

Die Ökonomien des medizinischen Kodierens: Kodierfachkräfte im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen; Teil 2

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 2. *Widersprüche : Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, 34(133), 117-126. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-52792-5>

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 2

Die Pflege als Rekrutierungsfeld der Kodierfachkräfte – eine „horizontale Karriere“

Wie stellt sich die Situation für die Kodierfachkräfte dar, um die es hier ja in erster Linie geht? Ist diese Tätigkeit für sie ebenfalls ein „dirty work“ wie für die meisten Ärzte? Dazu muss man sich Folgendes vergegenwärtigen – und das macht die bisher ausgelassenen Pointe der Sache aus: Der größte Teil der Kodierfachkräfte kommt aus der Pflege, sowohl bundesweit gesehen wie auch konkret in den Medizincontrolling-Abteilungen der beiden untersuchten Krankenhäuser.¹

Die Situation der Pflegekräfte an Krankenhäusern in Deutschland, das ist durchaus nichts Neues, zeichnet sich durch ein Paradox aus: Dem mit einer hohen intrinsischen Motivation und einem bis zur Selbstaubeutung – in der Prosa der Management-Literatur euphemistisch als „Organizational Citizenship Behavior“ bezeichnet (vgl. Boerner 2005) – reichenden Ethos der Sorge um andere einhergehenden professionellen Selbstverständnis entspricht eine in Berufsprestige-Umfragen immer wieder bestätigte hohe gesellschaftliche Anerkennung. Dies

1 Von den insgesamt sieben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der einen Abteilung hatten abgesehen von der leitenden Ärztin und einer ehemaligen Arzthelferin alle anderen Kodierfachkräfte (bzw. ein männlicher Medizinischer Dokumentar) ehemals als Pflegefachkräfte gearbeitet, von den fünf Mitarbeitern des anderen Hauses drei. Einer im Jahr 2008 durchgeführten Umfrage einer Ausbildungsstätte für Kodierfachkräfte unter ehemaligen Kursteilnehmern zufolge stammen 64,4 % aus der Pflege, 15,3 % sind in der Vorausbildung Arzthelferin oder haben medizinische Assistenzberufe erlernt (Kaysers/Willems 2009: 89).

steht jedoch in krassem Missverhältnis zu den Arbeitsbedingungen mit einer relativ geringen Entlohnung, physischen und psychischen Belastungen, einer ebenso belastenden Schichtarbeit, Personalabbau und personeller Unterbesetzung, im Vergleich zu anderen Ländern geringeren Kompetenzen usw. (vgl. Afentakis 2009; Simon 2007; Braun et al. 2008). Die Situation stellt sich in den beiden untersuchten Krankenhäusern nicht anders dar als in vergleichbaren Einrichtungen in Deutschland. Angesichts all dessen ist es wenig verwunderlich, dass die Krankenhauspflege in Deutschland, wie in den *Exit*-Studien näher untersucht wurde, eine im internationalen Vergleich hohe Ausstiegsquote verzeichnet (vgl. Hasselhorn et al. 2005). Die aus der Pflege kommenden befragten Kodierfachkräfte nannten folglich als Gründe für diesen berufsbiographisch bedeutsamen Schritt durchgehend Bandscheibenvorfälle, Burn out, das bereits fortgeschrittene Alter und die Ungewissheit darüber, wie lange man noch in der Pflege durchhalten kann. Zwei typische Beispiele:

„Aber da war schon eben so ein Lebensknackpunkt, wo ich gedacht habe: ‘Wenn ich jetzt diesen Absprung von der Pflege nicht schaffe, dann mit fünfzig ist bestimmt fast nicht möglich’ ...“

„Der Grund warum ich aus der Pflege raus bin, da kann ich nur ein Zitat der Crow-Indianer [angeben]: ‘Wenn du bemerkst, dass du ein totes Pferd reitest, steig’ ab. Versuche nicht das Futter zu verbessern oder das Pferd schneller zu machen, sondern steig’ einfach ab.“

Was ändert sich nun für die Kodierfachkräfte mit dem Wechsel weg aus der Pflege? In den Interviews bewerten die Kodierfachkräfte ihre neue Tätigkeit überwiegend positiv. Sie betonen vor allem, endlich der belastenden Schichtarbeit und den aufreibenden Arbeitsbedingungen aufgrund von Unterbesetzung und Personalknappheit entkommen zu sein. Die Fortbildung zur medizinischen Kodierfachkraft stellt eine *exit*-Option aus der Pflege dar, die für die Kandidatinnen den Charme besitzt, dass ihre ursprüngliche Qualifikation weiterhin im Krankenhausbereich verwertbar bleibt. Die Kodierfachkräfte sind allerdings nicht auf ihren PC-Arbeitsplatz festgelegt, sondern machen zwei Mal täglich einen Gang zu den Stationen, für die sie zuständig sind, wo sie ihre früheren Kolleginnen sehen und sich mit den Ärztinnen und Ärzten über die Fälle austauschen und besprechen. Was ihr Einkommen anbelangt, lässt sich keine generelle Aussage treffen. Die befragten Kodierfachkräfte (zehn Frauen und drei Männer) gaben an, einen ähnlichen Verdienst wie zuvor in der Pflege zu haben, alles in allem habe sich der Wechsel also in finanzieller Hinsicht nicht gelohnt. Von der finanziellen Dimension abgesehen könnte man die Kodierfachkräfte also mit zu denjenigen zählen, die von den Wandlungsprozessen im Krankenhauswesen

in den vergangenen zwanzig Jahren profitiert haben, wenn eine große Anzahl von ihnen nicht zugleich das Gefühl hätte, dass ihrer Arbeit nicht die ihr eigentlich zustehende Wertschätzung und Anerkennung zukomme. Und das steht durchaus in Kontinuität zu ihrer vorherigen Tätigkeit in der Pflege.

Im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen

Im Hinblick auf die Interviews mit Pflegekräften, denen zufolge ihr Anspruch, Menschen professionell zu pflegen und sie optimal zu versorgen, an oberster Stelle steht, drängt sich folgende Frage auf: Welches Verhältnis haben die nunmehrigen Kodierfachkräfte zu einer Tätigkeit, die – abseits von den Patienten – Teil des Controllings ist? Wie geht das für sie in ihren subjektiven Deutungen zusammen?

Der Debatte um die bundesweit massiv auftretenden überhöhten Abrechnungen von Krankenhausleistungen können wir entnehmen, dass angesichts von forciertem Wettbewerb, defizitären Bilanzen und drohenden Klinikschließungen ein enormer Druck auf allen an der Abrechnung der DRGs beteiligten Instanzen innerhalb des Krankenhauses lastet. Es gibt offensichtlich in mehr oder weniger hohem Ausmaß ein systematisches *Upcoding*, es gibt auch die – von den Verantwortlichen immer wieder in Abrede gestellte – Priorisierung finanzieller bzw. betriebswirtschaftlicher Interessen vor medizinischen oder berufsethischen Motiven, auch wenn es nicht in dem Maße zu den berühmt-berüchtigten „blutigen Entlassungen“ vor oder bei Erreichen der oberen Grenzverweildauer und zu Patientenselektionen gekommen ist, wie man dies bei Einführung der DRGs zunächst befürchtet hat. Die befragten Kodierfachkräfte haben davon verständlicher Weise im Interview kaum gesprochen, teilweise sind sie auch nicht an den entsprechenden Entscheidungen beteiligt.

Die soziologisch interessante Frage ist auch vielmehr, wie diese Akteure als ehemalige Pflegekräfte mit der Spannung zwischen medizinisch-pflegerischen Erfordernissen und ökonomischen Zwängen umgehen. In der bisherigen Auswertung des erhobenen Interviewmaterials zeigt sich, dass diese Spannung in sehr unterschiedlichem Maße zum Ausdruck kommt, ganz im Sinne von Ingo Bodes Annahme einer „Ambivalenz des Handelns kulturell spezifisch sozialisierter und ‘unter Außendruck’ geratener Organisationsakteure“ (Bode 2010: 84).

Doch fragen wir zunächst: Was an der Tätigkeit selbst hält die Kodierfachkräfte am Arbeiten? Eine Erklärung hebt auf das Prestige und den Status der neuen Tätigkeit im Gesamtgefüge des Krankenhauses ab: Die Arbeit der Kodierfachkräfte ist zwar „nur“ eine unter medizinisch-pflegerischen Gesichtspunkten

nachgeordnete Verwaltungstätigkeit. Da sie aber eine ehemals ärztliche Aufgabe beinhaltet und zudem mit einem ständigen Kontakt mit Ärztinnen und Ärzten, ja zum Teil sogar deren Kontrolle einhergeht, scheint sie zugleich von einem Prestige zu zehren, das in den Augen von Pflegefachkräften durchaus attraktiv sein kann. Die Feststellungen der Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik lassen sich ohne weiteres auf die Kodierfachkräfte übertragen. Ihr zufolge ergäben Befragungen immer wieder, „dass eine ganze Reihe von Pflegefachpersonen der Meinung ist, dass die Übernahme ärztlicher Aufgaben die Pflege aufwerte. Hier spiegelt sich die Auffassung wider, die in den 1970er Jahren als möglicher Weg der Professionalisierung angesehen wurde.“ Und etwas resigniert stellt sie fest, dass „nach wie vor von den Pflegenden verinnerlicht [zu sein scheint], dass die einzig wichtigen Aufgaben der Gesundheitsversorgung in den Händen der Ärzte liegen“ (Bartholomeyczik 2010: 144)

Hinzu kommt, dass den Pflegefachkräften und den Kodierfachkräften im Besonderen im Kontext drohender Klinikschließungen der Imperativ ökonomischer Rentabilität mehr als bewusst ist, und eine direkte Einflussnahme auf das finanzielle Geschehen „ihrer“ Klinik – eine starke Identifikation mit dem eigenen Haus ist bei vielen Teil der Selbstdarstellung (vgl. Pfeuffer 2014: 42) – symbolische Gratifikationen verspricht. Während die Pflege im Gegensatz zur ärztlichen Diagnose und Behandlung, die in den meisten Fällen kostenrelevant sind, „nicht als wertschöpfende Dienstleistung betrachtet [wird], sondern als Kostenfaktor“ (Bartholomeyczik 2010: 139), können die Kodierfachkräfte in der neuen Tätigkeit das Gegenteil unter Beweis stellen. Dasselbe gilt auch für die in der Pflege verbleibenden Beschäftigten, die etwa im Bereich der hochaufwändigen Pflege (Pflegekomplexmaßnahmenscore – PKMS oder Palliativmedizinische Komplexbehandlung) unter der Voraussetzung lückenloser Dokumentation der Maßnahmen seit einigen Jahren ebenfalls abrechnungsrelevante Tätigkeiten verrichten können. Bei einer zum Zeitpunkt des Interviews 29 Jahre alten examinierten Krankenpflegerin paart sich der Habitus der aufopferungsvollen und dennoch ihre fachliche Professionalität betonende Pflegekraft mit einem gesteigerten Bewusstsein für die finanziellen Relevanzen des eigenen Tuns:

„Durch das muss man jetzt natürlich auch anders dokumentieren und mehr dokumentieren, dass es natürlich auch ein bisschen mehr Geld gibt. Das heißt jetzt, wenn man zum Beispiel 'ne Thrombophlebitis hat, also so eine Venenentzündung nach einer Kanüle, wo drinnen gelegen ist, dann gibt es nur Geld, wenn wir jetzt schreiben „Thrombareduct-Salbenverband erhalten. Das ist zwar lästig, naja blöd, aber, ja...“

doch seit die Befragte im vorangegangenen Jahr eine DRG-Fortbildung absolviert hat, weiß sie, wozu das alles gut ist:

„Und das finde ich schon gut, wenn man das weiß. Das ist so wie bei der Einkommensteuererklärung ist es ja auch so. Wenn man es weiß, ist es gut. Ja. Weil es Geld gibt halt.“

Neben diesen und den bei der Beschreibung der Tätigkeit der Kodierfachkräfte bereits genannten „materiellen“ Erklärungsfaktoren erscheint insbesondere ein Element im Vollzug der Tätigkeit als eine Quelle unmittelbarer subjektiver Befriedigung, das sich durchaus unter die arbeitssoziologische Kategorie „Produzentenstolz“ einordnen lässt (vgl. Gouthier 2011). Die Kodierfachkräfte, aber auch die das Medizincontrolling leitende und selbst kodierende Ärztin berichten darüber.

I: „Gibt es Momente in ihrer Arbeit, wo sie besonders *stolz* sind?“

B: „Ja. Wenn der MDK [Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, das Prüforgang der gesetzlichen Krankenkassen; Anm. A. Pf.] eben *zweifelt* und es kommt eine Nachfrage. Und [ich] dann eben *begründe, warum*, und dann haben wir DRG gerettet. Oder wenn ich da eine Kodierung angucke und ich sehe vier Punkte. Und dann nehme ich den OP-Bericht, nehme die Histologie und kodiere noch ein paar Sachen dazu, was ich von Akten rausgelesen habe. Und statt vier Punkten habe ich eben sechs, acht mal 2.700. Und *woah*, da bin ich stolz!“

Im geschilderten Fall würde sich der zusätzliche Erlös durch die Arbeit der Kodierfachkraft auf bis zu 7.560 Euro belaufen. Die Beteiligung an der Erlössicherung scheint für die Kodierfachkräfte also mitnichten ein *dirty work* darzustellen, sondern eine Quelle von Stolz über Erfolge. Ambivalenzen dem System gegenüber werden im Team durchaus hin und wieder diskutiert. Man sieht sich als Teil dieses Systems, über das niemand glücklich ist, aber „man kann nicht rausspringen“, wie die ehemals die Abteilung Medizincontrolling leitende Ärztin sagt. Die Kodierfachkräfte scheinen bereit zu sein, die mit der neuen Tätigkeit einhergehenden Zwänge als Preis für die in vielerlei Hinsicht aus ihrer Sicht attraktiveren Arbeitsbedingungen und ihre Aufwertung im Rahmen einer prestigeträchtigeren Tätigkeit zu akzeptieren, und leben mit den dabei eventuell auftretenden kognitiven Dissonanzen.

Das bis hierher Gesagte gilt durchgehend für alle Angehörigen des Medizincontrollings. Was wirkt dagegen differenzierend in dieser Hinsicht? Denn weder die hochgradig kodifizierten Kodierregeln, die formalen Vorgaben der Organisation, noch eine kollektiv eingespielte Teampraxis verhindern, dass es auf der individuellen Ebene zu Abweichungen zwischen den Kodierenden kommt. Unterschiedliche berufsbiographische Hintergründe sowie Habitus und Orientierungsmuster wirken sich differenzierend auf die Praxis aus.² Manche, die die

2 In ihrem für die Deutsche Krankenhausgesellschaft erstellten Gutachten hat die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO AG errechnet, dass sich die Personalkosten

Konversion zum „Controller“ vollzogen haben, sind bereit, um der Erlösoptimierung bzw. Verlustminimierung willen, die Ärzte massiv auf die Einhaltung der in den DRGs vorgesehenen Grenzverweildauern hinzuweisen, mit ihnen Konflikte einzugehen und auf ihre Entscheidungen Einfluss zu nehmen, v.a. indem sie mittels mikropolitischen Spiele über deren Vorgesetzten Druck ausüben. Auch gehört das bewusste „Spielen“ mit möglichen Kodiervarianten zu den hin und wieder praktizierten Möglichkeiten, um eine „Erlösoptimierung“ des jeweiligen Falles zu erzielen. Andere dagegen, die nach wie vor noch eher einem medizinisch-pflegerischen Ethos verpflichtet sind und bei denen das als „das Betriebswirtschaftliche“ bezeichnete Erlösoptimierungsdenken auf habituelle Widerstände stößt, lehnen eine entsprechende Einmischung in die ärztlichen Entscheidungen etwa bezüglich Verweildauersteuerung oder einer Verlängerung von lukrativen Patientenbeatmungsmaßnahmen ab, wehren sich gegen Vorschläge zum Upcoding seitens der Ärzte und betreiben gar Down- bzw. Rightcoding von ärztlicherseits zu hoch kodierten Fällen.

„Hohepriester“, „Bürokratenkaste“?

Anhand der vorgenommenen Fallkontrastierungen zeigt sich, dass Kodierfachkräfte, in Abhängigkeit von ihrer beruflichen Sozialisation und ihrer Identifikation mit dem Pflegeberuf, durchaus unterschiedliche Orientierungs- und Bewertungsschemata an den Tag legen, was auf eine entsprechende Praxis, die im Detail nur mittels einer intensiven teilnehmenden Beobachtung rekonstruiert werden könnte, Rückschlüsse ziehen lässt. Dass die Kodierfachkräfte alles andere als „Hohepriester“ (so das Urteil von Paul Brandenburg) des DRG-Systems sind, ist deutlich. Diese Qualifizierung mag auf die neuen Verwaltungseliten, die neuen Krankenhausmanager (Bär 2012), die mit MBAs versehenen Ärzte oder das Leitungspersonal des Finanzcontrollings zutreffen. Die Kodierfachkräfte sind dafür jedoch mit zu wenig institutioneller Macht ausgestattet, müssen in

des Medizincontrollings und der Kodierfachkräfte pro Krankenhaus im Durchschnitt jährlich auf ca. 341.000 Euro belaufen. „Hochgerechnet auf alle deutschen Krankenhäuser sind in diesen Bereichen ca. 13.700 Mitarbeiter beschäftigt und kosten das Gesundheitssystem jährlich 0,7 Mrd. Euro – rein auf Seiten der Krankenhäuser. Gemessen an den mittleren Behandlungskosten eines stationären Krankenhausbehandlungsfalls in Deutschland bedeutet dies, dass für diese Aufwendungen ca. 190.000 Patienten stationär behandelt werden könnten“ (BDO AG 2011: 61). Die entsprechenden Kosten bei den Krankenkassen, dem MDK oder dem IneK noch hinzuaddieren.

Konfliktsituationen entweder zurückstecken oder in mikropolitischen Spielen den Weg über die Hierarchie gehen, nicht zuletzt sind sie alles andere als ein homogen agierender Block. Vor allem aber, das zeigen die Interviews, sind viele dafür habituell gar nicht disponiert, da häufig das aus der früheren Beschäftigung in der Pflege stammende medizinisch-pflegerische Ethos handlungsleitend bleibt. Allerdings haben sie als Angehörige des Controllings Anteil an den veränderten Machtverhältnissen innerhalb der Organisation Krankenhaus, die etwa durch die Akademisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen der Pflege, v.a. aber durch das der Verwaltung (besser: dem Management) zugekommene Gewicht etabliert wurden und nun die traditionelle Dominanz der „Halbgötter in Weiß“ erschüttern. Davon zeugen der inzwischen auch bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern erfolgte Umbau der klassischen Führungsstruktur – des Dreigestirns von Ärztlichem Direktor, Pflegedirektion und Verwaltungsleiter – in ein von einem Geschäftsführer dominiertes Management (ausf. Bär 2012). Davon zeugen auch der Wegfall der Möglichkeit zur Privatliquidation der Chefarzte in den in jüngerer Zeit abgeschlossenen Dienstverträgen, das langsame und nach Fachgebieten sowie Krankenhausträgern differierende, dennoch aber voranschreitende Einrücken von Frauen in Chefarztpositionen (Kuhlmann/Larsen 2012), und schließlich das hier dargelegte Kratzen politisch forcierter ökonomischer Systemlogiken am professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft. Die Ärzte sind freilich alles andere als Opfer dieser Entwicklungen. Viele von ihnen spielen zunehmend – mit Managementwissen und MBA-Abschlüssen versehen – das ökonomische Spiel als „doctors in the lead“ mit (Witman et al. 2010). Wenn sie das nicht tun, dann haben sie, wie Vogd gezeigt hat, zumindest gelernt, das System auszubeuten, in dem sie es unterlaufen, den Anforderungen in vielen Fällen nur zum Schein Genüge tun usw.

„Medizin, dies zeigen unsere Untersuchungen, geht auch unter den verschärften wirtschaftlichen Bedingungen und knappen Personal- und Zeitressourcen keineswegs in einer betriebswirtschaftlichen oder volkswirtschaftlichen Rationalität auf. Vielmehr kommt die ärztliche Orientierung hierdurch gewissermaßen zu sich selbst und findet insbesondere an den komplizierten Fallproblematiken ihren höchsten Ausdruck. Entsprechend dieser Orientierung treffen die Ärzte unter knapper werdenden Ressourcen die Unterscheidung zwischen Routinefällen und schwierigen Fällen. Bei Ersteren können – medizinisch begründet – Lücken gelassen werden, während die Organsysteme der Letzteren höchste Aufmerksamkeit bekommen. Gleiches gilt für die untersuchte chirurgische Abteilung.“ (Vogd 2006: 112)

Vollkommen aus der Luft gegriffen ist die Bezeichnung der Kodierfachkräfte als „Hohepriester“ freilich nicht, wenn sie auch beträchtlich über das Ziel hinauschießt. Ein zentraler Wesenszug dieser Tätigkeit besteht ja gerade darin, dass sie

vor allem Beschäftigte mit einer pflegerischen Erstausbildung mit verwaltenden Tätigkeiten zusammenbringt, welche durchaus in den Handlungsspielraum von Ärztinnen und Ärzten eingreifen können, was sich auch in den genannten mikropolitischen Spielen äußert. Dies teilt das Kodieren jedoch mit anderen Verwaltungsaufgaben (z.B. dem Finanzcontrolling), die mit relativer und mittels Benchmarking und anderer Accounting-Techniken bewehrter Macht gegenüber dem ärztlichen Dienst ausgestattet sind. Das Kodieren zeichnet sich zudem dadurch aus, dass es ehemals eine gänzlich dem ärztlichen Dienst obliegende Aufgabe darstellte, mit deren Übernahme ein gewisses ärztliches Prestige „geerbt“ wird. Wie wir feststellen konnten, nehmen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte die Dokumentationsverpflichtungen im Allgemeinen und die Arbeit des Kodierens im Besonderen zwar als ein minderwertiges, unerfreuliches und – in Everett Hughes' Worten – ihre Dignität verletzendes *dirty work* wahr. Bei manchen, freilich nicht allen ehemaligen Pflegefachkräften, scheint dies jedoch nicht der Fall zu sein. Vielmehr hat sich bei diesen ein grundlegender Wechsel der Perspektive vollzogen. Ihrer jetzigen Tätigkeit liegen ganz andere Relevanzen, Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata zu Grunde als den medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten. Neben den (materiellen) Vorzügen der neuen Arbeitsstelle dürfte diese Konversion zu einem veränderten Blick auf das ärztliche Prestige geführt haben, das dieser Tätigkeit eine gewisse Legitimität verleiht und zu dem die Betroffenen zuvor kaum einen Zugang hatten. Es ist, als würde das Abfärben des ärztlichen Prestiges, für das die Abschiebung der Tätigkeit eine notwendige Voraussetzung ist, sowie die finanzielle Mitverantwortung für das Ganze seinerseits die Voraussetzung schaffen, dass diese Kodiertätigkeit zumindest für „zahlenorientierte“ Pflegefachkräfte attraktiv wird und mitnichten ein *dirty work* darstellt.

Ähnlich wie bei der Bezeichnung „Hohepriester“, trifft das Etikett „Bürokratenkaste“ nicht zu, selbst wenn es ein Quäntchen Wahrheit enthält. Die Kodierfachkräfte sind aufgrund ihrer berufsbiographischen Herkunft aus der Pflege kaum pauschal als Bürokraten zu bezeichnen, die Kodierregeln einfach exekutieren, selbst wenn eine Affinität für Zahlen, Finanzen und Organisieren zur Ausübung dieser Tätigkeit erforderlich ist. Zutreffend ist freilich, dass sie Teil eines immensen bürokratischen Apparats sind, der immer mehr Personal und Ressourcen verschlingt – angesichts knapper Kassen und steigender Kosten im Gesundheitswesen sieht dies ganz nach einer nicht-intendierten, wenn nicht gar paradoxen Folge der politischen Sparintentionen aus: Auf der einen Seite das für die optimale Kodierung und Abrechnung von Krankenhausleistungen bereitgestellte Personal in den Krankenhäusern, auf der anderen Seite die nun ebenfalls mit ärztlichem Personal und Kodierfachkräften und Groupersoftware „aufgerüsteten“

Prüfabteilungen der Krankenkassen und des MDK, die den Krankenhäusern bei ihren Abrechnungen auf die Finger schauen.³

Der Mediziner Brandenburg spricht wie ein Parasitologe vom „Sich-Festsetzen“ einer ganzen Reihe neuer Verwaltungsberufe. Die „DRG-Berufsgruppen“ haben sich „mittlerweile in den Klinikverwaltungen etabliert – und sie werden sich kaum selbst abschaffen wollen“ (Brandenburg 2013: 57). Das ist böse formuliert, im Kern trifft das bezüglich der Kodierfachkräfte aber die Tatsache, dass diese Tätigkeit für die ehemaligen Pflegefachkräfte einen letzten Rettungsanker darstellt, der es ihnen ermöglicht, einem auf Dauer unlebbaren Beruf zu entkommen, einen gewissen Status im Personalgefüge des Krankenhauses zu erlangen und den Sprung auf die Seite der Gewinner des Umbaus des Krankenhauswesens zu schaffen. Bei allen moralischen Dissonanzen (Klinke/Kühn 2006, 15), mit denen sie je nach habituellen Dispositionen möglicherweise ihre Tätigkeit ausüben, werden sie tatsächlich kaum den Wunsch verspüren, dass das DRG-System und damit sie selbst „abgeschafft“ werden.

Literatur

- Afentakis, A. 2009: Krankenpflege. Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen, Statistisches Bundesamt, STATmagazin, 18. August 2009
- Bär, S. 2012: Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte, Wiesbaden
- Bartholomeyczik, S. 2010: Professionelle Pflege heute: Einige Thesen. In: Kreutzer, S. (Hg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert, Osnabrück, 133-154
- BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft 2011: Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens, 4. Oktober 2011, Köln
- Bode, I. 2010: Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor. In: Endreß, M./Matys, T. (Hg.): Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie, Wiesbaden, 63-92

3 In ihrem für die Deutsche Krankenhausgesellschaft erstellten Gutachten hat die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO AG errechnet, dass sich die Personalkosten des Medizincontrollings und der Kodierfachkräfte pro Krankenhaus im Durchschnitt jährlich auf ca. 341.000 Euro belaufen. „Hochgerechnet auf alle deutschen Krankenhäuser sind in diesen Bereichen ca. 13.700 Mitarbeiter beschäftigt und kosten das Gesundheitssystem jährlich 0,7 Mrd. Euro – rein auf Seiten der Krankenhäuser. Gemessen an den mittleren Behandlungskosten eines stationären Krankenhausbehandlungsfalls in Deutschland bedeutet dies, dass für diese Aufwendungen ca. 190.000 Patienten stationär behandelt werden könnten“ (BDO AG 2011: 61). Die entsprechenden Kosten bei den Krankenkassen, dem MDK oder dem IneK: noch hinzuzuaddieren.

- Boerner, S. et al. 2005: Freiwillig mehr tun? Organizational Citizenship Behavior im Krankenhaus – ein Vergleich zwischen Ärzten und Pflegekräften, *Das Gesundheitswesen*, 67, 770-776
- Brandenburg, P. 2013: Kliniken und Nebenwirkungen. Überleben in Deutschlands Krankenhäusern, Frankfurt am Main
- Braun, B./Buhr, P./Müller, R. 2008: Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten, Schwäbisch Gmünd
- Gouthier, M. H.J. 2011: „Produzentenstolz von Dienstleistern als positive Arbeitsemotion“. In: Ringlstetter, M./Kaiser, S./Müller-Seitz, G. (Hg.): *Positives Management. Zentrale Konzepte und Ideen des Positive Organizational Scholarship*, Wiesbaden, 49-71
- Hasselhorn, H.-M., et. al. (Hg.) 2005: *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*, Bremerhaven
- Kaysers, H.-G./Willems, H. 2009: Kodierqualität hat ihren Preis. Arbeitsrechtliche Stellung von Klinischen Kodierfachkräften im Krankenhaus, *KU Gesundheitsmanagement*, 11, 88-90
- Klinke, S./Kühn, H. 2006: Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Kuhlmann, E./Larsen, C. 2012: Gesundheitsreformen und Beschäftigungssituation – Erklärungspotenziale gendersensibler quantitativer Methoden. In: Aulenbacher, B./Riegraf, B. (Hg.): *Erkenntnis und Methode. Geschlechterforschung in Zeiten des Umbruchs*, Wiesbaden, 217-234
- Pfeuffer, A. 2014: Should I stay or should I go. Strategien des Umgangs mit einem unmöglich gewordenen Beruf. In: Schultheis, F./Vogel, B./Mau, K. (Hg.): *Im öffentlichen Dienst. Kontrastive Stimmen aus einer Arbeitswelt im Wandel*, Bielefeld, 39-62
- Simon, M. 2007: Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005. Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover, P07-001, Hannover
- Vogd, W. 2006: Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung, *Berliner Journal für Soziologie*, 4, 97-119
- Witman, Y./Smid, G./Meurs, P. L. 2010: Doctor in the lead: balancing between two worlds, *Organization*, 18, 4 477-495