

Die Ökonomien des medizinischen Kodierens: Kodierfachkräfte im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen; Teil 1

Pfeuffer, Andreas

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Pfeuffer, A. (2014). Die Ökonomien des medizinischen Kodierens: Kodierfachkräfte im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen; Teil 1. *Widersprüche : Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, 34(132), 123-141. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-52784-3>

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.

Andreas Pfeuffer

Die Ökonomien des medizinischen Kodierens Kodierfachkräfte im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen – Teil 1

Die Soziologie des Krankenhauses befasst sich traditionell mit dem ärztlichen Dienst, der Pflege, der Arzt-Patienten-Beziehung, mit dem Krankenhaus als Organisation, neuerdings auch mit der Managerialisierung des Arztberufs. Im Gegensatz dazu hat die Verwaltung von Krankenhäusern nur selten Aufmerksamkeit erregt (vgl. als Ausnahmen etwa Rohde 1974 und Bär 2012). Dieser Forschungsgegenstand wirkt spröde, theoretisch nicht sonderlich vielversprechend und wirft im akademischen Feld offenbar entsprechend weniger Distinktionsgewinne als die genannten Themen ab. Allerdings nehmen heute – blendet man den umfassenden Kontext der Gesundheitspolitik sowie die medizinische Entwicklung einmal aus und fokussiert nur auf das Krankenhaus als Organisation – die Entwicklungen, die das medizinische und pflegerische Handeln im stationären Geschehen am stärksten beeinflussen, von der Verwaltung ihren Ausgang. Es lohnt sich durchaus, den Fokus einmal weg von den üblichen Themen und Akteuren auf das zu richten, was sich hinter den Kulissen der mehr und mehr Hotellobbys ähnelnden Eingangsbereiche von deutschen Krankenhäusern in den „Arkanbereichen“ der Verwaltung abspielt. Neben dem „eigentlichen“, nach außen kommunizierten Zweck der Organisation Krankenhaus, nämlich medizinisch-pflegerische Versorgungsleistungen zu erbringen und dabei dem Patienten¹ im Rahmen einer von der Aufnahme bis zu der möglichst in gesundem Zustand erfolgenden Entlassung reichenden Falltrajektorie die nötige Behand-

1 Um der besseren Lesbarkeit willen verzichte ich auf die durchgängige Anwendung der geschlechtersensiblen Schreibweise. Mit der Nennung der gängigen (und in der Regel männlichen) Funktionsbezeichnung ist immer auch die jeweils andere (in der Regel weibliche) Form mit gemeint.

lung zukommen zu lassen, verfolgt das Krankenhaus einen zweiten, für seine Selbsterhaltung als Organisation nicht minder bedeutenden Zweck, nämlich die Beschaffung der für den erstgenannten Zweck nötigen (finanziellen) Ressourcen.² Dies setzt eine parallel zu der erstgenannten verlaufende und zu ihr in vielfachen Wechselbezügigen stehende zweite Trajektorie in Gang, die von der Stellung der Aufnahmediagnose, der Dokumentation der am Patienten erfolgenden Prozeduren und weiteren Diagnosen und sonstigen patientenbezogenen Daten, über deren Kodierung bis zur letztlich erfolgenden Abrechnung der DRG beim Kostenträger führt³. Und von dieser zweiten Trajektorie, die organisatorisch weitgehend im Rahmen des Medizincontrollings verläuft, von dem hier tätigen Personal handeln die folgenden Beobachtungen und Überlegungen.⁴

So spröde dieser Handlungskomplex auch sein mag, er und das mit dieser Aufgabe betraute Verwaltungspersonal haben es inzwischen in die Schlagzeilen bzw. sogar bis in die populäre Ratgeberliteratur zum Gesundheitswesen gebracht. Im Frühjahr 2012 griffen die Medien (wieder einmal) das Thema der Manipulationen mit dem Abrechnungs- und Finanzierungssystem stationärer Leistungen auf der

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

3 Und die sich noch fortsetzen kann, wenn es zu Überprüfungen seitens der Kostenträger oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) kommt.

4 Die hier präsentierten Ergebnisse stammen aus dem vom Hamburger Institut für Sozialforschung (HIS) zusammen mit dem Soziologischen Seminar der Universität St. Gallen und der Wiener Forschungs- und Beratungsstelle Arbeit (FORBA) gemeinsam durchgeführten Dreiländer-Projekt „Im Dienste öffentlicher Güter“, das von den jeweiligen nationalen Forschungsförderungsinstitutionen finanziert wurde. Die empirische Basis für den vorliegenden Artikel bilden 33 leitfadengestützte Interviews mit Beschäftigten aus dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst und der Verwaltung (einschließlich Medizincontrolling und Kodierfachkräfte) zweier süddeutscher Krankenhäuser sowie mit Beschäftigten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) über die Veränderungen ihrer Arbeit in den vergangenen zwanzig Jahren. Die untersuchten Kliniken sind zum einen ein in kommunaler Hand befindliches Akutkrankenhaus der Zentralversorgung mit ca. 350 Betten sowie ein Kreiskrankenhaus mit 225 stationären Betten, das nach der früheren Einteilung in den Landeskrankenhausplänen als Haus der Grund- und Regelversorgung geführt wurde. Als letzter Untersuchungsschritt erfolgte im Januar 2014 eine teilnehmende Beobachtung der Arbeitspraxis von Kodierfachkräften in dem zweitgenannten Haus.

Basis der *Diagnosis Related Groups* (DRGs) auf. Unter der Überschrift „Rezept gegen Abzocker-Kliniken. Wer betrügt, soll zahlen“ berichtete die Süddeutsche Zeitung, dass die deutschen Krankenkassen aufgrund überhöhter Abrechnungen jährlich ca. 1,5 Milliarden zu viel an die Krankenhäuser zahlen. Zwischen dreißig und vierzig Prozent der Abrechnungen seien nach Schätzungen des Bundesrechnungshofes bzw. des Spitzenverbandes der deutschen Krankenkassen nachweislich falsch (Bohsem 2012). Mit dieser Frage befassen sich bereits seit einigen Jahren die Kriminologen (Kölbel 2013), die CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag beabsichtigte im vergangenen Jahr noch, so schnell wie möglich ein Gesetz durch den Bundestag zu bringen, das überführte Kliniken zur Zahlung des 1,5-fachen Differenzbetrags verpflichtet.⁵

Es geht also, das kann man soweit festhalten, um viel Geld. Und das ist im deutschen Gesundheitswesen schon sehr lange knapp bzw. wird knapp gehalten, wenn man bedenkt, dass die Entwicklung der Krankenhausausgaben, legt man als Kriterium wie international üblich als Maßstab für die Beurteilung der „Proportionalität“ von Gesundheitsausgaben den prozentualen Anteil derselben am Bruttoinlandsprodukt zugrunde, „weder in der alten Bundesrepublik Deutschland noch im vereinten Deutschland Ursache der regelmäßig wiederkehrenden Finanzierungsprobleme der GKV sein können“ (Simon 2007: 45 ff; 2010: 274). Ihr Anteil ist schlicht nicht gestiegen. Doch auch hier gilt wie so oft das so genannte „Thomas-Theorem“: „If men define situations as real, they are real in their consequences“ (Thomas/Thomas 1928: 572).

Global betrachtet lässt sich die Geschichte der Finanzierung des deutschen Krankenhausesektors seit Mitte der 1980er Jahre als eine Geschichte von der Politik auferlegter Sparzwänge und damit der Durchsetzung eines ordnungspolitischen Wandels schreiben, der darin besteht, „dass das Wirtschaftlichkeitsgebot tendenziell eine Vorrangstellung gegenüber allen übrigen Zielen der Gesetzlichen Krankenversicherung erhält – also auch gegenüber den Ansprüchen der Versicherten auf Gewährleistung einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen.“ (Klinke 2008: 40) Nach der im Rahmen der

5 Die genannten Zahlen spiegeln allerdings die Sichtweise einer interessierten Seite, also der Krankenkassen, wider. Die Kliniken setzen sich ihrerseits v.a. über ihren Verband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, zur Wehr und prangern die Diagnose des Kassenbetrugs ihrerseits als unsachliche und verleumderische Behauptung an (Fiori/Bunzenmeier/Roeder 2010). Pikanter Weise geriet umgekehrt im vergangenen Jahr jede zweite Krankenkasse in den Verdacht, Krankheiten ihrer Versicherten nicht korrekt an das Bundesversicherungsamt gemeldet zu haben, um auf diese Weise mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten (Zeit online 2013).

dualen Krankenhausfinanzierung ab 1986 eingeleiteten Umstellung der Entgelte⁶ von einer retrospektiven auf eine prospektive, „leistungsbezogene“ Finanzierung und der 1993 vollzogenen Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip auf der Basis allgemeiner tagesgleicher Pflegesätze sowie den seither in regelmäßiger Folge verabschiedeten Kostendämpfungsgesetzen gleicht nun die im Jahr 2000 vom Deutschen Bundestag unter rot-grüner Regierung beschlossene Einführung von Fallpauschalen, die sich an den so genannten *Diagnosis Related Groups* (DRGs) orientieren, einer „Kulturrevolution“ des finanziellen Geschehens im Krankenhauswesen. Nach mehr als zehn Jahren Fallpauschalensystem fallen die in Wissenschaft, Politik und Medien vorgenommenen Bewertungen der positiven Aspekte wie der „Risiken und Nebenwirkungen“ des DRG-Systems äußerst konträr aus – hier soll keineswegs ein weiterer Beitrag zu dieser Debatte geliefert werden (vgl. zur Kritik nach zehn Jahren DRGs in Deutschland Simon 2013 und Weisbrod-Frey 2012). Es besteht dagegen kein Zweifel, dass das Ziel der im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2002 beschlossenen Umstellung der Finanzierung der Entgelte auf ein Fallpauschalensystem auf der Basis von DRGs darin bestand, Druck auf die Organisation Krankenhaus auszuüben, um diese zu einer weitgehenden Rationalisierung des stationären Sektors zu zwingen. Dies geschah denn auch durch die (formale oder materielle) Privatisierung von Kliniken, die Optimierung von Prozessen, die Reduzierung der Patientenverweildauer, die Zusammenlegung von Stationen, den Abbau so genannter „Überkapazitäten“ an vorgehaltenen Betten wie auch an Personal.⁷ Es ist und war dabei durchaus politisch intendiert, wenn nach diesem System unwirtschaftliche Kliniken entweder schließen oder verkauft werden müssen (vgl. Klink 2008). So verwundert es kaum, wenn das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in dem von ihm herausgegebenen Krankenhaus-Report 2012 schätzt, dass fast jedem sechsten der ca. 2050 deutschen Krankenhäuser die Schließung oder der Verkauf drohe (Spiegel online 2012). Der Druck auf die Organisation Krankenhaus blieb nicht ohne Folgen für die Beschäftigten aller Bereiche, für ihre Arbeitsbedingungen und nicht zuletzt auch für ihr berufliches Ethos und Handeln.

6 Als Entgelte bezeichnet man die Vergütung der laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser. Sie bilden zusammen mit der Investitionsförderung die beiden Komponenten der so genannten dualen Finanzierung (vgl. Simon 2010: 294ff.).

7 Freilich reagieren die Häuser als (eingeschränkt) rationale Akteure auf dieses Anreizsystem auch auf von der Politik nicht beabsichtigte Weise, etwa durch „Mengeausweitungen“ (illegales oder ethisch problematisches Verhalten einmal beiseitegelassen).

Hier kommt nun die Ärzteschaft ins Spiel, die sich zunehmend drangsaliert fühlt vom DRG-System und im beruflichen Alltag ganz konkret von dem dieses System verkörpernden Personal. Im Gegensatz zu der vor allem in Form von Stellenabbau und angestiegenen Dokumentationsverpflichtungen ebenfalls betroffenen Pflege wehren sich die Mediziner so öffentlichkeitswirksam wie wortgewandt, womit wir bei der eingangs erwähnten Ratgeberliteratur angelangt wären. Dr. med. Paul Brandenburg, der in seinem 2013 erschienenen Buch *Kliniken und Nebenwirkungen* über das „Überleben in Deutschlands Krankenhäusern“, wie der Untertitel lautet, Aufklärung⁸ verschaffen will, beschreibt das Treiben dieses Personals folgendermaßen:

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

In einem in einer Radiosendung geführten Interview (Brandenburg 2013b) geht er noch etwas ausführlicher auf die genannten „Verwaltungsberufe“ ein:

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

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

wie Sie doch bitte noch andere Krankheiten dazu kodieren sollen, damit günstigere DRG-Codes rauskommen, oder er hält Ihnen Vorträge darüber, dass Sie die Patienten zu spät entlassen, dass Sie also beispielsweise doch bitte jede Gallenblase einen Tag früher entlassen sollen, weil sie über der oberen Grenzerweildauer sind. Das sind wirklich ganz absurde Vorträge, wo sie sich als Arzt erklären lassen müssen, wie Medizin funktionieren muss, damit es in diese Verwaltungslogik passt.“

Drei Dinge sind es, die Brandenburg in den zitierten Passagen übel aufstoßen: Zum einen die bürokratische Durchorganisation medizinischen Arbeitens und dessen Unterwerfung unter die administrative bzw. betriebswirtschaftliche Logik, sodann die Unterwerfung des Versorgungsgeschehens unter die Maximen der Erlösoptimierung („dass die höchste Pauschale für die Klinik dabei herauskommt“) und schließlich die Infragestellung der ehemals unangefochtenen Dominanz der ärztlichen Profession durch neue administrative Eliten („die Paladine des Verwaltungschefs“, die „Horde von Aufpassern“). Es geht hier nicht darum Herrn Brandenburgs polemische Auslassungen zu widerlegen oder zu bestätigen. Sie bringen durchaus eine von den Angehörigen des ärztlichen Dienstes gefühlte Malaise, ein Unbehagen an den Entwicklungen des Gesundheitswesens allgemein und am Zustand ihrer Profession im Besonderen zum Ausdruck, „Dafür bin ich nicht angetreten und habe diesen Beruf ergreifen wollen“ ist, so Sebastian Klinke, eine häufige Aussage der Befragten in der groß angelegten „WAMP-Studie“ zu den Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (Klinke 2008: 42; die Zusammenfassung der Studie findet sich in Braun et al. 2010). Brandenburgs Pamphlet verschleiert jedoch zugleich, dass sich viele Ärztinnen und Ärzte – mehr oder weniger freiwillig – mit dem System arrangiert, es mittlerweile auch „auszubeuten gelernt haben“ (vgl. Vogd 2006: 50 und 110 ff), ja gar zu dessen Promotoren geworden sind. Zwei Beispiele aus einem süddeutschen Krankenhaus sollen dies verdeutlichen. Eine Angehörige des Medizincontrollings dieses Krankenhauses spricht im Interview über einen Chefarzt, der um den Erlös seiner Abteilung zu steigern systematisch versucht, mehr aus einem Fall „herauszuholen“:

Frau Ehrlich:⁹ „Patient kommt rein mit Bauchweh. Dafür gibt es einen Code R10 irgendwas. Bauchweh. Keine Ahnung was er hat. Dann stellt sich heraus, er hat schon ewig keinen Stuhlgang mehr gehabt und hat Verstopfung. Okay, jetzt sind wir bei Verstopfung, ist schon ein bisschen genauer. Und dann stellt sich heraus, Ursache der Verstopfung ist ein Darmkrebs, der den Darm zugemacht hat. Und ja, dann

9 Bei den Personen- und Ortsnamen handelt es sich selbstverständlich um Pseudonyme, die Funktionsbezeichnungen sind zur besseren Anonymisierung in der Regel ebenfalls leicht abgeändert.

nimmt man halt das betroffene Stück dann raus, und ja, dann gibt es da so Unterschiede, je nachdem *welches* Stück Darm man rausnimmt. Und dann kommt man in unterschiedliche DRGs. Also wenn sie das Rektum, den Enddarm rausnehmen, gibt das eine teurere DRG, als wenn sie den Dickdarmabschnitt davor rausnehmen. Und der besagte Chefarzt, der nimmt also grundsätzlich das Rektum raus [bzw. kodiert er so als ob; Anm. d Verf.], weil das in eine höherpreisige DRG führt, anstatt des vorherigen Darmabschnitts. So kodiert er sie. In der Praxis macht er natürlich den letzten Darmabschnitt raus und noch ein kleines bisschen vom vorherigen. Das muss einfach so sein wegen der Durchblutung. Und dann argumentiert er beim MDK zum Beispiel, dass das so sein muss, weil er hat ja noch ein Stück von diesem anderen Darmabschnitt auch rausgenommen. Das ist *zwecklos*, weil im OP-Bericht genau beschrieben ist, was er alles rausgenommen hat. Aber, ja.“

Dieser Chirurg mag, was die Behandlung des Patienten anbelangt, durchaus nach den professionellen Standards arbeiten, für die wirtschaftliche Erwägungen nicht maßgeblich sind. Was jedoch die Seite des Dokumentierens und Kodierens angeht, spielt der ökonomische Aspekt dann doch eine Rolle. Er versucht, das Maximum aus einem Fall herauszuholen, ihn „hochzutriggern“ und mittels „Manipulationen gegenüber dem realen Leistungsgeschehen hinsichtlich der abrechenbaren Bewertungsrelationen ‘nachzuhelfen’“. Damit betreibt er illegales „Upcoding“ (Wasem et al. 2007: 50). Das ist ganz im Sinne dessen, was Luhmann (1964: 304 ff) als „brauchbare Illegalität“ bezeichnet hat, ein Handeln also, das durchaus funktional im Sinne des Organisationszwecks der Ressourcenoptimierung ausfällt – besser gesagt: ausfallen könnte, denn wie die interviewte Ärztin betont, müsste die Kodierung, um „wasserdicht zu sein“ und bei der Kasse bzw. beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) „durchzugehen“, noch mit dem OP-Bericht und den Befunden der Pathologie „abgestimmt“ sein, was schon einen höheren Grad an krimineller Energie und Organisation voraussetzte.¹⁰

Anreize dies zu tun bestehen für die leitenden Ärzte durchaus. Bekanntlich wurde im vergangenen Jahr in der Öffentlichkeit, aber auch seitens der Selbstverwaltungsorgane der Ärzteschaft die Existenz von Chefarztverträgen heftig kritisiert, in denen Bonuszahlungen an die Erlössituation der Abteilungen, etwa gemessen am Case-Mix-Index, geknüpft sind.¹¹

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

11 Letzten Endes geht es um die „direkte Kontrolle des Entscheidungsverhaltens sowie der Tätigkeiten des Personals auf der Station durch medizinische und administrative

Welche Motive auch für die unteren Ränge des ärztlichen Dienstes in den Krankenhäusern hinter einer solchen Praxis stehen können und dass bei diesen Entscheidungen in der retrospektiven Interpretation unterschiedliche Wertbezüge hergestellt werden, zeigt die folgende Passage aus einem Interview mit einer jungen Assistenzärztin.

Frau Djamal: „Anders ist es auch, was jetzt überall so ist, mit DRG, die Fallabrechnung, also auch für den Patienten, wenn der sagt, „Eigentlich komme ich wegen“, was weiß ich, „einem Nabelbruch. Gleichzeitig habe ich aber Hämorrhoiden. Können wir das nicht in einer OP operieren, in einer Narkose?“ Geht schon, aber man kann nur eins abrechnen. Das heißt, lieber macht man das, man lässt ihn kommen, operiert das eine, lässt ihn 30 Tage später – wichtig ist, dass 30 Tage dazwischen sind – wiederkommen, operiert das andere. Und das Schlimme ist, dass man das machen muss, um zu überleben. Also das kriegen wir ja auch immer mit von wegen Privatisierungsgeschichten, Fusionsgeschichten, miese Zahlen, mehr Fallzahlen, bla bla bla. Da wird man schon sehr drauf getrimmt. Und am Anfang sieht man es so überhaupt nicht ein, weil man ist irgendwie jung und enthusiastisch und idealistisch und möchte eigentlich nur gute Arbeit leisten und das machen, was vor allem sinnvoll ist. Und irgendwann, wenn man dann halt merkt, „Ok, ihr habt dieses Jahr nur so und so viele Fälle gestrichen [sic!], dann streichen wir euch die Stelle hier wieder weg“ – ist bei uns auch so passiert – dann fängt man als Assistenzarzt einfach an, weil man halt selber sagt, wir möchten nicht noch weniger werden und macht das halt so mit. Also man wird regelrecht dazu gezwungen, weil ansonsten kann man die Arbeit überhaupt nicht mehr leisten, weil man dann einfach zu wenig Personal hat und dann muss man das halt so machen. Man muss dann halt auf die DRGs achten, man muss auf die Patientenverweildauer achten, man muss Patienten dazu überreden, irgendwie einen Tag länger zu bleiben, auch wenn es medizinisch nur noch so mäßig indiziert ist, oder sie halt fast ein bisschen kränker machen im Arztbrief, damit der MDK das dann auch wirklich zahlt, weil solche Argumente, wie: die Patientin ist 82

Vorgesetzte“ (Manzei 2011: 212). Herr Renner, Leiter des Finanz- und Medizincontrollings eines der beiden untersuchten Häuser, erläutert im Interview die Funktionsweise dieses Berichtswesens und die dahinter stehende Intention:

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

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

Herr Renner: Ja, möchte ich auch, dass die das sehen, damit die motiviert sind.

und alleine zu Hause und braucht vielleicht noch einen Tag zur Erholung, weil sich sonst kaum einer um sie kümmern kann, oder: die Tochter muss halt noch arbeiten und kann erst ab morgen sich um sie kümmern, zählt nicht. Das sind so menschliche Sachen, die zählen überhaupt nicht.“

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

Eine im Entstehen befindliche Tätigkeitsgruppe des Krankenhauses

Doch kommen wir nun zu den von Dr. Brandenburg angeprangerten „Damen und Herren“, dieser vermeintlichen „Bürokratenkaste“, die es „sich in dem verkorksten System bequem gemacht“ hat (Brandenburg 2013a: 57). Wer sind sie, woher kommen sie, was tun sie und schließlich wie deuten sie das, was sie tun bzw. tun sollen? Im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen die so genannten Kodierfachkräfte, eine zahlenmäßig nicht allzu große Beschäftigtengruppe an deutschen Krankenhäusern, deren Berufsbiographien, konkrete Tätigkeit und Arbeitssituation sowie berufliches Selbstverständnis anhand qualitativer Interviews und teilnehmender Beobachtung erhoben wurden. Sie sind durchaus einzureihen in die Liste von neuen Tätigkeiten im öffentlichen Bereich, die Berthold Vogel zeitdiagnostisch als Folge des Umbaus des „arbeitenden Staats“ ausmacht:

„[...] mit der stärkeren Marktorientierung staatlichen Handelns, mit der steigenden Nachfrage nach Beratung und Therapie entwickeln sich auch in den öffentlichen Diensten neue berufliche Gelegenheiten und es eröffnen sich neue soziale Karrierefelder. Andere Arbeitnehmerfiguren machen nun Karriere: der Controller, der Mediator, der Projektentwickler, der Therapeut oder der Case-Manager“ (Vogel 2010: 924).

In der Tat lässt sich anhand dieser Tätigkeitsgruppe eine Zeitdiagnose der Krankenhausversorgung in Deutschland unter dem Vorzeichen des DRG-Systems erstellen, in mancherlei Hinsicht, v.a. was ihre unten noch näher zu bestimmenden berufsbiographischen „Konversionen“ anbelangt, fällt diese vielleicht sogar dramatischer aus als für die Ärzteschaft. Dieses mit der Kodierung von Diagnosen

und Prozeduren im Rahmen der Abrechnung von Krankenhausleistungen über Fallpauschalen befasste Personal eignet sich ausgezeichnet, um über die in der Forschung vielfach als „Ökonomisierung des Krankenhauswesens“ bezeichneten Prozesse nuancierte Aussagen treffen und diesen Themenkomplex auch im Zusammenhang mit interprofessionellen Dynamiken zwischen den im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen sowie Professionalisierungsbestrebungen neuer Berufe untersuchen zu können. Ausgehend von dieser in den Krankenhäusern vermeintlich randständigen Tätigkeitsgruppe kann dann die in der Forschung angesprochene Frage nach den „Orientierungsdilemmata“ bzw. der „Ambivalenz des Handelns kulturell spezifisch sozialisierter und ‘unter Außendruck’ geratener Organisationsakteure“ (Bode, 2010: 84) angesichts der Veränderungen der „Governance“ im Gesundheitswesen konkretisiert werden.

Im Grunde genommen stellen die Kodierfachkräfte eine zahlenmäßig noch nicht sonderlich bedeutende Beschäftigtengruppe der deutschen Krankenhäuser dar, die in den entsprechenden Statistiken sowohl der Kliniken selbst wie auch des Bundes nicht eigens ausgewiesen ist. Vor einigen Jahren wurde geschätzt, dass in deutschen Krankenhäusern gerade einmal ca. 8.000 von ihnen tätig sind, allerdings dürfte diese Zahl inzwischen bei weitem überholt sein. Einem auf einer repräsentativen Umfrage unter Krankenhäusern basierenden Gutachten der BDO Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zufolge betrug die Zahl der Medizin-Controller und Kodierfachkräfte allein in den Krankenhäusern für das Jahr 2011 etwa 13.700 (BDO 2011: 61).¹² Jedes Krankenhaus hatte demnach im Jahr 2010 durchschnittlich 6,64 Vollkräfte in den beiden Bereichen Medizincontrolling und Kodierfachkräfte beschäftigt. Doch nicht nur innerhalb der Krankenhäuser, sondern auch beim Prüforgang der Kostenträger, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), und bei den Krankenkassen selbst finden sie Tätigkeitsfelder, des Weiteren auch bei externen Dienstleistern, insofern sich der Krankenhausträger für ein „Outsourcing“ dieses Teils des operativen Controllings entschieden hat. Da die Nachfrage seitens der Kliniken nach erfahrenen Kodierfachkräften steigt, hat sich ein florierender Ausbildungsmarkt etabliert,

12 Den (sicherlich „interessierten“) Berechnungen des für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erstellten Gutachtens zufolge betragen die Personalkosten dieser Beschäftigten rein auf Seiten der Krankenhäuser – die bei den Krankenkassen und beim MDK Beschäftigten nicht mitgerechnet – das Gesundheitssystem jährlich 0,7 Mrd. EUR und damit 1,1 % sämtlicher Krankenhauskosten 2009 (der Allgemeinkrankenhäuser). „Gemessen an den mittleren Behandlungskosten eines stationären Krankenhausbehandlungsfalls in Deutschland bedeutet dies, dass für diese Aufwendungen ca. 190.000 Patienten stationär behandelt werden könnten.“ (BDO 2011: 61)

auf dem Ausbildungen auf unterschiedlichen Niveaus und mit unterschiedlichen Diplomen gehandelt werden: Die Qualifikationen reichen von der Fortbildung zur „Medizinischen Kodierfachkraft“ oder zum „Kodierassistenten“ – andere Bezeichnung sind auch „Medical Coder“, „Clinical Coder“ oder „Case Mix Performer“ –, von der Ausbildung zum Medizinischen Dokumentar bis hin zu Abschlüssen auf tertiärer Ebene, etwa in Form von Bachelor-Studiengängen „Medizincontrolling“. In den Krankenhäusern wird oft seitens der Ärzteschaft oder der Pflege undifferenziert von „den Medizincontrollern“ oder „den DRG-Controllern“ gesprochen.

Ihre Ausbildung wie Tätigkeit weist durchaus noch unklare Konturen auf, genau genommen kann man sie daher noch nicht als Berufsgruppe bezeichnen. Aber gerade das macht sie vielleicht aus der Perspektive einer Soziologie, die sich mit der sozialen Arbeitsteilung in Organisationen und der Genese von Berufsgruppen befasst, interessant. Angesichts des Mangels an einem klar umrissenen Berufsbild hat eine entsprechende „Repräsentationsarbeit“ (P. Bourdieu) nicht auf sich warten lassen: mehrere Berufsverbände werben darum, sie zu organisieren.

Will man zunächst grob umreißen, wie sich der Aufgabenbereich der zum Medizincontrolling und damit zur Verwaltung der Krankenhäuser gehörenden Kodierfachkräfte in die Organisation Krankenhaus einfügt, lässt sich kurz folgendes sagen: Er stellt ein Glied innerhalb der oben genannten Kette von Tätigkeiten dar, die von der Diagnosestellung, der Behandlung und der Pflege über die Abrechnung der erbrachten Leistung hin zur Kostenerstattung durch die Kostenträger reicht. Neutral (und jargonmäßig) formuliert kann man sagen: Die Kodierfachkräfte bzw. das Medizincontrolling als Ganzes sind eine „Schnittstelle“ zwischen den Bereichen Medizin und Ökonomie. Man kann es aber auch anders formulieren: Sie sind (oder sollen es sein) Teil des Hebels, den die Betriebswirtschaft an die Medizin ansetzt.

In der Kette der Datenproduktion im Rahmen des Abrechnungsverfahrens mit den Kostenträgern spielen sie neben den kodierenden Ärzten auf den Stationen sowie ihren Vorgesetzten, die selbst in der Regel auch dem ärztlichen Dienst angehören oder Betriebs- bzw. Volkswirte sind, nur eine – wenn auch keinesfalls unwichtige – Rolle. Sie sind im Alltag sowohl innerhalb der Verwaltung wie auch auf der Station tätig. Ihre Aufgabe besteht offiziell darin, auf der Grundlage der von den Ärzten vorgenommenen Primärkodierungen (die verschiedenen Diagnosearten: Aufnahme-, Entlassungs-, Hauptdiagnose¹³) alle DRG-relevanten Daten

13 Die Hauptdiagnose wird als die Diagnose bezeichnet, die „hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“ (DIMDI 2010: 26).

anhand der Patientenakten und einer Prüfsoftware, meist als „DRG-Groupen“ bezeichnet, zu erfassen und auf Plausibilität und auf Korrektheit hinsichtlich der Kodierrichtlinien¹⁴ zu überprüfen, mögliche noch nicht kodierte und den Erlös steigernde Sachverhalte ausfindig zu machen, die Patientenakte entsprechend zu vervollständigen und damit zur „ökonomischen und juristischen „Optimierung“ der Diagnose und der erfolgten Behandlung“ beizutragen (Manzei 2011: 222). Der technische Fachbegriff für dieses „richtige“ – die Führungszeichen stehen bewusst – Kodieren lautet „Rightcoding“, im Jargon der Kodierfachkräfte wird es als „Veredeln“ bezeichnet. Das ist freilich die offizielle Lesart der Tätigkeit: Die Kodierfachkräfte entlasten den ärztlichen Dienst, indem sie auf der Basis ihres immer wieder aktualisierten Wissens hinsichtlich der entsprechenden Kodierregeln und Codes den „real“ erbrachten „Ressourcenaufwand“ pro Fall in die entsprechende DRG-Kodierung übersetzen. Wenn sie lückenhafte Kodierungen ergänzen, dann auf der Basis der Dokumentation in der Patientenakte, ihres medizinischen Wissens sowie ihres „tacit knowledge“ von den Abläufen auf den Stationen oder im OP-Saal. In der Realität, abseits von oder besser: im Spiel mit den „Regeln“ eröffnet sich allerdings ein viel weiterer Raum, ein Korridor, innerhalb dessen die Kodierfachkräfte in der Praxis agieren können. Zum einen besteht nämlich durchaus ein Anreiz, selbst das Maximale aus einem Fall herauszuholen, einen Fall „hochzutriggern“ wie die Kodierfachkräfte sagen. Upcoding (auch als DRG-Creep bezeichnet) wird von Wirtschaftsjuristen definiert als „systematische, realitätsabweichende Veränderungen der eigentlich diagnostizierten Erkrankungen und erfolgten Behandlungen mit dem Ziel, eine regelwidrige Erlössteigerung zu erreichen“ (Steinhilper 2012: 352). Das ist – wie bei den Ärzten – „brauchbare Illegalität“ im besten Luhmann’schen Sinne. Durch die probeweise Veränderung verschiedener Parameter am Groupen (etwa durch das Vertauschen von Haupt- und Nebendiagnose) lassen sich verschiedene Kodiervarianten simulieren und entsprechend die Erlösresultate miteinander vergleichen. Das ist freilich ein riskantes Spiel, da den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prinzipiell die gleichen Möglichkeiten zur Verfügung stehen und auch – so die Interviews mit Mitarbeitern des MDK, ebenfalls Kodierfachkräften... – zu Kontrollzwecken genutzt werden.

Es ist nun so, dass – wie häufig bei Klassifizierungsprozessen – nicht objektiv bestimmbar ist, wo Rightcoding aufhört und Upcoding beginnt. Immer wieder gibt es Grauzonen. Um dem Problem beizukommen, verfeinert man die DRG-

14 Der Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren liegen die Standardklassifikationen ICD-10 bzw. OPS-301 zugrunde.

Klassifikationen und Kodierrichtlinien von Jahr zu Jahr, schafft damit jedoch wieder neue Unsicherheitszonen und macht das System zudem immer schwerer durchschau- und handhabbar. „Die seit 2003 erfolgten permanenten Anpassungen des G-DRG-Systems haben das System immer undurchsichtiger werden lassen, so dass viele Anwender das Gefühl einer „black box“ haben, in die sie Daten einspeisen und aus der sie ein Ergebnis erhalten“ (Kahlmeyer/Volkmer 2014: 33). Erwartungsgemäß zeigen Studien zur Kodierqualität, dass die Reliabilität, also der Umstand, dass derselbe stationäre Behandlungsfall immer gleich kodiert wird, denkbar niedrig ausfällt (Stausberg et al. 2005). Dass gleitende Übergänge immer auch Zonen moralischer Ungewissheit darstellen, sei hier nur am Rande angemerkt.

Zum ändern können Kodierfachkräfte aber von Ärzten betriebenes wissentliches (s. den oben erwähnten Fall des Chirurgen) oder unwissentliches „Upcoding“ konterkarieren, indem sie den Fall wieder durch „Downcoding“ entschärfen. Konflikte mit dem betreffenden Arzt sind auch hier möglich, wie auch die ehemalige Leiterin der Abteilung Medizincontrolling des untersuchten Krankenhauses erläutert:

Frau Ehrlich: „Es gibt auch Chefärzte die meinen, sie können es besser. Und die üben dann ihrerseits Druck aus und kodieren irgendeine Prozedur rein, die so in der Form gar nicht stimmt, und machen dann einen Riesen Terz, wenn man die wieder rauskodiert.“

Eine Variante sei zumindest erwähnt, um die Brisanz, die aus den vorangegangenen Absätzen hervorgeht, etwas zu relativieren: Vielen Krankenhäusern entgehen in nicht unbeträchtlichem Ausmaß Erlöse, weil sie unwissentlich bzw. unwillentlich „Downcoding“ betreiben, entweder, weil die Ärzte und das Kodierpersonal zu schlecht geschult sind oder weil aus Kapazitätsgründen nur das „Nötigste“ abgerechnet werden kann. In dieser letztgenannten Situation befindet sich beispielsweise gerade eines der untersuchten Krankenhäuser.

Zur Aufgabe der Kodierfachkräfte gehört des Weiteren – und dies offenbar in zunehmendem Maße –, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte mehr oder weniger nachdrücklich auf die nach der betreffenden DRG vorgesehenen und vom Grouper angezeigten Unter- und Obergrenzen der Verweildauer der Patienten hinzuweisen. Auch hier öffnet sich in der Praxis wieder ein breiter Korridor. Diese Grenzverweildauern markieren die Zone, innerhalb derer das Krankenhaus einen Fall als stationären Fall vollständig abrechnen kann, anders ausgedrückt: ab welchem bzw. bis zu welchem Tag ein Patient für das Haus „gewinnbringend“ ist oder bei Unter- oder Überschreitung dieser Schwelle als „Kurzlieger“ oder „Dauerlieger“ erlösmindernd wirkt bzw. unterm Strich gar Kosten verursacht. Zudem ruft dies dann die Krankenkassen und gegebenenfalls den Medizinischen Dienst

der Krankenversicherung auf den Plan und zieht damit Rechtfertigungs- und Dokumentationsaufwand nach sich. Mit dem In-Erinnerung-Rufen dieser ökonomischen Imperative nehmen sie freilich Einfluss auf genuin ärztliche Kompetenzen, was wiederum den Keim für Konflikte in sich trägt. Dies erklärt auch, dass in Stellenanzeigen von potenziellen Bewerberinnen und Bewerbern immer wieder eine hohe kommunikative Kompetenz verlangt wird. Es werden gar spezielle Seminare zum Thema „Kommunikationstraining für medizinische Kodierfachkräfte“ angeboten. Herrn Renner, dem Leiter des Finanz- und Medizincontrollings eines der untersuchten Krankenhäuser zufolge erfordert die Tätigkeit jemanden, „der sich nicht wie ein stilles Mäuschen irgendwo reinsetzt, sondern der als Berater tätig ist. Das heißt, der muss sich im Prinzip auf der Ebene mit dem Chefarzt bewegen können und sich nicht dadurch beeindrucken lassen, dass da ein Chefarzt sitzt (...)“.

Als Teil des Medizincontrollings – und das sollte durch die vorangegangenen Ausführungen deutlich geworden sein – sind sie also nicht unmaßgeblich beteiligt an der Erlössicherung der Klinik. Wenn man sich nochmals in Erinnerung ruft, was eingangs zu der öffentlichen Debatte über die Finanzsituation der Krankenhäuser in Deutschland und zu angeblichem Abrechnungsbetrug gesagt wurde, wird vielleicht verständlich, in welchem Spannungsfeld die Kodierfachkräfte in ihrer Scharnierrolle zwischen Medizin und Ökonomie agieren. Wie sie nun handlungspraktisch mit dieser Spannung umgehen, das hängt 1.) von der Abrechnungsphilosophie des Krankenhauses, also den offiziellen oder informellen Vorgaben seitens der Geschäftsführung oder des Finanzcontrollings (die in Abhängigkeit von der Trägerschaft des Hauses, der Größe oder der Spezialisierung, der finanziellen Situation sowie von internen Machtverhältnissen etc. variieren könnte), 2.) von der Ausrichtung des Medizincontrolling-Teams, das in einer relativen Autonomie gegenüber der ersten Ebene, der Ebene der Organisation, eine kollektive Praxis ausbilden kann, 3.) schließlich von den professionsspezifischen Dispositionen der Beschäftigten, ihren (berufs-) biographischen Trajektorien, mithin ihrem Habitus, ab. Diese dritte Ebene wird weiter unten anhand des Interviewmaterials diskutiert werden.

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

Nach Einführung der DRGs wurde die Kodierung in den meisten Krankenhäusern von den Ärzten selbst erledigt, diese bleiben nach den Kodierrichtlinien auch weiterhin für die vorgenommene Kodierung letztverantwortlich. Aus mehreren Gründen ist man aber in der Praxis dazu übergegangen, bestimmte Tätigkeiten auf weniger kostenträchtiges Personal – eben die Kodierfachkräfte

– zu übertragen: Für den Fall Deutschland spielen zum einen gewiss der Ärztemangel und damit verbunden auch die hohen Personalkosten eine große Rolle, zum anderen auch der durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, vor allem forciert durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und das Arbeitszeitprogramm der Bundesregierung gestiegene Druck auf die Einhaltung bestehender Arbeitszeitregelungen im ärztlichen Dienst (Braun/Rau/Tuschen 2007: 8). Überdies scheint ihr Einsatz für die Kliniken einen betriebswirtschaftlichen Nutzen zu haben, insofern ein gut ausgebildeter Kodierer meist zu einem deutlichen Einnahmeplus führt. „Bei jährlichen 2.200 bis 3.200 bearbeiteten Fällen pro Kodierfachkraft überstiegen die erzielbaren Mehreinnahmen die anfallenden Personalkosten für einen Kodierer deutlich“ (Ehrlich 2010: 561). Einer Modellrechnung zufolge rentiert sich der Einsatz einer Kodierfachkraft bei einer angenommenen Belastung von 3.000 Fällen, einer durchschnittlichen Erlössicherung von 250 Euro pro Fall sowie Personalkosten von 45.000 Euro pro Jahr ab der Bearbeitung des 181. Falles (Haack: 2003). Ein deutliches Indiz dafür, dass die Zahl der Kodierfachkräfte in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird.

Doch lässt sich der zunehmende Einsatz von Kodierfachkräften nicht allein aus betriebswirtschaftlichem Kalkül ableiten. Eine weitere Erklärung besteht darin, dass die Ausdifferenzierung dieses neuen Tätigkeitsfeldes aus dem ärztlichen Kompetenzbereich nicht nur technisch-organisatorische, sondern auch soziale oder moralische Aspekte aufweist. In den im Rahmen des Forschungsprojekts erhobenen Interviews spricht die überwiegende Zahl der befragten Krankenhausärztinnen und -ärzte mit großer Abneigung über die zunehmende Belastung durch Dokumentationsverpflichtungen und Verwaltungstätigkeiten. Diese Verpflichtungen entzögen ihrer „eigentlichen“ Aufgabe, nämlich dem Umgang mit den Patientinnen und Patienten, wertvolle Arbeitszeit – eine Aussage, die etwa durch eine Studie des Deutschen Krankenhausinstitutes zu „arztfremden Tätigkeiten“ bestätigt wird, der zufolge diese ca. drei Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit beanspruchen (Blum/Müller 2003). Entsprechend konstatiert ein Handbuch über „Zukunftsorientierten Wandel im Krankenhausmanagement“ lakonisch die „teilweise eher geringe Motivation der Ärzte für die Kodierung“ (Kinnebrock/Overhamm 2009: 134).

Im Zuge der sich allmählich durchsetzenden Arbeitsteilung beim Kodieren zwischen Ärzten und Kodierfachkräften können sich die Ärzte nun dieser ungeliebten Arbeit teilweise entledigen und sie auf ein eigens hierfür bereitstehendes Personal, eben die sich nicht aus dem ärztlichen Dienst rekrutierenden Kodierfachkräfte, abwälzen. Diese Delegation von unliebsamen, weniger prestigeträchtigen Tätig-

keiten von einer Berufsgruppe auf eine andere ist seit den aus den dreißiger Jahren stammenden Arbeiten von Everett Hughes ein altes Thema der Medizinsoziologie. Hughes schreibt, dass jeder Beruf mehrere Tätigkeiten beinhalte, von denen manche sich als *dirty work* bezeichnen lassen. Damit meinte er nicht nur manifest physisch abstoßende Tätigkeiten, die es im Krankenhaus natürlich zuhauf gibt, sondern auch solche, die die persönliche und einem Beruf inhärente Würde tangieren und den moralischen Auffassungen zuwiderlaufen (Hughes 1984: 342 ff.).

Das Kodieren ist also ohne Zweifel zum einen eine aufwändige, repetitive, zeitraubende, bürokratische Tätigkeit, die zudem ein Wissen erfordert, das man sich zusätzlich mühsam aneignen und immer wieder erneuern muss.¹⁵ Sie läuft zum anderen aber auch – und das ist der Kern der hier zur Debatte gestellten Interpretation – den das Krankenhaus „überdachenden sozio-kulturellen Normen der Gesundheitspflege“ (Rohde 1974: 6), dem ärztlichen wie auch pflegerischen Berufsethos zuwider, insofern sie ständig die ökonomischen Imperative, durch die das autonome ärztliche Handeln unter Druck gerät, in Erinnerung ruft. Durch das Abwälzen dieses „dirty work“ auf die Kodierfachkräfte kann die ärztliche Profession ihr ohnehin schon durch Medizincontrolling und Prozessstandardisierung in Form von klinischen Behandlungspfaden ramponiertes Selbstbild vor weiterer Beschädigung einigermaßen wahren.

Dagegen bietet sich Arbeitsteilung als ein probates Mittel an, um moralische Verantwortung zu zerlegen und damit die Bereitschaft zu erhöhen, sich an einem solchen „dirty work“ zu beteiligen: „Gesellschaftliche und erst recht organisatorische Arbeitsteilung ist, auch in ihrer Funktion der Teilung moralischer Lasten, unentbehrlich“ (Ortmann 2010: 106 ff.). Das erklärt auch, warum der Widerstand in der Ärzteschaft gegenüber der DRG-Kodierung so groß ist, obwohl, wie Jürgen Stausberg, ein Verfechter des Belassens des gesamten Kodierprozesses beim ärztlichen Dienst 2004 gegen ein „Plädoyer für die Beseitigung arztfremder Kodier-tätigkeit“ von Gerald Linczak et al. (2004) im Deutschen Ärzteblatt eingewandt hat, dass nach einer Untersuchung der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren eigentlich „nur einen geringen Teil des Aufwands zur Dokumentation im Krankenhaus einnehme, nämlich 7% in der Chirurgie, 6% in der Inneren Medizin (Stausberg 2004: 2677; die Studie der DKG: Blum/Müller 2003).

Das oben Gesagte heißt nun freilich nicht, dass das Kodieren von Ärztinnen und Ärzten generell subjektiv als ein Legitimitätsverlust erlebt wird. Immer wieder

15 Allein der Katalog des G-DRG-Systems 2013 umfasst insgesamt 1.187 DRGs. Dazu kommen noch die Zusatzentgelte.

erwähnen Kodierfachkräfte einzelne Ärzte, die sich das DRG-System und die Kodierung zu eigen gemacht haben. Und so äußert sich auch ein inzwischen an einem Schweizer Kantonsspital tätiger Arzt, der die für ihn zunächst mit Ambivalenzen verbundene Konversion weg von der Station hin zur Leitung der Kodierabteilung mit folgenden Worten resümiert und damit zugleich darauf verweist, dass er in seiner neuen Funktion nun mindestens so viel Macht besitze wie als Arzt: „Ja, es war ein invasiver Schritt, und ich war mir über viele Jahre auch nicht so wirklich klar, ob das ... ob ich das wirklich auch so... den richtigen Weg eingeschlagen hab’, aber ich muss mittlerweile sagen, also das betriebswirtschaftliche Messer ist mindestens genauso scharf wie das Skalpell.“

Literatur

- Bär, Stefan 2012: Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte. Wiesbaden
- BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft 2011: Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens, 4. Oktober 2011. Köln
- Blum, Karl/Müller, Udo 2003a: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf
- Bode, Ingo 2010: Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhausesektor. In: Endreß, Martin/Matys, Thomas (Hg.): Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie. Wiesbaden, 63-92
- Bohsem, Guido 2012: Rezept gegen Abzocker-Kliniken. Wer betrügt, soll zahlen, Süddeutsche Zeitung, 25.3.2012
- Brandenburg, Paul 2013a: Kliniken und Nebenwirkungen. Überleben in Deutschlands Krankenhäusern. Frankfurt am Main
- 2013b: Dr. med. Paul Brandenburg: Fragen an den Autor. Interview mit Dr. Jürgen Albers in der Sendung „Fragen an den Autor“ SR 2 vom 20.10.2013
- Braun, Bernard et al. 2010: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern
- Braun, Thomas/Rau, Ferdinand/Tuschen, Karl Heinz 2007: Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber, Jürgen, et al. (Hg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart, 3-22
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2010: Basiswissen Kodieren. Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS, überarbeitete Neuauflage. Köln

- Ehrlich, Sebastian 2010: Kein Geld verschenken. Kodierfachkräfte sichern die Erlöse im stationären und ambulanten Bereich, *Pflegezeitschrift*, 9, 560-561
- Fiori, Wolfgang/Bunzenmeier, Holger/Roeder, Norbert 2010: Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser? Medienkampagne der Krankenkassen geht in die falsche Richtung, *Das Krankenhaus*, 7, 621-628
- Haack, Jochen 2003: Der Dokumentationsassistent macht sich rasch bezahlt und entlastet den Arzt, *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 4, 364-368
- Heubel Friedrich/Kettner Matthias/Manzeschke Arne (Hg.) 2010: Die Privatisierung von Krankenhäusern – Ethische Perspektiven. Wiesbaden
- Hughes, Everett C. 1984c: Work and Self. In: ders. *The Sociological Eye. Selected Papers*, Chicago, 338-347
- Kahlmeyer, A./Volkmer, Björn 2014: Wie kontrolliert man die Kodierqualität im DRG-System?, *Der Urologe*, 1, 33-40
- Kinnebrock, Arno/Overhamm, Ulrich 2009: Kodierung und Leistungserfassung. In: Behrendt, I. et. al. (Hg.): *Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement*, Berlin, Heidelberg, 127-140
- Klinke, Sebastian 2008: „Dafür bin ich nicht angetreten“. Wie sich Gesundheitsreformen auf das Verhalten von Krankenhausärzten auswirken, *WZB-Mitteilungen*, 121, 40-42
- Köbel, Ralf 2010: Die Prüfung der Abrechnungen von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive. Gutachten für den AOK-Bundesverband. Bielefeld
- 2013 (Hg.): *Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung. Medizinische, ökonomische und juristische Perspektiven*. Stuttgart
- Kühn, Hagen 2003: Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. In: Büssing, André/Glaser, Jürgen (Hg.): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*. Göttingen u.a., 77-98
- Linczak, Gerald/Tempka, Almut/Haas, Norbert 2004: Plädoyer für die Beseitigung arztfremder Kodiertätigkeit, *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 33, 2242-2243
- Luhmann, Niklas 1964: *Funktionen und Folgen formaler Organisation*. Berlin
- Manzei, Alexandra 2011: „Zur gesellschaftlichen Konstruktion medizinischen Körperwissens. Die elektronische Patientenakte als wirkmächtiges und handlungsrelevantes Steuerungsinstrument in der (Intensiv-)Medizin“. In: Keller, Reiner/Meuser, Michael (Hg.): *Körperwissen*, Wiesbaden, 207-228
- Ortmann, Günther 2010: *Organisation und Moral. Die dunkle Seite*. Weilerswist
- Rohde, Johann Jürgen 1974: *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*, 2., überarb. Auflage. Stuttgart
- Schimank, Uwe/Volkman, Ute 2008: Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer, Andrea (Hg.), *Handbuch Wirtschaftssoziologie*, Wiesbaden, 382-393
- Simon, Michael 2007a: Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen, und Zielen, *Jahrbuch für Kritische Medizin und Ge-*

- sundheitswissenschaften, Bd. 44, Geld als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen, 41-63
- 2010: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise
 - 2013: Grundsätzliche Konstruktionsfehler. Das deutsche DRG-System, Deutsches Ärzteblatt, 110, 39, 1782-1786
- Spiegel online 2012: Krankenhaus-Report 2012: Deutschland droht ein Kliniksterben. URL: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/krankenhaus-report-2012-deutschland-droht-ein-kliniksterben-a-838891.html> (Zugriff am 18.3.2014)
- Stausberg, Jürgen 2004: Dokumentation. Andere Schlussfolgerungen. Leserzuschrift, Deutsches Ärzteblatt, 101, 40, A2677-A2678
- et al. 2005: Einheitliches Kodieren in Deutschland: Wunsch und Wirklichkeit, Das Krankenhaus, 8, 657-662
- Steinilper, Gernot 2012: Möglichkeiten der Abrechnungsmanipulation im Krankenhaus. Upcoding, Downcoding und Abrechnung nicht notwendiger Leistungen, Medizinrecht, 5, 352-353
- Thomas, William I./Thomas, Dorothy Swaine 1928: The Child in America. Behavior Problems and Programs
- Vogd, Werner 2004: Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckerationalität: Eine qualitativ-rekonstruktive Studie. Berlin
- 2006a: Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung, Berliner Journal für Soziologie, 4, 97-119
 - 2006b: Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure. Bern
 - 2011: Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. Weilerswist
- Vogel, Berthold 2010: Staatliche Regulierung von Arbeit. In: Böhle, Fritz, u.a. (Hg.): Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden, 913-928
- Wasem, Jürgen et al. 2007: Verändertes Kodierverhalten als eine der ungeklärten Herausforderungen der DRG-Einführung. In: Klauber, J. et al. (Hg.): Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart, 49-59
- Weisbrod-Frey, Herbert 2012: Zehn Jahre diagnosebezogene Fallpauschalen in Kliniken. Die problematischen Folgen des neuen Entgeltsystems für Versicherte, Patienten und Beschäftigte, Soziale Sicherheit, 8-9, 285-292
- Zeit online 2013: Fast jede zweite Krankenkasse unter Manipulationsverdacht. URL: <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2013-09/krankenkassen-manipulationsverdachtbundesversicherungsamt> ; 3.9.2013)