann es natürlich schon mal sein, dass gewisse Wartezeiten entstehen, vom Klingeln bis zum Eintreffen. [...] Wenn man eine optimale Versorgung in allen Bereichen darstellen wollte, würde ich sagen, 10 Prozent mehr Pflegedienst von vornherein. Aber das lässt sich nicht finanzieren. (LT Finanzen, D105, 81)

Maßnahmen der integrierten Versorgung sind zwar teilweise beschlossen, aber noch nicht in der Praxis umgesetzt (GF, D104, 89 - 101). Außerdem zeichnet sich ein Problem der Ungleichbehandlung von Patienten ab, da die Verträge nur mit Einzelkrankenkassen geschlossen wurden und sich die AOK bisher einem Vertrag verweigert:

B01: Die Verträge zur integrierten Versorgung, die wir zur Zeit abgeschlossen haben, es sind vier Verträge, sind allesamt nur mit Einzelkrankenkassen erfolgt. Zur Zeit stehen wir in Verhandlung mit der AOK noch und auch in Verhandlung mit der DAK [...].

I01: Aber das gibt dann ja richtig komplexe Strukturen [...], wenn ich mir [...] so vorstelle, dass Sie [...] sehr genau darauf achten müssen, welcher Versicherungsschutz sitzt hier vor mir?

B01: Ja. [...] Aber das System sieht es so vor derzeit. Gut, wenn man natürlich einen Vertrag mit der AOK abschließen würde, würde man sagen, da hatten wir schon mal 45 Prozent der Bevölkerung quasi mit abgedeckt. Nur die AOK ist in der Wahl ihrer Vertragspartner sehr reserviert. Und in den momentanen Situationen mit unseren noch ausstehenden Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2004 [...] sind sie noch reservierter. (LT Finanzen, D105, 97 - 102)

Liegezeiten, Entlassung und Verlegung

Die *Liegezeiten* gingen bereits in den 1990er Jahren zurück (stellv. PL, D103, 6; AA Chirurgie, D101, 19). Es gab zwar auch damals gewisse Zielkriterien (mittlere Verweildauer, Punktlandung), deren Erfüllung nach Meinung von Ärzten aber großzügige Spielräume ließ (OA Innere, D107, 15). Praktiken von Chefarzten, Patienten später als medizinisch nötig zu entlassen, waren durchaus üblich (AA Kardiologie-Innere, D102, 42; SL Kardiologie, D110, 39). Eine Zunahme der Überprüfung der Liegezeiten durch den MDK war in den letzten Jahren die Folge (MC, D106, 15). Ein direkter Einfluss der Verwaltung auf den Zeitpunkt der Entlassung wird nicht wahrgenommen:

B01: Bis jetzt habe ich noch nicht irgendwelche negativen Äußerungen seitens der Verwaltung gehört oder der Maßgabe, Patient muss auf jeden Fall an einem bestimmten Tag nach Hause gegangen sein. (stellv. PL, D103, 24)

Die Verkürzung der Liegezeiten in chirurgischen Abteilungen wird möglich durch die Einführung minimalinvasiver Operationsmethoden, mit der schon 1994 im Kontext der ersten Fallpauschalen begonnen wurde (stellv. PL, D103, 4; AA Chirurgie, D101, 47). Bis auf gewisse Ausnahmen war jedoch in den 90er Jahren die Verweildauerverkürzung im chirurgischen Bereich kein Problem für die Patienten bzw. führte nicht zu Auseinandersetzungen mit dem MDK (AA Chirurgie, D101, 19, 31, 43). Ein weiterer Grund für die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus D ist, dass die präoperativen Liegezeiten durch prästationäre Diagnostik reduziert werden. Außerdem wird mehr für eine schnelle Mobilisierung der Patienten getan:

B01: Wir haben mittlerweile [...] sehr viele Patienten, mit denen wir die Aufklärungsgespräche nicht während der stationären Behandlung führen, sondern die ambulant herkommen, untersucht werden, aufgeklärt werden. Wo auch die entsprechende notwendige Diagnostik präoperativ ambulant läuft. Die dann am Tag X zur Operation kommen, unter Umständen ambulant operiert werden oder dann noch ein, zwei Tage bleiben und dann gehen. Das ist sicher ein Trend, der sich fortsetzen wird, und der für einen Großteil unserer Operationen in wenigen Jahren Standard sein wird. (AA Chirurgie, D101, 142)

B01: Ja, und die Versorgung der Patienten, die Liegezeiten sind halt viel kürzer, es wird alles viel intensiver, viel geraffter [...] gemacht. Ich denke, die Versorgung ist vor 20 Jahren gut gewesen, ist jetzt auch noch in Ordnung. Man merkt halt, [...] früher ist ein Schlaganfall-Patient wochenlang liegen geblieben, vier Wochen, das ist heute alles nicht mehr so, durch die Krankengymnastik. Es wird halt eine intensivere Therapie gemacht, die Leute werden schneller mobilisiert, es wird alles angeleitet, Ergotherapie und Logopädie, das gab es ja vor 20 Jahren also noch gar nicht. Das hat sich schon positiv verändert. (PF Kardio-Neurologie, D108, 8 - 9)

Folgen der DRG-Einführung

Die Einführung der DRG hat den Druck auf den Entlassungszeitpunkt durch medizinfremde Rationalitäten weiter erhöht (SL Kardiologie, D110, 7, 43; GF, D104, 142 – 143; OA Innere, D107, 109 – 110, 116; stellv. PL, D103, 18). Es werden sowohl frühzeitige Entlassungen mit Nachteilen für den Patienten (und das Haus, wenn die Wiederaufnahme nicht als weiterer Fall abgebildet werden kann) beobachtet, als auch eine weitere für den Patienten sinnvolle Liegedauerverkürzung:

B01: Wenn der Allgemeinzustand so klar ist, dass die überhaupt nicht zurechtkommen kann, dann ist das kein Thema, die bleibt hier, aber wenn von Erscheinung her, sie sieht in Ordnung aus, aber aus irgendwelchem Grund ist die Weiterversorgung nicht so komplett gewährleistet, dann haben wir Pech, die Patientin und wir. (AA Kardiologie-Innere, D102, 48)

B01: Wenn Sie die dritte Anfrage von der Kasse haben, warum dieser Patient so lange da gewesen ist, [...] und Sie das erklären müssen, ist das ja auch etwas, was in die tägliche Arbeit dann mit einfließt. (AA Chirurgie, D101, 25)

B01: Es gibt keine Ansage vom Chef. Sondern ich bin sicherlich derjenige, der gedrängt hat. Weil, wie gesagt, ein Gedanke war dabei wirklich immer, ich kann nicht einsehen, dass zum Beispiel, wenn ein Patient heute kommt, heute ist Mittwoch, dass der nächsten Montag dann seine Dickdarmspiegelung kriegt. Nur weil morgen und übermorgen jede Menge Ambulanz ist. Wie soll ich denn, wie soll ich denn jemandem erklären, auch wenn er älter ist, wir können dich jetzt erst einmal nicht spiegeln, sondern jetzt müssen wir erst einmal die Ambulanten weg machen. Du bleibst auch übers Wochenende hier. Vielleicht auch ein älterer Mensch, der Angst hat, dass er ein Karzinom hat. Ja? Den da liegen zu lassen, also, das ist für mich nicht akzeptabel, muss ich ganz ehrlich sagen. Und allein aus dieser Überlegung heraus dränge ich auf die Zeit. Mittlerweile stehe ich ein bisschen besser da, weil ich jetzt ein ökonomisches Argument habe. (OA Innere, D107, 116)

B01: Ich denke mal schon, ja, dass sich das auf jeden Fall noch reduzieren wird. Tendenziell sieht man ja schon, dass man operative Eingriffe macht und die Patienten schnellstmöglich nach Hause gibt; was vor fünf bis 10 Jahren undenkbar war, ist heute Tagesordnung. Und ich

denke mir, das könnte man sicherlich in dem einen oder anderen Bereich noch ausweiten, wenn man das möchte, dass man ein bisschen zu amerikanischen Verhältnissen geht, dass die Leute mit einem Redon⁵³ nach Hause gehen. (stellv. PL, D103, 132)

Durch das DRG-System bestehen derzeit in Krankenhäusern finanzielle Anreize, neue geriatrische Abteilungen aufzubauen, um dort multimorbide Patienten mit längerer Liegezeit nach Operationen weiter zu versorgen. Diese Abteilungen arbeiten mit einem anderen Personalschlüssel: weniger Ärzte pro Patient. Auch Krankenhaus D hat eine solche Station aufgebaut (s.o.), allerdings werden hausinterne Probleme bei der Verlegung in die neue Abteilung berichtet, da man sich zwischen den Abteilungen nicht über die Vergütung einigen konnte (s.o.). Derzeit existiert eine neue Regelung, die zu einer Aufspaltung der Erlöse führt, deren Rationalität jedoch teilweise angezweifelt wird (s.o.).

Über die untere Grenzverweildauer existieren jedoch weiterhin auch ökonomische Anreize, Patienten länger als nötig im Bett zu halten. Es besteht eine Tendenz, die vom Abrechnungssystem definierten Grenzen standardisiert einzuhalten (nach oben und unten), um keine Nachfragen der Kassen zu provozieren. Für ethisch vertretbar wird ein solches Verhalten zur Einhaltung der unteren Grenzverweildauer betrachtet, wenn der Patient es selber wünscht, früher entlassen zu werden:

B01: Nach Einführung der DRGs ist das Thema Länge weg, da ist eher das Thema Kürze drin. Also, dass der MDK moniert, warum habt ihr den Patienten schon nach drei Tagen entlassen? Wenn ihr den stationär behandeln wolltet und diese entsprechenden Notwendigkeiten gesehen habt, war das wirklich adäquat. (AA Chirurgie, D101, 95)

B01: Das wurde besprochen, [...] dass jemand auch nicht unter die untere Liegezeit kommt, dann gibt es ja gar kein Geld, das ist schlecht. Also, da müssten wir schon sagen: „Also, Sie können erst in einer Stunde nach Hause gehen“. [...] Ja, wie gesagt, 48 Stunden für so eine leichte Gehirnerschütterung, die überwacht wird, der kann dann nicht einfach nach 36 Stunden nach Hause gehen. In der Richtung müssen wir dann schon einwirken auf den Patienten. Und wenn der dann nicht einsichtig ist, dann muss der Arzt kommen. [...] Das sind zum Beispiel auch Dinge, wo man sagt, also da darf er nicht zu kurz da bleiben. [...] Zu lang ist auch nicht so gut. [...] In dem Bett könnte dann ja schon jemand liegen, wo es Geld für gibt. [...] Wenn irgendwelche [...] Komplikationen nach der Operation auftreten, dann ist das ja auch gerechtfertigt, dann kann man es der Krankenkasse gegenüber auch begründen, dann ist das in Ordnung und ansonsten kann keiner länger bleiben. (PF Unfallchirurgie, D109, 107 - 116)

B01: Es geht um die Patienten, die wir behandeln, und wo wir sagen können, okay, wir sind eigentlich fertig, können wir noch einen Tag behalten oder nicht? Ist das ethisch okay, oder ist das nicht okay? Wenn es nicht okay ist, entlassen wir ihn eben, gut, und kriegen einen Abschlag. Das kann ich auch nicht ändern. Aber wenn der Patient den Wunsch hat, noch zu bleiben, weil er sich noch nicht fühlt oder so, dann kann man auch diesen-, das halte ich für durchaus legitim, damit habe ich kein Problem zumindest. Aber das wird gar nicht wahrgenommen und auch nicht angenommen. Weder von meinem Chef [...] noch meine Oberarztkollegen, [...] noch von den Assistenten. (OA Innere, D107, 21)

Das Entlassungs- und Überleitungsmanagement in die ambulante oder stationäre Weiterbehandlung wird teilweise schon während der Behandlung über den Sozialdienst organisiert (SL Kardiologie, D110, 37; PF Kardio-Neurologie, D108, 22 - 27). Eine organisierte Nachkontrolle, z. B. nach ambulanten Operationen findet nicht statt (s.u.). Die nachgeordneten Pflegedienste können den Bedarf aber nicht vollständig decken, und Überweisungen in die hausinterne Akutgeriatrie werden nicht immer bewilligt. Teilweise kommen die Patienten dann mit Rezidiven oder Komplikationen zurück in die stationäre Behandlung. Nachfragen bei niedergelassenen Ärzten und Patienten wurden zum Teil in Eigeninitiative der Ärzte gestartet (s.u.).

⁵³ Redon ist ein Plastikschlauch zur Wunddrainage.

Versuche, das Entlassmanagement zu verbessern, scheitern teilweise am Widerstand der ärztlichen Mitarbeiter⁵⁴, die Mehrarbeit vermuten und nicht erkennen, dass es eine Form sinnvollen Zeitmanagements sein könnte, die Routinen zu verändern:

B01: Heute ist es ja so, wenn Sie Patienten entlassen, mittlerweile geht das ja so weit, auch in unserem Haus haben wir entsprechend Sozialarbeiterinnen, die das Entlassungsmanagement betreiben, wie es so schön heißt, dass man da dann entweder über Pflegedienste zugreifen muss, die das aber natürlich in der Regel nicht 1:1 abbilden können. Oder dass man Patienten, [...] dann der Akutgeriatrie überstellt, um da eine weitergehende Rehabilitation zu erreichen. Das betrifft jetzt natürlich vor allem Patienten mit gravierenderen Erkrankungen, das ist dann nicht der Leistenbruch-Patient. Aber da [...] schaltet man jetzt, [...] andere Programme zwischen [...]. Und die werden eben sehr wechselnd bewilligt. (AA Chirurgie, D101, 188)

B01: In manchen Fällen, und das ist nicht gering, [...] die kommen innerhalb von nächsten 72 Stunden mit Komplikationen, entweder mit Rezidiv oder mit anderen Komplikationen, weil das nicht ausreichend behandelt war. Z. B. die gehen noch mit Entzündung nach Hause und die trinken nicht so viel, [...] und ist niemand da, der die immer daran erinnert und dann kommt es dazu, dass die in Exsikkose⁵⁵ z. B. kommen und dann, wenn man sich fragt warum, ja, die ist zu früh entlassen und war nicht in der Lage sich zu versorgen [...] und dann kommen die zurück. (AA Kardiologie-Innere, D102, 44)

B01: Einfaches Beispiel: Ich sage, Leute, wir haben so eine Unruhe auf Station. Und ihr wollt morgen einen Patienten entlassen. Ich bitte euch, wenn ihr heute mit den Leuten redet, dass die morgen gehen, bereitet heute, [...] diesen vorläufigen Arztbrief vor. Morgen früh um halb neun haben wir Besprechung, [...] zeigst ihn mir, unterschreibe ich ihn, und dann kann der Patient um neun Uhr die Station nach Hause verlassen. Hat folgende Vorteile: Erstens, du startest nicht in den neuen Tag mit Arbeit von gestern! Zweitens, der Patient ist um neun Uhr aus dem Haus. Das heißt, die Schwestern müssen den ab neun Uhr nicht mehr versorgen. Das heißt, wenn du zum Nachbar ins Zimmer gehst und Visite machst, musst du ihn nicht noch mal visitieren. Du sparst Zeit!. [...] Dass [...] was geändert wird, soll immer zu einer Verbesserung und einer Erleichterung führen. Und erkläre es, aber es gelingt mir nicht, und die Leute klagen darüber, Arbeit, Arbeit, Arbeit! Aber wenn du ihnen einen Vorschlag machst, wie sie es rationalisieren könnten, sind sie nicht in der Lage, es umzusetzen. (OA Innere, D107, 166)

Bei ambulanten Operationen kommt es teilweise zu einer Überschreitung der Fristen für den stationären Aufenthalt. Den behandelnden Ärzten ist klar, dass Patienten mit Opiatbedarf nicht entlassen werden können, da die Hausärzte die Behandlung verweigern würden. Wenn es zu einer Überschreitung der oberen Grenzverweildauer kommt und es eindeutig ist, dass der Patient trotzdem einer weiteren stationären Behandlung bedarf, wird er auch unter DRG-Bedingungen weiterbehandelt (AA Chirurgie, D101, 190; stellv. PL, D103, 22).

Anreize im DRG-System und Steuerung der Verweildauer

Der seit den 1990er Jahren zu beobachtende Trend zur Verkürzung der Liegezeiten wird unter DRG-Bedingungen verstärkt (s.o.). Die Entscheidung über den Entlassungszeitpunkt liegt beim behandelnden Arzt, ohne dass die Verwaltung hier bisher explizite Vorgaben macht. Ökonomische Gesichtspunkte spielen insofern eine Rolle, als verstärkt darauf geachtet wird, dass die Grenzverweildauern eingehalten werden (s.o.).

⁵⁴ Solange der Vorschlagende nicht der Chefarzt ist, führen sinnvolle Initiativen zu keiner Verhaltensänderung. Ein Organisationsproblem wird deutlich: Die Krankenhaushierarchie ist auf die Rolle des Chefarztes abgestellt, so dass den Oberärzten wenig Möglichkeiten gegeben sind, eigene Initiativen durchzusetzen, obwohl ein Chefarzt tendenziell überfordert ist, sich um alle arbeitsorganisatorischen Dinge in seiner Abteilung zu kümmern.

⁵⁵ Exsikkose bedeutet „Austrocknung des Körpers durch mangelnde Flüssigkeitszufuhr“.

Das Medizin Controlling sieht noch weiteren Bedarf, die betriebswirtschaftliche Steuerung der Prozesse zu verstärken. Über Bonusregelungen für die DRG-Beauftragten sollen diese für Erfolge bei der Optimierung der Erlös- und Kostengestaltung belohnt werden:

B01: Ich habe [...] zweimal gewagt, der Geschäftsführung einen Vorschlag [...] einer kleinen Bonusregelung [zu machen]. Zumindest sich gegenüber den DRG-Beauftragten [...] irgendwie erkenntlich zu zeigen. Das muss ja nicht immer Geld sein, das kann ja auch so sein, du kriegst zwei Tage mehr frei im Jahr, oder, wir haben doch eine physikalische Abteilung im Haus, hier, kriegst eine Gutschrift über zehnmal Wellness oder sonst irgendetwas. Ich glaube, da ist die entsprechende Kultur bei uns im Haus einfach noch nicht vorhanden. Ich denke, es geht nur über diesen Bonusweg, etwas anderes wüsste ich nicht. (MC, D106, 166 - 167)

Zu frühe Entlassung

Die Verkürzung der Liegezeiten, die schon vor der DRG-Einführung begann und durch diese verstärkt wird, wird nicht von allen Befragten als unproblematisch angesehen (AA Kardiologie-Innere, D102, 42). Es bestehen durchaus noch Spielräume, Patienten einige Tage länger als üblich da zu behalten, was die Ärzte gegenüber den Krankenkassen allerdings gut begründen müssen (s.o.). Die Begründungspflicht ist ein Anreiz, innerhalb der Vorgaben zu bleiben. Ausgliedert aus dem Krankenhaus ist unter DRG-Bedingungen allerdings definitiv die Erholungsphase:

B01: In dem Moment, wo früher die Patienten in diese Genesungsphase gegangen sind, da schicken wir sie heim. Aber allerspätestens. (AA Chirurgie, D101, 140)

B01: Ich hatte einen Onkel hier liegen, der da, also [Multiinfarkttrisiko], will ich mal sagen, der ist also kardial schlecht dran, von den Nieren schlecht dran, und er hatte nur so eine Phlegmone, und ein Abszess am Arm ist dann operiert worden. Nach vier Tagen soll der wieder nach Hause. Marcumar war der Quickwert nicht eingestellt und die Nierenwerte waren hoch und hat eingelagert und der sollte trotzdem gehen, das habe ich eigentlich auch gar nicht so verstanden und er auch nicht, und nach der DRG-Fortbildung, da habe ich das auch anders gesehen, das heißt, man behandelt das, weswegen man nun gekommen ist und der Chirurg sieht das, was sein Gebiet ist, und da ist er entlassen worden. Er fand das nicht so ganz gut, aber man muss auch mit den Leuten dann reden, nicht? Man muss ihnen das erklären, da sind viele, die das eben nicht verstehen. Und auch die Gesundheitsreform, und alle schimpfen, was da. (PF Kardiologie-Neurologie, D108, 32 - 35)

Die Entlassung erfolgt zu einem Zeitpunkt, zu dem der Patient noch nicht wirklich gesund ist. Die Folge ist, dass Patienten mit Schmerzen entlassen werden oder Komplikationen auftreten können. Eine frühere Entlassung bedingt auch, dass der Patient verstärkt selber auf seine Gesundheit achten muss, insbesondere in der Rekonvaleszenzphase. Sofern dies nicht geschieht, sind negative Folgen für die Gesundheit der Patienten nicht ausgeschlossen (Komplikationen, Rezidive, s.o.). Gerade bei älteren Menschen wird auch einer Verstärkung der Hilfebedürftigkeit Vorschub geleistet, wenn die Patienten ins Altersheim entlassen werden, wo sie nicht weiter aktiviert oder sogar unterversorgt werden (z.B. Exsikkose, s.o.).

Die Verkürzung der Liegezeiten führt teilweise zu einer Verlagerung von Behandlungsbedarfen und Kosten in den ambulanten Bereich. Die niedergelassenen Ärzte sind aufgrund ihrer Budgetrestriktionen nicht auf diesen Mehrbedarf eingestellt. Generell besteht die Unsicherheit, ob man tatsächlich alles Notwendige für den Patienten getan hat, und ob er vom Hausarzt gut versorgt wird. Die Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen funktioniert in beide Richtungen schlecht: Krankenhausärzte kümmern sich zuwenig um den Kontakt, und Hausärzte wollen sich nicht in ihre Entscheidungen hineinreden lassen. Ob Teure Medikamente dann teilweise substituiert oder ganz abgesetzt werden entzieht sich daher auch der Kenntnis der Krankenhausärzte (OA Innere, D107, 181 - 182):

B01: Zunächst einmal, eine Folge ist, dass bestimmte kostenträchtige Leistungen zunehmend aus dem stationären Bereich ausgelagert werden. Zum Beispiel die Röntgenleistungen, CT, MRCP, MRC werden teilweise dann dem Hausarzt, wenn Sie so wollen, aufs Auge gedrückt. Wir machen das, was wir machen, was wir haben, und diese Untersuchung, die wir dann dem Radiologie-Institut bezahlen müssten, wenn wir es machen lassen, sagen wir, nee, er soll nach Hause gehen, und empfehlen dann, diese Untersuchung ambulant zu machen. (OA Innere, D107, 139 - 140)

B01: Punkt zwei ist, dass man öfter als Arzt dann das Gefühl bekommt, Patienten nicht abschließend untersucht zu haben. [...] Man fragt sich manchmal, was passiert denn jetzt mit den Menschen, die nicht von uns zu Ende untersucht worden sind? Macht der Hausarzt das? Da gibt es ja auch Strategen drunter, sage ich mal. Kein schönes Gefühl manchmal. Manchmal ist es ja so ein Absicherungs-CT zum Beispiel, wo man sagt, okay, da wird schon nichts sein, aber sicherheitshalber empfehlen wir es, dann hat der den schwarzen Peter. Böse ausgedrückt. [...] Politisch gewollt ist ja der Hausarzt als, [...] Gate Keeper. [...] Wenn Patienten reinkommen, wünscht man sich immer, dass der Hausarzt uns anruft. Der eine macht es, der andere macht es nicht. Sie kriegen Einweisungsscheine, da stehen irgendwelche Diagnosen drauf, nur nicht, worum es geht. [...] Da kann ja nicht von Zusammenarbeit die Rede sein. Umgekehrt, wenn wir jemanden raus schicken, das muss man den Kollegen auch erst beibringen, dass man mal mit den Niedergelassenen spricht. (OA Innere, D107, 142 - 152)

B01: Verkürzte stationäre Behandlung heißt, dass man denen die Nachbehandlung aufbürdet, entsprechend auch die Kosten. Und letztendlich, was ich im ambulanten Operieren oder im kurzstationären Operieren eben immer als Problem sehe [...] ist, dass wir Patienten natürlich hier entlassen, ohne sie so beschwerdefrei zu haben und ohne sie so mobil zu haben, wie das gerne wünschenswert wäre. [...] Und dass man diese fehlende Mobilität, diese fehlende Beschwerdefreiheit natürlich dem Patienten in erster Linie, aber auch den Angehörigen und den niedergelassenen Kollegen, aufbürdet. (AA Chirurgie, D101, 186)

Es existieren allerdings auch Logiken, die einer Unterversorgung entgegenwirken. Zum Einen ist es das berufliche Selbstverständnis der Ärzte, die sich für ihren Beruf entschieden haben, weil sie helfen und heilen wollen (OA Innere, D107, 19). Zum Anderen ist es die Unzufriedenheit der Patienten, die für Krankenhäuser mit niedriger Auslastung nicht wünschenswert ist. Eine „Gratwanderung“ auf dünnem Eis, das als Stütze eines Versorgungssystems auf Dauer sicherlich nicht ausreicht (AA Chirurgie, D101, 190).

Fallsplitting

Über Fallsplitting wird bereits berichtet. Patienten werden nach der Diagnostik erstmal entlassen und dann für die Operation wieder aufgenommen, oder eine während des stationären Aufenthalts festgestellte Nebendiagnose wird über Entlassung zu einem neuen Fall. Außerdem sind interne Verlegungen durch Belegärzte eingeschränkt worden, die Patienten werden dann auf ambulante Untersuchungen verwiesen (PF Kardio-Neurologie, D10, 86 - 89):

B01: Es gibt Leute, die kommen weil-, [...] wir haben die für Herzkompensation oder was weiß ich einbestellt, und dann denkt man an Ulkus zufälligerweise und statt die sofort zu behandeln, wird der nach Hause geschickt und wird ihm gesagt, bitte kommen Sie in vier oder fünf Tagen zurück. (AA Kardiologie-Innere, D102, 46)

B01: Wir müssen nur die Diagnose gucken, warum der Patient da ist, und alles was da neben steht, das spielt keine Rolle, und da wird der Patient als Krankheitsbild weiterbehandelt, leider, nicht als eine Person [...] Er kommt zur Kardiologie, kommt mit Herzinfarkt und [...] nur das wird berücksichtigt, und wenn das heile ist oder wenn Alles versorgt ist, dann geht er nach Hause und dann muss er durch den Hausarzt wieder eine Einweisung kriegen und wieder herkommen zum Gastrologen, [...] aber so sind jetzt die Regeln. (AA Kardiologie-Innere, D102, 40)

Zusammenfassung: Die Einführung der DRG in Krankenhaus D hat bisher nicht zu selektiver Aufnahme von Patienten oder Verzicht auf unumstritten medizinisch notwendige Behandlungen geführt. Aber das DRG-System wirkt sich durchaus auf die Abläufe im Krankenhaus und die Behandlung der Patienten aus. Unter DRG-Bedingungen wird die Verkürzung der Liegezeiten, die schon in den 1990er Jahren einsetzte, weiter vorangetrieben. Hierdurch verlagert sich der Heilungsprozess in den nachstationären Bereich, dessen Mittelausstattung im Vergleich zum akutstationären Bereich schlechter ist, und Unterversorgung von Patienten in Kauf genommen wird. Unter DRG-Bedingungen nimmt auch die Bedeutung ambulanter Operationen zu, eine Entwicklung mit ähnlichen Problemen wie bei frühzeitiger Entlassung aus stationärer Behandlung, da Komplikationen auftreten können und die Nachsorge den niedergelassenen Ärzten und unterfinanzierten Pflegediensten überlassen ist. Durch die Verkürzung der Liegezeiten, aber auch die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen sowie die Möglichkeit des Fallsplitting nimmt die Sicht auf das unmittelbare Patienteninteresse ab, während betriebswirtschaftliche Aspekte als Maßstab des Behandlungserfolges in den Vordergrund der Wahrnehmung rücken. Im Bereich der Diagnostik bewegt sich die Entwicklung unter DRG-Bedingungen im Spannungsfeld von zügiger Behandlung ohne überflüssige Untersuchungen (positiv für den Patienten) und Verzicht auf sinnvolle zusätzliche Diagnostik, um Entscheidungen abzusichern (negativ für den Patienten).

Die Krankenhausleitung verzichtet unter DRG-Bedingungen bisher auf klare Vorgaben und lässt die Entscheidungskompetenz bei den Ärzten. Insgesamt gibt es im Krankenhaus D noch Spielräume innerhalb des DRG-Systems, die teilweise von den Beschäftigten auch zugunsten der Patienten genutzt werden. Aufgebaut oder im Aufbau befindlich sind derzeit die Kennziffersysteme, die es der Verwaltung erlauben zu erkennen, welche Behandlungen Gewinne und welche Verluste bringen. Die Instrumente zur ökonomischen Steuerung des Leistungsgeschehens sind vorhanden. Die Frage ist, wann der Punkt erreicht ist, dass sich die Krankenhausleitung veranlasst sieht, stärker steuernd eingreifen zu wollen bzw. Mittel gefunden werden, interne Blockaden (Chefärzte) zu durchbrechen. Der Durchsetzungskraft von Ärzten gegenüber Verwaltung und Krankenkassen kommt im DRG-Zeitalter eine zunehmende Bedeutung zu. Bedenklich ist die zu beobachtende zunehmende grundsätzliche Akzeptanz einer Vermittlung von Interessen des Hauses mit denen des Patienten, die mit der Bedrohung des eigenen Arbeitsplatzes weiter zunehmen wird.

Fallstudie E

Finanzielle Rahmenbedingungen, Strategien der Krankenhausleitung zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Rolle der Verwaltung

Das Krankenhaus E ist ein Großkrankenhaus der Maximalversorgung mit über 700 Betten. Im Jahr werden ca. 30.000 stationäre, 10.000 teilstationäre und ungefähr 100.000 ambulante Fälle behandelt. Hinzu kommen 25.000 Notfallaufnahmen (GF, E105, 74).

Das Krankenhaus wurde während der Phase der Deckelung der Budgets 1998 in eine GmbH mit öffentlicher Trägerschaft umgewandelt und wird seitdem von einer Ein-Personen-

Geschäftsführung geleitet. Der jetzige Geschäftsführer ist seit 2000 im Amt. Die alten drei Säulen wurden laut Aussage des Geschäftsführers bewusst abgeschafft, um ein Machtvakuum zu verhindern. Das Drei-Säulen-Modell berge die Gefahr von starken Konflikten, die sogar das wirtschaftliche Überleben eines Hauses gefährden könnten.

Da, wo Sie drei Säulen finden und die Leute sich uneinig sind oder das Haus mächtig unter Druck ist, also unter existenziellem Finanzdruck und gleichzeitig noch unter erheblicher Konkurrenz, und sich dann die Leitung zersägt – das ist ein todgeweihtes Haus. Das wird sich nicht mehr zusammenraufen können. (GF, E105, 66)

Die letzte „Entscheidungsgewalt“ hat also der Geschäftsführer. Ärztliche Leitung und Pflegedienstleitung sind im Rahmen der sog. „Klinikkonferenz“ an den Entscheidungen beteiligt. „... und da werden auch alle Details des Gesamtklinikums besprochen, eben auch Veränderungen, die wir angehen wollen“ (PDL, E107, 29). Kommunikation und Entscheidungsfindung innerhalb der Führungsebene werden von der PDL als „ganz nah“ bezeichnet. Die PDL lobt das offene Klima im Haus und insbesondere das gute Verhältnis zum Geschäftsführer, der keine Berührungängste habe. Insgesamt herrscht somit, zumindest nach Aussage der PDL, ein partizipativer, projektorientierter Stil im Hause:

Ja. Ja, wir machen Projekte immer ganz schnell mit einer Projektleitung und gleich mit einem Betriebsratsmitglied dazu, damit alle gleich informiert sind und das Ganze, wenn man dann fertig ist mit einem Projekt, nicht stockt, wenn es dem Betriebsrat zur Mitbestimmung vorgelegt wird. Ja, es ist hier üblich im Haus, ganz viel die Basis einzubeziehen. Es ist hier auch üblich im Haus, dass unseren Stationen und Funktionsabteilungen Möglichkeiten mit professioneller Hilfe – Teamentwicklung, Supervision, Coaching – angeboten wird, das läuft hier alles. (PDL, E107, 27)

Das Krankenhaus E ging mit einer relativ guten Startposition in die Deckelungsphase Mitte der 1990er Jahre und konnte sich auch anschließend relativ gut behaupten. Die Auslastung ist seit Jahren mit über 95% überdurchschnittlich hoch. Während andere Häuser auf die Deckelung der Budgets ab Mitte der 1990er Jahre durch Schrumpfung reagierten, war dies im Krankenhaus E wegen der hohen Auslastung nicht möglich. In den letzten Jahren wurden, bei gedecktem Budget, Investitionen getätigt und Abteilungen aufgebaut oder erweitert. Für 2005 wurden 42 neue Planbetten zugesagt. Die Finanzierung der Investitionen erfolgte zu etwa der Hälfte aus Landesmitteln, die übrigen 50% durch eine Mischfinanzierung der Stadt und des Hauses selbst aus Pflegesätzen:

Die Strategie, sag ich mal, vor dem Wind zu segeln durch Schrumpfung ist in den 90er Jahren in diesem Haus nicht möglich gewesen, ist es auch bis heute nicht. Schrumpfen ist hier überhaupt nicht angesagt – im Gegenteil wir wachsen. Und wenn man wächst in einem insgesamt recht komplizierten Budgetumfeld, muss man sich das gut überlegen, d. h. wir haben hier immer darauf dringen müssen und es auch geschafft, dass das, was an Wachstum hier eingelaufen ist, mit, sag ich mal, auch ausfinanzierten Budgets stattgefunden hat. (GF, E105, 60)

Ein Bereich, der besonders gefördert wurde und erfolgreich ist, ist das integrierte Herzzentrum, das seit 1991 existiert. Im Jahre 1997 wurde ein Rehabilitationszentrum in Betrieb genommen, an dem das Krankenhaus E und ein anderes Krankenhaus am Ort als Gesellschafter beteiligt sind. Daneben werden aber auch wirtschaftlich weniger attraktive Abteilungen mit durchgezogen (OA Kardiologie, E109, 33). Der Geschäftsführer hat die Gesamtsituation des Hauses im Blick und lehnt auch den Ausbau einzelner Abteilungen zu Profit-Centern ab, da hierdurch nur unnötige Fronten aufgebaut würden (GF, E105, 164).

Folgen der DRG-Einführung

Die DRG-Einführung wurde „als enormer Druck und als große Bedrohung wahrgenommen“ (DRG-Beauftragte, E108, 87) und löste schon im Vorfeld eine Reihe von Anpassungsstrategien zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit aus.

Finanzielle Chancen und Risiken der DRG-Einführung für das Krankenhaus

Als Maximalversorger der Region mit überdurchschnittlicher Auslastung ist das Krankenhaus E letztlich nicht als Standort gefährdet. Abteilungen, die geringe Fallzahlen haben und weniger Gewinne machen, können so lange „mitgezogen“ werden, wie das Gesamthaus seine Ziele erreicht.

Gut. Aber das sind ja auch Dinge, die ja schon längst gelaufen sind, nicht? Jetzt hat man ja eher das Problem, was Sie auch ansprachen, dass die Patienten gar nicht mehr reichen. So, und das wird sich..., leider dauert es ja immer sehr lange, bis sich so was wieder einreguliert. Das wird..., das war vor DRG so und das ist mit DRG auch so. Irgendwie ist das Krankenhaus..., in diesem Krankenhaus verteilt sich das eben. Also, wir profitieren natürlich von der Herz-Chirurgie und der Neo-Natologie. Dadurch kann die Pädiatrie bestehen und andere weniger gewinnträchtige Bereiche. (DRG-B, E108, 164)

Nach Meinung des Geschäftsführers ist dem Gesetzgeber in Zukunft durch den landesweiten Fallwert eine wichtige neue Stellgröße in die Hand gegeben worden, um die Budgets der Krankenhäuser zu „verwüsten“.

Ich habe zukünftig, das ist, glaub ich, den meisten überhaupt noch nicht klar geworden, ich habe zukünftig als Gesetzgeber eine wunderbare neue Stellschraube gewonnen. Ich brauch nämlich nur die landesweiten Basisfallwerte anpacken und sagen: Die senk ich ab. Damit hab ich die Budgets von ein paar hundert Krankenhäusern verwüestet. Ich brauch nicht einzeln verhandeln, ne. Das geht jetzt mit Zentralverhandlungen, was es vorher nicht gab. Also das ist ein neues Einfallstor für ein neues Spielfeld. Da werden wir erst mal sehen, wie sich das entwickelt in den nächsten Jahren, aber es lädt förmlich sozusagen zum Missbrauch ein. (GF, E105, 133)

Um die Position des Krankenhauses zu festigen, komme den Zusatzentgelten eine große Bedeutung zu:

Die sind im Budget drin und wir verrechnen die nur anders, d.h. ich rechne die vorher ab und dann sind die in der base-rate nicht drin, die drücken die base-rate. Die base-rate ist ja deswegen wichtig, also der durchschnittliche Basisfallwert, die ist ja deswegen wichtig, weil auf den wird ja hin nivelliert im landesweiten Durchschnitt ab diesem Jahr, äh, ab nächstem Jahr, 2005. Ja? Gut. Und wenn ich die base-rate senken kann als Haus der Maximalversorgung, es geht ja dabei nur um Maximalversorgung, die ganzen Zusatzentgelte usw. betreffen eigentlich nur die Maximalversorgung. (GF, E105, 115; vgl. auch DRG-B, E108, 181)

Personalabbau und Neuorganisation von Arbeitsabläufen

Eine weitere wesentliche Maßnahme im Strategiekonzept der Geschäftsführung waren und sind Personaleinsparungen.⁵⁶ Der Personalabbau ging vor allem zu Lasten der Pflege, wobei einzelne Abteilungen unterschiedlich stark betroffen waren.⁵⁷

⁵⁶ Die aktuelle Stellenplanung erfolgt auf Basis der (alten) Pflegepersonalregelung, wobei 10% abgezogen werden (PDL, E107, 59).

⁵⁷ In der Kinderklinik wurde weniger Personal abgebaut (vgl. SL, E112, 70).

Na ja, dieses Sparkonzept, was Herr (Name) entwickelt hatte, was er Ihnen ja wahrscheinlich dargelegt hat, das hat er ja über dem Rücken der Pflege ausgetragen. Also, es war nur die Pflege, die diesen massiven Einstellungs-Stop und Stellenabbau auszuhalten hatte. [...] Und das..., das kann man noch nicht dem DRG-System anlasten, aber eben dem Zwang zur wirtschaftlichen Sanierung. Das hatte hier die Pflege auszubaden. (DRG-B, E108, 195; vgl. PDL, E107, 35)

Die Stelleneinsparungen stießen bei den Pflegenden auf Widerstand, weil sie eine Verschlechterung der Versorgungsqualität befürchteten, und gingen einher mit einer Reihe von organisatorischen Veränderungen. Hierzu gehören Stationszusammenlegungen, Flexibilisierung von Arbeitszeiten und Arbeitskräfteeinsatz, Neustrukturierung von Aufgaben und die Einführung von sog. Stationsassistentinnen (vgl. auch 3.).

Ach, es... wie Sie sich denken können, ist es natürlich bei unseren pflegerischen Mitarbeitern massiv erst mal auf Unverständnis gestoßen. Die also sehr sich festgebissen haben an unserem Leitbild Pflege, was wir haben und gesagt haben, wenn wir diese Qualität im weiteren erreichen wollen, ist das nicht machbar. Und insofern haben wir sehr an Strukturen und Veränderungen der Abläufe im rein pflegerischen Bereich, hart mit ihnen gearbeitet. Haben aber auch in bestimmten Abteilungen mit Pflege und Medizin gemeinsam gesprochen, wie die Abläufe sein können. Wenn also erst mal die Grundversorgungspflege morgens laufen kann, und wir dann sagen: ab 8.00 Uhr sind dann erst z. B. die endoskopischen Untersuchungen möglich, weil sie dann alle auch entsprechend vorbereitet sind. Das ist dann auch zwischen Medizin und Pflegedienst. (PDL, E107, 39)

Die Geschäftsführung wünscht sich eine Rahmendienstzeit von 6.00 bis 22.00, wogegen sich nach Auskunft der PDL der Betriebsrat sperren wird. Es wird auch die Möglichkeit geprüft, im pflegerischen Bereich den Bereitschaftsdienst abzubauen (PDL, E107, 25).

Auch der ärztliche Bereich ist, wenn auch in geringerem Umfang als die Pflege und verglichen mit anderen Krankenhäusern, von Stellenkürzungen, Wiederbesetzungssperren bzw. Umwidmung von Stellen betroffen.

Ein Problem ist natürlich die vorgehenden Rahmenbedingungen, was Stellenausstattungen und so was angeht. Wenn die jetzt-, wenn jetzt also die Assistenten-, also, wir haben Wiederbesetzungssperre jetzt gehabt im vergangenen Jahr, weil eben Primat der Geschäftsführung war, im Personalsektor muss gespart werden, das betraf vornehmlich den Pflegedienst, aber jetzt auch sekundär den ärztlichen Dienst [...]. (OA Kardiologie, E109, 86; vgl. auch AA Kardiologie, E101, 10-14; 22)⁵⁸

Und ich glaube, da stehen wir fast immer noch gut da im Vergleich auch zu anderen Krankenhäusern, bei denen es finanziell noch wesentlich gravierender ist, weil wir durch die Struktur dieses Krankenhauses, das ist ja Schwerpunktversorgung, wir kriegen eher Patienten zu speziellen Untersuchungen zugewiesen, die nur kurz bei uns sind und dann wieder weggehen, wir haben also nicht so den typischen lang liegenden Patienten. Haben wir auch, aber die große Mehrzahl sind eben die Patienten, die zu Spezial-Eingriffen kommen und, ich glaube, diese Häuser sind so von den Geldkürzungen noch ein bisschen besser bei weggekommen und dementsprechend sieht es bei uns personell immer noch besser aus also woanders. (AA Kardiologie, E101, 22; vgl. auch E101, 10-14)

Maßnahmen zur Erhöhung der Fallzahlen

Obwohl das Haus nicht akut gefährdet ist, wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um das Haus attraktiv zu machen und Patienten an sich zu binden. Im Oktober 2003 wurde ein Kooperationsrahmenvertrag mit drei anderen Krankenhäusern in der Region geschlossen.

⁵⁸ Die einzelnen Abteilungen sind allerdings unterschiedlich betroffen. In der Chirurgie gibt es beispielsweise keinen Einstellungsstopp (OÄ Chirurgie, E103, 360).

Hierdurch sollen laut Broschüre „Organisations- und Kommunikationsprobleme bei der Aufnahme, Verlegung, Weiterbehandlung und beim Kontakt mit den niedergelassenen Ärzten vermieden“ werden und im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) „qualitativ hochwertige und den Patienten individuell angepasste Standards zwischen den Häusern“ gewährleistet. Ziel der Kooperation ist es, Patienten langfristig an sich zu binden (PDL, E107, 85).

Ende 2004 wurde das Rehabilitationszentrum, an dem das Krankenhaus als Gesellschafter beteiligt ist, um ein ambulantes Rehabilitationszentrum in gemeinsamer Trägerschaft mit zwei anderen Krankenhäusern ergänzt, wovon sich der Geschäftsführer ebenfalls strategische Vorteile verspricht, da nun die gesamte Behandlungskette angeboten werden kann (GF, E105, 105).

Seit mehreren Jahren verfügt das Krankenhaus E über ein sog. „Gesundheitshaus“, in dem z. B. auch Fachvorträge für die Öffentlichkeit angeboten werden. „Damit werden, wenn Sie so wollen, gewinnen wir vielleicht auch Patienten“ (PDL, E107, 82).

Ein Faktor, der Patienten potenziell abschreckt, ist der „Hotelbereich“. So lässt der Standard in einigen Stationen zu Wünschen übrig. Beispielsweise gibt es in einigen Zimmern noch nicht einmal eine Waschecke, was häufig auf Unzufriedenheit bei den Patienten stößt. Die Kinderklinik ist erst vor einigen Jahren in einen Neubau gezogen. Vorher waren die Zustände, gerade für mit aufgenommene Eltern, oft unerträglich, so dass diese nach Ansicht eines Arztes zum Teil andere Krankenhäuser aufgesucht haben (AA Kinderklinik, E104, 25).

Qualitätssicherung

Der Bereich Qualitätssicherung ist im Krankenhaus E bisher eher unterentwickelt. Es gibt ein Qualitätsmanagement, „wo zwei Leute da sind, die sich auch drum kümmern“ (SL Unfallchirurgie, E106, 163). Parallel zur DRG-Einführung hat das Krankenhaus zwar eine Zertifizierung nach KTQ durchlaufen, deren Nutzen eher als begrenzt eingeschätzt wird.

Ja, das was wirklich positiv daran ist, ist dass das ja einen kontinuierlichen Prozess anregt. Also, einmal die Auseinandersetzung selbst, und dann bekommt man das Zertifikat ja mit Auflagen, also was noch zu tun ist, um es in drei Jahren wieder zu bekommen bzw. man muss ja in 3 Jahren sich eben genau den gleichen Prüfungen wieder stellen. Also..., ob ich das für ausreichend halte, weiß ich nicht, ich halte es jedenfalls für sehr sehr aufwändig. Es ist ja schon was, was künstlich und von außen aufgesetzt ist, nicht? Qualität muss von innen kommen. (DRG-B, E108, 126; vgl. auch OA Kardiologie, E109, 84)

Leistungssteuerung

Die wichtigste Maßnahme zur Optimierung der Kosten und Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen nach Einführung der DRG setzte nicht an der Entwicklung von Behandlungspfaden an, sondern an der Steuerung von Informationen:

Sie werden lachen, wir haben uns im Wesentlichen darum gekümmert, was löst ein Patient an Informationswolke im Krankenhaus aus, und zwar vom Erstkontakt, vielleicht am Telefon oder in der Notaufnahme, bis zu seiner Archivierung, weil wir gesehen haben, dass wir in ein sehr bürokratisches System hineinstoßen – DRG ist ein unendlich bürokratisches System – und dass jeder, der mit Dokumenten und Informationen nicht umgehen kann, nicht erfolgreich rationalisieren kann. Also es war, wenn Sie so wollen, ich hab seinerzeit gestaunt, weil wir die einzigen waren, die sich scheinbar mit einem völlig abstrusen Thema beschäftigen. Alle redeten über clinical pathways und dies und das und jenes, sind aber nicht vom Fleck gekommen dabei. Das kommt ja jetzt erst langsam. Wir haben uns nur über Informationen unterhalten, Dokumentensteuerung und die Hilfsmittel, sag ich mal, zurechtzulegen, damit man mit einem riesengroßen

Informationsangebot, was ein Patient erzeugt, tatsächlich zielgerichtet umgehen kann, und zwar so, dass der Aufwand minimiert wird. (GF, E105, 72)

Für den Geschäftsführer sind die Preise im DRG-System nach wie vor nicht leistungsgerecht und bergen von daher die Gefahr von Fehlsteuerungen. Er lehnt aus diesem Grund auch eine Steuerung von einzelnen Abteilungen auf der Grundlage von Gewinn-und-Verlust-Rechnungen sowie den Aufbau einer differenzierten Kostenträgerrechnung ab.

Also ich sag mal so, man ist gut beraten, das Ganze nicht zu ernst zu nehmen, sondern tatsächlich als lernendes System zu begreifen und es dann einstweilen, sag ich mal, mit gesundem Augenmaß als gesamtes Haus zu steuern, ja? Die Fehlsteuerungen sind immer noch zu groß als dass man das richtig als richtiges Preissystem nehmen könnte. Ich würde da auch davon ausgehen, dass wir da noch ein paar Jährchen brauchen. (GF, E105, 157; vgl. auch GF, E105, 164)

Also ich sag mal so: Als Profit Center haben wir uns hier nicht verlegt als Haus. Diesen Gedanken finde ich auch für ein einzelnes Krankenhaus nicht so besonders prickelnd, weil beim Profit Center haben Sie, wie soll ich sagen, ziemlich schnell ein Krankenhaus in Teile zerlegt, die Sie nie wieder zusammen bekommen, weil was machen Sie, wenn Sie, sagen wir mal, hier zehn Profit Center reinpacken, ja, und, sagen wir mal, fünf sind erfolgreich und fünf nicht? Dann sind Sie als gesamtes Haus möglicherweise erfolgreich, ja, aber was machen Sie mit den fünf nicht erfolgreichen? Und die Erfolgreichen, was – sollen die jetzt kofinanzieren? Sie schaffen nur Fronten untereinander, ja, die einen gegen die andern usw. und das ganze Unternehmen zerfällt dabei. Möchte ich nicht haben. Wir haben ohnehin schon, wie soll ich sagen, in den Abteilungen teilweise eine Kirchturmpolitik, die wir über interdisziplinäre Zusammenarbeit dann, sag ich mal, bekämpfen und ganz gut auch hier strukturiert haben. Wenn ich die jetzt künstlich als Profit Center wieder auseinander nehme, dann kriege ich es doch gar nicht mehr hin. Also wenn die sich im OP tatsächlich, was es ja in der Literatur zu lesen gibt, über Kosten unterhalten sollten: Ich helfe dir oder ich helfe dir nicht, dann zahlst du mir oder du zahlst mir nicht oder so was, das ist doch Blödsinn, das ist wirklich Blödsinn. Wir müssen immer als gesamtes Haus, sag ich mal, vor dem Wind segeln, wir müssen investitionsfähig sein und Investition betrifft ja auch mal die eine Abteilung mal die andere. Wir haben gerade ein neues Kinderkrankenhaus gebaut und haben natürlich mit unserem Eigenanteil über Jahre sozusagen da reingespart und alle andern haben darunter gelitten, aber weil die ja auch mal drankommen oder dran waren, je nachdem, weiß ja jeder, wofür das ist. Also mir ist das Bewusstsein über so ein gesamtes Haus und seine Weiterentwicklung an allen Gliedern lieber, als wenn ich, sagen wir mal, das Bewusstsein habe, mein Profit Center läuft gut, und das andere Bewusstsein, mein Profit Center läuft nicht gut. Das nur als Hinweis. Welche Abteilung Gewinne und Verluste macht, können Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sagen, weil Sie müssen immer voraussetzen, dass das Preissystem stimmig ist. Gegenwärtig ist aber die Wahrscheinlichkeit, dass das Preissystem nicht stimmt, höher als dass die Abteilung Verluste macht oder Gewinne. Das Dritte ist, die Zuordnung der Patientenerlöse zur Abteilung, die erlässt, ist ja eine reine Willkür. Sie müssen also dann die Erlöse erst mal rückverteilen, ja, und müssten sie verursachungsgerecht rückverteilen für jeden einzelnen Patienten. Das wiederum würde voraussetzen, dass wir eine exorbitant genaue Kosten-Träger-Rechnung hätten. Wenn Sie eine genaue Kosten-Träger-Rechnung aufbauen, ist die teurer als die Ungenauigkeit hinzunehmen, die ist nämlich sehr teuer. Also eine Kosten-Träger-Rechnung in dieser Sorte Genauigkeit aufzubauen, hab ich nicht als Ziel auf meine Agenda geschrieben, weil ich den Aufwand kenne. Mir reicht es, wenn wir hier im Hause, sag ich mal, im Rahmen dessen, wo Sie vorhin gefragt hatten, dass wir nämlich geguckt haben, welche Informationswolke und -wege erzeugt ein Patient, da haben wir geguckt, was sind denn die wesentlichen Informationen, die wir von den Patienten brauchen, die teuren Sachen, die er verbraucht, ja, die muss ich ihm zuordnen können, die Implantate muss ich zuordnen können, teure Medikamente muss ich zuordnen können, Blut muss ich zuordnen können usw. Das wissen wir aus anderen Gründen ohnehin, weil wir es in der Akte vermerken müssen. Da muss ich es nur aus der Akte rausholen und irgendwo hinterlegen auf Kostenstelle bzw. auf die DRG-Art und fertig. Wir haben uns aus dem Grund für 2003 auch an der bundesweiten Kalkulation beteiligt, damit man das mal lernt. Wir haben allerdings festgestellt, das setzt so ein Controlling mit drei Leuten lahm für ein halbes Jahr. So viel Zeit hab ich nicht. Tut mir leid, geht nicht, ja, an der nächsten Kalkulation haben wir uns nicht mehr beteiligt, weil wir einfach hier Stillstand hatten.

Wir haben eine Menge dabei gelernt, aber das ist ein ziemlich hoher Aufwand gewesen und das kann man nicht jedes Jahr machen. Wenn es dafür Geld gibt und ich dafür, sagen wir mal, einen zusätzlich einstellen kann, sieht die Sache anders aus. Gut. Insofern ist das gegenwärtig noch reichlich verfrüht über Gewinner, Verlierer usw. zu reden, weil an dem Preissystem ist noch erst eine ganze Menge mehr zu feilen. (GF, E105, 164).

Gleichwohl werden seit der DRG-Einführung wirtschaftliche Aspekte von Seiten der Verwaltung verstärkt thematisiert. Es gibt regelmäßige Controlling-Informationen über Belegung, Fallzahlen usw. Im letzten Jahr wurde einmalig eine Leistungsplanung zusammen mit den Abteilungen gemacht.⁵⁹ Eine explizite Leistungssteuerung mit konkreten Vorgaben im Rahmen von Abteilungsbudgets ist im Krankenhaus E jedoch offensichtlich auch unter DRG-Bedingungen nicht vorhanden. Abweichungen in einzelnen Abteilungen werden toleriert, solange das Haus insgesamt seine Punktlandung erreicht. Konkrete Vorgaben im Sinne von Regeln, deren Nichteinhaltung sanktioniert wird, etwa in Hinblick auf Einsparungen bei Verbrauchsmitteln oder die Behandlung von Patienten, gibt es nicht (oder sie sind nicht bei den Betroffenen angekommen). Man versucht, die Betroffenen ohne Zwang, z. B. durch ständige Thematisierung, Gespräche und Überzeugungsarbeit, auf die wirtschaftliche Schiene einzuschwören. Ein expliziter Druck, Verhaltensänderungen durchzuführen, wird weder von Seiten der Geschäftsführung noch der Chefarzte ausgeübt (siehe auch 4.).

Na, sagen wir mal so, es gibt dann mal so eine Druckwelle, wenn Fallzahlen nicht erreicht werden oder wenn die Geschäftsführung davon Wind kriegt, dass vielleicht irgendwas nicht so stimmt. Wobei so, das gibt es mal, dass das so sehr impulsiv ist, ohne dass diese Controlling-Angaben dann wirklich geprüft sind, dann kann sich das alleine aufgrund von Zahlenfehlern noch ja wieder auflösen. Und..., wir haben letztes Jahr, das hat Herr (Name) ja wahrscheinlich auch gesagt, wir haben letztes Jahr so Leistungsplanung mit den Abteilungen zusammen gemacht, und da mussten wir ja schon in DRG's planen, und das haben wir mit den Abteilungen gemeinsam gemacht. Also, das ist in diesem Jahr nicht. Also, z. B. in der Jahresmitte mal so'n Kontrollgespräch geführt worden, wo gesagt wurde, ihr habt noch nicht die Hälfte oder ihr habt schon so und so viel und ihr könnt jetzt nicht mehr so viel, gar nicht. Also, das ist nach wie vor eigentlich..., denn es ist ja nicht so viel planbar immer in so einem Krankenhaus, was sich im Wesentlichen der Akutversorgung stellt, nicht? Das., da braucht man sich ja keine Illusionen zu machen, das schwappt ja so an, wie das Bedürfnis besteht. Aber es scheint doch eine ziemliche Konstanz hier zu geben und wir kommen ja, das wird Herr (Name) gesagt haben, wir kommen mit unserer Planung sehr gut hin. Also, es gibt in einzelnen Abteilungen Unterschiede, aber das Gesamthaus erreicht seine Planung praktisch exakt. Und da es über das ganze Haus ausgeglichen werden muss, gibt es keinen..., es gibt keinen Druck für einzelne Abteilungen. Auf dieser Ebene, gar nicht. Also, es gibt ein Budget für alle und das ist auch nicht geplant, das anders an die Abteilungen weiterzugeben. (DRG-B, E108, 89)

Also, es gibt da viele Gespräche Geschäftsführung / Chefarzte, da wo es diese Probleme gibt, also, die sind bekannt und die sind angegangen durch sehr viel, sehr direkte Auseinandersetzungen und Konfrontationen auf der Leitungsebene, das wohl. Aber nicht durch Vorgaben, so und so, oder Zentral-OP und nur noch soviel Kapazität und jeder Patient, der länger als einen Tag hier vorher im Bett liegt, wird..., also, nicht? Also so nicht. Da schwang so eine allgemeine "Immer-wieder-Thematisierung", aber im Gespräch und nicht durch..., nicht durch Zwang von Seiten der Geschäftsführung, wie man das aus anderen Krankenhäusern kennt, wo es feste Regeln gibt. Also, keine Aufnahme mehr von Patienten mit der und der Keimbesiedelung, das kostet uns zuviel Geld. Das machen ja manche Krankenhäuser, das gibt es hier nicht, das gibt's nicht. (DRG-B, E108, 87)

B.: Ja, da gibt's noch den Effekt, dass wir jetzt noch mit der Verwaltung ins Gespräch kommen. Wie viel Verbrauch hat man an gewissen Arzneimitteln, Zentrallagerartikel. Warum ist der Verbrauch jetzt meinetwegen, wenn er höher ist als vorgesehen, warum ist der so hoch? Kann man

⁵⁹ Es ist nicht ganz klar, wann diese Controllinginformationen eingeführt wurden. Einige Befragte sprechen von „einem Jahr“, andere von mehreren.

es vielleicht einsparen? Also da gehen die Gespräche jetzt auch hin noch. Ist auch seit einem Jahr etwa, dass das überhaupt ein Thema ist. Früher hat man halt bestellt, was man braucht und dann war es halt so. Aber das wird zusehends zum Thema

I.2: Und was passiert, wenn Sie nicht hinkommen?

B.: Im Moment passiert's noch gar nicht. Außer dass ein Gespräch stattfindet, warum das jetzt so ist. Aber, ich denk' mir schon, dass das irgendwann auch mal mit ... Weiß nicht, ob das auch wirklich Konsequenzen hat..., dass wir halt, Sachen gibt's nicht mehr oder so, das können wir ja auch nicht machen. Aber das ist schon ein bisschen ... diese Gespräche schon verschärft werden, denke ich mir einfach so, dass das in diese Richtung geht. Macht ja nur Sinn, wenn sie dann irgendwo ein bisschen Druck ausüben, sonst macht das ja keinen Sinn. (SL Unfallchirurgie, E106, 109-115)

B01: Nein, das ist ein Unterbereich hier in der Verwaltung, der dafür sorgt, dass jeder Stationsarzt regelmäßig darüber informiert wird, was auf seiner Station finanziell los ist, wenn man es so will. Das ist eine reine Information, da werden nicht irgendwelche Anforderungen gestellt, sie müssen jetzt 10 Prozent mehr erbringen oder so, aber man wird darüber informiert, wo der, wie der Stand der Dinge ist. Und halte ich, wenn solche Dinge schon bestehen, auch durchaus für gerechtfertigt, weil man manchmal auch merkt, aha, da haben wir ein Riesenminus oder da geben wir viel Geld aus, kann man das nicht anders machen. Einfach auch, um sich Gedanken zu machen, wie kann man Dinge anders lösen und unter Umständen kostengünstiger oder so. Das ist schon etwas, was ich gar nicht mal so sehr als Druck erlebe, aber ich weiß auch, dass ich-, das hat hier Tradition, schon immer seitdem ich hier bin, wenn es Zeiten gibt, wo die Belegung geringer ist, dass dann schon auch von Seiten der Klinikleitung einem das Gefühl vermittelt wird, arbeiten Sie denn gut und entlassen Sie ihre Patienten nicht so schnell und so weiter, und ich wäre in diesem Moment eher im Minus, alles spielt da eine Rolle in dem, was einfach immer unterschwellig mitschwingt. Der Klinikalltag ist davon trotzdem, glaube ich, sehr wenig berührt, weil die Dinge, die ich Ihnen erzählt habe, Eltern, die bestimmte Anforderungen stellen und so weiter, das ist viel zu-, das steht viel zu sehr im Vordergrund. Und ich denke, man kann nur dann gut arbeiten, wenn auch schlicht die Kunden zufrieden sind mit dem, was man da anbietet. Man kann nicht irgendwelche Tricks anwenden, um da irgendwas mit dem Budget oder wie auch immer [...]. Das war in der Vergangenheit ziemlich [...]. Das wird man nicht ändern können.

I01: Das heißt, da gibt es auch von Seiten der Chefärzte keine Anweisungen oder...

B01: Nein, Anweisungen schon gar nicht.

I01: ...oder Aufforderungen.

B01: Nein, mehr-, die vermitteln einem das Gefühl, zur Zeit müssen Sie ein bisschen darauf achten, dass es nicht zu sehr...

I01: Also es wird schon irgendwie kommuniziert?

B01: Ja, das wird besprochen, das wird ausgesprochen in einer Besprechung, nur am Ende, sozusagen nur als Wort der Woche, aber mehr auch nicht. Ich habe das nie als Druck erlebt, mein Arbeitsverhalten zu ändern. Zumal am Ende des Jahres doch immer recht konstante Ergebnisse rauskommen, das sind ja meistens nur saisonale Schwankungen. (AA Kinderklinik, E104, 33-39)

B01: [...] Und von daher denke ich, das solche Entwicklungen natürlich schon mehr durch die Leitungsebene beeinflusst wurden, aber ich habe da relativ wenig Einfluss von Seiten der Krankenhausverwaltung zum Beispiel gespürt. In den letzten Jahren gibt es halt-, gab es dann viel Controllinginstrumente, aber das habe ich alles-, das konnte man alles im Grunde genommen mal sich so angucken und wieder beiseite legen, es hat einen nicht groß weiter beeinflusst und gesteuert.

I01: Also Controllingelemente, die jetzt von der Krankenhausleitung...

B01: Genau, was Belegung anging, was Verweildauer angeht oder was-, so was kriegen wir natürlich seit Jahren immer geliefert.

I01: Ohne aber, dass konkrete Handlungsaufforderung damit verbunden ist, sondern einfach nur, man könnte was damit anfangen, aber man muss halt nicht.

B01: Ja. (OÄ Kardiologie, E109, 17-21).

I01: Wissen Sie, ob Abteilungsbudgets bestehen? Also dass sozusagen jede Abteilung weiß, wir haben so und so viel jetzt für dieses Jahr zur Verfügung mit der entsprechenden Mengenaufschlüsselung, ...

B01: Ja.

I01: ... dass so viel Operationen durchgeführt werden dürfen ...

B01: Ach so, wie viel durchgeführt werden *dürfen* – also das, glaube ich, ist nicht begrenzt, wie viel wir durchführen dürfen, das weiß ich aber nicht genau. Kann ich Ihnen nichts zu sagen.

I01: Nja.

B01: Es gibt da bestimmt ein Budget, das sicherlich, aber dass wir jetzt nur so und so viele Dickdarneingriffe machen dürfen oder so, das ist mir neu.

I01: Also da gibt es nicht irgendwann mal die Order: Jetzt haben wir so und so viel, jetzt ...

B01: Nein. Nein. Nein, also, wir kriegen Statistiken, wie viele Operationen wir letztes Jahr gemacht haben, wie die Belegung war und wo wir stehen – also das gibt es schon. (OÄ Chirurgie, E103, 198-205)

Zusammenfassung: Das Krankenhaus E ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit überdurchschnittlich hoher Auslastung von 95%, das auch im Zuge der Deckelung der Budgets seit Mitte der 1990er Jahre expandiert und investiert hat. Das Haus wurde 1998 in eine GmbH umgewandelt (in öffentlicher Trägerschaft) und wird von einem Geschäftsführer geleitet. Die wichtigste Strategie zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit, die auch in Zusammenhang mit der DRG-Einführung steht, waren bzw. sind massive Personaleinsparungen, vor allem im Bereich der Pflege, verbunden mit einer Neuorganisation von Arbeitsabläufen (u. a. Einführung von Stationsassistentinnen und Flexibilisierung von Arbeitszeiten). Eine weitere wichtige Strategie, um die Attraktivität des Standortes zu sichern, ist die Bildung von Kooperationsbeziehungen mit anderen Krankenhäusern in der Region. „Gewinnträchtige“ Bereiche wie das Herzzentrum oder die Neonatologie ziehen andere Abteilungen mit. Für den Geschäftsführer hat die Gesamtsituation des Hauses Priorität, der Ausbau einzelner Abteilungen zu Profit-Centern ist nicht geplant. Um wirtschaftliche Ziele bei den Mitarbeitern zu verankern, wurde im Zuge der DRG-Einführung vor allem die Transparenz über die Kosten verbessert, z. B. durch regelmäßige Controllinginformationen für die Abteilungen. Eine explizite Leistungssteuerung durch Abteilungsbudgets und Vorgaben der Verwaltung, etwa in Hinblick auf die Aufnahme von Patienten, findet nicht statt. Dies ist vor dem Hintergrund möglich, dass das Haus insgesamt seine Planziele erreicht.

Unmittelbare Implementation des DRG-Systems und damit verbundene Probleme

Das Krankenhaus E ist ohne Vorlauf als Optionskrankenhaus in die Abrechnung nach DRG eingestiegen. Seit zwei Jahren gibt es eine hauptamtliche DRG-Beauftragte (ehemals Kin-

derärztin),⁶⁰ deren Arbeit als äußerst kompetent und hilfreich angesehen wird (OA Kardiologie, E109, 136; AA Unfallchirurgie, E102, 90; OÄ Chirurgie, E103, 275). Gegen die Einführung dieser rein DRG-bezogenen Stellen hatte sich die Geschäftsführung ursprünglich gewehrt:

Man sieht und hört aber schon, dass auch hier und da solche Positionen, wie Frau (Name) sie bekleidet, in anderen Häusern schon länger vorhanden sind, wo sich unsere Verwaltung hier in der ersten Phase total dagegen gewehrt hat, ja, „das gibt es nicht und das wird nicht eingeführt, das ist zu teuer und das geht nicht und solche Leute haben nicht den Überblick über den Fall“ und so, da haben sie sich dann aber doch noch.., wahrscheinlich auch mit dem Beispiel jetzt... oder mit den Kollegen, die wir da jetzt haben, einfach doch eines Besseren belehren lassen. (AA Unfallchirurgie, E102, 110)

Die Codierung⁶¹ wird von den Ärzten durchgeführt, wobei die Letztverantwortung bei den Oberärzten liegt, die die Verschlüsselung der Assistenzärzte freigeben. Anschließend erfolgt noch eine Kontrolle durch die DRG-Beauftragte. In der Praxis war es schwer, den Ärzten das neue System nahe zu bringen, nicht zuletzt weil die Verschlüsselung im Grunde nicht als ärztliche Aufgabe angesehen wird (siehe auch 3.):⁶²

Ja in der Vermittlung. Also, im Grunde musste ja der Widerstand gebrochen werden, gegen diese Art der Arbeit. Das ist keine ärztliche Arbeit. Die ärztliche Arbeit wird anders empfunden und anders definiert. Und das, was nun zum Überleben dazugehören sollte, das musste den Weg in die Köpfe finden. Und das hat eben die erforderliche Zeit gedauert. (DRG-B, E108, 63)

Die Ärzte wiederum fühlten sich von der Verwaltung „überfahren“. Kritisiert wird insbesondere, dass die Verwaltung die neuen Aufgaben nach unten „durchgedrückt“ hat, ohne die Bedenken der Ärzte ernst zu nehmen. Hierdurch haben sich nach Ansicht eines Arztes auch die Gewichte zwischen medizinischen Personal und Verwaltung verschoben:

[...] da wurde hier von der Verwaltung einfach denn da gesagt, das ist aber so, das muss gemacht werden. Und erstens nach ihrer Meinung, also nach Meinung der Verwaltung, kann es auch kein anderer machen, weil es eine ärztliche Entscheidung und Aufgabe wäre und andererseits wäre um irgendwelche bestimmten Beauftragten einzustellen, kein Geld da, und es muss gemacht werden. Und dadurch ist natürlich so ein bisschen, und es wird immer mehr, durch diese Dokumentationen, die Verwaltungspflichtige da haben, oder administrativen Aufgaben, dieses Verhältnis ist so ein bisschen, also würde ich mal sagen, ein bisschen angespannt. Es ist selten schon so, dass die Verwaltung einfach denn Forderungen stellt und erst mal gar nicht rückfragt, ist das machbar? Sondern einfach erst mal sagt, das muss so sein. (AA Unfallchirurgie, E102, 64)

Also, in diesem ganzen Verfahren sicherlich. Also, da sagt man..., hat man schon sehr häufig... und das sagt man auch immer noch mal, dass... ja, - ich will nicht sagen, dass man sich da irgendwie überschätzt – aber man denkt immer, eigentlich soll ein Krankenhaus..., ist das medizinische Personal, sei es jetzt Ärzte oder sei es Pfleger oder sei es jemand anderes, eigentlich

⁶⁰ Diese wird von einem Internisten mit 10 Wochenstunden unterstützt. Der Abrechnungsleiter ist zur Zeit ebenfalls voll auf die DRG-Arbeit konzentriert und hat für die übrigen Abrechnungsgeschäfte eine Vertretung bekommen.

⁶¹ Die Codierung erfolgt mit Hilfe der Codiersoftware „CODEC“. Diese enthält einen DRG-Proof, der die Plausibilität der Diagnose-Codes prüft und Diagnosen ausweist, die nicht mehr stationär behandelt werden sollen.

⁶² Insofern hätten es die Ärzte lieber gesehen, wenn die Codierung, wie in anderen Kliniken zum Teil geschehen, komplett durch andere oder zusätzlich eingestellte Kräfte übernommen würde, was im Zweifel der Klinik auch finanziell zu Gute kommen würde, da die Codierung dann besser durchgeführt würde (OA Kardiologie, E109, 61; OA Chirurgie, E103, 318).

irgendwie wichtiger, als die Verwaltung. Aber durch diese ganzen Verfahren hat man den Eindruck, dass sich das irgendwie umkehrt und dass man eigentlich mal in einigen Ebenen den Leuten sagen müsste, sag mal, wenn wir hier nicht wären, dann wärt ihr erst recht nicht da, nicht.... (AA Unfallchirurgie, E102, 110)

Die Ärzte mussten „lernen“, von der medizinischen Realität zu abstrahieren und sich auf die abrechnungsrelevanten Diagnosen zu konzentrieren. Die „angebotenen“ Diagnosen werden teilweise als zu undifferenziert wahrgenommen, zumal sie mit der medizinischen Realität nichts zu tun haben. Damit sei auch eine Krankenhaus übergreifende einheitliche Handhabung nicht gewährleistet (AA Kardiologie, E101, 122, 126, 128). In der Codierungspraxis gibt es insbesondere drei Probleme: Upcoding, Maximalcodierung, Nichterfassen von Nebendiagnosen.

Upcoding. Im Zweifel bzw. bei großen Spielräumen durch unklare DRGs wird die „teurere“ Diagnose verschlüsselt:

Aber so ein Grundgefühl, dass z. B. bei so Angina pectoris-Beschwerden, dass die instabile Angina mehr bringt als die stabile, das weiß man und deswegen ist man natürlich auch geneigt, in der Wahl der Diagnose, wenn so viel Spielraum gegeben ist, dann im Zweifel ist es natürlich instabil. Also dass nennt man ja, glaube ich, dieses Hochpunkten von Diagnosen. (AA Kardiologie, E101, 132)

Maximalcodierung. Vor allem am Anfang wurden möglichst viele (Neben-) Diagnosen erfasst, auch solche ohne Abrechnungsrelevanz. Mittlerweile wird darauf geachtet, nur die abrechnungsrelevanten Diagnosen zu verschlüsseln, um keine Nachfragen der Krankenkassen zu provozieren.

Wo ich das nicht kann, kommt darauf an, wie das verschlüsselt ist. Deswegen achte ich schon darauf, dass ich unwichtige Diagnosen, die sowieso nur zu Nachfragen führen, dass man die rausnimmt. Wir sind ja ganz früher so geschult worden, dass wir alles verschlüsseln sollen, und jetzt werden wir sozusagen wieder umgeschult, dass wir wirklich nur die relevanten Sachen verschlüsseln sollen. (OÄ Chirurgie, E103, 396; vgl. auch DRG-B, E108, 65-67)

Nichterfassen von Nebendiagnosen. Die pflegerelevanten Nebendiagnosen werden von den Pflegekräften auf einem Papierbogen erhoben, der den Akten beigelegt wird und von den Ärzten zu verschlüsseln ist, was in der Praxis nicht immer funktioniert. Den Pflegekräften (zumindest den Stationsleitungen) ist bewusst, dass dem Krankenhaus dadurch letztlich Geld verloren geht (SL Unfallchirurgie, E106, 133- 141; vgl. auch SL Kardiologie, E111, 50, 54)

Ein weiteres Problem ist, dass das DRG-System laufend weiter entwickelt wird. Dies bedeutet zum einen permanenten Anpassungsstress für die DRG-Beauftragte, die kaum dazu kommt, sich einen Überblick über alle Neuerungen zu verschaffen (DRG-B, E108, 116) Zum anderen steigt der Arbeitsaufwand, da den Ärzten „mühselig“ alle Neuerungen vermittelt werden müssen (DRG-B, E108, 65).

Seit Einführung der DRGs sind die Anfragen der Krankenkassen „auf 6% ungefähr“ angestiegen. Etwa die Hälfte der Anfragen betrifft die Notwendigkeit stationärer Aufenthalte, die übrigen beziehen sich auf Codierungsprobleme (DRG-B, E108, 73-75). Um den hohen Arbeitsaufwand, der mit den Nachfragen der Krankenkassen verbunden ist, zu verringern, sieht die DRG-Beauftragte insbesondere drei Möglichkeiten (DRG-B, E108, 71): Veränderung der Arztbriefe, um mögliche Anfragen der Krankenkassen im Vorfeld abzufangen (DRG-B, E108,

71),⁶³ Minimierung des Aktensuchaufwands (DRG-B, E108, 71) und Einstellung einer medizinisch ausgebildeten Person, die für die Bearbeitung von Anfragen zuständig ist.

Zusammenfassung: Die Einführung der DRG im Krankenhaus E erfolgte ohne Vorlauf als Optionskrankenhaus. Es gibt eine Vollzeit DRG-Beauftragte (ehemalige Kinderärztin), deren Arbeit als ausgesprochen wichtig und entlastend eingeschätzt wird. Die DRG-Beauftragte hat die Schulungen der Ärzte durchgeführt, ist Ansprechpartnerin für alle Codierungs-Probleme und fängt auch Anfragen der Krankenkassen, die zugenommen haben, im Vorfeld ab. In der Praxis war es schwer, den Ärzten das neue System nahe zu bringen. Diese fühlten sich von der Verwaltung „überfahren“ und mussten lernen, von der medizinischen Realität zu abstrahieren und sich auf die abrechnungsrelevanten Diagnosen zu konzentrieren. In der Codierungspraxis gibt es darüber hinaus insbesondere drei Probleme:

- Upcoding (im Zweifel bzw. bei großen Spielräumen durch unklare DRGs wird die „teure“ Diagnose verschlüsselt)
- Maximalcodierung (es werden möglichst viele Diagnosen erfasst, auch solche ohne Abrechnungsrelevanz, was häufige Nachfragen der Krankenkassen provoziert)
- Nichterfassen von Nebendiagnosen, wodurch dem Krankenhaus Einnahmen verloren gehen.

Arbeitsbedingungen und Folgen für die Patientenversorgung

Pflege

Im Bereich der Pflege hat in den letzten 10 Jahren ein Wandel von der Funktionspflege zur Bereichspflege stattgefunden. Die Anforderungen an die Pflegekräfte, insbesondere die Stationsleitungen haben sich erhöht und es sind neue Aufgaben, vor allem im Bereich der Dokumentation dazugekommen, die einen großen Teil der Arbeitszeit ausmachen.

[...] Das, denke ich so, merkt man. Dass Dokumentationen einfach auch eine ganz große Rolle spielen, ich denke, das war so in den..., wenn ich jetzt so von 25 Jahren ausgehe, das war in den ersten 10 Jahren..., ist wenig dokumentiert worden, das Wichtigste..., aber in den letzten Jahren..., also ohne Dokumentation läuft nichts. Dass man einfach an..., ja, an Schreiarbeiten an jedem einzelnen Patienten..., das ist über die Hälfte der Zeit, wo man mit Schreiarbeiten andauernd beschäftigt ist und das ist..., ja, das hat einen anderen Stellenwert einfach gekriegt (SL Neonatologie, E112, 10; vgl. auch SL Neonatologie, E112, 14; SL Unfallchirurgie, E106, 20)

Folgen der DRG-Einführung

Wie bereits erwähnt wurden im Zuge der wirtschaftlichen Anpassungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der DRG-Einführung vor allem im Bereich der Pflege Personaleinsparungen vorgenommen, Arbeitsabläufe gestrafft und Arbeitszeiten flexibilisiert (vgl. SL Kardiologie, E111,

⁶³ Hierzu gibt es einen Modellversuch in der Unfallchirurgie (DRG-B, 85; vgl. auch AA Unfallchirurgie, E102, 103-104; 111-112).

69; 136).⁶⁴ Die Stationsleitungen sind angehalten, auf unterschiedlichen Arbeitsanfall flexibel zu reagieren. Wenn mal weniger Arbeit da ist, müssen die Pflegekräfte Überstunden abfeiern oder in anderen Stationen aushelfen (SL Neonatologie, E112, 82; PDL, E107, 106). Darüber hinaus haben Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten im Zuge der DRG-Einführung zugenommen (SL Kardiologie, E111, 46-48).

Auf der anderen Seite wurden auch die Aufgaben der Pflegekräfte z. T. neu definiert. Wie bereits erwähnt werden patientenfernere Tätigkeiten auf vielen Stationen durch (billigere) Versorgungsassistentinnen erledigt.

Es ist nur so, dass es uns im Gesundheitswesen insgesamt nicht gut geht. Da macht, glaube ich, keiner einen Hehl draus, und diese Situation hat unsere Verwaltung vorausschauend, denk ich, sehr kommen sehen, so dass wir schon vor 2 Jahren überlegt haben, wie kommen wir zu einer Stelleneinsparung ohne die Versorgung runter zu qualifizieren, und haben eine Stationszusammenlegung gemacht. Und haben jetzt große Stationen - nicht an allen Stellen, aber an einigen Stellen - mit über 40 Betten, und haben in dem Zusammenhang, wo man so ein großes Pool dann hat, doch auch Stellen einsparen können. Und haben dieses sehr bewusst auch mit unseren einzelnen Stationen überlegt, können wir bestimmte Aufgaben anders verteilen, also dass sie billiger gestaltet sind. Viele Stationen haben z. B. inzwischen eine so genannte Versorgungsassistentin, die also zuständig ist für das Bestellverfahren in der... des Materials, das man auf Station braucht, und die das dann auch einräumt, und die auch die Bettplätze der Patienten jeweils neu gestaltet bei Verlegung und Entlassung. Die also eine ganz umschriebene Arbeitsplatzbeschreibung hat, so dass diese Tätigkeit dann von der Pflege weggenommen ist. (PDL, E107, 35)

Die genannten Veränderungen bedeuten zunächst eine zusätzliche Arbeitsverdichtung und hohe Arbeitsbelastung für die Pflegekräfte (vgl. z. B. SL Unfallchirurgie, E106, 85, 89; SL Kardiologie, E111, 71). Vor allem Berufsanfänger kommen häufig mit völlig falschen Vorstellungen („Schwester Stephanie“) und sind dann frustriert, wenn die Realität anders aussieht (vgl. SL Kardiologie, E111, 147-151; SL Neonatologie, E112, 71). Eine Folge der hohen Arbeitsbelastungen und auch der unsicheren Zukunftsperspektiven, was den Arbeitsplatz oder weitere Veränderungen angeht, ist auch ein hoher Krankenstand im Bereich der Pflege (AA Unfallchirurgie, E102, 96; SL Kardiologie, E111, 130). Ein wichtiger Rückhalt für die Pflegekräfte sind auf der anderen Seite ein gutes Arbeitsklima und ein eingespieltes Team (z. B. SL Neonatologie, E112, 5). Die Zufriedenheit der Pflegekräfte ist offenbar insgesamt höher als bei den Ärzten, was auch auf die insgesamt flachere Hierarchie und familiäre Strukturen, „Relikte aus der Diakonie“ zurückgeführt wird (DRG-B, E108, 199).

Darüber hinaus wirken sich die veränderten Arbeitsbedingungen auch auf die Patientenversorgung aus. Im Normalfall, d. h. wenn es keine besonders hohe Belegung gibt und keine Ausfälle durch Urlaub oder Krankheit zu verzeichnen sind, läuft die Versorgung der Patienten einigermaßen problemlos. Wenn aber die Personaldecke z. B. durch Krankheit ausgedünnt ist und / oder die Station voll belegt ist, kann es zu Versorgungsengpässen kommen. Im Gegensatz zu früher kann bei personellen Engpässen nicht mehr auf Studenten oder andere Hilfskräfte zurückgegriffen werden. (SL Unfallchirurgie, E106, 103). In solchen Phasen müssen gewisse Abstriche bei der Versorgung gemacht werden, vor allem in Hinblick auf die psychosoziale Versorgung und die aktivierende Pflege oder die Teilnahme an der Visite, was mit dem beruflichen Verständnis nicht immer vereinbar ist:

⁶⁴ Die Pflegedienstleitung ging dabei auch von der Voraussetzung aus, dass Pflegekräfte interdisziplinär über Stationsgrenzen hinweg austauschbar seien. Dies wird von einem Arzt in Zweifel gezogen (AA Unfallchirurgie, E102, 96). Hilfreich wären hier Pflegestandards, die bisher aber nur in wenigen Bereichen (Neonatologie, Kardiologie) entwickelt sind.

Ja, wie gesagt, das ist unterschiedlich. Also so wie heute habe ich ein gutes Gefühl. Da kann ich die Patienten wunderbar versorgen. Nur wenn man halt, wenn viele krank sind oder so, man zu zweit hier mit noch mal 3 Schülern rumturnt oder so, hat man oft das Gefühl wenn man nach Hause geht, nicht unbedingt. Man versorgt sie schon so, dass sie keinen Schaden erleiden, aber man hat schon dann oft ein schlechtes Gefühl. Dann sagt man: ja gut, kannst, hätt'st noch ein bisschen mehr machen können. (SL Unfallchirurgie, E106, 99)

An der Zuwendung, sag ich jetzt mal so. Also man versucht natürlich erst mal möglichst alles was machbar ist zu machen. Also was man halt schafft, aber es kann dann schon mal sein, dass man... man versucht dann an diesen administrativen Dingen erstmal zu sparen. Also das halt nicht..., nur einmal Getränke verteilt wird oder so. Solche Sachen versucht man dann halt hängen zu lassen. Oder dass man zur Visite nicht mehr mitgeht, sondern der Arzt es alleine macht. Man versucht ja schon, die Dinge, die nicht so arg schlimm sind, dann halt wegzulassen. (SL Unfallchirurgie, E106, 101)

Mal so, mal so. Also, man kann bestimmt, wenn jetzt, sagen wir mal, auf einmal gleich 5 Leute krank sind, kann ich natürlich da nicht irgendwie so komplett so 5 Leute ersetzen, so einfach. Das geht natürlich nicht. Werden jetzt 3 Leute krank, dann kann man auch schon versuchen halt, das noch irgendwie aufzufangen. Bei (?;384), aber das wird auch schwierig. Und dann ist natürlich..., da muss man Abstriche machen. Das ist dann eben auch so. Man muss versuchen, halt eben die viele Arbeit dann halt eben auf die wenigen Köpfe zu verteilen. Das ist natürlich dann also auch manchmal schwierig. Da bemüht sich jeder, und man ist dann überrascht, dass diese wenigen Personen das dann trotzdem noch immer irgendwie geregelt kriegen. Das da bestimmte Sachen dann zu kurz kommen, ist ganz klar. Das heißt dann wie Aufräum-, Auffüllarbeiten oder so, werden natürlich nicht mehr so gewährleistet sein. Und auch so sehr viel mobilisationstechnische ..., zwei mal täglich mobilisieren, aus dem Bett oder sonst was, das wird dann schon auch etwas kürzer sein. (SL Kardiologie, E111, 73)

Ja, man muss einfach dann Schwerpunkte setzen. Man kann Eltern nicht mehr alles erzählen, was man vielleicht gerne erzählen möchte. Vorher wie wir, wie gesagt, im alten Kinderkrankenhaus waren, da war die Betreuung oder die Begleitung intensiver und da war unser Schwerpunkt einfach auch mehr so Elterngespräche zu führen, während man jetzt nicht mehr sagen kann - z. B. wenn da ein ganz schwerkrankes Kind nun war, dann haben wir es schon als unsere Aufgabe gesehen, diese Eltern zu betreuen und zu begleiten. Während es jetzt doch mehr einfach, sage ich mal, doch so mehr verteilt wird, dass es nicht heißt, wenn da ein schwerkrankes Kind ist, dass wir automatisch dieses Kind und diese Eltern begleiten sondern einfach auch..., die anderen sind ja auch ein Stück da hineingewachsen, und das es, in Führungsstichen: „alle“ doch auch machen oder alle dafür mit zuständig sind. (SL Neonatologie, E112, 16)

Die Folgen der Personalknappheit für die Patientenversorgung werden durch überdurchschnittlichen Einsatz der Pflegekräfte allerdings zum Teil kompensiert, bis hin zur Selbstausschöpfung. Dies gilt insbesondere für die Kinderstation (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 172; SL Neonatologie, E112, 42). Zum Teil findet auch eine Verlagerung von Aufgaben auf den nachstationären Bereich (z. B. Hebammen), Psychologen und Angehörige statt (SL Neonatologie, E112, 16; SL Kardiologie, E111, 81-85).

Auch die Zunahme von Verwaltungstätigkeiten nimmt Zeit in Anspruch, die von der eigentlichen Pflege abgeht, und widerspricht den ursprünglichen Zielen, die mit dem Beruf verbunden werden:

Einfach sind wir ja unter dem Aspekt oder dem Wunsch mit Menschen zu arbeiten, Menschen zu pflegen, sie zu begleiten, ja, in diesen Beruf gegangen und jetzt kommen plötzlich so viele schriftliche Sachen mit dazu, wo wir im Grunde genommen keine Lust zu haben, aber sie notgedrungen ja schon machen müssen. Wir sehen auch ein, dass das wichtig ist und dass man einen Überblick hat und einen Einblick, damit man auch den Mitarbeitern Dinge vermitteln kann. Die sind ja..., das geht ja uns allen so, wir können nur zufrieden sein, wenn wir uns wohl fühlen und einfach einen Einblick in die Dinge haben, die wir tagtäglich vermitteln wollen, nicht? Und das ist..., denke ich auch, kostet viel Kraft und auch Energie, das immer wieder – es ist ja nicht damit getan, es einem Mitarbeiter zu sagen sondern es muss ja immer wieder gesagt werden, nicht? Und dass sich die Arbeiten einfach verlagert haben, ich denke, so hier gerade auf der

Station oder auch so im ganzen Kinderkrankenhaus, wenn man die letzten Jahre..., man merkt noch nicht so, dass wirklich Stellen definitiv wegrationalisiert worden sind. Ich denke, die werden dann sehr verteilt, auch mit dem Haupthaus zusammen, aber dass einfach Arbeiten dazugekommen sind. Oder wir sind ja auch ein großes Haus, wir bilden viele Schüler aus, auch, denke ich, in der Kinderkrankenpflege. Es sind fünf Kurse. Und auch so diese ganze Anleitung, auch da ändern sich die Gesetze, auch die ganze Schülersausbildung nimmt einfach ganz viel Zeit in Anspruch und dafür hat man natürlich nicht mehr Leute. Man muss die Arbeiten einfach verlagern oder dass man dann einfach das so Gefühl hat, man rückt immer noch mal so ein bisschen mehr vom Patienten weg. Das muss einfach immer noch schneller gehen, weil man ja andere Arbeiten noch erledigen muss oder man muss so viel schreiben und aufschreiben, jedes Gespräch, was ich mit Eltern führe, muss dokumentiert werden, jedes..., und das mache ich ja nicht eben so nebenbei, das muss ich schon..., das nimmt einfach schon auch Zeit in Anspruch. (SL Neonatologie, E112, 14)

Insgesamt gesehen können die meisten Pflegenden ihre Vorstellungen von guter Pflege jedoch nach wie vor umsetzen und die Zufriedenheit der Patienten mit der Pflege ist hoch:

Es gibt natürlich auch jede Station..., jede Station hat natürlich auch so seine Vorstellungen von Pflege und, was ist gute Pflege und was ist..., wo bin ich mit zufrieden. Und da ist, bei dem einen ist die Zufriedenheit schon nach kurzer Zeit erreicht und bei dem anderen, der ist eben halt nicht so zufrieden, der braucht dann halt eben auch länger. Das ist also so, richtig unterschiedlich und dann gibt es sicherlich dann auch so die Unterschiede Chirurgie – Innere, das gibt es sicherlich auch. Für unsere Station, sage ich, wir pflegen gut, wir können immer noch dran arbeiten, ja, da kann man immer dran arbeiten. Aber wir pflegen gut und die Patienten sind zufrieden, das äußern sie, das sagen sie, das merken wir in den Briefen oder auch kleinen Geschenken, die wir bekommen. Von daher, denke ich mir, können wir mit unserer Arbeit und auch mit unserer Qualität und auch Pflegequalität sehr zufrieden sein. Sag ich so, unsere Station. (SL Kardiologie, E111, 166)

Nach Einschätzung der PDL ist bei den Personaleinsparungen jedoch mittlerweile eine Grenze erreicht, die nicht überschritten werden darf, wenn man die Versorgungsqualität bewahren will:

Ich würde mir schon wünschen, dass wir nicht mehr Personal einsparen müssten. Wenn wir im Weiteren so voll sind, wenn wir also wirklich die Abteilungen auch so ausgereizt haben und viele Patienten versorgen. Es ist so ein Punkt, wo ich denke, da ist jetzt auch so ein Limit erreicht, mehr geht nicht. Es sei denn, wir stellen noch mal etwas ganz anders um. Es könnte z. B. sich entwickeln, dass man noch mehr tagesklinisch abwickelt. Das wird sich, denke ich, zeigen im nächsten Jahr, welche Patienten tatsächlich so mit tagesklinischen Aufenthalten betreut werden können. Patienten wollen das gerne, die reisen gerne an, aber möchten dann auch gerne am selben Tag wieder nach Hause. Da muss man natürlich sehr gucken, wo das möglich ist. In der Dermatologie ist das sehr gut möglich. Bei dem ambulanten Operieren ist das sicher etwas, was zunehmen wird, dass die Patienten gerne am OP-Tag wieder nach Hause gehen. Ob das funktioniert ..., wir haben ein sogenanntes ambulantes Operationszentrum [...]. (PDL, E107, 110)

Zusammenfassung: Die Personaleinsparungen im Bereich der Pflege, die durch die DRG-Einführung mit ausgelöst wurden, haben in Verbindung mit neuen (Verwaltungs-) Aufgaben, und Verkürzung der Liegezeiten zu einer hohen Arbeitsverdichtung im Bereich der Pflege geführt. Dies geht mit einer hohen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter einher, insbesondere in Spitzenzeiten, d. h. bei hoher Belegung und wenn viele Personalausfälle durch Krankheit oder Urlaub zu verzeichnen sind.

Auch die Qualität der Pflege wird durch die Personalsituation beeinflusst. Denn zu bestimmten Zeiten ist das Personal so knapp, dass Abstriche bei der (psychosozialen)

Patientenversorgung erforderlich sind, was für die Pflegenden manchmal nur schwer mit ihrem beruflichen Selbstverständnis in Einklang zu bringen ist. Um die Defizite bei der Versorgung auszugleichen, werden Aufgaben zum Teil auf andere Personen (z. B. Angehörige) oder Institutionen (z. B. sozialmedizinischer Dienst) verlagert.

Ärzte

Die Arbeitsbedingungen der Ärzte unterscheiden sich stark zwischen den einzelnen Abteilungen. Während die meisten Abteilungen stark hierarchisch strukturiert sind, herrscht im Bereich der Kardiologie eine eher flache Hierarchie (vgl. AA Kardiologie, E101, 178-184; OA Kardiologie, E109, 86). Auch die Belastung durch Überstunden ist unterschiedlich. In der Kardiologie halten sich Überstunden in Grenzen. In der Chirurgie existieren die normalen Arbeitszeiten dagegen nur auf dem Papier.⁶⁵

Also die Diskussion auch über neue Arbeitszeiten und so-, ich habe hervorragende Arbeitszeiten, ich beginne um 7.15 Uhr bis 16.15 Uhr Montag, Dienstag, Mittwoch beginne ich um 7.15 Uhr bis 14.15 Uhr, Donnerstag wieder bis 16.15 Uhr und Freitag bis 14.15 Uhr, das sind super Arbeitszeiten. Ich halte sie bloß nie ein. Wenn ich diese Arbeitszeiten hätte, das wäre super. Das wäre eine, ich glaube, 40-Stundenwoche oder so, und so habe ich zur Zeit eine 50-Stundenwoche plus Nachtdienste plus Wochenenddienste, ohne Freizeitausgleich. (OÄ Chirurgie, E103, 382; vgl. auch 215-221; vgl. auch OA Kardiologie, E109, 117-119)

Arbeitsverdichtung und Überstunden sowie z. T. auch die starken hierarchischen Strukturen in einigen Abteilungen führen zu einer relativ großen Unzufriedenheit unter der Ärzteschaft, die sich auch in einer hohen Personalfluktuation äußert, vor allem in der Chirurgie (vgl. z. B. DRG-B, E108, 142).⁶⁶ Aber auch in anderen Abteilungen haben sich Ärzte in nicht-klinische Bereiche, z. B. die Ärztekammer, „verabschiedet“ (AA Kardiologie, E101, 170).

Ein besonderer Problempunkt im Krankenhaus E ist die Situation im OP-Bereich. Der Grund hierfür ist die hohe Belegung, die in Kombination mit Personalmangel und organisatorischen Mängeln zu Wartezeiten und häufigen Verschieben von Operationen führt. Insgesamt reichen die personellen Kapazitäten für die große Zahl der Operationen nicht aus, nicht zuletzt weil es schwierig ist, freiwerdende Stellen adäquat wieder zu besetzen (OÄ Chirurgie, E103, 27, 29; 67-71; 73-81, 222-223, 238-241, 348).

Die Folgen sind auf der einen Seite Überstunden für die Ärzte. Auf der anderen Seite geht die Situation aber auch zu Lasten der Patienten, da zum Teil Operationen kurzfristig abgesetzt werden (müssen), obwohl die Patienten bereits darauf vorbereitet worden waren und etwa einen ganzen Tag lang abgeführt haben (OÄ Chirurgie, E103, 177). Darüber gibt es zum Teil längere Wartezeiten auf Operationen, auch bei Krebserkrankungen (OÄ Chirurgie, E103, 87-95). Um Abhilfe zu schaffen, wird von Seiten der Geschäftsführung angestrebt, die

⁶⁵ Seit einiger Zeit können Assistenzärzte nach dem Nachtdienst Freizeitausgleich nehmen. Dies wird einerseits als motivationsfördernd und letztlich auch positiv für die Patientenversorgung angesehen, kann sich andererseits aber insofern auch kontraproduktiv auswirken, da dadurch wieder Überstunden angehäuft werden (AA Unfallchirurgie, E102, 28).

⁶⁶ Dabei gibt es offenbar große Probleme, freiwerdende Stellen in der Chirurgie adäquat wieder zu besetzen (vgl. OÄ Chirurgie, E103, 222-223).

Ausnutzung der Operationssäle zu verbessern, etwa durch eine Änderung des Bereitschaftsdienstes im Bereich der Pflege (DRG-B, E108, 143-150; OÄ Chirurgie, E103, 42-45).

Folgen der DRG-Einführung

Wie erwähnt ist es auch bei den Ärzten im Zusammenhang mit der DRG-Einführung in gewissem Umfang zu Personaleinsparungen gekommen, wobei die Einsparungen verglichen mit anderen Krankenhäusern noch relativ gering ausgefallen sind.

Da wir relativ hier, an diesem einen Krankenhaus, glaube ich, personell immer noch relativ gut gestellt sind, ist es bei uns, glaube ich, nicht so gravierend wie in anderen Krankenhäusern. Ich kenne auch zwei andere Krankenhäuser, in denen ich eben vorher gearbeitet habe, und da war es knapper als hier. Trotzdem hat es sich hier auf hohem Niveau verschlechtert, so würde ich es mal sagen. (AA Kardiologie, E101, 10; vgl. auch AA Kardiologie, E101, 22)

Zugleich haben Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten, die schon vor der DRG-Einführung eine Rolle spielten, deutlich zugenommen (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 16; vgl. auch OÄ Chirurgie, E103, 253, 273). Die administrativen Tätigkeiten werden größtenteils nach der „eigentlichen“ Arbeit mit den Patienten erledigt, die in der Regel Priorität hat, und führen häufig zu Überstunden (vgl. OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 16-20; 80-84; OÄ Chirurgie, E103, 400; DRG-B, E108, 138). Durch den Einsatz neuer Informationstechnologien konnten die Arbeitsabläufe nur bedingt optimiert werden:

Also natürlich zum einen - sie wollen ja auch auf die DRG's hinaus - Codierung ist ja neu natürlich dazugekommen, das haben wir ja in dem Umfang ja so nie gemacht, und wir haben versucht, Arbeitsabläufe so ein bisschen zu optimieren, also auch mit zunehmend mehr PC-Einsatz. Das ist nur teilweise geglückt. Und die Dinge, die wir versucht haben mit digitaler Patientenakte und dann also auch einen automatischen Ausdruck eines Entlassungsbriefes, das hat sich also nur teilweise bewährt. Also Ja, wir haben es versucht, in kleinen Teilbereichen haben wir das optimieren können, und damit eben vielleicht auch Zeit ersparen können, aber im Wesentlichen führt auch der Mehreinsatz des Computers nur zu mehr Ordnung zwar, aber eben nicht zu weniger Arbeitsstunden. (AA Kardiologie, E101, 24; vgl. auch AA Kardiologie, E101, 166)

Insoweit sehen die meisten Ärzte die Verschlüsselung und die (neuen) Dokumentations- und Begründungspflichten als Mehraufwand an⁶⁷, der sie von der Patientenversorgung abhält und nicht mit ihrem beruflichen Verständnis in Einklang steht.

[...] Wobei aber eben leider der Aufwand der Arbeit sich – das haben Sie sicherlich schon häufiger jetzt gehört – doch deutlich erweitert hat im Sinne der Dokumentationspflicht und der Schreibtischarbeit. Also, es ist, gerade so im operativen Fach, ist es dramatisch, dass man wirklich, wenn man es extrem ausdrücken will, länger und häufiger am Schreibtisch sitzt, als im OP steht. [...] Das sind wirklich Sachen, die einen von..., ja, liest man ja auch überall, wirklich von der eigentlichen Arbeit deutlich, na, abhalten nicht, aber die..., man holt sich überall feinste Zeiteinheiten. [...] Und das ist sicherlich deutlich..., hat sich deutlich geändert in den letzten Jahren. (AA Unfallchirurgie, E102, 28)

Personalknappheit und Zunahme administrativer Tätigkeiten tragen zu einer Arbeitsverdichtung bei den Ärzten bei.

⁶⁷ Der Mehraufwand für die Codierung im Rahmen der DRG ist allerdings von Abteilung zu Abteilung verschieden und hängt offenbar mit dem Grad der „normalen“ Arbeitsbelastung zusammen und auch mit dem Schwierigkeitsgrad, der mit der Codierung verbunden ist. Besonders stark wird in der überlasteten Chirurgie über die Mehrbelastung durch DRG geklagt. Ein Assistenzarzt in der Kardiologie (OA Kardiologie, E109, 193) und eine Oberärztin in der Neonatologie (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 138-140) schätzten den Aufwand dagegen als relativ gering ein.

Also, Arbeitsbedingungen: ist es einerseits vom Arbeitsaufkommen her – ja gut, man kann es schlecht trennen. Also, man sagt immer so schön, früher war es anders, es war nicht alles besser, aber man hatte früher sicherlich mal zwischendurch ein bisschen mehr Leerlauf. Was z. T. daran lag, dass sicherlich stellenplanmäßig und vom Arbeitsaufkommen, das Verhältnis günstiger war für die Ärzte, zugunsten der Ärzte, und in den letzten Jahren sicherlich sich mehr verschoben hat zu Ungunsten der Ärzte, dass einfach mit weniger Personal mehr gemacht wird bzw. mit gleicher Anzahl von Leuten mehr gemacht wird als früher. (AA Unfallchirurgie, E102, 28)

Die dünne Personaldecke macht sich besonders in Spitzenzeiten negativ bemerkbar, da Ausfälle, z. B. durch Urlaub oder Krankheit, nicht kompensiert werden können und geht auch zu Lasten der Weiterbildung der jungen Ärzte.

Das gravierendere Problem ist, dass wir also in Urlaubszeiten oder durch Krankheitsausfälle oder Fortbildungswünsche, dass wir diese Lücken kaum noch schließen können. Also so im Normalbetrieb, alle da, würde es gut laufen, aber das ist ja in einer Abteilung mit 35 Leuten ist das ja nicht die realistische Situation, da sind ja 5 bis 6 immer weg und wenn mal nicht 5 bis 6 weg sind, sondern mal 7 weg sind, durch Krankheit oder Schwangerschaft, das ist ja auch noch ein ganz anderes Thema, dann wird es knapp und dann sind das keine Lücken mehr, sondern das sind dann Gräben, die sich auftun. (AA Kardiologie, E101, 16)

Je mehr Leute wir sind, desto mehr Zeit ist auch übrig eben Untersuchungstechniken, Ultraschall zu lernen. So das läuft halt nicht so, wenn nur einer da ist, wo sonst 3 sind, dann läuft da gar nichts mehr, das ist nur Grundversorgung, dass das irgendwie läuft. Also die Zahl der Ärzte hängt unmittelbar zusammen mit der Zufriedenheit. (AA Kardiologie, E101, 176)

Die unter DRG-Bedingungen gestiegene Arbeitsbelastung wirkt sich auch auf die Patientenversorgung aus, wobei insbesondere die psychosoziale Seite betroffen ist. Darüber hinaus steht aber auch nicht mehr auf allen Stationen ständig ein Arzt zur Verfügung.

Natürlich gibt es [...] wenn die überschritten werden, dann hat man selber das Gefühl, dass die Versorgungsqualität eben sinkt, wahrscheinlich sinkt sie nicht in dem Maße, wie derjenige, der sich jetzt auch in der Arbeitsanforderung überlastet fühlt, glaubt. Das ist-, es gibt ja auch so Untersuchungen über die, sage ich mal, über diesen [...] Arbeitszeitgesetz, und mit der Länge von Bereitschaftsdiensten ist es ja so, dass-, also jedenfalls [...] gezeigt haben, dass diese vermuteten Fehlbehandlungen und schlechteren Behandlungen durch übermüdete oder übernachtete Ärzte gar nicht in dem Umfang stattfinden, wie man das vielleicht glauben würde. Fehler passieren also genauso bei ausgeschlafenen und ausgeruhten Leuten, aber ich denke mal, es ist natürlich besonders der Aspekt der individuellen Betreuung, der darunter leidet. Das ist vielleicht nicht unbedingt sofort in objektivierbaren Parametern messbar, aber das ist, sage ich mal, das wäre am ehesten wahrscheinlich in einer Patientenbefragung erkennbar. Ich glaube, das sind Dinge, die da also eher zu Buche schlagen, wie zufrieden sind meine Patienten, wie persönlich fühlte er sich betreut, wurde seinem Gesprächsbedarf Rechnung getragen, ich denke, diese Faktoren leiden da schon [...]. (OA Kardiologie, E109, 67)

Also, Bedürfnisse, was die Diagnosestellung, das Medizinische angeht, glaube ich, die werden gedeckt. Wenn eine Beschwerde da ist, die abgeklärt werden muss, das machen wir so, sage ich mal, zuverlässig wie früher auch. Was sicherlich weniger geworden ist, sind die Gespräche, also man spricht weniger und kürzer miteinander, das ist eindeutig so, die Zeit ist einfach nicht dafür da. Und das, was-, der Patient ist ja immer jemand, der irgendwie-, das ist eine kranke Person. Und da gehören eben viele Aspekte dazu, und da muss ich schon sagen, geht einiges verloren, aber das ist in erster Linie auch ein Zeitproblem. (AA Kinderklinik, E104, 83)

Oder, dass man im Rahmen der Sparmaßnahmen, oder ich denke schon, dass ist auch im Rahmen der Sparmaßnahmen einfach auch mehr, dass auf ärztlicher Seite einfach Stellen abgebaut werden oder versucht worden ist zu kürzen. Es war immer so, dass unsere Station, wo wir so eine Nachsorge-Station auch sind, einen eigenen Stationsarzt hatte, es ist immer so gewesen. Im Laufe des Umzuges der Kinderklinik, wo die Stationen verändert worden sind von ihrer Struktur her, dass wir, jetzt wo wir im Haupthaus angegliedert sind, dass unsere Station zu der Intensiv-Station dazugehört, zu der neonatalen Intensiv-Station und dass dieses Team ärztlicherseits unsere Station mit betreut und das heißt, wir haben einfach nicht, wie man sich das

wünscht, 8 Stunden am Tag einen Stationsarzt auf Station, der... sondern wir werden auf ärztlicher Seite mitbegleitet [...]. (SL Kinderklinik/Früh- und Neugeborenenstation, E112, 23)

Zum Teil wird die psychosoziale Versorgung an andere Stellen, insbesondere die Pflege und den sozial-medizinischen Dienst delegiert:

[...] Oder auch, was man sagen muss, über den sozialen Dienst läuft, auch ganz viel bei uns, sozial-medizinischer Dienst. Alles, was älter ist als 75, 80 irgendwie mit Unfällen oder so was kommt praktisch direkt irgendwie aus den Leben, wie man so schön sagt, da kann man direkt hinschreiben, ansprechen und sozial-medizinischer Dienst und was die entlasten oder übernehmen, das ist ganz ganz gewaltig. Also das Gespräch mit den Patienten, das Gespräch mit den Angehörigen, Klärung der familiären Verhältnisse etc. Das ist ein Punkt, der hier bei uns im Hause auch sehr gut funktioniert und da wird vieles aufgefangen, was man von ärztlicher Seite her nicht mehr leisten kann. (AA Unfallchirurgie, E102, 72)

Zusammenfassung: Auch die Ärzte sind im Zuge der DRG-Einführung von Personaleinsparungen betroffen, wenn auch in geringerem Maß als die Pflege. Dies bedeutet eine hohe Arbeitsbelastung und geht tendenziell auch auf Kosten der Patientenversorgung, da beispielsweise nicht auf allen Stationen ein Arzt zur Verfügung steht, und der Weiterbildung der jungen Ärzte.

Mit Einführung der DRGs haben die zum großen Teil als arztfremd angesehenen administrativen Aufgaben bei den Ärzten bedingt durch die neue Arbeit der Verschlüsselung und die gestiegene Notwendigkeit von Begründungen weiter zugenommen, wobei der Mehraufwand je nach Abteilung allerdings unterschiedlich eingeschätzt wird. Die Zunahme administrativer Tätigkeiten wird häufig durch Überstunden ausgeglichen, kann aber zu Lasten der Patientenversorgung gehen, weil z. B. weniger Zeit für Gespräche zur Verfügung steht, wobei hier auch unterschiedlichen Prioritätensetzungen auf der individuellen Ebene eine Rolle spielen. Eine Optimierung der administrativen Arbeiten, etwa durch eine digitalisierte Patientenakte oder den verstärkten PC-Einsatz, konnte nicht erreicht werden.

Verhältnis zwischen Pflegekräften und Ärzten

Die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten ist je nach Station unterschiedlich gut.

[...] Mit der Pflege ist es natürlich schwierig, jeder hat seine eigenen Interessen und das ist auch verständlich. Und in wie weit jetzt Ärzte und Pflege an einem Strang ziehen, das ist sehr individuell unterschiedlich, welche Abteilung sie sind und auf welcher Station sie sind. [...]. (OÄ Chirurgie, E103, 360)

So ist auf der Kinderstation eine engere Verzahnung zu beobachten als in anderen Abteilungen, denn hier sind die Ärzte in starkem Maße auf die Pflegenden angewiesen, da diese die Kinder besser kennen (vgl. SL Neonatologie, E112, 31; OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 178). Darüber hinaus spielen auch individuelle Faktoren eine Rolle. Einige Ärzte wollen Distanz zu den Pflegekräften bewahren und Pflegekräfte, die schon längere Zeit dabei sind, lassen sich umgekehrt von den Ärzten wenig sagen, nicht zuletzt weil sie häufig mehr Erfahrungen haben als neue Ärzte (SL Kardiologie, E111, 59-65).

Mit Ausnahme der Kinderstation läuft die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegebereich vor allem nach Meinung der Ärzte, aber auch einiger Pflegekräfte (SL Unfallchirurgie, E106, 69 ff.) häufig nicht optimal. Der Pflege wird teilweise ein „Eigenleben“ bescheinigt (OA Kardiologie, E109, 90), aber auch Sparmaßnahmen, organisatorische Veränderungen und die Verkürzung der Liegezeiten wirken sich negativ auf den Informationsfluss und die Zusammenarbeit aus.⁶⁸ So gibt es eine Reihe von Abteilungen, wo die Pflegekräfte aus Zeitgründen nicht an der Visite teilnehmen, vor allem wenn es sich um Kurzzeitpatienten handelt. Und wenn sie daran teilnehmen, übernehmen sie nicht mehr die Rolle der Assistenten der Ärzte, die alles mitschreiben. Auch stehen die Pflegenden in keinem direkten Weisungsverhältnis zu den Ärzten. Hinzu kommt, dass durch die neu gebildeten Großstationen für die Ärzte häufig kein direkter Ansprechpartner im Pflegedienst mehr vorhanden ist. Darüber hinaus werden auch die unterschiedlichen Arbeitszeiten zwischen Pflegebereich und Ärzteschaft sowie die Einführung der Bereichspflege von den Ärzten als negativ für die Zusammenarbeit bzw. den Informationsfluss zwischen Ärzten und Pflegenden wahrgenommen. Das persönliche Gespräch kann durch Kurven oder Dokumentationssysteme nicht ersetzt werden. Durch die Verkürzung der Liegezeiten haben weder Ärzte noch Pflegekräfte die Möglichkeit, die Patienten ausführlich kennenzulernen. Durch mangelhafte Kommunikation sind Missverständnisse vorprogrammiert, so dass sich Kommunikationsmängel auch negativ auf die Patientenversorgung auswirken können:

[...] Das es eben, teilweise eben einmal diese [...], Bereichspflege gibt – es weiß keiner mehr über alle Bescheid, es weiß nur einer über wenige Bescheid – das ist ein Problem, dass die Arbeitszeiten auch bei der Pflege, auch jetzt neuerdings, also seit zwei drei Jahren auch bei den Ärzten, deutlich verschoben ist. Dass morgens jemand auch beim Pflegepersonal bei der allgemeinen Übergabe nicht da ist, sondern erst ein oder zwei Stunden später kommt. Das ist ein ganz großes Problem, weil denn muss entweder wieder eine Übergabe gemacht werden, die erfolgt sicherlich verkürzt, weil ja eigentlich schon so viel zu tun ist, dass dadurch wieder ein Informationsfluss läuft, und das fehlt. Es gibt immer mal wieder Sachen, dass man mit einem halben Ohr auf einmal dann hört, dass der Patient zu der und der Untersuchung gefahren wurde, und denn kann man gerade noch die Untersuchung verhindern. Gut, Gut, das schadet nicht groß, aber man versucht es natürlich zu verhindern, weil es eigentlich ein ganz anderer, sagen wir mal, sei es mit einem ganz ähnlichen Namen da ist. Gleiches Zimmer, falsches Bett rausgezogen. Alles, sind Einzelfälle, aber alles schon vorgekommen, die man sicherlich vermeiden könnte, wenn man das ändert. Bei mir ganz konkret als Beispiel: ich habe früher sehr oft als Stationsarzt gerade Mittags bei den Übergaben mit im Stationszimmer, im Schwesternzimmer gesessen und habe mir das angehört. Weil ich, ja, was heißt Zeit, aber ich hatte Gelegenheit dazu und das war ganz einfach immer eine gute Sache, mal zu gucken, wie steht's oder wie ist die Information über den Patienten. Da komme ich in den letzten Jahren überhaupt nicht mehr dazu. Das war aber auch vielleicht nicht allgemein üblich, nur, wenn ich dann die Gelegenheit hatte und die Zeit, habe ich das gemacht, dass ich da mit dabei war, weil es einfach eigentlich für alle ganz gut ist. Einfach nur vom zwischenmenschlichen Kontakt her, aber auch einfach für die Informationen. Da kam auch genug dann wieder heraus, dass irgendwo was falsch verstanden oder eben anders verstanden war. (AA Unfallchirurgie, E102, 98; vgl. auch OA Kardiologie, E109, 88-94; AA Kardiologie, E101, 104-110 sowie von Seiten der Pflegekräfte: SL Unfallchirurgie, E106, 75)

Auch wenn es klare Regeln über die Abgrenzung zwischen ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit gibt, übernimmt die Pflege in der Praxis zum Teil Aufgaben, die nicht zu ihrer Arbeitsbeschreibung gehören und eigentlich ärztliche Aufgaben sind. So werden Antibiotika-Infusionen nachts, wenn ein Assistenzarzt für verschiedene Stationen zuständig ist, von den Schwestern angehängt. Dieses Verfahren wird insgesamt als sicherer und weniger fehleran-

⁶⁸ Insofern kann hier zumindest ein indirekter Effekt der DRG-Einführung vermutet werden.

fällig angesehen, als wenn es, formal korrekt, durch den Arzt durchgeführt würde (AA Unfallchirurgie, E102, 94; OÄ Chirurgie, E103, 361-371).

Folgen der DRG-Einführung

Nachdem sich Ärzte und Pflegekräfte im Zuge der Professionalisierung der Pflege auseinander entwickelt hatten, ist in letzter Zeit eine Wiederannäherung über die professionellen Grenzen hinweg zu beobachten. Es ist nicht ganz klar, wann diese Annäherung begann. Sie wird aber vermutlich durch die wirtschaftlichen Anpassungsmaßnahmen im Zusammenhang mit der DRG-Einführung begünstigt.

[...] Nachdem wir über mehrere Jahre versucht haben zu sagen, dass sind ärztliche Aufgaben, das sind pflegerische Aufgaben, dann den erneuten anderen Weg jetzt wieder auf normalem, in der normalen Arbeit sich miteinander zu verzahnen und die Kommunikation zwischen Pflege und Medizin wieder zu verstärken, zu fördern, was aber nicht abgeschlossen ist. Ich denke, das bleibt ein Prozess. (PDL, E107, 7)

[...] Da läuft jetzt schon wieder so'n bisschen ein Übereinander, dass auch mal die Pflege schnell was macht. Aber das dafür ja eben auch ein Mediziner seinen Patienten selber nimmt in die Diagnostik, wo er ihn hinhaben will. Also, diese andere Annäherung wieder, die ich mir noch sehr viel besser wünschen würde, aber wie gesagt, das ist und bleibt ein Prozess. (PDL, E107, 9; vgl. auch PDL, E107, 15)

[...] Also, das wirkt auf uns Ärzte natürlich ein, indem, wenn weniger Schwestern da sind, helfen einfach auch weniger Schwestern, und Ärzte müssen..., machen andere Arbeit oder übernehmen Teile dieser Arbeiten, aber ja nicht die eigentliche Pflege, das ja nicht, nicht? (DRG-B, E108, 195)

Zusammenfassung: Der Informationsfluss zwischen Ärzten und Pflegenden läuft bis auf Ausnahmen (z. B. im Bereich der Kinderklinik) nicht optimal, was nicht nur, aber auch eine Folge von Personalabbau und Umstrukturierungen im Vorfeld bzw. Gefolge der DRG-Einführung ist. So passen die Arbeitszeiten von Ärzten und Pflegenden teilweise nicht zusammen und haben die Pflegenden in einigen Abteilungen keine Zeit, an den Visiten teilzunehmen. Zumindest die Pflegedienstleitung sieht nach Jahren des Auseinanderdriftens Tendenzen einer (Wieder-)Annäherung von Ärzten und Pflegekräften.

Einfluss wirtschaftlicher Ziele auf ärztliche und pflegerische Entscheidungen und die Versorgungsqualität

Angesichts knapper werdender Ressourcen gibt es Interessenkonflikte zwischen Ärzten und Verwaltung, die aber von Abteilung zu Abteilung unterschiedlich ausgeprägt sind. Insgesamt wird die Geschäftsführung als kooperativ erlebt.

Insgesamt ist das Verhältnis sicherlich gespannt, weil eben die Ressourcen knapper werden und die gegenseitigen Vorstellungen immer härter aufeinander stoßen. Es gibt wenig Spielraum für Verhandlungen. Wenn man eine neue Stelle braucht, ist es ein sehr zähes Ringen, und es klappt inzwischen auch so gut wie überhaupt nicht mehr. Und von daher ist das auch nicht nur im ärztlichen Bereich, sondern auch im pflegerischen Bereich ähnlich, das ist sehr, sehr gespannt. Es gibt aber durchaus ja gemeinsame Interessen und da wir in unserer Klinik eine rela-

tiv gute Auslastung haben, ist der Druck bei uns zur Zeit nicht so groß, dass man es nicht aushalten könnte. Ich denke, wir kommen immer noch zurecht. Das ist in anderen Abteilungen zum Teil schlimmer. (AA Kinderklinik, E104, 109).

Ja, es gibt natürlich schon Interessenskonflikte insofern, dass die Verwaltung oder unser Geschäftsführer, weil er natürlich auch in seiner Funktion darauf achten muss, dass es hier wirtschaftlich läuft. Und dann geht es schon los mit Interessenskonflikten, denn da ist immer die Bedrohung, dass Personal eingespart wird, das ist ganz klar.

[...] Und insofern ist es natürlich-, *kann* nicht immer an einem Strang gezogen werden, weil der Geschäftsführer das Klinikum als Ganzes sieht, und jeder einzelne halt an sich selber denkt, das ist klar. Trotzdem glaube ich aber, dass das eine Geschäftsführung ist, die ein sehr großes Interesse an dieser Klinik hat und auch-, und wir hatten viele Gespräche, weil vieles nicht gut läuft in dieser Abteilung mit dem Geschäftsführer, wo man-, und auch Arbeitsgruppen mit Protokoll und so, also, wo man auch das Gefühl hat, dass sich da auch Gedanken darüber gemacht werden. Also, das ist aber individuell, wie ich es empfinde, ich meine, dass die Geschäftsführung hier schon sehr gut ist und auch ein hohes Interesse an dieser Klinik hat. (OÄ Chirurgie, E103, 356-358)

Die *Ärzte* sehen die Notwendigkeit, wirtschaftliche Überlegungen bei ihren Entscheidungen zu beachten, grundsätzlich ein, nicht zuletzt um ihren eigenen Arbeitsplatz zu erhalten. Sie empfinden ihren Handlungsspielraum durch die wirtschaftlichen Zwänge eingeschränkt, wengleich sie in den meisten Fällen noch zu Gunsten der Patienten entscheiden können.

Also ich kann einfach von der Vernunft verstehen, dass nicht alles bezahlt werden kann, was irgendwie neu auf den Markt kommt und das leuchtet mir irgendwie ein. Das ist eine Beschränkung, die mehr - es wird immer mehr geben, es wird bessere Methoden geben, die werden immer teurer sein, die werden exponentiell teurer sein als die alten Methoden, weil die in den 9 Jahren, in denen ich jetzt in dem Beruf bin, ist einfach auch schon eine gewaltige Kostenlawine nach oben. Was ich an Techniken sehe, die auch sinnvoll sind, die sich auch wissenschaftlich beweisen lassen, und dass das nicht alles so nach dem Gießkannenprinzip aus verteilt werden kann, das kann ich verstehen [...]. (AA Kardiologie, E101, 193)

Also, aus medizinischer Sicht halte ich das für überhaupt nicht empfehlenswert, weil man da sozusagen auch in Handlungszwänge kommt, die ich für gefährlich halte für die Patienten. Ich weiß aber, dass das im Einzelfall wirtschaftlich sich ganz anders darstellen kann und dass eben, wenn erst mal so ein Prozess losgetreten worden ist und wirklich wirtschaftliche Zwänge auch *da* sind, dass die dann-, dass da wirklich diese Sachzwänge auch so stark sind, so dass die in der Lage sind, sozusagen die medizinischen Erfordernisse zu überrollen. Wie gesagt, diese Art und Weise, wie das Krankenhauswesen jetzt in Deutschland reformiert werden soll und sich gesundschumpfen soll, ist ein äußerst schmerzhafter Prozess. Und dass man auf der einen Seite schon von vorneherein im Grunde genommen einen Konzentrationsprozess erreichen will, das ist ja irgendwie offensichtlich die Zielsetzung dieser Politik, dass man auf der anderen Seite aber sozusagen einen Wettbewerb ausruft und wie Krankenhäuser einen Selektionsprozess durch den Wettbewerb am *Markt* in Gang setzt, anstatt das vernünftig nach medizinischen Gesichtspunkten zu steuern, das ist eigentlich eine, finde ich, sehr gefährliche Entwicklung, die jetzt im Gesundheitswesen für sehr viel Unruhe sorgt und im Grunde genommen auch vor Ort Verantwortlichkeiten hervorruft, die man gar nicht vertreten kann. Natürlich ist jeder in seinem Betrieb daran interessiert, seinen Arbeitsplatz irgendwie zu erhalten, und wenn es irgendwann heißt, okay, wir müssen jetzt die und die Leistung vermehrt erbringen, damit dieses Krankenhaus wirtschaftlich arbeitet, dann ist es möglicherweise der bis dahin, sage ich mal, verantwortlich tätige Arzt der Nächste und sagt, okay, dann erkläre ich hier einen Herzpatienten mehr für operationsbedürftig, weil wir dann eben gut dastehen. Und ich kann so etwas nur-, ich finde es eigentlich *fatal*, dass so eine Situation jetzt *vorstellbar* geworden ist. Mir wäre jetzt, also aus medizinischer Sicht lieber-, wären mir knappe Ressourcen lieber, die ich nach meinem Gewissen verteilen könnte und nicht nach irgendwelchen wirtschaftlichen Erwägungen. [...]

Auch wenn das jetzt vielleicht zum Teil anders klang, bin ich *schon* mit dem Beruf immer noch zufrieden. Was ich schon angedeutet habe, die Handlungsspielräume sind nicht mehr so weit, wie sie mal waren, und die [...] wirtschaftliche Erwägungen mit in medizinische Entscheidung einzubeziehen, die habe ich schon hier auch einige Male als unangenehm oder als schmerzhaft verspüren müssen, und in den meisten Fällen kann ich also noch unabhängig von diesen Ge-

gebenheiten arbeiten und wirklich *die* Medizin mit den Patienten betreiben, die ich auch für richtig halte. [...] (OA Kardiologie, E109, 108-111)

Einige Ärzte wenden sich allerdings gegen die (angebliche) Haltung vieler Patienten, das Gesundheitswesen sei ein „Selbstbedienungsladen“ (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 148). Jeder habe Anspruch auf das, was wissenschaftlich begründet und medizinisch notwendig ist, aber eben nicht mehr.

Und ich meine, wenn jemand rumhustet, muss er nicht unbedingt gleich zum Arzt und teure Medikamente bekommen, das geht auch ohne irgendwas. Oder diese Anspruchshaltung, dass man für alles sofort was bekommt und dass das innerhalb von 24 Stunden alles behoben sein muss, das weiß ich nicht, ob das..., das finde ich nicht in Ordnung, muss ich also ganz klar sagen. Und wenn jemand Bauchschmerzen hat, braucht er auch nicht gleich ein Ultraschall und diese Diagnostik und jene Diagnostik, sondern man kann es auch oft klinisch machen und dann abwarten. Also da, denke ich, sind schon Unterschiede. (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 152)

Also es sollte immer, ganz klar, es sollte nicht jeder das kriegen, was er will, sondern es sollte jeder einen Anspruch haben auf das, was wissenschaftlich begründet ist und auf nichts anderes. Deswegen bin ich z. B. auch strikt dagegen, diese alternativen Verfahren mit in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherungen zu nehmen. Was nicht bewiesen ist, finde ich, darf man keinen Anspruch darauf haben. Das muss ein privates Hobby sein, der das haben möchte, sich das dann auch zu finanzieren, aber so, ich finde die Gemeinschaft hat nicht dafür zu sorgen, dass so individuelle Wünsche getragen werden müssen, die wissenschaftlich nicht begründet sind. (AA Kardiologie, E101, 195)

Auch die Berücksichtigung altersspezifischer Gesichtspunkte bei der Auswahl der Therapien gilt als legitim (OÄ Chirurgie, E103, 412; AA Kardiologie, E101, 70; vgl. auch SL Kardiologie, E111, 116). Eine Oberärztin wirft die grundsätzliche Frage nach dem Sinn teurer Intensivmedizin auf (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 61).

Durch die DRG werden den Ärzten die wirtschaftlichen Folgen ihrer Entscheidungen expliziter als vorher vor Augen geführt, was diese im Allgemeinen begrüßen. Einige möchten sogar möglichst viel für das Krankenhaus „herausholen“.

Also, was ich daran *positiv* finde, dass ich einfach das genötigt werde, mich über die Wirtschaftlichkeit so einer Klinik-, mir darüber Gedanken zu machen, mich damit auseinander-, das finde ich ganz gut. Weil man also auch in diesen finanziellen Prozess als Arzt so ein bisschen einbezogen wird. Das finde ich gut, und das halte ich auch für sinnvoll, dass ich auch mal weiß, was jetzt-, wie was vergütet wird oder was jetzt anders auch verschlüsselt werden muss oder was wirtschaftlicher *wäre* und so. Das finde ich schon gut, weil man da vorher sehr wenig Ahnung von gehabt hat. Ich halte das auch für sinnvoll und gut. Das Problem ist halt, das habe ich schon mehrfach gesagt, dass einfach nur *Mehrarbeit* ist, ohne dass andere Arbeit von einem genommen wird. Das ist ein Problem, das ist definitiv ein Problem. (OÄ Chirurgie, E103, 378)

Klar, es ist ja-, es macht ja auch ein bisschen Spaß, wenn Sie das verschlüsseln und sagen, wie viel kriegen Sie jetzt eigentlich für den Patienten oder so, das hat dann auch einen gewissen sportlichen Anreiz, dass man sagen kann, wenn ich jetzt das vielleicht noch besser verschlüsseln kann oder dann kann ich vielleicht auch mehr Geld rausholen in Führungsstrichen, ich meine, ich ja nicht, aber das erkenne ich schon, wenn die und die OP gelaufen ist und da stehen da 500 Euro, dann sehe ich, das kann nicht sein, das muss mehr geben, da ist irgendein Fehler. Und manchmal sind die Patienten einfach nur falsch verschlüsselt, und das gibt natürlich nicht mehr Geld, aber ich muss es trotzdem ändern, weil ich sonst ein Schreiben von der Krankenkasse bekomme. [...] (OÄ Chirurgie, E103, 273; vgl. auch OÄ Chirurgie, E103, 263-267; AA Kardiologie, E101, 100)

Auch die *Pflegekräfte* müssen seit Jahren verstärkt wirtschaftliche Aspekte beachten. Sie gehen überlegter mit Material wie Tupfer oder Laken um und die Stationsleitungen müssen bei Bestellungen stärker begründen, warum bestimmte Anschaffungen nötig sind (vgl. z.B.

SL Unfallchirurgie, E106, 109-115; SL Neonatologie, E112, 12, SL, 111, 33-35).⁶⁹ Viele Pflegekräfte haben dabei Schwierigkeiten damit, die neuen wirtschaftlichen Gesichtspunkte in mit ihrem pflegerischen Leitbild zu vereinbaren (PDL, E107, 39). Vor allem die Pflegekräfte auf der Neugeborenenstation haben dabei den Eindruck, der Patient rücke angesichts der Sparmaßnahmen immer weiter in den Hintergrund.

Ich kann mich gar nicht erinnern, bis so vor fünf, sechs Jahren, dass Geld eine Rolle gespielt hat in der Klinik. Das war eigentlich kein Thema, man hat bestellt, man hat Sachen gekriegt, was so an Bedarf da war, also man, ich denke, man wusste auch ganz wenig über Kosten soweit so medizinischer Bedarf, was so einzelne Teile da so..., da hat man sich gar keine Gedanken gemacht. Man war mit der Pflege beschäftigt, man hat die - das Ziel war, die Kinder gut zu versorgen - darum hat man sich ganz wenig Gedanken gemacht. Und das, denke ich, ist so in den letzten, seit Mitte der 90er Jahre bis jetzt Mitte der 2..., hat sich einfach ganz viel verändert, dass plötzlich... Es fing langsam an, aber dass einem doch sehr vermittelt worden ist, dass einfach auch Geld eine große Rolle spielt, was einen ja gerade in der Pflege, denke ich, ganz fremd ist, da macht man sich doch gar keine Gedanken, wo doch das Ziel ist, die Kinder gut zu versorgen, die Eltern zu versorgen, aber da denkt keiner so an Geld und dass einem das doch sehr vermittelt wird, dass das eben jetzt doch anders ist. Und in den letzten zwei, drei Jahren, hat man eigentlich das Gefühl, irgendwie spielt Geld..., steht da ganz oben und alles andere rückt so an zweite, dritte Stelle. (SL Neonatologie, E112, 10)⁷⁰

Aufnahme von Patienten und Wartezeiten

Als Haus der Maximalversorgung ist das Krankenhaus E „letztinstanzlicher Problemlöser für Medizin in der Region“ (GF, E105, 181). Insoweit gibt es insgesamt kaum Möglichkeiten, Patienten abzuweisen.

Ich denke, davor schützt einen schon der Versorgungsauftrag dieses Krankenhauses. Wir suchen uns die Patienten nicht aus. Es gibt ja Krankenhäuser, die sich ihre Patienten aussuchen können. Das ist hier nicht so. Also, es wird niemand abgewiesen. Das ist..., geht nicht. (DRG-B, E108, 134)

Die Budgetobergrenzen und damit vorgegebene Mengengerüste sind allerdings grundsätzlich Einfallstore für Wartezeiten. Eine Budgetüberschreitung ist problematisch, da im Rahmen der Ausgleichsregelung nur 35% an Mehrerlösen zu erzielen sind. Der Geschäftsführer würde im Zweifel eher längere Wartezeiten für Patienten in Kauf nehmen als Verluste zu produzieren:

[...] Also Strukturveränderungen nach oben belasten die Budgetobergrenze. Wer expandiert hat ein großes Problem, der muss sehr umsichtig und vorsichtig expandieren, weil mit Expansion

⁶⁹ Wann genau die Veränderungen gegenüber früher eingetreten sind, ist unklar. Während die Stationsleitung Unfallchirurgie seit einem Jahr eine Verschärfung wahrnimmt, begannen die Veränderungen nach Auffassung der Stationsleitung Kinderklinik schon vor fünf, sechs Jahren, mindestens aber in den letzten zwei bis drei Jahren. Von daher ist ein Effekt der DRG-Einführung nicht auszuschließen.

⁷⁰ Eine Stationsleitung auf der Inneren steht den Sparmaßnahmen dagegen aufgeschlossener gegenüber. Sie sieht einen inneren Zwiespalt, wenn Patienten bestimmte teure therapeutische Maßnahmen durch ungepasstes Verhalten unterlaufen (PF SL Kardiologie, E111, 120) und beschreibt, dass die Sparbemühungen teilweise von jungen und unerfahrenen Ärzten konterkariert werden: Man muss sagen, die jüngeren Ärzte sind natürlich noch unsicher. Also, die sind noch nicht ..., haben noch nicht so viel Erfahrung und hangeln sich so an bestimmten internistischen Leitlinien dann lang. Dann haben sie so: "Bei der und der Erkrankung muss man die und die Untersuchung machen oder das und das Labor bestimmen oder die und die Medikamente geben". Und daran hangeln die sich lang. Und nun kann es dann manchmal sein, dass ein Patient natürlich ganz viele Untersuchungen bekommt, wo ein Alterfahrener sagen würde: "Ach, das brauchen wir gar nicht". Aber das ist dann natürlich so, wenn viele Jüngere dann da sind, dann ist das manchmal ... halt eben anders. (SL Kardiologie, E111, 33-35)

kann man auch untergehen, ja, also, sag ich unsern Leuten hier immer, man kann sich auch zu Tode leisten, wie die immer sagen: Nachfrage, Nachfrage, Nachfrage usw. dann sag ich: Naja, gut, mir ist eine Warteschlange da an der Stelle lieber, als dass wir uns hier in Verluste reproduzieren, ja, und dann kaputt gehen. Also man kann sich auch zu Tode leisten. Man muss immer auch Geld dafür sehen. (GF, E105, 141)

Eben. Deswegen sag ich ja: Man kann sich zu Tode leisten. Wenn Sie also, wenn Sie für die 35 % Ausgleichsregelung Bagatellfälle behandeln, dann geht es. Also vielleicht ein Pflaster draufkleben oder einen Gips machen oder so, kein Problem. Das sind Bagatellfälle. Wenn Sie denen ein Defi einsetzen dafür, dann können Sie gleich abmelden, 80 % Sachkostenanteil, was soll das, und da krieg ich 35 % nur wieder, also das wäre ruinös. (GF, E105, 147)

Auf der anderen Seite sieht er einer „Warteschlangenmedizin“ dadurch Grenzen gesetzt, dass eine Abweisung von Patienten, vor allem von Krebspatienten, letztlich dem guten Ruf des Krankenhauses schaden und langfristig negative Konsequenzen für den Standort haben könnte.

Ja. Ja, also wir haben jetzt gerade die Ausweitung der Intensivmedizin auf eigene Kappe vorgenommen, ja, weil mit der Warteschlangenmedizin das hat ja auch so seine zwei Seiten. Also das fällt ja immer auf uns zurück. Wir können, ich kann zwar 25 tausendmal sagen: Puh, die Kasse zahlt nicht, deswegen müsst ihr warten, aber wenn jemand den Tumor in sich wachsen fühlt, dann ist ihm das ziemlich egal das Argument und dem zuweisenden Arzt ist es auch egal. Ja? Der sagt: Entweder, Haus, du nimmst jetzt diesen Patienten, und zwar in annehmbar kurzer Zeit, ja, oder aber ich schick dir gar keinen mehr, weil das lass ich mir nicht gefallen. Ja, und da wächst ja ein gewisser Unmut. Wir haben ja hier nicht irgendwelche Lagerware zu verkaufen oder anzubieten oder umzuschlagen, ja, sondern es sind ja lebendige Menschen mit ihren gesundheitlichen Problemen. Ja und als Zentralversorger sind das meist keine Lappalien. Also wenn wir Warteschlangen haben in der Chirurgie, dann gehen die Lappalien, also Hernien, Gallen usw. usw., die gehen ohnehin in die anderen Häuser, weil die müssten hier viel zu lange warten und in den andern kriegen sie es genauso gut, ne, sofort. So. Aber nun eine große Tumor-OP oder so, ne – naja, da gehen sie ja auch lieber zu dem, der es kann und nicht zu dem, der schnell ist, aber nicht weiß, wie es geht. Also gleichzeitig kann man aber auch nicht beliebig lange warten. Es kann einer ja nicht auf zwei Monate Warteliste gehen oder so, das geht ja nicht. So. Das sind dann eben die, naja die spannenden Probleme. Aber manchmal lassen die Kassen mit sich reden, dann ist es gut, und manchmal lassen sie nicht mit sich reden und naja. Gut. (GF, E105, 155)

Es kommt also durchaus vor, dass geplante Eingriffe verschoben werden müssen, weil schon vor Jahresende die Mengenvorgaben überschritten worden sind:

Da haben wir eine Höchstmenge von Eingriffen, die jedes Jahr aufs Neue verhandelt werden muss, wo sehr wichtig ist, was haben wir im Vorjahr gemacht und wenn wir diese Zahlen überschreiten, dann wird es zunehmend ungünstiger, und ab einem bestimmten Bereich, soweit ich da informiert bin, da gibt es dann gar nichts mehr dafür. Das führt zu grotesken Dingen teilweise, wie z. B. in unserer Chirurgie, dass die Zahl der erlaubten Hüftoperationen..., war im Oktober verbraten letztes Jahr, und dann gab es zum Ende des Jahres eben offenbar keine operati- onsbedürftigen Hüften mehr. (AA Kardiologie, E101, 84)

Einigen Patienten gelingt es, die Aufnahme zu beschleunigen. Auch Privatpatienten werden in der Regel bevorzugt (OÄ Chirurgie, E103, 151-157). Wartezeiten gelten den Ärzten als hinnehmbar, solange eher geringe Nachteile oder Unannehmlichkeiten für die Patienten damit verbunden sind. Moralisch problematisch wird es bei Krebspatienten, wobei es hier manchmal die Möglichkeit gibt, mit den Krankenkassen direkt zu verhandeln.

B.: [...] Bei den Hüften ist es noch medizinisch harmlos, es gibt das gleiche Problem auch mit den Chemotherapien, da ist es dann weitaus weniger lustig, bei den Krebspatienten.

I.1: Und da kann das auch passieren, dass auch ein Krebspatient nicht mehr aufgenommen wird?

B.: Ja, das hat es auch gegeben. Das ist aber nicht nur bei uns so, das ist also auch, das kenne ich auch noch aus der Uni-Klinik in [Stadt X] so, dass es da... Das sind ja auch extremst teure Behandlungen, also da jede einzelne Behandlung kostet wirklich enorme Beträge und dass es da eine Obergrenze gibt. Da hat man sicherlich immer noch Möglichkeiten, dann noch in konkrete Verhandlungen mit der Krankenkasse zu treten oder Sonderfall, aber so auf dem normalen Weg: Patient kommt, wird behandelt, geht das dann alles nicht mehr. Also es gibt ganz klar Obergrenzen an Zahlen. (AA Kardiologie, E101, 86-88)

B.: [...] Das ist halt unangenehm, dass es so ist, aber es ist kein wirklicher Nachteil, der jemandem daraus erwächst und deswegen finde ich es vertretbar und kann mich dem auch anpassen, ohne dass ich mich da verbiegen muss. Ich habe nicht den Eindruck, dass – es liegt auch am Krankenhaus – aber ich habe nicht den Eindruck, dass die wirklich entscheidenden Dinge nicht bezahlt werden. Das sind Nuancen, die nicht bezahlt werden an möglichen Verbesserungen und, auch z. B. das Beispiel mit der Hüfte, wenn die im Oktober verbraucht sind, die Zahl der nötigen Hüften, na ja ich finde, das ist vielleicht ein komisches System, aber die Welt geht auch nicht unter, wenn die Hüfte erst im Januar operiert wird.

I.1: Gut, nur für den Patienten kann das natürlich unangenehm sein.

B.: Ja, der hat natürlich auch nicht erst im Oktober Beschwerden an der Hüfte, sondern er hat wahrscheinlich seit 3 Jahren Beschwerden und dann würde er vielleicht im November operiert werden, das geht jetzt nicht, dann würde er mit den Beschwerden 8 Wochen länger, die er seit 3 Jahren schon hat, noch zu leben haben und wenn er in einem anderen Land leben würde, hätte er so lange OP-Zeiten, oder so lange Anmeldezeiten, das ist ja nur bei uns so, dass man so relativ auch schnell dann auch drankommt, wenn man sich anmeldet zu einer Operation. Sie fragen ja nicht danach, ob ich das toll finde, Sie fragen ja, ob mir das moralisch Probleme macht?

I.1: Ja genau, in Ihrer Rolle als Arzt.

B.: Das alles noch nicht. Wenn es darum ginge, dass tatsächlich jemand keine Chemotherapie mehr bekäme, und ich finde es schon grenzwertig, wenn jemand nur da zwischen den Krankenhäusern hin und her geschickt wird, bis das einer macht, und da hört es auf, da ist in jedem Falle die Schmerzschwelle überschritten. Weil, der ist so krank, der muss sich um so ein System wirklich keine Gedanken mehr machen müssen, in meinen Augen.

I.1: Die Frage ist nur, was könnte man da machen, wenn das passiert, als Arzt?

B.: Ja, also persönlich denke ich, versuchen mit den Kostenträgern dann ins Gespräch zu gehen über diesen Fall. Mit der Presse drohen könnte man in so einem Fall auch. Ich glaube, dass das zum Glück immer noch Einzelfälle sind. Ich kann ja immer nur wirklich fundiert über das etwas sagen, was ich so täglich erlebe und da sind solche Fälle..., zum Glück kenne ich die nur vom Hörensagen. Es gibt einen Patienten, dem das passiert sein soll, der erst in der Uni [Ort] angeblich nicht behandelt werden sollte, letztlich aber dann doch behandelt worden ist. Ein junger Mann, aber ich hab es so selber, diese Erfahrung nie persönlich gemacht. (AA Kardiologie, E101, 197-203)

Folgen der DRG-Einführung

Auch unter DRG-Bedingungen werden keine Patienten abgewiesen, weil sie dem Krankenhaus zu viel Geld kosten könnten. Es gibt keine Steuerung der Patientenaufnahme durch Vorgaben der Verwaltung, in dem Sinne, dass bestimmte Patientengruppen nicht aufgenommen werden.

[...] nicht durch Zwang von Seiten der Geschäftsführung, wie man das aus anderen Krankenhäusern kennt, wo es feste Regeln gibt. Also, keine Aufnahme mehr von Patienten mit der und der Keimbesiedelung, das kostet uns zuviel Geld. Das machen ja manche Krankenhäuser, das gibt es hier nicht, das gibt's nicht. (DRG-B, E108, 87)

Aufgrund der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen ist es jedoch schwieriger geworden, die Notwendigkeit stationärer Aufnahmen zu begründen, da eine Reihe von Ope-

rationen von den Krankenkassen nicht mehr stationär bezahlt werden (DRG-B, E108, 85) und Patienten mit unklaren Diagnosen aufzunehmen.⁷¹

[...] aber das ist, sage ich mal, zunehmend natürlich ein Problem, wenn man jetzt unter DRG-Aspekten überhaupt keine im Grunde genommen richtige Aufnahmediagnose formulieren kann, und wenn da nur steht, unklare Verschlechterung des Allgemeinzustandes, dann-, wenn man den nicht am nächsten Tag wieder wegverlegt hat, dann hat man auch nur Kosten und keine Erlöse davon. Also dadurch stehen wir vielleicht auch von *der* Seite auch mehr unter Druck, aber praktisch die Praxis des Abschiebens von pflegebedürftigen Patienten ins Krankenhaus, die ist mir in letzter Zeit wieder extrem sauer aufgestoßen. Und insofern haben Einrichtungen, die sofort da Abhilfe schaffen, die haben dann auch immer erst mal den schwarzen Peter. Gut, das ist natürlich, gerade wenn man sozusagen in dieser Schraube eben steckt zwischen den Abrechnungsmöglichkeiten dieses Falles *überhaupt* auf der einen Seite, und dann dem, was vielleicht auch humanitär geboten ist [...]. (OA Kardiologie, E109, 63)

Eine weitere Folge der DRG-Einführung ist insoweit ein Trend zur Ambulantisierung, wobei der ambulante Bereich durch ermächtigte Krankenhausärzte im Krankenhaus E schon immer eine große Rolle spielte. Die Ärzte gehen davon aus, dass der Kanon der nicht stationären Eingriffe noch zunehmen wird, was nachteilig für die Patienten sein kann.

[...] warum jetzt der Patient nicht ambulant operiert wurde. Und da müssen Sie reinschreiben, ja, der hat mal einen Herzinfarkt gehabt oder irgendwie so was. Aber es gibt Krankheitsbilder, die werden nicht bezahlt stationär, und es gibt Krankheitsbilder, die werden bezahlt, aber die Krankenkassen hätten es ganz gerne, zum Beispiel Leistenbrüche. Leistenbrüche werden *noch* stationär bezahlt, aber die Krankenkasse möchte gerne, dass wir sie ambulant machen, verständlicherweise. Und es gibt Operationen, die werden stationär *nicht* bezahlt, zum Beispiel, wenn Sie so eine Fettgeschwulst am Arm haben, das zahlt die Kasse *nicht* stationär. Außer Sie haben ganz harte Begründungen dafür. Aber dass der Patient jetzt selber irgendeinen Nachteil durch DRG hat, wird ganz normal sein. (OÄ Chirurgie, E103, 296)

Versorgungsstandards und Durchführung von Therapien

Es gibt keine expliziten Anweisungen oder Vorgaben von Seiten der Verwaltung und der Chefärzte, bestimmte Behandlungen zu tun oder zu unterlassen. Der Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie kann in den meisten Fällen (noch) zugunsten der Medizin aufgelöst werden. Hierin unterscheidet sich die Situation im Krankenhaus E zum Teil von anderen Häusern, in denen die befragten Ärzte gearbeitet haben. Die Patienten werden bis auf wenige Ausnahmen (s.u.) nach dem Stand der Forschung behandelt und erhalten alle medizinisch notwendigen Leistungen. Wirtschaftliche ungünstige Behandlungen müssen aber auf begründete Ausnahmefälle beschränkt bleiben oder an anderen Stellen kompensiert werden. Dies dürfte jedoch nur so lange möglich, sein, wie das Haus insgesamt finanziell gut da steht.

Ja, hier zum Glück weniger. Das kenne ich aber noch aus [Stadt X] Zeiten anders, also da war es wirklich so, beispielsweise Computertomografie-Untersuchungen nur nach Chefarztgespräche, auch unter wirtschaftlichen Erwägungen. Es musste sozusagen rückversichert werden, dass auch der Chefarzt in diesem Fall diese teurere - oder speziell Kernspin-Untersuchungen, die sind noch teurer - das musste noch mal abgesehnet werden, dass bei diesem Patienten das wirklich sein musste. Eindeutig aus ausschließlich finanziellen Motivationen. Das ist in dieser Abteilung hier nicht so sehr vertreten. Hier gilt immer noch..., was ist das medizinisch Sinnvollste, ohne dass man den Kostenaspekt vielleicht völlig außen vor lässt, aber weitgehend doch nach medizinischen Kriterien und da sind wir relativ frei. Das kenne ich aber durchaus anders. (AA Kardiologie, E101, 50)

⁷¹ Aufnahmeentscheidungen müssen von einem Facharzt überprüft werden, was grundsätzlich begrüßt wird (AA Kinderklinik, E104, 93).

Na teilweise.., also das ist nicht immer ganz kongruent, also teilweise sind Widersprüche da, die wir dann, wenn es also eine Gefährdung beinhaltet, auch so nicht ganz widerspruchlos hinnehmen und dann teilweise auch abweichen, dass wenn wir dann eben die wirtschaftlich ungünstigere Variante wählen müssen, das dann natürlich versuchen auf die begründeten Ausnahmefälle zu beschränken und nicht auf die große Masse, sondern die paar, die eben aus diesem Raster rausfallen, was günstig und kosteneffektiv zu behandeln ist. Die werden dann eben anders behandelt, auch wenn es ein Minusgeschäft wird, aber man kann das nun nicht mit allen machen weil, wir können ja natürlich nicht ins Minus fahren. Also dann schließen wir Kompromisse, aber in den medizinisch begründeten Fällen weichen wir davon ab, aber wissend, dass wir hier gerade rote Zahlen produzieren (AA Kardiologie, E101, 46)

Ach, das ist sicherlich seit zweiter Hälfte der 90er Jahre bestimmt. Wobei die..., also zumindest denn in der Ebene, in der ich arbeite, es nicht – wir kriegen es oder bekommen es mitgeteilt, aber die Konsequenz..., also es ist jetzt eben schon so, dass wir eben..., dass dann trotzdem eben..., dass was einfach notwendig ist, auch machen. Gut und Sachen, die wirklich, sei es jetzt medikamentös oder wie auch immer, dass man irgendwo Abstriche macht, aber es wird allerdings ja denn auch nicht von oben gesagt, das und das Notwendige machen wir nicht mehr, sondern das wird denn gemacht und wenn es denn vom Budget her nicht irgendwo nicht passt für die Abteilung, das wird dann berechnet. Ja gut, denn sagt man aber auch..., das sagen dann auch bei uns die oberen Etagen, das muss aber trotzdem gemacht werden, das muss dann eben woanders aufgefangen werden. (AA Unfallchirurgie, E102, 38)

[...] Aber dass da jetzt ganz Notwendiges nicht bewilligt wurde und dann auf einmal gesagt wird, können wir nicht..., also mit entsprechender Begründung, haben wir da eigentlich denn doch alles bekommen. Es war nicht so, dass wirklich die Qualität unter dieser Budgetierung jetzt also zumindest die Qualität so gelitten hat, dass man sagen konnte, wir können unsere Patienten jetzt nicht..., ja, lege artes oder so nach eigentlich allseitigem Wissen oder..., ja, Wissen oder Ratschlägen behandeln. Also, das war eigentlich immer gewährleistet, da würde man irgendwie das doch etwas übertreiben, wenn man sagte das war irgendwo nicht mehr aufgrund einer Finanznot irgendwo nicht mehr machbar. (AA Unfallchirurgie, E102, 46; vgl. auch OÄ Chirurgie, E103, 403-404; OA Kardiologie, E109, 9; SL Unfallchirurgie, E106, 126-127; AA Kinderklinik, E104, 26-39; OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 36)

Aber, ich sag noch mal, wir sind hier Zentralversorgung. Ja? Da kann man zwar sagen, wir implantieren nur die Volkshüfte und die ist so und so strukturiert, o.k., aber es ist gleichzeitig so, wenn jemand mit einem Tumor oder Extumor kommt oder so und der braucht da irgend ein spezielles Implantat, dann muss er das auch kriegen können. Das ist das Problem. Und wir kriegen hier ja eher – ich sag mal so, mit den normalen Standardfällen hab ich kein Problem. Ja? Die kann ich über den Einkauf mit unserer Materialkommission mit den Ärzten, die sitzen ja da mit drin, usw. schnell relativ einfach, sag ich mal, können wir es da entscheiden und auch optimieren. Probleme machen die Nicht-Standard-Fälle und die sind hier in unseren Zentralversorgungshäusern häufiger als in den anderen Häusern und da krieg ich keine Standards hin, weil es eben nicht Standardfälle sind, ich krieg auch keine, wie soll ich sagen, Skaleneffekte beim Einkauf hin, weil da kann ich ja nicht von speziellen Implantaten oder so dann gleich Tausende einkaufen oder so. Das ist das Problem. Ja, oder diese Herzpumpen, diese extrakorporalen Herzpumpen oder. Ich kaufe keine. Ich miete die immer nur und hoffe nur, dass es halt nur zwei im Jahr sind. Es sind aber in diesem Jahr schon sechs gewesen und vier werden wir ungefähr zum Preis von 150.000 Euro versenken, die sind weg. Und das versaut einem dann manchmal so die Diskussion, wenn ich dann streite um tausend Euro hier und da 150 gleichzeitig versenkt habe, ja, und jeder zeigt mit dem Finger da hin und sagt: Guck mal da. Da wird das Geld verbraten und bei mir machst du so ein Zeck. Das sind die schwierigen Diskussionen, dass man sowohl, sagen wir mal, sich um das Kleingeld kümmern muss und bei dem Großen manchmal einfach nicht anders kann als zu sagen, dann läuft es eben so und fertig, aus, Ende. Und das tut einem dann zwar wirtschaftlich gesehen in der Seele weh, menschlich gesehen o.k. nicht so ganz einfach auszuhalten. (GF, E105, 184).

Es gibt nach wie vor die ganze Palette, das ist schon richtig, aber, ich sag mal, wir gucken da schon auf eine medizinische Qualität. Das muss sein. Das muss auch drin sein. Also ich sag mal so: Noch sind wir nicht angezählt in den roten Zahlen und existenziell bedroht, dann mag die Diskussion sich noch mal verschärfen, ja? (GF, E105, 190)

Wenn mehrere Wege zum Ziel führen, wird der kostengünstigere gewählt (AA Unfallchirurgie, E102, 48). Es werden aber auch Situationen beschrieben, in denen in Einzelfällen auf die Durchführung von Behandlungen verzichtet wurde, vor allem wenn der Nutzen nicht ganz eindeutig ist. Dies wird mit zum Teil mit übergeordneten Interessen begründet:

Nun gut, also die sind im Moment noch nicht so konkret, aber es ist allgemeinerer Natur, das Prinzip, ich weiß nicht, von welcher Seite es nun hauptsächlich kommt, aber es ist schon so, dass eben die Kostenseite einer Behandlung so in den letzten Jahren doch mehr ins Bewusstsein gerückt ist. Das geht schon um-, das hängt schon zum Teil mit den budgetierten Leistungen zusammen, zum Beispiel ein Beispiel, die-, oder war in vergangenen Jahren eine-, die [...] -Therapie, das sind eben Patienten, die hochspezielle (Giftstoffe) haben, bekommen zur Vorbeugung jetzt plötzlich einen Herz-[...], also bösartige Rhythmusstörungen, die eben zum sofortigen Herzstillstand führen, das ist eine Therapie, die im Grunde genommen nicht sehr gezielt eingesetzt werden kann, sondern im Grunde genommen nur begrenzte Vorhersagemöglichkeiten hat zu sagen, der braucht ihn oder der braucht ihn nicht. Und da haben wir ein bestimmtes Budget gehabt, wo wir ungefähr landen mussten, und da hatten wir auf der anderen Seite eben in den vergangenen Jahren am Ende des Jahres das Budget schon überschritten, und das waren so Situationen, wo man zumindest, denke ich, diese Sachen ins Kalkül gezogen hat. Und dann, ich sage, in einer Situation, wo man gesagt hat, na ja, man *könnte* dem vielleicht einen einbauen aber man *muss* es vielleicht nicht unbedingt, dann hat möglicherweise doch diese Sache die Entscheidung beeinflusst. Das würde ich schon sagen, weil es auch gerade so ein Punkt ist, wo eben einem im Prinzip zunächst einmal besch-, ja, herzkrank schon, aber einem beschwerdefreien Patienten wird so ein Ding eben implantiert auf den Verdacht hin, dass er in der Zukunft eine bösartige Rhythmusstörung erleiden könnte. Und gut, es gibt bestimmte Studien, die das zeigen, ab wann das [...] Gesamtabrechnung Sinn macht, aber der Kostengesichtspunkt-, das ist natürlich schon ein erheblicher, auch finanzieller, Aufwand, den die Therapie sozusagen nach sich zieht. Und da würde ich sagen-, also wenn ich das-, das würde ich mal als Beispiel anführen, wo das *schon* Einfluss nimmt auf die Therapieentscheidung. Sonst ist es eigentlich so, dass man zwar einmal mehr darüber nachdenkt, aber sich bisher versucht, nicht irgendwie beirren zu lassen, wenn ich es mal so sagen darf. (OA Kardiologie, E109, 37)

[...] Und dann wird schon darüber geredet. Es gibt dann auch mal Entscheidungen, wo man sagt, das machen wir jetzt nicht mehr, weil es wirklich sehr teuer ist, und es hat sich gezeigt, es bringt fast nie etwas oder so, das gibt es schon. Halte ich aber auch für einen normalen Vorgang in einer Klinik. Ich glaube weiterhin nicht, dass man sagen kann, wir würden irgendwelche Dinge Patienten vorenthalten, weil sie zu teuer sind, das kann man wirklich nicht sagen, das wäre ein völlig falscher Eindruck. Man guckt aber schon, wenn man zum Beispiel ein teures Medikament einem Patienten auch häufig, sage ich mal, verabreichen muss, wie kann man das ihm verabreichen, dass die Klinik nicht Schaden nimmt. Und dass wir nicht sozusagen eine Stelle streichen müssen, um diesen Patienten jetzt zu behandeln. Das macht man schon. (AA Kinderklinik, E104, 61)

Schon seit Jahren werden Doppeluntersuchungen oder aufwändige Laboruntersuchungen eingeschränkt, was allerdings nicht immer zum Nachteil für den Patienten ist (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 154-162). Hier werden auch noch weitere Einsparpotenziale gesehen:

Ja, das denke ich, dass zu viel gemacht wird. Dass zu viel gemacht wird, vor allen Dingen, dass eben..., also viele auch meiner Kolleginnen, die jetzt ja auch relativ frisch sind, die können ja kaum noch klinisch untersuchen. Die untersuchen klinisch, aber brauchen immer ein Blutbild dazu, die brauchen immer Entzündungs [...], brauchen immer einen Urin, brauchen immer einen Ultraschall, die können ja gar nichts mehr ohne diese ganze Technik und ohne das Labor entscheiden. Und weil sie das nicht mehr gelernt haben, weil das sich so verselbstständigt hat, dass ja irgendwie diese ganzen Untersuchungen dazugehören, ist es einfach unnötig teuer. Und das macht der Kinderarzt in der Praxis ja auch nicht, der kann sich das ja gar nicht leisten, das bei jedem das noch zu machen, sondern da muss man einfach noch abwarten und sagen, gucken, ob es morgen besser ist, ohne dass man vorher sämtliche diagnostischen Schienen fährt. Und ich glaube, dass man da noch eine ganze Menge einsparen kann. (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 154)

Weitere Einsparmaßnahmen betreffen vor allem organisatorische Strukturen und Abläufe: So wird etwa auf eine gute Auslastung der OP-Säle geachtet, nur geringe Vorratshaltung⁷² betrieben und sparsamer mit Material umgegangen (AA Unfallchirurgie, E102, 32, 56-58; OÄ Chirurgie, E103, 224-235).

Folgen der DRG-Einführung

Dass medizinisch notwendige Behandlungen nicht durchgeführt werden, kommt nach Meinung der Befragten auch unter DRG-Bedingungen bis auf wenige Ausnahmen nicht vor. Die Ausnahme sind neue medikamentenbeschichtete Stents, die eindeutig besser sind als die herkömmlichen Stents, aber bisher nicht eingesetzt werden, weil die Kosten nicht von den Krankenkassen übernommen werden.

[...] Gut, also eine Sache, die wir jetzt also bisher-, wo wir im Rahmen der Budgetgespräche jetzt zum Beispiel schon etwas an die Kette gelegt sind, ist der Einbau zum Beispiel von medikamentbeschichteten Koronarstents, das ist sozusagen der letzte Schrei auf dem Markt der Behandlung von Engstellungen an den Herzkranzgefäßen, die sind eben-, haben eben eine besonders hohe Erfolgsrate oder es ist besonders selten, dass da wieder sich neue Verengungen bilden. Und die herkömmlichen Dinge, die wir einbauen, sind-, scheiden etwas schlechter ab, nur die generelle Verwendung dieser neuen Stents, die kosten irgendwie das fünffache der alten, da wird also im Moment nicht das Budget gedeckt. Da sind die Krankenhäuser überall in dem Dilemma, wie gehen wir jetzt damit um, und da sind wir auch plötzlich gezwungen, im Moment noch Kompromisse zu schließen. (OA Kardiologie, E109, 39)

B.: Ja, weil ich hier eigentlich, so wie ich es ja gerade auch sagte, so das Gefühl habe, dass eigentlich nach wie vor noch das medizinisch Notwendige auch hier speziell zur Verfügung gestellt wird, also eigentlich auch mit reinem Gewissen kann ich das immer noch vertreten.

I.2: Aber es gibt ja sicherlich irgendwo auch bestimmte verschiedenartige Möglichkeiten von Therapien, die vielleicht qualitativ hochwertig oder nicht so hochwertig sind, das eine reicht so und das andere ist Luxus, und das hält vielleicht 10 Jahre, das andere vielleicht 20 Jahre. Gibt es da auch Entscheidungsstrukturen, wie dann da verfahren wird?

B.: Ja, aber die, würde ich immer noch sagen, auch wenn das nicht, glaube ich, so der landläufigen Meinung entspricht, die sind immer noch in erster Linie danach ausgerichtet: was ist wissenschaftlich bewiesen, ganz klar. Also es wird nicht das gemacht, was vielleicht, was in der Theorie besser sein könnte, aber deutlich teurer ist, dann machen wir es nicht, sondern es muss schon fundiert bewiesen sein, dass diese bessere teurere Behandlung auch effektiv ist. Dann machen wir die aber, auch wenn sie teurer ist und auch, wenn es deutlich teurer ist, eigentlich schon. Es gibt Dinge, es gibt Ausnahmen, wie beispielsweise, jetzt in der Kardiologie gibt es so Stents, die am Herzen eingesetzt werden, medikamentenbeschichtete Stents, die – gibt es aber erst seit 2 Jahren auf dem Markt –die scheinen aber nach allen Ergebnissen, die wir bisher kennen, auch wissenschaftlichen Erkenntnissen, besser zu sein. Die gibt es bei uns nicht und die gibt es auch in anderen Krankenhäusern nicht, weil die so teuer sind, dass jede Herz-Katheterbehandlung ein Minusgeschäft dann bedeuten würde. Das wird sich vielleicht noch mal ändern, aber da haben wir im Moment ein Problem, quasi aller Krankenhäuser in Deutschland, dass sie diese extrem teureren Dinge nicht nehmen können, weil damit im Moment keine Herzkatheter-Behandlung zu bezahlen ist. Vielleicht ändert sich das im Laufe der Jahre, wenn die Krankenkassen das absegnen müssen. (AA Kardiologie, E101, 54-56)

Unter DRG-Bedingungen wird verstärkt darauf geachtet, welche Behandlung mehr Geld für das Krankenhaus einbringt, wodurch die Bedürfnisse der Patienten zum Teil hinten an gestellt werden.

⁷² Durch den Verzicht auf „Vorratshaltung“ im Bereich der Chirurgie müssen im Einzelfall Wartezeiten z. B. auf bestimmte Prothesen in Kauf genommen werden.

[...] Und wir werden relativ gut informiert darüber, was wie gut bezahlt ist. Beispielsweise ist es sinnvoll, dass dieser Patient vielleicht doch noch einen Tag länger bleibt, weil es in diesem besonderen Fall doch noch ein bisschen mehr Geld gibt; oder ist es sinnvoll, dass der unbedingt am gleichen Tag nach Hause geht, weil dann kann man es ambulant abrechnen und das ist für diesen Topf günstiger; oder diese eine Untersuchung auf gar keinen Fall ambulant machen, weil ambulant bringt die so viel weniger Geld, dass es besser ist, das nur mit Einbestellung und einer Übernachtung hier zu machen. Da sind wir schon informiert, und letztlich auch willens, weil es ja auch unsere eigenen Stellen sind, die da dranhängen. Und das verändert sich permanent, was da irgendwie wie günstig ist, was gemacht werden kann ambulant, was eine Übernachtung bedeuten soll, was besser mit einer zweiten Übernachtung gemacht werden sollte, das ist so permanent im Fluss und, ja dass wir da auch keine Standards haben, sondern so im Bereich des medizinisch Vertretbaren versuchen, uns dem sozusagen zu unterwerfen, weil wir das letztlich auch nur so akzeptieren können, dass das so ist. (AA Kardiologie, E101, 44)

Gut, ansonsten ist es so, dass wir natürlich jetzt immer sehen, was der einzelne Fall so bringt, und das zeigt halt nur, dass eben da jetzt im Grunde genommen ..., also wir haben das ja-, ein Jahr war ja Probelauf, und da hat man dann gesehen, dass wir-, sage ich mal, wir können medizinisch gar nicht anders reagieren als vorher. Wir sehen zwar, dass bestimmte Sachen ganz anders, ganz unterschiedlich honoriert werden, in dem Moment, wo man irgendeine Erkrankung *Herzinfarkt* nennt und denkt jetzt natürlich klar die klinischen Kriterien, dann ist das plötzlich ein enormer Anstieg des Fallwertes, und wenn der Patient den gleichen Aufwand hatte, weil er irgendwelche Beschwerden hatte, hatte aber keinen Infarkt bekommen, musste aber trotzdem der gleichen Behandlung unterzogen werden, dann kriegt man dafür also eben nur die Hälfte. Und das ist natürlich ein bisschen-, also es kommt einem zum Teil-, es kommt jetzt entscheidend darauf an, welches Etikett man einem Patienten umhängt und natürlich gibt es da genaue Vorgaben, und aber ein System lädt schon dazu ein, sich da genau zu überlegen, geht es nicht vielleicht doch, dass ich da noch ein bisschen umsortiere und so weiter. (OA Kardiologie, E109, 61)

Diagnostik

Nach Ansicht eines Oberarztes wirkt sich die DRG-Einführung auch auf die Durchführung diagnostischer Maßnahmen aus, da diese nicht oder nur zum Teil über Fallpauschalen abgerechnet werden können. Damit das Krankenhaus kein Minusgeschäft macht, müssen aufwändige diagnostische Maßnahmen in den ambulanten Bereich verlagert oder aber die Prozesse im Haus optimiert werden, was aber bisher nicht geschehen ist.

Wenn man nun die ganzen Entwicklungen, die wir vorhin schon besprochen haben, waren eigentlich schon vorher da und da drauf reagiere sozusagen noch obendrauf und akzentuiert gewisse Dinge. Wir sehen jetzt vielleicht auch, dass wir wirklich-, sagen wir mal so, ich sehe genau, welche Patienten jetzt hier eigentlich wenig Erlös bringen, die aber relativ viel Aufwand in stationärer Diagnostik bringen, also das beeinflusst mich vielleicht schon, wenn ich jetzt sehe, der Patient liegt jetzt zur Abklärung irgendwie einer Gewichtsabnahme im Krankenhaus, das ist ein Standardfall, eine kleine Gewichtsabnahme, Tumorsuche. Das ist eben ein extrem undankbares Geschäft jetzt für die Klinik. Früher hätte die sozusagen über Tagessatz abgerechnet, wir haben 14 Tage jeden Tag ein Untersuchung, war auch für den Patienten natürlich das Beste, das so zu machen, um nicht wochenlang in der Gegend rumgeschickt zu werden, da konnte man also im Krankenhaus dann einigermaßen kostendeckend arbeiten über den Tagessatz, und der Patient hatte den Vorteil, dass er relativ bald die ganzen [...] kriegte. Und es war für die Kassen wahrscheinlich auch nicht teurer, als wenn er ambulant von einer Sache zur nächsten geschickt worden wäre. Jetzt ist es aber so, dass das eben extrem schlecht bewertet wird, das sind leistungsgeringe Fallschweren, und da muss man im Grunde genommen-, kann man sagen, wenn man den 14 Tage hier durchdiagnostiziert, ist das auf jeden Fall ein Minusgeschäft jetzt in der DRG-Zeit. *Die Patienten muss man eben versuchen, dann entweder doch ambulant untersuchen zu lassen oder da muss man sich neu organisieren, das haben wir aber noch nicht, ja? Das haben wir aber noch nicht. Das ist so ein Beispiel, wo mir das extrem aufgefallen ist. Also im Prinzip-, im Moment ist noch keine-, sehe ich noch fast keine aktive Veränderung von Prozessen, die man eigentlich jetzt aufgrund dieses [...] Systems eigentlich verändern könnte.* (OA Kardiologie, E109, 61)

Psychosoziale Versorgung

Wie bereits ausgeführt (3.) wirken sich Arbeitsverdichtung, Zunahme von Verwaltungstätigkeiten und Personaleinsparungen im Gefolge der DRG-Einführung auch insoweit auf die Patientenversorgung aus, als Abstriche bei der psychosozialen Versorgung der Patienten und der aktivierenden Pflege gemacht werden müssen.

Liegezeiten, Entlassung und Verlegung

Die Liegezeiten haben sich in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich verkürzt. Lag die durchschnittliche Verweildauer früher bei etwa 3 Wochen, liegt sie heute unter 10 Tagen. Diese Verkürzung der Verweildauer wird vom Geschäftsführer, aber auch von anderen Funktionsgruppen als kontinuierlicher Prozess seit den 1960er Jahren bezeichnet, der unabhängig von der Einführung bestimmter Entgeltformen abgelaufen ist und insoweit auch nicht auf die DRG-Einführung zurückgeführt werden kann (GF, E105, 70). Der Hauptgrund für die Verkürzung der Liegezeiten wird weniger in der Einführung von Fallpauschalen gesehen als darin, dass aufgrund des Versorgungsauftrags des Krankenhauses und hoher Belegungszahlen schon immer ein Druck bestand, möglichst schnell die Betten wieder frei zu bekommen, ohne dass hier explizite Vorgaben von der Verwaltung gekommen sind:

„... die Betten waren immer knapp und die Liegezeiten waren immer kurz“ (DRG-B, E108, 136; vgl. auch OA Kardiologie, E109, 16-21; OÄ Chirurgie, E103, 386; AA Kinderklinik, E104, 14-21)

Darüber hinaus spielen, so auf der Neugeborenenstation, auch medizinische Entwicklungen eine Rolle (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 43-52). Auch die Überwachungszeit nach Operationen hat sich verkürzt zurückzuführen (AA Kardiologie, E101, 30). Die kurzen Liegezeiten decken sich häufig auch mit den Wünschen von Patienten, die nicht zu lange von der Arbeit abwesend sein wollen (AA Kinderklinik, E104, 14-21). Für einige Ärzte stellt sich die Situation allerdings so dar, dass mit den langen Liegezeiten zum Teil überflüssiger „Luxus“ abgebaut wurde.

B.: Überwiegend vertretbar. Ich glaube, dass vieles dieser längeren Beobachtungszeiten auch Luxusbetreuung war und das auch da viel unnötige Verweildauer, auch bei anderen Patienten im Krankenhaus, stattfindet, z. B. keine Entlassungen Samstag, keine Entlassungen Sonntag, es wird ja weitgehend vermieden, aber das ist..., also mal unter Kostenaspekten kann ich verstehen, dass man sich davon trennen muss.

I.1: Und wer entscheidet das jetzt mit den Entlassungen?

B.: Der Standard ist einfach nach Herzkatheter beispielsweise, das ist jetzt meine Abteilung, dass es am nächsten Tag nach Hause geht und dass nur der begründete Ausnahmefall länger bleibt und das ist früher anders gewesen.

I.1: Der Standard wird jetzt vorgegeben von der Klinikleitung oder der Geschäftsfüh ...?

B.: Aus der Abteilung, Chefarzt, Oberarzt, also im Konsens und wir weichen eben davon in begründeten Ausnahmefällen ab, ohne das man das jetzt schwierig hätte, diese Fälle dann begründen zu müssen, aber da gibt es eigentlich – wenn dann jemand am Freitag behandelt wird, dann ist auch klar, der geht am Samstag und nicht am Montag, das denke ich, ist neu, also jetzt auch nicht erst im letzten Jahr entstanden, sondern in den letzten Jahren, aber so diese Tendenz, dass eben auch am Samstag und am Sonntag medizinische Leistungen teilweise erbracht werden oder auch Entlassungen geschehen, das ist was Neues. (AA Kardiologie, E101, 36-40)

[...] Na, ich will ja nichts unterstellen, aber es ist nun eben oft so, dass denn zum Schluss irgendwelche Bescheinigungen für Krankenhaustagegeld, Gelder oder so was vorgelegt werden und dann macht es natürlich schon was aus ob er ein oder zwei Tage länger bleibt. Also, es ist eine kleine Zahl, aber das hat man dann ja im Laufe der Jahre..., das ist nun nicht nur seit Ende

der 90er so, das war vorher auch schon so. Ist ja auch klar nicht, oder dass die Patienten eben sagen, ich hab da jetzt jahrelang dafür bezahlt, jetzt kann die Krankenkasse auch mal zahlen. Aber das ist ja halt eben nicht dieses Prinzip, das man da mit unterschrieben hat, wenn man in eine Krankenversicherung [...]. Und da muss man eben schon denn als behandelnder Arzt, dass er direkt ist, den Patienten schon darauf hinweisen, das es einfach eben nicht geht und einfach nicht notwendig ist. Und das man eben einfach sagt, Sie wissen ja, Geld ist knapp und es muss einfach nicht mehr sein, die Kosten, die das dann noch geben würde. (AA Unfallchirurgie, E102, 62)

Folgen der DRG-Einführung

Anreize im DRG-System und Steuerung der Verweildauer

Die Anreize durch das DRG-System sind insgesamt widersprüchlich. Dieses trägt sowohl zu einer Verkürzung als auch zu einer Verlängerung der Liegezeiten bei. Den Krankenhaus-Mitarbeitern ist einerseits vermittelt worden, dass es im DRG-System feste Liegezeiten gibt, die nicht überschritten werden dürfen, wenn das Krankenhaus keinen Verlust machen will (z. B. SL Neonatologie, E112, 52-55). Auf der anderen Seite darf auch eine bestimmte Verweildauer nicht unterschritten werden, muss also eine Mindestliegezeit eingehalten werden, wenn man die volle Pauschale „kassieren“ will. Aufgrund der hohen Auslastung des Hauses scheint die Einhaltung dieser Mindestliegezeit dabei das größere Problem zu sein als eine mögliche Überschreitung der oberen Verweildauer. Eine explizite Steuerung des Entlasszeitpunkts durch die Verwaltung findet jedoch nicht statt.

[...] Konkretes Beispiel: Patient muss mindestens 24 Stunden bei uns im Krankenhaus gewesen sein, wenn wir so eine Spezialbehandlung machen, bevor wir den zurückverlegen, sonst kriegen wir nur den Eingriff bezahlt und nichts drumherum. Folglich müssen wir auf die Uhr gucken, wenn hier einer um 11.00 Uhr zu uns verlegt wird, dann kann der am nächsten Tag erst nach 11.00 Uhr erst wieder zurückverlegt werden weil, wenn wir den um 8.00 Uhr rückverlegen, dann kriegen wir alle pflegerischen Leistungen, alles was noch mit dem passiert ist, dass er die Nacht auf der Intensivstation verbracht hat, alles gar nicht bezahlt, und da solche Sachen ja wichtig sind für uns, ja da ist der Informationsfluss dann auch unmittelbar an den, den es betrifft auch gegeben. (AA Kardiologie, E101, 100)

Ja, wobei, ich denke, dass Sie es irgendwie auch wahrscheinlich bemerkt oder gehört haben, dass dieses DRG-System wird ja selbst..., führt sich ja praktisch selbst wieder ad absurdum. Dass die eben doch diese Verweildauer da eingeführt haben, Grenzverweildauern und wenn man jemanden nach drei Tagen nach Hause lässt, kriegt man doch wieder einen Abschlag, weil, eigentlich sind fünf Tage geplant. Das ist wieder so eine Sache, wo man denn selber wieder sagt, was soll das? Da beißt sich die Katze wirklich selbst in den Schwanz. Da ziehen sie einen denn doch wieder..., hat man wieder Pech, wenn man einen höheren Umsatz hat. Das ist eigentlich nicht einzusehen, und deswegen habe ich jetzt im Augenblick nicht so den Überblick. Man muss einfach da irgendwo so ein gesundes Mittelmaß haben. Das Problem ist ja, wir sind ja irgendwie so ein..., wir erfüllen Aufträge und wir werden dafür bezahlt. Es ist halt eben so wie bei der – das habe ich jetzt schon häufiger gesagt – in der freien Wirtschaft, man guckt natürlich schon, wie werde ich vergütet, wenn ich was mache oder wie wenn ich es wie mache und dass man eben..., denn guckt man auch schon mal rein und sagt – es gibt ja diese Programme – wenn ich jetzt den und den eher entlasse, was verliere ich dadurch? Und wenn ich den irgendwie vielleicht nur einen Tag oder eine Nacht oder wie auch immer länger lasse, denn ist doch der Gewinn deutlich überproportional größer, dass ich denn sage, denn entlasse ich den erst am nächsten Tag. (AA Unfallchirurgie, E102, 92)

Das wird nicht gesteuert, der Patient wird dann entlassen, wenn die, die ihn versorgt haben, es für richtig und für möglich halten. Da haben wir überhaupt keine Steuerung über die Verweildauer der Liegezeiten z. B. Also, wir haben zwar einen unteren Bereich, weil wir ja ein Krankenhaus sind, was eher unter zu geringen, also, schon bei Start in das System unter sehr niedrig, unter sehr niedrigen Liegezeiten gelitten hat. Da haben wir Einfluss genommen und gesagt, also versucht, irgendwie klarzumachen, dass man eben volle Pauschalen nur bei Erreichen von bestimmten Verweildauern abrechnen kann. Und angeregt, zu überlegen, ob man das Patien-

tenmanagement etwas anders handhaben kann, ob das wirklich..., diese Früh-Entlassungen immer so nötig sind. Aber, also als Anregung, das zu überlegen. Dass wirtschaftlich möglichst optimal, ohne den Patienten zu verärgern, zu handhaben. Man kann ja manche Dinge einfach steuern, wenn man von vorne herein bestimmte Dinge anders bespricht. Und an der oberen Liegedauer wird..., da wird überhaupt kein Einfluss genommen. (DRG-B, E108, 136)

Zu frühe Entlassung?

Eine vorzeitige Entlassung in die Rehabilitation kommt nach Auskunft der PDL lediglich in Einzelfällen vor, „nur dann, wenn wirklich Betten brauchen“ (PDL, E107, 102). Über eine mögliche Anschlussheilbehandlung und den Zeitpunkt der Entlassung entscheidet der Arzt, wobei es keine festen Kriterien gibt. Wirtschaftliche Überlegungen, genauer gesagt: der voraussichtliche Nutzen und auch das Verhalten der Patienten, spielen dabei durchaus eine Rolle. Eine schnelle Überleitung in die Rehabilitation deckt sich dabei häufig mit den Patientenwünschen:

B.: Das hängt auch schon so ein bisschen an der persönlichen Neigung. Also jeder einzelne von uns hat da so seinen, denke ich, Behandlungsspielraum, da mischen sich auch nicht so viele ein, und ja, wenn man es für sinnvoll hält, kann man das machen, eine Rehabilitation vereinbaren, wenn man es aber nicht für sinn..., es gibt keine grundlegende Struktur, wonach wir entscheiden, wer soll eine Rehabilitation machen und wer nicht, sondern das ist immer eine Einzelfall-Entscheidung.

I.2: Und wer entscheidet das denn?

B.: Also eigentlich immer der zuständige Arzt, das ist so ein bisschen ausbildungsstandabhängig, ob das..., es muss nicht unbedingt ein Oberarzt sein. So ist es sicherlich formal gedacht und so ist es wahrscheinlich auch bei sehr Unerfahrenen, aber so letztlich der, der den Patienten am besten kennt. Wobei wir da wirklich auch, würde ich schon sagen, beachten wir den wirtschaftlichen Aspekt auch. Ist das wirklich so, dass irgendwie jemand, der 60 Zigaretten am Tag raucht und auch sich hier wenig motiviert gezeigt hat, müssen wir den jetzt wirklich auch noch in die Rehabilitation für 3 Wochen schicken? Diesen Faktor berücksichtigen wir schon. [...]

Ja, bei den Patienten, die wir in jedem Fall in die Rehabilitation haben wollen, machen wir das auch, also so krass, so weit, dass wir auch Herzinfarkt-Patienten am zweiten Tag nach einem Infarkt direkt in die Reha schicken. Aber ich denke, da kommen dann wirklich auch..., treffen sich auch die Interessen des Patienten und die von den Kostenträgern. Die Patienten wollen das nämlich auch, dass das nicht unnötig in die Länge geht. Also das glaube ich, ist sogar eine ganz ganz organisatorisch glückliche Fügung, das so zu machen. Nicht hier erst mal eine Woche hier rumliegen und dann irgendwann..., Reha gibt es in einer Woche, sondern Akut-Behandlung hier, Überwachung, und wenn die Überwachungszeit zuende ist, direkt Reha, das ist glaube ich eine ganz günstige Idee, das funktioniert ganz gut. Und die Patienten sind begeistert, wenn das so schnell klappt. (AA Kardiologie, E101, 150-156)

Die (im Krankenhaus E traditionell) kurzen Liegezeiten werden von dem meisten Befragten nicht in dem Sinne als problematisch angesehen, dass die Entlassung zu früh stattfindet. Eine Verkürzung der Zeiten muss auch deshalb nicht grundsätzlich von Nachteil für die Patienten sein, weil überlange präoperative Zeiten „aufgedeckt“ werden können (OÄ Chirurgie, E103, 287-294). Ansonsten werden die Patienten entlassen, wenn es nach medizinischen Kriterien möglich ist. Daneben spielen auch Alter und eigener Wunsch eine Rolle. Vor allem bei älteren Patienten wird auch berücksichtigt, ob die häusliche Versorgung geregelt ist. Eine Entlassung und Wiederaufnahme für bestimmte Untersuchungen findet nicht statt. Es gibt offenbar auch unter DRG-Bedingungen zur Zeit noch Handlungsspielräume, den Entlassungszeitpunkt flexibel zu handhaben und Patienten im Krankenhaus zu behalten, obwohl es nach medizinischen Kriterien nicht mehr nötig ist.

Also, es gibt bestimmte Krankheitsbilder, zum Beispiel [...], die bei uns, wenn alles glatt läuft, zwei Tage nach der OP wieder nach Hause gehen. Die kriegen dann eine Ultraschallkontrolle,

das ist so ein bisschen-, weil das eine standardisierte Operation ist, die sehr häufig durchgeführt wird. Also, da entscheidet das der Stationsarzt alleine. Und dann gibt es Patienten, die zum Beispiel eine Dickdarmoperation haben, bei einem normalen Verlauf gehen die nach acht bis 10 Tagen, das ist ein bisschen davon abhängig, wie alt der Patient ist, ob der Patient nach Hause will, und ob er auch versorgt ist. Es gibt junge Leute, die wollen ganz schnell nach Hause, und es gibt halt ältere Leute, gut, die wollen nicht nach Hause, aber die sind auch noch nicht entlassungsfähig, die sind noch zu klapprig. Das geht nicht, die kommen nicht so schnell auf die Beine. Es gibt Krankheitsbilder, wo ich das-, also, einem Patienten relativ klar sagen kann, wenn sie jetzt zu mir kommen, die haben die und die Erkrankung und fragen, wie lange bin ich hier, dann kann ich sagen, wenn alles glatt läuft, dann 14 Tage, so. Das heißt also, entscheiden tut es der Stationsarzt, und der Oberarzt, wenn der Stationsarzt ihn fragt, also sagen wir, meinst du, wir können den schon entlassen oder so. (OÄ Chirurgie, E103, 386)

Das ist unterschiedlich. Also, die Patienten sollen ja so kurz wie möglich hier im Krankenhaus liegen, das ist ja immer ein Ziel. Und denn gibt's aber auch so..., wenn jetzt so Untersuchung nicht hier stattgefunden hat oder konnte nicht zu diesem Zeitpunkt stattfinden oder sie kriegen nur einen verlegten späteren Termin, ist dann die Frage, bleibt der Patient hier oder muss, kann er entlassen werden. Das ist so eine Sache. Dann so ein Pflegepatient, kann er entlassen werden, jetzt in ein Heim oder in den ambulanten Bereich, ist das gewährleistet? Wir können natürlich nur dann jemanden verlegen oder entlassen, wenn so das Häusliche eigentlich auch alles gewährleistet ist, soweit die Untersuchungen abgeschlossen sind. (SL Kardiologie, E111, 96)

Ja... vorwiegend alte Gestürzte. Ja, das ist schon die Hälfte der Station, ist meistens älter, über sechzig. Und oft auch mit Komplikationen dann halt, nicht? Und das ist also, das ist schon, denke ich, im Zuge der DRG, das ist natürlich wirklich ... Es war ja auch drin, aber die Liegedauer ist ja trotzdem vorgegeben und bleibt dann ja auch so. Also ich denke, die Patienten haben einfach sehr...oder es gibt viele Patienten, viele ältere Patienten, die halt dann auch viele Komplikationen haben, und dann oft auch länger bleiben. Obwohl das so nicht vorgesehen ist. (SL Unfallchirurgie, E106, 53)

[...] Aber wir sind auch sehr freundlich. Es kommt z. B. die Tochter heute Abend erst, dann darf die Mutter auch bis heute Abend ruhig hier bleiben, und ihre Mutter dann mit nach Hause nehmen. Oder die Eltern können nur heute Morgen, und das Kind muss noch eine Untersuchung haben: „das kriegen wir hin, dass machen wir heute Morgen und dann können Sie ihr Kind mitnehmen“. Also es wird schon sehr geguckt, dass diese Dinge auch erfüllt werden. [...] (PDL, E107, 102)

[...] Für einige Untersuchungen könnte der Patient natürlich noch mal wieder aufgenommen werden. Wenn es jetzt, sagen wir mal nur noch eine Magenspiegelung ist, ist es die Frage, wir kriegen jetzt keinen Termin, weil ein Gerät kaputt ist oder so, dann kann man natürlich schon sagen, wir könnten den Patienten entlassen, und dann geht er eben hier zum Niedergelassenen. Wird aber meistens nicht praktiziert. (SL Kardiologie, E111, 96)

Die Pflegekräfte auf der Neugeborenenstation sehen es als problematisch an, dass sie die Eltern aufgrund der kurzen Liegezeiten, die allerdings nicht nur den DRG geschuldet sind, sondern auch eine Folge von hohen Belegungszahlen sind, nicht mehr so ausführlich beraten und auf das Leben mit den Kindern vorbereiten können, wie es früher möglich war:

B.2: [...] Dass wir doch einfach den Eltern noch ein bisschen Zeit mehr wünschen würden in diese Aufgabe auch hineinzuwachsen. Natürlich kommt ein großer Teil auch zu Hause. Da lernen sie ihr Kind ja erst richtig kennen, wenn es zu Hause ist und die als Familie zusammenwachsen, aber dass man dann einfach auch wünscht, ihnen noch mehr Wegzeug hätte mitgeben zu können.

B.1: Dann noch mal drei Tage länger zu warten. Man hat häufig so das Gefühl, die Sonde ist gerade raus, das bringt..., zwei Tage später müssen sie gehen. Der Platz wird gebraucht, es kommen andere Kinder hinterher, die Intensiv-Stationen sind voll. Es wird schon sehr, sehr überlegt einfach. Und wir brauchen das..., ja, es gibt neue Fälle und man eine gute Belegung haben, wir brauchen eine gute Statistik im Jahresdurchschnitt. Das wird einem schon sehr vor Augen geführt, dass das einfach wichtig ist.

B.2: Und dann wird uns auch klipp und klar von der Pflegedienstleitung und auch von unserer Oberärztin vermittelt, das sind nicht mehr unsere Aufgaben. Die sind jetzt nicht mehr relevant, die waren früher vielleicht mal ganz schön, aber das kann man auch nicht mehr bezahlen heutzutage, dass sie noch drei, fünf Tage hier bleiben um von uns beraten zu werden, das ist einfach nicht mehr bezahlbar und das ist nicht mehr unsere Aufgabe. Obwohl wir immer denken, je besser sie vorbereitet sind um so schöner ist der Start einfach für sie. Den Start können wir ihnen natürlich nicht abnehmen, aber je mehr wir ihnen vermitteln, was so ein Frühgeborenes braucht oder was für das Frühgeborene wichtig ist um so besser wachsen die Eltern und das Kind ja auch zusammen. Von daher..., aber von vielen Dingen muss man sich verabschieden ob man will oder nicht. (SL Neonatologie, E112, 18-20)

Auf der neonatalen Intensivstation läuft die nachstationäre Weiterbetreuung durch das sozialpädiatrische Zentrum. Außerdem wird telefonisch Kontakt mit den weiterbehandelnden Kinderärzten aufgenommen (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 166). In der Kardiologie geschieht die nachstationäre Versorgung, sofern nötig, über den Weg der kardiologischen Ambulanz (OA Kardiologie, E109, 101-102). Der Sozialdienst im Hause kümmert sich frühzeitig um die Vorbereitung der Entlassung.⁷³ Die DRG-Beauftragte weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Krankenkassen nach Abschaffung der Pflagetage kein Interesse mehr an einem Ausbau der ambulanten Versorgung hätten. Aus diesem Grund sei für ältere Patientengruppen sogar ein leichter Anstieg der Liegezeiten unter DRG-Bedingungen zu beobachten, weil es länger dauert, die ambulante Versorgung zu regeln.

[...] Und die Liegezeiten steigen jetzt hier, weil die ambulante Versorgung nicht mehr so gut geregelt ist. Weil die Krankenkassen daran kein Interesse mehr haben. Früher hatten sie die Liege-, die Pflagetage, die einzelnen, wo sie sparen konnten, und jetzt haben sie das eben nicht mehr, und jetzt gibt es bestimmte ambulante Versorgungsmöglichkeiten. Klammheimlich sind die abgeschafft, so dass die Patienten, die älteren und kränkeren eher jetzt ein, zwei, drei Tage länger liegen, bis ihre Versorgung eben geregelt ist. Und die hausärztliche Versorgung oder fachärztliche Versorgung, das ist immer schon Problem gewesen, das Niveau da gleich zu halten. Das wird aufgefangen durch poststationäre Konsultationen, wo es nötig ist, und das Krankenhaus hat ja eine relativ umfangreiche Ermächtigungsambulanz. Das kann also auch im ambulanten Bereich arbeiten, das ist ein Privileg, das ist auch ungewöhnlich hier, nicht? So dass sich da an den bewährten Strukturen wenig geändert hat. (DRG-B, E108, 136)

Fallsplittung und Fragmentierung von Behandlungen

Eine weitere explizite Folge der Fallpauschalen im DRG-System ist ein fortgesetzter Trend zur Fragmentierung von Behandlungen, der bereits in den 1990er Jahren begann. Da das Krankenhaus jeweils nur eine Hauptdiagnose abrechnen kann, ist es wirtschaftlich ungünstig, mehrere Erkrankungen eines Patienten während eines stationären Aufenthalts zu behandeln. Dies hat zur Folge, dass Patienten nach Durchführung einer Behandlung zunächst entlassen und später erneut aufgenommen werden. Dies betrifft sowohl Patienten mit unterschiedlichen behandlungsbedürftigen Leiden, als auch Patienten, die bei einem Krankheitsbild mehrere behandlungsbedürftige Stellen haben.

I.1: Ja, ich wollte auch noch auf eine andere Sache raus, ich meine, wenn wir jetzt mal ein bisschen auf die DRG's eingehen, ob sich jetzt unter den DRG-Bedingungen möglicherweise auch was verändert hat, was jetzt so die Entscheidungen über Behandlungen angeht oder auch bei Aufnahmen, dass jetzt vielleicht doch unter Wirtschaftlichkeitsaspekten eher die leichten Fälle, die eben nicht so viel kosten, aufgenommen werden oder andere nicht, ich sage es jetzt ruhig mal ganz einfach formuliert, gibt es solche Entwicklungen?

⁷³ Das Krankenhaus E hat zusammen mit zwei anderen Krankenhäusern am Ort im Rahmen eines Überleitungsprojektes gemeinsame Standards für die Organisation der nachstationären Pflege entwickelt. (vgl. z. B. OA Kardiologie, E109, 104).

B.: Na ja, so weit würde ich glaube ich nicht gehen wollen. Also es gibt schon Dinge, die mich stören, das ist z. B. jetzt in der Kardiologie, da kann ich ja immer nur zu sprechen, bei einer Herzbehandlung wird nur ein Stent bezahlt und die Dinger sind, sagte ich ja gerade schon, extrem teuer und wenn der Patient eben an zwei oder mehr Stellen am Herzen ein Problem hat, dann wird, wenn es nicht unbedingt sein muss, auch nur eine Stelle behandelt, und wenn es erforderlich wäre, dann eher noch mal in einem zweiten Eingriff die zweite Stelle behandelt. Das finde ich im Grunde nicht gut, dass das so ist.

I.1: Also das könnte man auch in einem Abwasch dann machen?

B.: Teilweise ja, was für den Patienten angenehmer wäre. Gut es gibt auch medizinische Argumente, auf die man sich zurückziehen kann, zu begründen, warum man nicht mehrere Stellen gleichzeitig behandelt, weil wenn dann hinterher an zwei Stellen Probleme auftreten, ist es möglicherweise auch gravierend gefährlich, aber das ist sicherlich auch eine Ausnahme. Und wenn ich es selber wäre, würde ich mir auch wünschen, dass ich da nicht zwei, drei mal hin müsste und diesen Eingriff machen lassen müsste, sondern dass das alles in einem gemacht wird. Das ist aus Kostengründen im Normalfall nicht möglich, das finde ich eigentlich vom System her falsch angelegt. (AA Kardiologie, E101, 71-74)

I01: Sie sprachen ja auch im Bezug auf die neunziger Jahre davon, dass die ganzen Kleinigkeiten nebenbei, die sonst irgendwie mitgemacht wurden, weniger mitgemacht wurden, das ist ja auch insbesondere bei den DRGs in der Diskussion. Können Sie das bestätigen?

B01: Ja. Ja, das kann man schon bestätigen. Es ist ja so, wenn jemand zwei ernsthafte Erkrankungen hat, die beide, sage ich mal, auch ein gewisses Gewicht haben und eine Bedeutung und auch Kosten verursachen, dass man sicherlich überlegt, was ist das Entscheidende im Moment, dass man das behandelt. Und dann ist es wirtschaftlich gesehen, man entlässt den Patienten wieder und nimmt ihn dann wieder auf und macht dann das nächste. Wenn man das nicht tut, verschenkt man Geld. Geld, das letztlich leider erforderlich ist, dafür sind wir inzwischen zu knapp mit unseren Budgets, dass wir uns da irgendwelchen Luxus erlauben können. Das ist nicht möglich. Und das ist für mich schon ziemlich schizophren. (AA Kinderklinik, E104, 78-79; vgl. auch AA Kinderklinik, E104, 55-57)

Ja, da muss man sagen, da wird doch ein bisschen darauf geachtet, dass man..., wenn das jetzt irgendwie nichts Notwendiges im Sinne von zeitlich drängendes ist, würde man das nicht machen. Also, da würde man auch, wenn der Patient irgendwie ein anderes grundlegendes Problem hat, das fachfremd oder unabhängig von dem, also nicht direkt im Zusammenhang stehend mit dem weswegen er da ist, da würde man doch eher sagen, das kann ein anderes mal behandelt werden und das im Rahmen – das kann zwar hier behandelt werden, sei es jetzt bei uns in der Abteilung oder sei es in einer anderen Klinik - aber nicht während des gleichen Aufenthaltes, weil dann nämlich wirklich die Problematik auftaucht, dass es alles unter einem Fall abgerechnet wird, und man dann wirklich nicht das vergütet bekommt, was man geleistet hat. Das ist jetzt irgendwie keine... muss man ja auch..., ist keine Böswilligkeit, das sind Sachen, die man, sag ich jetzt mal, auch vier Wochen später machen kann, und da würde jeder in der freien Wirtschaft denken, ich mache jetzt nicht irgendwas, was ich vielleicht nicht bezahlt bekomme. Nur weil der Patient es denn dadurch vielleicht ein bisschen bequemer hat, weil er jetzt sowieso hier im Bett liegt, dass..., da wird denn schon drauf geachtet. Das..., ja, ich weiß nicht, ob das legitim ist, aber das bringt das System denn da irgendwo. Ja, kann man sagen. (AA Unfallchirurgie, E102, 78)

Auch hier gibt es jedoch durchaus noch Spielräume, bei bestimmten Patientengruppen (insbesondere Kinder und multimorbide, ältere Patienten) mehrere Behandlungen zusammen durchzuführen, auch wenn das für das Krankenhaus mit Verlusten verbunden ist.

Ja, ja, das versuchen wir zu verhindern. Also, das vermitteln wir schon und..., also, versuchen, das zu sagen, dass man sich auf eine Sache konzentriert und unter Umständen eben neu bestellt...dann das vertretbar scheint, und da ändern sich dann natürlich auch die Einstellungen..., da ändern sich die Einstellungen an den Notwendigkeiten. Das dauert eben eine gewisse Zeit, aber es ändert sich ja auch die Einstellung, was man Menschen oder Patienten dann zumuten kann. Also, sofern das zumutbar erscheint, wird das auch..., das hat sich so weitgehend durchgesetzt, dass so was vermieden wird so eine Mitbehandlung von nicht ganz aktuellen Dingen. Wobei das im chirurgischen Bereich besser zu trennen ist, im internistischen Bereich ja nicht

so. Also multimorbide Patienten... kriegen nicht..., keine andere Behandlung, als noch vor 10 Jahren. Also, die werden weiterhin..., also, das kann man nicht so voneinander trennen. Das liegt an den Krankheitsbildern. Und wir machen auch weiter. Also, bei den Kindern weiter auch diese schwer zu organisierenden Eingriffe, wo man in einer Narkose die Mandeln rausnimmt und die Fimose operiert. Das ist nie häufig gewesen und..., also für das Kind..., um ihm Trauma und Narkose zu ersparen schon. Das ist nicht..., das ist nicht verboten. Das liegt in der Entscheidung derer, die dann die Verantwortung dafür tragen. (DRG-B, E108, 110-112)

B01: Ja gut, das ist korrekt, dass man das eigentlich nicht machen sollte, aber in diesem Haus wird es halt sage ich mal, aus Patientenkomfort, gemacht, die Patienten wissen das ja nicht, und ich finde es auch nicht korrekt, einem Patienten zu sagen, der jetzt einen Leistenbruch hat und einen Nabelbruch, dann operieren wir den Leistenbruch und den Nabelbruch *zusammen*, wobei wir ja nur eine Sache abrechnen können. Das ist natürlich dem Patienten gegenüber nicht korrekt zu sagen, du kriegst Montag Narkose, Leistenhernie, dann entlassen wir dich, und nächsten Monat operieren wir deine Nabelhernie, damit sich das für uns *rechnet*. Wir machen beides in einer Narkose. Solange das wirtschaftlich noch machbar ist.

I01: Ja. Aber das kann definitiv nicht abgerechnet werden?

B01: Nein. Wenn Sie zum Beispiel in der Inneren Klinik haben, der hat Gallensteine, und der ist jetzt nicht akut, und der kann gut in drei Wochen operiert werden, der möchte aber gerne übernommen werden und gleich operiert werden, den würden wir eher nach Hause schicken. Damit wir das halt noch mal abrechnen können. Es hatte hier vor kurzem auch eine ganz alte, klapperige Oma, die schon so ein bisschen huschig war, und die hat das-, der *konnte* ich einfach nicht sagen, gehen sie mal nach Hause und kommen sie in vier Wochen zur OP. Die hat das nicht-, das *ging* nicht. Die haben wir halt gleich übernommen und gleich operiert, das ist für das Haus nicht gut, aber das ist einfach-, manchmal muss man das dann so machen, und hoffen, dass das Haus, so was hoffe ich, auch noch zu einem gewissen Prozentsatz tragen kann. Denn letztendlich behandeln wir ja Patienten. Insofern haben Sie natürlich Recht, dass da Patienten Nachteile haben können, ja. (OÄ Chirurgie, E103, 298-300)

Ein Ausnutzen des Systems durch künstliches Fallsplitting ist nach Auskunft der DRG-Beauftragten „verboten“, nicht zuletzt weil man voraussieht, dass die Krankenkassen den „Braten riechen“ könnten:

Das ist völlig dem Zufall überlassen. Das ist einfach dem Zufall überlassen, ob Patienten wiederkommen oder nicht, und es ist total verboten, irgendwelche Fallplanung zu machen, die eben so ein künstliches Fallsplitt macht. Und das macht auch niemand. Also, das würde ja einen Organisationsaufwand erfordern, der ist in so einem gewöhnlichen Stationsablauf, ist das gar nicht [...], selbst wenn man nun gewollt hätte, dass so etwas eingeführt wird, [...] man wäre gescheitert. Also, hier wird nach medizinischen Gesichtspunkten behandelt und, entweder es überschreitet jegliche Liegezeiten, dann ist das eben auch nötig gewesen oder es unterschreitet sie, dann ist das ja auch gut für den Patienten. Also, da wird kein Einfluss genommen. Und Fälle werden zusammengeführt oder müssen dann eben nach den Regeln zusammengeführt werden. Zwei Drittel davon werden ja über elektronisch implementierbare Lösungen abgegriffen, damit hat man dann nichts mehr zu tun. Also, da wird die Fallzusammenführung vorgeschlagen und von den Abrechnerinnen dann durchgeführt. Es bleibt nur immer übrig, die Frage nach möglichen Komplikationen. Und die zu beantworten im Sinne der Abrechnungsregeln ist nicht ganz einfach. Und dann..., also fragen sie das nicht. [...]

Und wenn solche Fragen oder solche Anregungen in Diskussionen mal kommen, dann wird halt immer gesagt, dass es so nicht gedacht und nicht gewünscht ist..., und dass es auch nicht möglich ist, dieses System auf diese Art und Weise auszutricksen, weil man ja immer auch die Kontrolle durch die Krankenkassen noch hat. Also, die sehen ja, dass ja, zwei Tage oberhalb seiner oberen Grenzverweildauer da wieder aufgenommen ist, denn rufen Sie an. Und denn wollen sie von uns eine Begründung, warum er nicht 2 Tage eher wieder aufgenommen ist. Und wenn man dann sagt, da hatte der..., also, da war der Terminkalender voll oder da gab es kein Bett, dann sagen die: "Ihre organisatorischen Gründe interessieren uns nicht" und erzwingen trotzdem die Fallzusammenführung. Und so was haben wir geahnt und eben gesagt, dass man so strategische Überlegungen da..., da braucht man seine Energie nicht drauf zu verschwenden. Wir verschwenden genug Energie daran, dieses System..., in diesem System... also, das nötige an Futter zu geben. Man muss..., also man muss das nicht glauben, man könnte das

manipulieren, das kann man gar nicht..., das kann man auch nicht. (DRG-B, E108, 101-103; vgl. auch OA Kardiologie, E109, 65-66)

Verlegungen

Eine weitere explizite Folge der DRG-Einführung ist, dass Verlegungen erschwert werden. So ist es kaum noch möglich, Patienten (konkret: Neugeborene) in die Nähe ihres Heimortes zu verlegen. Dies kann unter medizinischen Gesichtspunkten zwar sinnvoll sein, weil die Kinder weiterhin im Krankenhaus E optimal betreut werden, ist aber für die betroffenen Eltern im Zweifel eine Belastung:

Bislang nicht, also was die Liegedauer angeht, nicht. Die einzige Veränderung, die wir ganz klar haben ist, dass wir die Kinder nicht mehr verlegen dürfen. Sie dürfen nicht mehr in die peripheren Häuser verlegt werden, weil wir dann..., dann müssten sie ja zwei Fälle bezahlen, das machen die Kassen nicht. Und da wir das höherwertige Haus sind und das andere Haus nur..., ja ist nicht minderwertig, aber halt ja nicht auf dem Level arbeitet, und wir sagen meinetwegen, aus familiären Gründen, die Eltern wollen nicht fahren oder können nicht fahren, wir verlegen die Kinder meinetwegen nach [Ort], da sagt die Kasse in den allermeisten Fällen nein. Und wir natürlich, weil wir ja auch das Geld haben wollen, auch. Die Eltern können ins [Name-]Haus ziehen, können hier bei ihren Kindern bleiben. Und die bleiben dann halt bis zur Entlassung hier, und das war früher nicht der Fall, die sind verlegt worden. (OÄ Neonatologie-Intensiv, E110, 54; vgl. auch SL Neonatologie, E112, 58)

Zusammenfassung: Die Entscheidung über Aufnahme, Behandlung und Entlassung liegt auch unter DRG-Bedingungen weitgehend bei den Ärzten, ohne dass die Krankenhausleitung konkrete Vorgaben macht. Die Ärzte haben allerdings die Notwendigkeit, wirtschaftliche Gesichtspunkte bei der Behandlung zu beachten, seit längerem akzeptiert, nicht zuletzt um ihren eigenen Arbeitsplatz zu sichern. Durch die DRGs werden den Ärzten die wirtschaftlichen Folgen ihrer Entscheidungen explizit vor Augen geführt, was diese im Allgemeinen begrüßen. Insoweit tragen die DRGs zur Verankerung und Verbreitung wirtschaftlicher Ziele im Krankenhaus bei. Sparmaßnahmen wirken sich etwa beim Verzicht auf Doppeluntersuchungen oder aufwändiger Diagnostik aus. Bis auf wenige Ausnahmen (z. B. können keine medikamentenbeschichtete Stents eingesetzt werden) erhalten nach Meinung der Ärzte jedoch nach wie vor alle Patienten die medizinisch notwendige Behandlung und niemanden werden aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus Leistungen vorenthalten. Extrem teure Behandlungen werden auf „begründete Ausnahmefälle“ beschränkt und sind möglich, so lange ein Ausgleich innerhalb des Hauses erfolgen kann. Dies hat sich unter DRG-Bedingungen nicht geändert.

Auch die Pflegenden müssen seit mehreren Jahren verstärkt wirtschaftliche Gesichtspunkte bei der Arbeit auf den Stationen berücksichtigen, was sich etwa bei der Ausstattung der Stationen bemerkbar macht. Sie tun sich jedoch besonders schwer damit, die neuen wirtschaftlichen Gesichtspunkte in ihr Verständnis von Pflege zu integrieren und haben teilweise den Eindruck, der Patient rücke angesichts der Sparmaßnahmen immer weiter in den Hintergrund (gilt in besonderem Maße für die Pflegenden auf der Neugeborenenstation). Durch die DRG-Einführung hat sich dieser Konflikt zwischen Wirtschaftlichkeit und eigenen Ansprüchen an die Pflege verstärkt, u. a. weil den Pflegenden deutlich gemacht wird, dass bestimmte Aufgaben, die früher selbstverständlich waren, nicht mehr bezahlbar sind, was die Versorgung der Patienten bzw. die Vorbereitung auf die Entlassung beeinflussen kann.

Eine Abweisung von Patienten kommt nicht vor, was vor allem auf den Status des Hauses als Maximalversorger zurückgeführt werden kann. Im Bereich der Chirurgie gibt es zum Teil längere Wartezeiten, auch für Krebspatienten. Der Grund hierfür ist, dass die personellen (und z. T. auch räumlichen) Kapazitäten für die große Zahl der Operationen nicht ausreichen, was durch eine hohe Fluktuation des Personals und Schwierigkeiten bei der Stellenbesetzung noch verstärkt wird. Unter DRG-Bedingungen ist es schwieriger geworden, Patienten mit unklaren Diagnosen aufzunehmen und die Notwendigkeit stationärer Aufnahmen zu begründen. Aufnahmeentscheidungen müssen seit einiger Zeit von einem Facharzt überprüft werden, was positiv bewertet wird. Der ambulante Bereich, der im Krankenhaus E traditionell schon eine große Rolle spielt, nimmt unter DRG-Bedingungen zu.

Zwar geht auf der einen Seite von den DRG ein Druck aus, die Liegezeiten, die im Krankenhaus E seit Jahren kontinuierlich zurückgegangen sind, weiter zu verkürzen, d. h. die Patienten noch schneller als bisher zu entlassen. Dabei gibt es jedoch nach wie vor Spielräume, die Patienten so lange da zu behalten, wie es nötig ist bzw. bis die ambulante Versorgung gesichert ist. Die an und für sich gut geregelte Überleitung in die ambulante Versorgung klappt jedoch nicht immer so schnell wie gewünscht, da bestimmte ambulante Möglichkeiten „klammheimlich“ abgeschafft worden sind. Dies führt dazu, dass die Liegezeiten nach Ansicht der DRG-Beauftragten zumindest bei älteren Patienten zunehmen. Darüber hinaus gibt es auch deshalb einen Anreiz zur Verlängerung der Liegezeiten, da eine bestimmte Mindestaufenthaltsdauer nicht „schadlos“ unterschritten werden darf. Fallsplitting, also Entlassung und anschließende Wiederaufnahme, spielen im Krankenhaus E keine Rolle. Unter DRG-Bedingungen besteht allerdings keine Möglichkeit mehr, Patienten in wohnortnähere Krankenhäuser zu verlegen (betrifft vor allem die Kinderklinik).

Eine weitere explizite Folge der Fallpauschalen im DRG-System ist ein fortgesetzter Trend zur Fragmentierung von Behandlungen, der bereits in den 1990er Jahren begann. So ist es aus wirtschaftlichen Gründen schwer möglich, mehrere Eingriffe im Rahmen eines stationären Aufenthalts durchzuführen. Dies betrifft sowohl Patienten mit unterschiedlichen behandlungsbedürftigen Leiden, als auch Patienten, die bei einem Krankheitsbild mehrere behandlungsbedürftige Stellen haben. Auch hier gibt es jedoch durchaus noch Spielräume vor allem bei Kindern und älteren, multimorbiden Patienten.

Insgesamt gibt es offenbar weiterhin Spielräume innerhalb des DRG-Systems, die von den Beschäftigten auch zugunsten der Patienten genutzt werden. Dass dies möglich ist, hängt sicherlich auch damit zusammen, dass die wirtschaftliche Position des Hauses gut ist und das Haus der Maximalversorger in der Region ist.