

MICHAEL GEMPERLE, ANDREAS PFEUFFER

DIE ÖKONOMIEN DER DOKUMENTATIONSKRITIK

Abstract

Der Artikel untersucht auf Grundlage qualitativer Interviews die Möglichkeitsbedingungen der seit einigen Jahren zunehmenden Kritik von ÄrztInnen und Pflegekräften an den Dokumentationsverpflichtungen. Ausgehend von zentralen Thesen in der Literatur wird gezeigt, dass die Zunahme der Dokumentationskritik seitens medizinisch-pflegerisch Beschäftigter nicht allein durch die möglicher Weise gestiegene Belastung durch Dokumentationsaufgaben oder mangelnde Ressourcen zu deren Bewältigung bedingt ist, sondern in hohem Maße durch den strukturellen Wandel, dem die stationäre Gesundheitsversorgung gegenwärtig ausgesetzt ist. Die Dokumentationskritik eignet sich dafür, das Unbehagen an der gegenwärtigen Umgestaltung des Krankenhausbereichs zum Ausdruck zu bringen, weil sie es Ärzten und Pflegekräften erlaubt, die sich durchsetzenden betriebswirtschaftlichen Funktionsmechanismen, die ihre Autonomie zunehmend einschränken, zu problematisieren, ohne ihre Ablehnung des Thematisierens der materiellen Seite ihrer Tätigkeit aufgeben zu müssen.

1. Einleitung

In Schilderungen von ÄrztInnen und Pflegekräften über ihre Arbeitssituation ist heute vermehrt Kritik an „der Dokumentation“ zu vernehmen. Meist wird ein erhebliches Anwachsen, ja ein Überhandnehmen von Dokumentationsaufgaben in den letzten Jahren beklagt.⁷ „Die Dokumentation“ sei heute eine Belastung, weil sie die Arbeitszeit für die „eigentliche“ Aufgabe, die Betreuung von PatientInnen, verringern würde, heißt es typischerweise. Im selben Atemzug wird nicht selten eine Aufweichung des Kernbereichs der eigenen Tätigkeit konstatiert. Dieser Diskurs nimmt in den Äußerungen von ÄrztInnen und Pflegekräften einen derart prominenten Platz ein, dass der Eindruck entsteht, als sei „die Dokumenta-

⁷ In offiziellen Organen der Ärzteschaft beispielsweise wird von „Dokumentationswut“ (AEKW 2012), von „unsinniger Kontrollbürokratie“ (Flintrop/Korzilius 2012: 635), von „Bürokratie-Wahnsinn“ (AEKW 2012) oder von einem „Bürokratie-Monster“ (Flintrop/Korzilius 2012: 634) gesprochen.

tion“ zu einer Hauptquelle des Unbehagens avanciert. Zu korporatistischen Mobilisierungen bot die Dokumentationskritik jedenfalls bereits verschiedentlich Anlass.⁸

Dieser Beitrag interessiert sich dafür, wie es möglich ist, dass heute Ärzte und Pflegekräfte gerade an „der Dokumentation“ nicht unwesentliche Teile ihres Unbehagens an der eigenen Arbeitssituation zum Ausdruck und zur Geltung bringen. Zu Dokumentationsaufgaben besteht nicht nur bereits seit vielen Jahren eine gesetzliche Pflicht,⁹ auch sind sie seit geraumer Zeit unentbehrlicher Bestandteil der medizinisch-pflegerischen Arbeit.¹⁰ Im Kontext des Umbaus öffentlicher Krankenhäuser zu profitorientierten Dienstleistungsunternehmen scheinen Themen wie die Beschäftigungssicherheit, die Tarifstruktur, das Arbeitszeitregime oder die Arbeitsintensität (vgl. Keller 2007, Kühn/Klinke 2006) eine mindestens ebenso große Relevanz zu besitzen. Erstaunlich ist zudem, dass in diesem Punkt zwischen den Angehörigen von zwei zwar stark arbeitsteilig tätigen und auf einander bezogenen, hinsichtlich der sozialen Herkunft, der Ausbildungsgänge und der Berufsposition aber relativ unterschiedlichen Beschäftigungstengruppen eine große Übereinstimmung besteht, sich die beiden in der Dokumentationskritik geradezu wechselseitig zu bestätigen scheinen.

Auch in der Fachliteratur zieht das Thema „Dokumentation“ seit der zweiten Hälfte der 1980er Jahre zunehmend Aufmerksamkeit auf sich. Im Zentrum des Interesses vieler Studien steht allerdings meist das gut bekannte Phänomen, dass das Erfassen von Arbeitsprozessen oder Patientenzuständen durch ÄrztInnen und

⁸ Ende 2011 verabschiedete eine Gruppe von Kaderärzten am Universitätsspital Zürich das Manifest „Medizin gegen Spitalbürokratie“, in dem ein „radikaler Bürokratie-Abbau“ gefordert wird (ZKFS 2011). In Deutschland, wo nicht nur der Umfang der Dokumentation mehr angewachsen, sondern auch die Diskussion darüber weiter gediehen zu sein scheint, kam es zu analogen Mobilisierungen. Aufsehen erregte zuletzt die Petition „Gesundheitswesen – Kontrolle der Verwaltungs- und Bürokratiekosten der Krankenkassen“, die im März 2012 beim Deutschen Bundestag mit 4000 Unterschriften eingereicht wurde und verlangt, die Bürokratiekosten transparent zu machen und den Bundesrechnungshof mit der Kontrolle der Verwaltungs- und Bürokratiekosten der Krankenkassen zu beauftragen. Auch Pflegekräfte äußern immer deutlicher ihre Unzufriedenheit über die in den vergangenen Jahren angewachsenen Dokumentationsaufgaben; eine Folge davon ist zum Beispiel, dass im deutschen Bundesministerium für Gesundheit im Juni 2011 die Funktion einer Ombudsfrau zur „Entbürokratisierung in der Pflege“ geschaffen wurde. Von der American Nurses Association, die ihren 1950 erstellten Ethikkodex zuletzt im Jahr 2001 aktualisiert hatte, erschien im Jahr 2010 bereits eine Aktualisierung des 2005 erstmals herausgegebenen des Verhaltenskodexes zur Dokumentation.

⁹ In der Bundesrepublik Deutschland beispielsweise besteht die Dokumentationspflicht für ÄrztInnen seit dem Jahr 1976 und für Pflegekräfte seit 1986 (vgl. Strässner 2010).

¹⁰ Selbst innerhalb der Pflege wird das Dokumentieren spätestens seit Florence Nightingale als zentraler Bestandteil der Arbeitspraxis angesehen (vgl. Iyer/Camp 1995).

Pflegekräfte häufig nicht fehlerfrei und vollständig vonstatten geht.¹¹ Hervorzuheben gilt es zum einen Untersuchungen, die Arbeitsweltbedingungen oder dispositionale Gründe für die Dokumentationskritik ermitteln.¹² Andere Arbeiten betrachten (Eigen-)Logiken der Praxis des Aufzeichnens (z.B. Berg 2008, Frank-Stromborg et al. 2001, Hyde et al. 2005, Weeks/Darrah 1985). Eine dritte Gruppe von Arbeiten beleuchtet besonders die wirtschaftlichen Folgen der lückenhaften Dokumentation (z.B. Duszak et al. 2012). All diese Arbeiten gehen von der mehr oder weniger ausgesprochenen Prämisse aus, dass – wie Jefferies et al. (2010: 113) zur Pflegetätigkeit bemerken – „documentation defines the performance of nursing practice“.

Der vorliegende Beitrag betrachtet die Dokumentationskritik aus einer anderen Perspektive. Er schreibt sich ein in den Versuch von Arbeitssoziologen, die gesellschaftlichen Bedingungen der Arbeitsorientierung von Beschäftigten öffentlicher Dienste zu untersuchen, die in Zeiten der Privatisierung, Liberalisierung und Deregulierung einem strukturellen Wandel unterliegen. Zwei Grundannahmen daraus sind für die Herangehensweise in diesem Artikel zentral: Betriebe sind Beziehungsräume, in denen individuelle und kollektive Akteure sich in einem Kräfteverhältnis gegenüber stehen, in dem Kämpfe um die Vorherrschaft stattfinden (vgl. Bourdieu 1997, 2000). Zweitens sind Beschäftigte öffentlicher Institutionen mit einer spezifischen „Ehre“ ausgestattet, die daher rührt, dass ihre Leistungen idealiter im Gegensatz zur Ökonomie und zum Profitstreben stehen (vgl. Bourdieu 2012).

Der vorliegende Beitrag greift diese beiden Grundannahmen auf, indem er den Versuch unternimmt, die gesellschaftlichen Möglichkeitsbedingungen der Dokumentationskritik zu untersuchen. Dieser Artikel stützt sich auf die Transkriptionen von 51 teilstandardisierten Interviews mit Beschäftigten von drei öffentlichen Krankenhäusern in Deutschland, Österreich und der Schweiz.¹³ Diese leitfadengestützten qualitativen Interviews mit ÄrztInnen, Pflegekräften und Verwaltungsangestellten, die hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und der Position relativ heterogen sind, enthalten Informationen zu den (differenziellen)

¹¹ Daran anschließend hat sich auch im deutschsprachigen Raum eine entsprechende Ratgeber-Literatur entwickelt. Aus dem Jahr 2010 stammt die Feststellung eines Rechtsanwalts für Krankenhaus- und Patientenrecht, wonach „mittlerweile [...] die Flut an Büchern, Artikeln und Tipps zur ‚richtigen‘ oder ‚guten‘ Pflegedokumentation kaum noch zu überblicken [ist].“ (Strässner 2010: 1).

¹² Diese Literatur wird in Teil 2 eingehender diskutiert.

¹³ Erhoben wurde dieses Material im Rahmen des SNF/DFG/FWF-Projekts „Im Dienste öffentlicher Güter“ unter der Leitung von Franz Schultheis, Berthold Vogel und Jörg Flecker von Januar bis Dezember 2011. Aufbereitet wurden die qualitativen Interviews in der Logik der Grounded Theory und des Verstehens-Ansatzes von Pierre Bourdieu (1993). „Dokumentation“ ist im empirischen Material eine zentrale indigene Kategorie.

praktischen Erfahrungen der Beschäftigten mit dem strukturellen Wandel dieser Institutionen einerseits und zu den grundsätzlichen Einstellungen, mit denen sie dieser Veränderung begegnen andererseits. Diese Daten werden im Lichte der Eigenschaften und der aktuellen Entwicklung der drei Krankenhäuser betrachtet, zwischen denen neben einer Reihe nicht unwesentlicher (nationaler) Unterschiede, vor allem was die Figuration zwischen den Beschäftigtengruppen betrifft, wichtige strukturelle Gemeinsamkeiten bestehen (z.B. die relative starke Stellung der Ärzteschaft, die in Deutschland am stärksten ausgeprägt ist; vgl. Döhler 1997). Die Befunde werden mit Ergebnissen zum Thema aus der Fachliteratur diskutiert. Im Zentrum stehen also weniger die Arbeitsbedingungen (vgl. Böhlke et al. 2009) oder bestimmte Akteursgruppen (vgl. Vogd 2006) als strukturelle Merkmale des betrachteten Phänomens. Aus diesem Grund wird die Dokumentationskritik von ÄrztInnen und Pflegekräften einer gemeinsamen Betrachtung unterzogen.

Die hier eingeschlagene Herangehensweise zielt darauf ab, ausgehend von den Aussagen der Beschäftigten zu einer zeitdiagnostischen Interpretation ihrer Lage zu gelangen. Anstoß dazu, die Dokumentationskritik zunächst einmal als Diskurs anzusehen, gab uns die Beobachtung, dass die Befragten den Begriff „Dokumentation“ bemerkenswert unscharf verwenden.¹⁴ Zudem verweist sein Gebrauch nicht selten auf das Arbeitsumfeld. Bei der Dokumentationskritik scheint es folglich weniger oder nicht nur um die kritisierte Sache zu gehen. Vielmehr scheint ihr auch eine Bedeutung in Kämpfen zwischen individuellen oder kollektiven Akteuren zuzukommen.

Indem wir die Kritik an den Verhältnissen zum Ausgangspunkt für die Analyse der sozialen Logiken nehmen, denen sie folgt, bewegen wir uns im Bereich der „Soziologie der Kritik“, die im Anschluss an *Le nouvel esprit du capitalisme* (1999) von Luc Boltanski und Ève Chiapello (s. auch Boltanski 2010) eine gewisse Beachtung gefunden hat (vgl. Wuggenig 2008). Auch wir nehmen die Kritik der Akteure ernst. Anders als die „Soziologie der Kritik“ gehen wir allerdings davon aus, dass die Bedeutung der Dokumentationskritik für die gesellschaftlichen Verhältnisse über das Wort der Akteure hinaus geht und sich insbesondere ohne Berücksichtigung der Kräfteverhältnisse zwischen den relevanten Akteursgruppen nicht adäquat verstehen und erklären lässt. Die Kritik ist weder eine von der sozialen Wirklichkeit losgelöste Erscheinung noch deren mechanischer Ausdruck, sondern stellt vor allem eine Stellungnahme innerhalb eines

¹⁴ Der zunächst oft undifferenziert vorgebrachte Ausdruck „Dokumentation“ rekurrierte in den Interviews entweder auf das schriftliche Festhalten von Arbeitsabläufen, die Aufzeichnung patientenbezogener Daten oder das Dokumentieren im Rahmen der so genannten „Absicherungsmedizin“.

bestimmten Beziehungsgeflechts dar. Zudem hängt es von der Qualität der Kritik ab, in welcher Form sie auf eine Veränderung der Verhältnisse hinwirkt.¹⁵

Der Aufbau dieses Beitrags orientiert sich an Thesen zu den Möglichkeitsbedingungen der Dokumentationskritik. Von ihnen ausgehend werden zentrale Bestimmungsfaktoren diskutiert. Im ersten Teil steht die These der Zunahme „der Dokumentation“ als Ursache für die Kritik im Zentrum. Der zweite Teil erörtert die in der Literatur viel diskutierte Frage, ob und wie das kritische Verhältnis zu administrativen Aufgaben auf einen Mangel an Kompetenzen und Ressourcen zu ihrer Erledigung zurückgeführt werden kann. In Teil 3 wird aufgezeigt, inwiefern in der Dokumentationskritik Veränderungen der Handlungsspielräume von ÄrztInnen und Pflegekräften zum Ausdruck kommen, die im Zusammenhang mit dem strukturellen Wandel des Gesundheitsbereichs insgesamt stehen. Teil 4 bleibt dieser Optik verpflichtet und analysiert die symbolische Bedeutung des Phänomens im Kontext des Niedergangs des medizinisch-pflegerischen Nimbus, bevor im Schlussteil eine synthetische Gesamtbetrachtung vorgenommen wird.

2. Nicht nur eine Frage der Menge

Als Erklärungsfaktor für das Anwachsen der Dokumentationskritik von ÄrztInnen und Pflegekräften scheint sich die Zunahme von Dokumentationsaufgaben geradezu anzubieten. Von den Befragten, die gegenüber „der Dokumentation“ ein Unbehagen äußern, ist fast durchwegs zu hören, dass diese angewachsen sei und einen unverhältnismäßigen Umfang angenommen habe. Sie suggerieren damit, dass die Dokumentationskritik eine mehr oder weniger zwangsläufige Folge dieses „Überflüssigen und Ärgerlichen“ (Flintrop/Korzilius 2012: 634) darstellt. Gerade die langjährig im Krankenhausbereich Beschäftigten, die früher unter anderen Bedingungen tätig waren, scheinen in ihrer Dokumentationskritik mehr oder weniger implizit davon auszugehen. Sie sind es auch, welche die Zunahme von Arbeiten des Registrierens von Arbeitsabläufen oder Patienteneigenschaften am deutlichsten mit einer Intensivierung der Arbeit und Verringerung der Möglichkeiten für das Ausüben der eigentlichen Aufgabe, der PatientInnen-Arbeit, einhergehen sehen. Stellvertretend dafür stehen die Aussagen von drei langjährig Beschäftigten aus unterschiedlichen Fachgebieten und nationalen Kontexten:

Es ist schon alles verbürokratisiert. Und wie man die Pflegenden hört, die sagen, was wir alles schreiben müssen, also wir sind zu Schreibtischtäterinnen geworden. Das ist so, man muss alles dokumentieren und beweisen und Quali-

¹⁵ Zu welchen Veränderungen beispielsweise eine von der Sozialkritik losgelöste Kulturkritik Anlass geben kann, zeigt gerade die Analyse von Boltanski und Chiapello (1999).

tät beweisen. [...] Die Administration ist schon wahnsinnig. *Pflegefachfrau, Leiterin Ausbildung Pflege, Schweiz*

Man muss natürlich alles dokumentieren, was man macht. Aber es ist eben wirklich inzwischen so, dass die Dokumentation dessen, was man machen sollte oder gemacht hat, viel mehr Raum einnimmt, als wirklich die Arbeit an sich. Also, natürlich muss man das, mir ist das auch klar. Aber es wäre für mich einfacher, wenn ich jetzt meine zehn Patienten waschen, lagern, füttern, versorgen kann. Und dann schön alles so in Ruhe machen kann und dann heimgehen kann. Das wäre toll. Aber, ich muss das alles in stundenlanger Arbeit dokumentieren, ankreuzen, abhaken, und es ist das, was mich dann in Stress versetzt. [...] Ich will eigentlich Zeit für die Pflege des Patienten, und nicht für die Dokumentation dessen, was ich an ihm gemacht habe. *Pflegefachfrau, Stationsleiterin, Deutschland*

Die Dokumentation hat massiv zugenommen. Man muss wirklich – für wenn später Fragestellungen sind – viel mehr dokumentieren und das braucht einfach Ressourcen. [...] Nein, also die ureigenste ärztliche Tätigkeit, die Zeit den Patienten [zu behandeln], um mit ihm zu reden, ein Gespräch führen, Kontakt halten, ihn untersuchen, das wird immer knapper und kürzer. Immer mehr Leitlinien, Vorgaben nach denen man sich richten muss, vor allem retrospektiv. Wenn was nicht optimal gelaufen ist, kommt von irgendwo jemand her und sagt: „Es gab Richtlinien.“ Das geht in keinen Kopf mehr. *Leitender Arzt, Österreich*

Der Zusammenhang zwischen verstärkter Inanspruchnahme durch Dokumentationsaufgaben in der Arbeitszeit und der Dokumentationskritik scheint von verschiedenen Studien bestätigt zu werden, die deutlich machen, dass der Dokumentationsaufwand in den vergangenen Jahren angewachsen ist.¹⁶ In der Regel beruhen diese Untersuchungen allerdings auf Angaben der medizinisch-pflegerisch Tätigen selber, sie erfassen also vor allem die Einschätzung des Dokumentationsaufwandes seitens derjenigen, von denen die Kritik ausgeht,¹⁷ weshalb sie

¹⁶ Einer Umfrage des deutschen Krankenhausinstituts zufolge im Jahr 2001 wenden ÄrztInnen in der Inneren Medizin durchschnittlich 3 Stunden und 15 Minuten für das Dokumentieren auf, diejenigen in der Chirurgie 2 Stunden und 42 Minuten (vgl. Blum/Müller 2003). Becker et al. (2010) ermitteln aufgrund von Arbeitsprozessbeobachtungen in der Uniklinik Freiburg einen durchschnittlichen Wert von 148 Minuten für „Dokumentation“ und Verwaltungstätigkeiten. Die jüngste Mitgliederbefragung des Marburger Bundes zeigt, dass 54% der Klinikärzte täglich mehr als 2 Stunden mit Verwaltungsaufgaben beschäftigt sind (vgl. IQE 2011). Bei den Pflegekräften scheint der Aufwand für Dokumentation und Administration in der Chirurgie im Durchschnitt 88,2 Minuten und in der Inneren Medizin 96,5 Minuten pro Arbeitstag zu betragen, gesamthaft gut 28% der Arbeitszeit (vgl. Blum 2003). Aus einer kürzlich durchgeführten Befragung geht hervor, dass Spitalärzte in der Schweiz durchschnittlich 10% ihrer Zeit für Rapporte, 16% für Dokumentationsarbeit und weitere 10% für die Codierarbeit und sonstige administrative Tätigkeiten verwenden (Golder et al. 2011).

¹⁷ Inwiefern sich diese Wahrnehmung verändert hat, zeigt z.B. die Studie von Perneger et al. (2011), in welcher Daten aus Erhebungen mit demselben Fragebogen in den Jahren 1998 und 2007 kontrastiert werden. Während im Kanton Genf im Jahr 2007 der Anteil der ÄrztInnen, die mit ihrer „administrativen Last“ unzufrieden sind, bei 49,5% lag, waren es 1998

weniger den Zusammenhang als tautologische Erklärungen der Dokumentationskritik stützen. Zwar scheinen Dokumentationsarbeiten unzweifelhaft wichtiger geworden zu sein. Über den Umfang, in dem stationäre ÄrztInnen und Pflegenden durch Dokumentationsaufgaben in Anspruch genommen werden und in welcher Form über die Zeit eine Veränderung festzustellen ist, bestehen aber nur wenig systematische und zuweilen gar konträre Befunde.¹⁸ Zudem stellen Dokumentationsaufgaben nicht erst seit den vergangenen Jahren einen Gegenstand der Kritik von Pflegekräften und ÄrztInnen dar.¹⁹ Vieles deutet folglich darauf hin, dass die Dokumentationskritik für sie weniger eine unmittelbare Folge des (arbeitszeitabsorbierenden) Anwachsens des Dokumentationsaufwandes als dass dieses vielmehr einen Bestimmungsfaktor unter anderen darstellt.

Gestützt wird diese Einschätzung durch den Umstand, dass – wie unser empirisches Material zeigt – die Kritik an „der Dokumentation“ nicht bei denjenigen am stärksten ausfällt, die in ihrer Arbeit am meisten durch bürokratische Aufgaben in Anspruch genommen werden. Sowohl in der Pflege als auch in der Ärzteschaft ist festzustellen, dass die gegenwärtige Frontstellung gegenüber „der Dokumentation“ gerade auf leitender Ebene besonders ausgeprägte Formen annimmt, obwohl die zeitliche Absorbierung durch Dokumentationsaufgaben vor allem bei subalternen Beschäftigtengruppen besonders groß ist, d.h. bei regulären Pflegekräften ohne Leitungsfunktion sowie OberärztInnen und besonders AssistenzärztInnen.²⁰ Zudem ist aus der Politischen Soziologie bekannt, dass die Möglichkeiten, einem Unbehagen durch explizite Kritik Ausdruck zu verleihen, durch die faktische Betroffenheit vom Kritisierten weniger als durch die Verfügbarkeit über symbolische und vor allem kulturelle Ressourcen bedingt sind (s. zuletzt Matonti/Poupeau 2004).

3. Die Folge eines Mangels?

Ein weiterer möglicher Bestimmungsfaktor für das massive Unbehagen an „der Dokumentation“ könnte im Fehlen von Kompetenzen und Ressourcen zur

noch 8,9% weniger.

¹⁸ Beispielsweise stellt Sabine Bartholomeyczik (2007) in der Pflegearbeit auf Grundlage u.a. von Arbeitsprozessbeobachtungen in drei Krankenhäusern der Maximalversorgung auf jeweils zwei Stationen zwischen 2003 und 2005, d.h. zu Zeiten der Einführung der DRG in Deutschland, einen Rückgang des Anteils der Dokumentationsaufgaben an der Arbeitszeit von 8,4% auf 6,7% fest.

¹⁹ Von Anfang der 1960er Jahre beispielsweise stammt die Beobachtung von Johann Rohde (1962: 312), dass Pflegekräfte Aufgaben wie die „Schreibarbeit“ in „kaum verhohlener Affektivität“ ablehnen.

²⁰ Der erwähnten Umfrage von Blum und Müller (2003) zufolge verwenden Assistenzärzte in Deutschland mehr als 50% ihrer Arbeitszeit für Dokumentationsaufgaben.

Erledigung der administrativen Aufgaben bestehen. ÄrztInnen und Pflegekräfte stünden in einem kritischen Verhältnis zu Dokumentationsaufgaben, weil ihnen dazu die Kompetenzen, die Motivation oder die Arbeitsmittel fehlen. Diese Annahme liegt zumindest einer Reihe von Studien zugrunde, welche sich für die Gründe der bereits erwähnten Unvollständigkeit und Fehlerhaftigkeit „der Dokumentation“ interessieren. Von diesen Untersuchungen wurden in der Fachliteratur wohl die meisten empirischen Befunde zu Dokumentationspraktiken hervorgebracht.

Zahlreiche deutschsprachige und internationale Arbeiten weisen auf verschiedene Faktoren hin, die das kritische Verhältnis von ÄrztInnen und Pflegekräften zu Dokumentationsarbeiten begünstigen.²¹ Studien, die das Arbeitsumfeld betrachten, zeigen, dass mangelnde Zeit, fehlender Raum oder Überlastung verhindern, dass zwischen den medizinisch-pflegerisch Tätigen und administrativen Aufgaben ein ungebrochenes Verhältnis besteht (vgl. bereits Tapp 1990).²² Die fehlende Unterstützung durch die Leitung und die Arbeitskollegen sowie arbeitsorganisatorische Schwierigkeiten sind weitere Gründe (vgl. Ehrenberg et al. 2001, Kärkkäinen/Eriksson 2005), ebenso die fehlende Anerkennung für die Dokumentationsarbeit durch das Arbeitsumfeld (vgl. Tapp 1990). Ein zweiter großer Bereich, der gegenwärtig in der Fachliteratur die größte Aufmerksamkeit genießt, sind die Dispositionen der Beschäftigten. Hervorzuheben gilt es hier vor allem zwei Faktoren, die letztlich beide damit zusammen hängen, dass die Arbeitswelt von medizinisch-pflegerisch Tätigen von einer medizinisch-naturwissenschaftlichen Kultur beherrscht wird. Diese beiden Faktoren werden meist bezogen auf die Pflegekräfte diskutiert, die gegenüber dieser Kultur die größte Distanz aufweisen (vgl. Friesacher 2008).²³ Zum einen wird die Diskrepanz zwischen den an medizinisch-technischen Maßstäben orientierten Dokumentationen und der praktischen Realität betont: Die Arbeitspraxis spielt sich jenseits von Pflegeprozess und Pflegeplan ab (vgl. Allen 1998), die Kategorien der Pflegedo-

²¹ Für einen Überblick, siehe die qualitativen Meta-Analysen von Jefferies et al. (2010) und Kärkkäinen/Eriksson (2005).

²² Die von uns befragten Beschäftigten identifizierten in überwiegender Zahl neben der Zunahme von Dokumentationsaufgaben die Intensivierung der Arbeit als zweite große Veränderung der letzten Jahre. Zur Intensivierung im Krankenhaus-Bereich, siehe Böhlke et al. (2009).

²³ Weshalb gerade die Pflegekräfte (und nicht die ÄrztInnen) zu diesem Punkt verstärkt untersucht werden, scheint neben ihrer Position im Krankenhausgefüge nicht zuletzt mit den Erwartungen zusammenzuhängen, welche die Krankenkassen seit einigen Jahren verstärkt an sie herantragen. In Deutschland scheint die unvollständige Pflegedokumentation jedenfalls vor allem seitens des Medizinischen Diensts der Krankenkassen MDK als „Hauptmangel“ der Pflege überhaupt“ aufgefasst zu werden, wie Günther Roth (2001: 161, Hervorhebung des Autors) aufgrund einer Expertenbefragung im ambulanten Bereich zeigt.

kumentation sind zu nahe an der medizinische Diagnose (vgl. Turkoski 1988). Aufgezeichnet werden vor allem Routine-Aufgaben und weniger außergewöhnliche Sachverhalte (vgl. Allen 1998) sowie eher Belange, die mit der medizinischen Behandlung zusammenhängen, als solche, die die Pflege betreffen (vgl. Griffiths 1998, Webb/Pontin 1997), wie beispielsweise die psychosozialen Aspekte der Arbeit (vgl. Briggs/Dean 1998). Arbeiten von geringerer Wertigkeit wie beispielsweise die Grundpflege werden weniger festgehalten als solche, die mit medizinischer Pflege verbunden sind (vgl. Adamsen/Tewes 2000). Der zweite Faktor, der mit der Vorherrschaft der medizinisch-naturwissenschaftlichen Kultur zusammenhängt, ist auf Ebene der beim Dokumentieren zur Geltung kommenden Kompetenzen und Einstellungen der Pflegekräfte anzusiedeln. Pflegegerisch Tätige scheinen bei der Dokumentationsarbeit Schwierigkeiten zu bekommen (vgl. Frank-Stromborg et al. 2001), darin weniger einen Nutzen als eine Belastung zu sehen (vgl. Mason 1999) und mit der eigenen Dokumentationspraxis unzufrieden zu sein (vgl. Törnkvist et al. 1997). Als Gründe dafür werden mangelndes Selbstvertrauen zum Schreiben (vgl. Howse/Bailey 1992) sowie das Fehlen einer eignen Sprache und von Fachkenntnissen genannt (vgl. Abt-Zegelin et al. 2003, Davis et al. 1994). Pflegekräfte ziehen verbale Kommunikation und orale Übermittlung schriftlichen Medien vor (vgl. Gunningberg/Ehrenberg 2004, Heartfield 1996). Auch tendieren sie dazu, elektronische Aufzeichnungen als Entlastung wahrzunehmen (vgl. Moody et al. 2004), selbst wenn sich der Arbeitsaufwand mit ihrer Einführung kaum wesentlich verringert (vgl. Munyisia et al. 2011). Innerhalb der Ärzteschaft ist die Fehlerrate beim Dokumentieren nicht selten höher als in der Pflege²⁴ und nimmt teilweise beträchtliche Höhen an (vgl. Hsia et al. 1988, Püschmann et al. 2006). Die „Dokumentationsproblematik“ (Grimm 2010: 19) scheint aber auch hier einem analogen Muster zu folgen, dokumentieren doch beispielsweise Notfallärzte Daten von Patienten mit neurologischen oder psychiatrischen Beschwerden weniger (vgl. Sarko 2009) oder werden bei Neuaufnahmen insgesamt weniger Angaben festgehalten. Insgesamt scheinen diese Befunde darauf hinzuweisen, dass das Verhältnis der Beschäftigten in Krankenhäusern zur „Dokumentation“ im Kontext der in der Arbeitswelt

²⁴ Am Beispiel des geriatrischen Akutbereichs in zwei nordeuropäischen Ländern wird deutlich, dass nicht nur verhältnismäßig viele funktionale Fähigkeiten der Patienten nicht dokumentiert werden, sondern auch, dass die Pflegekräfte zuverlässiger dokumentieren als die ÄrztInnen: Bei den pflegerischen Einträge fehlten 40 bis 60% und bei den ärztlichen Berichten 80 bis 97% (vgl. Jensdóttir et al. 2008). Zu einem analogen Befund gelangen Püschmann et al. (2006), die anhand von 317 Krankenunterlagen aus unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen ermitteln, dass die Verlaufsdokumentation der ÄrztInnen lediglich in der Hälfte aller Fälle vorhanden und frei von Mängeln ist, während dies bei den Pflegekräften bei 83% der Fall ist.

vorherrschenden Kultur und dem Kräfteverhältnis zwischen den beteiligten Akteursgruppen verstanden werden muss (vgl. Heartfield 1996) und sich darin besonders Unterschiede in den kulturellen Kompetenzen zeigen, die durch die soziale Herkunft oder die Bildungslaufbahn vermittelt werden.

4. Gegen die Beschränkung der Autonomie

Eine wichtige Voraussetzung für die aktuelle Konjunktur der Dokumentationskritik ist sicherlich die strukturelle Umgestaltung des Gesundheitswesens in den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren. Besonders mit der Umstellung von einer retrospektiven zu einer prospektiven Finanzierung, die unter dem politisch verordneten Spardiktat erfolgte, sind an öffentlichen Krankenhäusern betriebswirtschaftliche Kosten- und Gewinnkalküle wichtiger geworden und hat die Verwaltung erheblich an Gewicht gewonnen. Moderne kapitalistische Wirtschaftslogiken, die auf die systematische und dauerhafte Generierung von Profiten abzielen, setzen, wie seit Max Weber (1922) bekannt ist, einen „zweckrational“ orientierten Verwaltungsstab und entsprechend funktionierende administrative Techniken voraus.

In den Schilderungen der interviewten ÄrztInnen und Pflegekräften wird immer wieder angeführt, dass die Dokumentationsaufgaben nicht nur wertvolle Arbeitszeit absorbieren, sondern den beruflichen Handlungsspielraum einschränken würden – im obigen Statement spricht der leitende Arzt aus Österreich von seines Erachtens unsinnigen „Richtlinien“ und „Vorgaben“, denen er zunehmend unterworfen sei. Betont wird dabei nicht allein, dass das neue Regime der Arbeitskontrolle der zweckmäßigen Realisierung der „eigentlichen Arbeit“ im Wege steht, es wird auch hervorgehoben, dass die Arbeit und ihre Qualität von diesem System (im Vergleich zu früher) weniger nach den Prinzipien der „verantwortlichen Autonomie“ der Beschäftigten als auf der Basis des betriebswirtschaftlichen Ergebnisses ihrer Tätigkeit wahrgenommen und beurteilt wird. Wie an nachfolgenden Aussagen stellvertretend für zahlreiche Äußerungen deutlich wird, nimmt darin das Dokumentierte eine zentrale Funktion ein, da es letztlich die Grundlage einer solchen Bewertung darstellt – eine Basis, die allerdings schon beim Stellen der Patientendiagnose von Relevanz ist.²⁵

Wir sind mittlerweile so, dass wir einfach schauen: ‚Okay, welche Punkte müs-

²⁵ Im deutschen Krankenhaus, in dem sich das neue Regime der Arbeitskontrolle stärker als in den beiden anderen Krankenhäusern durchgesetzt hat, nahmen die Beschäftigten wiederholt auf den Slogan „Wer schreibt, der bleibt“ Bezug, in dem der zentrale Imperativ dieses Regimes für die subalternen Beschäftigten paradigmatisch zum Ausdruck zu kommen scheint.

sen unbedingt abgecheckt werden?“ Wir klären das mit dem Arzt, was für eine Meinung er hat. Klären das mit der verantwortlichen Pflegenden, das ist dann nachher meistens die Stationsleitung. Tun es entsprechend dokumentieren, was wir festgehalten haben und diskutiert.. also diskutiert ist. [...] Wir sagen einfach, was wir alles gemacht haben und der Rest ist ein.. ist am Schluss ein Dokument [...]. Manchmal ist es eine Beruhigungs... das Gewissen beruhigen, dass man alles gemacht hat, gell. Gewissen beruhigen: ich habe nachgefragt, ich habe... – wirklich, um sich selber, persönlich abzusichern. Ich denke, mit Zufriedenheit im Berufsalltag, hat das nicht unbedingt etwas zu tun. *Pflegefachfrau, Ausbilderin, Schweiz*

Man muss natürlich alles dokumentieren, was man macht. [...] Also die müssen einfach bestimmte Sachen, die gemacht wurden, nachweisen, dass die auch gemacht wurden. [...] Da müssen einfach bestimmte Minuten erbracht sein, damit man da eben den Zuschlag für diese Diagnose noch kriegt. *Pflegefachkraft, stellvertretende Stationsleiterin, Deutschland*

Ich muss natürlich dokumentieren. Und ich dokumentiere das auch. Und die Dokumentation ist mühsam, weil ich manchmal glaube, das wird nicht gelesen. Es wird auch manchmal nicht gelesen, und trotzdem muss es dokumentiert werden, weil sonst haben wir nicht gearbeitet. *Pflegefachfrau, Leiterin Sozialdienst, Österreich*

Die Imperative, welche das neuartige System der Arbeitskontrolle an die medizinisch-pflegerisch Tätigen heranträgt, scheinen mit der Position und Aufgabe zu variieren. Von den KaderärztInnen wird erwartet, dass sie ihre Abteilung „managen“, das heißt, dafür sorgen, dass sie rentiert und keine Verluste einbringt, etwa durch die Unter- oder Überschreitung der Patientenliegezeiten. Die leitenden ÄrztInnen sollten zudem im Rahmen der Abrechnung nach Fallpauschalen den durch ihre Abteilung erwirtschafteten Erlös im Auge behalten und hierzu dafür sorgen, dass die erbrachten Leistungen und Diagnosen betriebswirtschaftlich ‚zweckmäßig‘ erfasst werden. An die Pflegekräfte stellen die neuen Spielregeln vor allem den Anspruch des (in diesem Handlungshorizont) „korrekten“ Dokumentierens, wofür auf einer Station durchaus leitende Pflegekräfte die Verantwortung tragen können. Für alle Beschäftigten soll nach der neuen betriebswirtschaftlichen Logik nur das der letztendlich relevante Orientierungs- und Referenzpunkt sein, was abrechnungsrelevant ist – auch wenn sich in der konkreten Behandlungspraxis „eine Reihe von Prozeduren als bedeutsam erweisen, die in dem Kodiersystem nicht abgebildet werden können“ und damit nicht erlösrelevant sind (vgl. Vogd 2006: 102).

Inwiefern die berufliche Autonomie der medizinisch-pflegerisch Tätigen gerade auch durch „die Dokumentation“ eingeschränkt wird, kommt paradigmatisch in der Beziehung zwischen der Ärzteschaft und dem Medizincontrolling zum Ausdruck. Formal unterstehen die Medizincontroller zwar den Ärzten, diese sind

von ihnen jedoch wegen ihren besonderen Fähigkeiten und Kompetenzen in ‚erlösrelevanten Fragen‘ zugleich abhängig. Nachfolgende Schilderungen von zwei Kodierfachkräften im Bereich des Medizincontrollings und einer Assistenzärztin geben Einblick, welcher „sanktionierenden“ Macht seitens der Verwaltung die Ärzteschaft und Pflege in diesem Beispiel ausgesetzt sind.²⁶

Ja, miteinander reden ist sehr wichtig. Den Kontakt zu den Ärzten halten, zu den Schwestern halten, ist, finde ich, für uns sehr wichtig, weil man doch da schon einige Informationen rauskriegt. Ja, um da einfach im Gespräch zu bleiben, ob man dann auch irgendeine Dokumentation noch mal verändern muss. Ob man da noch mal irgendwo einwirken sollte. [...] Also man wird ja beäugt. Erfasst man alles richtig? Dokumentiert man richtig und so was? *Kodierfachkraft im Medizincontrolling, Deutschland*

Die Leute [=Ärzte] müssen wissen, wann ist die Grenze. Und bei der mittleren Verweildauer, da fängt das Medizin-Controlling an. Also wenn die Leute gerade in der Mitte entlassen werden, da können wir eben noch ein bisschen Geld mit dem Fall verdienen. Das müssen sie eben wissen, die Ärzte. Und sonst müssen sie, wenn sie falsch dokumentieren, und dann wird eben falsch kodiert, das sind Stellen, die sie dann selber verlieren auf der Station. Deshalb haben sie auch Interesse, dass richtig alles genau dokumentiert wird. *Kodierfachkraft im Medizincontrolling, Deutschland*

Und man hat das halt am Anfang auch gelernt, also wenn das tatsächlich alles sogar begründet und alles in Ordnung war, aber das im Brief nicht so hundertprozentig dokumentiert hat, da kam auf jeden Fall eine Anfrage. Da muss man dann halt die Akten hinschicken und das ist dann immer aufwendig und vor allem kriegt man das Geld dann halt immer erst 100 Jahre später, keine Ahnung. Das ist was, was man sich am Anfang nicht so bewusst ist und das wird man sich bewusst, weil es halt wieder mehr Dokumentationsaufwand ist und so weiter und so fort. *Assistenzärztin, Deutschland*

Es sind aber nicht nur die oben genannten „Richtlinien“ und „Vorschriften“, welche die ÄrztInnen dazu anhalten, sich verstärkt an betriebswirtschaftlichen Messgrößen auszurichten. Wohl noch wirksamer im Hinblick auf die Durchsetzung neuer Kriterien der Selbst- und Fremdbewertung ärztlicher Arbeit dürfte der indirekte Einfluss der Verwaltung über speziell installierte Informations- und Kontrolldispositive sein. Der folgende Auszug aus einem Interview mit dem Leiter des Finanz- und Medizincontrollings – der sich als stets „im intensiven Dialog“ mit den Ärzteschaft stehend bezeichnet – zeigt, wie sich eine Abteilung der Verwaltung darum bemüht, die Ärzteschaft untereinander durch permanenten Vergleich in eine Situation verschärfter Konkurrenz zu bringen. Die Passage zeigt zugleich, dass die Einschränkung der Autonomie der medizinisch-pflegerisch Tätigen weniger einem allgemeinen Generalplan „der Verwaltung“ folgt als

²⁶ Vgl. dazu auch den Beitrag von Pfeuffer/Gemperle in diesem Band.

dem im Kontext der Finanzknappheit wohl durchaus von Ernsthaftigkeit und Engagement getragenen Wirken eines leitenden Verwaltungsmitarbeiters, der den Geist der Zeit (und die Krankenhausleitung) in seinem Rücken weiß:

Bei uns ist es so, dass das Controlling schon seit mehreren Jahren täglich aktualisiert [wird], mehrmals, also mindestens zweimal. Wir arbeiten gerade an einer Automatisierung des Berichtswesens, dann wird das nicht mehr händisch aktualisiert, sondern dann wird es stündlich vom System gemacht. [...] 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.

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

Die Dokumentationskritik kann vor diesem Hintergrund als ein Mittel begriffen werden, mit dem die medizinisch-pflegerisch Beschäftigten sich der Kontrolle ihrer Arbeit durch die Verwaltung widersetzen, von der sie sich in einer Ausübung ihrer Tätigkeit nach eigenen Maßstäben zunehmend beeinträchtigt fühlen. Damit richtet sich die Kritik auch gegen die Vorherrschaft betriebswirtschaftlicher Funktionsprinzipien, die mit „der Dokumentation“ im Gesundheitswesen verstärkt Einzug erhielten und den genuine Zweck der Organisation Krankenhaus zunehmend unterlaufen. Ihre eigentliche Bedeutung gewinnt die Dokumentationskritik folglich erst im Rahmen des vorherrschenden politisch-ökonomischen Regimes im relevanten Bezugsfeld und seiner Entwicklung, für die der Rückgang der staatlichen Finanzierung und der Machtzuwachs der Krankenkassen kennzeichnen sind (vgl. Hermann 2007).²⁷ Als das Mittel, durch das sie bevorzugt wahrnehmen, dass ihre Arbeit nach einer Logik beurteilt wird, von der sie sich seit jeher abgrenzten, scheint sich „die Dokumentation“ als Projektionsfläche für das Unbehagen von Ärzten und Pflegekräften über ihre Arbeitssituation geradezu anzubieten.

5. Den Niedergang des Ansehens aufhalten

Ärzte und Pflegekräfte an öffentlichen Krankenhäusern würden ihr Unbehagen wohl kaum derart stark ausgeprägt durch die Kritik an der Dokumentation zum Ausdruck und zur Geltung bringen, wenn das Durchsetzen betriebswirtschaftli-

²⁷ Zum Ausdruck kommt dies nicht zuletzt darin, dass die Zunahme des Dokumentationsaufwandes in einer repräsentativen Umfrage im Sommer 2011 unter rund 1200 schweizerischen Ärzten die mit Abstand am häufigsten im Zusammenhang mit der bevorstehenden DRG-Einführung genannte Sorge war (vgl. Golder et al. 2011).

cher Maßstäbe nicht auch ihr Ansehen betreffen würde. Die Einschränkung des Handlungs- und Einflussbereichs, den medizinisch-pflegerisch Beschäftigte durch sie erfahren haben, ist gewiss erheblich. Für die Betroffenen ebenfalls von Bedeutung zu sein scheint, dass die Zunahme „der Dokumentation“ ihren Nimbus unterminiert hat, der darauf beruhte, dass die ökonomische Seite ihrer Tätigkeit verleugnet und tabuisiert wurde. Bekanntlich ist es ein zentraler Wesenszug „der Dokumentation“, wirtschaftliche Sachverhalte fass- und sichtbar zu machen.²⁸

Max Weber (1922) hat am Beispiel religiöser Würdenträger und politischer Akteure gezeigt, dass die Verleugnung jeder Art bürokratischer Organisation und jedes „Betriebs“ bei Vertretern von Institutionen, welche über ein Monopol symbolischer Güter verfügen, für ihr Berufsethos und ihr berufliches Ansehen konstitutiv ist. Pierre Bourdieu (2012: bes. 139-142) zufolge liegt die kategorische Ablehnung der Vulgarität wirtschaftlicher Kalkulation der „Ehre“ öffentlich Bediensteter und dem Zauber öffentlicher Güter zugrunde (vgl. Schultheis 2012). Auch das Ansehen von ÄrztInnen und Pflegekräften beruht nicht unwesentlich auf der Verneinung des „planvollen rationalen Geldgewinn(s), überhaupt alle(n) (...) rationale(n) Wirtschaften(s)“ (Weber 1922: 654).

Interessanterweise wurde dem strukturellen Charakter dieses Sachverhalts in den ersten soziologischen Arbeiten zum Krankenhausbereich Rechnung getragen, wenn auch vor allem anhand der Ärzteschaft.²⁹ So tabuisiert das ärztliche Berufsideal³⁰, wie es von Talcott Parsons (1951: 428-479) vor sechs Jahrzehnten am Beispiel niedergelassener ÄrztInnen festgehalten wurde, die materielle Seite der ärztlichen Tätigkeit. Expliziter weisen jedoch Arbeiten von Eliot Freidson, Everett Hughes sowie Harvey Smith und Gartley Jaco darauf hin, inwiefern dies mit einer Abgrenzung von bürokratisch-legalen Mitteln und Legitimationsformen einher geht: ÄrztInnen würden ihre Arbeit „im wesentlichen [...] als außerordentlich komplex und routinefrei“ auffassen, „so dass sie, um angemessen erfüllt werden zu können, eines ausgedehnten Trainings, großer Intelligenz und Fertig-

²⁸ Wie gewichtig die Infragestellung des Ansehens der medizinisch-pflegerisch Tätigen ist, lässt sich unter anderem daran erkennen, dass selbst vielen Studien über „die Dokumentation“ – wie DeWolf Bosek und Ring (2010) bezüglich Pflegekräften feststellen – mittlerweile die Vorstellung zugrunde liegt, „good documentation equate(s) to good nursing care“.

²⁹ Dies ist sicher mit ein Grund ist, weshalb die Gegebenheit in der aktuellen fachlichen Diskussion über die Pflegekräfte kein zentrales Thema darstellt (z.B. Behrens/Langer 2010; Schaeffer/Wingenfeld 2011).

³⁰ Diese kennzeichnet sich zum einen durch den Grundsatz, prinzipiell allen Mitgliedern der Gesellschaft zur Verfügung zu stehen und sie gleich zu behandeln (Universalismus). Zum anderen beruht sie auf der Prämisse, das Wohl der Patientin/des Patienten über alle anderen Interessen (inklusive der eigenen) zu stellen und sie/ihn so nach bestem Wissen und Können medizinisch-pflegerisch zu behandeln (Kollektivorientierung).

keit sowie höchst komplexer Urteilskraft bedarf, welche sämtlich nicht aufgrund von einfachen und festgelegten Regeln her beurteilt werden können“ (Freidson 1975: 110). ÄrztInnen suchten jenseits bürokratischer Vorgaben Geltung, die der bürokratisch-legalen Macht gegenüber mit Widerstand geladen ist (vgl. Smith/Jaco 1958: 469f.). Sie hielten die Arbeitsabläufe jenseits von Routine und Regelmäßigkeit hoch, was sich besonders in der Idealisierung einer Notstandshaltung zeige (vgl. Hughes 1958a: 54f., 58 und 88, 1958b: 169f.). Smith und Jaco (1958) sprechen gar davon, dass Krankenhäuser von „two lines of authority“ beherrscht seien, welche die „basic duality of hospitals“ seien und sich durch den Widerspruch zwischen der Verwaltungsmacht und der ärztlichen Macht kennzeichne. Das Verhältnis von ÄrztInnen und Pflegekräften zur „Dokumentation“ ist folglich strukturell bzw. grundsätzlich problematisch (vgl. Howse/Bailey 1992), was an öffentlichen Krankenhäusern umso stärker sein dürfte als dort das anti-ökonomische Berufsethos von der institutionell zur Verwaltung gegensätzlichen Position der medizinisch-pflegerisch Tätigen abgestützt wird.³¹

Durch die gegenwärtige Dokumentationskritik scheint die Ablehnung der bürokratisch-legalen Macht vor allem die Form eines Abwehrgefechts gegen die Verwaltung darzustellen. Zwar wird sie auf Grundlage eines beruflichen Selbstverständnisses vorgebracht, welches administrative Aufgaben rundum zurückweist.³² Alle befragten ÄrztInnen und Pflegekräfte qualifizieren die im Arbeitssalltag nicht wegzudenkenden administrativen Arbeiten in den Schilderungen als minderwertig, unerfreulich und wenig dankbar und letztlich nicht zur eigenen Aufgabe gehörend; als „tätigkeitsfremde“ Arbeit ohne hohe Wertigkeit.³³ Angesichts der aktuellen Dynamik an öffentlichen Krankenhäusern, die der Verwaltung mehr und den medizinisch-pflegerisch Tätigen weniger Macht zukommen lässt, kann die Dokumentationskritik allerdings nicht mehr als ein Rückzugsfeuer sein. Umso mehr, als durch das bereits erfolgte Sichtbarwerden des Ökonomischen das Ansehen von ÄrztInnen und Pflegekräften sich bereits verringert hat, d.h. das Ansehen, das beim Kritisieren der Dokumentation heute noch ins Feld geführt werden kann.

³¹ Diesen Umstand zu bagatellisieren scheinen Erklärungen, die das kritische Verhältnis von Pflegekräften zu den Dokumentationsaufgaben auf deren zu geringes Interesse, mangelnder Sorgfalt oder „fehlende Einsicht“ (Höhmnn et al. 1996) zurückführen.

³² Bereits Anfang der 1960er Jahre beobachtete Johann Rohde (1962: 312), dass „das subjektive Bewusstsein“ der „Entfremdung [...] dort am höchsten ist, wo man sich als Krankenschwester entweder administrativ-bürokratisch oder administrativ-betrieblich zu betätigen hat“.

³³ DeWolf Bosek und Ring (2010) zeigen, dass Pflegekräfte eine „gute“ Dokumentation nicht als notwendige Voraussetzung für eine gute Erfüllung ihrer Arbeit ansehen.

Die Bedeutung der Dokumentationskritik ist also im Kräfteverhältnis zwischen den relevanten Akteursgruppen am Krankenhaus und im Gesundheitswesen insgesamt zu verstehen. Die medizinisch-pflegerisch Tätigen sind keine „genug“ große Kraft und stehen auch mit keiner in einer Allianz, um den politischen Mainstream aufzuhalten. In Zeiten knapper Staatskassen wird die staatliche Finanzierung weiter reduziert und es florieren Modelle auf Grundlage von betriebswirtschaftlichen Kategorien, auch wenn sie das Gesundheitswesen teurer machen. So erstaunt es nicht, dass sich in den Schilderungen der Befragten auch weitere Formen der Verneinung bürokratisch-legaler Mittel meist in zurückhaltender Form zeigen. Die Äußerungen bündeln sich für die einzelnen Akteursgruppen in bestimmten Bildern. Auch hier gewinnt man den Eindruck, dass es darum geht, den weiteren Niedergang des kollektiven Ansehens der Beschäftigtengruppe zu verhindern.

Bei den leitenden ÄrztInnen eine wichtige Referenzfigur zu sein scheint, von der die Befragten sich gerne abgrenzen und abheben, diejenige des „Managers“, der für seine Abteilung wirtschaftlich selbst verantwortlich ist und dessen Entlohnung nach seinem „Ertrag“ für das Krankenhaus bemessen wird (in unserer Untersuchung zeigt sich dies insbesondere für D und CH). Auch zum Besitz eines *Master of Business Administration*, der mittlerweile erforderlich sei, geht das „Ressentiment der Entmachteten“ (Bär 2011) auf Abstand. Im Unterschied dazu scheint die Ablehnung der bürokratisch-legalen Macht bei den Pflegekräften in der Form der exemplarischen Prophetie zusammen zu kommen: dem Bild der Stationsleiterin, die von sich aus ins Stationsteam zurückkehrt, um „mit sich im Reinen“ zu sein; eine Figur, welche sich die weltlichen Gratifikationen ihrer Leitungspositionen aus der Einsicht heraus versagt, dass die Bestimmung der Pflegearbeit im „Dienst am Patienten“ liegt.

In den Unterschieden zwischen diesen Leitmotiven scheinen Differenzen in den Positionen und Dispositionen, aber auch den Erfahrungen zum Ausdruck zu kommen. Die Schilderungen der befragten ÄrztInnen und Pflegekräfte vereint jedoch ein großes Missfallen gegenüber der Wahrnehmung und Bewertung ihrer Arbeit in betriebswirtschaftlichen Kategorien, auch wenn nicht selten in der Logik der Realpolitik ernüchtert und „entzaubert“ zu verstehen gegeben wird, dass die Möglichkeiten, die Arbeit entsprechend den eigenen „Idealen“ zu realisieren, einfach kleiner geworden seien und weiter werden. Als Werkzeug, mit dem die Distanz zur Verwaltung unmissverständlich bekräftigt wird und zugleich die tiefgreifende Infragestellung der eigenen beruflichen Autonomie, die nicht unwesentlich durch „die Dokumentation“ verursacht ist, ihrerseits in Frage gestellt werden kann, scheint die Dokumentationskritik für die medizinisch-pflegerisch Tätigen ein privilegiertes Instrument darzustellen, um dem geteilten

Bedürfnis nachzukommen, – wie es Weber (1922: 659) ausdrückt – „mit allen Mitteln [...] dieser Zerstörung Schranken zu ziehen“, wie sie der Niedergang des „genuinen Charisma“ darstellt.

6. Schluss

In diesem Artikel wurden die Möglichkeitsbedingungen der Zunahme der Dokumentationskritik untersucht, wie sie in den vergangenen Jahren festzustellen ist. Die empirische Grundlage stellen qualitative Interviews mit ÄrztInnen, Pflegekräften und Verwaltungsangestellten von drei öffentlichen Krankenhäusern in Deutschland, Österreich und der Schweiz dar, die vor dem Hintergrund des Forschungsstandes zum Thema diskutiert wurden. Auf einer allgemeinen Ebene wurde deutlich, dass die Dokumentationskritik einerseits als Resultat des Verhältnisses zwischen den Kategorien des Denkens, Wahrnehmens und Handelns, welche die Akteure inkorporiert haben, und andererseits den Möglichkeiten, die ihnen ihre Position bietet, zu verstehen ist. Zudem erhöhen sich die Chancen, dass auf sie zurückgegriffen wird, mit zunehmenden symbolischen und kulturellen Ressourcen. Die Analyse hat gezeigt, dass die Zunahme der Dokumentationskritik seitens medizinisch-pflegerisch Tätiger nicht allein durch die mengenmäßige Betroffenheit bzw. das quantitativ zu messende Absorbiert-Werden durch Dokumentationsaufgaben bedingt ist, sondern vor allem mit zwei Aspekten, die mit dem gegenwärtig stattfindenden strukturellen Wandel der stationären Gesundheitsversorgung und besonders der Durchsetzung betriebswirtschaftlicher Funktionsmechanismen zusammenhängen: Zum einen der Abnahme der Gestaltungsmöglichkeiten von ÄrztInnen und Pflegekräften auf das Geschehen an Krankenhäusern, die nicht unwesentlich durch „die Dokumentation“ verursacht ist; zum anderen und vor allem das zunehmende Sichtbarwerden der ökonomischen Seite der Arbeit von medizinisch-pflegerisch Tätigen, welche „die Dokumentation“ bewirkt; dies untergräbt deren herkömmliche berufliche „Ehre“, für die just die Verleugnung dieser Seite konstitutiv ist, nachhaltig. In einem Kontext, in dem sich medizinisch-pflegerische und betriebswirtschaftliche Ansprüche zunehmend weniger gut miteinander vereinbaren lassen, scheint die Dokumentationskritik eines der wenigen Einsatzmittel von Ärztinnen und Pflegekräften darzustellen, mit dem sie ihr Unbehagen an der Verringerung ihrer beruflichen Autonomie durch die sich durchsetzenden betriebswirtschaftlichen Funktionslogiken zum Ausdruck bringen können, ohne ihre Ablehnung der Beschäftigung mit materiellen Fragen aufgeben zu müssen.

Literatur

- Abt-Zegelin, Angelika et al. (2003): Brennpunkt: Pflegedokumentation. Die Schwester/ Der Pfleger 42: 296-300.
- Adamsen L., und M. Tewes (2000): Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. Scandinavian Journal of Caring Science 14: 120-29.
- AEKWL; Ärztekammer Westfalen-Lippe (2012): Verwaltungsausgaben verschlingen Milliarden – Gesundheitsversorgung darf nicht zur Gesundheitsverwaltung pervertieren. Münster: Pressestelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe, 3. Januar 2012. URL: http://www.aekwl.de/uploads/media/02_12_Buero_kratie.pdf
- Allen, D. (1998): Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. Journal of Advanced Nursing 27: 1223-1230.
- Bär, Stefan (2011): Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bartholomeyczik, Sabine (2007): Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. Dr. med. Mabuse 166: 57-60.
- Becker, Gerhild et al. (2010): Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative – an observational study at a university hospital. BMC Health Services Research 10: 94.
- Behrens, Johann, und Gero Langer (2010): Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern: Huber.
- Berg, Marc (2008): Praktiken des Lesens und Schreibens. Die konstitutive Rolle der Patientenakte in der medizinischen Arbeit. In Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung, Hrsg. Irmhild Saake und Werner Vogd, 63-86. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Blum, Karl (2003): Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Blum, Karl, und Udo Müller (2003): Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Böhlke, Nils et al., Hrsg. (2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg: VSA-Verlag.
- Boltanski, Luc (2010): Soziologie und Sozialkritik. Berlin: Suhrkamp.
- Boltanski, Luc, und Ève Chiapello (1999): Le nouvel esprit du capitalisme. Paris: Gallimard.
- Bourdieu, Pierre (1993): Comprendre. In La Misère du Monde, Hrsg. Pierre Bourdieu et al., 903-925. Paris: Seuil.
- Bourdieu, Pierre (1997): Le champ économique. Actes de la recherche en sciences sociales 119: 48-66.
- Bourdieu, Pierre (2000): Les structures sociales de l'économie. Paris: Seuil.
- Bourdieu, Pierre (2012): Sur l'État. Cours au Collège de France 1989-1992. Paris: Seuil.
- Briggs, M., und K. L. Dean (1998): A qualitative analysis of the nursing documenta-

- tion of post-operative pain management. *Journal of clinical nursing* 7: 155-163.
- Davis, B. D. et al. (1994): Evaluation of nursing process documentation. *Journal of Advanced Nursing* 19: 960-968.
- DeWolf Bosek, Marcia Sue, und Marcia Ellen Ring (2010): Does good documentation equate to good nursing care? *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation* 12: 43-47.
- Döhler, Marian (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt a. M./New York: Campus
- Duszak, Richard et al. (2012): Physician documentation deficiencies in abdominal ultrasound reports: frequency, characteristics, and financial impact. *Journal of the American College of Radiology* 9: 403-408.
- Ehrenberg, A. et al. (2001): Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15: 133-141.
- Flintrop, Jens, und Heike Korzilius (2012): Bürokratie in Praxen und Krankenhäusern: Vom Versuch, den Alltag in Ziffern zu pressen. *Deutsches Ärzteblatt* 13: 634-635.
- Frank-Stromborg M. et al. (2001): Nurse documentation: not done or worse, done the wrong way. Part II. *Oncology Nursing Forum* 28: 841-846.
- Freidson, Eliot (1975): Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. München Berlin Wien: Urban und Schwarzenberg.
- Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. V&R unipress GmbH.
- Golder, Lukas et al. (2011): DRG: Befürchtungen einer zunehmenden Bürokratisierung der Medizin. Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG, im Auftrag der FMH. Bern: gfs.
- Griffiths, Pauline (1998): An investigation into the description of patients' problems by nurses using two different needs-based nursing models. *Journal of Advanced Nursing* 28: 969-977.
- Grimm, Nicoleta (2010): Die Pflegedokumentation aus Sicht der Pflegekräfte. Eine qualitative Studie. Bachelor-Arbeit, Hamburg: Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Department Pflege und Management.
- Gunningberg, L., und A. Ehrenberg (2004): Accuracy and quality in the nursing documentation of pressure ulcers: a comparison of record content and patient examination. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 31: 328.
- Heartfield, M. (1996): Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24: 98-103.
- Hermann, Christoph (2007): Die Privatisierung von Gesundheit in Europa. In Privatisierung von Gesundheit – Blick über die Grenzen, Hrsg. Helmut Ivansits und Ursula Filipic, Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien.
- Höhm, Ulrike et al. (1996): Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn. Selbstverlag.
- Howse, Ena, und Joan Bailey (1992): Resistance to documentation – a nursing research issue. *International journal of nursing studies* 29: 371-380.

- Hsia, De et al. (1988): Accuracy of Diagnostic Coding for Medicare Patients Under the Prospective-Payment System. *New England Journal of Medicine* 318: 352-355.
- Hughes, Everett C. (1958a): Men and their work. Glencoe (Ill.): The Free Press.
- Hughes, Everett C. (1958b): Twenty thousand nurses tell their story: a report on studies of nursing functions. Philadelphia (Pa.): J. B. Lippincott.
- Hyde, Abbey et al. (2005): Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the „voice of nursing“. *Nursing Inquiry* 12: 66-77.
- IQE; Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (2011): Mitgliederbefragung. Marburger Bund 2010. Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland. Landau: Institut für Qualitätsmessung und Evaluation.
- Iyer, Patricia, und Nancy Camp (1995): Nursing documentation: A nursing process approach. St. Louis: Mosby Year Book.
- Jefferies, D. et al. (2010): A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice* 16: 112-124.
- Jensdóttir, Anna-Birna et al. (2008): Comparison of nurses' and physicians' documentation of functional abilities of older patients in acute care – patient records compared with standardized assessment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22: 341-347.
- Kärkkäinen, Oili, und Katie Eriksson (2005): Recording the content of the caring process. *Journal of Nursing Management* 13: 202-208.
- Keller, Berndt (2007): Wandel der Arbeitsbeziehungen im öffentlichen Dienst: Entwicklungen und Perspektiven. *Die Verwaltung* 40: 173-202.
- Kühn, Hagen, und Sebastian Klinke (2006): Krankenhaus im Wandel. Zeit- und Kostendruck beeinflussen die Kultur des Heilens. *WZB-Mitteilungen* 6-9.
- Mason, C. (1999): Guide to practice or „load of rubbish“? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 29: 380-387.
- Matonti, Frédérique, und Franck Poupeau (2004): Le capital militant. *Essai de définition. Actes de la recherche en sciences sociales* 155: 4-11.
- Moody, L. E. et al. (2004): Electronic health records documentation in nursing: nurses' perceptions, attitudes, and preferences. *Computers Informatics Nursing* 22: 337.
- Munyisia, Esther et al. (2011): Does the introduction of an electronic nursing documentation system in a nursing home reduce time on documentation for the nursing staff? *International Journal of Medical Informatics* 80: 782-792.
- Parsons, Talcott (1951): The Social System – Outlines of a Conceptual Scheme for the Analysis of Structure and the Process in Social Systems. Glencoe, Ill.: The Free Press.
- Perneger, Thomas et al. (2011): Growing discontent of Swiss doctors, 1998-2007. *The European Journal of Public Health* 22: 478-483.
- Püschmann, Hans et al. (2006): Vollständigkeit und Qualität der ärztlichen Dokumentation in Krankenakten: Untersuchung zu Krankenunterlagen aus Chirurgie, Orthopädie, Innerer Medizin und Neurologie. *Deutsches Ärzteblatt* 3: 121-126.
- Rohde, Johann J. (1962): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke.

- Roth, Günther (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Nationale und internationale Ergebnisse. Stuttgart: Kohlhammer: Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend.
- Sarko, John (2009): Emergency medicine residents do not document detailed neurologic examinations. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 16: 1371-1373.
- Schaeffer, Doris, und Klaus Wingenfeld, Hrsg. (2011): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa.
- Schultheis, Franz (2012): Im Dienste öffentlicher Güter. Eine feldtheoretische Annäherung. *Mittelweg* 36 5: 9-21.
- Smith, H. L., und Gartley E. Jaco (1958): Two lines of authority: The hospital's dilemma. In *Patients, Physicians, and Illness: Source Book in Behavioral Science and Medicine*, 468-477. Glencoe, Ill.
- Strässner, Heinz (2010): Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation. Pflege im Unternehmen Krankenhaus. URL: http://www.thieme.de/local_pdf/cne_online/le4_110.pdf.
- Tapp, R. (1990): Inhibitors and facilitators to documentation of nursing practice. *Western journal of nursing research* 12: 229-240.
- Törnkvist, Lena et al. (1997): The opinions of nursing documentation held by district nurses and by nurses at primary health care centres. *Vard Nord Utveckl Forsk* 4: 18-25.
- Turkoski, Beatrice (1988): Nursing diagnosis in print. *Nursing Outlook* is it still useful to nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 2: 315-319.
- Vogd, Werner (2006): Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung. *Berliner Journal für Soziologie* 4: 97-119.
- Webb, C., und D. Pontin (1997): Evaluating the introduction of primary nursing: the use of a care plan audit. *Journal of clinical nursing* 6: 395-401.
- Weber, Max (1922): *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Siebeck Mohr.
- Weeks, L. C, und P. Darrah (1985): The documentation dilemma: a practical solution. *Journal of Nursing Administration* 15: 22-27.
- Wuggenig, Ulf (2008): Paradoxe Kritik. *webjournal transversal* 2008: 04. URL: <http://eipcp.net/transversal/0808/wuggenig/de/print>.
- ZKFS; Zürcher Kreis für fortschrittliches Spitalmanagement (2011): Manifest „Medizin gegen Spital-Bürokratie“. 10 Vorschläge. Dezember 2011.

ANDREAS PFEUFFER, MICHAEL GEMPERLE

Die KODIERFACHKRÄFTE. EINE BESCHÄFTIGTENGROUPE DES KRANKENHAUSES IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN MEDIZINISCH-PFLEGERISCHEN UND BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHEN ANSPRÜCHEN

Der Beitrag präsentiert auf der Grundlage berufsbiographischer Interviews das Profil der Tätigkeit von „Kodierfachkräften“, einer Beschäftigtengruppe in den Krankenhäusern, die sich im Zuge der in Deutschland nach der Jahrtausendwende erfolgten Einführung von Fallpauschalen neu bildete und überwiegend aus ehemaligen Pflegefachkräften rekrutiert.

Besonderes Augenmerk gilt dabei der ambivalenten Position der Kodierfachkräfte als Teil des Medizincontrollings zwischen bedarfsgerechter Patientenversorgung und verschärfter erwerbswirtschaftlicher Orientierung. Zweitens konzentriert sich der Beitrag auf die Frage, inwieweit mit der Etablierung dieser Beschäftigtengruppe eine Veränderung der innerbetrieblichen Machtbalance einher geht, indem Handlungsspielräume anderer Professionen (Ärzte, Pfleger etc.) tangiert werden

1. Einleitung

Die Geschichte der Finanzierung des deutschen Krankenhausesektors lässt sich seit Mitte der 1980er Jahre als eine Geschichte von der Politik auferlegter Sparzwänge schreiben. Nach der im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung ab 1986 eingeleiteten Umstellung der Entgelte¹ von einer retrospektiven zu einer prospektiven Finanzierung und der 1993 vollzogenen Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip auf der Basis allgemeiner tagesgleicher Pflegesätze sowie den seither in regelmäßiger Folge verabschiedeten Kostendämpfungsgesetzen stellt 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, eine echte Revolutionierung des finanziellen Geschehens im Krankenhauswesen dar. Über die positiven Aspekte

¹ 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: 294 ff.