

- 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 Beschäftigtengruppe 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 Krankenhaussektors 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.

wie die Risiken und Nebenwirkungen wurde in Wissenschaft, Politik und Medien viel und profund gestritten – hier soll keineswegs ein weiterer Beitrag zu dieser Debatte geliefert werden, auch wenn das diesem Artikel zugrunde liegende Interviewmaterial hierzu Stoff genug hergäbe.²

Im Frühjahr 2012 geriet nun weniger dieses Finanzierungssystem an sich, sondern seine angebliche Manipulation erneut in die Schlagzeilen. Am 25. März 2012 wurde unter der Überschrift „Rezept gegen Abzocker-Kliniken. Wer betrügt, soll zahlen“ in der Süddeutschen Zeitung berichtet, dass die deutschen Krankenkassen aufgrund überhöhter Abrechnungen jährlich ca. 1,5 Milliarden zu viel an die Krankenhäuser zahlen. Obendrein seien für Kliniken, die einer „Schummelei“ überführt werden, Strafzahlungen gesetzlich gar nicht vorgesehen, egal wie hoch oder wie dreist die falsche Abrechnung des Krankenhauses ausfällt. Zwischen dreißig und vierzig Prozent der Abrechnungen seien nach Schätzungen des Bundesrechnungshofes bzw. des Spitzenverbandes der deutschen Krankenkassen nachweislich falsch (Bohsem 2012). Es liegen zu dieser in Deutschland bereits seit 2006 diskutierten Frage³ bereits kriminologische Gutachten (Kölbel, ohne Jahr) vor, die CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag will so schnell wie möglich ein Gesetz durch das Parlament bringen, nach dessen Inkrafttreten solche Kliniken das 1,5-fache des Differenzbetrags als Strafe zahlen müssen.

Die (juristische) Frage, ob bei der Abrechnung der Krankenhausentgelte Betrug in großem Stil vorliegt⁴, kann hier außer Acht gelassen werden. Es besteht dagegen kein Zweifel, dass das Ziel der im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2002 beschlossenen Umstellung der Finanzierung der Entgelte auf ein Fallpauschalensystem auf der Basis von DRGs – und auf dieses

² Die hier präsentierten Ergebnisse stammen aus dem vom Hamburger Institut für Sozialforschung (HIS), dem Soziologischen Seminar der Universität St. Gallen und der Wiener Forschungs- und Beratungsstelle Arbeit (FORBA) gemeinsam durchgeführten Dreiländer-Projekt „Im Dienste öffentlicher Güter“, das von den jeweiligen nationalen Forschungsförderungsinstitutionen finanziert ist. Die empirische Basis für den vorliegenden Artikel bilden zwanzig leitfadengestützte Interviews mit Beschäftigten aus dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst und der Verwaltung (einschließlich Medizincontrolling und Kodierfachkräfte) über die Veränderungen ihrer Arbeit in den vergangenen zwanzig Jahren. Das untersuchte Klinikum ist ein in kommunaler Hand befindliches Akutkrankenhaus der Zentralversorgung mit ca. 350 Betten. Den am Projekt beteiligten Kolleginnen und Kollegen sei hier für die Zusammenarbeit und die gemeinsamen Diskussionen gedankt.

³ In den Vereinigten Staaten ist die Debatte und die damit einher gehende wissenschaftliche Erforschung des upcoding aufgrund der schon viel früher erfolgten Einführung der Abrechnung nach DRGs in das Medicare-System seit den 1980er Jahren in Gange. Vgl. beispielsweise Silverman/Skinner 2004: 369-389, mit vielen Literaturhinweisen.

⁴ Es gibt durchaus Gegenstimmen aus dem wissenschaftlichen Lager, die die Diagnose des Kassenbetrugs als unsichliche und verleumderische Behauptung anprangern. Vgl. Fiori et al., 2010: 621-628.

System richtet sich der Manipulationsvorwurf – darin bestand, Druck auf die Organisation Krankenhaus auszuüben, damit diese darauf mit einer weitgehenden Rationalisierung des stationären Sektors antwortet. Dies geschah denn auch durch die Optimierung von Prozessen, die Zusammenlegung von Stationen, den Abbau so genannter „Überkapazitäten“ an vorgehaltenen Betten wie auch an Personal. Es ist und war dabei durchaus politisch intendiert, wenn nach diesem System unwirtschaftliche Kliniken entweder schließen oder verkauft werden müssen (vgl. Klinke 2008). Der Druck auf die Organisation Krankenhaus blieb nicht ohne Folgen für die Beschäftigten aller Bereiche, für ihre Arbeitsbedingungen und nicht zuletzt auch für ihr berufliches Ethos und Handeln.

In dem folgenden *zweiten Kapitel* dieses Beitrags sollen zunächst aus arbeitssoziologischer Perspektive das Tätigkeitsprofil und die Arbeitsinhalte der Kodierfachkräfte dargestellt werden, einer Beschäftigtengruppe, die sich als Resultat eines Prozesses der Ausdifferenzierung von Aufgaben herausbildete und nun eine Schlüsselfunktion für die Erlössicherung der Krankenhäuser unter DRG-Bedingungen erfüllt. Den beobachtbaren Bemühungen, der derzeit noch wenig kodifizierten Tätigkeit des Kodierens den Status eines offiziell anerkannten Ausbildungsberufs zu verschaffen, sind einige Überlegungen aus professionalisierungstheoretischer Perspektive gewidmet. Im *dritten Kapitel* kommt auch die ambivalente Sicht der Ärzte/-innen auf sie in den Blick, deren Aufgaben bei der Kodierung die Kodierfachkräfte teilweise übernommen haben und mit denen sie täglich zusammenarbeiten. Die von den Ärzten übernommenen Tätigkeiten werden unter Rückgriff auf das von Everett Hughes stammende Konzept des „dirty work“ interpretiert. Im *vierten Kapitel* wird schließlich aufgezeigt, wie sich die für die Organisation Krankenhaus zunehmend an Brisanz gewinnende Spannung zwischen dem primären Organisationsziel der Gesundheitsversorgung und den im Zuge der Finanzierungsreformen von außen kommenden ökonomischen Erfordernissen in der Tätigkeit der Kodierfachkräfte niederschlägt, von ihnen erfahren und gedeutet wird.

2. Eine im Entstehen befindliche Berufsgruppe

Die Tätigkeit der zum Medizincontrolling und damit zur Verwaltung der Krankenhäuser gehörenden Kodierfachkräfte ist ein Glied innerhalb der Kette an Tätigkeiten, die von der Behandlung und Pflege über die Abrechnung der erbrachten Leistung hin zur Kostenerstattung durch die Kostenträger, die Krankenkassen reicht. Damit nehmen sie zusammen mit den ebenfalls kodierenden Ärzten eine Scharnierrolle zwischen den Bereichen Medizin und Ökonomie ein.

Im Grunde genommen stellen die Kodierfachkräfte eine zahlenmäßig noch nicht besonders bedeutende Beschäftigungsgruppe der deutschen Krankenhäuser dar, die in den entsprechenden Statistiken sowohl der Häuser wie auch des Bundes nichts eigens ausgewiesen ist. Man schätzt, dass in deutschen Krankenhäusern gerade einmal ca. 8.000 von ihnen tätig sind, freilich bei steigender Tendenz. Doch nicht nur innerhalb der Krankenhäuser, sondern auch beim Kontrollorgan der Kostenträger, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), und bei den Krankenkassen selbst finden sie Tätigkeitsfelder, des Weiteren auch bei externen Dienstleistern, insofern sich der Träger für ein „Outsourcing“ dieses Teils des operativen Controllings entschieden hat. Da die Nachfrage seitens der Kliniken nach erfahrenen Kodierfachkräften steigend ist, hat sich ein florierender Ausbildungsmarkt etabliert, auf dem Ausbildungen mit unterschiedlichen Diplomen gehandelt werden: Die Qualifikationen reichen von der Fort- und Weiterbildung zur „Medizinischen Kodierfachkraft“ bis hin zu Abschlüssen auf tertiärer Ebene, etwa in Form von Bachelor-Studiengängen „Medizincontrolling“.

Weil ihre Tätigkeit noch unklare Konturen aufweist, kann man sie genau genommen noch nicht als Berufsgruppe bezeichnen. Aber gerade das macht sie vielleicht aus der Perspektive einer Soziologie, die sich mit der sozialen Arbeitsteilung in Organisationen und der Genese von Berufsgruppen befasst, interessant.⁵ So kursieren beispielsweise unterschiedlichen Bezeichnungen für ihre Funktion: In den Krankenhäusern wird oft undifferenziert von Medizincontrollern oder DRG-Controllern gesprochen, es setzt sich allerdings nach und nach die Bezeichnung Medizinische Kodierfachkraft oder Medizinischer/Medizinische Dokumentationsassistent/-in durch. Angesichts des Mangels an einem klar umrissenen Berufsbild hat eine entsprechende „Repräsentationsarbeit“ (P. Bourdieu) nicht auf sich warten lassen: Im Jahr 2004 wurde der Verband deutscher Klinik-Kodierer gegründet. Sein Ziel besteht nach eigenen Aussagen neben der Interessenvertretung der Mitglieder gegenüber Behörden, Tarifpartnern und anderen Verbänden darin, ein eigenständiges Berufsbild zu definieren und für die Einführung eines entsprechenden Ausbildungsberufs sowie die staatliche Anerkennung, den Schutz des Berufsbildes und der Berufsbezeichnung zu sorgen.⁶

In der Kette der Datenproduktion im Rahmen des Abrechnungsverfahrens mit den Kostenträgern spielen sie wie schon gesagt neben den kodierenden Ärzten auf den Stationen sowie ihren Vorgesetzten, die selbst auch Ärzte oder Betriebswirte sind, nur eine – wenn auch keinesfalls unwichtige – Rolle. Sie sind im All-

⁵ Vgl. etwa neben den klassischen Arbeiten der amerikanischen Medizinsoziologie die in dieser Tradition stehende neuere Studie Anne-Marie Arborios (2001) zu den „aides-soignantes“, den Pflegehilfen in Frankreich.

⁶ Vgl. die Internetseite des Verbandes www.vdkk.info. Eingesehen am 3.1.2013.

täg sowohl innerhalb der Verwaltung wie auch auf der Station tätig. Ihre Funktion besteht offiziell darin, auf der Grundlage der von den Ärzten vorgenommenen Primärkodierungen (die verschiedenen Diagnosearten: Aufnahme-, Entlassungs-, Hauptdiagnose) alle DRG-relevanten Daten anhand der Patientenakten und einer Prüfsoftware, meist als „DRG-Grouper“ bezeichnet, zu erfassen und auf Plausibilität und auf Korrektheit hinsichtlich der Kodierrichtlinien⁷ zu überprüfen, mögliche noch nicht kodierte und den Erlös steigernde Sachverhalte ausfindig zu machen und damit zur DRG-Optimierung – im Jargon der Kodierfachkräfte als „Veredeln“ bezeichnet – beizutragen.

Zu ihrer Aufgabe gehört aber auch, die behandelnden Ärzte auf die nach der betreffenden DRG vorgesehenen und vom Grouper angezeigten Unter- und Obergrenzen der Verweildauer der Patienten hinzuweisen. Das erklärt auch, dass in Stellenanzeigen von potenziellen Bewerbern immer wieder eine hohe kommunikative Kompetenz verlangt wird. Es werden inzwischen gar spezielle Seminare zum Thema „Kommunikationstraining für medizinische Kodierfachkräfte“ angeboten. Dem Leiter des Finanz- und Medizincontrollings des untersuchten Krankenhauses zufolge erfordert die Tätigkeit jemanden, „der sich nicht wie ein stilles Mäuschen irgendwo reinsetzt, sondern der als Berater tätig ist. Das heißt, der muss sich im Prinzip auf der Ebene mit dem Chefarzt bewegen können und sich nicht dadurch beeindrucken lassen, dass da ein Chefarzt sitzt [...]“.

Ebenso assistieren die Kodierfachkräfte bei den Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder die Krankenkassen selbst, bei denen es für das Krankenhaus darum geht, die eingangs erwähnten Regressansprüche abzuwehren. Sie müssen aber auch in Vorbereitung des Controllings Auswertungen machen, Benchmark-Zahlen vergleichen usw.

Als Teil des Medizincontrollings sind sie also beteiligt an der Erlössicherung der Klinik. Wenn man sich nochmals in Erinnerung ruft, was eingangs zu der öffentlichen Debatte über die Finanzsituation der Kliniken in Deutschland und zu angeblichem Abrechnungsbetrug gesagt wurde, wird vielleicht verständlich, in welchem Spannungsgefüge die Kodierfachkräfte als Scharnierstelle zwischen Medizin und Ökonomie stehen.

Ursprünglich wurde die Kodierung in den meisten Krankenhäusern von den Ärzten selbst erledigt, der behandelnde Arzt bleibt nach den Kodierrichtlinien auch weiterhin letztlich für die vorgenommene Kodierung verantwortlich. Aus mehreren Gründen geht man aber in der Praxis mittlerweile dazu über, die standardisierbaren Tätigkeiten auf weniger kostenträchtiges Personal – eben die Kodierfachkräfte – zu übertragen: Für den Fall Deutschland spielen gewiss der

⁷ Der Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren liegen die Standardklassifikationen ICD-10 bzw. OPS-301 zugrunde.

Ärztmangel eine Rolle und damit verbunden auch die hohen Personalkosten sowie der durch eine entsprechende EU-Rechtsprechung gestiegene Druck auf die Einhaltung bestehender Arbeitszeitregelungen im ärztlichen Dienst. Zudem scheint ihr Einsatz für die Kliniken einen betriebswirtschaftlichen Nutzen zu haben, insofern ein gut ausgebildeter Kodierer meist zu einem deutlichen Einnahmeplus führt. „Bei jährlichen 2200 bis 3200 bearbeiteten Fällen pro Kodierfachkraft überstiegen die erzielbaren Mehreinnahmen die anfallenden Personalkosten für einen Kodierer deutlich.“ (Ehrlich 2010: 561) Einer Modellrechnung von Haack (2003) zufolge rentiert sich der Einsatz einer Kodierfachkraft bei einer angenommenen Belastung von 3000 Fällen, einer durchschnittlichen Erlössicherung von 250 Euro pro Fall sowie Personalkosten von 45.000 Euro pro Jahr ab der Bearbeitung des 181. Falles. Ein deutliches Indiz dafür, dass die Zahl der Kodierfachkräfte in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird. Doch lässt sich der zunehmende Einsatz von Kodierfachkräften nicht allein durch betriebswirtschaftliches Kalkül erklären, wie im Folgenden gezeigt werden soll.

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

Eine weitere Erklärung, die hier stark gemacht werden soll, besteht darin, dass die Ausdifferenzierung dieses neuen Tätigkeitsfeldes aus dem ärztlichen Kompetenzbereich nicht nur technisch-organisatorische, sondern auch soziale oder – wenn man so will – moralische Aspekte aufweist. In den im Rahmen des Forschungsprojekts erhobenen Interviews spricht die überwiegende Zahl der befragten Krankenhausärzte mit großer Abneigung über die zunehmende Belastung durch Dokumentationsverpflichtungen und Verwaltungstätigkeiten. Diese Verpflichtungen entzögen ihrer „eigentlichen“ Aufgabe, nämlich dem Umgang mit den Patienten, wertvolle Arbeitszeit, eine Aussage, die etwa durch eine Studie des Deutschen Krankenhausinstitutes zu „arztfremden Tätigkeiten“ bestätigt wird, der zufolge diese ca. drei Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit beanspruchen (Blum/Müller 2003). Entsprechend konstatiert ein Handbuch über „Zukunftsorientierten Wandel im Krankenhausmanagement“ lakonisch die „teilweise eher geringe Motivation der Ärzte für die Kodierung“ (Kinnebrock/Overhamm 2009: 134).⁸ J. Haack, der als Arzt und Controller an einem hessischen Krankenhaus tätig ist, wirft daher die Frage auf, „ob es zielführend ist, weiterhin einer Berufs-

⁸ Ebenso spricht Ehrlich (2010: 560) davon, dass die Dokumentation nach deutschen Kodierrichtlinien, Diagnosen- und Prozedurenkatalog zu Unzufriedenheit bei den Mitarbeitern führe und es ihnen „neben der Motivation bezüglich der Übernahme von Verwaltungsaufgaben vor allem an einer umfassenden Ausbildung in diesem Bereich“ fehle.

gruppe diese Aufgaben zu übertragen, die dafür primär nicht ausgebildet, unmotiviert und in ihrer Anzahl abnehmend ist: den Krankenhausärzten.“ (Haack 2003: 367) Viele Ärzte empfinden die Verpflichtung zu degradierenden Verwaltungstätigkeiten als Einschränkung ihrer Autonomie und damit als Infragestellung ihrer professionellen Identität.⁹

Im Zuge der sich allmählich durchsetzenden Arbeitsteilung beim Kodieren zwischen Ärzten und Kodierfachkräften können sich die Ärzte nun dieser ungeliebten Arbeit teilweise entledigen und sie auf ein eigens hierfür bereitstehendes Personal, eben die sich nicht aus dem ärztlichen Dienst rekrutierenden Kodierfachkräfte, abwälzen. Diese Delegation von unliebsamen, weniger prestigeträchtigen Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere ist seit den aus den dreißiger Jahren stammenden Arbeiten von Everett Hughes ein altes Thema der Medizinsoziologie. Hughes schreibt, dass jeder Beruf mehrere Tätigkeiten beinhalte, von denen manche sich als *dirty work* bezeichnen lassen. Damit meinte er nicht nur manifest physisch abstoßende Tätigkeiten (vgl. dazu Arborio 1995), sondern auch solche, die die persönliche und einem Beruf inhärente Würde tangierten und den moralischen Auffassungen zuwiderlaufen (Hughes 1958: 49f.). Es ist daher zunächst von Interesse, wie die Angehörigen des ärztlichen Dienstes diese Arbeitsteilung wahrnehmen.

In den folgenden zwei Passagen aus Interviews mit Krankenhausärzten zeigen sich gegenläufige Haltungen gegenüber den Kodierfachkräften bzw. deren Tätigkeit, allerdings besteht zwischen ihnen insofern Konsens, als beide eine Ablehnung gegenüber der eigenen Kodiertätigkeit an den Tag legen. Eine Unfallchirurgin äußert sich vollkommen positiv über die Tätigkeit der Kodierfachkräfte und über den Umstand, hinsichtlich dieser unliebsamen und zeitraubenden Tätigkeit entlastet zu werden.

A: Ansonsten man hat [...] viel mit Kodierung und so zu tun, wobei man aber nicht sagen kann, dass das jetzt erst kommt. Weil das war schon, als ich auch da war. Da musste man hier auch alles selber kodieren. Mittlerweile gibt es Kodierfachkräfte, die das für uns übernehmen und aus der Akte heraus das alles machen, weil es sich einfach gezeigt hat, die haben das studiert, die wissen worauf sie gucken müssen, die blättern die ganze Akte von hinten bis vorne durch und haben auch nur das zu tun und können damit einfach auch besser Erlöse kriegen.

[...]

I: Und bedeutet das jetzt letztendlich noch mal mehr Aufwand an Dokumentation noch mal? Oder ist das eine Erleichterung?

A: Es ist schon eine Erleichterung. Also finde ich schon, weil ich den Anfang

⁹ Vgl. dazu auch den Beitrag von Gemperle/Pfeuffer in diesem Band.

mitgekriegt habe und weil ich eben alles selber gemacht habe. Von dem her, das muss ich es jetzt nicht mehr.

Dagegen äußert sich ein Urologe aus derselben Klinik eindeutig negativ. Er macht zunächst erst einmal keinen Hehl aus seiner Abneigung gegen das DRG-System, überträgt diese dann aber auf die Tätigkeitsgruppe, in deren Gestalt ihm dieses System täglich gegenüber tritt:

I: Also sie haben dann doch als erstes auch die DRGs genannt, oder die Einführung von DRGs. Was hat sich da für sie geändert? [...] Oder wie glauben sie, dass das auch ganz allgemein die Arbeitssituation von Ärzten an der Klinik beeinflusst?

A: Naja, man muss sich mit diesem ganzen System beschäftigen. Obzwar man das nicht unbedingt möchte und [schon gar] nicht so, dass man das jährlich dann aktualisieren muss und dann in verschiedenen Foren was Neues lernen muss, wie man besser kodiert, wie man mehr aus denselben Patienten rausholen kann finanziell. Und dass man dann die Rücksprache und Telefonate führen muss mit der DRG Abteilung, die mit irgendwelchen Dokumentationen vielleicht nicht zufrieden sind. Und es nervt schon teilweise, dass sage ich jetzt mal so, Mitarbeiter, die von der Medizin wenig Ahnung haben, dann uns beschulen [lacht] in verschiedenen Gesprächen, wie man was machen muss. Und manchmal auch in unhöflicher Weise, ja? Da ist sicher ein bisschen Frust dabei, aus irgendwelchen Gründen, was ich jetzt nicht genau begründen kann. Aber...

I: Also auf Seiten der DRG-Controller?...

A: Ja. Ja. Teilweise gibt es da schon Reibungen, ja? Also viel mehr, wie mit der Pflegekraft. Also, ich hatte nie Probleme mit der Ambulanz-Schwester oder mit Stations-Pflegekräften. Eher in dem Bereich, ja, dass...

Neben der Klage über die allgemeine Zunahme der Belastung durch Dokumentationserfordernisse ist es die Zumutung, sich überhaupt mit den überhandnehmenden finanziellen Aspekten der eigenen Tätigkeit, dem „Mehr-Herausholen-Müssen“, auseinandersetzen zu müssen. Der zitierte Urologe zeigt an, dass er als Arzt eigentlich nicht bereit ist, die erwartete Compliance – die „Mitspielbereitschaft“, wie Goffman (1977) es nennt – an den Tag zu legen, die für eine gelungene Interaktion mit der Kodierfachkraft erforderlich wäre. Er präsentiert sich im Interview als jemand, für den der den gesamten Interaktionen im Krankenhaus zugrunde liegende Rahmen durch die Medizin und nicht durch die Ökonomie definiert ist. Damit deuten sich schon hier die Mikrokonflikte zwischen Ärzten und Kodierfachkräften an, von denen in den Interviews mit Letzteren öfters die Rede ist und die sich aufgrund des Aufeinanderprallens von medizinischer und ökonomischer Logik nicht wie zwischen Ärzten und Krankenschwestern in Form des von Leonard I. Stein (1967) beschriebenen „Doctor-Nurse Games“ auflösen lassen.

Hier soll nun die folgende, vielleicht etwas provokante Behauptung gewagt werden: Das Kodieren ist ohne Zweifel zum einen eine aufwändige, repetitive, zeitraubende, bürokratische Tätigkeit, die zudem ein Wissen erfordert, das man sich zusätzlich mühsam aneignen und immer wieder erneuern muss.¹⁰ Sie läuft zum anderen aber auch – und das ist der Kern der hier zur Debatte gestellten Interpretation – den das Krankenhaus „überdachenden sozio-kulturellen Normen der Gesundheitspflege“ (Rohde 1974: 6), dem ärztlichen wie auch pflegerischen Berufsethos zuwider, insofern sie ständig die ökonomischen Imperative, durch die das autonome ärztliche Handeln unter Druck gerät, in Erinnerung ruft. Durch das Abwälzen dieses „dirty work“ auf die Kodierfachkräfte kann die ärztliche Profession ihr ohnehin schon durch Medizincontrolling und Prozessstandardisierung in Form von klinischen Behandlungspfaden lädiertes Selbstbild vor weiterer Beschädigung einigermaßen wahren.

Das heißt nun freilich nicht, dass das Kodieren für Ärzte in jedem Fall subjektiv als ein Legitimitätsverlust erlebt wird, wie in folgender Schilderung eines Arztes zum Ausdruck kommt, der den für ihn zunächst mit Ambivalenzen verbundenen Schritt weg von der Station hin zur Leitung der Kodierabteilung vollzogen hat. Er berichtet zunächst von der Folgeschwere des Verlassens seines Berufs und seinem Hadern damit, bevor er sozusagen zur Rechtfertigung dieser „Konversion“ nicht ohne Genugtuung darauf verweist, dass er in seiner neuen Funktion nun mindestens so viel Macht besitze wie als Arzt:

Ja, es war ein invasiver Schritt, und ich war mir über viele Jahre auch nicht so wirklich klar, ob das... ob ich das wirklich auch so... den richtigen Weg eingeschlagen hab', aber ich muss mittlerweile sagen, also das betriebswirtschaftliche Messer ist mindestens genauso scharf wie das Skalpell.

4. Im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen

Doch wie äußern sich die Kodierfachkräfte selbst, 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 zunächst Folgendes vergegenwärtigen: Der größte Teil der Kodierfachkräfte kommt aus der Pflege, sowohl bundesweit gesehen wie auch konkret in der Medizincontrolling-Abteilung des von uns untersuchten Krankenhauses. Von den insgesamt sieben MitarbeiterInnen der Abteilung hatten abgesehen von der leitenden Ärztin und einer ehemaligen Arzthelferin alle ande-

¹⁰ Das G-DRG-System 2013 umfasst insgesamt 1.187 DRGs.

ren Kodierfachkräfte (bzw. ein männlicher medizinischer Dokumentar) ehemals als Pflegefachkräfte gearbeitet.¹¹

Die Situation der Pflegekräfte in Deutschland – das ist durchaus nichts Neues – zeichnet sich durch ein Paradox aus: Dem mit einer hohen intrinsischen Motivation und mit einem bis zur Selbstaussbeutung¹² reichenden Ethos der Sorge um andere einhergehenden professionellen Selbstverständnis entspricht eine in Berufsprestige-Umfragen immer wieder bestätigte hohe gesellschaftliche Anerkennung.¹³ Dies alles steht jedoch in krassem Missverhältnis zu den Arbeitsbedingungen mit einer relativ geringen Entlohnung, physischen und psychischen Belastungen, einer ebenso belastenden Schichtarbeit, personeller Unterbesetzung, im Vergleich zu anderen Ländern geringeren Kompetenzen usw. (Vgl. etwa: Afentakis 2009, Šimon 2007 und 2012, Braun et al. 2008.) Und so ist es wenig verwunderlich, dass die Pflege in Deutschland, wie in den *Exit*-Studien näher untersucht wurde, eine im internationalen Vergleich hohe Ausstiegsquote verzeichnet (vgl. Hasselhorn et. al. 2005, Braun/Müller 2005).

Es bietet sich an, die Optionen der mit ihren Arbeitsbedingungen unzufriedenen Krankenhaus-Pflegefachkräfte anhand der von Albert O. Hirschman (1970) entwickelten Typologie zum Umgang mit Unzufriedenheit in Organisationen anzugehen, einer Typologie, die sich, wie von dem französischen Soziologen G. Baloit (1988) angeregt wurde, noch um den Typus der Apathie erweitern lässt. In unseren Gesprächen mit Angehörigen des Pflegedienstes haben wir Vertreterinnen für fast alle diese Typen finden können: Die *voice*-Variante war verkörpert durch überwiegend langjährige Pflegekräfte, die sich nun im Personalrat der Klinik engagierten, die *loyalty*-Variante, die – zumindest in unseren Interviews – offene Grenzen zum Apathie-Typus aufwies, waren Pflegefachkräfte, die ihre Interessen hinter die als eine Art „Gemeinwohl“ verstandenen Interessen des – zum Zeitpunkt der Erhebung defizitär arbeitenden – Klinikums stellten und/oder ihr Leiden unter den Bedingungen als eigenes Versagen interpretierten. Die *exit*-Option weist mehrere Varianten auf: Zum einen ist sie natürlich wörtlich zu ver-

¹¹ Dies gilt ebenso für die Schweiz. Vgl. Bemerkung aus dem Interview mit dem Leiter der Kodierabteilung des Schweizerischen Spitals: „Also das [d.h. eine medizinisch-pflegerische Ausbildung] ist einfach ein Kapital, auf das wir aufsetzen müssen. Das setzt sich eigentlich mehr und mehr durch, also auch in unsern Ausschreibungen die wir tätigen. Also da muss dann schon jemand, wenn er nicht aus der Pflege kommt, wirklich andere überzeugende Argumente liefern, um das zu kompensieren, um das fehlende Pflegewissen zu kompensieren.“

¹² In der Prosa der Management-Literatur wird ein solches Verhalten als „Organizational Citizenship Behavior“ bezeichnet, vgl. Boerner 2005.

¹³ Der Allensbacher Berufsprestige-Skala 2011 zufolge rangieren die Krankenschwestern nach den Ärzten auf Rang zwei der Berufe, die die Befragten „am meisten schätzen“ und „vor denen sie am meisten Achtung haben“. Allensbacher Kurzberichte 2011.

stehen als faktisches Aufgeben der Beschäftigung in der Pflege, ein teilweiser *exit* besteht für viele Pflegekräfte im Rückgriff auf Teilzeitarbeit, welche die belastenden Arbeitsbedingungen einigermaßen erträglich macht, aber nicht aktiv angeht. Eine andere Strategie kann darin bestehen, den Weg der „Professionalisierung“ zu gehen und sich über akademische Studiengänge etwa der Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik und des Pflegemanagements einen Aufstieg in der Pflegehierarchie zu bahnen. Die Ausbildung zur medizinischen Kodierfachkraft stellt neben der zur Hygienefachkraft eine Möglichkeit dar, seine ursprüngliche Ausbildung außerhalb der Pflege, aber weiterhin im Krankenhausbereich zu valorisieren – ein treffendes Beispiel für die von Howard Becker (1952) in einem klassischen Aufsatz für einen solchen Weg geprägte Bezeichnung „horizontale Karriere“.

Was ändert sich nun für die Kodierfachkräfte nach ihrem Wechsel aus der Pflege auf der Ebene der Arbeitsbedingungen? In den Interviews bewerten die Kodierfachkräfte ihre neue Tätigkeit insgesamt überwiegend positiv und sie betonen vor allem den Umstand, endlich der belastenden Schichtarbeit und den aufreibenden Arbeitsbedingungen aufgrund von Personalknappheit entkommen zu sein. Positiv wird von ihnen auch der Umstand hervorgehoben, dass sie auf ihr altes berufliches Wissen aufbauen können. Im Falle des von uns untersuchten Krankenhauses war die Kodierabteilung in einem angenehm mit Blumen und Graphiken ausgestatteten und mit zwei bis drei Arbeitsplätzen besetzten Büros situiert. Allerdings sind die Kodierfachkräfte nicht auf ihren PC-Arbeitsplatz festgelegt, sondern machen zwei Mal täglich einen Gang zu den Stationen, für die sie zuständig sind und wo sie ihre früheren Kolleginnen sehen und sich mit den Ärzten über die Fälle austauschen und besprechen.

Was ihr Einkommen anbelangt, so lässt sich keine generelle Aussage treffen. Die von uns befragten Kodierfachkräfte (bis auf einen Mann allesamt Frauen) gaben an, einen etwa ähnlichen Verdienst wie zuvor in der Pflege zu haben, alles in allem habe sich der Wechsel also finanziell nicht gelohnt. Zwei der zur Abteilung gehörigen Kodierfachkräfte wechselten unmittelbar nach der Befragung aufgrund der günstigen Arbeitsmarktlage und der besseren Verdienstmöglichkeiten in Spitäler der nahe gelegenen Schweiz. Der Verband deutscher Klinik-Kodierer gibt an, dass die Vergütungsmodalitäten entsprechend der beruflichen Herkunft der Fachkräfte historisch gewachsen seien und sich meist an der bisherigen (z. B. pflegerischen) Vergütung orientieren, freilich ohne die Zuschläge für die Schichtarbeit. Offizielle Tarifwerke für den Bereich Kodierung, Case-Management und Medizincontrolling gebe es nicht (Vgl. <http://webarchiv.medizincontrollor.de/faq.php>; eingesehen am 3.1.2013).

Von der finanziellen Dimension einmal abgesehen könnte man die Kodierfachkräfte also mit zu denjenigen zählen, die von den Wandlungsprozessen im Krankenhauswesen in den vergangenen zwanzig Jahren profitiert haben, wenn sie nicht zugleich das Gefühl hätten, dass ihrer Arbeit die ihr zustehende Anerkennung versagt bleibt. Eine weibliche Kodierfachkraft äußert sich dementsprechend und man erkennt in dem Gesagten das Pendant zu der oben schon zitierten Äußerung des Urologen:

A1: Also da muss zuerst Verständnis für unsere Arbeit sein. Und eben Bereitschaft, mit uns zu kommunizieren. Weil, wir sind nicht nur zum Akten holen, und selber irgendwo in der Ecke zu arbeiten. [...]

I: Und was hat...?

A: ...unsere Arbeit auch gewürdigt wird. Also, dass wir ja nicht irgendwas machen, sondern eben einen Teil von Sachen, die den Ärzten abgenommen wurden.

I: Und ist das manchen noch nicht so präsent, dass man da...?

A: Ja.

Doch drängt sich eine Frage geradezu auf, wenn man die Aussagen unserer Befragten aus dem Pflegedienst berücksichtigt, denen zufolge hier der Anspruch, Menschen zu helfen und sie optimal zu versorgen, dominiert. Welches Verhältnis haben sie gegenüber einer Arbeit, die zentral mit der Durchsetzung der mit der Einführung der Fallpauschalen einher gehenden Sparimperative befasst ist? Wie passt das zusammen?

Mit dieser Frage rühren wir an das große, kontrovers diskutierte Thema der Ökonomisierung des Krankenhauswesens und dessen Auswirkungen auf die Beschäftigten. Doch geschieht das hier nicht, wie in den meisten Studien zu diesem Thema, indem die Auswirkungen der Einführung der DRGs indirekt über die Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals (Marrs 2008, insbes. 41-88) erfasst werden, ebenso wenig, indem auf die Ärzte als Akteursgruppe fokussiert wird (vgl. Vogd 2006a und 2006b, Braun et al. 2010), sondern indem wir die Bewertungen von Tätigkeiten durch die Beschäftigten vor dem Hintergrund der in ihrem bisherigen Werdegang angeeigneten sozioprofessionellen Arbeitsorientierungen und Dispositionen und ihrer Position im Gefüge der Beschäftigtengruppen des Krankenhauses andererseits betrachten.

Der Kern der sich in den oben schon erwähnten Debatten über die DRGs zu Wort meldenden Kritik läuft generell auf die Feststellung einer „Transformation des Organisationscharakters der Krankenhäuser in Richtung erwerbswirtschaftlicher Ökonomisierung“ (Bode 2010: 66) und damit auf eine Ökonomisierung des

darin stattfindenden medizinischen und pflegerischen Handelns hinaus. Gesundheit bzw. präziser: die Erbringung möglichst optimaler medizinischer Dienstleistungen sei nicht mehr das Ziel, auf das hin sich die Wahl der Mittel – und das sind nicht zuletzt finanzielle – ausrichtet, vielmehr werde die Gesundheit nun als Mittel untergeordnet unter den Zweck der Erzielung von Gewinn (Zum Begriff: Schimank/Volkman 2008, sowie Kühn 2004). Und das schlage sich, wie die genannten Studien zu den Ärzten zu zeigen versuchen, auch handlungspraktisch nieder.

Der eingangs erwähnten Debatte bezüglich der 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 dieses systematische *Upcoding*, es gibt aber 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“ und zu einer Selektion von Patienten gekommen ist, wie man dies bei Einführung der DRGs zunächst befürchtet hat.¹⁴ Ein Beispiel: Die frühere Entlassung von Patienten nach Erreichen der mittleren Grenzverweildauer. Die von uns befragten Kodierfachkräfte haben davon verständlicher Weise im Interview nicht gesprochen und möglicher Weise haben sie dazu auch keinen Anlass. Das ist auch nicht die entscheidende Frage. Die soziologisch interessante Frage ist vielmehr: Wie gehen diese Akteure – zum Gutteil wie gesagt ehemalige Pflegekräfte – mit der Spannung zwischen medizinisch-pflegerischen Erfordernissen und ökonomischen Zwängen um?

¹⁴ Den Ergebnissen der groß angelegten WAMP-Studie zufolge „gibt es nur wenige, geringfügige oder jedenfalls noch nicht eindeutige Belege für eine starke Zunahme vorzeitiger Entlassungen und Patientenselektion. [...] Der Anteil der Ärzte, die der Auffassung waren, Patienten würden durchgängig oder häufig zu früh entlassen, stieg von 24 % (2004) auf 26 % (2005), um dann auf 23 % (2007) erneut abzusinken.“ Unseres Erachtens ist freilich nicht das Schwanken der Anteile bemerkenswert, sondern gerade deren Konstanz auf einem relativ hohen Niveau. Weiter heißt es: „Demgegenüber hat aus Sicht der Pflegekräfte sowohl die zu frühe als auch die zu späte Entlassung zugenommen, d. h. immer weniger Patienten würden zu einem für den Heilungsprozess optimalen Zeitpunkt entlassen.“ (Braun et al. 2010: 16) Öffentlichkeitswirksam wurde dieses Thema vor Kurzem im *Zeitmagazin*, der Beilage zur Wochenzeitung *Die Zeit*, erneut aufgegriffen und auf der Basis von anonymen Zeugnissen von Ärztinnen und Ärzten entsprechend skandalisiert (Faller 2012). Offenbar lässt sich eine entsprechende Praxis – dies als Kritik an der methodischen Adäquatheit des quantitativen Teils der WAMP-Studie – wissenschaftlich nur durch teilnehmende Beobachtung und qualitative Forschung eruieren.

Die Auswertung des erhobenen Materials ist noch nicht abgeschlossen, aber es ist bisher überraschend, dass diese Spannung in den Interviews – entgegen unseren Erfahrungen im ärztlichen Dienst – wenig problematisch erscheint, hat man doch mit Ingo Bode zumindest mit einer gewissen „Ambivalenz des Handelns kulturell spezifisch sozialisierter und ‚unter Außendruck‘ geratener Organisationsakteure“ gerechnet (Bode 2010: 84).

Oberstes Ziel der Tätigkeit der Kodierfachkräfte ist die Suche nach einer möglichst hohen Bewertungsrelation, also der Einordnung des Falls in eine hoch bewertete DRG, was auf die Maximierung des Erlöses eines Falls hinausläuft. Und dafür müssen sie auch Konflikte mit Ärzten eingehen, für die die Erlösmaximierung – zumindest in deren Selbstdarstellung – nicht das oberste Ziel darstellt:

I1: Ja was heißt das, Probleme mit dem Assistenten? Was sind das dann für Dinge?

A1: Ja zum Beispiel war eine Diskussion wegen Plazenta-(Lösung?) nach der Geburt, ob das manuell oder instrumental ist. Und dann eben [hat] die Ärztin gesagt: „Nein eigentlich, das ist manuell. Das macht man von Hand.“ Dann habe ich gesagt, „Na eigentlich instrumental.“ Und wenn er instrumental kodiert, so wie das gemacht wurde, kriegen wir auch andere DRG. Und dann wollte sie dies nicht einsehen und dann bin ich zum Doktor Schäfer gegangen. Der soll eben entscheiden.

Die Beteiligung an der Erlössicherung scheint für die Kodierfachkräfte mitnichten ein *dirty work* darzustellen, sondern eine Quelle von Stolz, wie es in der folgenden Interviewpassage zum Ausdruck kommt:

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

A1: Ja. Wenn der MDK eben zweifelt, und es kommt eine Nachfrage.

A2 [*eine Kollegin, die zuhört*]: Super! [*lacht*]

A1: 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 6,8 mal 2700. Und woah, da bin ich stolz!¹⁵

Eine kritische Haltung oder zumindest Ambivalenzen dem System gegenüber werden nur selten, im folgenden Beispiel in der Form des Bedauerns geäußert. Einen konfliktreichen Punkt stellt wie gesagt die Überschreitung der Grenzverweildauer dar, des Zeitpunkts also, ab dem der Patient dem Krankenhaus kein

Geld mehr einbringt, sondern zum „Kostenfaktor“ wird:

I: Sie sind jetzt seit 2007 hier. Bei den DRGs hat sich ja einiges über die Jahre verändert und so weiter. Wie haben sie das erlebt?

A: Sie werden abgewertet, die DRG. Das bedeutet: für dieselbe Leistung, was die Ärzte vor fünf Jahren geleistet haben, haben sie damals eben mehr bezahlt bekommen. Jetzt nicht mehr. Denn durch die Abwertung der DRG haben sich eben auch Verweildauern geändert. Die Leute werden eben früher nach Hause entlassen. Ja. So was beobachtet man. Es ist traurig. Das ist nicht so wie vor zehn Jahren, dass man eben nach der Entbindung, sechs, sieben Tage da geblieben ist. Normalerweise werden die Leute nach dem dritten Tag entlassen, oder gefragt, wann sie heimgehen wollen. Aber...

I: Haben die da noch ein bisschen Mitspracherecht, wenn sie gefragt werden?

A: Ich werde eben gefragt, ob der Patient noch länger bleiben darf. Weil ich beobachte auch die obere Grenzverweildauer. Und wenn da wirklich kein medizinischer Grund dazu ist, dann muss ich sagen, da bezahlt das Krankenhaus drauf. Das bringt keinen Gewinn mehr.

I: Ja. Also, Sie haben wenn man so will, auch finanzielle Mitverantwortung im Krankenhaus? Und sie, die Ärzte oder wen auch immer, darauf hinweisen müssen, jetzt ist die obere Grenzverweildauer da.

A: Genau. Genau.

Die bisherige Auswertung des Materials ist noch weit entfernt von einer Typologie von Umgangsweisen mit diesem Spannungsverhältnis, geschweige denn von einer Erklärung. Zudem finden in Kürze die noch ausstehenden Interviews mit den restlichen Kodierfachkräften des untersuchten Krankenhauses sowie in einem weiteren, in öffentlicher Hand befindlichen Klinikum an, in denen die Ergebnisse aus dem ersten Klinikum überprüft werden sollen. Doch lassen sich jetzt aus dem Material zumindest einige Hypothesen zu dieser Frage benennen, die später eventuell zu einer Typenbildung beitragen könnten:

Manche 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 (vgl. das Zitat: „Es ist traurig“). 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 Ärzten und sogar ihrer Kontrolle einher geht, scheint sie zugleich auch von einem Prestige zu zehren, das in den Augen von Pflegefachkräften durchaus attraktiv sein kann; dies, umso mehr, als Verwaltungsaufgaben für Pflegefachkräfte seit jeher zum

¹⁵ Im geschilderten Fall beläuft sich der zusätzliche Erlös durch die Arbeit der Kodierfachkraft auf 7.560 Euro.

„Feld des Möglichen“ gehören (Rohde 1974). Dazu kommt, dass den Beschäftigten insgesamt und den Kodierfachkräften im Besonderen im Kontext drohender Klinikschließungen der Imperativ ökonomischer Rentabilität, durchaus bewusst ist und eine direkte Einflussnahme auf das finanzielle Geschehen symbolische Gratifikationen verspricht.¹⁶ Andererseits gibt es Äußerungen, denen zufolge der im Verlauf der Berufsbiographie geforderte Wandel habituelier Dispositionen in die eigene Identitätskonstruktion aufgenommen wird. Eine über die Zeit hinweg konsistente (berufliche) Identität wird negiert, wie das folgende Zitat zeigt:

A1: Ich war immer zufrieden.

I1: Ja?

A1: Ich möchte die Jahre auch nicht missen. Auch nicht die Aufgaben, die ich gemacht habe missen. Ich habe auch gerne als Krankenschwester gearbeitet. Auf der Unfall war es bereichernd. Auf der Entbindung war es sehr bereichernd für mich als Mensch. Und ich bin auch froh, dass ich da jetzt kodieren darf. Aber das war die Entwicklung vom Menschen. Damals habe ich das gebraucht, und jetzt brauche ich was anderes.

Schließlich deutet manches darauf hin, dass diejenigen, die die Pflege verlassen, um als Kodierfachkräfte zu arbeiten, sich durch besondere habituelle Eigenschaften auszeichnen, die sie von denjenigen unterscheidet, die in der Pflege bleiben oder andere Formen des Umgangs mit der Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen wählen (Teilzeit, Kündigung, Betriebsratsmitarbeit etc.). Eine der von uns befragten Kodierfachkräfte war beispielsweise früher im Finanzcontrolling eines Privatunternehmens tätig. Ihr ist der Umgang mit Zahlen, das Im-Auge-Behalten finanzieller Interessen durchaus vertraut. Sie antwortet auf die Frage, ob es unter den früheren Kolleginnen aus der Pflege welche gibt, die ebenfalls Interesse an der Kodiertätigkeit haben:

„A: Ja. Aber nicht viele. Weil, oft sagen die Leute, das ist nur eben Arbeit mit

¹⁶ Nach Aussagen des Leiters des Finanz- und Medizincontrollings des auf deutscher Seite untersuchten Krankenhauses gibt es momentan keinerlei Möglichkeit, einzelnen Beschäftigtengruppen – abgesehen von den leitenden Ärzten – finanzielle Anreize etwa in Form von Bonuszahlungen zu gewähren. Leistungszulagen sind im Rahmen des für die kommunalen Krankenhäuser in Deutschland gültigen Tarifvertrags TVöD seit 2006 zwar prinzipiell möglich, jedoch bedarf es hierfür der Zustimmung des Personalrates, der sich jedoch gegen die Einführung sperrt. Allerdings sieht auch er durchaus die Gefahr, dass die Einführung eines Leistungsentgelts „falsche“ Anreize setzen würde: „Ist natürlich auch kritisch, also es kann Vorteile haben ganz klar, weil einfach dann der Impetus viel größer ist, sich da in Probleme rein zu finden. Andererseits kann es natürlich auch genau dem [...] eine Grundlage liefern, dass man eben versucht ist, Dinge hochzukodieren und eventuell das ein oder andere zu dokumentieren, was wirklich nicht erbracht wurde. Das ist ein zweischneidiges Schwert, irgendwo die Wahrheit wird immer in der Mitte liegen, aber es ist schwierig.“

Zahlen. Aber ein, zwei habe ich schon gehört, „Ja, ja, ich würde auch so was gerne machen“.

I1: Aber ihnen macht diese Arbeit mit Zahlen Spaß?

A1: Ja. Genau, genau.“

Das deutet darauf hin, dass schon eine gewisse Affinität zum Arbeiten mit Zahlen und finanziellen Sachverhalten, vielleicht auch das Hineindenken in die Logik eines privatwirtschaftlichen Unternehmens erforderlich ist, und bei nicht allen Pflegefachkräften das vorherrschende pflegerische Ethos über allem steht. Diesen Pflegefachkräften scheint jedenfalls ein Wechsel in eine Tätigkeit, in der die finanziellen Aspekte des Klinikums im Mittelpunkt stehen, leichter zu fallen.

5. Fazit

Ein zentraler Wesenszug der hier betrachteten Beschäftigtengruppe ist, dass sie Beschäftigte mit einer pflegerischen Erstausbildung mit verwaltenden Tätigkeiten zusammenbringt, welche in den Handlungsspielraum von Ärzten eingreifen. Dies teilt das Kodieren jedoch mit anderen Verwaltungsaufgaben (etwa dem Finanz- und Medizincontrolling), die mit relativer Macht gegenüber dem ärztlichen Dienst ausgestattet sind. Das Kodieren zeichnet sich zudem jedoch dadurch aus, dass eine ehemals ärztliche Aufgabe ausgeführt wird, weil dadurch auch ein gewisses ärztliches Prestige ‚geerbt‘ wird. Wie wir feststellen konnten, nehmen Ärzte und Pflegefachkräfte die Dokumentationsverpflichtungen im Allgemeinen und die Arbeit des Kodierens im Besonderen zwar als ein minderwertiges, unerfreuliches und wenig dankbares *dirty work* wahr. Bei den (befragten) ehemals pflegerisch Tätigen scheint dies jedoch nicht (mehr) der Fall zu sein. Bei ihnen scheint sich vielmehr insofern ein grundlegender Wechsel der Perspektive vollzogen zu haben, als sie diese Arbeit nicht mehr nach den Maßstäben der medizinisch-pflegerisch Tätigen bewerten. Neben den (materiellen) Vorzügen der neuen Arbeitsstelle gegenüber den Schichtdiensten dürfte diese Konversion zu einem neuen Blick vor allem das auf sie abfärbende ärztliche Prestige begünstigt 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 Tätigkeit zumindest für ‚zahlenorientierte‘ Pflegefachkräfte attraktiv wird und mitnichten ein *dirty work* darstellt.

Auf einer allgemeinen Ebene scheint dieses Beispiel darauf hinzuweisen, dass hinter der Entstehung einer neuen Beschäftigtengruppe nicht nur ein struktureller

Wandel eines gegebenen Kontextes steht, sondern diese Beschäftigtengruppe (und ihr Profil, ihre Beschaffenheit) das Resultat der Aushandlung einer neuen Arbeitsteilung darstellt und dass dabei Strategien der Distinktion und Aufrechterhaltung von Abständen eine Rolle spielen. Im vorliegenden Fall sind es die gegenüber der Macht der Verwaltung nicht abgeneigten Pflegefachkräfte, die sich zu dieser Tätigkeit, welche die Ärzte von sich weisen, hingezogen fühlen und sie ausüben. Insofern reproduziert sich im Profil und in der Beschaffenheit dieser neuen Beschäftigtengruppe die Struktur der Beziehung zwischen der (dominanten) Ärzteschaft und der (nachgeordneten) Pflege, dies jedoch nur zu dem Preis, dass die ärztlichen Interessen gegenüber den betriebswirtschaftlichen Interessen der Klinikverwaltung zunehmend an Gewicht verlieren, wie das systematische *Upcoding* beweist.

Auf konzeptueller Ebene wird deutlich, dass der Begriff „dirty work“ zwar aus der Binnenperspektive einer Beschäftigtengruppe am Krankenhaus sehr wohl trägt. Bestimmen lässt sich die soziale Bedeutung einer Tätigkeit jedoch erst im Rahmen des Beziehungsgefüges, das zusammen eine Figuration im Sinne Norbert Elias' bildet. Das, was für Ärzte ein „dirty work“ ist (das Kodieren), kann für bestimmte, gegenüber betriebswirtschaftlichen Belangen offene medizinisch oder pflegerisch Qualifizierte durchaus eine attraktive oder zumindest legitime Tätigkeit darstellen.

Insgesamt stellt dieser Artikel ein Plädoyer dar für die empirische Untersuchung der „Einführung privatwirtschaftlicher Steuerungs- und Allokationsroutinen in bis dato marktfern und administrativ bewirtschaftete Produktions- und Dienstleistungssektoren in staatlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft“ (Bode 2010: 63) – im Gesundheitswesen wie überhaupt im Feld der Erbringung öffentlicher Güter. Einerseits darf sich ein solches Forschungsinteresse dabei nicht nur auf die Ebene der Organisation beschränken, sondern muss im Blick haben, dass sie es mit kulturell spezifisch sozialisierten und mit unterschiedlichen Interessen und Dispositionen ausgestatteten Akteursgruppen zu tun hat, die im Rahmen der Figuration Krankenhaus bestimmte Strategien verfolgen. Andererseits hat die intensive Aufmerksamkeit, die den Pflegekräften und dem ärztlichen Dienst in vielen Studien zuteil wurde, zwar wichtige Hinweise auf die im Zuge von Rationalisierungs- und Modernisierungsprozessen veränderten subjektiven Wahrnehmungen und beruflichen Praxen erbracht, zugleich aber auch den Blick auf das Ganze der Organisation Krankenhaus mit ihren charakteristischen Innen- und Außenspannungen (Rohde 1974: 317ff) verbaut. Die Untersuchung der bisher zahlenmäßig kleinen Gruppe der Kodierfachkräfte könnte ein weiteres Element für ein solches Gesamtbild darstellen.

Literatur

- Afentakis, Anja (2009): Krankenpflege. Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen, Statistisches Bundesamt, STATmagazin, 18. August 2009.
- Allensbacher Kurzberichte (2011): 2, 2011.
- Arborio, Anne-Marie (1995): Quand le „sale boulot“ fait le métier: les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital, *Sciences sociales et santé*, 13, 93-126.
- Arborio, Anne-Marie (2001): Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital, Paris.
- Bajoit, Gilles (1988): Exit, Voice, Loyalty... and Apathy. Les réactions individuelles au mécontentement, *Revue française de sociologie*, 29, 325-345.
- Becker, Howard S. (1952): The Career of the Chicago Public Schoolteacher, *American Journal of Sociology*, Vol. 57, 5, 470-477.
- Blum, Karl.; Müller, Udo (2003): Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandesaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf.
- Bode, Ingo (2010): Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor, in: Endreß, Martin; Matys, Thomas (Hg.): *Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie*. Wiesbaden, 63-92.
- Boerner, Sabine, et al. (2005): Freiwillig mehr tun? Organizational Citizenship Behavior im Krankenhaus – ein Vergleich zwischen Ärzten und Pflegekräften, *Das Gesundheitswesen*, 67, 770-776.
- Bohsem, Guido (2012): Rezept gegen Abzocker-Kliniken. Wer betrügt, soll zahlen, *Süddeutsche Zeitung*, 25.3.2012.
- Braun, Bernard et al. (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler - Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.
- Braun, Bernard; Buhr, Petra; Müller, Rolf (2008): Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten, Schwäbisch Gmünd.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern, *Pflege & Gesellschaft*, 10, 3, 131-141.
- Ehrlich, Sebastian (2010): Kodierfachkräfte sichern die Erlöse im stationären und ambulanten Bereich: Kein Geld verschenken, *Pflegezeitschrift*, 9, 560-561.
- Faller, Heike (2012): Das Ende der Schweigepflicht, *ZEITmagazin*, 21, 16.5.2012 (<http://www.zeit.de/2012/21/Klinik-Gesundheitsreform/komplettansicht> eingesehen am 8.8.2012).
- Fiori, Wolfgang; Bunzenmeier, Holger; Roeder, Norbert (2010): Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser? Medienkampagne der Krankenkassen geht in die falsche Richtung, *Das Krankenhaus*, 7, 621-628.
- Goffman, Erving (1977): Rahmenanalyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen, Frankfurt/M.
- Haack, Jochen (2003): Der Dokumentationsassistent macht sich rasch bezahlt und entlastet den Arzt, *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 4, 364-368.

- Hasselhorn, Hans-Martin, et. al. (Hg.) (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Bremerhaven.
- Hirschman, Albert O. (1970): Exit, voice, and loyalty. Responses to decline in firms, organizations, and states, Cambridge, Mass. u.a.
- Hughes, Everett C. (1958): Men and their Work, Glencoe.
- Kinnebrock, Arno; Overhamm, Ulrich (2009): Kodierung und Leistungserfassung, in: Behrendt, I. et. al. (Hg.): Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement, Berlin, Heidelberg, 127-140.
- Klinke, Sebastian (2008): „Dafür bin ich nicht angetreten“. Wie sich Gesundheitsreformen auf das Verhalten von Krankenhausärzten auswirken, WZB-Mitteilungen, 121, 40-42.
- Kölbel, Ralf (ohne Jahr): Die Prüfung der Abrechnungen von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive. Gutachten für den AOK-Bundesverband, Bielefeld.
- Kühn, Hagen (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Gine Elsner et al. (Hg.), Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg, 25-41.
- Marrs, Kira (2008): Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit, Berlin.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin, 2., überarb. Auflage, Stuttgart.
- Schimank, Uwe; Volkmann, Ute (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft, in: Maurer, Andrea (Hg.), Handbuch Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden, 382-393.
- Silverman, Elaine; Skinner, Jonathan (2004): Medicare upcoding and hospital ownership, Journal of Health Economics 23, 369-389.
- Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 3. Aufl.
- Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat, Hannover.
- Simon, Michael (2007): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005. Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover, P07-001, Hannover.
- Stein, Leonard I. (1967): The Doctor-Nurse Game, Archives of General Psychiatry, 16, 699-703.
- Vogd, Werner (2006a): Verändern sich das Handeln und Entscheiden der Krankenhausärzte mit den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen? Ergebnisse einer rekonstruktiven Längsschnittstudie, Sozialer Sinn, 2, 197-231.
- Vogd, Werner (2006b): Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung, Berliner Journal für Soziologie, 4, 97-119.

CLAUDIA PETER

„HANDELN UNTER UNGEWISSHEIT“ ALS HEUTE TYPISCHE KONSTELLATION MEDIZINISCHEN HANDELNS

Abstract

Professionelles Handeln in innovativen Medizinfeldern muss als ‚Handeln unter Ungewissheit‘ begriffen werden. Es wird dargestellt, wo der Terminus herkommt und was unter ihm zu verstehen ist. Anschließend wird diese Handlungskonstellation genauer charakterisiert, die für alle medizinischen Felder, in denen innovative Verfahren eine große Rolle spielen, gilt. Schlussfolgerungen, was dies für die Arzt-Patient-Beziehung sowie die Selbstbestimmung des Patienten wie des Arztes bedeutet, runden den Beitrag ab.

1. Die Fragestellung

Im folgenden Beitrag wird ein Thema vorgestellt, das bisher noch nicht zum soziologischen Allgemeinwissen gehört und bis jetzt vorwiegend in der (interdisziplinären) Forschung zur Technikfolgenabschätzung sowie in der Wirtschaftssoziologie bekannt ist und bearbeitet wird: der Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit als eine von anderen abgrenzbare Handlungskonstellation. Ungewissheit und Unsicherheit werden dabei in einen gedanklichen Zusammenhang mit dem sogenannten Nichtwissen gebracht, welches als nicht eliminierbare Begleiterscheinung – quasi wie eine Schattenseite des Wissens (Wehling 2006) – alle Prozesse der Wissensproduktion begleitet, so auch die Fortentwicklung medizinischen und medizintechnischen Wissens. Die folgenden Überlegungen zu derartigen Handlungskonstellationen sind somit durch neuere wissenssoziologische Erkenntnisse, gewissermaßen durch die „(Wieder-)Entdeckung des Nichtwissens“ (Wehling 2006: 11), inspiriert. Im zweiten Schritt werden daran Überlegungen angeschlossen, ob damit bisherige professionstheoretische Diskussionen zum professionellen Handeln von Medizinern neu belebt werden könnten oder ob gar neue Auslegungen entwickelt werden müssen.

Zunächst aber dazu, was unter Ungewissheit, Unsicherheit und Nichtwissen begrifflich zu verstehen ist: Das Wort „Nichtwissen“ (engl. non-knowledge, gap